



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
AFETLERE HAZIR OLUŞLUK DURUMLARI VE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLARI**

SEVİM KARAKIŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ. DR. KAMER GÜR

2019-İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Sevim KARAKIŞ
Tez Başlığı : Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumları Ve Psikolojik Sağlamlıkları
Sınav Yeri : Sağlık Bilimleri Fakültesi 4. Kat
Sınav Tarihi : 27.06.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

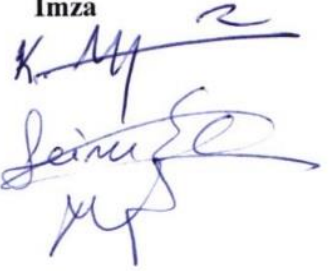
Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Kamer GÜR

Kurumu

Marmara Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Saime EROL

Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Nadire ERCAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...31/ Temmuz 2019 tarih ve 31. sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Y.

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.

-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

11/06/2019

Sevim KARAKIŞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamda bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, değerli katkılarıyla bana rehberlik eden ve her türlü kolaylığı sağlayan, danışman hocam, Sn. Doç. Dr. Kamer GÜR'e,

Çalışmam esnasında yardım ve desteğini esirgemeyen birçok konuda yardımcı olan İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi saygıdeğer yöneticilerime ve sevgili mesai arkadaşlarıma,

Araştırma verilerinin toplanmasında yardım ve katkıları için değerli meslektaşlarıma,

Bu süreçte her zaman yanımda ve destekçim olan aileme, kardeşim İlayda'ya ve arkadaşlarıma,

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
EKLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. Afetle İlgili Temel Kavramlar	8
4.1.1. Afet Tanımı	8
4.1.2. Afet Türleri	9
4.1.3. Afet Etkileri	18
4.2. Afet Yönetimi	19
4.3. Türkiye’de ve Dünya’da Hemşirelerin Afet Hazırlık Durumları	24
4.4. Afetlerde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları	26
4.5. Psikolojik Sağlamlık (Resilience) Kavramı	31
4.5.1. Hemşirelerde Psikolojik Sağlamlık ve Etkileyen Faktörler	36
4.6. Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumlarının Psikolojik Sağlamlık Açısından Değerlendirilmesi	38

5.GEREÇ ve YÖNTEM	42
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü	42
5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	42
5.3. Araştırmanın Değişkenleri (Bağımlı-Bağımsız)	42
5.4. Araştırma Soruları	43
5.5. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri ve Zaman	45
5.6. Araştırma Verilerinin Toplanması	45
5.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	45
5.7.1.Anket Formu (Ek 1)	46
5.7.2.Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (Ek 2).....	46
5.7.3.Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (Ek 3).....	47
5.8. Araştırma Verilerinin Analizi	47
5.9. Araştırmanın Etik Yönü	48
5.10. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler	48
5.11. Araştırmaya Alınma Kriterleri	48
5.12. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	48
6. BULGULAR.....	49
6.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri ve Mesleki Durum Değişkenlerine İlişkin Bulgular	49
6.2. Hemşirelerin Afetlere İlişkin Deneyimleri Ve Görüşleriyle İlgili Bulgular	51
6.3. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ) ve Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Bulgular	56
6.3.1. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği ile CD Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin alt boyutlarının ilişkisel incelemesi için korelasyon analizi	59
6.4. Bağımsız Değişkenler ile HAHAÖ puan Ortalamaları ve CD-RISC puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	61

7. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	90
7.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri ve Mesleki Durum Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	91
7.2. Hemşirelerin Afetlere İlişkin Deneyimleri Ve Görüşleriyle İlgili Bulguların Tartışılması	92
7.3. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ) ve Connor Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması	95
7.4. Bağımsız Değişkenler ile HAHAÖ puan Ortalamaları ve CD-RISC puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	98
7.5. Sonuç ve Öneriler	101
8. KAYNAKLAR.....	105
9. EKLER.....	118
10. ÖZGEÇMİŞ	131

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Afet Yönetim Modelinin Aşamaları	21
Şekil 2. Afet Yönetiminin Risk Yönetimi ve Kriz Yönetimi Aşamaları	21
Şekil 3. Hemşirelerde Psikolojik Sağlamlığın Gelişimi ve Yansımaları	37
Şekil 4. Afet Etki Piramidi	38



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Doğal Afetler	11
Tablo 2. 1990 – 2017 Yılları Arasında Türkiye’de Meydana Gelen Doğal Afetler	12
Tablo 3. Afet Triyaj Stratejisi	29
Tablo 4. Afet Hemşireliği Modelleri	31
Tablo 5. Psikolojik Sağlık Araştırmalarında Ele Alınan Risk Faktörleri	33
Tablo 6. Psikolojik Sağlık Araştırmalarında Ele Alınan Koruyucu Faktörler	33
Tablo 7. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı	49
Tablo 8. Hemşirelerin Mesleki Durum Değişkenlerinin Dağılımı	50
Tablo 9. Hemşirelerin Afetlere İlişkin Bireysel Özellikleri ve Deneyimlerinin Dağılımı	51
Tablo 10. Hemşirelerin Afet Aşamalarındaki Rollerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	52
Tablo 11. Hemşirelerin Afet Türlerine Göre Mesleki Yetkinliğine Güven Durumlarının ve Bireysel Endişelerinin Dağılımı	53
Tablo 12. Hemşirelerin Afetler ile İlgili Mesleki Becerilerine İlişkin Yeterlilik Durumlarının Dağılımları	54
Tablo 13. Hemşirelerin Afet Hazırlık Algısı Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtların Tanımlayıcı İstatistikleri	56
Tablo 14. Hemşirelerin Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği (CD-RISC) Maddelerine Verdikleri Yanıtların Tanımlayıcı İstatistikleri	58
Tablo 15. Tüm Örneklem Grubunda Afete Hazırlık Algısı Ölçeği ve CD Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanlarının Korelasyon İlişkisi	59
Tablo 16. Tüm Örneklem Grubunda Hemşirelerin Kendilerine Afetlere Hazırlıklı Olma Durum Skalasında Verdikleri Puanların Korelasyon İlişkisi	60
Tablo 17. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	62
Tablo 18. Hemşirelerin Medeni Duruma Göre CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	63

Tablo 19. Hemşirelerin Yaşına Göre CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	64
Tablo 20. Hemşirelerin Öğrenim Duruma Göre HAHAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	65
Tablo 21. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	66
Tablo 22. Hemşirelerin Mesleğe Yönelik Duygu Durumuna Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	69
Tablo 23. Hemşirelerin Afetle Karşılaşma Durumuna Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	72
Tablo 24. Hemşirelerin Afetzedelere Bakım Verme Durumuna Göre CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	73
Tablo 25. Hemşirelerin Afette Tanıdığı ya da Yakınının Kaybı Durumuna Göre HAHAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	74
Tablo 26. Hemşirelerin Evlerinde Afet Planı Olması Durumuna Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	75
Tablo 27. Hemşirelerin Önceden Afet Eğitimi Alma Durumlarına Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	77
Tablo 28. Hemşirelerin Aldıkları Afete Eğitiminin İçeriğine Göre HAHAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	78
Tablo 29. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Afet Planından Haberdar Olma Durumuna Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	79
Tablo 30. Hemşirelerin Afet Tatbikatına Katılma Durumuna Göre HAHAÖ Ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı	81
Tablo 31. Hemşirelerin Afet Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Rollerine İlişkin CD-RISC ve HAHAÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	83
Tablo 32. Hemşirelerin Afet Türlerine Göre Müdahale Esnasında Mesleki Yetkinliğine Güvenme Durumlarının CD-RISC ve HAHAÖ Toplam Puan Ortalamaları Dağılımı	84
Tablo 33. Hemşirelerin Afetler ile İlgili Mesleki Becerilerine İlişkin Yeterlilik Durumlarına Göre CD-RISC ve HAHAÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	86

EKLER LİSTESİ

Ek 1. Anket Formu	118
Ek 2. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ)	122
Ek 3. Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC)	123
Ek 4. Ölçek Kullanım İzinleri	124
Ek 5. Bilgilendirme Formu	125
Ek 6. Katılımcı Onam Formu	126
Ek 7. Etik Kurul Onayı	127
Ek 8. Yönetim Kurulu Çalışma İzin Onayı	129
Ek 9. Kurum İzinleri	130

KISALTMALAR LİSTESİ

AFAD: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
CD-RISC: Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
ICN: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
KBRN: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer
HAHAÖ: Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği
SPSS: Statistical Package for Social Science
TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UMKE: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumları Ve Psikolojik Sağlamlıkları

Öğrencinin Adı: Sevim KARAKIŞ

Danışmanı: Doç. Dr. Kamer GÜR

Anabilim Dalı: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin afetlere hazırlık algılarını ve psikolojik sağlamlıklarını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı - ilişki arayıcı türdeki bu araştırmanın evrenini İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan beş farklı eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşireler (N=2549) oluştururken, örnekleme olasılıklı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 631 hemşire oluşturmuştur. Veri toplama araçları; 23 soruluk anket formu, afetlere hazırlıklı olma durum skalası, Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ) ve Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC) dir. Veriler; sayı, yüzde, ortalama, independent sample t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey ve Pearson Korelasyon Analizi Testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma sonucunda hemşirelerin yaş ortalaması $29,7\pm 7,2$ bulunurken, çoğu kadın (%84,8), 2-5 yıllık deneyime sahip (%37,4), lisans mezunu (%66,4) ve servis hemşiresi (%74,2) dir. Hemşirelerin bireysel afet hazırlığı planı olanlar % 8,2 oranındadır. Afet türleri arasında müdahale esnasında mesleki yetkinliklerine en çok doğal afetlerde (%51,8), en az tehlikeli madde kazalarında (%33,3) güvendikleri görülmüştür. Hemşirelerin afetlere hazırlıklı olma durumuna göre kendilerine verdikleri puan ortalaması $4,99\pm 2$ (min-max: 0-10 puan) dir. CD-RISC puan ortalamaları $2,67\pm 0,5$ (min-max: 0-4 puan) ve HAHAÖ puan ortalamaları $3,80\pm 0,6$ (min-max: 1-5puan) dir. HAHAÖ toplam puanı ile CD-RISC toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

Sonuçlar: Hemşireler kendilerini afete hazır olma durumlarında ‘orta düzeyde’ yetkin görmelerine karşılık, HAHAÖ’ne göre algıları yüksektir. Hemşirelerin psikolojik sağlamlıkları orta düzeydedir. Psikolojik sağlamlık artıkça afete hazırlık algıları da artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Afete Hazırlık Algısı, Afet Yönetimi, Afet Hemşireliği, Psikolojik Sağlamlık, Hemşire.

Disaster Preparedness of Nurses Who Works At Hospitals of Public and Their Psychological Resilience

Name of the student: Sevim KARAKIŞ

Advisor: Assoc. Kamer GÜR

Department: Health Sciences Institute, Department of Public Health Nursing

2. SUMMARY

Aim: The purpose of this study is to determine perceptions of preparedness to disaster for nurses working in public hospitals and their psychological resilience.

Materials and method: The universe of this descriptive research was composed of nurses (N = 2549) who were working in five different education and research hospitals located on the Anatolian side of Istanbul; the samples was determined by the method of probabilistic sampling and 631 nurses who voluntarily agreed to participate in the study. The data were collected by a questionnaire with 23 items, Disaster Preparedness Scale, Disaster Prepared Perception Scale for Nurses (DPPS) and Connor Davidson Psychological Resilience Scale (CD-RISC). Data were evaluated using number, percentage, average, independent sample-t test, one way variance analysis (ANOVA), Tukey and Pearson Correlation Analysis Test.

Findings: At the end of the study, it was found out that the mean age of nurses is $29,7 \pm 7,2$, the vast majority of them are women (%84,8), with an experience of 2-5-year (%37,4), and with a bachelor's degree (%66,4), and (%74,2) are service nurses. Individual disaster preparedness of nurses – those who have a disaster preparedness plan at home - %8,2. During the response to the disaster, it was seen that, of all the disaster types, they were most competent at natural disasters (51,8%) and least competent at hazardous material accidents (33,3%). The average score the nurses gave themselves for their preparedness for disasters is $4,99 \pm 2$ (min-max: 0-10 points). The mean score of CD-RISC is $2,67 \pm 0,5$ (min-max: 0-4 points) and the mean score of DPPS is $3,80 \pm 0,6$ (min-max: 1-5 points). There is a positive correlation between the total score of DPPS and the total score of CD-RISC in nurses.

Results: Although nurses see themselves moderately competent in disaster preparedness situations, their perception levels of disasters, according to the Disaster Preparedness Perception Scale for Nurses, are high. The psychological resilience of nurses is medium-level. As their psychological resilience increases, their perceptions of disaster preparedness are increasing.

Key words: Preparedness to Disasters, Disaster Management, Disaster Nursing, Resilience, Nurse.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Problemin Tanımı ve Önemi

“Felaket başa gelmeden evvel önleyici ve koruyucu tedbirleri düşünmek lazımdır. Geldikten sonra dövünmenin yararı yoktur.” M. Kemal ATATÜRK

Afetler insanlık tarihi boyunca toplumların yaşamlarını etkilemiştir. Her yıl afetlerin dünyadaki sayısı, çeşit ve etkileri giderek artmakta ve birçok insan bu sebeple yaşamını kaybetmektedir (Veenema, 2007, Baack ve Alfred, 2013). Türkiye doğal ve insan kaynaklı birçok afetten etkilenmekte ve aktif bir deprem kuşağı üzerinde bulunmaktadır. 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi, 2003 yılı İstanbul patlamaları (sinagog ve özel bir bankaya bombalı saldırı olayları), 2011 Van depremi, Suriye iç savaşı sonucu sınırlarımıza gelen resmi rakamlara göre yaklaşık 1.350.000 kişiyi bulan mülteciler, çok sayıda kayıp yaşanan terör olayları, zincirleme trafik kazaları, Suriye'nin Türkiye'ye yönelik kimyasal silah kullanma riskinin bulunması ve daha birçok olay Türkiye'nin afetlere ne kadar açık olduğunu göstermektedir (Demirkasımoğlu, 2016). Dünyadaki ve Türkiye'de ki gündem göz önünde bulundurulduğunda, afetlerle karşılaşmak açısından tüm sağlık disiplinleri için afetlere hazır olmak artık isteğe bağlı değil, son derece önemli bir olgu olarak kabul edilmektedir (Kalanlar, Kubilay, 2015).

Türkiye'de afetler sık yaşanmasına karşın, afetlere hazırlıklı olma ve önlem almadaki yetersizlikler, afet kültürünün olmaması, 'benim başıma gelmez' önyargısı toplumun afetlerle baş etmesini zorlaştıran bir durum olarak görülmektedir. Kişisel düzeyde bilgisizlik, eğitimsizlik, bilinçsizlik, güvenliğe önem verilmemesi afet hazırlığına yönelik en önemli engelleri oluşturmaktadır (Erkan, 2010; Işık ve ark., 2012).

Sağlık kurumlarının afet durumunda sorumluluğu, yalnızca personel ve hizmet verilen grubun güvenliğinin sağlanması değil afet durumlarında artan tıbbi bakım ve tedavi gereksinimlerinin karşılanmasını da kapsamaktadır (Kadıoğlu ve Bek, 2009). Bu nedenle sağlık kurumlarının afet hazırlık çalışmalarını gerçekleştirmeleri diğer kurumlara göre çok daha önemlidir. Bu şekilde sağlık kurumlarının afetlerden en az

zarar görmeleri ve afet sırasında işlevsel kalmaları sağlanmış olacaktır (Çelik, 2010; Özmen ve ark., 2013).

Afet durumlarında sağlık hizmetleri, toplum tarafından en fazla talep edilen ve kaliteli bir şekilde sunulması beklenen hizmetlerden biridir. Sağlık personellerinin içinde en büyük grubu oluşturan hemşirelerin hızlı müdahale ve etkili afet yönetimi için afetlere hazır oluştukları son derece önemli bir konu olarak ele alınmaktadır (Veenema, 2006). Hemşirelerin, afet öncesi, sırası ve sonrası yeterli sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlamak için profesyonel yeteneklerini arttırmaları gerektiği belirtilmektedir (Jennings Sanders, 2004; Fung ve ark., 2008). Uluslararası Hemşirelik Konseyi de, ICN (International Council of Nurses), tüm hemşirelerin afetlere hazırlık ve müdahaleye yönelik bilgi ve becerilere, afet bakımını planlama ve yürütme yeteneklerine en iyi şekilde, sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır (Loke ve Fung, 2014). Bu görüşe göre hemşirelerin; kendi uzmanlık alanları ne olursa olsun afet yönetimini bilmesi ve afetlerin tüm evrelerinde görev almaları sağlanmalıdır. Önceleri yalnızca halk sağlığı hemşirelerinin, acil hemşirelerinin ya da orduda görev yapan hemşirelerin uygulama alanı olarak görülen afet yönetimi, günümüzde tüm alanlarda çalışan hemşirelerin öğrenmesi gereken öncelikli bir konu olarak görülmektedir (Olchin ve Krutz, 2012).

Hemşirelerin afetlerde yüksek yetkinlik ve yeterlikte bulunması son derece önemlidir. Fakat ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda hemşirelerin afet hazırlıklarının yetersiz ve düşük olduğu görülmektedir (Baack ve Alfred, 2013; Grochtdreis ve ark., 2016; Çelik, 2010; Özcan, 2013). Çalışmalar, çoğunlukla hemşirelerin afetlere müdahale etme konusunda kendilerini hazır görmediklerini, eğitim ve becerilerinin afete uygun olan girişimleri yapmak için yeterli düzeyde olmadığını göstermiştir (Fothergill ve ark., 2005; Fung ve ark., 2008; Al Khalaileh ve ark., 2012; Diab ve Mabrouk, 2015; Seyedin ve ark., 2015; Labrague ve ark., 2016, Chii Tzeng W.ve ark.,2016). İstanbul'da akademisyen hemşireler ile yapılan bir çalışmada %98'i olası bir depreme kişisel olarak hazır olmadığını, %96'sı profesyonel yönden hazır olmadığını, %88,8'i kurumlarının afet planlarından haberdar olmadığını ifade etmiştir (Kadıoğlu ve ark.,2003). Türk Kızılay'ında çalışan hemşirelerin afetlere hazır olma durumlarını inceleyen çalışmada, hemşirelerin genel

olarak afetlere hazır oluşluk için gerekli temel yeterlilik alanlarındaki becerileri karşılamada kendilerini ‘yardımla yapabilir ve yapabilir’ düzeyinde gördükleri sonucu elde edilmiştir (Çelik, 2010). ‘Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği’ geliştirilmesi ile yapılmış olan araştırmada ise hemşirelerin çoğunluğu kendini afetlere karşı ‘Kısmen Hazır’ olarak nitelendirdiği halde, ölçeğe göre hazırlık evresi için yüksek, müdahale ve afet sonrası evrelerinde ise orta düzeyde puan aldıkları görülmüştür (Özcan, 2013).

Afetler, bireyin yaşamını, fiziksel bütünlüğünü, dünyadaki yerini tehdit eden, kişilerin kendine ve evrene duyduğu temel güven duygusunu sarsan ve kontrol kaybı algısının oluşmasına sebep olan durumlardır (Cevratoğlu, 2000:8, Oflaz, 2008). Yaşanan afetler sonrasında bireylerde, bireysel özelliklere göre farklılık gösteren çeşitli duygusal, bilişsel, fiziksel ve davranışsal tepkiler görülebilir (Erdur Baker, 2014). Bu tepkiler bir hastalık belirtisi değil, bir süre sonra ortadan kalkması beklenen, anormal durumlara verilen yanıtlardır (Oflaz, 2008). Fakat bazı bireyler bu tepkiler ile akut dönemden sonra dahi baş etmede zorlanabilirler (Erdur Baker, 2014). Aynı şekilde profesyonel hizmet sunan ve bakım veren bireylerde de fiziksel ve psikolojik stres yaratabilir. Bu durum karşısında bakım vericilerin performansı son derece etkilenebilir. Hatta bazen deneyimli hemşirelerin dahi basit bir görevi yerine getiremedikleri gözlemlenebilir (O’Boyle C ve ark. 2006; Nekooei Moghaddam ve ark., 2014). Hemşirelerin, afetlerde hayatta kalanlar, aileler ve müdahale edenler için uygun olan ve olmayan başa çıkma stratejilerini tanımlayabilmekte ve etkili müdahale ile bireylerin yaşamış oldukları korku ve stres ile baş etmelerini destekleyebilmelidir (ICN 1201, Geneva, 2009; Loke ve Fung, 2014).

Afetlerin sebep olduğu travmatik stres, felaket sırasında ve sonrasında maruz kalanların ve hizmeti sunmaya çalışanların etkili uygulama yeteneklerini ve hizmetin niteliğini önemli ölçüde etkileyen, üzerinde durulması gereken önemli bir durumdur ve önleyici bir yaklaşımın benimsenmesi zorunludur (McCann ve ark., 2013). Bu nedenle afetler öncesinde psikolojik hazır oluşluğu sağlayacak bilgiler ve eğitimler, hizmetin sunumu sırasında işlevselliğin devamını sağlamak açısından önemlidir (Noji, 1997; Oflaz, 2001; Oflaz, 2007).

Afet durumlarındaki hemşirelerin, sınırlı kaynaklarla, kaotik bir ortamda verimsiz bir şekilde çalışmak zorunda kalabileceği ve yüksek seviyede zihinsel ve psikolojik stres yaşayabileceği bilinmektedir (Everly ve ark., 2010; Robinson, 2010). Birçok araştırmada afet durumlarında hemşirelerde stresin fiziksel ve psikolojik belirtilerinin azaltılmasının gerekli olduğu ve hemşirelerin kendi streslerini nasıl azaltacaklarını bilmelerinin gerekliliği açıklanmıştır (Stellman ve ark., 2008; Moghaddam M N.ve ark. 2014; Kalanlar, 2014).

Bireylerin, iş yaşamlarında karşılaştıkları olası riskli durumlar ve sahip oldukları koruyucu faktörler de psikolojik sağlamlıklarını etkilemektedir (Çam ve Büyükbayram, 2017). Özellikle iş yaşamında birçok risk faktörüyle karşılaşan, her koşulda zor durumda ve gereksinimi olan hastalara profesyonel bakım hizmeti sunmak, hastayı rahatlatmak zorunda olan hemşireler için de psikolojik sağlamlığın önemli bir kavram olduğu belirtilmektedir (Hart ve ark., 2014; Mccann ve ark., 2013; Mcallister ve Lowe, 2011).

Olumsuz yaşantılar karşısında güçlü kalabilmek olarak tanımlanabilecek psikolojik sağlamlık kavramı, yüksek risk gruplarındaki insanların, stresli olaylarla başa çıkabilmelerini ve uyum göstermelerini ve travmatik deneyimler karşısında çabuk toparlanmalarını da kapsamaktadır (Kararımak, 2006).

ICN'in 2014 yılı "Hemşireler; Değişim için bir güç, sağlık için hayati bir kaynak" ve 2016 yılı "Hemşireler: Değişim için bir güç: Sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırma" temaları; sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık sisteminde var olan sorunların üstesinden gelenebilmesi için hemşirelerde dayanıklılığı/sağlamlığı artırmanın önemini ortaya koymuştur. Sağlığın tanımında da tam bir iyilik hali için fiziksel iyiliğin yanında ruhsal/psikolojik iyiliğin olması gerekliliğinden bu dayanıklılık halinin artırılması için hemşirelerin psikolojik sağlamlığının da artırılmasına dayanmaktadır. Bu temalar doğrultusunda ülkemizde hemşirelik mesleğinin gereksinimi olan gücün ve kaynağın ortaya çıkarılabilmesi için; hemşirelerde psikolojik sağlamlığı artırmaya yönelik bireysel ve kurumsal çalışmalar yapılması gerekmektedir (Çam ve Büyükbayram, 2017).

Psikolojik sağlamlığı yüksek olan hemşirelerin mesleğe, geleceğe ve yaşama dair olumlu tutumları; iş ve yaşama dair ıktıları olumlu anlamda etkilemektedir. Bu durum yaşanılan bireysel, mesleki ve sağlık sisteminden kaynaklanan birçok soruna rağmen; hemşirelerin bireylere, ailelere, topluma yönelik bakım hizmetlerini olumlu bir şekilde etkilemektedir (am ve Büyükbayram, 2017).

Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin afetlere ilişkin deneyimlerini, görüşlerini, bireysel hazırlıklarını, afet türlerine göre mesleki yetkinliklerine güvenme durumlarını, afet hazırlık algılarını, psikolojik sağlamlıklarını ve bunları etkileyen etmenleri belirlemektir.

Ayrıca hemşirelerin afete hazırlık algısı ile psikolojik sağlamlıkları arasında nasıl bir ilişki vardır? Sorusuna cevap aramaktır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Afet ile İlgili Temel Kavramlar

4.1.1. Afet Tanımı

Afet teriminin karşılığı; İngilizce’de “disaster”, Fransızca’da “désastre”, İtalyanca’da “disastro” sözcükleridir. Hepsi aynı kökten bir dilden diğerine geçmiştir. “Dis-” negatifleştiren bir ek olup, “astro” kelimesi kökünü; Latince’deki “Astrum”, Grekçe’deki “Astron” kelimelerinden almakta ve “yıldız” anlamına gelmektedir. Yani “disastro” sözcüğünden; “eğer yıldızlar kötü bir pozisyonda ise çok kötü bir şey; afet olacaktır” anlamı çıkmaktadır. Bu insanların afetleri, çok eskilerden beri gök bilimi ile ilişkilendirdiğini göstermektedir (Altıntaş, 2015).

Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre, afet; Arapça ’dan Türkçe ’ye geçen bir kelime olup, “çeşitli doğa olaylarının sebep olduğu yıkım” anlamına gelmektedir (www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts, 22.04.2019).

Literatürlerde afet kelimesi yerine Olağan Dışı Durum (ODD) kavramı da kullanılmaktadır. Olağandışı durum, günlük yaşamın ve toplumsal düzenin bozulması, kesintiye uğraması ve işlevlerin yerine getirilememesi şeklinde tanımlanabilir (Özmen ve ark 2013; Şengün 2007). Ülkemizde sağlık hizmetlerinde çalışanlar “afet” yerine “olağandışı durum” demenin daha doğru olduğunu düşünmektedir. Bazı araştırmacılar bu düşünceyi “afet denince sadece doğal afetler anlaşılabilir, insan eliyle oluşanlar örneğin savaş, terör olayları, tehlikeli madde kazaları, açlık vb. anlaşılmıyor” olarak açıklamaktadır. Bununla beraber dil birliğinin oluşturulabilmesi ve uluslararası literatüre uygun bir şekilde “afet” kelimesinin kullanılması daha uygun olduğu düşünülmektedir (Taşkiran, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) afeti: ‘Olağanüstü büyüklükte ve dışarıdan yardım gerektirecek şiddette oluşan, ani gelişen ekolojik olaylar’ olarak tanımlamıştır. Bir olayın afet tanımı içine girmesini belirleyen en önemli özellik, dış yardıma gereksinim duyulması olup dış yardım uluslararası yardım anlamında ele alınmamalıdır. Burada önemli olan, olayın gerçekleştiği toplumun, olayla başa çıkamaması ve dışarıdan yardım alınmasının zorunlu olmasıdır (http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/emergency_preparedness_eng.p

[df.](http://tdvm.afad.gov.tr/), 19.09.2016). “Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur” (<http://tdvm.afad.gov.tr/>, 20.05.2019). Kısacası, “doğal, teknolojik veya insan kökenli olayların sonuçları” afet olarak tanımlanmaktadır (Özmen, Gerdan ve Ergünay, 2015).

Afet kavramının herkes tarafından kabul edilen ortak yönlerinin olmasına rağmen, kesin bir tanımı bulunmamaktadır. Bu ortak yönler; afetlerin beklenmeyen bir anda aniden meydana gelmesi, aşırı miktarda ölüm ve yaralanmaya, ciddi ekonomik kayıplara neden olması ve afet bölgesinde bulunan imkânların afete müdahalede yetersiz kalması sonucu dış yardıma muhtaç olunmasıdır (Yavuz, 2014). Afetlere neden olan durumlar her zaman afet olarak tanımlanmazlar, meydana geldikleri bölgede neden oldukları zarara göre afet niteliğini kazanırlar (Antosia, 2006). Genel olarak afetlerin özellikleri, insanlar ve canlılar etkilenir, bir tehlike tarafından tetiklenir, doğrudan zarar görebilirlik ile ilişkilidir, toplumun baş etme kapasitesini aşar, sosyal süreçlerde önemli rol oynar ve toplumla oldukça ilişkilidir (Kadıoğlu, 2011).

Türkiye’de 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi, afet yönetimi ve afetlere müdahalede bir dönüm noktası olmuş, yaşanan bu acı tecrübe ile afet yönetimi sisteminin yeniden sorgulanması gerekliliğini ortaya çıkarmış ve yasal mevzuatta yeni düzenlemeler yapılmıştır (Özmen, 2017). 2009 yılında resmi olarak 5902 sayılı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun’da afetleri “toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olaylar” şeklinde tanımlanmaktadır. (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, 2009). Kanun ile Türkiye’de afet yönetimi ve afetlere müdahale anlayışı baştan aşağı değişmiştir; bütünsel afet yönetimi anlayışına geçilmiş, afet yönetiminde rol alan birden fazla kurum yerine Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) kurulmuş, böylece afet yönetiminde yaşanan çok başlılık giderilmiştir. (Özmen ve Özden, 2013)

4.1.2. Afet Türleri

Literatürde afetler farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır, zamanla birlikte bu sınıflandırma şekilleri afetlerin çeşitliğinin değişmesiyle değişmiş ve değişmeye

devam edecektir. Literatür incelendiğinde; Özey (2006) afetleri, jeolojik afetler, iklimik afetler, hidrografik afetler, biyolojik afetler, sosyal afetler ve teknolojik afetler olarak sınıflandırmaktadır. Eryılmaz (2007) afetleri, tiplerine, oluş şekillerine, büyüklüklerine, ölü ya da yaralı sayısına, potansiyel kaynaklarına, gelişim süreçlerine, şiddetine, sonuçlarına, afet dinamiğinin unsurlarına, etkilediği alana, uyarı düzeylerine, yanıtın hızına, oluşum yerlerine ve sıklıklarına göre sınıflandırmaktadır. Kadioğlu (2011) afetleri, büyük ölçekli, hızlı oluşan ve dinamik afetler olarak sınıflandırmaktadır. Shaluf (2007) ve Işık vd. (2012) afetleri, doğal, insan kaynaklı ve karmaşık (hem doğal hem insan kaynaklı) afetler olarak sınıflandırmaktadır. Yavuz (2014) afetleri, doğal afetler ve insan kaynaklı afetler, Özeyranlı Ergenç ve Yazıcı Çakın (2015) ise doğal afetler ve teknolojik afetler olarak sınıflandırmaktadır. Sınıflama ne olursa olsun temelde afete insan davranışının yol açtığı unutulmamalıdır. Yani bir anlamda tüm afetler özünde insan kaynaklıdır (Altıntaş, 2015).

Türkiye, pek çok afet türünün önemli sıklıkta yaşandığı bir ülkedir. Deprem, heyelan, sel, çığ gibi birçok doğa kaynaklı afetin yanı sıra jeopolitik konumu nedeniyle beşeri kaynaklı afet diyebileceğimiz insani krizlerle de sıkça karşı karşıya kalabiliyor. İnsani krizlerin ve afetlerin risklerini ölçmek ve sıralayabilmek amacıyla oluşturulan risk yönetimi endeksine göre Türkiye, Küresel Risk Endeksi'nde 191 ülke arasında 45'inci sırada yer alıyor. 5,0 endeks puanı ile "yüksek risk" grubundaki ülkeler arasında bulunuyor (https://www.afad.gov.tr/upload/Node/35429/xfiles/Turkiye_de_Afetler.pdf, 30.05.2019).

Afetler genel olarak iki gruba ayrıldığı için bu çalışmada afetler doğal afetler ve insan kaynaklı afetler başlıkları altında ele alınmıştır.

Doğal Afetler: Dünyada meydana gelen doğa olayları, insanların yaşamını önemli ölçüde ve olumsuz bir şekilde etkilediğinde genel olarak "doğal afet" olarak nitelendirilmektedir. Doğa olayları ile ilişkili olarak oluşan afetler dünya üzerinde yaşamın başladığı zamandan beri meydana gelmektedir. Milyonlarca insanın ölümüne neden olan bu doğa olaylarının günümüzde, başta küresel iklim değişimi olmak üzere birçok nedenden dolayı sayıları, etkili oldukları süre ve şiddetleri hızla artmaktadır (Kadioğlu, 2011).

Tablo 1. Doğal Afetler

Doğal Afetler	
<ul style="list-style-type: none">▪ Buzlanma▪ Çamur akıntıları▪ Çekirge istilaları▪ Çığlar▪ Çölleşme▪ Deniz ve göl suyu seviye değişimleri▪ Deprem▪ Dolu▪ Don▪ Fırtına▪ Heyelanlar▪ Hortum▪ Tsunami▪ Yanardağ patlaması, lav akıntısı ve küller	<ul style="list-style-type: none">▪ Kaya düşmesi▪ Kuraklık▪ Orman, çalı ve ot yangınları▪ Salgın ve bulaşıcı hastalıklar▪ Seller (taşkın, vadi, kıyı şehir ve baraj selleri) ve su baskınları▪ Sıcak ve soğuk hava dalgaları▪ Sis ve düşük görüş mesafesi▪ Şiddetli rüzgar▪ Toprak kayması▪ Toz, kum, yağmur, kar ve kış fırtınaları▪ Yıldırım▪ Zemin çökmesi

Kaynak: Kadioğlu, M. (2011;1), İstanbul

Doğal afetler aniden gelişir ve etkileri çok geniş çaplı olur. Çok sayıda insanın kalabalık koşullarda geçici barınma imkanı araması, yetersiz hijyen ve sanitasyon, atıkların bertarafı, su ve yiyecek sıkıntısı, malnütrisyon ve bağışıklığın zayıflaması morbidite ve mortaliteyi arttıran etkenler arasındadır (Yağcı, 2007).

Afet durumlarında hemşireler bireylerin zor zamanları yaşamasında ve yaşamlarını yeniden yapılandırmasında kendine güvenmesini destekler ve yardım eder. Örneğin kasırğa-hortum durumunda; hemşireler yaşamı koruyabilir, halkın korkusunu azaltabilir ve donanımlı sığınaklar-barınaklar gibi afet durumunu azaltıcı önlemlere yardım edebilir. Sel durumunda; hemşireler uygun sanitasyon önlemlerinin sürdürülmesine, bulaşıcı hastalıklarda bireylerin uygun önlemleri almasına ve halk eğitimi yoluyla kontrol edilmesine yardım eder. Deprem durumunda; hemşireler yaşamı koruyan klinik becerilerini arama-tarama çalışmalarında ve enkaz altında kalanlara yardım etmede kullanırlar (Everly ve Flynn, 2005; McFarlane, 2000)

Türkiye, jeolojik, meteorolojik ve topoğrafik yapısı nedeniyle, sıklıkla doğal afetlere maruz kalan bir coğrafyada konumlanmıştır. Bu coğrafya Türkiye'yi başta depremler olmak üzere, heyelan, su baskını, kaya düşmesi ve çığ gibi çeşitli afetlerle yüz yüze bırakmaktadır. 1980 – 2017 yılları arasında meydana gelen afetler

incelendiğinde, can kaybı bakımından Türkiye’de bir milyon kişi başına yılda ortalama 6-25 kişinin doğa kaynaklı afetler nedeniyle hayatını kaybettiği görülmektedir ([https://www.afad.gov.tr/upload/Node/35429/xfiles/Turkiye de Afetler.pdf](https://www.afad.gov.tr/upload/Node/35429/xfiles/Turkiye_de_Afetler.pdf), 30.05.2019).

Tablo 2. 1990 – 2017 Yılları Arasında Türkiye’de Meydana Gelen Doğal Afetler

Olay Türü	İl / Bölge	Tarih	Can Kaybı	Yaralanma
Çığ Düşmesi	Güneydoğu Anadolu (14 Olay)	1992	328	53
Çığ Düşmesi	Doğu ve Güneydoğu Anadolu (31 Olay)	1993	135	95
Deprem	Erzincan	13.03.1992	653	3.850
Çamur Akması	Isparta (Senirkent)	13.07.1995	74	46
Deprem	Afyon (Dinar)	01.10.1995	94	240
Su Baskını	İzmir	04.11.1995	63	117
Deprem	Çorum/ Amasya	14.08.1996	0	6
Su Baskını	Batı Karadeniz	21.05.1998	10	47
Deprem	Adana (Ceyhan)	27.06.1998	145	1.600
Deprem	İzmit Körfezi- Bay	17.08.1999	17.480	43.953
Deprem	Düzce	12.11.1999	763	4.948
Deprem	Afyon (Sultandağı)	03.02.2002	42	327
Deprem	Bingöl	01.05.2003	177	520
Su Baskını / Heyelan	Rize (Merkez)	26.08.2010	14	-
Deprem	Van (Erciş ve Edremit)	23.10.2011	644	1.966
Su Baskını	Samsun (Canik)	03.07.2012	13	21
Heyelan	Siirt (Şirvan)	17.11.2016	16	-

(*) Önemli derecede can ve mal kaybına neden olan afetlere yer verilmiştir (AFAD, 2018).

İnsan Kaynaklı Afetler: İnsanların neden olduğu savaşlar, iç çatışmalar, terör olayları, büyük göçler gibi küresel olayların yanı sıra yanlış, eksik planlama ve

uygulamaların neden olduğu yerel ve bölgesel olaylar ile bunların doğurduğu afet nitelikli sonuçların tümü olarak değerlendirilmektedir (Kadıoğlu 2011).

Asit yağmurları, ateşli silahlar ile taciz, ayaklanma, boykot, grev vb. toplumsal olaylar; bina içi kimyasal kazalar; bina, tünel ve maden çökmeleri; biyolojik saldırı, bomba tehdidi; cephane, maden, boru hattı patlamaları; çöplerin toplanamaması, duman, elektrik, su ve gaz kesintileri, dikkatsizlik sonucu endüstriyel kazalar, ev ve bina yangınları, gaz ve kimyasal kaçaqlar, gıda zehirlenmesi, göçmen istilası, hava kirliliği, hayvan ve bitkilerde salgın hastalıklar, savaşlar, iş kazaları, işgal, pilotajdan kaynaklanan kara, deniz, hava ve demiryolu kazaları, kıtlık ve açlık, küresel iklim değişikliği ve ısınma, ormansızlaşma, radyasyon, radyolojik kazalar, rehin alma, sabotaj, salgın hastalıklar, tehlikeli maddeler, terör, zehirli atıklar vb. oluşumu insana bağlı, çoğunlukla dikkatsizlik ve tedbirsizlik nedeniyle meydana gelen ve afet boyutu kazanan olaylar olarak nitelendirilmektedir (Ergünay, 2005; Yeşilkuş, 2011).

1986 yılında Dünya’da yaşanan en büyük nükleer kaza olan Çernobil faciası, 2002 yılından beri devam eden Kırım Kongo Kanamalı Ateşi vakasına sebep olan ‘Kene’ salgını, 2005 yılı ‘Deli Dana’ ve 2008 yılı ‘Kuş Gribi’ salgınları, 2004 yılında 41 kişinin yaşamını yitirdiği Pamukova Tren Kazası, 2013 yılında Gezi Parkı Olayları, 2014 yılında Soma Maden Kazası, 15 Temmuz 2016 yılında gerçekleşen Darbe Girişimi, 2017 yılında İstanbul’da bir gece kulübüne düzenlenen silahlı saldırı vb. Türkiye’de yaşanmış ve birçok insanın yaralanmasına veya hayatını kaybetmesine yol açan insan kaynaklı afetlerden sadece birkaçıdır.

Bu çalışmada insan kaynaklı afetlerden terör/ savaşlar ve tehlikeli madde kazaları konuları ele alınmıştır.

Terör ve Savaşlar

Savaş (harp); barış yoluyla halledilemeyen sorunların çözümü için bir devlet veya devletler grubunun, milli güçlerinin tamamını veya bir kısmını kullanarak diğeri ile yaptığı mücadeledir. Savaşlar, insanlık tarihi boyunca iki kabile arasındaki küçük çaplı çatışmalardan, yeryüzündeki nüfusun çoğunluğunu etkileyen düzenli ordular arasında geçen dünya savaşlarına kadar sıralanmaktadır (Anameriç 2010).

Günümüzde savaşlar, sivil insanların günlük yaşantılarını sürdürdükleri alışveriş merkezlerini, okulları, sokakları, bankaları, otogar ve otoyolları, spor müsabakalarının yapıldığı alanları hedef alacak şekilde; bombalama, ateşli silah kullanma, kimyasal, biyolojik ajanlarla hatta nükleer silahları devreye sokarak “terörist eylemler” şeklinde devam etmektedir (Gebbie ve Qureshi 2002; Bebiş ve Özdemir, 2013).

Düzenli orduların birbirleriyle kitle imha silahları kullanmadan, görece doğrudan yaptıkları konvansiyonel savaşlar oldukça azalmıştır. Savaşlar günümüz dünyasında baskın, ayaklanma ve terörist saldırılar şeklinde, yüksek teknolojinin yaygın olarak kullanıldığı oldukça karmaşık olaylar haline dönüşmüştür (Anameriç 2010). Bu olaylara; Dünya Ticaret Merkezi'nin bombalanması (1993); üç bine yakın kişinin yaralanarak öldüğü 11 Eylül ikiz kule terörist eylemi (2001); 56 kişinin öldüğü, 700 kişinin yaralandığı Londra Kent Metro'suna (2005) gerçekleştirilen terörist saldırı; 136 kişinin hayatını kaybettiği, 387 kişinin yaralandığı Pakistan Karaçi'de terör saldırısı (2007) örnek olarak gösterilebilir. 2003 yılı İstanbul patlamaları (sinagog ve özel bir bankaya bombalı saldırı olayları), 2008 yılı İstanbul Güngören'deki patlamalar, 2015 yılındaki Ankara Tren Garı yakınındaki patlamalar ve Suriye'de halen süren saldırılar; 1979'dan beri devam eden başta PKK tarafından olmak üzere Türkiye'ye yönelik çeşitli terör saldırılarına örnek gösterilebilir (Bebiş ve Özdemir, 2013).

Terör eylemlerinin en önemli amacı toplumu etkilemektir. Savaşın/terörün yıkıcı sonuçları, yalnızca meydana geldiği bölgeyi değil, çok uzaklarda yaşayan insanları da olumsuz etkilemektedir. Mağdurların biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığı önemli ölçüde bozulmakta, dünya genelinde morbitide ve mortalite artmakta ve konu uluslararası bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Bebiş ve Özdemir, 2013).

Savaş ve terör olaylarında gerek doğrudan bedensel yaralanmaya uğrayanlarda, gerekse buna tanık olan, ya da yakınları ve tanıdıklarının başına gelenleri duyan kişilerde akut ve kronik düzeyde ruhsal etkilenmeler olmaktadır (Şar, 2017).

Sağlık sistemi içinde hemşirelerin, savaş/terör olaylarına hazır olmaları, sağlık hizmetlerinin sunumunun kesintisiz ve etkili bir şekilde devam etmesi için hem kişisel

hem de profesyonel olarak niteliklerini geliştirmeleri gerekmektedir (Gebbie ve Qureshi 2002).

Savaş/terör anında bakım veren hemşirenin görevi ya da branşı (psikiyatri, pediatri, cerrahi, yoğun bakım hemşiresi, yönetici) ne olursa olsun bilgi ve becerisini uygulayabileceği savaş/terör durumuna uygun “rol adaptasyonuna” hızla ulaşması, olaya müdahalede en önemli ilkedir. Örneğin, bir hemşire, normal sağlık hizmeti verirken, kimyasal, biyolojik ajana maruz kalmış yaralıları bakım vermek durumunda kalacaksa, kişisel güvenlik ve dekontaminasyon kurallarına uymalı, en kısa zamanda hazırlanabilmeli ve özel giysi, ekipmanlarını giymiş olarak hasta ve yaralıları hemşirelik bakımı verebilmelidir. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin savaş ortamına uyum sağlamada güçlük yaşadığı, o günlere ait kötü görüntü, ses, koku gibi imgeleri halen hatırladıkları belirtilmektedir. Bunun yanı sıra, savaş deneyimleyen hemşirelerin, bilgi ve becerilerini geliştirdikleri, yaratıcılık gerektiren girişimler uyguladıkları, farklı meslek grupları ile işbirliği halinde çalışma şansı buldukları bildirilmektedir. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış, stresli savaş ortamına rol adaptasyonu sağlandıktan sonra bu ortamlarda çalışmanın mesleki bilgi ve becerilerini gelişmesine önemli katkı sağladığı belirtilmiştir (Hinton Walker ve ark., 2005; Antosia, 2006; Veenema 2007,).

Tehlikeli Madde Kazaları

Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer kelime grubunun kısaltması olan KBRN tehlikeli madde kazaları için terim olarak kullanılmaktadır. Genel olarak bu terim kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer maddelerin kasten veya kazaen yayılmasıyla oluşan, insan ve çevre için zararlı ve tehlikeli durumları ifade etmektedir. Günümüzde KBRN maddelerinden elde edilen silahların teşkil ettiği tehdit ve tehlikeler hızla artmaktadır. Bunların dışında endüstriyel üretimde, sağlık sektöründe, laboratuvarlarda ve bilimsel araştırmalarda ürün ya da ara ürün olarak kullanılan KBRN maddelerinin kaza sonucu çevreye yayılma olasılığı da vardır. Kullanıldıkları veya depolandıkları alanlarda, alınan tüm önlemlere rağmen zaman zaman insan ya da doğa kaynaklı kontrolsüz yayılımlar görülebilmekle olasılığı karşısında yetkili makamlarca tehlikeli maddelerin tespit, teşhis ve zararsız hale getirilmesine yönelik kanuni düzenlemeler yapılmıştır.

Kimyasal maddelerin insan ve çevreye olan etkileri birbirinden farklıdır. Bazı kimyasal maddeler yanıcı, patlayıcı, aşındırıcı veya zehirli özellikleri nedeniyle tehlike arz ederek insanlara ve çevreye zarar verebilir. Yayılımları kaza veya terör amaçlı kullanımlar sonucu gerçekleşen tehlikeli kimyasal maddelerin vücuda girişi deri, göz veya solunum yoluyla gerçekleşebilir. Tehlikeli maddeler genelde havadan daha ağırdır.

İnsanlara, hayvanlara ve bitkilere zarar veren bakteri, virüs, mantar gibi canlı organizmalar ve bunların oluşturduğu toksinler (zehirler) biyolojik ajanlardır. Bunların arasında insanlarda ağır hastalıklara neden olanları bulunmaktadır. Vücuda giriş yolları daha çok solunum, sindirim sistemi ve derideki yaralardır. Ayrıca bulaşıcı olanları insandan insana doğrudan temas ile geçebilmektedir.

Radyasyon karşılaştığı atomları iyonize edebilme özelliğine sahip enerji paketleri olarak düşünülebilir. Bu özelliği ile canlı hücrelere zarar verebilir, öldürebilir veya uzun dönemde kansere yol açabilirler. Radyasyon solunum, sindirim veya derideki yaralar yoluyla vücut içerisine alınabilir. (https://www.afad.gov.tr/upload/Node/26808/xfiles/kbrn_tehditlere_hazirmisin_buros_ur_tr.pdf, 25.05.2019)

Atom çekirdeğinin fizyon, füzyon ya da her ikisinin karışmasıyla oluşan bir kimyasal reaksiyon ile enerji açığa çıkması sonunda oluşan patlamayı yaratan her türlü silaha genelde nükleer silah adı verilir. Nükleer reaksiyon sonucunda enerji ortaya çıkartan silahlar için farklı isimler kullanılmaktadır; atom bombası, hidrojen bombası, nükleer silah, fizyon bombası, füzyon bombası, termonükleer silah gibi. Bu tür silahlar ilk olarak "atom bombası" olarak adlandırılmıştır (Bozbıyık ve ark., 2001).

KBRN vakası olan bir terörist olayın gerçekleşmesi halinde müdahale ancak daha önce üretilen senaryolar üzerinden tatbikatı yapılmış, uygun müdahale eylem planlarının düzenlenmesi ile mümkün olabilir. Olay öncesinde iyi kurgulanmış ve düzgün uygulanan planlar hem kazazedelerin, hem de müdahale edenlerin daha az radyasyon dozu almasını sağlayacak, olay yerinde ve hastane içinde kaosu, aşırı stresi, klinik karar vermede güçlük çekilmesini azaltacaktır. Olay yerine müdahale edeceklerin radyoaktivite mağduru olmaması için dikkat edilmesi gereken ilk prensip,

tüm radyoaktif olaylarda olduğu gibi tıbbi yardım esnasında mümkün olan en az dozu almaya yönelik ALARA (as low as reasonably achievable) prensibidir. Radyolojik terörizm olayına maruz kalan kurbanlara doğru müdahaleyi sağlamak ve tedaviyi uygulayabilmek için eğitilen sağlık personelinin radyasyon kazasını zamanında teşhis edebilmesi çok büyük kolaylık sağlayacaktır (Ayan ve Dönmez, 2018)

Arındır-Durula-Yıka-Ölç: Radyolojik ve nükleer terörist olaylarda tüm KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer) olaylarında olduğu gibi arındırma-yıkama (dekontaminasyon) ve triyaj işlemleri sırasıyla ve titizlikle yerine getirilmelidir. Olay yerinde yapılacak dekontaminasyon işlemleri kazazede veya kurbanların çevreyi kontamine etmemelerini, ilk yardımda bulunan kişilerin kontamine olmamasını ve kontamine kişi sayısının sınırlandırılmasını sağlayacağı gibi, kazazedelerin tedavileri sırasında radyonüklidlerin internal kontaminasyonuna da engel olacaktır. Kontaminasyon tespit edilen olguların dekontaminasyon işlemlerinin hastane içindeki dekontaminasyon ünitelerine sevkinden önce, transport öncesinde ılık ve soğuk alan arasına yerleştirilmiş dekontaminasyon ünitelerinde gerçekleştirilmesi tercih edilmelidir. Dekontaminasyon salt kişilerin üzerlerindeki aktivitenin uzaklaştırılması alanı değil, aynı zamanda maruz kalınan aktivite hakkında delil toplandığı ve radyasyonun olası etkileri için ön verilerin sağlanabileceği bir çalışma alanıdır. Her iki kulak ve burun deliklerinden, yara yerlerinden dekontaminasyon öncesi alınacak sürüntüler kazazedelerde dahili bulaş riski olup olmadığı hakkında fikir verebilir. Alınan örnekler ayrı vial veya kapalı tüplere kimlik bilgileri, nereden ve hangi taraftan alındığı kaydedilerek saklanmalıdır. Bu örnekler salt klinik incelemeler için değil aynı zamanda adli incelemeler için de birer analiz kaynağıdır. Bu çalışma ve kayıt işlemleri yapılmaksızın sağlık tesislerine nakil hem radyasyon konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan sağlık çalışanlarındaki korkuyu artırabileceği gibi sağlık tesislerinin kontaminasyonu ile de sonuçlanabilir. Arındır, yıka durula işlemleri baştan ayağa istikamette yapıldıktan sonra olgular tekrar doz hızları yönünden ölçülmelidir. Kontamine olan alanlardaki doz hızları da kaydedilmelidir. Üzerindeki doz bilinen zemin aktiviteden yüksek ise üzerindeki dozda azalma devam ettikçe olgular yıkanmalıdır. Her dekontaminasyon işlemi sonrasında ölçüm tekrarlanır. Eğer bir önceki doza göre ölçüm sonuçlarında %10'dan fazla azalma sağlanmıyorsa yıkamaya devam edilmemelidir (Ayan ve Dönmez, 2018).

Hastanın tıbbi tablosundaki radyasyon yaralanmasına maruz kaldığına dair ipuçları;

- 1) Radyasyon içeren bilinen bir kazanın gerçekleşmiş olması (hastanın böyle bir kazaya yakın yerden gelmesi)
- 2) Bilinmeyen metal bir obje bulmuş olması (örneğin floresan spektroskopisi ile çalışan, endüstriyel radyografide kullanılan ya da hurda metal yığınlarının atıldığı yerde bulunan bir metal parçası gibi),
- 3) Aile yakınlarında veya yakın arkadaşlarında deri lezyonları bulunanlar ve bulantı, kusma ve yorgunluk gibi belirtilere sahip olanlar,
- 4) Kusma, bulantı ve yorgunluk gibi belirtilerden şikâyetçi olan ve bunlarla beraber başka bir açıklaması olmayan deri kızarıklıkları bulunanlar.

Radyolojik terörizm kurbanları; doğru zamanda tıbbi tedaviye, radyasyona maruz kalma oranlarının doğru değerlendirilmesine ihtiyaç duyarlar. Teşhis koyacak konumda olan sağlık personeli bu çok farklı hasta durumlarının bilincinde olmalıdırlar (Ayan ve Dönmez, 2018).

4.1.3. Afet Etkileri

Afetler meydana geldikleri bölgenin normal yaşam düzenini derinden sarsan olaylardır. Dünyada meydana gelen afetler her geçen gün daha fazla mal ve can kaybına neden olmaktadır (Fahjan, Pakdamar, Eryılmaz ve Kara, 2015). Afetler bireylere ve topluma, fiziksel, ekonomik, psikolojik ve sosyolojik olarak zarar vermektedir (İbiş ve Kesgin, 2014). Yavuz (2014), afetlerin etkilerini sağlık problemleri, ekonomik yıkım ve psikolojik sorunlar olarak ele almıştır. Bu çalışmada afetlerin psikolojik etkileri ele alınmıştır.

Afetlerin Psikolojik Etkileri: Afet, kişinin hayatı boyunca karşılaşacağı en travmatik olaylardan biridir (Karancı, 2001; Masten ve Narayan 2012). Bu olumsuz olaylar kişinin ruh sağlığını ve işlevselliğini önemli ölçüde etkilenmektedir (Oflaz, 2008). Afetler bireylerin psikolojik durumunu, sosyal kimliğini ve güvenliğini tehdit ederek; bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik travma yaşamalarına sebep olabilmektedir (Karancı, 2001; Çakmak ve ark., 2010).

Literatürde afet yaşayan bireylerin travma sonrası stres bozukluğu belirtileri gösterdiği ve zamanla bu belirtilerin direnç kazanarak kronikleştiğini belirten bir çok araştırma bulunmaktadır (Önsüz ve ark., 2009). Kronikleşen durumlarda TSSB kendini madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı, yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, fobiler, suç içeren davranışlar, depresyon, bayılma nöbetleri, obsesif kompulsif bozukluk ve psikotik ataklar gibi ruhsal bozukluklar ile maskeleyerek kalıcı ruhsal bozukluklara dönüşebilmektedir (Oflaz, 2008; Of laz ve Özcan, 2010). Başoğlu ve ark. (2002), 1000 kişi ile yaptıkları çalışmalarında depremden kurtulanların % 43'ünde TSSB ve %31'inde ise majör depresyon belirtileri gösterdiğini saptamıştır. Tian ve ark. (2014), in'de yaşanan depremden 3 yıl sonra 4,600 ergen ile yaptıkları çalışmalarında katılımcıların %59.1'inde konsantrasyon güçlüğü, %58,6'sında her uyarana tepki verme ve %56.3'ünde ise takıntılı düşüncelere sahip olma gibi TSSB belirtilerini belirlemişlerdir.

Afetlerin, aniden ortaya çıkması, çoklu kayıplar meydana getirmesi, insanların kontrol gücünü aşması ve çok büyük coğrafî alanlarda etkili olması afetleri çok etkili ve yıkıcı kılmaktadır. Afetlerin etkileri birey, aile, toplum ve ulusal düzeyde görülmektedir. Meydana gelen yıkımın büyüklüğü, yaralanmalar veya can kayıpları, maddî kayıplar birey ve ailelerin işlevselliğini doğrudan etkilerken, eğitim ve sağlık alanındaki aksamalar da dolaylı etkileri olabilmektedir (Erdur Baker, 2014). Tüm bu yaşantıların medya yoluyla her yere ulaştırılması ise bölge ve hatta tüm ulusu etkilemektedir. Geniş ulusal düzeyde etkilenmeler yine bireylerin sosyal ve psikolojik işlevselliklerini etkilemektedir. Özellikle büyük çaplı afetlerin ulusal ekonomiyi zora sokma, işsizlik ve evsizlik oranlarını artırma, ulaşım ve iletişimde aksamalara neden olması nedeniyle insan psikolojisi üzerinde olumsuz etkileri vardır (Erdur Baker, 2014). Dolayısıyla, afetler hem olayı birebir yaşayan insanları hem de afet bölgesinde olmasalar dahi afeti dolaylı olarak hisseden insanları etkilemektedir (Lopez, 2005).

4.2. Afet Yönetimi

Afet yönetimi, afet sonucunu doğurabilecek olayların önlenmesi veya olası zararlarının azaltılması amacıyla, bir afet olayının tüm aşamalarında yapılması gereken çalışmaların, toplumun tüm kesintilerini kapsayacak şekilde planlanması, yönlendirilmesi, desteklenmesi, koordine edilmesi, gerekli mevzuat ve kurumsal

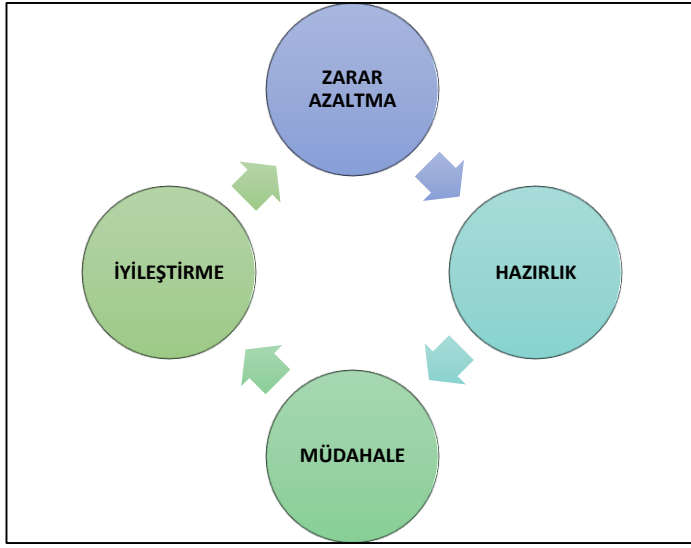
yapılanmaların oluşturulması veya yeniden düzenlenmesi, etkin ve verimli bir uygulamanın sağlanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, kaynaklarının bu ortak amaçlar doğrultusunda yönetilmesini gerektiren geniş bir kavramdır (Akyel, 2007; Ergünay, 2008).

Afet yönetimi, afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması, afet sonucunu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için, toplumca yapılması gereken bir mücadele sürecini ifade etmektedir (Özmen ve Özden 2013).

Başka bir deyişle; afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması amacıyla, afet öncesi, sırası ve sonrasında alınması gereken önlemler ve yapılması gereken çalışmaların planlanması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi, desteklenmesi ve etkin olarak uygulanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, kaynaklarının belirlenen stratejik hedefler ve öncelikler doğrultusunda kullanılmasını gerektiren çok yönlü, çok disiplinli ve çok aktörlü bir yönetim süreci olarak tanımlanabilmektedir. Bu süreç içerisinde, zarar azaltma, hazırlık, müdahale, iyileştirme ve yeniden inşa etme gibi faaliyetler süreklidir. Bir önceki aşamada yapılanların başarısı bir sonraki aşamada yapılacak faaliyetlerin başarısını etkilemektedir (Ergünay, 2005; Kadioğlu 2011).

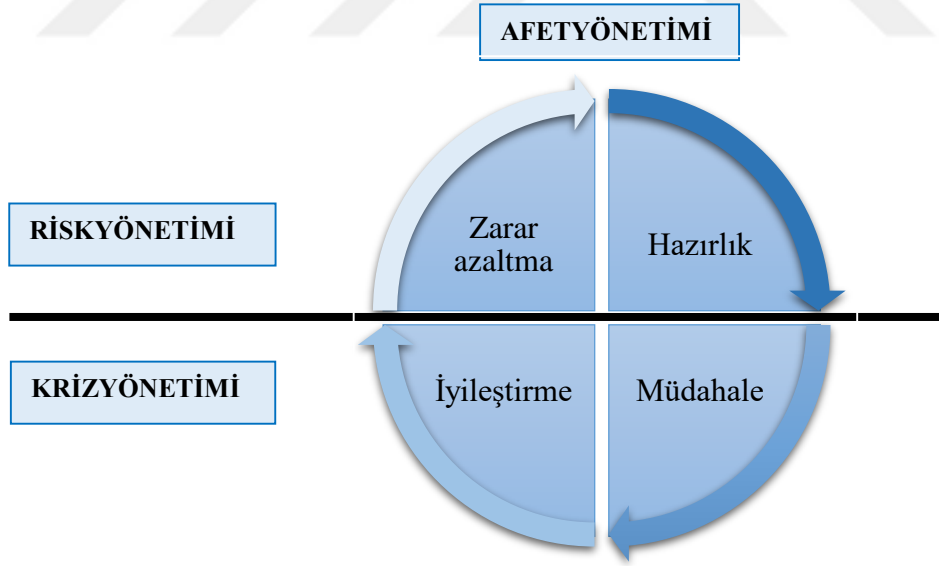
Afet yönetimi birçok çalışmada; zarar azaltma, hazırlık, müdahale, iyileştirme olmak üzere 4 aşamada ele alınmaktadır (Özmen,2005; Akyel,2007; Şahin,2009;Işık ve ark. 2012, Kadioğlu ve Özdamar 2008). Bir önceki aşamada yapılanların başarısı bir sonraki aşamada yapılacak faaliyetlerin başarısını etkilediği için bu evreler afet yönetim zinciri olarak da adlandırılmaktadır (Şahin 2009).

Kısaca 'Afet Yönetimi' kavramı, her türlü tehlikeye karşı hazırlıklı olma, zarar/ risk azaltma, müdahale etme ve iyileştirme amacıyla mevcut kaynakları organize eden analiz, planlama, karar alma ve değerlendirme süreçlerinin tümüdür.



Şekil 1. Afet Yönetim Modelinin Aşamaları (Özmen, 2017)

Afet yönetiminin, zarar azaltma ve hazırlık aşamaları 'Risk Yönetimi', müdahale ve iyileştirme aşamaları 'Kriz Yönetimi' şeklinde de isimlendirilmektedir (Özmen, 2017).



Şekil 2. Afet Yönetiminin Risk Yönetimi ve Kriz Yönetimi Aşamaları (Özmen, 2017)

Şekil 1 ve 2 den de anlaşılacağı gibi afet yönetiminin zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme aşamaları sürekli ve bir önceki aşamada yapılanlar bir sonraki aşamada yapılacakları etkiler. Bu da afet yönetim döngüsü şeklinde isimlendirilir (Özmen, 2017).

Afet Yönetimi Döngüsü aşağıdaki anlamlara gelir;

- Her aşamada yapılan faaliyetlerin, bir sonraki evrede yapılması gereken faaliyetlerin başarısını doğrudan etkilediğini anlatır.
- Bu nedenle de afet yönetimi sistemi, kapsamlı, entegre veya bütünleşik afet yönetimi olarak ta adlandırılır.
- Sistemin temelinde tüm tehlike ve riskleri dikkate alan zarar azaltma ve hazırlık faaliyetlerinin olaylar olmadan önce, kapsamlı ve birbirleri ile entegre olmuş bir şekilde yürütülmesi yatmaktadır.
- Zarar azaltma ve hazırlık faaliyetlerinin etkin olarak uygulanamamış olması, olaya müdahale ve iyileştirme aşamalarındaki gayretlerin başarısız olmasına neden olmaktadır (Ergünay, 2014).

Zarar Azaltma: Risk değerlendirme sonucunda, zararın ortaya çıkma olasılığını azaltma veya ortadan kaldırma veya şiddetini azaltmaya yönelik faaliyetleri içerir. Toplumun afet riskine yönelik farkındalığının artırılması, afet öncesi ve sonrasında uygulanan mevzuat ve kurumsal yapılanmaların geliştirilmesi, araştırma-geliştirme politika ve stratejilerinin, ihtiyaç ve öncelikler doğrultusunda, belirlenmesi gibi çalışmaları kapsamaktadır (<https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2402/files/afadsp2013-2017.pdf>, 30.05.2019). Zarar azaltma evresi, pratikte, iyileştirme evresindeki faaliyetlerle birlikte başlar ve yeni bir afet olana kadar devam eder (Şahin, 2009).

Hazırlık: Afetlere zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edebilmek için afet öncesinde yapılması gereken planlama, eğitim, tatbikat, erken uyarı sistemlerinin kurulması, acil yardım malzeme stokları, halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gibi faaliyetlerin sürekli ve sürdürülebilir olarak yürütüldüğü süreci ifade eder (Şahin, 2009). Aynı zamanda bu süreç; olası bir afette ortaya çıkabilecek kayıpların ve tehlikelerin giderilmesi ve tehdit altındaki canlıların kurtarılması, kayıpların bulunması ve acil yardım gereksinmelerinin karşılanması amacıyla arama-kurtarma kabiliyetinin geliştirilmesi ve zinde tutulması için gerekenlerin yapılmasıdır (Özcan, 2013).

Acil durumlar ve afetler ister doğal yollarla ister insan kaynaklı yollarla olsun, hazırlanılması zor olgulardır. Yerel ve ulusal düzeyde, doğal ve insan kaynaklı afetlere karşı koyma yeteneğini önemli ölçüde iyileştiren, halk sağlığı hazırlık ve eylem planlarına rağmen, afetle mücadele halk sağlığında önemli bir sorundur ve halk sağlığı hemşireleri bu mücadelede önemli rol sahibidirler (Polivka ve ark., 2008). Tüm sağlık disiplinleri için afetlere hazır olmak artık opsiyonel değil, kritik bir olgudur (Coyle, Sapanas, Ward-Presson, 2007).

Müdahale: Bir afetin oluşundan hemen sonra başlayıp, afetin yol açtığı kayıp ve zararların büyüklüğüne bağlı olarak, gerçekleştirilen tüm faaliyetlerdir. Bu safhada yapılan faaliyetlerin ana hedefi; mümkün olan en kısa süre içinde çok sayıda insanın hayatını kurtarmak, yaralıların tedavilerini sağlamak, açıkta kalanların barınma, beslenme, korunma, ısınma, haberleşme, ulaşım, tahliye, güvenlik, psikolojik ve sosyal destek, gibi hayati gereksinimlerini en kısa sürede ve en uygun yöntemlerle karşılamaktır (Kadıoğlu, 2008). Bu safhada yapılacak tüm faaliyetler devletin tüm güç ve kaynaklarının en hızlı şekilde ve en etkili yöntemlerle afet bölgesinde kullanılmasını amaçladığından çok iyi bir koordinasyonu gerektirmekte ve olağanüstü koşullarda uygulanması zorunluluğu, olağanüstü hazırlık ve yetkiye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu safhadaki çalışmalar tecrübeye ve hızla bilgilenmeye dayalı mutlak ve tekil otorite ve disiplin gerektirir (Akyel, 2007; Ergünay, 2005).

İyileştirme: Afete uğrayan toplumun yaşam koşullarını yeniden oluşturma amacıyla, olası afet risklerini azaltmak için sistemli bir özendirme ve gerekli düzenlemeleri yapmak için alınan kararlar ve faaliyetlerin tümüdür. Bir afetin oluşundan hemen sonra başlayarak, afetin büyüklüğüne bağlı olarak 1-2 yıl sürebilmektedir (Şahin, 2009).

İyileştirme, yerel toplulukların, bireylerin, iş sahiplerinin ve yönetsel altyapının kendi kendine normal işleri yürütebilir kılınması ve gelecekte olası afetlere karşı dayanıklı duruma getirilmesi sürecini ifade eder. İyileştirme çok yönlü bir çalışmadır. Bu safhada yürütülen faaliyetlerin ana hedefi, afete uğramış toplulukların haberleşme, ulaşım, su, elektrik, kanalizasyon, eğitim, uzun süreli geçici iskân, ekonomik ve sosyal faaliyetler vb. gibi hayati faaliyetlerin minimum düzeyde karşılanabilmesi için gereken tüm çalışmaları yapmaktır. Bu safha, afetten etkilenen toplulukların

ihtiyaçlarının en az afet öncesindeki veya mümkünse daha ileri bir düzeyde karşılanana kadar devam etmektedir (Akyel, 2007; Ergünay, 2005).

4.3. Türkiye’de ve Dünya’da Hemşirelerin Afet Hazırlık Durumları

Dünyada ve ülkemizde yapılan birçok araştırmada hemşirelerin afetlere karşı hazırlıklarının, eğitim ve becerilerinin yeterli olmadığı belirtilmektedir (Fung ve ark., 2008; Baack ve Alfred, 2013; Diab ve Mabrouk 2015; Çelik, 2010; Özcan, 2013). Taivan’da bir askeri hastanede aktif görev yapan 311 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin afet hazırlık puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Bu araştırma sonucunda hemşirelerinin hastane ortamı dışındaki afetlere karşı hazırlıklı olabilmeleri için lisans eğitimlerinde afetlerde hemşirelik hizmetleri ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve devam eden eğitimler ile de pekiştirilmesi önerilmiştir (Chii Tzeng W.ve ark.,2016). Amerika’da 2011 yılında yapılan, hemşirelerin afet hazırlığında gerçek bilgi ve algıladıkları bilgiyi ölçen bir araştırmada, hemşirelerin afete hazırlık algısı orta seviyede bulunurken, hemşirelerin afet hazırlığına yönelik gerçek bilgilerinin düşük olduğu saptanmıştır (Winston, 2011). Çalışmalar, çoğunlukla hemşirelerin afetlere müdahale etme konusunda kendilerini hazır görmediklerini, eğitim ve becerilerinin afete uygun olan girişimleri yapmak için yeterli düzeyde olmadığını göstermiştir (Fothergill ve ark., 2005; Fung ve ark., 2008; Al Khalaileh ve ark., 2012; Diab ve Mabrouk, 2015; Seyedin ve ark., 2015; Labrague ve ark., 2016, Chii Tzeng W.ve ark.,2016). Hisar ve Yurdakul’un (2015), bir üniversitenin sağlık yüksekokulunda öğrenim gören 295 hemşirelik öğrencisinin katıldığı çalışmalarında öğrencilerin özellikle afetlerde triyaj, dekontaminasyon, afet sonrasında kurulan sahra hastaneleri ve kendilerinden beklenen hizmetler hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. İstanbul’da akademisyen hemşireler ile yapılan bir araştırmada %98’i olası bir depreme kişisel olarak hazır olmadığını, %96’sı profesyonel yönden hazır olmadığını, %88,8’i kurumlarının afet planlarından haberdar olmadığını ifade etmiştir (Kadioğlu ve ark.,2003). Türk Kızılay’ında çalışan hemşirelerin afetlere hazır olma durumlarını inceleyen araştırmada, hemşirelerin genel olarak afetlere hazır oluşluk için gerekli temel yeterlilik alanlarındaki becerileri karşılamada kendilerini ‘yardımla yapabilir ve yapabilir’ düzeyinde gördükleri sonucu elde edilmiştir (Çelik, 2010). ‘Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği’ geliştirilmesi ile yapılmış olan

araştırmada ise hemşirelerin çoğunluğu kendini afetlere karşı ‘Kısmen Hazır’ olarak nitelendirdiği halde, ölçeğe göre hazırlık evresi için yüksek, müdahale ve afet sonrası evrelerinde ise orta düzeyde puan aldıkları ortaya çıkmıştır (Özcan, 2013). Bu noktada hemşirelerin afet durumlarında yüksek yetkinlikte çalışabilmelerinin en temel yolu eğitimidir (Çelik, 2010).

28 Kasım 2011 Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) ‘Van Depremleri Faaliyet Raporu’nda (<http://tdvm.afad.gov.tr/>, 30.05.2019) belirtildiğine göre; 23 Ekim ve 9 Kasım depremlerinde bölgenin yapı stoğu nedeniyle yıkıcı hasar yaratmış ve çok sayıda can kaybına yol açmıştır. Bölgeye toplam 2.976 sağlık personeli gönderilmiştir. Hizmet verebilen 4 hastanenin yanında, 6 sahra hastanesi kurulmuştur. 12 mobil sağlık aracı, 20 ambulans, 18 UMKE aracı ile birlikte yaklaşık 12 bin kişiye gezici sağlık hizmeti verilmiştir. Verilen sağlık hizmetleri sırasında hemşire ve diğer sağlık personelinin yaşadığı deneyimler sivil toplum kuruluşları tarafından paylaşılmıştır. Türk Hemşireler Derneği Van depremi ve hemşireler konulu yapmış olduğu açıklamada hemşirelerin yaşadıkları sorunları açıklamıştır (Kalanlar ve Kubilay, 2015). Buna göre hemşireler; barınma, çalışma düzeni, ekonomik sorunlar, sosyal ve ruhsal destek anlamında olumsuzluklarla karşılaşmışlardır. Yaşanan tecrübeler, hemşirenin planlı ve etkin olarak yer aldığı bir afet yönetim sisteminin olmadığını göstermiştir. Türkiye’de bulunan afet yönetimi telakkisinin değişmesi ve içerisinde hemşirenin de yer aldığı afet yönetiminin tamamına odaklanan bir modelin Türkiye’de afet yönetiminin organizasyonel boyutu bağlamında yeniden tasarlanması gerekliliği açıktır. Türkiye’de hemşirelerin afetlerdeki rollerine ilişkin olarak yasal düzenlemeler incelendiğinde, yetersizlikler olduğu görülmektedir. 2010 yılında çıkan Hemşirelik Uygulama Yönetmeliğinde, ‘hemşireler olağanüstü durumlarda afet planı doğrultusunda ilgili birimlerle işbirliği içinde acil planlamaları yapar, protokol geliştirir ve gerekli durumlarda uygulamaya koymak için ekip hazırlar’, şeklinde sınırlı bir görev yüklenmektedir. Yine, olağanüstü hal kanunu ve sivil savunma kanununda hemşireye düşen görevler, rol ve sorumluluklar net olarak yer almamaktadır. Hemşire afet yönetiminde etkin olabilmek için kendi becerilerini değerlendirmeli ve artırmalıdır. Bu nedenle hemşirelik eğitimi, mezunlarını bu önemli rolü yerine getirebilecek şekilde hazırlamalıdır. Bu bağlamda,

afet hemşireliği ve afet yönetimi konu kapsamalarını ayrıntılı bir şekilde içeren eğitim programlarına duyulan ihtiyaç Türkiye’de fazladır (Kalanlar ve Kubilay, 2015).

4.4. Afetlerde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları

Afetlerin fiziksel ve psikolojik risklerini azaltmak amacıyla diğer meslek grupları ile faaliyet yürütürken gerekli olan mesleki bilgi ve becerilerin hemşirelerce sistematik ve düzenli bir şekilde uygulanması “afet hemşireliği” kavramını ortaya çıkarmıştır (Chapman ve Arbon, 2008).

Araştırmalarda, afetlere müdahalede hemşirelerin varlığının ölümleri azalttığı, hemşirelerin acil durumlarda daha fazla esneklik ve beceri gösterdikleri ve ekip çalışmasında daha başarılı oldukları gösterilmiştir. Bu nedenle de, hemşireler afetlerde sıklıkla takım liderliği rolleriyle karşımıza çıkarlar (Zarea, 2014).

Günümüzdeki afetlerin karmaşıklığı, afet sürecinin her basamağında çalışabilen, eğitilmiş sağlık profesyonelleri gerektirmektedir. Son zamanlarda yaşanan afetlerde, müdahale ve yönetim konusundaki bilgi eksikliğinin, müdahale eden kişiler arasında karışıklık yarattığı ve yardım tepkisini geciktirdiği görülmüştür (Ergünay ve Özmen, 2013).

Afet sürecinde görev alma gönüllülük işi olmaktan çıkıp profesyonel bir iş olmak zorundadır. Profesyonellik içinde öncelikle iyi bir eğitim şarttır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), afetlerde yaşanan artışlar nedeniyle, tüm ülkelerin sağlık profesyonellerinin felaketleri ne sıklıkta yaşadıkları önemli olmaksızın, ulusal ve yerel afetler öncelikli olacak şekilde tüm afetlere yanıt verecek seviyede eğitilmelerini tavsiye etmektedir (WHO, 2013).

Afet döngüsünün her aşamasında rol sahibi ve afet yönetimi ekibinde sağlık bakım hizmeti işgücünün önemli bir parçası olan hemşirelerin, afet yönetiminin aşamalarının hepsinde (afet öncesi, sırası ve sonrasında), insan sağlığının korunması için yaşadığı topluma ve görev yaptığı kuruma karşı sorumlulukları vardır. Aslında hemşirelerin hangi alanda özelleşmiş olurlarsa olsunlar (klinisyen, eğitimci, araştırmacı, yönetici) her birinin afet bakımını planlama ve yürütme yeteneklerine sahip olması gereklidir. Afete

hazırlık ve müdahalenin bütün hemşirelerin bilgi ve becerilerinin bir parçası olması gerektiği ICN tarafından da vurgulanmıştır. Bütün hemşireler afetlere hazırlanmak, afetlerden korunmak, afet anında ve sonrasında da bilgi ve becerilerini kullanmak için temel yetkinliklere sahip olmalıdır. Bu gerçeğe rağmen, dünyadaki birçok hemşire, afet müdahalesine uygun bir şekilde katılabilmek için ihtiyaç duyacakları bilgi, beceri ve yeteneklere sahip değildir. “Afet hemşireliği yeterlikleri-ICN çerçevesi” hemşirelerin yeterliklerini uluslararası düzeyde belirlemek için yaygın olarak kullanılan bir kılavuz olan “Hemşireler İçin Genel ICN Yetkinlik Çerçevesi” üzerine kurulmuştur (Loke ve Fung, 2014). ICN-Afet Hemşirelerinin temel yeterlikleri dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar;

Önleme / azaltma yeterlikleri

- Risk azaltma, hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi,
- Politika geliştirme ve planlama,

Hazırlık yeterlikleri

- Etik uygulama, hukuki uygulama ve hesap verebilirlik,
- İletişim ve bilgi paylaşımı,
- Eğitim ve hazırlık,

Tepki yeterlikleri

- Topluluğun bakımı,
- Bireylerin ve ailelerin bakımı,
- Psikolojik bakım,
- Savunmasız bireylere bakım,

İyileşme / rehabilitasyon yeterlikleri

- Uzun süreli bireysel, aile ve toplum rehabilitasyonu konularını kapsamaktadır (WHO, 2009).

Hemşirelerin afet yönetimindeki sorumlulukları afet öncesi hazırlık evresinde, afet anında müdahale evresinde ve afet sonrası iyileşme evresinde olmak üzere üç aşamada incelenmektedir (Demirbaş ve ark., 2013).

Hazırlık aşamasında hemşire;

- Bölgede en sık yaşanan afet tipinin ne olduğunu ve neler yapıldığını, eylem planlarını bilmelidir.
- Kurumunun afet planlama çalışmalarına katılmalı, eğitim, tatbikat ve organizasyonlarda ki görevlerini bilmeli ve yapmalıdır.
- Diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte, toplumun afet ve afetlerden korunma yöntemlerini içeren bilgilerini değerlendirmeli, ev, işyeri, okul gibi toplumsal alanlarda çeşitli eğitimler ve afet tatbikatları düzenleyerek halkın farkındalığı artırılmalıdır.
- Afet koordinasyon ve sivil savunma ekipleri ile işbirliği halinde olmalı kurumunun ve kendisinin afet planındaki aksaklıkları varsa gidermelidir.
- Kızılay, sivil savunma gibi teşkilatların çalışmalarını takip etmeli, nükleer, biyolojik ve kimyasal silahlara bağlı afetlerden korunma, izolasyon ve bildirim konularında halkı/çalışanları bilinçlendirmeye yönelik çalışmalarda bulunmalıdır.
- Sürveyans çalışmaları, acil hasta tanınması ve triaj bilgilerini güncellemelidir.

Afet anı ve sonrasında hemşire;

- Afet anında kurumda ise afet planındaki görev tanımlamasının gereğini yerine getirmelidir.
- Acil bakım ve tedavi ihtiyaçlarını tespit ederek gerekli olabilecek ilaç ve malzeme kontrolü yapmalı ve istemde bulunmalıdır.
- Afetten etkilenen halka veya sağlık çalışanlarına mental sorunlar için destek ve danışmanlık hizmeti sağlamalıdır.
- Sağlık ekibi ile beraber triaj ve ilkyardım yapmalıdır.
- Yetersiz sağlık ekibi olması halinde idari görevleri üstlenerek destek talebi ve gereken toplantılara katılmalıdır.
- Afet sonrası sanitasyon hizmetlerinde aksamaya bağlı hava, yiyecek ve su kirlenmesi olabilir. Halk sağlığı ekip üyeleri ile koordineli bir şekilde çalışarak koruyucu hizmetler, sanitasyon ve izolasyon konularında katkıda bulunmalıdır.

- Afet süresinin uzaması halinde geçici barınak ve çadır kentlerde yaşamak zorundaki kişilere koruyucu sağlık hizmetleri verilmesini sağlar. Geçici sağlık kabinlerinde acil bakım, ilkyardım, sağlık taraması ve aşılama çalışmalarına katılırlar. Birinci basamak sağlık hizmetlerini de içeren çalışmalarda bulunurlar.
- Hastanenin tüm yataklı birimleri, ameliyathane ve polikliniklerde çalışan tüm hemşireler görev tanımları çerçevesinde görevlerini yürütürken, hastane afet planının aktif hale dönüşmesi ve afet planında verilen ek görev ve sorumlulukları yerine getirmek zorundadırlar (Demirbaş ve ark.,2013).

Triyaj: yaralıların, o anda (afet dönemi) elde olan kaynaklara göre yaşayabilme olasılığına dayanır, sürekli bir işlemdir. Afet yöresinde, triyaj görevlileri; her afetzedenin yaralarını değerlendirir, durumunu sınıflandırır, çıkarılması, tedavisi ve nakli için öncelik sırasını belirler (Altıntaş, 2015).

Tablo 3. Afet Triyaj Stratejisi

Öncelik Sırası	Renk Kodu	Triyaj kategorisi	Tıbbi Durumu
İlk öncelik	Kırmızı	Acil: Yaşamsal fonksiyonları tehlikeye girmiş, derhal müdahale edilmezse ölecek olan hasta grubudur.	Şok, solunum yolu açma, kanama kontrolü vb.
İkinci öncelik	Sarı	Geciktirilebilir: Sistemik etki ve komplikasyonlara yol açan yaralı olan ancak henüz hipoksi ya da şokta olmayan, 30-60 dakika acil müdahale edilmeksizin bekleyebilecek hasta grubudur.	Fraktürler, spinal yaralanmalar, geniş çaplı ezikler, vücut yüzeyinde % 10-20 oranında yanıklar, medikal aciller (diyabetik koma, epileptik atak gibi)
Üçüncü öncelik	Yeşil	Bekleyebilir: Hafif yaralı ya da fiziksel olarak sağlam olan ve medikal müdahale için birkaç saatten fazla bekleyebilecek yaralılar	Burkulma, ezilme, küçük çaplı yanıklar

(Putra ve ark., 2011)

Hastane afet planlamasına etkin şekilde katılımı olan yönetici hemşirelerin de afet durumunda çok önemli görevleri bulunmaktadır. Afetlerde yöneticilerin hızlı ve doğru karar vermelerini sağlayacak yönetim bilimi, kontrol ve karar verme yetilerinin gelişmiş olması gerekmektedir. Afetlerde yönetici hemşirelerin afet anındaki planlama, örgütleme, yönlendirme, koordinasyon ve kontrol ile ilgili yönetim fonksiyonlarını çok iyi bilmeleri gerekmektedir (Vatan ve ark.,2010).

Esasen afetlerde hemşirelik hizmetinin sağlanmasında ihtiyaç duyulan hemşirelik becerilerinin çoğu temel ve basit hemşirelik uygulamalarıdır. Bununla birlikte, hemşireler, bu becerileri kaotik bir ortamda, az kaynakla ve bakım gerektiren çok sayıdaki hasta için kullanılmalıdır (Erdoğan, 2018).

Afet yönetimi bir problem çözme yaklaşımı olan hemşirelik sürecinden bağımsız düşünülemez. Tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan hemşirelik süreci; afetlerin tüm evrelerinde hemşirelerin rol ve sorumluluklarını belirlemektedir. Eleştirel düşünme, değerlendirme, teknik beceriler ve iletişim gibi temel yetkinliklere sahip olarak yetişen hemşirenin, bireyin sağlık sorununu çözümlenme de, belirli bir sistematik yöntemle hemşirelik bakımını vermeyi sağlayan ve birbirini izleyen aşamaların oluşturduğu hemşirelik aktivitelerine yani hemşirelik sürecine bağlı olarak afetlere yaklaşması beklenir. Vaka yöneticisi, eğitici, ekip üyesi, bakım verici, araştırmacı, yönetici ve ilk yanıt verici rollere sahip olarak hemşirenin tüm afet evrelerinde, bu rollere ve yetkinliklere uygun olarak hareket etmesi beklenmektedir (INCMCE 2003; Kalanlar ve Kubilay, 2015).

Afetlerde hemşirelerin; hemşirelik müdahalelerini yapmaya hazır olması, çok sayıda ölü ve yaralı ile sınırlı kaynaklarla uğraşabilmesi çok önemlidir. Bu tür olaylara etkili bir şekilde cevap vermek için, afet hemşireliği eğitimi sırasında kullanılan modeller hemşirelere rehberlik edebilir (Erdoğan, 2018).

Literatürler incelendiğinde afet hemşireliğini öğrencilere ve mezun hemşirelere anlatmak ve afet yönetimi konusunda bilgilenmelerini sağlamak amacıyla geliştirilmiş olan modeller Tablo 1’de özetlenmiştir. Türkiye’de de Jennings’in afet hemşireliği ve yönetim modeli afet hemşireliği eğitiminde kullanılmıştır, ancak afet durumunda

uygulanacak bölgesel bir hemşirelik modeli bulunmamaktadır (Pourvakhshoori, 2017; Kalanlar, 2013).

Tablo 4. Afet Hemşireliği Modelleri

Afet Hemşireliği Modelleri		
Yayın Yılı	Model	Değerlendirme
2004	Jennings toplum sağlığı hemşireliği modeli	Hemşirelik eğitimi müfredatına rehberlik etmek amacıyla geliştirilmiş tüm afet aşamalarında hemşirelerin rolünün gösterildiği bir modeldir.
2006	Afet hemşireliği karar verme modeli	Etik karar verme sürecini teşvik edip kolaylaştıran ve bileşenler arasındaki ilişkileri gösteren kapsamlı ve anlaşılabilir kavramsal bir modeldir.
2006	Askeri hemşirelik modeli	Askeri afet hemşireliği modeli olarak tasarlanmış ve hızlı yanıt üzerinde durulmuş bir modeldir.
2007	Afet sağlık hizmeti yönetimi modeli	Sağlık ekibinin tümünün koordinasyonunun vurgulandığı, sağlık hizmetlerinde sorunların araştırıldığı bir modeldir.
2010	Huzurevleri tahliye modeli	Özellikle bakım evlerinde ve diğer sağlık tesislerinde karar vermeyi ve tahliyeyi daha iyi anlamak için yararlı olan kavramsal bir modeldir.
2012	Rehabilitasyon modeli	Afetten sonra topluma geri dönüş sürecini açıklamak için tasarlanmış kapsamlı bir modeldir.
2012	San- Diego afet hemşireliği modeli	Afet öncesi hazırlık ve planlar için yararlı olan bir afet hazırlık modelidir.

(Erdoğan, 2018)

4.5. Psikolojik Sağlamlık (Resilience) Kavramı

Psikolojik sağlamlık kavramı, Latince “resilire” kökünden türemiştir ve resilient; esnek ve elastik olma anlamına gelmektedir. Psikolojik sağlamlık bir travma, bir tehdit, bir trajedi veya ailesel ve ilişkisel sıkıntılar, ciddi sağlık problemleri, işyeri ve parasal sorunlar gibi önemli stres kaynaklarına karşı, kişinin uyum sağlama süreci, kendisini toparlama gücü veya değişimin/felâketlerin başarılı biçimde üstesinden

gelme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Kararırmak, 2006; Gürđan, 2010; Basım ve Çetin, 2011). Aynı zamanda psikolojik sağıamlık, bir kişilik özelliği olarak çabuk iyileşme gücü, zorlukları yenme gücü, dirençlilik, esneklik ve dayanıklılık anlamlarında da kullanılmaktadır. Ulusal literatürde bu konuyla ilgili olarak yapılan araştırmalarda ‘Toparlanma’, ‘Güçlülük’, ‘Psikolojik güçlülük’, ‘Dirençlilik’, ‘Yılmazlık’, ‘Sağıamlık’, ‘Psikolojik dayanıklılık’, ‘Dayanıklılık’, ‘Psikolojik sağıamlık’ gibi birçok farklı şekilde ifade edildiği görülmüştür (Kararırmak, 2006; Gürđan, 2010; Basım ve Çetin, 2011).

Psikolojik sağıamlık (resilience), bir olumsuzluk durumu ile karşı karşıya kalındığında, risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin etkileşimi sonucu oluşan süreçte, bireyin hayatındaki değişikliğe uyum göstermesini içermektedir (Kararırmak, 2006).

Sağıamlık kavramı, psikoloji, ekonomi, çevre ve diğer pek çok bilim alanında kullanılmaktadır ve genel olarak dıştan gelen darbelere dayanma ve bu darbelerin etkilerinden çabuk kurtulabilme gücüdür (Mızrak, 2017).

Psikolojik sağıamlık kavramının çeşitli tanımlarında üç temel nokta ortak olarak ifade edilmektedir. Bunlar; a) risk ve/veya zorluk, b) olumlu uyum gösterme, baş etme, yeterlik ve c) koruyucu (protective) faktörlerdir (Gizir, 2007). Psikolojik sağıamlığın gelişiminde, maruz kalınan riskler ve bu risk faktörlerinin olumsuz etkilerinin azaltılmasında ya da ortadan kaldırılmasında koruyucu faktörlerin bulunması önemlidir. Risk, psikolojik sağıamlığın oluşabilmesi için bir önkoşuldur. Risk; negatif bir sonuç görüme olasılığını artıran bir ya da daha fazla faktörün ya da etkinin varlığı; bir başka deyişle, bir problemin oluşma, devam etme ya da daha kötüye gitme olasılığını artıran herhangi bir olay, durum ya da deneyim anlamına gelmektedir (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009).

Tablo 5. Psikolojik Sağlık Araştırmalarında Ele Alınan Risk Faktörleri

<u>Bireysel risk faktörleri</u>	<u>Ailesel risk faktörleri</u>	<u>Çevresel risk faktörleri</u>
<ul style="list-style-type: none">• Erken doğum• Olumsuz yaşam olayları• Kronik hastalıklar	<ul style="list-style-type: none">• Ebeveynlerin hastalığı ya da psikopatolojisi• Ebeveynlerin boşanması, ölümü ya da tek ebeveyn ile yaşamak• Ergenlik döneminde anne olma	<ul style="list-style-type: none">• Ekonomik zorluklar ve yoksulluk• Çocuk ihmali ve istismarı• Savaş ve doğal afetler gibi toplumsal travmalar• Toplumsal şiddet ve ailevi felaketler• Evsizlik

(Gizir, 2007)

Koruyucu faktörler ise risklerin ve kötü koşulların olumsuz etkilerini azaltan ya da ortadan kaldıran faktörlerdir (Ramirez, 2007). Masten (1994), koruyucu faktörlerin ve risk faktörlerinin iki zıt kutup olduğunu ve psikolojik sağlık becerisi artarken stresin azaldığını belirtmiştir.

Garnezy (1987), koruyucu faktörlerle ilgili olarak üçlü bir sınıflandırma yapmaktadır. Garnezy'nin yaptığı sınıflandırmaya göre: a) öz-güven, sosyal duyarlılık, iyimser olma gibi bireysel (bireyden kaynaklanan) koruyucu faktörler, b) destekleyici ve sıcak aile ilişkileri gibi aile yapısından gelen koruyucu faktörler, c) aile dışında bireyin sosyal çevresinden gelen koruyucu faktörler bireyin risk durumlarında gösterdiği psikolojik sağlamlığı etkilemektedir (Kararımak, 2006).

Tablo 6. Psikolojik Sağlık Araştırmalarında Ele Alınan Koruyucu Faktörler

<u>Bireysel koruyucu faktörler</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Zeka• Olumlu veya kolay mizaç• Benlik saygısı ve özyeterlik• Özerklik• İyimserlik ve umut• Mizah duygusuna sahip olma• Cinsiyet• Yaşam hedeflerinin olması ve gelecek için olumlu beklentiler	<ul style="list-style-type: none">• Akademik başarı• İç kontrol odağı• Kişisel farkındalık ve kendini kabul• Etkili problem çözme becerileri• Sosyal yetkinlik• Sağlık• Yaş

Ailesel koruyucu faktörler

- Destekleyici anne-baba ya da bir aile üyesiyle olumlu ilişkiler
- Etkili ebeveynlik / hane halkı yapısı ve kuralları
- Çocuğa yönelik yüksek ve gerçekçi beklentiler

Çevresel koruyucu faktörler

- Sosyal çevredeki destekleyici bir yetişkinle olumlu ilişkiler
- Akran / Arkadaş desteği
- Etkili toplumsal kaynaklar (kaliteli okullar, gençlik merkezleri, gençlik organizasyonları vb.)

(Gizir, 2007)

Psikolojik sağlamlık, karşı karşıya kalınan gerçekler karşısında algılanarak fark edilen, öğrenilen ve gelişimsel süreç içeren bir olgu olmaktadır (Masten, 1994).

Literatürde psikolojik sağlamlığın açıklanması için öne sürülen modellerin giderek çevresel odaklı oldukları görülmektedir. Bu bağlamda gelişimin çevresel şartlar içinde olduğu düşünüldüğünde; tecrübeyi ve gelişimi anlamak için çevresel şartların da göz önünde bulundurulması vazgeçilmez bir gerekliliktir. Çevresel etkileri de göz önünde bulundurarak psikolojik sağlamlığın tüm boyutlarıyla ele alınması ve ölçümü iki sebepten dolayı önem taşımaktadır. Birincisi, klinik psikolojide farklı kişiler için zihinsel sağlığın tekrar kazanılması ve sürdürülmesinde, hangi faktörlerin merkezde olduğunun anlaşılmasında psikolojik sağlamlık önemli rol oynamaktadır. Diğeri ise, örgütsel bağlamda olumsuz duygulanım ve strese katlanabilme yeteneğinin açıklanmasında daha zor iş gereklerini yönetebilecek personel seçimleri ile eğitim ve geliştirme programlarında psikolojik sağlamlık bir faktör olarak kullanılabilir (Basım ve Çetin, 2011).

Ülkemizde psikolojik sağlamlıkla ilgili ilk çalışma Gizir (2004) tarafından yoksul çocuklar üzerinde, psikolojik sağlamlığın akademik boyutu olan akademik sağlamlık düzeyi ve bu düzeyi etkileyen koruyucu faktörler araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda akademik sağlamlığı olumlu etkilediği düşünülen bireysel, ailesel ve çevresel koruyucu faktörler ortaya konmuştur. Bunu Özcan'ın (2005) anne-babası birlikte yaşayan ve anne-babası boşanmış çocuklar, Eminağaoğlu'un (2006) güç koşullarda yaşayan sokak çocukları ve Gürkan'ın (2006) psikolojik sağlamlık düzeyi düşük üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmalar takip etmiştir. Özcan'ın

(2005) çalışmasında, anne-babası birlikte yaşayan çocukların psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve psikolojik sağlamlık düzeylerine katkıda bulunan koruyucu faktörlerin daha fazla olduğu bulunmuştur. Eminağaoğlu'nun çalışmasında (2006) ise sokak çocuklarında psikolojik sağlamlığı artıran faktörlerden birinin güçlü arkadaşlık ilişkileri ve duygusal bağ kurma olduğu, anne yoksunluğunun ve öz-farkındalık gibi içsel kaynakların yetersiz oluşunun daha fazla depresif duygulanıma neden olduğu ortaya konmuştur. Gürkan'ın çalışmasında (2006) da psikolojik sağlamlık düzeyi düşük olan üniversite öğrencilerine uygulanan grupta psikolojik danışmanlığın, psikolojik sağlamlık düzeyini geliştirmeye olumlu katkılarının olduğu saptanmıştır. Bahadır (2009) ise sağlıkla ilgili fakültelerde eğitime başlayan öğrencilerin psikolojik sağlamlık düzeylerini araştırmıştır. Öğrencilerin psikolojik sağlamlık düzeyleri genel olarak düşük çıkmakla birlikte, cinsiyeti kız ve anne-baba eğitim düzeyi yüksek olanların, kendisi hastalık geçiren ve bu nedenle tedavi gören öğrencilerin psikolojik sağlamlık düzeyleri oldukça düşük çıkmıştır.

Amerikan Psikoloji Birliği (APA) (<http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>,30.05.2019) tarafından belirtilen, bireylerde psikolojik sağlamlığı geliştirme stratejileri ise şunlardır;

- Bireyler aile üyeleri ve yakın çevresiyle iyi ilişkiler içerisinde olmalı, sosyal gruplar içerisinde de aktif rol almalı, gereksinimi olduğunda yardımı kabul etmeli ve zor durumda olan kişileri desteklemelidir.
- Baş edilemez gibi görünen sorunlardan kaçınmamalı, sorunun çözümüne yönelik gerçekçi beklentiler içinde olmalı ve olası sorunlar önceden değerlendirilmelidir.
- Beklenmedik olası durumlar, yaşamın doğal bir parçası olarak kabul edilmeli, duruma yönelik kısa süreli ve ulaşılabilir hedefler belirlenmelidir.
- Belirlenen hedefleri gerçekleştirebilmek için harekete geçilmeli, bir olumsuzluk durumunda “İstediğime ulaşmam konusunda bana yardımcı olabilecek şeyler nelerdir?”, Başarabileceğim şeyler nelerdir?” şeklinde düşünülmelidir.
- Soruna veya sıkıntıya neden olan durumların hepsini çözmeye çalışmak veya bu durumun bitmesini beklemek yerine yapılabilecek kadarı eyleme geçirilmelidir.

- Yaşanılan zorluklarla birlikte bireylerin benlik saygısı, kişilerarası ilişkileri, manevi doyumu, yaşam değeri algısı gibi özelliklerinde olumlu değişiklikler olabilir. Bireyler kendilerini tanıma ve geliştirme fırsatlarının farkında olmalıdır.
- Sorun çözme konusunda bireyler, kendilerine güvenmeli ve sorun çözümüne olumlu yaklaşmalıdır.
- Çok acı veren bir olay yaşansa da, olay gerçeğin dışında abartılmamalı ve olaya geniş bir bakış açısıyla bakılmalıdır.
- Bireyler, yaşama dair olumlu beklentilerini artırmalıdır.
- Bireyler öz bakımlarını aksatmamalı, hoşlandıkları ve rahatlatıcı aktiviteler yapmalıdır.
- Psikolojik sağlamlığı güçlendirmek için yeni yollar bulunabilir. Örneğin yaşanan travma ve stresli bir durum hakkında duygu ve düşüncelerini yazma, meditasyon, yoga gibi uygulamalar, bireylerde umut duygusunun artmasına neden olabilir.

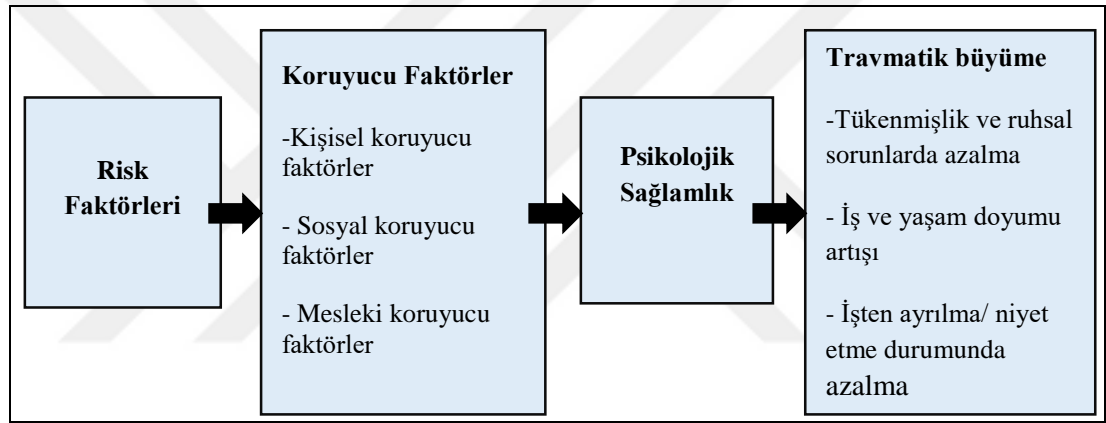
4.5.1 Hemşirelerde Psikolojik Sağlamlık ve Etkileyen Faktörler

Psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan çalışmalarda, psikolojik sağlamlık düzeyleri yüksek bireylerin, karşılaştıkları yoksulluk, şiddet, hastalık ve daha pek çok stresli yaşam olayıyla, daha başarılı bir biçimde mücadele ettikleri saptanmıştır. Bu bireylerin, aynı zamanda etkili problem çözme yeteneği ve etkili kişiler arası iletişim becerileri gibi olumlu özelliklere sahip oldukları vurgulanmıştır. Benzer olumsuz olaylar yaşayıp da başarısız olmuş bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin geliştirilerek, karşılaştıkları sorunların üstesinden daha kolay gelecekleri ya da bu streslerden en az zararla kurtulabilecekleri çalışmalarla ortaya konmuştur (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009).

Hemşireler iş yaşamının stresli olması, zor durumda olan hastalara bakım verme sürecinde yaşananlar ve sağlık sisteminde var olan aksaklıklar gibi nedenlerle pek çok sorun yaşamaktadır (McCann ve ark., 2013; Gillespie ve ark., 2007). Ancak yapılan çalışmalar incelendiğinde, hemşireler beklenmedik stresli bir durumla karşılaştıklarında; sahip oldukları koruyucu faktörlerin (kişisel, sosyal, mesleki)

psikolojik sağlıklarını geliştirdiği; (Mcallister ve Lowe, 2011) psikolojik sağlamlığın da hemşirelerde öz güven, otonomi, baş etme ve duruma uyum sağlayabilme, motivasyonel bir yaşam gücü oluşturabilme gibi becerilerin gelişmesini olumlu anlamda etkilediği, travmatik büyümenin oluşmasını da sağladığı belirtilmektedir (Mccann ve ark., 2013; Mcallister, 2013; Gillespie ve ark., 2007). Bununla birlikte kişisel ve organizasyonel çıktılarının olumlu etkilendiği; hemşirelerde mesleki profesyonel becerilerin geliştiği, iş ve yaşam doyumunun arttığı, işten ayrılma veya işten ayrılmaya niyet etme durumunun, tükenmişlik duygusunun ve depresyon gibi ruhsal sorunların azaldığı saptanmıştır (Mccann ve ark., 2013; Ju ve Oh, 2016).

Şekil 3. Hemşirelerde Psikolojik Sağlamlığın Gelişimi ve Yansımaları



(Çam ve Büyükbayram, 2017)

Toplumumuzda bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkileyen olayların sayısı ve şiddeti gün geçtikçe artmaktadır. Bunlar yoksulluk, düşük sosyo-ekonomik statü, aile içi şiddet, çocuk ihmal ve istismar olaylarından toplumsal şiddet gibi geniş bir perspektife doğru uzanmaktadır. Ülkemizde yakın bir tarihte büyük bir depresyon yaşanması, terör gibi olayların içinde yer alması nedeniyle yaşanan ruhsal travma kaynaklarının sayısı da çoğalmıştır. Bu nedenle ülkemizin sosyocoğrafik yapısı da göz önüne alındığında bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olması önemlidir. Hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar karşısında etkili bir biçimde mücadele edebilmeleri ve bu sorunlar karşısında kendi ruh sağlıklarını koruyabilmeleri için öncelikle kendilerinin sağlam bir psikolojiye sahip olmaları, daha sonra toplumdaki bireylerin psikolojik sağlıklarına katkıda bulunmaları kaçınılmazdır (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009).

Psikolojik sağlamlığı yüksek olan hemşirelerin mesleğe, geleceğe ve yaşama dair olumlu tutumları; iş ve yaşama dair ıktıları olumlu anlamda etkilemektedir. Bu durum yaşanılan bireysel, mesleki ve sağlık sisteminden kaynaklanan birçok soruna rağmen; hemşirelerin bireylere, ailelere, topluma yönelik bakım hizmetlerini olumlu bir şekilde etkilemektedir. Ayrıca ICN'in 2014 yılı "Hemşireler; Değişim için bir g, sağlıkıin hayati bir kaynak" ve 2016 yılı "Hemşireler: Değişim için bir g: Sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırma" temaları; sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık sisteminde varolan sorunların üstesinden gelinebilmesi için hemşirelerde psikolojik dayanıklılığı artırmanın önemini ortaya koymuştur. Bu temalar doğrultusunda ülkemizde hemşirelik mesleğinin gereksinimi olan gücün ve kaynağın ortaya çıkarılabilmesi için; hemşirelerde psikolojik dayanıklılığı artırmaya yönelik bireysel ve kurumsal çalışmalar yapılması gerekmektedir (am ve Bykbyram, 2017).

4.6. Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumlarının Psikolojik Sağlamlık Açısından Değerlendirilmesi

Afet ncesi, afet sırasında ve afet sonrasında gerçekleştirilen görevler sırasında hemşireler, kendi duyarlılıkları ve korkuları ile baş edebilmek için eğitilmeli ve desteklenmelidir. Stres ve üzüntü anormal durumlara verilen normal tepkilerdir. Ancak travmatik olaylar sağlık personelinin afet alanında ya da afet sonrasında yanıt verme yeteneklerini engelleyebilen çok güçlü duygusal reaksiyonların yaşanmasına neden olabilmektedir (Kalanlar, 2014).

şekil 4. Afet Etki Piramidi (Kalanlar, 2014)



Hastalıkları Kontrol ve Korunma Merkezi (Centers for Disease Control) tarafından 2005 yılında hazırlanan afet etki piramidinde, sağlık çalışanlarını afetten etkilenen gruplar arasında gösterilmektedir (Kalanlar, 2014).

Yapılan çalışmalarda, afete ilkyanıt vericilerin, görevlerini gerçekleştirmede yaşadıkları birçok olumsuz olaydan dolayı fiziksel ya da psikolojik olarak zarar gördükleri belirtilmektedir. Bu çalışmalarda, sağlık çalışanlarının afetlerde görev aldıktan sonra, depresyon (%16.4), stres (%45) ve post travmatik stres bozukluğu (%25.6) yaşadıkları ve bu durumların aylar hatta bazen yıllarca sürdüğü bildirilmektedir (Stellman ve ark., 2008; Ozen ve Sir, 2004).

Sağlık çalışanlarında, afet öncesinde de ruhsal problemler bulunabilir. Çalışanların ruhsal sorunları afet durumlarında yeniden ortaya çıkabilir ya da yeni ruh sağlığı problemleri geliştirebilir. Genel olarak sağlık çalışanları, afette aldıkları çeşitli görevlerden ve görevlerle ilgili olarak yaşadıkları yoğun stresten dolayı daha fazla ruh sağlığı problemleri yaşayabilmektedirler (Kalanlar, 2014).

Afetlerin hemşireler üzerindeki etkileri özetle aşağıdaki hususları içermektedir (Hughes ve ark., 2007);

-Hemşireler de toplumun diğer fertleri gibi bir yakının kaybı, evlerin hasar görmesi, gelir kaybı gibi, bireysel kayıp yaşayabilirler, bu durum etkileyebilir,

-Afetlerde kendi ailelerinin ya da yaşadığı çevrenin önemli derecede etkilenmesi ile hemşirelerin ruh sağlığı yaşanan kayıplar ile olumsuz olarak etkilenebilir. Hemşireler böyle bir durumda hiçbir şeyin eski haline gelmeyeceği ve tükenmişlik ve yalnızlık hissine kapılabilir,

-Afet durumlarında aniden sağlık sistemine baskı oluşmakta; bir anda, çok yoğun ve acil durumda olan hasta bakımı ile hemşirelerde stres ve buna bağlı olarak psikolojik bazı sorunlar oluşabilir,

-Hemşirelerde bir müddet sonra aşırı çalışma ve strese bağlı olarak işgücü kaybı yaşanabilir.

-Günlük rutinlerin değişmesi ve iş yoğunluğu gibi nedenlerle hemşirelerin profesyonel uygulama standartlarında düşüş görülebilir.

-Afetler hemşirelerin güvenliği üzerine etki ederek, onların şiddete uğrama risklerini artırabilir.

-Afete maruz kalanların acil durumlarının etkisine maruz kalmak (insanların normal olmayan bir şekilde büyük mezarlarda topluca gömüldüğünü görmek, fazla sayıda yaralı insanın sağlık ihtiyaçlarının karşılamada yetersizlik, çocukların ölümüne şahitlik etmek) iş stresini arttırabilir.

Afet öncesi dönemde hemşire; afetin belirsizliği, yıkım, ölüm, çaresizlik, bölgedeki yoksulluk, yoksunluk ve eşitsizliğin getirdiği çaresizlik, karmaşık duygular, afet yönetim sistemindeki eksikliklerden kaynaklı sorunlar, akreditasyon sorunları, afet bölgesinde gitmede yaşanan isteksizlik, haksızlığa uğrama duygusu, merak, rol kaybı yaşanması gibi önemli sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu sorunlara yönelik olarak; afetler konusunda uzmanlaşmanın sağlanması, hemşirelerin afet sürecinde yaşayacakları sorunlar konusunda bilgilendirilmesi, eğitim programlarının oluşturulması, geliştirilen çözüm önerileri arasındadır (Sanders ve ark., 2005).

Afette görev alacak hemşirelerin kendini iyi tanıması, strese nasıl tepki verebileceğini bilmesi, stresle nasıl baş edebileceğini bilmesi gereklidir, bu amaçla afetten önce stres testleri yapılmalı ve hemşireler bu skora göre afette görevlendirilmelidir. Zira büyük bir afette hemşirelerin de yakınlarını kaybetmesi muhtemeldir ve böyle bir durumda çalışıp çalışamayacağı belirlenmeli ona göre planlama yapılmalıdır. Bu konuda testlerin yapılması Sağlık Bakanlığı görev alanın da olmalı iken stres skorlarına göre çalışılacak yerlerin tespiti ise AFAD tarafından afet bölgesinde yapılmalıdır (Kalanlar, 2014).

Sağlamlık kavramının yaygınlaşmasıyla birlikte bu kavram afetler hakkında yapılan çalışmalarda da kullanılmaya başlanmıştır. Bu kavram özellikle afete müdahale ve afetin etkilerinden iyileşme alanlarına katkı sağlayacaktır (Cretney, 2016).

Afetlere karşı sağlamlığı belirlemek için pek çok yöntem kullanılmaktadır. Afetlere dirençliliği belirlemek için bireyler, toplumlar, hane halkları, sistemler, bölgeler veya ülkeler üzerinde araştırmalar yapılmaktadır. Ekonomi, eğitim düzeyi ve kalitesi, zarar azaltma planları, çalışmaları ve harcamaları, toplumda sunulan hizmetin kalitesi, geçmiş afetlerden tecrübe kazanma ve bu tecrübeyi kullanabilme, altyapı, yönetimin kalitesi, toplumun yaşadığı fiziki ortamın niteliği afetlere karşı dirençliliği belirlemede kullanılan değişkenler arasındadır (Cutter, 2016).

Sağlamlık, daha iyi bir gelecek için, geçmiş afetlerden öğrenmeyi, becerileri öğrenmeyi ve kendini toparlamayı öğrenmeyi ifade eder (Benadusi, 2014). Afete dirençli toplumda en önemli Şey kolektif bilinçtir ve kolektif bilinç, eğitimler, planlar ve projelerle geliştirilebilir (Leblebici, 2014).

Reich (2006), afetlere psikolojik sağlamlığın ilkelerini, kişisel kontrol, zor koşullara uyum ve güçlü sosyal ilişki olarak açıklamaktadır. Afetlere dirençli olan bireyler, psikolojik ve duygusal olarak daha az etkilenecek, afetlerden sonra kısa sürede günlük hayata dnebilecekler ve sosyal yaşamlarına devam edebileceklerdir (Bonanno, 2005). Psikolojik sağlamlığı olan bireyler afetlerden kaynaklanan olumsuz etkilerden çabuk kurtulurlar (Mızrak, 2017).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin afetlere hazır oluşluk durumlarını ve psikolojik sağlamlıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma tanımlayıcı-ilişki arayıcı türde planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Anadolu Yakası 2. Bölge Kamu Hastaneleri Başkanlığı'na bağlı kamu hastanelerinden 5 farklı eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır (N=2549). Evrendeki birey sayısı bilinme durumunda örneklem hesaplama formülüne (G-power analizinde Tip 1 hata:0.05, Tip 2 hata:0.95, d:0.95 alınarak hesaplanmıştır) göre örneklem büyüklüğü 631 kişidir. Orantılı hesaplama yöntemi ile her hastaneden çalışmaya alınacak birey sayısı hesaplanmıştır. Hedeflenen örneklem büyüklüğündeki kişi sayısına ulaşılmıştır.

Hastane Adı	Yatak Sayısı	Hemşire Sayısı	Örnekleme Alınacak Hemşire Sayısı
A Hastanesi	640	612	151
B Hastanesi	836	670	166
C Hastanesi	540	374	93
D Hastanesi	618	615	152
E Hastanesi	300	278	69
Toplam		2549	631

5.3. Araştırmanın Değişkenleri (Bağımlı-Bağımsız)

Bağımlı Değişkenler; Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları, CD-RISC Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Bağımsız Değişkenler; Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, statü, çalışma süresi, çalışılan birim, çalıştığı birimdeki pozisyonu, mesleği sevme durumu, sağlık problemi varlığı, afet deneyimi, afetzedelere bakım verme deneyimi, afette bir tanıdık ya da yakınına kaybetme durumu, afet eğitimi alma durumları, bireysel afet hazırlık planına sahip olma durumu, afetle ilgili herhangi bir aktivitede görev alıp almama, hastane afet planından haberdar olma durumu, afet tatbikatına katılma durumu, afet anında hemşirelerin hangi rollere sahip oldukları, afet türlerine göre mesleki yeterlilik algısı, afet türlerine göre bireysel endişe durumu, afetlerde beceri alanlarına göre yeterlilik düzey algıları ve hemşirelerin kendilerini afetlere hazırlıklı olma durum skalası

5.4. Araştırma Soruları

Ana sorular:

Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin;

1. Afetlere hazır oluşluk durumları nasıldır?
2. Psikolojik sağlamlıkları ne düzeydedir?
3. Afetlere hazır oluşluk durumları ile psikolojik sağlamlıkları arasında ilişki var mıdır?

Alt Sorular: Çalışma örneklemine alınan hemşirelerin;

1. Afete hazırlık algıları;
 - a) Bireysel özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık problemi varlığı)
 - b) Mesleki durum değişkenlerine (mesleki deneyim yılı, çalıştığı birimdeki pozisyonuna, çalıştığı birime, mesleğe ilişkin duygu durumuna)
 - c) Afetlere ilişkin deneyimlerine ve hazırlık durumlarına (herhangi bir afetle karşılaşma durumu, afetzedelere bakım verme durumu, herhangi bir afette tanıdığı ya da yakınına kaybetme durumu, evlerinde afet hazırlık planı varlığı)
 - d) Afet eğitimi alma durumuna, aldığı afet eğitiminin teorik/teorik+uygulamalı eğitim olması durumuna

- e) Afetle ilgili herhangi bir aktivitede/kuruluşta görev alma durumuna
 - f) Hastane afet planından haberdar olma durumuna
 - g) Afet tatbikatına katılma durumuna
 - h) Afet anında sahip oldukları hemşirelik rollerine
 - i) Afet türlerine göre; afet müdahale esnasında mesleki yetkinliğine güvenme durumuna ve endişe düzeylerine
 - j) Afetlerde konu alanlarına göre mesleki beceri yeterlilik düzeylerine
 - k) Hemşire olarak kendini afete hazır olma durumunu değerlendirmesine
- göre istatikselsel olarak anlamlı bir fark göstermekte midir?

2. Psikolojik sağlamlık düzeyleri;

- a) Bireysel zelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sağlık problemi varlığı)
- b) Mesleki durum değişkenlerine (mesleki deneyim yılı, çalıştığı birimdeki pozisyonuna, çalıştığı birime, mesleğe ilişkin duygu durumuna)
- c) Afetlere ilişkin deneyimlerine ve hazırlık durumlarına (herhangi bir afetle karşılaşma durumu, afetzedelere bakım verme durumu, herhangi bir afette tanıdığı ya da yakınını kaybetme durumu, evlerinde afet hazırlık planı varlığı)
- d) Afet eğitimi alma durumuna, aldığı afet eğitiminin teorik/ teorik+uygulamalı eğitim olması durumuna
- e) Afetle ilgili herhangi bir aktivitede/kuruluşta görev alma durumuna
- f) Hastane afet planından haberdar olma durumuna
- g) Afet tatbikatına katılma durumuna
- h) Afet anında sahip oldukları hemşirelik rollerine

i) Afet türlerine göre; afet müdahale esnasında mesleki yetkinliğine güvenme durumuna ve endişe düzeylerine

j) Afetlerde konu alanlarına göre mesleki beceri yeterlilik düzeylerine

k) Hemşire olarak kendini afete hazır olma durumunu değerlendirmesine

göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermekte midir?

5.5. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri ve Zaman

Araştırma 18.03.2019 – 18.05.2019 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Anadolu Yakası 2. Bölge Kamu Hastaneleri Başkanlığı'na bağlı özel dal hastaneleri dışında kalan Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde (İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi) yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı 2015 yılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği kapsamında her hastanenin Hastane Afet Planı bulunmaktadır, yönetmelik doğrultusunda hastanelerde başhekimin başkanlığında HAP hazırlama komisyonu çalışmaktadır. Ayrıca çalışılan hastanelerden 500 yatağın üzerinde olanlarda Sivil Savunma ve Afet Acil Durum Yönetim Birimi, diğerinde Sivil Savunma Birimi bulunmaktadır.

5.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Anket uygulamasından önce katılımcılara yönelik bilgilendirme formunu (Ek- 5) okumaları istendi ve sonrasında onam formu (Ek- 6) ile çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerin onamları alındı. Çalışmaya katılmaya onay veren hemşirelerden araştırma verileri öz bildirimine dayalı anket uygulama tekniği kullanılarak toplanmıştır.

5.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan Anket Formu, Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği ve CD-RISC Psikolojik Sağlık Ölçeği ile toplanmıştır.

5.7.1 Anket Formu: (Ek-1)

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında geliştirilen bu formda hemşirelerin bireysel tanıtıcı özelliklerinden oluşan (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, afete hazırlıkla ilgili sorular) 24 soru yer almıştır (Kılıç N. 2018, Mızrak S. 2017, Özcan F. 2013, Çelik F. 2010). Anket formunda sorgulanan ve incelenen değişkenler şunlardır:

Bireysel Özellikler: Bu kapsamda araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim yılı, çalıştığı birim, çalıştığı birimdeki pozisyonu, mesleğine ilişkin duygu durumu, sağlık problemi varlığı ile toplam 9 adet soru yer almaktadır.

Afet Kavramına İlişkin Görüşler: Bu kapsamda afet tecrübesi, afetzedelere bakım verme durumu, herhangi bir afette tanıdığı ya da yakınına kaybetme durumu, bireysel afet hazırlık durumu, afet eğitimi, hastane afet planlarından haberdar olma durumu, afet tatbikatına katılmış olma durumu, afetle ilgili herhangi bir aktivitede görev alıp almadığı, hemşirelerin afet evrelerine göre rol sahibi olma durumları, afet türlerine göre mesleki yetkinliğine güvenme düzeyi, afet türlerine göre endişe düzeyleri, afetlerde beceri alanlarına göre yeterlilik düzey algıları ve hemşirelerin kendilerini afetlere hazırlıklı olma durumlarını nasıl gördüklerini belirlemeye yönelik 0-10 arasında değer alan skala ile 15 adet soru yer almaktadır.

5.7.2. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği: (Ek-2)

Özcan tarafından 2013 yılında hemşirelerin afete karşı kendilerini ne kadar hazır hissettiklerini ölçmek amacıyla geliştirilen Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ) toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Hazırlık evresi (1-6. sorular), Müdahale evresi (7- 15. sorular), Afet sonrası evresi (16- 20. sorular) olmak üzere 3 alt başlıktan oluşan ölçeğin maddeleri beşli likert tipi (1-Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3-Kısmen katılıyorum, 4-Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum) şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça afet hazırlık algısı da artmaktadır. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı ölçeğinin “Cronbach Alpha = 0.907 olarak bulunmuştur. Güvenilirlik-geçerlilik çalışması sonucunda ölçeğin Cronbach alpha katsayısı .90, test -tekrar test güvenilirlik katsayısı .98 olarak bildirilmiştir (Özcan, 2013).

5.7.3. Connor ve Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC): (Ek-3)

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Connor ve Davidson (2003) tarafından geliştirilmiş, ölçeğin Türk kùltürüne uyarlama çalışması Kararırmak (2009) tarafından yapılmıştır ve elde edilen Cronbach alfa katsayısı .92 çıkmıştır. 25 maddeden oluşur ve puanlama 'hiç doğru değil' (0) ve 'her zaman doğru' (4) arasında değişen 5'li likert tipine sahiptir. Ölçek 'Azim ve Kişisel Yeterlilik' (15 madde), 'Olumsuzluğa Dayanıklılık' (6 madde) ve 'Ruhsallığa Eğilim' (3 madde) olarak 3 alt ölçekten oluşurken tersine değerlendirilen bir maddesi yoktur. En düşük ve en yüksek değer 0-100 arasında değişir. Ölçekten alınan daha yüksek puanlar daha fazla psikolojik sağlamlığa sahip olmayı gösterir (Kararırmak, 2010). Hemşirelerin afetlere karşı psikolojik sağlamlık düzeyini belirlemek için kullanılmıştır.

5.8. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Science 22.00 (SPSS) istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde ve ortalama ile gösterilmiştir. Demografik özellikler ve hemşirelik özellikleri ve afete hazırlık yeterliliklerine göre ölçek puanları tüm alt boyutlarda independent sample t test ve tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde (ANOVA) fark bulunan gruplarda farklılığın kaynağı çoklu karşılaştırma testlerinden Tukey ile araştırılmıştır. Ölçek alt boyut puanlarının ve afete hazırlıklı olma düşüncesinin arasındaki ilişkilerin incelemesi Pearson Korelasyon analizi ile sağlanmıştır. Tüm istatistiksel anlamlılık değerlendirmesinde anlam düzeyi olarak ($p < 0,05$) dikkate alınmıştır.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce ilgili kurum ve kişilerden gerekli yazılı izinler alındı. Bunlar;

- İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 2018/0516 no'lu karar ile izin alınmıştır (Ek-7),
- Veri toplama araçlarının kullanımı için gerekli izinler e-mail yoluyla alınmıştır (Ek-4),
- Çalışmanın yapıldığı hastanelerden gerekli resmi yazılı kurum izinleri (Ek-9),
- Çalışmaya katılması planlanan hemşirelere katılımcılara yönelik bilgilendirme formu (Ek-5) ve onam formu ile izin alındı (Ek-6).

5.10. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler

Bu tür araştırmaların taşıdığı katılımcıların, beklenen yanıtı verme eğilimi bu çalışma içinde geçerlidir. Bazı hemşirelerin soruları cevaplamak istememesi veya yarım bırakması nedeniyle zorluklar yaşanmıştır.

5.11. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Çalışmanın yapıldığı kurumlarda çalışan, 18 üzeri yaşta olan ve gönüllü olan tüm branş hemşireleri dahil edilmiştir.

5.12. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Çalışmaya katılmayı reddeden hemşireler ve eksik doldurulan formlar çalışmadan çıkarıldı.

6. BULGULAR

Bulgular dört başlık halinde ele alınmıştır.

- Bireysel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular
- Afet deneyimi ve görüşlerine ilişkin bulgular
- Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ) ve Connor Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeğine (CD-RISC) ilişkin bulgular
- Bağımsız değişkenler ile HAHAÖ puan ortalamaları ve CD-RISC puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

6.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri ve Mesleki Durum Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Tablo 7. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (n=631)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	535	84,8
	Erkek	96	15,2
Yaş_grup	=<20	15	2,4
	21-25	219	34,7
	26-30	188	29,8
	31--35	70	11,1
	36-40	70	11,1
	41 +	69	10,9
Medeni durum	Bekar	359	56,9
	Evli	262	41,5
	Dul/boşanmış	10	1,6
Mezun olunan okul	Sağlık lisesi	88	13,9
	Ön-lisans	43	6,8
	Lisans	419	66,4
	Yüksek lisans	80	12,7
	Doktora	1	0,2
Geçmişte olan veya devam eden ciddi bir sağlık probleminiz varmı?	Hayır	573	90,8
	Evet	58	9,2

Tablo 8. Hemşirelerin Mesleki Durum Değişkenlerinin Dağılımı (n=631)

Değişkenler	n	%
Ünvan	Servis hemşiresi	468 74,2
	Sorumlu Hemşire	68 10,8
	Yönetici Hemşire	13 2,1
	Diğer	82 13,0
Görev yapılan klinik	Dahili Birimler	132 20,9
	Cerrahi Birimler	118 18,7
	Acil	90 14,3
	Pediyatri	59 9,4
	Kadın Doğum	15 2,4
	Psikiyatri	7 1,1
	Ameliyathane	17 2,7
	Yoğun Bakım	93 14,7
	Poliklinikler	38 6,0
	Diğer	62 9,8
	Çalışma yılı	0-1 yıl
2-5 yıl		236 37,4
6-10 yıl		93 14,7
11-15 yıl		70 11,1
16 yıl ve üzeri		99 15,7
Mesleğe ilişkin duygular	Hemşireliği severek yapıyorum	423 67,0
	Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum	25 4,0
	Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum	100 15,8
	Hemşireliği sevmiyorum	36 5,7
	Diğer	47 7,4

Araştırmaya katılan hemşirelerimizin; yaş ortalamaları (29,7±7,2) ve %84,8 çoğunluğu kadındır. %56,9'u bekâr, %41,5'i evli ve sadece %1,6'sı dul ya da boşanmış medeni duruma sahiptir. %66,4 oranında lisans mezunu, %13,9 oranında sağlık lisesi mezunu ve %12,7 oranında ise yüksek lisans mezunudur. Sadece %9,2'sinde ciddi bir sağlık problemi söz konusu olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 7). %74,2 si servis hemşiresi, %10,8 'i sorumlu hemşire ve %2,1'i ise yönetici hemşiredir. %20,9'u dâhili birimlerde, %18,7'si cerrahi birimlerde %14,7'si yoğun bakımda ve %14,3'ü ise acil biriminde görev yapmaktadır. Hemşirelerin % 37,4'ü 2-5 yıl, % 21,1'i

0-1 yıl ve %15,7'si 16 yıl ve üzeri olarak çalışma sürelerini belirtmiştir. Katılımcı hemşirelerimizin mesleğe ilişkin duygularında %67'sinin hemşireliği severek yaptığını ifade ettiği görülmektedir. %15,8'i ise zorunlu hissettikleri için bu mesleği yaptıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 8).

6.2. Hemşirelerin Afetlere İlişkin Deneyimleri Ve Görüşleriyle İlgili Bulgular

Tablo 9. Hemşirelerin Afetlere İlişkin Bireysel Özellikleri ve Deneyimlerinin Dağılımı (n=631)

Değişkenler		n	%
Yaşantınızda ciddi bir afet durumuyla karşılaştınız mı?	Hayır	488	77,3
	Evet	143	22,7
Daha önce afetzedelere bakım vermek durumunda kaldınız mı?	Hayır	574	91,0
	Evet	57	9,0
Herhangi bir afette tanıdığınız ya da yakınınız olan birinin kaybını yaşadınız mı?	Hayır	587	93,0
	Evet	44	7,0
Evinizde afete hazırlık planınız var mı?	Hayır	579	91,8
	Evet	52	8,2
Daha önce afet ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?	Hayır	259	41,0
	Evet	372	59,0
Aldığınız afet eğitimi tanımlayınız	Teorik	230	62,2
	Teorik+uygulamalı	140	37,8
Afet ile ilgili herhangi bir aktivitede/ kuruluştaki görev aldınız mı?	Hayır	609	96,5
	Evet	22	3,5
Çalıştığınız kurumun afet planından haberdar mısınız?	Evet, afet planını var, okudum	267	42,3
	Evet, afet planı var ancak henüz okumadım	221	35,0
	Hayır, afet planı olduğunu sanmıyorum	34	5,4
	Hiçbir fikrim yok	109	17,3
Daha önce hiç afet tatbikatına katıldınız mı?	Hayır	350	55,5
	Evet	281	44,5

Katılımcı hemşirelerimizden;

Ciddi bir afet durumu ile karşılaşan %22,7, karşılaşılan bu afet türünü %70,6 deprem olarak belirtmişlerdir. Daha önce afetzedelere bakım veren %9, bir afette tanıdığını ya

da yakınıını kaybeden % 7, evinde afet hazırlık planı olan % 8,2, afet ile ilgili eğitim alan % 59, afetle ilgili teorik eğitim alan %62,2 hem teorik hem uygulamalı eğitim alan % 37,8 ve afet ile ilgili bir kuruluş ya da aktivitede yer alanlar % 3,5 oranındadır. Çalışılan kurumda afet planından haberdar olup olmama durumunda %42,3 ‘ü evet haberim var ve okudum yanıtını vermiştir. %35 katılımcı ise evet var ancak okumadım derken, %5,4 ise afet planı olduğunu sanmıyorum şeklinde yanıt vermiştir. Daha önce afet tatbikatına katılanların oranı % 44,5’dir (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelerin Afet Aşamalarındaki Rollerine İlişkin Görüşlerinin

Dağılımı (n=631)

Değişkenler		n	%
Afet öncesi dönemde hemşirenin rolü	Yok	74	11,7
	Fikrim yok	103	16,3
	Var	454	71,9
Afet sırasında hemşirenin rolü	Yok	28	4,4
	Fikrim yok	50	7,9
	Var	553	87,6
Afet sonrası dönemde hemşirenin rolü	Yok	15	2,4
	Fikrim yok	27	4,3
	Var	589	93,3

Katılımcı hemşirelerimizin afette hemşirenin rolü konusundaki düşünceleri sorularına verdikleri yanıtlara göre Afet öncesi dönemde hemşirenin rolü var diyenler %71,9 oranında, afet sırasında hemşirelerin rolü var diyenler % 87,6 ve Afet sonrası dönemde hemşirenin rolü var diyenlerin oranı ise %93,3 olarak gerçekleşmiştir (Tablo 10).

Tablo 11. Hemşirelerin Afet Türlerine Göre Mesleki Yetkinliğine Güven Durumlarının ve Bireysel Endişelerinin Dağılımı (n=631)

Değişkenler		n	%
Doğal afetler (Deprem, sel vb.)	Güvenmiyorum	127	20,1
	Fikrim yok	177	28,1
	Güveniyorum	327	51,8
Terör ya da savaşlar	Güvenmiyorum	146	23,1
	Fikrim yok	237	37,6
	Güveniyorum	248	39,3
Tehlikeli madde kazaları	Güvenmiyorum	163	25,8
	Fikrim yok	258	40,9
	Güveniyorum	210	33,3
Bulaşıcı hastalık salgını	Güvenmiyorum	126	20,0
	Fikrim yok	197	31,2
	Güveniyorum	308	48,8
Doğal afetler (Deprem, sel vb.)	Hiç Endişelenmiyorum	46	7,3
	Biraz Endişeleniyorum	213	33,8
	Endişeleniyorum	372	59,0
Terör ya da savaşlar	Hiç Endişelenmiyorum	43	6,8
	Biraz Endişeleniyorum	148	23,5
	Endişeleniyorum	440	69,7
Tehlikeli madde kazaları	Hiç Endişelenmiyorum	39	6,2
	Biraz Endişeleniyorum	195	30,9
	Endişeleniyorum	397	62,9
Bulaşıcı hastalık salgını	Hiç Endişelenmiyorum	39	6,2
	Biraz Endişeleniyorum	184	29,2
	Endişeleniyorum	408	64,7

Katılımcı hemşirelerimizin belirtilen afet türlerine göre afet müdahale esnasında mesleki yetkinliklerine güvenme durumlarına; Doğal afetlerde güveniyorum diyenler %51,8, terör ya da savaşlarda güveniyorum diyenler % 39,3, tehlikeli madde kazalarında güveniyorum diyenler % 33,3 ve bulaşıcı hastalık salgınında güveniyorum diyenler ise % 48,8 oranında gerçekleşmiştir (Tablo 11).

Araştırmaya katılan hemşirelerin afet türlerine göre bireysel endişe düzeylerinde; en çok ‘Terör ya da Savaşlar’ afetine yönelik olarak ‘‘Endişeleniyorum’’ diyenler

%69,7 , ‘Bulaşıcı Hastalık Salgını’ için “Endişeleniyorum” diyenlerin oranı % 64,7’dir. ‘Hiç Endişelenmiyorum’ yanıtı en çok % 7,3 oranı ile ‘Doğal Afetler’ için verilmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelerin Afetler ile İlgili Mesleki Becerilerine İlişkin Yeterlilik Durumlarının Dağılımları (n=631)

Değişkenler		n	%
1. Temel ilk yardım uygulamalarını yapabilirim.	Öğretilmesi gerekiyor	33	5,2
	Yardımla yapabilirim	82	13,0
	Yapabilirim	320	50,7
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	196	31,1
2. Afetlerde toplum sağlığının korunmasına yönelik güvenli aşı uygulamalarını sağlayabilirim.	Öğretilmesi gerekiyor	54	8,6
	Yardımla yapabilirim	131	20,8
	Yapabilirim	315	49,9
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	131	20,8
3. KBRN maruz kalma durumunda uygun izolasyon ve dekontaminasyon işlemlerini başlatabilirim.	Öğretilmesi gerekiyor	130	20,6
	Yardımla yapabilirim	265	42,0
	Yapabilirim	175	27,7
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	61	9,7
4. Yaralanmış bireyin nakil durumunu değerlendirerek, bu süreçte hasta güvenliğini sağlayacak şekilde hazırlık, bakım ve izlemi yapabilirim.	Öğretilmesi gerekiyor	43	6,8
	Yardımla yapabilirim	168	26,6
	Yapabilirim	306	48,5
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	114	18,1
5. Afetten etkilenen bireylerin ve afet müdahale görevlilerinin, afet sırasında veya sonrasında gösterebilecekleri psikolojik tepkileri tanıyabilir/değerlendirebilir ve müdahale edebilirim.	Öğretilmesi gerekiyor	76	12,0
	Yardımla yapabilirim	177	28,1
	Yapabilirim	296	46,9
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	82	13,0
6. Afetlerin olumsuz etkilerine karşı, kendinize ve başkalarına destek sağlamak amacıyla uygun baş etme stratejilerini açıklayabilirim.	Öğretilmesi gerekiyor	86	13,6
	Yardımla yapabilirim	175	27,7
	Yapabilirim	290	46,0
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	80	12,7

Katılımcı hemşirelerimizin afet konu alanlarına göre mesleki becerileri yeterlilik durumları sorularına verdikleri yanıtlara göre “Temel ilk yardım uygulamalarını yapabilirim” ifadesinde ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ diyenler % 31,1 iken

‘Yapabilirim’ diyenler %50,7 oranındadır. Yardımla yapabileceğini söyleyenler %13 ve öğretilmesi gerektiğini ifade edenler ise sadece % 5,2 şeklinde dağılım göstermiştir.

“Afetlerde toplum sağlığının korunmasına yönelik güvenli aşı uygulamalarını sağlayabilirim.” ifadesinde Yapabilirim ve başkalarına öğretirim diyenler % 20,8 iken yapabilirim diyenler %49,9 oranındadır. Yardımla yapabileceğini söyleyenler %20,8 ve öğretilmesi gerektiğini ifade edenler ise sadece % 8,6 oranındadır.

“KBRN maruz kalma durumunda uygun izolasyon ve dekontaminasyon işlemlerini başlatabilirim.” ifadesinde Yapabilirim ve başkalarına öğretirim diyenler % 9,7 iken yapabilirim diyenler %27,7 oranındadır. Yardımla yapabileceğini söyleyenler %42 ve öğretilmesi gerektiğini ifade edenler ise sadece % 20,6 oranındadır.

“Yaralanmış bireyin nakil durumunu değerlendirerek, bu süreçte hasta güvenliğini sağlayacak şekilde hazırlık, bakım ve izlemine yapabilirim” ifadesinde Yapabilirim ve başkalarına öğretirim diyenler % 18,1 iken yapabilirim diyenler %48,5 oranındadır. Yardımla yapabileceğini söyleyenler %26,6 ve öğretilmesi gerektiğini ifade edenler ise sadece % 6,8 oranındadır.

“Afetten etkilenen bireylerin ve afet müdahale görevlilerinin, afet sırasında veya sonrasında gösterebilecekleri psikolojik tepkileri tanıyabilir/değerlendirebilir ve müdahale edebilirim” ifadesinde Yapabilirim ve başkalarına öğretirim diyenler sadece %13, yapabilirim diyenler %46,9 oranındadır. Yardımla yapabileceğini söyleyenler %28,1 ve öğretilmesi gerektiğini ifade edenler ise sadece %12,0 oranındadır.

“Afetlerin olumsuz etkilerine karşı, kendinize ve başkalarına destek sağlamak amacıyla uygun baş etme stratejilerini açıklayabilirim.” ifadesinde Yapabilirim ve başkalarına öğretirim diyenler sadece %12,7, yapabilirim diyenler %46,0 oranındadır. Yardımla yapabileceğini söyleyenler %27,7 ve öğretilmesi gerektiğini ifade edenler ise sadece % 13,6 oranındadır (Tablo 12).

6.3. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ) ve Connor Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 13. Hemşirelerin Afet Hazırlık Algısı Ölçeği Maddelerine Verdikleri Yanıtların Tanımlayıcı İstatistikleri (n=631)

HAHAÖ Maddeleri	\bar{X}	SS
1. Afete kendimi daha hazır hissetmem için düzenli hizmet içi eğitimlerle bilgilerimi tazelemem gerekir.	3,95	.94
2. Afete kendimi daha hazır hissetmem için düzenli tatbikatlarla bildiklerimi pekiştirmeliyim.	3,98	.89
3. Ülkemizde bir afet gelişmesi durumunda hangi birimlerden (afete müdahale, arama-kurtarma, lojistik destek, bölge haberleşme birimleri vs.) destek isteyeceğimi önceden bilmeliyim.	4,13	.82
4. Afete hazırlık konusunda bilgilerimi sorgulamalı, bilmediklerimi öğrenmeliyim.	4,11	.86
5. Afet esnasında kullanılacak iletişim zincirini bilmem önemli	4,20	.82
6. Afet esnasında yapılması gerekenleri öncelik sırasına göre bilmeliyim.	4,16	.85
7. Aldığım eğitimlerin (lisans, hizmet içi eğitim vs.) afete hazır olmam için yeterli olduğunu düşünüyorum.	3,05	1.06
8. Acil durum planı uygulama ve afet yerini boşaltma gibi prosedürleri yerine getirebilirim.	3,34	.90
9. Sahada (afet bölgesinde) afetzedelere triyaj uygulayabilirim.	3,68	.85
10. Afet durumunda afetzedelere ilk müdahaleyi yaparak bakım verebilirim.	3,74	.84
11. Patlayıcılarla yapılan terörist eylemlerine maruz kalan topluluklara bakım verebilirim.	3,20	.97
12. Biyolojik ya da kimyasal saldırılara uğrayan topluluklara bakım verebilirim.	3,00	1.00
13. Bulaşma oranı yüksek olan salgın hastalık durumlarında bulunduğum ortamdaki kontaminasyonu önleyebilirim.	3,28	.91
14. Afet durumlarında doktor denetimi olmaksızın hastalara ön müdahale uygulayabilecek kadar kendime güveniyorum.	3,24	.98
15. Afetzedeleri kurtarma aşamasında sağlık ekibinin her bölümünde çalışabilirim.	3,52	.93
16. Afet sonrasında üzerime düşen rollerin bilincindeyim.	3,61	.90
17. Afet sonrasında afetzedelere psikolojik destek sağlayabilirim.	3,55	.95
18. Afetzedelerde görülebilecek Akut Stres Bozukluğu ve Post Travmatik Stres Sendromunun belirti ve bulgularını fark edebilirim.	3,48	.92
19. Afet sonrasında travmatik durum içerisinde olan bireylere tedavi alana kadar kendilerine yetebilmeleri için gereken eğitim verebilirim.	3,40	.93
20. Afet sonrasında afetzedelere sağlıklı yiyecek, içecek, barınak gibi ihtiyaçların temininde üzerime düşen görevleri yerine getirebilirim.	3,73	.87

Katılımcı hemşirelerimizin afet hazırlık algısı ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların ortalamalarında en yüksek ortalamaya sahip maddelerin; ‘Afet esnasında kullanılacak iletişim zincirini bilmem önemli.’ (4,20), ‘Afet esnasında yapılması gerekenleri öncelik sırasına göre bilmeliyim.’(4,16), ‘Ülkemizde bir afet gelişmesi durumunda, hangi birimlerden destek isteyeceğimi önceden bilmeliyim’(4,13) ve ‘Afete hazırlık konusunda bilgilerimi sorgulamalı, bilmediklerimi öğrenmeliyim’ (4,11) ifadeleri olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 13).

En düşük ortalamaya sahip maddeler sırasıyla ‘Biyolojik ya da kimyasal saldırılara uğrayan topluluklara bakım verebilirim’(3,00), ‘Aldığım eğitimlerin (lisans, hizmet içi eğitim vs.) afete hazır olmam için yeterli olduğunu düşünüyorum’ (3,05) ve ‘Patlayıcılarla yapılan terörist eylemlerine maruz kalan topluluklara bakım verebilirim’ (3,20) olmuştur (Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği (CID-RISC) Maddelerine Verdikleri Yanıtların Tanımlayıcı İstatistikleri (n=631)

CID-RISC Maddeleri	\bar{X}	SS
1.Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	2,82	.81
2.Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.	3,06	.90
3.Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı/ kader yardım edebilir.	2,78	1.02
4.Önüme çıkan herşeyle başa çıkabilirim.	2,51	.97
5.Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	2,93	.86
6.Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	2,32	1.00
7.Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	2,41	.98
8.Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	2,46	1.02
9.İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	2,88	.94
10.Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	3,17	.81
11.Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	2,90	.81
12.Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	2,67	.92
13.Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.	2,66	.91
14.Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	2,30	.98
15.Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim işin başına geçmeyi tercih ederim.	2,85	.83
16.Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.	2,82	.83
17.Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	2,86	.85
18.Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.	2,59	.91
19.Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.	2,67	.87
20.Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.	2,34	1.02
21.Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	2,80	.87
22.Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	2,73	.88
23.Zoru severim.	2,47	1.05
24.Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.	2,81	.86
25.Başarılarımla gurur duyarım.	3,09	.87

Katılımcı hemşirelerimiz psikolojik sağlık ölçeği maddelerine verdikleri yanıtların ortalamalarında en yüksek ortalamaya sahip maddelerin ; “Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.” (3,17), “Başarılarımla gurur duyarım” (3,09) , “Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve

güvenebileceğim ilişkim var” (3,06) ve “Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor” (2,93) ifadeleri olduğu anlaşılmaktadır. En düşük ortalamaya sahip maddeler ise sırasıyla “Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim” (2,30), “Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım” (2,32) ve “Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir” (2,34) olmuştur (Tablo 14).

6.3.1. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği ile CD Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin alt boyutlarının ilişiksel incelemesi için korelasyon analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerin toplam puanlarının ve alt boyutların ayrıca afete hazır olma durumunun karşılaştırmasında dağılımlar normal dağılımlı olduğundan pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 15. Tüm Örneklem Grubunda Afete Hazırlık Algısı Ölçeği ve CD Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Korelasyon İlişkisi

	\bar{X}	SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
CD-RISC ve Alt Boyutları											
1.Ruhsallığa Eğilim	2,67	.74	1								
2.Olumsuzluğa Dayanıklılık	2,53	.68	,554**	1							
3.Azim ve Kişisel Yeterlilik	2,81	.63	,552**	,814**	1						
4.CD-RISC Top.	2,67	.59	,822**	,899**	,893**	1					
HAHAÖ ve Alt Boyutları											
5.Hazırlık evresi	4,09	.76	,084*	,096*	,188**	,138**	1				
6.Müdahale evresi	3,76	.79	,179**	,305**	,301**	,297**	,283**	1			
7.Afet sonrası evresi	3,55	.75	,195**	,264**	,315**	,293**	,331**	,705**	1		
8.HAHAÖ Top.	3,80	.61	,193**	,281**	,339**	,307**	,675**	,843**	,857**	1	

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma

Tablo 16. Tüm Örneklem Grubunda Hemşirelerin Kendilerine Afetlere Hazırlıklı Olma Durum Skalasında Verdikleri Puanların Korelasyon İlişkisi

	\bar{X}	SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Afete hazırlıklı olma durumu skalası	4,99	2,00	,202**	,284**	,307**	,300**	,031	,421**	,362**	,345**	1

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma

Araştırma ölçekleri alt boyutları ve toplam puanları arasında uygulanan korelasyon analizinde; Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ) toplam puanı ile Psikolojik Sağlık Ölçeği (CD-RISC) alt boyutları ve toplam puanı arasında anlamlı korelasyon değerleri elde edilmiştir. Aynı şekilde Psikolojik Sağlık Ölçeği toplam puanı ile HAHAÖ alt boyutlarının tamamında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği toplam puanı ile CD-RISC toplam puanı arasında ($r=,307;p < 0,05$) aynı yönlü pozitif ilişki olduğu görülmektedir. Aynı şekilde alt boyutlarda da HAHAÖ toplam puanı ile Ruhsallığa Eğilim puanı arasında ($r=,193;p < 0,05$), Olumsuzluğa Dayanıklılık arasında ($r=,281;p < 0,05$) ve Azim ve Kişisel Yeterlilik arasında ($r=,339;p < 0,05$) aynı yönlü anlamlı ilişkiler söz konusudur.

Psikolojik sağlık toplam puanı ile HAHAÖ alt boyutlarında; psikolojik sağlık toplam puanı ile hazırlık evresi puanı arasında ($r=,138;p < 0,05$), müdahale evresi arasında ($r=,297;p < 0,05$) ve afet sonrası evresi arasında ($r=,293;p < 0,05$) aynı yönlü anlamlı ilişkiler söz konusudur.

Hemşirelerin afetlere karşı hazırlıklı olma durum skala puanı ile HAHAÖ toplam puanı arasında ($r=,345;p < 0,05$) aynı yönlü anlamlı ilişki söz konusudur. Alt boyutlarda ise alt boyutlarından Hazırlık evresi puanı arasında ($r=,031;p > 0,05$) ilişki yok, Müdahale evresi arasında ($r=,421;p < 0,05$) ve Afet sonrası evresi arasında ($r=,362;p < 0,05$) aynı yönlü anlamlı ilişkiler söz konusudur.

Hemşirelerin afetlere karşı hazırlıklı olma durum skala puanı ile CD-RISC toplam puanı arasında ($r=,300;p < 0,05$) aynı yönlü anlamlı ilişki söz konusudur. Alt boyutlarda ise alt boyutlarından Ruhsallığa Eğilim puanı arasında ($r=,202;p < 0,05$),

Olumsuzluğa Dayanıklılık arasında ($r=,284;p<0,05$) ve Azim ve Kişisel Yeterlilik arasında ($r=,307;p<0,05$) aynı yönlü anlamlı ilişkiler söz konusudur.

Hemşirelerin CD-RISC puan ortalamaları ($2,67\pm,59$) ve HAHAÖ puan ortalamaları ($3,80\pm,61$) dir. Afetlere karşı hazırlıklı olma durum skala puanı ortalaması ($4,99\pm,2$) dir (Tablo 15-16).

Psikolojik Sağlamlık Ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında sırası ile en yüksek azim ve kişisel yeterlilik puanı ($2,81\pm,63$), ruhsallığa eğilim ($2,67\pm,74$) ve olumsuzluğa dayanıklılık ($2,53\pm,68$) şeklindedir (Tablo 15).

Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeğinin alt boyutlarına bakıldığında en fazla hazırlık evresine ($4,09\pm,76$), sonra müdahale ($3,76\pm,79$) ve en son afet sonrası döneme ($3,55\pm,75$) hazır oldukları sonucuna varıldı (Tablo 15).

6.4. Bağımsız Değişkenler ile HAHAÖ puan Ortalamaları ve CD-RISC puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan iki farklı ölçeğin tüm alt boyut değerleri yapılan normallik analizlerinde normal dağılıma uyduğu görüldüğünden araştırma örneğimizde yer alan karşılaştırmalarda parametrik testler kullanılmıştır. İki yanıtı olan karşılaştırmalar için independent t test, üç ya da daha fazla yanıtı olan karşılaştırmalar için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönü varyans analizinde farklılık bulunan testler için farklılığın kaynağı Tukey çoklu karşılaştırması ile incelenmiştir. Karşılaştırmalarda anlamlı çıkmayan değişkenlere tablolarda yer verilmemiştir.

Tablo 17. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

CD-RISC ve Alt Boyutları	Cinsiyet	N	\bar{X}	SS	t	p
Ruhsallığa Eğilim	Kadın	535	2,65	,72	-,55	,578
	Erkek	96	2,70	,84		
Olumsuzluğa Dayanıklılık	Kadın	535	2,50	,65	-1,98	,048*
	Erkek	96	2,65	,75		
Azim ve Kişisel Yeterlilik	Kadın	535	2,80	,61	-1,20	,227
	Erkek	96	2,88	,69		
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	Kadın	535	2,65	,57	-1,41	,158
Toplam	Erkek	96	2,74	,67		
HAHAÖ ve Alt Boyutları						
Hazırlık evresi	Kadın	535	4,11	,73	2,07	,039*
	Erkek	96	3,94	,87		
Müdahale evresi	Kadın	535	3,73	,76	-1,21	,224
	Erkek	96	3,84	,92		
Afet sonrası evresi	Kadın	535	3,55	,74	,40	,689
	Erkek	96	3,52	,81		
Afete Hazırlık Algısı Ölçeği	Kadın	535	3,80	,58	,49	,620
Toplam	Erkek	96	3,77	,75		

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} :aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma t: Independent sample t test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının cinsiyete göre farklılık testinde olumsuzluğa dayanıklılık ve hazırlık evresi boyutlarında test olasılık düzeyi ($p < 0,05$) bulunduğundan bu boyutlarda anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Olumsuzluğa dayanıklılık boyutunda kadınların ortalama puanı (2,5), erkeklerin ortalama puanından (2,65) düşük bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre olumsuzluğa daha dayanıklı oldukları görülmektedir. Hazırlık evresi boyutunda ise boyutunda kadınların ortalama puanı (4,11), erkeklerin ortalama puanından (3,94) daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Kadın hemşirelerin erkeklere göre hazırlık evresinde daha hazır hissettikleri anlaşılmaktadır (Tablo 17).

Tablo 18. Hemşirelerin Medeni Duruma Göre CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

CD-RISC ve Alt Boyutları		N	\bar{X}	SS	F	p
Ruhsallığa Eğilim	Bekar	359	2,70	,72	3,31	,037*
	Evli	262	2,59	,75		
	Dul/boşanmış	10	3,10	,62		
	Total	631	2,66	,74		
Olumsuzluğa Dayanıklılık	Bekar	359	2,51	,69	,50	,604
	Evli	262	2,54	,64		
	Dul/boşanmış	10	2,70	,84		
Azim ve Kişisel Yeterlilik	Bekar	359	2,81	,61	,56	,567
	Evli	262	2,80	,63		
	Dul/boşanmış	10	3,02	,73		
Psikolojik Sağlık Ölçeği	Bekar	359	2,67	,59	1,21	,299
	Evli	262	2,65	,58		
	Dul/boşanmış	10	2,94	,63		
Toplam	Total	631	2,67	,59		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma F:ANOVA test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının medeni duruma göre farklılık testinde ruhsallığa eğilim boyutunda test olasılık düzeyi ($p < 0,05$) bulunduğuundan anlamlı farklılık olduğu söylenebilir. Tukey testine göre farklılığın kaynağı dul/boşanmış grubunun ortalaması (3,10) evlilerden (2,59) ve bekârlardan (2,70) daha yüksektir. Buna göre dul ya da boşanmış katılımcıların evli ve bekârlara göre ruhsallığa eğilimlerinin daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo 18).

HAHAÖ tüm alt boyutları için medeni duruma göre bulunan test olasılık değeri ($p > 0,05$) olduğundan anlamlı farklılık bulunamamıştır, tabloya eklenmemiştir.

Tablo 19. Hemşirelerin Yaşına Göre CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

CD-RISC ve Alt boyutları	Yaş	N	\bar{X}	SS	F	p
Ruhsallığa Eğilim	=<20	15	2,62	,58	4,24	,001**
	21-25	219	2,79	,71		
	26-30	188	2,60	,76		
	31--35	70	2,73	,63		
	36-40	70	2,66	,76		
	41 +	69	2,36	,76		
	Total	631	2,66	,74		
Olumsuzluğa Dayanıklılık	=<20	15	2,63	,64	1,68	,137
	21-25	219	2,54	,70		
	26-30	188	2,41	,72		
	31--35	70	2,60	,53		
	36-40	70	2,60	,64		
	41 +	69	2,62	,58		
	Total	631	2,53	,67		
Azim ve Kişisel Yeterlilik	=<20	15	2,77	,67	2,28	,045*
	21-25	219	2,81	,61		
	26-30	188	2,70	,69		
	31--35	70	2,92	,49		
	36-40	70	2,90	,62		
	41 +	69	2,90	,54		
	Total	631	2,81	,62		
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Toplam	=<20	15	2,67	,55	1,78	,114
	21-25	219	2,71	,59		
	26-30	188	2,57	,66		
	31--35	70	2,75	,47		
	36-40	70	2,72	,55		
	41 +	69	2,62	,48		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma F:ANOVA test kritik değeri P: test olasılık

Ölçek alt boyutlarının yaş gruplarına göre farklılık testinde ruhsallığa eğilim ve azim ve kişisel yeterlilik boyutunda test olasılık düzeyi ($p<0,05$) bulunduğuundan anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Tukey testine göre; ruhsallığa eğilim boyutunda 21-25 yaş grubunun ortalaması (2,79) ve 31-35 yaş grubunun ortalaması (2,73) 41 ve daha fazla grubunun ortalamasından (2,36) yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Azim ve kişisel yeterlilik boyutunda 26-30 yaş grubunun ortalaması (2,701) ve 31-35 yaş grubunun ortalamasından (2,92), 36-40 yaş grubu ortalamasından (2,90) ve 41 yaş daha fazla grubunun ortalamasından (2,90) daha düşük olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 19). HAHAÖ tüm alt boyutları için yaşa göre bulunan test olasılık değeri ($p>0,05$) olduğundan anlamlı farklılık bulunamamıştır, tabloya da eklenmemiştir.

Tablo 20. Hemşirelerin Öğrenim Duruma Göre HAHAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

HAHAÖ ve Alt boyutları	Öğrenim	N	\bar{X}	SS	F	p
Hazırlık evresi	Sağlık lisesi	88	3,99	,73	1,70	,148
	Ön-lisans	43	3,96	,83		
	Lisans	419	4,08	,73		
	Yüksek lisans	80	4,26	,84		
	Total	631	4,08	,75		
Müdahale evresi	Sağlık lisesi	88	3,78	,86	2,50	,041*
	Ön-lisans	43	4,02	,63		
	Lisans	419	3,69	,76		
	Yüksek lisans	80	3,87	,88		
	Total	631	3,75	,79		
Afet sonrası evresi	Sağlık lisesi	88	3,50	,80	2,95	,019*
	Ön-lisans	43	3,71	,61		
	Lisans	419	3,50	,73		
	Yüksek lisans	80	3,78	,81		
	Total	631	3,55	,75		
Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam	Sağlık lisesi	88	3,76	,67	2,49	,042*
	Ön-lisans	43	3,89	,53		
	Lisans	419	3,76	,57		
	Yüksek lisans	80	3,97	,71		
	Total	631	3,79	,60		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma F:ANOVA test kritik değeri P: test olasılık

Ölçek alt boyutlarının mezuniyet durumlarına göre farklılık testinde müdahale evresi, afet sonrası evresi ve Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam boyutunda test olasılık düzeyi ($p < 0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Tukey testine göre; müdahale evresi boyutunda önlisans grubunun ortalaması (4,02) ve sağlık lisesi (3,78) ve lisans (3,69) ortalamasından yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Afet sonrası evresi boyutunda önlisans grubunun ortalaması (3,71) ve yüksek lisans mezunlarının ortalaması (3,78) , sağlık lisesi (3,50) ve lisans (3,50) ortalamasından yüksek olduğu anlaşılmaktadır. HAHAÖ toplam boyutunda önlisans grubunun ortalaması (3,89) ve yüksek lisans mezunlarının ortalaması (3,97) , sağlık lisesi (3,76) ve lisans (3,76) ortalamasından yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 20).

CD-RISC tüm alt boyutları için olasılık değeri ($p>0,05$) olduğundan anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo 21. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

CD-RISC ve Alt Boyutları	Çalışılan Birim	N	\bar{X}	SS	F	p
Ruhsallığa Eğilim	Dahili Birimler	132	2,68	,74	1,55	,127
	Cerrahi Birimler	118	2,56	,71		
	Acil	90	2,81	,76		
	Pediyatri	59	2,54	,81		
	Kadın Doğum	15	2,62	,61		
	Psikiyatri	7	2,47	,46		
	Ameliyathane	17	2,84	,80		
	Yoğun Bakım	93	2,69	,68		
	Poliklinikler	38	2,45	,83		
	Diğer	62	2,78	,68		
	Total	631	2,66	,74		
Olumsuzluğa Dayanıklılık	Dahili Birimler	132	2,53	,72	2,71	,004**
	Cerrahi Birimler	118	2,46	,71		
	Acil	90	2,68	,64		
	Pediyatri	59	2,22	,77		
	Kadın Doğum	15	2,47	,68		
	Psikiyatri	7	1,91	,51		
	Ameliyathane	17	2,55	,49		
	Yoğun Bakım	93	2,59	,59		
	Poliklinikler	38	2,63	,65		
	Diğer	62	2,60	,52		
	Total	631	2,53	,67		
Azim ve Kişisel Yeterlilik	Dahili Birimler	132	2,76	,65	2,11	,026*
	Cerrahi Birimler	118	2,70	,69		
	Acil	90	2,98	,52		
	Pediyatri	59	2,69	,67		
	Kadın Doğum	15	2,76	,82		
	Psikiyatri	7	2,40	,43		
	Ameliyathane	17	2,92	,44		
	Yoğun Bakım	93	2,86	,53		
	Poliklinikler	38	2,88	,65		
	Diğer	62	2,88	,56		
	Total	631	2,81	,62		
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Toplam	Dahili Birimler	132	2,65	,64	2,29	,016*
	Cerrahi Birimler	118	2,57	,61		
	Acil	90	2,82	,55		
	Pediyatri	59	2,50	,65		
	Kadın Doğum	15	2,62	,63		
	Psikiyatri	7	2,16	,38		
	Ameliyathane	17	2,77	,44		
	Yoğun Bakım	93	2,72	,52		
	Poliklinikler	38	2,65	,60		
	Diğer	62	2,75	,46		
	Total	631	2,67	,59		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma F:ANOVA test kritik değeri P: test olasılık

Tablo 21. Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

HAHAÖ ve Alt Boyutları	Çalışılan Birimi	N	\bar{X}	SS	F	p
Hazırlık evresi	Dahili Birimler	132	4,03	,72	1,49	,145
	Cerrahi Birimler	118	4,02	,80		
	Acil	90	4,10	,77		
	Pediyatri	59	4,27	,69		
	Kadın Doğum	15	4,13	,52		
	Psikiyatri	7	4,31	,42		
	Ameliyathane	17	3,81	,89		
	Yoğun Bakım	93	4,04	,75		
	Poliklinikler	38	3,99	,85		
	Diğer	62	4,29	,73		
	Total	631	4,08	,75		
Müdahale evresi	Dahili Birimler	132	3,82	,79	2,13	,025*
	Cerrahi Birimler	118	3,76	,83		
	Acil	90	3,94	,80		
	Pediyatri	59	3,70	,80		
	Kadın Doğum	15	3,74	,82		
	Psikiyatri	7	3,40	,82		
	Ameliyathane	17	3,39	,68		
	Yoğun Bakım	93	3,71	,74		
	Poliklinikler	38	3,45	,71		
	Diğer	62	3,84	,75		
	Total	631	3,75	,79		
Afet sonrası evresi	Dahili Birimler	132	3,53	,75	,92	,501
	Cerrahi Birimler	118	3,61	,75		
	Acil	90	3,56	,76		
	Pediyatri	59	3,47	,70		
	Kadın Doğum	15	3,62	,81		
	Psikiyatri	7	3,80	,54		
	Ameliyathane	17	3,17	,67		
	Yoğun Bakım	93	3,57	,66		
	Poliklinikler	38	3,45	,89		
	Diğer	62	3,65	,83		
	Total	631	3,55	,75		
Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam	Dahili Birimler	132	3,79	,58	1,39	,186
	Cerrahi Birimler	118	3,79	,67		
	Acil	90	3,87	,62		
	Pediyatri	59	3,78	,53		
	Kadın Doğum	15	3,83	,61		
	Psikiyatri	7	3,88	,40		
	Ameliyathane	17	3,46	,51		
	Yoğun Bakım	93	3,77	,59		
	Poliklinikler	38	3,63	,66		
	Diğer	62	3,92	,57		
	Total	631	3,79	,60		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma F:ANOVA test kritik değeri P: test olasılık

Ölçek alt boyutlarından Olumsuzluğa Dayanıklılık, Azim ve Kişisel Yeterlilik, Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam ve Afete Hazırlık Algısı Ölçeği alt boyutlarından Müdahale evresi boyutları için test olasılık düzeyleri ($p<0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Tukey testinde bulunan farklılıkların kaynağı aşağıda belirtilmiştir.

- Olumsuzluğa Dayanıklılık alt boyutunda; en düşük puan ortalaması sırasıyla Psikiyatri kliniklerinde çalışanların (1,91) ve pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin (2,22) bulunmuştur. En yüksek puan ortalaması ise Acil kliniklerinde çalışan hemşirelerin (2,68) çıkmıştır.
- Azim ve Kişisel Yeterlilik alt boyutunda; Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ortalaması (2,40) genel olarak diğer birimlerde çalışanların ortalamasından düşük bulunmuştur.
- Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam boyutunda ise en düşük puan ortalaması sırasıyla Psikiyatri kliniklerinde çalışanların (2,16) ve pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin (2,5) bulunmuştur. En yüksek puan ortalaması Acil kliniklerinde çalışan hemşirelerin (2,82) sonrasında Ameliyathane’de çalışan hemşirelerin puan ortalaması (2,77) gelmektedir.
- Afete hazırlık algısı ölçeği alt boyutlarından Müdahale evresi; Ameliyathanede çalışanların ortalaması (3,39), psikiyatride çalışan hemşirelerin ortalaması (3,40) ve polikliniklerde çalışan hemşirelerin ortalaması (3,45) diğer birimlerde çalışanların ortalamasından düşük bulunmuştur. Acil kliniklerinde çalışan hemşirelerin ortalaması (3,94) diğer birimlerde çalışanlardan yüksek bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 22. Hemşirelerin Mesleğe Yönelik Duygu Durumuna Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

CD-RISC ve Alt Boyutları	Mesleğe Yönelik Duygu Durumları	N	\bar{X}	SS	F	p
Ruhsallığa Eğilim	Hemşireliği severek yapıyorum	423	2,71	,74	2,30	,057
	Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum	25	2,68	,64		
	Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum	100	2,62	,71		
	Hemşireliği sevmiyorum	36	2,34	,83		
	Diğer	47	2,60	,70		
	Total	631	2,66	,74		
Olumsuzluğa Dayanıklılık	Hemşireliği severek yapıyorum	423	2,60	,65	4,82	,001**
	Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum	25	2,46	,71		
	Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum	100	2,41	,68		
	Hemşireliği sevmiyorum	36	2,23	,65		
	Diğer	47	2,34	,77		
	Total	631	2,53	,67		
Azim ve Kişisel Yeterlilik	Hemşireliği severek yapıyorum	423	2,88	,61	6,44	,000**
	Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum	25	2,75	,49		
	Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum	100	2,75	,61		
	Hemşireliği sevmiyorum	36	2,39	,61		
	Diğer	47	2,67	,63		
	Total	631	2,81	,62		
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Toplam	Hemşireliği severek yapıyorum	423	2,73	,58	5,41	,000**
	Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum	25	2,63	,56		
	Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum	100	2,59	,56		
	Hemşireliği sevmiyorum	36	2,32	,58		
	Diğer	47	2,54	,60		
	Total	631	2,67	,59		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma F: ANOVA test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Tablo 22. Hemşirelerin Mesleğe Yönelik Duygu Durumuna Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

HAHAÖ ve alt boyutları	Mesleğe Yönelik Duygu Durumları	N	\bar{X}	SS	F	p
Hazırlık evresi	Hemşireliği severek yapıyorum	423	4,12	,72	1,79	,128
	Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum	25	3,98	,58		
	Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum	100	4,04	,76		
	Hemşireliği sevmiyorum	36	3,80	,91		
	Diğer	47	4,08	,94		
	Total	631	4,08	,75		
Müdahale evresi	Hemşireliği severek yapıyorum	423	3,83	,79	4,01	,003**
	Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum	25	3,87	,62		
	Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum	100	3,58	,76		
	Hemşireliği sevmiyorum	36	3,61	,53		
	Diğer	47	3,48	,92		
	Total	631	3,75	,79		
Afet sonrası evresi	Hemşireliği severek yapıyorum	423	3,64	,76	4,72	,001**
	Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum	25	3,46	,62		
	Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum	100	3,41	,72		
	Hemşireliği sevmiyorum	36	3,24	,55		
	Diğer	47	3,36	,75		
	Total	631	3,55	,75		
Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam	Hemşireliği severek yapıyorum	423	3,86	,60	4,60	,001**
	Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum	25	3,77	,49		
	Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum	100	3,68	,58		
	Hemşireliği sevmiyorum	36	3,55	,50		
	Diğer	47	3,64	,68		
	Total	631	3,799	,6088		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma F:ANOVA test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının mesleğe ilişkin duygu durumlarına göre farklılık testinde Ruhsallığa Eğilim ve Hazırlık evresinde hariç diğer tüm boyutlarda olasılık düzeyi ($p < 0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Tukey testine göre;

- Olumsuzluğa Dayanıklılık boyutunda hemşireliği severek yapıyorum diyenlerin ortalaması (2,60) diğer tüm duygu durumunda olanların ortalamasından yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

- Azim ve Kişisel Yeterlilik boyutunda hemşireliği sevmiyorum diyenlerin ortalaması (2,34) diğer tüm duygu durumunda olanların ortalamasından düşük olduğu anlaşılmaktadır.
- Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam boyutunda hemşireliği severek yapıyorum diyenlerin ortalaması (2,73) , Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum diyenlerin ortalamasından (2,59) ve hemşireliği sevmiyorum diyenlerin (2,32) ortalamasından yüksek olduğu anlaşılmaktadır
- Müdahale evresi boyutunda hemşireliği severek yapıyorum diyenlerin ortalaması (3,83) ve Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum diyenlerin ortalaması (3,87) diğer grupların ortalamasından yüksek olduğu anlaşılmaktadır
- Afet sonrası evresi boyutunda hemşireliği severek yapıyorum diyenlerin ortalaması (3,64) diğer tüm duygu durumunda olanların ortalamasından yüksek olduğu anlaşılmaktadır.
- Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam boyutunda hemşireliği severek yapıyorum diyenlerin ortalaması (3,86) ve Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum diyenlerin ortalaması (3,77) diğer grupların ortalamasından yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 22).

Tablo 23. Hemşirelerin Afetle Karşılaşma Durumuna Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

CD-RISC ve alt boyutları	Afetle karşılaşma	N	\bar{X}	SS	t	P
Ruhsallığa Eğilim	Hayır	488	2,66	,73	,119	,906
	Evet	143	2,66	,76		
Olumsuzluğa Dayanıklılık	Hayır	488	2,51	,69	-1,35	,178
	Evet	143	2,59	,61		
Azim ve Kişisel Yeterlilik	Hayır	488	2,78	,62	-2,10	,035*
	Evet	143	2,90	,62		
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	Hayır	488	2,65	,59	-1,20	,228
Toplam	Evet	143	2,72	,57		
HAHAÖ ve alt boyutları						
Hazırlık evresi	Hayır	488	4,05	,75	-2,03	,043*
	Evet	143	4,20	,75		
Müdahale evresi	Hayır	488	3,72	,79	-1,97	,049*
	Evet	143	3,87	,78		
Afet sonrası evresi	Hayır	488	3,50	,75	-2,77	,006**
	Evet	143	3,70	,72		
Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam	Hayır	488	3,76	,60	-2,85	,004**
	Evet	143	3,92	,60		

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma t: Independent sample t test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının afetle karşılaşma durumuna göre farklılık testinde Ruhsallığa Eğilim, Olumsuzluğa Dayanıklılık ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Toplam boyutlarında test olasılık düzeyi ($p > 0,05$) bulunduğundan bu boyutlarda anlamlı farklılık olmadığı diğer tüm boyutlarda anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Azim ve Kişisel Yeterlilik boyutunda afetle karşılaşanların ortalama puanı (2,90), afetle karşılaşmayanların ortalama puanından (2,78) yüksek bulunmuştur. Afet yaşayanların afet yaşamayanlara göre daha yüksek puan aldıkları anlaşılmaktadır.

Hazırlık evresi boyutunda afetle karşılaşanların ortalama puanı (4,20), afetle karşılaşmayanların ortalama puanından (4,05) yüksek bulunmuştur. Afet yaşayanların afet yaşamayanlara göre hazırlık evresinde daha yüksek puan aldıkları anlaşılmaktadır.

Müdahale evresi boyutunda afetle karşılaşanların ortalama puanı (3,87), afetle karşılaşmayanların ortalama puanından (3,72) yüksek bulunmuştur. Afet yaşayanların afet yaşamayanlara müdahale evresinde daha yüksek puan aldıkları anlaşılmaktadır.

Afet sonrası evresi boyutunda afetle karşılaşanların ortalama puanı (3,70), afetle karşılaşmayanların ortalama puanından (3,50) yüksek bulunmuştur. Afet yaşayanların afet yaşamayanlara göre müdahale evresinde daha yüksek puan aldıkları anlaşılmaktadır.

Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam boyutunda afetle karşılaşanların ortalama puanı (3,92), afetle karşılaşmayanların ortalama puanından (3,76) yüksek bulunmuştur. Afet yaşayanların afet yaşamayanlara göre toplam ölçek puanı daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 23).

Tablo 24. Hemşirelerin Afetzedelere Bakım Verme Durumuna Göre CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

CD-RISC ve alt boyutları	Afetzedelere bakım verme	N	\bar{X}	SS	t	p
Ruhsallığa eğilim	Hayır	574	2,67	,73	,74	,457
	Evet	57	2,59	,80		
Olumsuzluğa dayanıklılık	Hayır	574	2,50	,68	-3,23	,001**
	Evet	57	2,80	,55		
Azim ve kişisel yeterlilik	Hayır	574	2,79	,63	-2,89	,004**
	Evet	57	3,04	,52		
Psikolojik sağlamlık ölçeği toplam	Hayır	574	2,65	,59	-1,93	,054
	Evet	57	2,81	,49		

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma t: Independent sample t test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının afetzedelere bakım verme durumuna göre farklılık testinde Olumsuzluğa Dayanıklılık, Azim ve kişisel yeterlilik, boyutlarında test olasılık düzeyi ($p < 0,05$) bulunduğundan bu boyutlarda anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Olumsuzluğa dayanıklılık boyutunda afetzedelere bakım verenlerin ortalama puanı (2,805), afetzedelere bakım vermeyenlerin ortalama puanından (2,503) yüksek bulunmuştur. Afetzedelere bakım verenlerin vermeyenlere göre daha yüksek puan aldıkları anlaşılmaktadır.

Azim ve kişisel yeterlilik boyutunda afetzedelere bakım verenlerin ortalama puanı (3,040), afetzedelere bakım vermeyenlerin ortalama puanından (2,790) yüksek bulunmuştur. Afetzedelere bakım verenlerin Azim ve kişisel yeterlilik boyutunda vermeyenlere göre daha yüksek puan aldıkları anlaşılmaktadır (Tablo 24).

HAHAÖ tüm alt boyutları için hemşirelerin afetzedelere bakım verme durumuna göre bulunan test olasılık değeri ($p>0,05$) olduğundan anlamlı farklılık bulunamamıştır, tabloya da eklenmemiştir.

Tablo 25. Hemşirelerin Afette Tanıdığı ya da Yakınının Kaybı Durumuna Göre HAHAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

HAHAÖ ve alt boyutları	Afette tanıdığımız ya da yakınımız olan birinin kaybı	N	\bar{X}	SS	T	P
Hazırlık evresi	Hayır	587	4,07	,76	-2,22	,026*
	Evet	44	4,33	,54		
Müdahale evresi	Hayır	587	3,74	,79	-1,53	,127
	Evet	44	3,93	,78		
Afet sonrası evresi	Hayır	587	3,53	,75	-2,75	,006**
	Evet	44	3,85	,75		
Afete hazırlık algısı ölçeği toplam	Hayır	587	3,78	,61	-2,73	,006**
	Evet	44	4,04	,51		

* $p\leq 0,05$ ** $p<0,01$ \bar{X} :aritmetik ortalama ss:standart sapma t: independent sample t test kritik değeri p: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının afette yakınıni kaybetme durumuna göre farklılık testinde Hazırlık evresi Afet sonrası evresi boyutlarında ve Afete hazırlık algısı ölçeği toplam puanında test olasılık düzeyi ($p<0,05$) bulunduğundan bu boyutlarda anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Afete hazırlık algısı ölçeği toplam boyutunda yakınıni kaybedenlerin ortalama puanı (4,04), yakınıni kaybetmeyenlerin ortalamasından (3,78) yüksek bulunmuştur. Afette yakınıni kaybedenlerin toplam ölçek puanı daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Afete sonrası boyutunda yakınıni kaybedenlerin ortalama puanı (3,85), yakınıni kaybetmeyenlerin ortalamasından (3,53) yüksek bulunmuştur. Afette yakınıni kaybedenlerin afet sonrası evre puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Afete hazırlık evresi boyutunda yakınıni kaybedenlerin ortalama puanı (4,33), yakınıni kaybetmeyenlerin ortalamasından (3,74) yüksek bulunmuştur. Afette yakınıni kaybedenlerin afete hazırlık evre puanlarının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 25).

Tablo 26. Hemşirelerin Evlerinde Afet Planı Olması Durumuna Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

CD-RISC ve HAHAÖ alt boyutları	Evinizde afete hazırlık planınız var mı	N	\bar{X}	SS	T	P
Ruhsallığa eğilim	Hayır	579	2,66	,73	-,59	,554
	Evet	52	2,72	,75		
Olumsuzluğa dayanıklılık	Hayır	579	2,51	,68	-2,02	,044*
	Evet	52	2,71	,55		
Azim ve kişisel yeterlilik	Hayır	579	2,79	,63	-2,97	,003**
	Evet	52	3,05	,50		
Psikolojik sağlamlık ölçeği toplam	Hayır	579	2,65	,59	-2,06	,040*
	Evet	52	2,83	,47		
Hazırlık evresi	Hayır	579	4,06	,77	-2,43	,015*
	Evet	52	4,33	,55		
Müdahale evresi	Hayır	579	3,71	,78	-4,10	,000**
	Evet	52	4,18	,79		
Afet sonrası evresi	Hayır	579	3,52	,74	-3,29	,001**
	Evet	52	3,88	,84		
Afete hazırlık algısı ölçeği toplam	Hayır	579	3,76	,60	-4,17	,000**
	Evet	52	4,13	,55		

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : aritmetik ortalama ss: standart sapma t: independent sample t test kritik değeri p: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının evde afete hazırlık planı olma durumuna göre farklılık testinde Ruhsallığa eğilim boyutu hariç tüm boyutlarda test olasılık düzeyi ($p < 0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği azim ve kişisel yeterlilik boyutunda evde afete hazırlık planı olanların ortalama puanı (2,83), evlerinde afet planı olmayanların ortalamasından (2,65) yüksek bulunmuştur. Evinde afet planı olanların azim ve kişisel yeterlilik boyutundan aldıkları puanlar daha yüksektir.

Psikolojik Sağlamlık Ölçeği olumsuzluğa dayanıklılık boyutunda evde afete hazırlık planı olanların ortalama puanı (2,71), evlerinde afet planı olmayanların ortalamasından (2,51) yüksek bulunmuştur. Evinde afet planı olanların olumsuzluğa dayanıklılık boyutundan aldıkları puanlar daha yüksektir.

Afete hazırlık algısı ölçeği toplam boyutunda evde afete hazırlık planı olanların ortalama puanı (4,13), evlerinde afet planı olmayanların ortalamasından (3,769) yüksek bulunmuştur. Evinde afet planı olanların hazırlık ölçeğinden aldıkları puanlar daha yüksektir.

Afete hazırlık evresi boyutunda evde afete hazırlık planı olanların ortalama puanı (4,33), evlerinde afet planı olmayanların ortalamasından (4,06) yüksek bulunmuştur. Evinde afet planı olanların hazırlık evresinden aldıkları puanlar daha yüksektir.

Afete müdahale evresi boyutunda evde afete hazırlık planı olanların ortalama puanı (4,18), evlerinde afet planı olmayanların ortalamasından (3,71) yüksek bulunmuştur. Evinde afet planı olanların müdahale evresinden aldıkları puanlar daha yüksektir.

Afet sonrası evresi boyutunda evde afete hazırlık planı olanların ortalama puanı (3,88), evlerinde afet planı olmayanların ortalamasından (3,52) yüksek bulunmuştur. Evinde afet planı olanların afet sonrası evresinden aldıkları puanlar daha yüksektir (Tablo 26).

Tablo 27. Hemşirelerin Önceden Afet Eğitimi Alma Durumlarına Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

CD-RISC ve HAHAÖ alt boyutları	Daha önce afet ile ilgili eğitim alma	N	\bar{X}	SS	t	p
Ruhsallığa eğilim	Hayır	259	2,64	,77	-,64	,522
	Evet	372	2,68	,71		
Olumsuzluğa dayanıklılık	Hayır	259	2,49	,74	-1,20	,230
	Evet	372	2,55	,62		
Azim ve kişisel yeterlilik	Hayır	259	2,75	,69	-2,10	,036*
	Evet	372	2,85	,57		
Psikolojik sağlamlık ölçeği toplam	Hayır	259	2,62	,65	-1,46	,144
	Evet	372	2,69	,54		
Hazırlık evresi	Hayır	259	3,99	,77	-2,58	,010**
	Evet	372	4,15	,74		
Müdahale evresi	Hayır	259	3,67	,83	-2,08	,037*
	Evet	372	3,81	,75		
Afet sonrası evresi	Hayır	259	3,48	,75	-1,97	,051
	Evet	372	3,60	,74		
Afete hazırlık algısı ölçeği toplam	Hayır	259	3,71	,62	-2,79	,005**
	Evet	372	3,85	,58		

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,01$ ao:aritmetik ortalama ss:standart sapma t: independent sample t test kritik değeri p: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının afet ile ilgili eğitim alma durumuna göre farklılık testinde Ruhsallığa eğilim, Olumsuzluğa dayanıklılık, Psikolojik sağlamlık ölçeği toplam ve Afet sonrası evresi boyutu hariç tüm boyutlarda test olasılık düzeyi ($p < 0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Azim ve kişisel yeterlilik boyutunda daha önce afet ile ilgili eğitim alanların ortalama puanı (2,85), daha önce afet ile ilgili eğitim almayanların ortalamasından (2,75) yüksek bulunmuştur. Daha önce afet ile ilgili eğitim alanların azim ve kişisel yeterlilik boyutundan aldıkları puanlar daha yüksektir.

Hazırlık evresi boyutunda daha önce afet ile ilgili eğitim alanların ortalama puanı (4,15), daha önce afet ile ilgili eğitim almayanların ortalamasından (3,995) yüksek bulunmuştur. Daha önce afet ile ilgili eğitim alanların hazırlık evresi boyutundan aldıkları puanlar daha yüksektir.

HAHAÖ müdahale evresi boyutunda daha önce afet ile ilgili eğitim alanların ortalama puanı (3,81), daha önce afet ile ilgili eğitim almayanların ortalamasından (3,67) yüksek bulunmuştur. Daha önce afet ile ilgili eğitim alanların Afete hazırlık algısı ölçeği Müdahale evresi boyutundan aldıkları puanlar daha yüksektir.

HAHAÖ toplam boyutunda daha önce afet ile ilgili eğitim alanların ortalama puanı (3,855), daha önce afet ile ilgili eğitim almayanların ortalamasından (3,718) yüksek bulunmuştur. Daha önce afet ile ilgili eğitim alanların Afete hazırlık algısı ölçeği toplam boyutundan aldıkları puanlar daha yüksektir (Tablo 27).

Tablo 28. Hemşirelerin Aldıkları Afete Eğitiminin İçeriğine Göre HAHAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

HAHAÖ ve alt boyutları	Afet eğitiminin içeriği	N	\bar{X}	SS	t	P
Hazırlık evresi	Teorik	230	4,17	,76	,76	,445
	Teorik+uygulamalı	140	4,11	,70		
Müdahale evresi	Teorik	230	3,71	,75	-3,30	,001**
	Teorik+uygulamalı	140	3,97	,73		
Afet sonrası evresi	Teorik	230	3,51	,75	-2,84	,005**
	Teorik+uygulamalı	140	3,74	,71		
Afete hazırlık algısı ölçeği	Teorik	230	3,80	,59	-2,28	,023*
	Teorik+uygulamalı	140	3,94	,57		

* $p \leq 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} :aritmetik ortalama ss:standart sapma t: independent sample t test kritik değeri p: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının alınan eğitimin içeriğine göre farklılık testinde afete hazırlık evresi boyutu hariç Afete hazırlık algısı ölçeği tüm boyutlarında test olasılık düzeyi ($p < 0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Ruhsallığa eğilim boyutunda Teorik+uygulamalı eğitim alanların ortalama puanı (2,78), sadece teorik eğitim alanların ortalamasından (2,61) yüksek olduğu görülmektedir.

Afete Müdahale evresi boyutunda Teorik+uygulamalı eğitim alanların ortalama puanı (3,97), sadece teorik eğitim alanların ortalamasından (3,71) yüksek olduğu görülmektedir.

Afet sonrası evresi boyutunda Teorik+uygulamalı eğitim alanların ortalama puanı (3,74), sadece teorik eğitim alanların ortalamasından(3,51) yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Afete hazırlık algısı ölçeği toplam boyutunda Teorik+uygulamalı eğitim alanların ortalama puanı (3,94), sadece teorik eğitim alanların ortalamasından (3,80) yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 28).

Tablo 29. Hemşirelerin Çalıştıkları Kurumda Afet Planından Haberdar Olma Durumuna Göre HAHAÖ ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı

CD-RISC ve HAHAÖ alt boyutları	Kurum afet planından haberdar olma	N	\bar{X}	SS	t	P
Olumsuzluğa Dayanıklılık	Evet, afet planını var, okudum	267	2,65	,64	6,95	,000**
	Evet, afet planı var ancak henüz okumadım	221	2,49	,63		
	Hayır, afet planı olduğunu sanmıyorum	34	2,33	,83		
	Hiçbir fikrim yok	109	2,35	,73		
	Total	631	2,53	,67		
Azim ve Kişisel Yeterlilik	Evet, afet planını var, okudum	267	2,91	,59	5,30	,001**
	Evet, afet planı var ancak henüz okumadım	221	2,77	,60		
	Hayır, afet planı olduğunu sanmıyorum	34	2,57	,83		
	Hiçbir fikrim yok	109	2,70	,62		
	Total	631	2,81	,62		
Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam	Evet, afet planını var, okudum	267	2,75	,56	4,84	,002**
	Evet, afet planı var ancak henüz okumadım	221	2,64	,55		
	Hayır, afet planı olduğunu sanmıyorum	34	2,46	,78		
	Hiçbir fikrim yok	109	2,56	,62		
	Total	631	2,67	,59		
Müdahale evresi	Evet, afet planını var, okudum	267	3,99	,74	16,22	,000**
	Evet, afet planı var ancak henüz okumadım	221	3,62	,71		
	Hayır, afet planı olduğunu sanmıyorum	34	3,62	1,25		
	Hiçbir fikrim yok	109	3,47	,71		
	Total	631	3,75	,79		
Afet sonrası evresi	Evet, afet planını var, okudum	267	3,73	,71	10,87	,000**
	Evet, afet planı var ancak henüz okumadım	221	3,49	,70		
	Hayır, afet planı olduğunu sanmıyorum	34	3,31	1,08		
	Hiçbir fikrim yok	109	3,30	,71		
	Total	631	3,55	,75		
Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam	Evet, afet planını var, okudum	267	3,93	,60	8,73	,000**
	Evet, afet planı var ancak henüz okumadım	221	3,74	,54		
	Hayır, afet planı olduğunu sanmıyorum	34	3,65	,96		
	Hiçbir fikrim yok	109	3,63	,54		
	Total	631	3,79	,60		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma F: ANOVA test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının çalışılan kurumda afet planı olma durumuna göre farklılık testinde Ruhsallığa Eğilim ve Afete hazırlık evresi hariç diğer tüm boyutlarda olasılık düzeyi ($p<0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Tukey testine göre;

- Olumsuzluğa Dayanıklılık boyutunda Hiçbir fikrim yok diyenlerin ortalaması (2,35) ve afet planı olduğunu sanmıyorum diyenlerin ortalaması (2,33) diğer tüm grupların ortalamasından daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Azim ve Kişisel Yeterlilik boyutunda afet planı olduğunu sanmıyorum diyenlerin ortalaması (2,57) diğer tüm grupların ortalamasından daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Toplam boyutunda afet planı olduğunu sanmıyorum diyenlerin ortalaması (2,46) diğer tüm grupların ortalamasından daha düşük olduğu tespit edilmiştir.
- Afete müdahale evresi boyutunda Hiçbir fikrim yok diyenlerin ortalaması (3,47) diğer tüm grupların ortalamasından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca afet planını var, okudum diyenlerin ortalaması (3,99) diğer tüm grupların ortalamasından yüksektir.
- Afet sonrası evresi boyutunda Hiçbir fikrim yok diyenlerin ortalaması (3,30) ve afet planı olduğunu sanmıyorum diyenlerin ortalaması (3,31) diğer tüm grupların ortalamasından daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca afet planını var, okudum diyenlerin ortalaması (3,73) diğer tüm grupların ortalamasından yüksektir.
- Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam boyutunda Hiçbir fikrim yok diyenlerin ortalaması (3,63) ve afet planı olduğunu sanmıyorum diyenlerin ortalaması (3,65) diğer tüm grupların ortalamasından daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 29).

Tablo 30. Hemşirelerin Afet Tatbikatına Katılma Durumuna Göre HAHAÖ Ve CD-RISC Puan Ortalamalarının Dağılımı

CD-RISC ve HAHAÖ	Daha önce hiç afet tatbikatına katıldınız mı	N	\bar{X}	SS	t	P
Ruhsallığa Eğilim	Hayır	350	2,57	,75	-3,43	,001**
	Evet	281	2,77	,70		
Olumsuzluğa Dayanıklılık	Hayır	350	2,47	,67	-2,35	,019*
	Evet	281	2,60	,67		
Azim ve Kişisel Yeterlilik	Hayır	350	2,73	,65	-3,56	,000**
	Evet	281	2,91	,56		
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	Hayır	350	2,59	,60	-3,59	,000**
	Toplam	Evet	281	2,76		
Hazırlık evresi	Hayır	350	4,04	,76	-1,56	,118
	Evet	281	4,14	,74		
Müdahale evresi	Hayır	350	3,63	,78	-4,18	,000**
	Evet	281	3,90	,77		
Afet sonrası evresi	Hayır	350	3,42	,76	-4,85	,000**
	Evet	281	3,71	,71		
Afete Hazırlık Algısı Ölçeği	Hayır	350	3,70	,60	-4,47	,000**
	Toplam	Evet	281	3,91		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma F: ANOVA test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Ölçek alt boyutlarının daha önce afet tatbikatına katılma durumuna göre farklılık testinde afete hazırlık evresi boyutu hariç diğer tüm boyutlarda test olasılık düzeyi ($p < 0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Ruhsallığa Eğilim boyutunda daha önce afet tatbikatına katılanların ortalaması (2,778), afet tatbikatına katılmayanların ortalama puanından (2,57) yüksek olduğu görülmektedir.

Olumsuzluğa Dayanıklılık boyutunda daha önce afet tatbikatına katılanların ortalaması (2,60), afet tatbikatına katılmayanların ortalama puanından (2,47) yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Azım ve Kişisel Yeterlilik boyutunda daha önce afet tatbikatına katılanların ortalaması (2,91), afet tatbikatına katılmayanların ortalama puanından (2,73) yüksek olduğu görülmektedir.

Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam boyutunda daha önce afet tatbikatına katılanların ortalaması (2,76), afet tatbikatına katılmayanların ortalama puanından (2,59) yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Afete hazırlık boyutunda daha önce afet tatbikatına katılanların ortalaması (4,14), afet tatbikatına katılmayanların ortalama puanından (4,04) yüksek olduğu görülmektedir.

Afete müdahale boyutunda daha önce afet tatbikatına katılanların ortalaması (3,90), afet tatbikatına katılmayanların ortalama puanından (3,63) yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Afet sonrası boyutunda daha önce afet tatbikatına katılanların ortalaması (3,71), afet tatbikatına katılmayanların ortalama puanından (3,42) yüksek olduğu görülmektedir.

Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam boyutunda daha önce afet tatbikatına katılanların ortalaması(3,91), afet tatbikatına katılmayanların ortalama puanından (3,70) yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 30).

Tablo 31. Hemşirelerin Afet Öncesinde, Sırasında ve Sonrasında Rollerine İlişkin CD-RISC ve HAHAÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

Afet Öncesinde		N	\bar{X}	SS	F	p
CD-RISC Toplam	Yok	74	2,51	,60	7,90	,000**
	Fikrim yok	103	2,52	,63		
	Var	454	2,72	,57		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Yok	74	3,59	,68	11,06	,000**
	Fikrim yok	103	3,64	,55		
	Var	454	3,86	,59		
	Total	631	3,79	,60		
Afet Sırasında						
CD-RISC Toplam	Yok	28	2,42	,60	7,45	,001**
	Fikrim yok	50	2,38	,68		
	Var	553	2,70	,57		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Yok	28	3,48	,74	15,89	,000**
	Fikrim yok	50	3,42	,65		
	Var	553	3,84	,58		
	Total	631	3,79	,60		
Afet Sonrasında						
CD-RISC Toplam	Yok	15	2,11	,62	18,43	,000**
	Fikrim yok	27	2,16	,85		
	Var	589	2,70	,55		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Yok	15	3,21	,69	17,63	,000**
	Fikrim yok	27	3,31	,83		
	Var	589	3,83	,57		
	Total	631	3,79	,60		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} :aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma F:ANOVA test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Hemşirelerin afet aşamalarındaki rollerine ilişkin olarak Afet Öncesi Dönemde, Afet Sırasında ve Afet Sonrası Dönemde rolleri ‘Var’ diye yanıtlayan katılımcıların, HAHAÖ toplam puanı ve tüm alt boyutlarıyla, CD-RISC toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında test olasılık düzeyi ($p < 0,05$) bulunduğundan anlamlı farklılık olduğu söylenebilir.

Tablo 32. Hemşirelerin Afet Türlerine Göre Müdahale Esnasında Mesleki Yetkinliğine Güvenme Durumlarının CD-RISC ve HAHAÖ Toplam Puan Ortalamaları Dağılımı (n=631)

Doğal Afetler		N	\bar{X}	SS	F	p
CD-RISC Toplam	Güvenmiyorum	127	2,49	,66	15,39	,000**
	Fikrim yok	177	2,56	,55		
	Güveniyorum	327	2,79	,55		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Güvenmiyorum	127	3,58	,62	32,64	,000**
	Fikrim yok	177	3,62	,55		
	Güveniyorum	327	3,97	,57		
	Total	631	3,79	,60		
Terör ya da Savaşlar						
CD-RISC Toplam	Güvenmiyorum	146	2,49	,63	19,65	,000**
	Fikrim yok	237	2,59	,54		
	Güveniyorum	248	2,84	,56		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Güvenmiyorum	146	3,58	,58	27,60	,000**
	Fikrim yok	237	3,72	,57		
	Güveniyorum	248	4,00	,58		
	Total	631	3,79	,60		
Tehlikeli Madde Kazaları						
CD-RISC Toplam	Güvenmiyorum	163	2,50	,64	21,33	,000**
	Fikrim yok	258	2,60	,54		
	Güveniyorum	210	2,87	,55		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Güvenmiyorum	163	3,64	,62	21,88	,000**
	Fikrim yok	258	3,71	,53		
	Güveniyorum	210	4,01	,62		
	Total	631	3,79	,60		
Bulaşıcı Hastalık Salgını						
CD-RISC Toplam	Güvenmiyorum	126	2,45	,68	29,37	,000**
	Fikrim yok	197	2,53	,54		
	Güveniyorum	308	2,84	,52		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Güvenmiyorum	126	3,57	,62	27,84	,000**
	Fikrim yok	197	3,67	,56		
	Güveniyorum	308	3,97	,58		
	Total	631	3,79	,60		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS: Standart Sapma F: ANOVA test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Katılımcı hemşirelerden;

- Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam boyutunda afet müdahale esnasında ‘Doğal Afetler’ de mesleki yetkinliğine “Güveniyorum” diyenlerin ortalaması (2,79) diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam boyutunda afet müdahale esnasında ‘Doğal Afetler’ de mesleki yetkinliğine “Güveniyorum” diyenlerin ortalaması (3,97) diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam boyutunda afet müdahale esnasında ‘Terör ya da savaşlar’ da mesleki yetkinliğine “Güveniyorum” diyenlerin ortalaması (2,84) diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam boyutunda afet müdahale esnasında ‘Terör ya da savaşlar’ da mesleki yetkinliğine “Güveniyorum” diyenlerin ortalaması (4,00) diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam boyutunda afet müdahale esnasında ‘Tehlikeli Madde Kazaları’ nda mesleki yetkinliğine “Güveniyorum” diyenlerin ortalaması (2,87) diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam boyutunda afet müdahale esnasında ‘Tehlikeli Madde Kazaları’ nda mesleki yetkinliğine “Güveniyorum” diyenlerin ortalaması (4,01) diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Psikolojik Sağlık Ölçeği Toplam boyutunda afet müdahale esnasında ‘Bulaşıcı Hastalık Salgını’ nda mesleki yetkinliğine “Güveniyorum” diyenlerin ortalaması (2,84) diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Toplam boyutunda afet müdahale esnasında ‘Bulaşıcı Hastalık Salgını’ nda mesleki yetkinliğine “Güveniyorum” diyenlerin ortalaması (3,97) diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Tablo 33. Hemşirelerin Afetler ile İlgili Mesleki Becerilerine İlişkin Yeterlilik Durumlarına Göre CD-RISC ve HAHAÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=631)

1. Temel ilk yardım uygulamalarını yapabilirim.		N	\bar{X}	SS	F	p
CD-RISC Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	33	2,40	,88	15,42	,000**
	Yardımla yapabilirim	82	2,40	,66		
	Yapabilirim	320	2,65	,53		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	196	2,85	,52		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	33	3,38	,99	25,80	,000**
	Yardımla yapabilirim	82	3,49	,58		
	Yapabilirim	320	3,72	,48		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	196	4,07	,61		
	Total	631	3,79	,60		
2. Afetlerde toplum sağlığının korunmasına yönelik güvenli aşı uygulamalarını sağlayabilirim.						
CD-RISC Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	54	2,36	,85	11,24	,000**
	Yardımla yapabilirim	131	2,48	,52		
	Yapabilirim	315	2,67	,53		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	131	2,87	,57		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	54	3,39	,90	26,23	,000**
	Yardımla yapabilirim	131	3,64	,46		
	Yapabilirim	315	3,79	,49		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	131	4,12	,66		
	Total	631	3,79	,60		
3. KBRN vakalarında uygun izolasyon ve dekontaminasyon işlemlerini başlatabilirim.						
CD-RISC Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	130	2,52	,70	17,29	,000**
	Yardımla yapabilirim	265	2,57	,53		
	Yapabilirim	175	2,79	,49		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	61	3,05	,59		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	130	3,54	,70	24,64	,000**
	Yardımla yapabilirim	265	3,74	,47		
	Yapabilirim	175	3,99	,50		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	61	4,27	,82		
	Total	631	3,79	,60		

Tablo 33. Hemşirelerin Afetler ile İlgili Mesleki Becerilerine İlişkin Yeterlilik Durumlarına Göre CD-RISC ve HAHAÖ Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devamı)

4. Yaralanmış bireyin nakil, bakım ve izlemine yapabilirim						
CD-RISC Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	43	2,39	,95	18,05	,000**
	Yardımla yapabilirim	168	2,51	,55		
	Yapabilirim	306	2,78	,51		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	114	2,96	,53		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	43	3,39	,90	37,73	,000**
	Yardımla yapabilirim	168	3,57	,49		
	Yapabilirim	306	3,92	,48		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	114	4,22	,66		
	Total	631	3,79	,60		
5. Afetten etkilenen bireyin göstereceği psikolojik tepkileri tanıyabilir/ değerlendirebilir ve müdahale edebilirim.						
CD-RISC Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	76	2,49	,77	20,43	,000**
	Yardımla yapabilirim	177	2,51	,54		
	Yapabilirim	296	2,80	,50		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	82	3,05	,59		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	76	3,41	,73	40,53	,000**
	Yardımla yapabilirim	177	3,60	,54		
	Yapabilirim	296	3,98	,43		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	82	4,26	,75		
	Total	631	3,79	,60		
6. Afetlerin olumsuz etkilerine karşı uygun baş etme stratejilerini açıklayabilirim						
CD-RISC Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	86	2,48	,77	17,26	,000**
	Yardımla yapabilirim	175	2,52	,51		
	Yapabilirim	290	2,81	,51		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	80	3,02	,59		
	Total	631	2,67	,59		
HAHAÖ Toplam	Öğretilmesi gerekiyor	86	3,42	,70	37,89	,000**
	Yardımla yapabilirim	175	3,62	,51		
	Yapabilirim	290	3,89	,46		
	Yapabilirim ve başkalarına öğretirim	80	4,24	,76		
	Total	631	3,79	,60		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ \bar{X} : Aritmetik Ortalama SS:Standart Sapma F:ANOVA test kritik değeri P: test olasılık düzeyi

Araştırmaya katılan hemşirelerden;

CD-RISC toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan “Temel ilk yardım uygulamalarını yapabilirim” mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (2,65) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (2,85) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. HAHAÖ toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan ‘Temel ilk yardım uygulamalarını yapabilirim’ mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (3,72) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (4,07) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

CD-RISC toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan “Güvenli aşı uygulamalarını sağlayabilirim” mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (2,67) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (2,87) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. HAHAÖ toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan ‘Güvenli aşı uygulamalarını sağlayabilirim’ mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (3,79) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (4,12) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

CD-RISC toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan “KBRN vakalarında uygun izolasyon ve dekontaminasyon işlemlerini başlatabilirim” mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (2,79) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (3,05) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. HAHAÖ toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan ‘KBRN vakalarında uygun izolasyon ve dekontaminasyon işlemlerini başlatabilirim’ mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (3,99) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (4,27) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

CD-RISC toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan “‘Yaralanmış bireyin nakil, bakım ve izlemine yapabilirim” mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (2,78) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (2,96) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. HAHAÖ toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan ‘Yaralanmış bireyin nakil, bakım ve izlemine yapabilirim’ mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (3,92) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (4,22) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

CD-RISC toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan “‘Afetten etkilenen bireyin göstereceği psikolojik tepkileri tanıyabilir/ değerlendirebilir ve müdahale edebilirim” mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (2,80) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (3,05) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. HAHAÖ toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan ‘Afetten etkilenen bireyin göstereceği psikolojik tepkileri tanıyabilir/ değerlendirebilir ve müdahale edebilirim’ mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (3,98) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (4,26) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

CD-RISC toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan “‘Afetlerin olumsuz etkilerine karşı uygun baş etme stratejilerini açıklayabilirim” mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (2,81) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (3,02) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. HAHAÖ toplam boyutunda afetlerle ilgili mesleki becerilerine ilişkin konulardan ‘Afetlerin olumsuz etkilerine karşı uygun baş etme stratejilerini açıklayabilirim’ mesleki beceri yeterliliği ‘Yapabilirim’ şeklinde cevaplayanların ortalaması (3,89) ‘Yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ (4,24) diyenler hariç diğer tüm grupların ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye’de afetlerin çeşitliliği ve sık yaşanmasına rağmen, afetlere hazırlıklı olma ve önlem almadaki yetersizlikler, ‘benim başıma gelmez’ algısı, afet kültürünün olmaması toplumun afetlerle baş etmesini zorlaştıran bir durum olarak değerlendirilmektedir. Kişisel düzeyde bilgisizlik, eğitimsizlik, bilinçsizlik, güvenliğe önem verilmemesi hazırlığın önündeki en önemli engelleri oluşturmaktadır (Erkan, 2010; Işık ve ark., 2012).

Afetler, bireyin yaşamını, fiziksel bütünlüğünü, dünyadaki yerini tehdit eden, kişilerin kendine ve evrene duyduğu temel güven duygusunu sarsan ve kontrol kaybı algısının oluşmasına sebep olan durumlardır (Oflaz, 2008). Afetler, profesyonel hizmet sunan bireylerde fiziksel ve psikolojik stres yaratabilir. Bu durum karşısında bakım vericilerin performansı son derece etkilenebilir. Bu sebeple bazen deneyimli hemşirelerin dahi basit bir görevi yerine getiremedikleri gözlemlenebilir (O’Boyle C ve ark. 2006; Nekooei Moghaddam ve ark., 2014).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi de, ICN (International Council of Nurses), tüm hemşirelerin afetlere hazırlık ve müdahaleye yönelik bilgi ve becerilere, afet bakımını planlama ve yürütme yeteneklerine en iyi şekilde, sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır (Loke ve Fung, 2014). Bu görüşe göre hemşirelerin; kendi uzmanlık alanları ne olursa olsun afet yönetimini bilmesi ve afetlerin tüm evrelerinde görev almaları sağlanmalıdır. Başlangıçta yalnızca halk sağlığı hemşirelerinin, acil hemşirelerinin ya da orduda görev yapan hemşirelerin uygulama alanı olarak görülen afet yönetimi, günümüzde tüm alanlarda çalışan hemşirelerin öğrenmesi gereken öncelikli bir konu olarak görülmektedir (Olchin ve Krutz, 2012).

Bu çalışma, kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin olası afetlere hazırlık durumlarını belirlemek ve psikolojik sağlıklarının ne düzeyde olduğunun tanımlanması amacıyla yapılmıştır. İlgili literatürde hemşirelerin afetlere hazırlık algısı ile psikolojik sağlığının ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda alanda çalışan araştırmacılara ve halk sağlığı hemşireliği literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

7.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri ve Mesleki Durum Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın örneklemini oluşturan hemşirelerin bireysel özellikleri ve mesleki durum değişkenleri incelendiğinde; yaş ortalamasının (29,7±7,2) olarak bulunduğu ve en fazla 21-25 yaş grubunda oldukları görülmektedir. Hemşirelerin çoğunlukla kadın (%84,8), bekâr (%56,9), lisans mezunu (%66,4) olduğu ve ciddi bir sağlık probleminin olmadığı (%90,8) saptanmıştır (Tablo 7).

Hemşirelerin çoğunlukla dahili birimlerde (%20,9), servis hemşiresi (%74,2) olarak 2-5 yıllık çalışma süresiyle (%37,4) hemşirelik mesleğini severek (%67) çalıştıkları görülmüştür (Tablo 8).

Çelik (2010)'in çalışmasında hemşirelerin çoğunluğu kadın, evli, 30 yaş üstü ve 1-10 yıllık mesleki deneyime sahip nispeten genç hemşirelerden oluştuğu belirlenmiştir.

Özcan (2013)'in çalışmasında hemşirelerin çoğunluğunun kadın (%97,2), 31-35 yaş grubunda (%24,4), lisans mezunu (%65,6) olduğu, 1-5 yıl arasında görev yaptığı (%28,6), cerrahi bölümlerde çalıştığı ve servis hemşiresi olduğu (%47,0) belirlenmiştir.

Taşkıran (2015)'in çalışmasında ise hemşirelerin çoğunluğu kadın (%85,7), 28-32 yaş grubunda, evli (%59,4) ve lisans mezunu (%88,2) olduğu belirlenmiştir.

Al Khalaileh ve ark. (2012)'nin Ürdün'de yapılan çalışmasında hemşirelerin 21-53 yaş aralığında, % 61,4'ü kadın ve lisans mezunu (%79) olduğu, Diab ve Mabrouk (2015)'un Mısır'da yapılan çalışmasında ise hemşirelerin çoğunluğunun yaş aralığı 20-29 (%47,6), %31,8'i lisans mezunu iken çoğunluk lise mezunu (%47,1), mesleki tecrübesi 5 yılın altında (%39,4) ve servis hemşiresi (%82,4) olduğu saptanmıştır.

Chii Tzeng ve ark. (2016)'ın Tayvan'da yapılan çalışmasında ise hemşirelerin 30 yaş üstü (%57,2) çoğunlukta, kadın (%89,4), bekâr (%66,6), lisans ve üstü mezuniyeti (%82) ve mesleki tecrübe yılı 10 yıldan az (%59,4) şeklinde belirlenmiştir.

Bu çalışma ve yapılmış diğer çalışmalara bakacak olursak, kadın hemşire tüm araştırmalarda çoğunluktadır. Bu durumun meslekte erkek hemşire sayısının kadın

hemşireye oranla daha az bulunmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Genel olarak 21-35 yaş aralığında çalışan hemşire çoğunlukta olması, toplumların aktif çalışan yaşının bu aralıklarda olması sebebiyledir. Katılımcıların çoğunluğunun lisans mezunu olması hemşirelik mesleğinin icrasının asgari lisans mezuniyeti seviyesinde olması gerekliliğinden, sağlık meslek liselerinden hemşirelik bölümünün kaldırılması ve bu durumların alana yansması olarak düşünmekteyiz. Çalışmaların yapıldıkları yerler kamu ve üniversite hastaneleri olması sebebiyle örneklem yapıları benzerlik göstermektedir.

7.2. Hemşirelerin Afetlere İlişkin Deneyimleri Ve Görüşleriyle İlgili Bulguların Tartışılması

Sağlık personellerinin içinde en büyük grubu oluşturan hemşirelerin etkili afet yönetimi için afetlere hazır oluşlukları son derece önemli bir konudur (Veenema, 2006). Hemşirelerin, afetlerin tüm aşamalarında yeterli sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlamak için profesyonel yeteneklerini arttırmaları gerektiği belirtilmektedir (Jennings Sanders, 2004; Fung ve ark., 2008). Buna istinaden hemşirelerin afete hazırlık algılarının ve kendilerini hangi boyutlarda hazırlıksız hissettiklerinin belirlenmesi gerekmektedir (Özcan, 2013).

Araştırmaya katılan hemşireler yaşantılarında ciddi bir afet durumuyla karşılaşma oranı % 22,7 dir, karşılaşılan bu afet türünü de % 70,6 deprem olarak belirtmişler, diğer afetleri yangın ve sel olarak belirttikleri görülmüştür. Daha önce afetzedelere bakım vermek durumunda kalanların oranı % 9,0 saptanmıştır.

Özcan (2013)'in çalışmasında hemşirelerin %50,2 afet deneyimi yaşadığı ve bu deneyimi olanların %45,9'unun afet anında bakım vermek durumunda kaldığı görülmüştür. Taşkiran (2015) ve Tercan (2015)'in çalışmalarında ise afet deneyimi yaşayanların oranları sırasıyla %25,4 ve %18,8 şeklindedir.

Al Khalaileh ve ark. (2012)'nin Ürdün'de yürüttükleri çalışmalarında afet durumuyla karşılaştıklarını belirten hemşire oranı % 11'dir. Baack ve Alfred (2013)'in Teksas'ta yürüttükleri çalışmasında daha önce bir afetle karşılaşmış olmanın ve afet alanında bakım vermiş olmanın, afet hazırlık ölçeğiyle arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir.

Özcan (2013)'ın İstanbul'da yürüttüğü çalışmada oranın bu çalışma ve diğer çalışmalardan yüksek çıkmasının sebebi çalışmanın yapıldığı yıllarda ve o bölgede afetlerin daha sıklıkla yaşanmış olması ve etkisinin halen hissedilir olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin ve Özcan (2010)'ın çalışmasında afet türü olarak deprem belirtilmesi çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bunun sebebi ülkemizde afet denilince sadece doğal afetler anlaşılabilir, insan eliyle oluşanlar örneğin ayaklanma, boykot, grev gibi toplumsal olaylar ya da terör, açlık, tehlikeli madde kazaları vb. anlaşılmıyor. Aynı zamanda 1999 Marmara Depremi'nin afet olarak akıllara kazınması ve ülkemizin deprem kuşağı üzerinde olması sebebiyle gündemde olması bu benzerliğe sebep olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) web sitesinde dahi 'Afete Hazır Türkiye' (<https://www.afad.gov.tr/tr/4363/Afete-Hazir-Turkiye> Erişim Tarihi: 03.06.2019) sekmesi altında bilgilendirmelerin sadece doğal afetlere yönelik olduğu görülmüştür, toplum algısının değişmesi için yönetim algısının da değişmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Evde afete hazırlık planım var diyen hemşirelerin oranı %8,2 saptanmıştır. Evinde afete hazırlık planı olmayanlar afet öncesinde, afet sırasında ve afet sonrasında ne yapacaklarını planlamadıkları için afetlerden daha fazla etkileneceklerdir. Ailesiyle ve arkadaşlarıyla iletişim kurma noktasında problem yaşayacaklardır. Dolayısıyla afetlerin etkilerine karşı daha hassas olacaklardır (Mızrak, 2017). Sağlık çalışanı olarak farkındalık algımızın yüksek olması beklenirken, toplumsal bilinçsizliğin meslek üyelerinde de etkin olduğu, afetlere bireysel, ailesel hazırlık algımızın oldukça yetersiz olduğu söylenebilir. Bu bulgumuz, Mızrak (2017)'ın çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerimizin daha önce afet ile ilgili eğitim almış olanların, aldıkları bu eğitimin daha çok teorik eğitim olduğunu ifade etmişlerdir.

Türkiye genelinde yapılan çalışmada afetlerle ilgili eğitim alanların sayısı, almayanların sayısının neredeyse onda biridir, en fazla alınan eğitim deprem eğitimidir ve en fazla alınmak istenen eğitim ilk yardım eğitimidir (<http://tdvm.afad.gov.tr/>

Erişim Tarihi:30.05.2019). Al Khalaileh ve ark. (2012)'nin çalışmasında eğitim alma durumunu %31, Chii Tzeng ve ark. (2016)'ın çalışmasında %31,8 oranında belirtmişlerdir. Bizim bulgularımız, Özcan (2013)'in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Literature göre toplumda afet eğitimi alan bireylerin sayısının afet eğitimi almayan bireylere göre daha düşük olduğu söylenebilir. Eğitim almayanlar afetler konusunda gerekli bilgiye sahip olmayacakları için, afet yönetiminde beklenen yetkinlik ve yeterliliği gösteremeyecekleri düşünülmektedir. Ayrıca her ne kadar bilgi sahibi olursa da uygulama becerisine sahip olmak ve bu deneyimi taze tutabilmek için bu eğitimlerin teorik ile birlikte uygulamalı yapılması gerektiği söylenebilir. Bu anlamda uygulamalı eğitim eksikliği lisans eğitiminde müfredata dahil edilerek, çalışma alanlarında da hizmetiçi eğitim olarak giderilmelidir.

Çalışmamızda afetlerle ilgili herhangi bir aktivitede/ kuruluştaki görev alma oranı sadece % 3,5'dir, bu durumun hemşirelerin afetler konusunda gönüllülük düzeyinin düşük olduğunu ve gönüllülük hakkında yeteri kadar farkındalığın oluşmadığını düşündürmektedir. Ayrıca HAP yönetmeliğine göre; hastaneler, 99 yatak kapasitesine kadar en az bir, 100-300 arası yatak kapasitesine sahip ise en az iki, 301-499 arası yatak kapasitesine sahip ise en az üç, 500 ve üzerindeki yatak kapasitesine sahip ise en az dört UMKE timi oluşturmak ve oluşturulan UMKE timi/timlerine UMKE temel eğitimi aldirmek zorundadır (HAP Yönetmeliği, 2015).

Yapılmış diğer çalışmalarla kıyaslayacak olursak; Çelik (2010)'in çalışmasında %27, Taşkiran (2015)'in çalışmasında %5,9, Chii Tzeng ve ark. (2016)'ın çalışmasında %10,6'dır. Taşkiran (2015)'in ve Chii Tzeng ve ark. (2016)'ın çalışmasıyla benzerlik, Çelik (2010)'in çalışmasıyla farklılık görülmektedir. Bu farklılık Çelik (2010)'in çalışmasının Türk Kızılay'ında çalışan hemşirelerle, Türk Kızılayı'nın afetlerle doğrudan ilişkili olmasından kaynaklanmaktadır.

Afetlerde hemşirelerin rolüne ilişkin sorduğumuz soruda; afet öncesi dönemde rolüm var diyenler %71,9, afet sırasında rolüm var diyenler %87,6 ve afet sonrasında dönemde rolüm var diyenler %93,3'dür. Özcan (2013) ve Taşkiran (2015)'in çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Planlama, hazırlık gibi uygulamada görünmeyen çalışmaların afet öncesi dönemde olması ve algı olarak uygulama daha çok yapıldığında daha fazla rolünün olduğu düşüncesi bu sonuca neden olduğu tahmin

edilmektedir. Bu da afet öncesi dönemdeki rolleri hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını göstermektedir.

Katılımcı hemşireler afet türlerine göre müdahale esnasında mesleki yetkinliklerine en fazla doğal afetlerde güveniyorum derken, tehlikeli madde kazaları ve terör ya da savaşlar konularında kendilerine daha az güvendiklerini ifade etmişlerdir. Ülkemizde doğal afetler içerisinde en çok deprem afetinin yaşanması, geçmişte tecrübe etme ve bununla ilgili farkındalığın yüksek olması sebebiyle güven düzeyinin de artmış olabileceği tahmin edilmektedir.

Hemşirelerin afetlere hazırlıklarında ve afetle mücadelede, genel tıbbi becerilere ek olarak temel mesleki yetkinliklere de sahip olmaları gerekir (Gebbie, 2002; INCME, 2003). Çalışmamızda hemşireler, afetlerde konu alanlarına göre mesleki becerilerinin yeterlilik düzeylerine en fazla temel ilk yardım uygulamalarını yapabilme becerisini ‘yapabilirim ve başkalarına öğretirim’ diye belirtmişlerdir. Buna karşılık KBRN vakalarına maruz kalma durumunda uygun izolasyon ve dekontaminasyon işlemlerini ‘yardımla yapabilirim’ olarak yetkinlik düzeyini belirtmişlerdir. Bu bulgu Çelik (2010)’in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Bu bulgular hemşirelerin afetlere hazırlıkta eğitim gereksinimlerinin özel tanılama becerilerine ihtiyaç duyduklarını ve teknik becerileri yetkinlik alanlarında da uygun eğitimlerle desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir. Aşına oldukları konularda; temel ilk yardım uygulamaları, güvenli aşı uygulamaları gibi kendilerini daha yetkin gördüklerini söyleyebiliriz ancak bu uygulamalarda da ‘başkalarına öğretirim’ diyenlerin oranlarının düşük çıkması öğretebilecek kadar da yetkin görmediğini ortaya koymuştur.

7.3. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAAÖ) ve Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda hemşirelerin afet hazırlıklarının yetersiz ve düşük olduğu görülmektedir (Baack ve Alfred, 2013; Grochtdreis ve ark., 2016). Çalışmalar, çoğunlukla hemşirelerin afetlere müdahale etme konusunda kendilerini hazır görmediklerini, eğitim ve becerilerinin afete uygun olan girişimleri yapmak için yeterli düzeyde olmadığını göstermiştir (Fothergill ve ark., 2005; Fung

ve ark., 2008; Al Khalaileh ve ark., 2012; Diab ve Mabrouk, 2015; Seyedin ve ark., 2015; Labrague ve ark., 2016, Chii Tzeng W.ve ark.,2016). İstanbul'da akademisyen hemşireler ile yapılan bir araştırmada %98'i olası bir depreme kişisel olarak hazır olmadığını, %96'sı profesyonel yönden hazır olmadığını, %88,8'i kurumlarının afet planlarından haberdar olmadığını ifade etmiştir (Kadıoğlu ve ark.,2003). Türk Kızılay'ında çalışan hemşirelerin afetlere hazır olma durumlarını inceleyen araştırmada, hemşirelerin genel olarak afetlere hazır oluşluk için gerekli temel yeterlilik alanlarındaki becerileri karşılamada kendilerini 'yardımla yapabilir ve yapabilir' düzeyinde gördükleri sonucu elde edilmiştir (Çelik, 2010). 'Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği' geliştirilmesi ile yapılmış olan araştırmada ise hemşirelerin çoğunluğu kendini afetlere karşı 'Kısmen Hazır' olarak nitelendirdiği halde, ölçeğe göre hazırlık evresi için yüksek, müdahale ve afet sonrası evrelerinde ise orta düzeyde puan aldıkları ortaya çıkmıştır (Özcan, 2013).

Çalışmamızda kullandığımız Özcan (2013)'in geliştirdiği Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ)' nin çalışmasında düşük puanı alan maddeler; 'Biyolojik ya da kimyasal saldırılara uğrayan topluluklara bakım verebilirim', 'Aldığım eğitimlerin (lisans, hizmet içi eğitim vs.) afete hazır olmam için yeterli olduğunu düşünüyorum' olmuştur. Bu sonuç çalışmamızda daha önce belirtilen KBRN vakalarında mesleki yetkinliğini yardımla yapabilirim olgusunu desteklemektedir. Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer kelimelerinin kısaltılmasıyla ve daha yaygın kullanımı KBRN olan tehlikeli madde kazaları şeklinde sınıflandırılan afet türüne yönelik bilgi, tanılama ve müdahale aşamasında hemşirelerde yetersizliği görülmektedir. Alınan eğitimlerin yetersiz olduğunu düşünmeleri hemşirelerin bu anlamda eğitim ihtiyaçlarının olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

Çalışmamızda kullanılan diğer ölçek, Türk kültürüne uyarlama çalışması Kararımak (2009) tarafından yapılmış olan Connor Davidson Psikolojik Sağlık ölçeğinin madde tanımlayıcı analizinde en düşük puanı alan maddeler; 'Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.', 'Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.' şeklindedir.

Psikolojik sağlamlık leğinin alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında sırası ile en yüksek azim ve kişisel yeterlilik puanı ($2,81\pm.63$), ruhsallığa eğilim ($2,67\pm.74$) ve olumsuzluğa dayanıklılık ($2.53\pm.68$) şeklindedir.

Afetelere hazırlık leğinin alt boyutlarına bakıldığında en fazla hazırlık evresine ($4,09\pm.76$), sonra müdahale ($3,76\pm.79$) ve en son afet sonrası döneme ($3,55\pm.75$) hazır oldukları sonucuna varıldı.

Hemşirelerde afete hazırlık algı leği toplam puanı ile psikolojik sağlamlık leği toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Hemşirelerin psikolojik sağlamlıkları artıkça afete hazırlık algıları da artmaktadır.

Bu çalışmada hemşirelerin afetlere hazır oluşlukları iki değişkenle (hazırlık algısı ve hazırlıklı olma durum skalası) llmştr. Hemşirelere afetlere hazırlıklı olma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz şeklinde sorulmuş ve hazırlıklı olma durum skalasının puan ortalaması $4,99\pm 2$ (min-max =0-10 puan) olarak bulunmuştur. Bu bulgular elik (2010), zcan (2013) ve Taşkıran (2015)'in çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Ancak alışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak müdahale evresinin ortalama puanı afet sonrası evresinden yüksektir.

Hemşirelerin HAHA toplam ölçek puanı ile afete hazırlıklı olma durum puanı arasında aynı yönlü anlamlı ilişki söz konusudur. Hemşireler kendilerini afete hazır olma durumlarında 'orta düzeyde' yetkin görmelerine karşılık, HAHA'e göre algıları yüksektir.

Yapılmış diğer çalışmalarda da, bizim çalışmamızda da HAHA'ne göre algıların yüksek çıkması ve ölçek alt boyutlarından hazırlık evresinin diğerlerinden daha yüksek puan almasının benzerlik göstermesi, HAHA'nin hazırlık evresi sorularının olumlu yönlendirici içeriği sebebiyle olduğu tahmin edilmektedir.

Hemşirelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri ise orta düzeydedir.

7.4. Bağımsız Değişkenler ile HAHAÖ puan Ortalamaları ve CD-RISC puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşanan afetler sonrasında bireylerde, bireysel özelliklere göre farklılık gösteren çeşitli duygusal, bilişsel, fiziksel ve davranışsal tepkiler görülebilir (Erdur Baker, 2014). Bu tepkiler bir hastalık belirtisi değil, bir süre sonra ortadan kalkması beklenen, anormal durumlara verilen yanıtlardır (Oflaz, 2008). Fakat bazı bireyler bu tepkiler ile akut dönemden sonra dahi baş etmede zorlanabilirler (Erdur Baker, 2014). Hemşirelerin, afetlerde hayatta kalanlar, aileler ve müdahale edenler için uygun olan ve olmayan başa çıkma stratejilerini tanımlayabilmekte ve etkili müdahale ile bireylerin yaşamış oldukları korku ve stres ile baş etmelerini destekleyebilmelidir (ICN 1201, Geneva, 2009; Loke ve Fung, 2014).

Çalışmamızda psikolojik sağlamlık için ön koşul olan risk faktörleri kapsamında; medeni durumlardan dul ya da boşanmış olma, ciddi bir sağlık probleminin varlığı, afetle karşılaşmış olma, afetzedelere bakım verme ve afette bir tanıdık ya da yakını kaybetme durumları yaşantılarında olumsuz etki sayılabileceğinden bu kapsamda değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin demografik özelliklerine göre;

- Erkeklerin kadınlara göre olumsuzluğa daha dayanıklı oldukları saptandı. Kadın hemşirelerin erkeklere göre hazırlık evresine daha hazır hissettikleri tespit edildi. Önder ve Gülay'ın (2008) çalışmasında, cinsiyetin psikolojik sağlamlık üzerinde anlamlı bir farka yol açtığı belirtilmiştir. Cole ve ark. (2004) da öğrenciler ile yaptığı çalışmasında psikolojik sağlamlıkları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Afetlere hazırlık algısına göre kadınların daha yüksek algıya sahip olması, çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunun kadın olması ile ilişkili olduğu söylenebilir. Konuyla ilgili yapılan çalışmaların sonuçları bu araştırmanın bulgusunu desteklemektedir.
- Yaş, medeni durum ve çalışma yılı hemşirelerin afetlere hazırlık algısını etkilemediği saptanmıştır. Baack ve Alfred (2013) çalışmasında benzer şekilde

demografik değişkenlerin algılanan felaket hazırlığında etkisi olmadığı belirtilmiştir.

- Öğrenim durumu, psikolojik sağlamlığı ve hazırlık evresinde etkilemezken müdahale evresinde en yüksek puanı ön lisans mezunu hemşireler almış, afet sonrası alt boyutunda ise yüksek lisans mezunlarının afet hazırlık algısının yüksek olduğu görülmüştür. Buna karşılık unvanlarına göre hazırlık evresi boyutunda sorumlu hemşire grubunun ortalamasının diğer tüm unvan gruplarından yüksektir. Çalışmamızda ön lisans mezunu hemşirelerin müdahale evresinde yüksek puanı almış olmalarını liseden sonra çalışma hayatına atılmış olmaları ve çalışırken ön lisans/ lisans tamamlama şeklinde öğrenimlerini tamamlarken yıllar içerisinde kazandıkları tecrübeyle afetlere karşı hazırlık algılarının yükseldiği şeklinde açıklayabiliriz.
- Çalışmaya katılan hemşirelerin psikolojik sağlamlık ve afet hazırlık algısı alt boyutlarının çalışılan birime göre farklılığı incelendiğinde; psikolojik sağlamlığı en yüksek acil birim çalışanları, en düşük puanı ise psikiyatri kliniğinde çalışan ve pediatri hemşireleri aldığı tespit edilmiştir. Afet hazırlık algısı da acil birim çalışanlarında diğer birimlere göre yüksek çıkmıştır. Akut durumlarda müdahale edebilecek tecrübeye en çok sahip olan hemşirelerin algılarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Baack ve Alfred (2013)'un çalışmasında benzer sonuçlar görülmüştür. Acil birim çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarının yüksek çıkması ise diğer birimlere oranla daha fazla olumsuz durumla karşılaşmaları bu olumsuzluklara karşı geliştirdikleri koruyucu faktörlerinin olmasıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Psikiyatri ve pediatri çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarının düşük olması çalıştıkları birimlerin psikolojik baskılarına karşı stresle baş etmede yetersiz ve uyum sağlama sürecinde etkisiz kaldıkları şeklinde yorumlanabilir.
- Hemşirelerin mesleğe ilişkin duygu durumuna göre mesleğimi seviyorum diyenlerin 'Olumsuzluğa Dayanıklılık', 'Azim ve Kişisel Yeterlilik' alt boyutlarında psikolojik sağlamlığı yüksek çıkmıştır, bu hemşirelerin afet hazırlık algısının da yüksek olduğu görülmüştür.
- Bu çalışmada, herhangi bir sağlık problemi bulunan hemşirelerin sayısının oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin sağlık problemi varlığı

afet hazırlık algısını ve psikolojik sağlamlığını etkilemediği görülmüştür. Sağlık problemi bulunan bireylerin sayısının düşük olduğu toplumların afetlerden daha az etkilenecekleri söylenebilir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyinin daha yüksek olmasına rağmen kronik hastalığa sahip olma durumu ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Yurdakul ve Üner, 2015).

Hemşirelerin afetlerle ilgili deneyimleri ve görüşlerine göre:

Bu çalışmada, afete maruz kalanların psikolojik olarak daha sağlam olduğu ancak afetle karşılaşmış olma durumu ile psikolojik sağlamlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı sadece alt boyutlarından azim ve kişisel yeterlilik boyutunda anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Baack ve Alfred (2013)'un çalışmasından farklı olarak daha önceden afetzedelere bakım vermiş olma afet hazırlık algısını etkilememiştir, psikolojik sağlamlık alt boyutlarından olumsuzluğa dayanıklılık, azim ve kişisel yeterlilik boyutları puanları yüksek çıkmıştır. Afete maruz kalanların afetlerden psikolojik olarak daha az etkilenecekleri söylenebilir.

Herhangi bir afette tanıdığıнын ya da yakınının kaybı olanların psikolojik sağlamlık ölçeği ile anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu kişilerin duyarlılıkları afet hazırlık algısında ortaya çıkmış, afet hazırlık algısı toplam puanı ve tüm alt boyut puanlarında anlamlı ilişki vardır.

Hemşirelerin evde afete hazırlık planı olanların psikolojik sağlamlıkları ve afet hazırlık algısı yüksektir. Bireysel hazır oluşluğun etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Kurum afet planından haberdar olma durumunda haberdar olup okuyanların oranı (%42,3) iken haberdar olup henüz okumayanların oranı (%35)'dir. Daha önce afet tatbikatına katılan hemşireler örneklemin yaklaşık yarısı kadardır (%55,5).

Diab ve Mabrouk (2015)'in çalışmasında hastane afet planından habersiz olanların oranı %78,5 olarak belirlenmiştir. Özcan (2013)'un çalışmasında kurum afet planından haberdar olan hemşirelerin, haberdar olmayanlara oranla kendilerini afetlere daha hazır hissettikleri belirterek, çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin kurum afet planından haberdar olup, okuyanların psikolojik sağlamlık toplam puanı ve afet hazırlık algısı toplam puanı, haberdar olup okumayanlardan ve habersiz olanlardan daha yüksektir.

Afet tatbikatına katılanların psikolojik sağlamlıkları ve afet hazırlık algılarının katılmayanlara göre yüksek algıda olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin afet türlerine göre müdahale esnasında mesleki yetkinliğine güvenme durumlarına göre tüm afet türlerinden mesleki yetkinliğine güvenenler psikolojik sağlamlıkları ve afet hazırlık algısı yüksek çıkmıştır.

7.5. Sonuç Ve Öneriler

Bu çalışma ile aşağıdaki sonuçlara varılmıştır:

1. Araştırma örneklemini oluşturan hemşirelerin bireysel özellikleri ele alındığında; hemşirelerin çoğunlukla genç yaş grubunda, kadın, lisans mezunu ve bekâr oldukları,
2. Hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde; çoğunluğunun servis hemşiresi olarak görev yaptığı, mesleki deneyim sürelerinin genellikle 2-5 yıl arası olduğu,
3. Hemşirelerin çoğunun yaşantısında ciddi bir afetle karşılaşmadığı, afetle ilgili bir görev almadığı,
4. Hemşirelerin tamamına yakın bireysel, ailesel hazırlığı bulunmadığı, evde afet hazırlık planının olmadığı,
5. Afet türlerine göre mesleki yetkinliklerine en çok doğal afetlerde güvendikleri, en az tehlikeli madde kazalarında güvendikleri,
6. Afet türlerine göre bireysel olarak en çok terör ya da savaşıardan endişe ettikleri, en az doğal afetlerden endişelendikleri saptanmıştır.

Elde edilen araştırma sonuçlarına göre;

- Afetlere hazırlık evresinde hemşirelerin algıları, müdahale ve afet sonrası evresindeki algılarından daha yüksek düzeydedir.

- Bireylerin HAHAÖ puanları eğitim durumu, çalışılan bölüm, bulunulan statü, alınan afet eğitimi, afet deneyimi, afette yakınına kaybetme, afet planını okuma ve afet tatbikatına katılma durumuna göre farklılık göstermekte; yaş, medeni durum ve çalışma yılına göre farklılaşmamaktadır.
- Afet eğitimi alan hemşirelerin afet hazırlık algıları, almayanlara oranla daha yüksektir. Afet eğitimin yalnızca teorik değil, teorik ve uygulamalı olarak alan hemşirelerin afet hazırlık algıları daha yüksektir.
- Çalıştıkları kurumdaki afet planından haberdar olan hemşirelerin afet hazırlık algıları, plandan haberdar olmayanlara oranla daha yüksektir.
- Afet tatbikatına katılan hemşirelerin afet hazırlık algıları, tatbikatlanılmayanlara oranla daha yüksektir.
- Bireylerin CD-RISC puanları yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı, çalışılan birime, mesleğe ilişkin duygu durumu, afet deneyimi, afetzedelere bakım verme, afet eğitimi almış olma, afet tatbikatına katılma, bireysel afet hazırlığı, afet türlerine göre mesleki yetkinliklerine güvenme durumlarına göre farklılık göstermekte; öğrenim durumu, unvan ve afette yakınına kaybetme durumuna göre farklılaşmamaktadır.
- Hemşireliği severek yapanların, yapmayanlara göre psikolojik sağlımlıkları daha yüksektir.
- Afet deneyimi yaşayanların, yaşamayanlara göre, afet tatbikatına katılanların katılmayanlara göre ve hemşirelerin afet aşamalarında rolü var diyenlerin yok diyenlere göre psikolojik sağlımlıkları yüksektir.
- Bireysel afet hazırlığı, evde afet hazırlık planı olanların olmayanlara göre psikolojik sağlımlıkları yüksektir.
- Hemşirelerin psikolojik sağlımlıkları artıkça afete hazırlık algıları da artmaktadır.
- Hemşireler kendilerini afete hazır olma durumlarında 'orta düzeyde' yetkin görmelerine karşılık, HAHAÖ'ne göre algıları yüksektir. Hemşirelerin psikolojik sağlımlıkları orta düzeydedir.

Bu araştırma sonucunda;

- Tüm hemşireler kurumların afet planından haberdar olmalı ve afet anındaki görev ve sorumluluklarını bilmelidirler. Bu konuda yalnızca kurumlar değil, görev yapan hemşirelerde afet planı konusunda sorgulayıcı olmalı, planın uygulanabilirliği üzerinde tartışmalıdırlar.
- Tüm sağlık çalışanları ve özellikle hemşirelerin mesleki eğitimleri sürecinde ve sonrasında afetlerle ilgili konularda kurs, hizmet içi eğitim vb. programlarla eğitilmesi,
- Sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü tarafından, hemşirelere afet öncesi, sırası ve sonrasında rollerine ilişkin eğitim verilerek afetlerle ilgili farkındalık sağlanması, özellikle afet öncesi rollerine ilişkin eğitimler tekrarlanarak farkındalığın artırılması,
- Afet öncesi, sırası ve sonrası evrelerinde bakım, triyaj ve yönetim gibi önemli rolleri olan hemşirelerin afete hazırlık ve müdahale konularında yeterlilikleri artırılmalı, afet yönetim planlamasına dahil edilerek afet sırasında üstlenecekleri görev ve sorumlulukları belirlenmeli, hemşirelerin etkin olduğu bir afet yönetim sistemi oluşturulmalı (Taşkiran ve Baykal, 2017; Kalanlar ve Kubilay, 2015; Hisar ve Yurdakul, 2015; Tzeng ve ark., 2016),
- Türkiye’de hemşirelerin afet hazırlık algılarını ölçen ölçek sayı, içerik ve çeşitliliğinin sınırlılığı sebebiyle yeni ölçekler uyarlanmalı ya da geliştirilmeli,
- Afet hazırlık sürecinde afetlerde görev alacak hemşirelerin psikolojik sağlımlıkları öncesinde değerlendirilmeli,
- Psikolojik sağlamlık için ön koşul olan risk faktörleri arasında yer alan savaş ve doğal afetler gibi toplumsal travmalar ile karşılaşan hemşireler, kendi koruyucu faktörleri ile afetlerin olumsuz etkilerine karşı başa çıkabilme, uyum gösterebilme yetisine sahip olmalı,
- Örgütsel bağlamda afetlerin olumsuz duygulanım ve stres faktörüne katlanabilme yetisini açıklanmasında, daha zor işleri yönetebilecek personel seçiminde psikolojik sağlamlığın ölçülmesi,
- Öğrenilen ve gelişimsel bir süreç içeren psikolojik sağlamlığın, hemşirelerin afet öncesinde psikolojik hazır oluşluğunu değerlendirmek için ölçülmesi,

düşük düzeydekilerin psikolojik sağlıklarını arttırmaya yönelik eğitim ve geliştirme programlarının yöneticiler tarafından düzenlenmesi,

- Hemşirelerin psikolojik sağlıkları ve psikolojik sağlıklarını geliştirmeye yönelik araştırmalar yapılması,

önerilmektedir.



8. KAYNAKLAR

Akyel R. Afet Yönetim Sistemi: Türk Afet Yönetiminde Karşılaşılan Sorunların Tespit ve Çözümüne İlişkin Bir Araştırma. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007, Adana.

Altıntaş K H. Afetler ve Afet Tıbbı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 2. (3. Baskı), Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2015, p: 1208.

Al Khalailah MA, Bond E, Alasad JA. Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. Int Emerg Nurs 2012; 20: 14-23.

Anameriç H. Türk Kızılayı'nın (Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti) savaş eserlerine kitap ve kütüphane hizmetleri (1912-1922). Erdem Dergisi, 2010; 58: 19-44.

Antosia RE. Defining a disaster. R.E. Antosia & J.D. Cahill (Eds.), Handbook of Bioterrorism and Disaster Medicine. New York: Springer; 2006, p:3-9.

Ayan A. ve Dönmez S. Radyolojik Nükleer Kaza ve Terör Olaylarında Tıbbi Yönetim. Ankara Eğt. Arş. Hast. Dergisi. 2018; 51: 3, 154-162

Baack S. ve Alfred D. Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. Journal of Nursing Scholarship 2013; 45: (3): 281–28

Bahadır E. Sağlıkla İlgili Fakültelerde Eğitime Başlayan Öğrencilerin Psikolojik Sağlık Düzeyleri. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Ankara.

Basım N.H. ve Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2010; 22: 1-13.

Başıoğlu M, Salcioğlu E, Livanou M. Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *J Trauma Stress* 2002; 15: (4): 269-76

Bebiş H., Özdemir S. Savaş, Terör ve Hemşirelik. *F.N. Hemşirelik Dergisi*; 2013; 21(1): 57-68

Benadusi M. Pedagogies of the unknown: Unpacking 'Culture' in disaster risk reduction education. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 2014; 22(3), 174-183.

Bonanno GA. Resilience in the face of potential trauma. *American Psychological Society*, 2005; 14(3), 135-138.

Bozbıyık A, Hancı İH, Özdemir Ç, Demirkan Ö. Nükleer Silahlar Üretimi ve Etkileri. 2001; 386-7.

Chapman K, Arbon P. Are nurses ready? Disaster preparedness in the acute setting. *Australas Emerg Nurs J*. 2008; 11: (3): 135-4

Chi Tzeng W, Pei Feng H, Tung Cheng W, et al. Readiness of hospital nurses for disaster responses in Taiwan: A cross-sectional study. *Nurse Education Today* 2016; 47: 37-42

Cole M, Feild H, Harris S. Student learning motivation and psychological hardiness: Interactive effects on students' reaction to a management class. *AMLE* 2004;3:64-85

Cretney RM. Local responses to disaster the value of community led post disaster response action in a resilience framework. *Disaster Prevention and Management*,2016; 25(1), 27-40.

Cutter SL. The landscape of disaster resilience indicators in the USA. *Natural Hazards*, 2016; 80(2), 741-758.

Çakmak H, Aydın Er R, Öz Y C, Aker T. Kocaeli ili 112 acil yardım birimlerinde çalışan personelin Marmara depreminden etkilenme ve olası afetlere hazırlık durumlarının saptanması. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2010; 2: 83-88

Çam O., Büyükbayram A. Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2017; 8: (2): 118-126

Çelik F. Türk Kızılayı'nda Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazıroluşluk Durumları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul

Demirbaş H., Sezer A., Ergun A. Afet Yönetiminde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları. *F.N. Hemşirelik Dergisi* 2013; 21: (2): 122-128

Demirkasımoğlu M. Ankara'daki Hastanelerin Afete Hazırlık Durumları. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Ankara.

Diab G M, Mabrouk S M. The effect of guidance booklet on knowledge and attitudes of nurses regarding disaster preparedness at hospitals. *Journal of Nursing Education and Practice* 2015; 5: (9):17-31

Eminağaoğlu N. Güç Koşullarda Yaşayan Sokak Çocuklarında Dayanıklılık (Sağlamlık). E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006, İzmir

Erdoğan Ö. Afet Hemşireliği Eğitimi. Öztekin SD, editör. Afet Hemşireliği. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.115-20.

Erdur Baker Ö. Müdahalelere genel bakış. In: Afetler, Krizler, Travmalar ve Psikolojik Yardım (2. baskı), Erdur Baker Ö, Doğan T (eds), Atalay Matbaacılık, Ankara, 2014:113-119

Ergünay O. Afet Yönetiminde İşbirliği ve Koordinasyonun Önemi. İçinde Kadıoğlu, M. ve Özdamar, E. (Ed.), *Afet Yönetiminin Temel İlkeleri* (1. Baskı). Ankara: JICA Türkiye Ofisi; 2005;10-15.

Ergünay O. ve Özmen B. Afet Yönetimi Açısından Van Depreminden Elde Edilen Dersler. 2. Türkiye Deprem Mühendisliği ve Sismoloji Konferansı, 2013.

Erkan E. A. Afet Yönetiminde Risk Azaltma ve Türkiye’de Yaşanan Sorunlar. Devlet Planlama Teşkilatı Uzmanlık Tezleri, Ankara, Türkiye: Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010, s:6-65

Eryılmaz M. Afet tanımı. M. Eryılmaz ve U. Dizer (Ed.), *Afet Tıbbı*. 1.Cilt. Ankara: Ünsal, 2007

Fung O W M, Loke A Y, Lai C K Y. Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *J Adv Nurs* 2008; 62: (2): 698-703

Garmezzy N. Stress, competence, and development: Continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology and the search for stress-resistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1987; 57: (2) :159-174.

Gebbie KM., and Qureshi K. Emergency and disaster preparedness: Core competencies for nurses. *American Journal of Nursing*, 2002; 102(1): 46-51

Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Grimbeek P. Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *J Adv Nurs* 2007; 59: 427–38.

Gizir CA. Academic Resilience: An Investigation of Protective Factors Contributing to the Academic Achievement of Eight Grade Students in Poverty. M.E.T.U. Institute of Social Sciences, Doctorate Thesis, Ankara, 2004

Gizir CA. Psikolojik sağamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2007; 3: 113-128

Grochtdreis T, Jong N de, Harenberg N, Görres S, Schröder-Bäck P. Nurses' roles, knowledge and experience in national disaster preparedness and emergency response: A literature review. *SEEJPH* 2016; 7: (1): 1-19

Gürġan U. Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeyine Etkisi. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2006.

Hart P. L. ve ark. Resilience in nurses: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 2014; 22: 720-734

Hinton Walker, P., Garmon Bibb, S. C., Elberson, K. L. Research issues in preparedness for mass casualty events, disaster, war, and terrorism. *The Nursing Clinics of North America*, 2005; 40(3): 551-564.

Hisar K M, Yurdakul A. Bir üniversitenin hemşirelik öğrencilerinin afetlerde sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi. MAKÜ Sağ. Bil. Enst. Derg 2015; 3: (2): 54-65

Hughes F, Grigg M, Fritsch K, Calder S. Psychosocial response in emergency situations – the nurse's role. International Nursing Review 2007; 54, 19–27.

International Council of Nurses ‘‘ICN Framework of Disaster Nursing Competencies’’, ICN 1201, Geneva, 2009: 74

International Nursing Coalition for Mass Casualty Education (INCMCE) (2003). Educational competencies for registered nurses responding to mass casualty incidents.

Işık Ö. ve ark. Afet Yönetimi ve Afet Odaklı Sağlık Hizmetleri. Okmeydanı Tıp Dergisi, 2012; 28: 82-123

Jennings-Sanders A. Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. Nurse Education in Practice 2004; 4: (11): 69–76

Ju SJ, Oh D. Relationships between nurses’ resilience, emotional labor, turnover intention, job involvement, organizational commitment and burnout. Indian Journal of Science and Technology 2016; 9: 1–5.

Kadıoğlu M., Bek Ö. Sağlık Kuruluşları İçin Afet Acil Yardım Planlama Rehberi. İstanbul, 2009, s: 12-46

Kadıoğlu M. Afet yönetimi beklenilmeyeni beklemek en kötüsünü yönetmek. İstanbul: Marmara Belediyeler Birliği, 2011

Kadioğlu H, Yurt S, Adana F, Uslu Ö. İstanbul'daki akademisyen hemşirelerin olası İstanbul depremine yönelik bireysel ve profesyonel hazırlıkları, 2.Uluslararası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 2003, s 463-467.

Kalanlar B, Kubilay G. Afet hemşireliği eğitimi ve afet öncesinde afet hemşiresinin görevleri. DEUHFED 2015; 8: 77-85

Kalanlar B., Kubilay G. Afetlerde toplum sağlığının korunmasında önemli bir kavram: afet hemşireliği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2015; 23(1): 57-65

Kalanlar B. Afetlerde hemşirelerin yaşadıkları psiko-sosyal sorunlar ve çözüme yönelik öneriler. Sağlık ve Toplum 2014; 24: 15-23

Kalanlar B. Afet hemşireliği ve yönetimi'nin hemşire öğrencilere öğretimi: Jennings'in hemşirelikte afet yönetim modeli'nin kullanılması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Doktora Tezi, 2013, Ankara

Karancı N. Doğal afetler, toplumun ruh sağlığı ve afet zararlarının azaltılmasında toplum katılımı. Toplum ve Hekim 2001; 16: (4): 290-294

Kararımk Ö. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2006; 26(3), 129-142.

Kararımk Ö. Establishing the psychometric qualities of the Connor– Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. Psychiatry research, 2010; 179(3), 350- 356.

Kılıç N. Psikolojik İlk Yardım Eğitiminin Afet Hazırlık Algısı ve Öz-Yeterliğe Etkisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri 2018

Leblebici Ö. Afetlerde kamu yönetiminin rolü ve toplum temelli afet yönetimine doğru. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2014; 7(2), 457-477.

Loke A Y, Fung O W M. Nurses' competencies in disaster nursing: implications for curriculum development and public health. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014; 11: 3289-3303

López-ibor J J. What is a Disaster. In: López-ibor J J, Christodoulou G, Maj M, Sartorius N, Okasha A (eds), *Disasters and Mental Health*, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, UK, 2005: p:1-12

Masten A. Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang ve E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1994, p:3-25

Masten A S, Narayan A J. Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Psychology* 2012; 63: 227-257

McAllister M., Resilience: A personal attribute, social process and key Professional resource for the enhancement of the nursing role. *Professioni Infermieristiche* 2013; 66: 55-62

Mccann CM, Beddoe E, McCormick K, Huggard P, et al. Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing* 2013;3: 60–81.

Mcallister M, Lowe JB. *The resilient nurse: empowering your practice*. New York, NY: Springer Publishing Company; 2011.

Mızrak S. Afetlere dirençli toplum oluşturmak için bireysel yeterlilikler, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale, 2017

Oflaz F. Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12: 70- 76

Oflaz F, Özcan C T, Taştan S ve ark. Hemşirelerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini tanıma durumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010; 1: (1): 1-6

Olchin L., Krutz A. Nurses as first responders in a mass casualty. Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses, 2012; 19:2:122-129.

Ozen S, Sir A. Frequency of PTSD in a group of search and rescue workers two months after 2003 Bingol (Turkey) earthquake. Journal of Nervous and Mental Disease 2004; 192,573-575.

Önder A, Gülay H. İlköğretim 8.sınıf öğrencilerinin psikolojik sağlamlığının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 2008;23: 192-7

Önsüz M F, Topuzoğlu A, İkişık H, Karavuruş M. Marmara depreminden altı yıl sonra Sapanca'da travma sonrası stres ve anksiyete bozukluklarının değerlendirilmesi. Yeni Symposium Journal 2009;47:(4):164-177

Özcan F. Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul

Özcan B. Anne-Babaları Boşanmış ve Anne-Babaları Birlikte Olan Lise Öğrencilerinin Yılmazlık Özellikleri ve Koruyucu Faktörler Açısından Karşılaştırılması. A.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2005, Ankara

Özey R. Afetler coğrafyası. İstanbul: Aktif Yayınevi. 2006.

Özeyranlı Ergenç M.N. ve Yazıcı Çakın O. İstanbul ili için 2000 yıllık afetlerin uluslararası sınıflandırma kriterlerine göre değerlendirilmesi. Mühendislik ve Fen Bilimleri Dergisi,2015; 33: 42-52.

Özmen B. Afet Yönetimi-1. Anadolu Üniversite Yayınları, Eskişehir 2017: 3-26

Özmen B. ve Özden A.T. Türkiye'nin Afet Yönetim Sistemine İlişkin Eleştirel Bir Değerlendirme. İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 2013; 49: 1-28.

Özmen B., Gerdan S., Ergünay O. Okullar için afet ve acil durum yönetimi planları. Elektronik Mesleki Gelişim ve Araştırmalar Dergisi, 2015; 3(1): 37-52.

Pourvakhshoori N, et al. Nursing in disasters: A review of existing models. International emergency nursing 2017;31:58-63.

Putra A, Petpichetian W, Manewat K. Public health nurses' roles and competencies in disaster management. Nurse Media Journal of Nursing 2011; 1: (1): 1-14

Ramirez ER. Resilience: a concept analysis. Nursing Forum 2007; 42: 73-82.

Reich, J.W. Three psychological principles of resilience in natural disasters. Disaster Prevention and Management, 2006; 15(5):793-798.

Sanders J, Frisch A, Wing NS. Nursing students' perceptions about disaster nursing. Disaster Management & Response 2005;3,80-85.

Shaluf I.M. Disaster types. Disaster Prevention and Management, 2007; 16(5): 704-717.

Stellman JM, Smith RP, Katz CL, Enduring mental health morbidity and social function impairment in world trade center rescue, recovery, and cleanup workers: the psychological dimension of an environmental health disaster. Environmental Health Perspectives 2008;116: 1248-1253

Şahin N. Afet Yönetimi Ve Acil Yardım Planları TMMOB İzmir Kent Sempozyumu: 2009, s:131-142

Şar V., Savaş ve Terör Yaşantılarında Travma Sonrası Stres. Okmeydanı Tıp Dergisi, 2017; 33: 114-120

Şengün H. Afet Yönetimi Sistemi ve Marmara Depremi Sonrası Yaşananlar. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi, 2007, Ankara.

Taşkıran G., Bir Kamu Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluluk Durumları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul

Taşkıran G. ve Baykal Ü., Afetler ve Türkiye’de Hemşirelerin Afetlere Hazır Olma Durumları: Literatür İnceleme. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2017; 2 (4): 79-88

Tercan B. Hemşirelerin Afetlere Karşı Hazır Olma Durumları ve Hazırlık Algıları, Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Gümüşhane

Tian Y, Wong T S, Li J, J X. Posttraumatic stress disorder and its risk factors among adolescent survivors three years after an 8.0 magnitude earthquake in China. BMC Public Health 2014; 14: 1073: 2-7

Vatan F. ve Salur D. Yönetici Hemşirelerin Hastanelerdeki Deprem Afet Planları Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; 1(3): 32-44.

Veenema TG. Disaster Nursing and Emergency Preparedness for Chemical, Biological, and Radiological Terrorism and Other Hazards. New York, NY: Springer Publishing, 2. Ed.2007

WHO, World Health Organization Emergency and disaster risk management for health. Global Platform-May 2013.

Winston B K. Nurses' Self-Perceived Knowledge and Actual Knowledge of Disaster Preparedness, Thesis Master, Mountain State University, United States 2011: 44

World Health Organization I, ICN framework of disaster nursing competencies. The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health 2009;40:57-70.

Yağcı A. Savaş, Göç ve Afetlerde Salgınlar. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007, Antalya.

Yavuz Ö. Afetler sonrası yapılan sosyal yardımlar ve hizmetler. İstanbul: İdeal Kültür, 2014

Yeşilkuş A. Afet ve Acil Durum Yönetiminde Coğrafi Bilgi Sistemi ve Kent Güvenlik Yönetim Sisteminin Yapılandırılması. İç İşleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi, Yayınlanmamış Kaymakamlık Tezi, 2011, Ankara

Yurdakul A. ve Üner S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin duygusal tepkisellik durumlarının değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2015; 14(4): 300-307

Zarea K., Beiranvand S., Sheini Jaberı, P., Nikbakht Nasrabadi, A. Disaster nursing in Iran: Challenges and opportunities. Australasian Emergency Nursing Journal, 2014; 17: 4, 190-196.

9. EKLER:

EK-1. Anket Formu

Sayın Katılımcı

Bu anket ile sizi “ Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumları ve Psikolojik Sağlamlıkları”başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Lütfen aşağıda yazılı olan soruları ve ifadeleri dikkatle okuyarak yanıtlamaya çalışınız. Katılımınız ve katkınız için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz:

1. Kadın () 2. Erkek ()

2. Lütfen yaşınızı yazınız:.....

3. Medeni durumunuz:

1. Bekâr () 2. Evli () 3. Dul veya Boşanmış()

4. Hemşirelikteki öğrenim durumunuz (en son mezun olduğunuz okul)

1. Sağlık lisesi () 2. Ön-lisans () 3. Lisans ()
4. Yüksek lisans () 5. Doktora ()

5. Çalışma süreniz:

1. 0-1yıl () 2. 2-5yıl () 3. 6-10yıl () 4. 11-15yıl () 5. 16 ve üstü ()

6. İş yerindeki şuan ki pozisyonunuz:

- 1.Servis hemşiresi () 2.Sorumlu Hemşire () 3.Yönetici Hemşire () 4.Diğer()

7. Çalıştığınız klinik:

1. Dahili Birimler () 2. Cerrahi Birimler () 3. Acil () 4. Pediatri ()
5. Kadın Doğum () 6. Psikiyatri () 7. Ameliyathane () 8. Yoğun Bakım ()
9. Poliklinikler () 10. Diğer ().....

8. Mesleğinize ilişkin duygularınızı aşağıda belirtiniz.

1. Hemşireliği severek yapıyorum ()
2. Hemşireliğin benim için en iyi meslek olduğunu düşünüyorum ()
3. Hemşireliği zorunlu hissettiğim için yapıyorum ()
4. Hemşireliği sevmiyorum ()
5. Diğer ()

9. Geçmişte olan veya devam eden ciddi bir sağlık probleminiz var mı?

1. Hayır ()
2. Evet () (Belirtiniz).....

10. Yaşantınızda ciddi bir afet durumuyla karşılaştınız mı?

1. Hayır ()
2. Evet () (lütfen yaşadığınız afet/leri yazınız).....

11. Daha önce afetzedelere bakım vermek durumunda kaldınız mı?

1. Hayır ()
2. Evet () (Belirtiniz)

12. Herhangi bir afette tanıdığımız ya da yakınınız olan birinin kaybını yaşadınız mı?

1. Hayır ()
2. Evet () (Belirtiniz).....

13. Evinizde afete hazırlık planınız var mı?

1. Hayır ()
2. Evet () (Belirtiniz)

14. Daha önce afet ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 15. soruyu atlayınız)

1. Hayır ()
2. Evet () (Eğitimi nerede aldığımızı belirtiniz).....

15. Aldığınız afet eğitimini tanımlayınız?

1. Teorik ()
2. Teorik + Uygulamalı ()

16. Afet ile ilgili herhangi bir aktivitede/ kuruluştta görev aldınız mı?

1. Hayır ()
2. Evet ()

17. Yanıtınız Evet ise; nerede ve ne kadar süre görev yaptığınızı lütfen yazınız.

Görev yeriniz:..... Görev süresiniz:.....

18. Çalıştığınız kurumun afet planından haberdar mısınız?

1. Evet, afet planını var, okudum. ()
2. Evet, afet planı var ancak henüz okumadım. ()
3. Hayır, afet planı olduğunu sanmıyorum. ()
4. Hiçbir fikrim yok. ()

19. Daha önce hiç afet tatbikatına katıldınız mı?

1. Hayır () 2. Evet ()süre önce,.....tatbikatı

**20. Aşağıdaki durumlarda hemşirelerin rolü olduğunu düşünüyor musunuz?
Lütfen işaretleyiniz.**

- | | | | |
|-------------------------|---------|----------------|---------|
| 1. Afet öncesi dönemde | Yok (1) | Fikrim yok (2) | Var (3) |
| 2. Afet sırasında | Yok (1) | Fikrim yok (2) | Var (3) |
| 3. Afet sonrası dönemde | Yok (1) | Fikrim yok (2) | Var (3) |

21. Aşağıdaki afet türlerine göre afet durumunda müdahale esnasında mesleki yetkinliğinize ne kadar güvendiğinizi değerlendiriniz.

	1. Güvenmiyorum	2. Fikrim yok	3. Güveniyorum
1. Doğal afetler (Deprem, sel vb.)			
2. Terör ya da savaşlar			
3. Tehlikeli madde kazaları			
4. Bulaşıcı hastalık salgını			

22. Aşağıdaki afet türlerinin sizi bireysel olarak ne kadar endişelendirdiğini belirtiniz.

	1. Hiç Endişelenmiyorum	2. Biraz Endişeleniyorum	3. Endişeleniyorum
1. Doğal afetler (Deprem, sel vb.)			
2. Terör ya da savaşlar			
3. Tehlikeli madde kazaları			
4. Bulaşıcı hastalık salgını			

23. Aşağıda belirtilen konu alanlarında yeterlilik durumunuzu en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.				
Mesleki Beceriler	1. Öğretilmesi gerekiyor	2. Yardımla yapabilirim	3. Yapabilirim	4. Yapabilirim ve başkalarına öğretilirim
1. Temel ilk yardım uygulamalarını yapabilirim.				
2. Afetlerde toplum sağlığının korunmasına yönelik güvenli aşı uygulamalarını sağlayabilirim.				
3. KBRN maruz kalma durumunda uygun izolasyon ve dekontaminasyon işlemlerini başlatabilirim.				
4. Yaralanmış bireyin nakil durumunu değerlendirerek, bu süreçte hasta güvenliğini sağlayacak şekilde hazırlık, bakım ve izlemi yapabilirim.				
5. Afetten etkilenen bireylerin ve afet müdahale görevlilerinin, afet sırasında veya sonrasında gösterebilecekleri psikolojik tepkileri tanıyabilir/değerlendirebilir ve müdahale edebilirim.				
6. Afetlerin olumsuz etkilerine karşı, kendinize ve başkalarına destek sağlamak amacıyla uygun baş etme stratejilerini açıklayabilirim.				

24. Bir hemşire olarak, afetlere hazırlıklı olma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? 0 ile 10 arasında size **en uygun gelen rakamı işaretleyiniz**. ‘0’ Tamamen Hazırlıksız, ‘10’ Tamamen Hazırlıklı durumu, gösterir.

···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ···· ····
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tamamen

Tamamen

HAZIRLIKSIZ

HAZIRLIKLI

EK-2. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ)

HEMŞİRELERDE AFETE HAZIRLIK ALGISI ÖLÇEĞİ						
<u>Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz. (X)</u>		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
HAZIRLIK EVRESİ	1. Afete kendimi daha hazır hissetmem için düzenli hizmet içi eğitimlerle bilgilerimi tazelemem gerekir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	2. Afete kendimi daha hazır hissetmem için düzenli tatbikatlarla bildiklerimi pekiştirmeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	3. Ülkemizde bir afet gelişmesi durumunda, hangi birimlerden (afete müdahale, arama-kurtarma, lojistik destek, bölge haberleşme birimleri vs.) destek isteyeceğimi önceden bilmeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	4. Afete hazırlık konusunda bilgilerimi sorgulamalı, bilmediklerimi öğrenmeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	5. Afet esnasında kullanılacak iletişim zincirini bilmem önemli	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	6. Afet esnasında yapılması gerekenleri öncelik sırasına göre bilmeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
MÜDAHALE EVRESİ	7. Aldığım eğitimlerin (lisans, hizmet içi eğitim vs.) afete hazır olmam için yeterli olduğunu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	8. Acil durum planı uygulama ve afet yerini boşaltma gibi prosedürleri yerine getirebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	9. Sahada (afet bölgesinde) afetzedelere triyaj uygulayabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	10. Afet durumunda afetzedelere ilk müdahaleyi yaparak bakım verebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	11. Patlayıcılarla yapılan terörist eylemlerine maruz kalan topluluklara bakım verebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	12. Biyolojik ya da kimyasal saldırılara uğrayan topluluklara bakım verebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	13. Bulaşma oranı yüksek olan salgın hastalık durumlarında bulunduğum ortamdaki kontaminasyonu önleyebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	14. Afet durumlarında doktor denetimi olmaksızın hastalara ön müdahale uygulayabilecek kadar kendime güveniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	15. Afetzedeleri kurtarma aşamasında sağlık ekibinin her bölümünde çalışabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AFET SONRASI	16. Afet sonrasında üzerime düşen rollerin bilincindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	17. Afet sonrasında afetzedelere psikolojik destek sağlayabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	18. Afetzedelerde görülebilecek Akut Stres Bozukluğu ve Post Travmatik Stres Sendromunun belirti ve bulgularını fark edebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	19. Afet sonrasında travmatik durum içerisinde olan bireylere tedavi alana kadar kendilerine yetebilmeleri için gereken eğitim verebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	20. Afet sonrasında afetzedelere sağlıklı yiyecek, içecek, barınak gibi ihtiyaçların temininde üzerime düşen görevleri yerine getirebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ek-3. Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC)

Yaş :

Cinsiyet: Kadın Erkek

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

Hiç doğru değil	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Her zaman doğru
0	1	2	3	4

1.Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	0	1	2	3	4
2.Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.	0	1	2	3	4
3.Sorunlarıma açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı/ kader yardım edebilir.	0	1	2	3	4
4.Önüme çıkan herşeyle başa çıkabilirim.	0	1	2	3	4
5.Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	0	1	2	3	4
6.Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	0	1	2	3	4
7.Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	0	1	2	3	4
8.Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	0	1	2	3	4
9.İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3	4
10.Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	0	1	2	3	4
11.Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	0	1	2	3	4
12.Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	0	1	2	3	4
13.Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.	0	1	2	3	4
14.Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	0	1	2	3	4
15.Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim işin başına geçmeyi tercih ederim.	0	1	2	3	4
16.Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.	0	1	2	3	4
17.Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	0	1	2	3	4
18.Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.	0	1	2	3	4
19.Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla başedebilirim.	0	1	2	3	4
20.Yaşamdaki sorunlarla başederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.	0	1	2	3	4
21.Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	0	1	2	3	4
22.Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
23.Zoru severim.	0	1	2	3	4
24.Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.	0	1	2	3	4
25.Başarılarımla gurur duyarım.	0	1	2	3	4

EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri

EK-4.1. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği İzni

Özlem Karairmak <ozlemkarairmak@gmail.com> 11 Ara 2018 Sal 11:33 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: ben ▾

Tekrar merhaba, afet durumu psikolojik sağlamlık için önemli bir olumsuz yaşam olayı. Teorik olarak anlamlı değişkenler bir araya gelmiş. Çalışmanız da başarılar dilerim.

10 Ara 2018 tarihinde 13:45 saatinde, Sevim Karakiş <sevim.krks@gmail.com> şunları yazdı:

...

Sevim Karakiş <sevim.krks@gmail.com> 11 Ara 2018 Sal 11:57 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: Özlem ▾

Özlem Hocam merhaba,

İzniniz için teşekkür ederim.
İyi çalışmalar diler, saygılarımı sunarım.

Özlem Karairmak <ozlemkarairmak@gmail.com>, 11 Ara 2018 Sal, 11:33 tarihinde şunu yazdı:

...

↶ Yanıtla ↷ Yönlendir

EK-4.2. Hemşirelerin Afete Hazırlık Algısı Ölçeği İzni

Hemşirelerin Afete Hazırlık Algısı Ölçeği Kullanım İzni ▶ Tez Zamanı x

Sevim Karakiş <sevim.krks@gmail.com> 4 Ara 2018 Sal 17:47 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: saimeerol ▾

Sayın Hocam Merhaba,

Ben 2013-2014 dönemi Yüksek Lisans öğrencilerinizdenim. Tez danışmanım Kamer hoca ile birlikte 'YL tezim için izniniz olursa 2013 yılında yürütmüş olduğunuz Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı konulu Feride Özcan'ın yüksek lisans tezinde oluşturulan Hemşirelerin Afetlere Hazırlık Algısı Ölçeğini araştırmamızda kullanmak istiyoruz. Saime Hocam sizin içinde uygunsa ölçeği kullanabilme konusunda izninizi rica ediyoruz.

Saygılarımla,
Sevim Karakiş
05327624974

...

Saime Erol <saimeerol@hotmail.com> 5 Ara 2018 Çar 16:44 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: ben ▾

Merhaba,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Çalışmalarınızda başarılar diliyorum

....
Doç. Dr. Saime Erol
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Halk Sağlığı Hemşireliği AD.
Gsm. 0542 257 0108

From: Sevim Karakiş <sevim.krks@gmail.com>

EK-5. Bilgilendirme Formu

“Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumları ve Psikolojik Sağlımlıkları” başlıklı tanımlayıcı türdeki çalışmaya veri toplamak amacıyla olası afet durumunda hemşirelerin hazırlık algılarını ve afetlere karşı psikolojik sağlımlıklarının belirlenmek istenmektedir. Araştırmaya katılan katılımcılara literatür taraması sonucunda oluşturulan Anket Formu, Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği ve CD-RISC Psikolojik Sağlımlık Ölçeği uygulanacaktır. Araştırmaya katılanların kimlikleri açıklanmayacak, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve onay verenler araştırmaya dahil edilecektir. Toplanan veriler sadece bu araştırma için kullanılacaktır.

Araştırmacılar Sayın Doç. Dr. Kamer GÜR ve Sevim KARAKIŞ tarafından Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı kapsamında T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı 2. Bölge Eğitim ve Araştırma Hastaneleri’nde bilimsel bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceği önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Sevim KARAKIŞ
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi
0532 762 4974

EK-6. Katılımcı Onam Formu

Yukarıda katılımcıya araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı

İmzası, Adresi (varsa telefon no)

Araştırmacının

Adı Soyadı

İmzası, Adresi (varsa telefon no)

Sevim KARAKIŞ

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi
0532 762 4974

EK-7. Etik Kurul Onayı

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:	Tarih: 16.01.2019
KONU: Etik Kurulu Kararı	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumları ve Psikolojik Sağlamlıkları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Hem. Sevim Karakiş- Doç. Dr. Kamer Gür			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
	FAZ 2	<input type="checkbox"/>			
	FAZ 3	<input type="checkbox"/>			
	FAZ 4	<input type="checkbox"/>			
	Gözetimsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>			
	Tıbbi cihaz klinik çalışması	<input type="checkbox"/>			
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>			
	İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>			
	Retrospektif	<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018/0516	Tarih: 16.01.2019	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan
İmza:

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 16.01.2019

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumları ve Psikolojik Sağlamlıkları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *			İmza
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Sıdka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		
Saliha Şahin	İşçi		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>		

*:Toplantıda Bulunma

Karar: Onaylandı Reddedildi

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan
İmza:

EK-8. Yönetim Kurulu Çalışma İzin Onayı

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ : 06.02.2019
TOPLANTI SAATİ : 14:00
TOPLANTI NO : 2019 /07

KARAR NO: 2019/07-49

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Sevim KARAKIŞ'ın, tez konusunun aşağıda belirtildiği şekilde kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.

Tez Başlığı: "Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumları ve Psikolojik Sağlamlıkları"

Cansın KALENDER
Enstitü Sekreteri



Marmara Üniversitesi
Başibüyük Kampüsü Sağlık
Bilimleri Enstitüsü 34854
Maltepe / İSTANBUL

0 (216) 418 00 69 (Faks)
0 (216) 414 44 23 / 1124

saglik.ogrnaci@marmara.edu.tr

<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için:
Nazlı YÜRÜK

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Cansın KALENDER tarafından güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://eboys.marmara.edu.tr/QR/A96A6B3CAFFA4A02>

EK-9. Kurum İzinleri



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
18/03/2019 14:11 - 16867222 - 604.01.01 - E.1152



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Sevim KARAKIŞ (Anket Çalışması)

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(Göztepe Yerleşkesi 34722 Kadıköy/İstanbul)

İlgi : a) 25/02/2019 tarihli ve 71211201-1900053238 sayılı yazı.
b) 12/03/2019 tarihli ve 54132726-771-97 sayılı yazı.
c) 12/03/2019 tarihli ve 23898784-604.01.01-79 sayılı yazı.
d) 12/03/2019 tarihli ve 54230385-604.02-63 sayılı yazı.
e) 13/03/2019 tarihli ve 62977267-772.99-87 sayılı yazı.
f) 13/03/2019 tarihli ve 17073117-773.99-152 sayılı yazı.

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Bölümü Öğrencisi Sevim KARAKIŞ " Kamu hastanelerinde çalışan hemşirlerin afetlere hazır oluşluk durumları ve psikolojik sağlamlıkları " başlıklı anket çalışmasını, Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ve Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ve Fatih Sultan Mehmet Eğitim Ve Araştırma Hastanesinin ilgi b), c), d), e) ve f) sayılı yazıları ile uygun görülmüş olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburmu-Istanbul Sağlıkın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik inzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bac0b13f-e891-49b2-9b82-2670a28acbee kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Sevim	Soyadı	KARAKIŞ
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	03.10.1986
Uyruğu	T.C.	Tel	0532 7624974
E-mail	sevim.krks@gmail.com		

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
Lisans	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik	2010
Lise	Erenköy Kız Lisesi	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	Ataşehir Memorial Hastanesi	2010-2011
Hemşire	İ.M.Ü. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012-2015
Sorumlu Hemşire	İ.M.Ü. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015-2018
Eğitim Hemşiresi	İ.M.Ü. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018- halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi

Kurs/ Sertifika/ Program/ Eğitim	Süre (Yıl - Yıl)
ERASMUS Öğrenim Hareketliliği; Yarım dönem eğitim, 31 iş günü dönem içi stajı, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia / İtalya	2009- 2010
Anadolu Üniversitesi AÖF, Sağlık Kurumları İşletmeciliği	2010- 2013
Pedagojik Formasyon Eğitim Programı Sertifikası	2015- 2016
Diksiyon Sertifikası	2016- 2017
İşaret Dili Kursu Sertifikası	2018- 2019