



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN AFETE HAZIR OLMA DURUMU  
VE HAZIRLIK ALGISI**

FERİDE ÖZCAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yard. Doç. Dr. Saime EROL

İSTANBUL-2013





TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN AFETE HAZIR OLMA DURUMU  
VE HAZIRLIK ALGISI**

FERİDE ÖZCAN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yard. Doç. Dr. Saime EROL

İSTANBUL-2013

### TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tez Sahibi : Feride Özcan  
Tez Başlığı : Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı  
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Sınav Tarihi : 28 / 08/ 2013

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

#### Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Yard. Doç. Dr. Saime Erol

#### Kurumu

Marmara Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim  
Dalı Öğretim Üyesi

#### İmza



#### Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Hatice Yıldız

Marmara Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Fakültesi  
Doğum ve Kadın Hastalıkları  
Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim  
Üyesi



Yard. Doç. Dr. Ayşe Ergün

Marmara Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Fakültesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim  
Dalı Öğretim Üyesi



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 20/08/2013 tarih ve 96. sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## **BEYAN**

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

28.08.2013

Feride ÖZCAN

## I. TEŞEKKÜR

Çalışmamda bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, değerli katkılarıyla bana rehberlik eden danışman hocam Sn. Yrd. Doç. Dr. Saime Erol'a,

Tezimin her aşamasında bilimsel ve manevi desteklerinden dolayı Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı başkanı hocam Yrd. Doç. Dr. Ayşe Ergün ve arkadaşım Arş.Gör. Ayşe Sezer'e,

Araştırmamı gerçekleştirdiğim Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan tüm hemşirelere,

Tezimin uygulama aşamasında büyük desteğini gördüğüm eşim İbrahim Özcan'a Her zaman yardımlarını esirgemeyen kardeşim Ferda Kır'a ve son olarak beni yetiştirip bugünlere gelmemi sağlayan değerli annem Sare Kır ve babam Ramazan Kır'a,

Sonsuz Teşekkür Ederim...

## **II. İÇİNDEKİLER**

<b>I. TEŞEKKÜR</b>	iii
<b>II. İÇİNDEKİLER</b>	iv
<b>III. KISALTMALAR</b>	vii
<b>IV. TABLOLAR LİSTESİ</b>	viii
<b>1. ÖZET</b>	1
<b>2. SUMMARY</b>	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	3
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	6
<b>4.1.Afet</b>	6
4.1.1.Afet Çeşitleri	6
4.1.2.Afetin Büyüklüğünü Etkileyen Etmenler	7
4.1.3.Türkiye ve Dünyada Son 20 Yılın Afet Tablosu	7
<b>4.2.Afet Yönetimi</b>	9
4.2.1.Afet Yönetimi ve Önemi	9
4.2.2.Afet Yönetimi Evreleri	9
<b>4.3.Afetlere Hazırlıklı olmak ve Hemşirelik</b>	11
4.3.1.Afetlerde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları	12
4.3.2.Afetlerde Hemşirelerin Gereksinim Duyduğu Donanımlar	14
<b>4.4.Afette Hemşirelik Algısının Önemi</b>	15
<b>4.5.Afete Hazırlık Durumu ve Hazırlık Algısının Değerlendirilmesi</b>	16
4.5.1.Afet Hazırlığı Değerlendirme Ölçeği (AHDÖ)	17
4.5.2.Acil Durum Hazırlığı Bilgi Anketi (ADHBA)	17
4.5.3.Afet Hemşireliği Algı Anketi (AHAA)	18
<b>4.6.Türkiye ve Dünyada Sağlık Profesyonellerinin Afete Hazırlığına ve Hazırlık Algısına Yönelik Araştırmalar</b>	18
<b>4.7.Türkiye ve Dünyada Afete Hazırlığına Yönelik Verilen Bazı Eğitim Programları</b>	19

<b>5. GEREÇ YÖNTEM</b>	22
5.1. Araştırmanın Amacı	22
5.2. Araştırmanın Türü	22
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	22
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
5.5. Veri Toplama Araçları	23
5.5.1. Bireysel Özellikler Formu	23
5.5.2. Hemşirelerde Afet Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ)	23
5.6. Veri Toplama Yöntemi	25
5.7. Araştırmanın Güçlükleri	25
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	25
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	26
<b>6. BULGULAR</b>	27
6.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular	27
6.2. HAHAÖ'nin Geçerlik Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	32
6.2.1. HAHAÖ'nin Geçerlik Bulguları	32
6.2.1.1. Kapsam Geçerliliği	32
6.2.1.2. Faktör Yapısı	32
6.2.2. HAHAÖ'nin Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	34
6.2.2.1. Madde Analizi	34
6.2.2.2. İç Tutarlılık	34
6.2.2.3. Zamana göre değişmezlik (test-tekrar test)	36
6.3. Bağımsız Değişkenler ile HAHAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
<b>7. TARTIŞMA</b>	49
7.1. Ölçeğin Geçerlilik Çalışması	49
7.1.1. Kapsam geçerliliği	49
7.1.2. Yapı Geçerliliği	49
7.2. Ölçeğin Güvenilirlik Çalışması	51
7.2.1. İç Tutarlılık	52

7.2.2. Zamana Göre Değişmezlik (Test-tekrar test)	52
7.3. Bağımsız Değişkenler ile HAHAÖ puan ortalamaları	53
<b>8. SONUÇLAR</b>	57
<b>9. ÖNERİLER</b>	59
<b>10. KAYNAKLAR</b>	60
<b>11. EKLER</b>	67
11.1. EK I- Katılımcı Onam Formu	68
11.2. EK II- Bireysel Özellikler Formu	69
11.3. EK III- Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği	73
11.4. EK IV-Yazar İzin Yazısı I	74
11.5. EK V-Yazar İzin Yazısı II	75
11.6. EK VI- Kurum İzin Yazısı I	76
11.7. EK VII- Kurum İzin Yazısı II	77
11.8. EK VIII- Etik Kurul Onayı	78
<b>12. ÖZGEÇMİŞ</b>	79

### **III. KISALTMALAR**

**ADHBA:** Acil Durum Hazırlığı Bilgi Anketi

**AHAA:** Afet Hemşireliği Algı Anketi

**AHDÖ:** Afet Hazırlığı Değerlendirme Ölçeği

**DNPQ :** Disaster Nursing Perception Questionnaire

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**DPET :** Disaster Preparedness Evaluation Tool

**EPIQ :** Emergency Preparedness Information Questionnaire

**HAHAÖ:** Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği

**SPSS:** Statiscal Package fort he SocialSciences

#### **IV. TABLOLAR LİSTESİ**

**Tablo 1.** Türkiye ve Dünyada Son 20 Yılın Afet Tablosu

**Tablo 2.** Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Yöntemleri

**Tablo 3.** Bireysel Özellikler

**Tablo 4.** Hemşirelerin Afetle İlgili Bilgi ve Deneyimlerine Yönelik Bireysel Özellikler

**Tablo 5.** Hemşirelerin Afetle İlgili Bilgi ve Deneyimlerine Yönelik Bireysel Özellikler (Devamı)

**Tablo 6.** Faktör Analizine Göre HAHAÖ Faktör Yapısı

**Tablo 7.** HAHAÖ Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri

**Tablo 8.** HAHAÖ Test- Tekrar Test Analizi

**Tablo 9.** HAHAÖ Puan Aralıkları

**Tablo 10.** HAHAÖ'nün Alt Boyut Puanlarının Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

**Tablo 11.** Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre HAHAÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 12.** Hemşirelerin Cinsiyete Göre HAHAÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 13.** Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre HAHAÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 14.** Hemşirelerin Çalışma Süresine Göre HAHAÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 15.** Hemşirelerin Statülerine Göre HAHAÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 16.** Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre HAHAÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 17.** Hemşirelerin Afet Deneyimine Göre HAHAÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 18.** Hemşirelerin Afet Eğitimi Alma Durumuna Göre HAHAÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 19.** Hemşirelerin Aldıkları Eğitimin Çeşidine Göre HAHAÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

**Tablo 20.** Hemşirelerin çalıştıkları kurumun afet planından haberdar olma durumuna göre HAHA alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

**Tablo 21.** Hemşirelerin afet tatbikatına katılma durumuna göre HAHA alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

## 1. ÖZET

Araştırmanın amacı, hemşirelerin afete hazırlık algısını ölçen bir ölçüm aracı geliştirmek, hemşirelerin kendilerini afete karşı ne kadar hazır hissettiklerini belirlemek ve afete hazır olma durumlarını etkileyen faktörleri tespit etmektir. Ölçek geliştirme aşamasında metodolojik, hemşirelerin afete karşı hazırlık algılarının belirlenme aşamasında tanımlayıcı araştırma tasarımı kullanıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul’da bulunan 2 tıp fakültesi hastanesinde görev yapan hemşireler oluşturdu. Örneklem için ölçekteki 20 maddenin 10 katı olan en az 200 hemşireye ulaşmak hedeflendi. Bu amaçla belirtilen iki kurumda çalışan ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan toplam 500 hemşire örneklemi oluşturdu. Çalışmaya 486’sı kadın (%97.2), 14’ü(% 2.8) erkek olan toplam 500 hemşire katıldı. Araştırmanın verileri, bireysel özellikler formu ve araştırmacı tarafından geliştirilip güvenilirlik geçerliliği test edilen Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ) ile toplandı. Güvenilirlik-geçerlilik çalışması sonucunda HAHAÖ Cronbach alpha katsayısı .90, test tekrar test güvenilirlik katsayısı .98 olarak bulundu. Genel kapsam geçerliliği indeksi %92,57 olan ölçek 20 maddeden oluştu. Faktör analizi sonucunda toplam varyansın % 60.762 ‘sini açıklayan 3 faktörlü bir yapı ortaya çıktı. Hemşirelerin %64’ü bireysel özelliklere ait formda, kendini afetlere karşı “Kısmen Hazır” olarak nitelendirdiği halde, HAHAÖ’ye göre hazırlık evresi için yüksek, müdahale ve afet sonrası evrelerinde ise orta düzeyde algıya sahip oldukları ortaya çıktı. Afet eğitimi almış hemşirelerin afete hazırlık algıları eğitim almayanlara; eğitimini teorik ve uygulamalı olarak alan hemşirelerin de yalnızca teorik alanlara göre daha yüksek algıya sahip olduğu saptandı. Tüm bu sonuçlar HAHAÖ’ nün güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğunu gösterdi.

**Anahtar Sözcükler:** Afet, afet yönetimi, algı, hazırlık, hemşirelik.

# **DISASTER PREPAREDNESS AND PERCEPTIONS OF NURSES**

## **2. SUMMARY**

The aim of the study is to develop a scale evaluating the perception of preparedness to disaster for nurses, to determine for nurses how to feel prepared for disaster and to indicate the factors effecting nurses' situation of preparedness for disaster. Whereas methodological type is used in the scale development phase, expressive study type is used in the phase of nurses' situation of preparedness and to determine their perception for disaster. The nurses who work in 2 medical academy hospitals in Istanbul constituted the population of the research among the dates the study was carried out. It was aimed to reach at least 200 nurses who are the 10 times of 20 items in scale for the sample of study. For this purpose, 500 nurses in total who are volunteered to attend the study and work in the indicated two institutions constituted the sample. 500 nurses whose 486(%97.2) were female, 14 were male(%2.8) attended to the study. The data of study was gathered by individual characteristics form and The Scale Of Perception Of Disaster Preparedness On Nurses which was developed by researcher and the validity of reliability was tested. As a result of reliability-validity study, cronbach alpha coefficient is found as .90, and test-retest reliability coefficient is found as .98. The content validity index of the scale consist of 20 items is %92.57. After factor analysis a three-factor structure that explains %60.768 of the total variance is found. Although %64 of the nurses determine themselves as "partly ready" in the form belonging to individual characteristic, according to HABAÖ, it is obvious that, they have high level perception for preparation phase, middle level perception in intervention and after-disaster phase. It was seen that the nurses who get disaster training have got higher perception than the ones who don't get; the ones who get their training theoretically and practicaly have got higher perception than the ones who only get their training theoretically. All these results show that scale of perception of disaster preparedness is a reliable and valid scale.

**Key Words: Disaster, disaster management, perception, preparedness, nursery.**

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünyada her geçen gün birçok afet yaşanmaktadır. Bir deprem ülkesi olan ülkemizde ise özellikle son yıllarda bu afetler daha da sıklaşmıştır. Fakat afetlere karşı ne derecede hazır olduğu önemli olduğu kadar göz ardı edilen bir konudur. 1999 yılı Marmara depreminde afet hazırlığının yetersizliği nedeniyle can ve mal kayıplarının ciddi boyutlara ulaşması, toplumun bu konudaki farkındalığını artırmıştır. Bu deprem sonrasında, “afet hazırlığı” kavramı ve önemi, toplum içinde daha çok yer etmiştir. Afetlerle mücadelede alınacak her bir önlemin toplumun kayıplarını büyük oranda azaltacağı görülmüş ve toplumsal eksiklerimiz çeşitli araştırmalarla tespit edilerek hızlı bir değerlendirme sürecine girilmiştir. Bu nedenle Marmara depremi, ülkemizin afetlerle mücadelesine ivme kazandıran önemli bir dönüm noktası olmuştur (Işık ve ark. 2012)

Yalnızca depremle sınırlandırılmaması gereken afet Dünya Sağlık Örgütü’ne göre; dışarıdan bir yardım ve destek gerektirecek büyüklükte, etkin ve ani ekolojik olaylardır (<http://www.who.int/hac/about/definitions/en/index.html> Erişim Tarihi: 20.05.2012).

Afet hazırlığı ise, 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). Özetle; afet hazırlığı, afetlerde can kaybı, yaralanma ve maddi hasarı en aza indirgeyebilmek ve afet sonrasındaki iyileşme sürecini hızlandırabilmek için afet öncesinde gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Bu faaliyetler toplumun her biriminin hem kendi içinde hem de birimlerin tümünün dâhil edildiği ulusal bir afet planı ile desteklenmelidir. Bu güne kadar afetlerde en çok zararı, hazırlık ve planlama yapmamış ülkeler almışlardır (Kişioğlu, 2011).

Afet planının geliştirilmesinde çeşitli sektörlerin işbirliğine (polis, itfaiye, acil kurtarma ekipleri, sağlık personelleri, sivil savunma ekipleri v.b) ve multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç vardır (Savage and Kub, 2009). Bu tür olaylara doğru tepkinin verilebilmesi için sağlık ekiplerinin gerekli eğitim ve yeterli donanımına sahip olması gerekmektedir (Hohman, 2008).

Konu ile ilgili araştırmalarda; sağlık kurumlarının büyük bir oranında, afet esnasında yararlanılacak kurumlar arası iletişim planı ve kurum içi afet tahliye planı olmadığı g r lm şt r (Amy et al. 2006, Grenberg 2002, Vatan 2010)). Mevcut planı olan kurumlarda ise, sağlık personelinin plandan haberdar olma oranı düşük olduğu için birçoğu, afet anındaki görev yeri ve sorumlulukları bilmemektedir (Kadıoğlu ve ark. 2003, Fung et al. 2008,  akmak 2010). Az sayıda sağlık kurumunda verilen afete yönelik hizmet içi eğitimlere de katılım oranı oldukça düşüktür ( akmak, 2010). Bu nedenle, gerek kişisel gerek profesyonel olarak afete hazır olması gereken sağlık personelinin yeterli donanımının olmayışı kaçınılmaz bir sonuçtur.

Afetlerde sağlık hizmetlerinin en büyük grubunu oluşturan hemşireler, afete hazır olma durumları, afet yönetimine katılımlarındaki etkin rolü ve toplumun sağlık ve refahının sürmesi için vereceği bakım ile toplumun en önemli kaynaklarındandır (Fung et al. 2008).

Ülkemiz dışındaki birçok ülke afet öncesi, afet anı ve afet sonrasında hemşirelerin aldığı önemli rollerin bilincindedir. Bu nedenle yurtdışında hemşirelerin hazırlık durumuna, algılarına ve yeterlilik düzeylerine yönelik çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Ülkemizde ise, “Hemşire” ve “afet” kavramlarının yalnızca birkaç araştırmada bir arada kullanılmış olması, hala afet hazırlığında etkili bir şekilde harekete ge ilmediğinin göstergesidir.

Yurt dışındaki bir araştırmada, hemşirelerin biyolojik-kimyasal ajanlar ve salgın hastalıklarla mücadelede, afetzedelere barınak, yiyecek, içecek gibi kaynakların teminindeki rollerde kendilerini yetersiz hissettiği tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra hemşireler, mevcut afet planını uygulamada, afetzedelere ilk müdahaleyi yapma ve bakım vermede, yönetici ve koordinatör rollerinde yeterliliklerini çok daha iyi düzeyde gördüklerini belirtmişlerdir (Al Khalailah et al. 2010).

Afetlere hazırlık konusunda hemşirelerin yalnızca bilgisinin değil, algılarının da çok önemli olduğuna dikkat çeken bir araştırmada ise, hemşirelerin büyük bir oranının afet planından haberdar olduğu halde neredeyse tümünün kendini hazır hissetmediği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle hemşireler, hizmet içi eğitim ve tatbikatların yapılması gerektiğini ifade etmiştir (Fung et al. 2008).

Bu çalışmanın amacı; hemşirelerin afete hazır olma durumu ve hazırlık algılarını değerlendirmek, kendilerini afete ne kadar hazır hissettiklerini ve hazır olma algılarını etkileyen faktörleri belirlemektir. Bu faktörlerin belirlenmesi afetle mücadelede yüksek algıya sahip hemşirelerin oluşabilmesi yolunda bir rehber oluşturacaktır. Bu amaca ulaşabilmek için yapılan literatür taramasında afetlerin yaşandığı ülkemizde hemşirelerin hazırlık algıları ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının olmadığı görölmüştür. Bu amaçlar doğrultusunda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek “Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği”ni (HAHAÖ) Türk literatürüne kazandırmak hedeflenmiştir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Afet

Afetler, birçok kurum ve kuruluşun koordineli bir biçimde görev almasını gerektiren, toplumda fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar meydana getiren, toplumun yaşantısını sekteye uğratan ve kendi başa çıkma kaynaklarını aşan olaylardır. Sık görülürler, nispeten aniden ortaya çıkarlar, mortalite ve morbiditeleri yüksek olduğu için de toplumda kolektif stres yaratırlar (Şahin ve Sipahioğlu 2002, Karancı 2006, Altıntaş 2005, International Disaster Database 2005).

Toplumumuzda afetlerin sınırları daha çok deprem, sel, fırtına gibi olaylarla çizildiği için, afet olduğu halde “afet” olarak görülmeyen birçok olay vardır. Bir olayın afet olarak nitelendirilebilmesi için, insanların yaşamını sürdürdüğü çevreyi etkileyecek büyüklükte olması gerekmektedir (<http://tr.wikipedia.org/wiki/Afet> Erişim Tarihi: 15.11.2012). Afetleri yalnızca “ beklenmedik doğal olaylar” olarak nitelendirmek ise, “ afetlerle mücadele” kavramının etkinliğini azaltmaktadır. Çünkü afetlere zamanında ve doğru müdahale edebilmek için öncelikle onları tanımak gerekmektedir.

#### 4.1.1. Afetin çeşitleri

Afetler doğal ve insan kaynaklı olmak üzere iki şekilde oluşur. Doğal afetler ani ve beklenmedik bir şekilde, doğal kaynaklı olmayan afetler ise, insanların hata, ihmal veya kasıtlı olarak zarar vermeleri sonucunda oluşabilmektedir (Hasmilller 2008, ICN 2009). Afetler dünyada birçok farklı şekilde görülebilmektedir.

*Jeolojik-jeomorfolojik afetler*(deprem, tsunami, volkanik püskürmeler, her türlü kütle hareketleri),

*Klimatik-meteorolojik afetler*(sel-taşkın, aşırı sıcaklar ve aşırı soğuklar, aşırı kar yağışları, hava kirliliği, kuraklık, etkili rüzgarlar, hortum, tornado, kasırga, yıldırım düşmesi, sis, dolu, çığ, don ve buzlanma, asit yağmurları, El Nino, buzulların erimesi, küresel ısınma ve iklim değişimleri),

*Hidrografik afetler* (akarsu taşkınları, akarsuların kirlenmesi, barajların taşması ve yıkılması, göl sularının kirlenmesi, deniz kabarmaları),

*Biyolojik afetler* (erozyon, orman yangınları, hayvanların neden olduğu salgınlar, böcek istilaları, çekirge istilaları),

*Sosyal afetler* (açlık, kıtlık, insanların toplu bulunduğu yerlerdeki büyük yangınlar, bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar, savaşlar ve soykırımlar, göçler, terör saldırıları)

*Teknolojik afetler* (maden kazaları, petrol tankeri kazaları, nükleer kazalar, endüstriyel kazalar, karayolu, demiryolu, denizyolu, havayolu ulaşımındaki kazalar, NBC silahlarının kullanılması, uzay kazaları) olarak sınıflandırılabilir (Şahin ve Sipahioğlu 2002, Özey 2006).

#### **4.1.2. Afetin büyüklüğünü etkileyen etmenler**

Bir afetin büyüklüğü genel olarak, olayın meydana getirdiği can kayıpları, yaralanmalar, yapısal hasarlar ve yol açtığı sosyal ve ekonomik kayıplarla ölçülmektedir. Oysaki afetin büyüklüğüne etki eden birçok faktör bulunmaktadır.

- Olayın fiziksel büyüklüğü,
- Olayın yoğun yerleşme alanlarına olan uzaklığı,
- Fakirlik ve az gelişmişlik,
- Hızlı nüfus artışı,
- Tehlikeli bölgelerdeki hızlı ve denetimsiz kentleşme ve endüstrileşme,
- Ormanların ve çevrenin tahribi veya yanlış kullanımı,
- Bilgisizlik ve eğitim eksikliği,
- Toplumun afet olaylarına karşı önceden alabildiği koruyucu ve önleyici önlemlerin ulaşabildiği düzey (Erkal ve Değerliyurt, 2011).

Bu faktörlerin her biri toplumun afet nedeniyle yaşayacağı kayıpların oranını doğrudan etkilemektedir. Özellikle eğitim eksikliği ve koruyucu önlemlere yönelik yapılacak uygulamalar diğer etmenlere göre daha kısa sürede sağlanabilir olduğu halde, toplumun afetlere vereceği tepkiyi güçlendireceği için verilecek kayıpları önemli ölçüde azaltacak güce sahiptir.

#### **4.1.3. Türkiye ve Dünyada son 20 yılın afet tablosu**

Dünyanın her yerinde meydana gelebilen afetler, birey, aile ve toplumları ciddi olarak etkilemektedir. Dünya Afet Raporu verilerine göre; 1993-2003 yılları arasında gerçekleşen 5402 afette 623 927 kişi hayatını kaybetmiş, 2 496 810 782 kişi ise afetlerden etkilenmiştir. Sonraki 10 yıllık grafiğe bakacak olursak, gerçekleşen 6925 afette 1 234 624 kişi hayatını kaybetmiş ve 2 684 328 923 kişi ise afetlerden etkilenmiştir (Tablo 1). Görüldüğü üzere dünyadaki afetlerde kayıplar azalmak

yerine iki katına çıkmıştır. Bu da dünyanın afetlere hazırlık, müdahale ve afet sonrası yaklaşımlarda ilerleme kaydedemediği gibi kaygıları da beraberinde getirmektedir.

Tablo 1. Türkiye ve Dünyada Son 20 Yılın Afet Tablosu (Türkiye Ulusal Afet Arşivi, Dünya Afet Raporu 2003 ve 2012)

	1993-2002		2002-2011	
	Türkiye	Dünya	Türkiye	Dünya
<b>Toplam Afet Sayısı</b>	1112	5402	2166	6925
<b>Afetlerde Ölen</b>	19 784	623 927	2449	1 234 624
<b>Toplam Kişi Sayısı</b>				
<b>Afetlerden Etkilenen</b>	1 737 012	2 496 810 782	790 834	2 684 328 923
<b>Toplam Kişi Sayısı</b>				

Ülkemizde ise, 1993-2002 yılları arasında gerçekleşen afet sayısı 1112 iken bu rakam 2002-2011 yılları arasında 2166'ya çıkmıştır. Fakat bu afetlerde ölen kişi sayısı 19 784'ten 2449'a, etkilenen kişi sayısı da 1 737 012'den 790 834'e düşmüştür (Türkiye Ulusal Afet Arşivi, Dünya Afet Raporu 2003 ve 2012). Ülkemizdeki bu sonuçlara göre de, genel önyargıların aksine afetlerle mücadele alanında ilerleme sağlayabildiğimiz görülmektedir.

Ayrıca dünyada doğal afet sayısının 2935'ten 3963'e, teknolojik afet sayısının ise 2467 'den 2962 çıktığı bildirilmektedir (Dünya Afet Raporu 2003 ve 2012).

Afetlerde çok sayıda ölümler olması ile birlikte yerel ve ulusal ciddi mali kayıplar da verilmektedir (Weenema, 2006). Ülkeler afetlere karşı donanımını artırdığı sürece bu rakamların çok daha azalacağı aşikârdır. Fakat tam donanımlı bir ülke olabilmek için öncelikle afete yönelik araştırmalar artırılarak mevcut durumları tanımlanmalı, hazır olma durumların değerlendirilmelidir. Bu araştırmaların rehberliğinde önlemler düzenlemeli ve sürekli güncellemelidirler.

## **4.2.Afet Yönetimi**

### **4.2. 1. Afet yönetimi ve önemi**

Afet yönetimi, genel bir deyimle “tehlike doğurma potansiyeline sahip belirsiz durumlarda tehlikenin azaltılması ve halkın güvenliğinin artırılması” dır (Ceber, 2005). Daha kapsamlı bir biçimde açıklanacak olursa afet yönetimi; afetlerin önlenmesi ve zararlarının yok edilmesi/azaltılması amacıyla afet öncesi ve sonrasında yapılması gereken faaliyetlerin planlanması, yönlendirilmesi, desteklenmesi, koordine edilmesi ve uygulanması için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, kaynaklarının bu ortak amaç doğrultusunda kullanımını gerektiren bir yönetim şeklidir (Şahin, 2009).

Akademik dünyada henüz yerini bulamayan afet yönetimi biliminin, toplumun afet kültürünün oluşması ve geliştirilmesini hızlandırmada önemli bir yeri vardır. Toplumda afet kültürünün gelişmesine katkı ise; nitelikli, içselleştirilebilen ve içinde bulunulan toplumun yapısına uygun hazırlanan eğitim programlarının oluşturulup yaygınlaştırılması ve sürdürülebilirliği ile mümkündür (Işık, 2012).

Afetlerin yaşanma sıklığının yüksek olması ve toplumdaki yıkıcı etkileri nedeniyle her ülkenin afet olayları karşısında uygun afet yönetimi stratejileri geliştirmesi gerekmektedir (Yamamoto 2008, Putra et al. 2011). Etkili yönetim ise, öngörülen zarar ve gereksinimler temelinde hazırlanmış, çağdaş, olağandışı duruma hazırlıklı olma planları ilkelerine uygun, etkinliği sınanmış, zaman içindeki değişikliklere ve bilimsel gelişmelere göre güncelleştirilmiş bir plan ile mümkündür (Alp, 2009). Başarılı bir afet yönetimi için afet yönetim planının açık şekilde belirlenmiş olması zorunludur (Yamamoto 2008, Putra et al. 2011).

### **4.2.2.Afet yönetiminin evreleri**

Afet yönetimi birçok çalışmada; zarar azaltma, hazırlık, müdahale, iyileştirme olmak üzere 4 aşamada ele alınmaktadır (Özmen 2005, Alp 2009, 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).

**Zarar Azaltma:** Afet tehlikesinin önlenmesi veya büyük kayıplar doğurmaması için alınması gereken tüm önlemler ve faaliyetleri içerir. Bu faaliyetler birçok kurum ve kuruluşun belirli bir hedef doğrultusunda çalışmasını gerektiren uzun vadeli

alışmalardır. 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, eēitim, tatbikat, erken uyarı sistemlerinin kurulması, acil yardım malzeme stokları, halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gibi faaliyetlerin sürekli ve sürdürülebilir olarak yrtldēu 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.

**Müdahale:** Afetin oluşundan hemen sonra başlayıp, afetin yol atıēı kayıp ve zararların byklēune baēlı olarak, gerçekleştirilen tüm faaliyetlerdir. Bu safhada yapılan faaliyetlerin ana hedefi; mümkün olan en kısa süre içinde çok sayıda insanın hayatını kurtarmak, yaralıların tedavilerini saēlamak, 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 (Kadıēlu, 2008).

**İyileştirme:** Afete uērayan 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 byklēune baēlı olarak 1-2 yıl sürebilmektedir (şahin, 2009).

Afet yönetimi, süreklilik gerektiren ve i içe geçmiş safhalardan oluşmaktadır. Özellikle zarar azaltma evresindeki uygulamalar, iyileştirme ve hazırlık evresindeki birçok konuyu içermektedir. Bu evreleri daha net sınırlarla kategorize edecek olursak, Weenema'nın 2003 yılında geliřtirdiēi 3 fazlı afet yönetiminin daha uygun olduēu görülmektedir.

- **Etki ncesi (Preimpact) faz;** gereken her türlü hazırlık faaliyetleri ve planlamalardan oluşur.
- **Etki anı (İmpact) faz;** Gerçek afet anında önceden yapılmış tüm planların devreye sokulduēu fazdır.

- **Etki sonrası (Postimpact) faz;** Afet sonrası yaralıların bakımı, durum değerlendirme ve geri dönüşüm çabalarını içerir (Deal et al. 2010).

Bu araştırmada kullanılan Hemşirelerde Afet Hazırlık Algısı ölçeğinde de afet 3 fazda ele alınmıştır.

#### **4.3.Afetlere Hazırlıklı Olmak ve Hemşirelik**

Birçok birimin işbirliği içerisinde yürütmesi gereken afet hazırlıklarında sağlık hizmetleri, toplum tarafından en fazla talep edilen ve kaliteli bir şekilde sunulması beklenen hizmetlerden biridir. Her koşulda sistemli çalışması gereken sağlık ekibinin üyesi olan hemşirelerin, bu olağanüstü durumlara hazır oluşluğu, ekibin sistemli çalışması açısından önem taşımaktadır (Savage and Kub 2009, NeSmith 2006, Sanders 2004, French et al. 2002).

Hemşirelerin afet sürecindeki rolü, büyük oranda hemşirenin tecrübesine, afet planındaki profesyonel rolüne ve kişisel hazırlığını kapsayan afet bilgisine dayanmaktadır. Liderlik, planlama, hazırlık ve afete verilecek ilk tepkiye yönelik olması gereken afet bilgilerinin güncel tutulması gerekmektedir (Hasmilller 2012, ([http:// www.astdn.org/downloadablefiles/2008](http://www.astdn.org/downloadablefiles/2008), ASTDN Bro web. pdf. Erişim Tarihi: 10.02.2013). Çünkü afetler hakkında kesin olan tek şey, değişken olduğudur. Her meydana gelişinde daha öncekilerden farklı olan ve bölgede kaos yaratan afetlerle mücadele edebilmek için, hemşirelerin yalnızca güncel bilgiye sahip olmakla kalmayıp saha çalışmaları ile pratik yapmaları gerekmektedir. Bu sayede, özellikle afete verilen ilk tepki sürecinde, her ortamda müdahalede bulunabilecek kadar esnek yapıya sahip hemşireler yetişebilecektir (Stanley et al. 2008, Hasmilller 2012)

Hemşirelerin afetle mücadelede uzmanlaşması,

- Etkili olmayan bakım stratejilerini yeniden tasarlama,
- Hemşirelik potansiyelinin doğru kullanımı,
- Olanakların temin ve kullanımında artma,
- Toplum genelinde etkili ve tutarlı bir hasta akışı gibi bir çok konuda da yarar sağlamaktadır (Powers, 2010).

Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelik müfredatlarına 1970'li yıllarda giren afet eğitimi, önce sadece afet ve hemşirelerin rollerini kapsayacak şekilde verilmiştir. 1990'lı yıllarda afet hazırlık eğitimi adı altında daha geniş kapsamlı hale getirilen

eğitimler, 11 Eylül 2001 itibariyle hemşirelik müfredatlarıyla yetinmeyerek üniversite mezunu hemşireleri isteğe göre sertifikalandırarak, afet hemşireliği kursları verilmeye başlanmıştır (Weiner et al. 2005, ICN 2009).

Amerika'daki bu gelişim sürecinden geçen afet eğitimlerini örnek alarak eğitim müfredatlarına afet hemşireliği eğitimini katan üniversiteler başta Haddasah Üniversitesi, Batı Hint Adaları Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi olmuştur. Japonya'da ise hemşire eğitim programlarının %60'ında afete yönelik hiçbir eğitim mevcut değildir (Yamamoto and Watanabe, 2006).

Bir deprem ülkesi olan ülkemizde hala hemşirelik müfredatlarında afet eğitime yer vermeyen üniversitelerimiz mevcuttur. Diğer bir yandan afet yönetimi alanını yüksek lisans düzeyine taşıyan üniversitelerimiz (Hacettepe, İstanbul Teknik ve Kocaeli Üniversitesi) de vardır.

(<http://eders.kocaeli.edu.tr/index.php/page/25>, <http://www.fbe.itu.edu.tr/Pages.aspx?app=7&pID=146>, <http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/programlar.html> Erişim Tarihi: 17.05.2013, Altıntaş 2004).

Hemşirelerin lisans müfredatlarının afete yönelik eğitimleri de kapsayacak şekilde genişletilmesi, en fazla 5-10 yıllık bir geçmişe sahip olan lisansüstü eğitimlerin de ülkemizde yaygınlaştırılması gerekmektedir.

#### **4.3.1. Afetlerde Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları**

*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, halkın afet ve afetlerden korunma yöntemlerini içeren bilgilerini değerlendirerek, kişisel afet eylem planı, ilk yardım, afetleri önleme, kaza ve enfeksiyonlardan korunma yolları konularında verilecek eğitimlere katılmalıdır.
- 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 tanılması ve triaj bilgilerini güncellemelidir (Kişioğlu, 2011)

*Afet anı ve sonrasında hemşire;*

- Afet anında kurumda ise afet planındaki görev tanımlamasının gereğini yerine getirmelidir.
- Bakım ve tedavi ihtiyaçlarını tespit ederek gerekli olabilecek ilaç ve malzeme kontrolü yapmalı ve istemde bulunmalıdır.
- Afetten etkilenen halka veya sağlık çalışanlarına psikolojik destek 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 (Kişioğlu, 2011)

Sağlık sektöründe bel kemiği olan, 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. Modern afet yönetimi, afet öncesi planlamayı ve hazırlıkları ve aynı zamanda kriz

yönetimini içermektedir. Sıklıkla bir kriz anında temel uygulamalar unutulmakta ve sistem olduğundan daha fazla karmaşa içermektedir. Bu nedenle hemşirelik yönetiminin afet anındaki planlama, örgütlenme, yönlendirme, koordinasyon ve kontrol ile ilgili yönetim fonksiyonlarının yeniden gözden geçirilerek bu temel fonksiyonları uygulamaları gerekmektedir (Middaugh 2003, Vatan 2010).

#### **4.3.2. Afetlerde hemşirelerin gereksinim duyduğu donanımlar**

Hemşirelerin eğitimleri süresince edindiği bilgiler ve kazandığı yetiler afet anında her zaman uygulamaya konulamamaktadır. Çoğu zaman mevcut bilgilerinin yeterli olduğuna inanan hemşireler, bilgilerini her zaman güncel tutmamaları nedeniyle gerekli müdahaleyi yapamamaktadır. En çok ihmal edilenler de afet anında gerekecek temel bilgilerdir.

**İlk yardım ve temel yaşam desteği:** Afetzedelere ilk dakikalarda yapılacak müdahaleler zincirini içeren ilk yardım ve temel yaşam desteği hayati önem taşımaktadır. Güncel olmayan bilgilerle yapılan her bir müdahale istenmeyen sonuçlar doğurma potansiyeline sahiptir.

**Sahada Triaaj:** Afetzedelerin, yaşamlarını tehdit eden yaralanmalarına ve beklenen yarara göre sıralanmasıdır. Triaajda amaç, yaşamın korunması, ileride olabilecek yaşam kayıplarını ve ileri yaralanmaları önlemek, kısıtlı kaynakların korunması, hastanelerde aşırı yüklenmenin önlenmesidir (Birhekimoğlu, 2012).

Ankara ili üniversite hastanelerinin acil servislerinde yapılan bir çalışmada, çalışan sağlık personelinin %83'ü gibi oldukça yüksek bir oranın triajı bilmediği belirtilmekte iken Japonya'da 823 hemşire üzerine yapılan bir çalışmada hemşirelerin %31'inin triajı bilmediği ifade edilmektedir (Özdemir ve Sarıkamış, 2006).

**Enfeksiyon Kontrolü:** Akut afet sonrasında ciddi artış gösteren bulaşıcı hastalıklar ve toplum malnütrisiyonu, afet sonrasında mortalite ve morbiditeyi artırır (Ülker, 2011). Enfeksiyon kontrolünü sağlayabilen hemşirelerin varlığı, afetzedelerin hastalıklar nedeniyle kaybını azaltacağı, enfeksiyon taşıyan kişilerin takibi ve bakımını daha kontrollü hale getirerek iyileşme sürecini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

**Çoklu Travmalarda Müdahale:** Ciddi şekilde yaralanmış bir hastanın tedavisi yaralanmaların hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve hayatı tehdit edici durumların

ortaya konulmasını gerektirir. Travmalı hastaya yaklaşımda en önemli unsur zamandır (Oktay, 2000). Hemşirelerin zaman kaybı yaşamadan doğru müdahaleleri yapması ise, uygulamalı eğitimlerle desteklenen bilgi ile gerçekleşebilmektedir.

***Post – Travmatik Durumlarda Bireylere Psikolojik Yaklaşım:*** Travmatik stres, felaket sırasında ve sonrasında maruz kalanların ve hizmeti sunmaya çalışanların işlevselliğini ve hizmetin niteliğini önemli ölçüde etkileyen, üzerinde durulması gereken önemli bir durumdur. Bu nedenle felaketler öncesinde psikolojik hazır oluşluğu sağlayacak bilgiler ve eğitimler, hizmetin sunumu sırasında işlevselliğin devamını sağlamak açısından önemlidir (Noji 1997, Oflaz 2007, Oflaz 2008).

#### **4.4. Afette Hemşirelik Algısının Önemi**

Algı, ‘gerçek’ kavramının kişilerin sahip olduğu bilgi ve yaşamış olduğu tecrübeler sonucu şekillenmesi; tüm bunları duyu organları ve hisleri ile algılayarak bir zihinsel süreçten geçirmek suretiyle yorumlamasıdır. Zaman içinde insanların yaşadıkları yeni deneyimler de bir olaya ya da duruma karşı olan bakış açılarını yani algılarının farklılaşmasına neden olabilir (Bakan ve Kefe, 2012).

Toplumumuzda afetlerde tam donanımlı olması beklenen hemşirelerde, gözden kaçan noktalardan biri de onların algılarıdır. Çünkü afet bilgisi ve algılanan afet bilgisi her zaman birebir örtüşmeyebilir. Gerçek afet bilgisi, kişinin kanıtlayabildiği ve uygulayabildiği bilgi iken; algılanan afet bilgisi ise kişinin bildiğini düşündüğü ve hissettiğidir (Winston, 2011).

Bilgi ve algının örtüşmediği birçok durum olabilmektedir. Yeterli bilgi ve donanıma sahip bir hemşire, eğer algısı düşükse, kendine olan güveninde eksiklik duyarak afetle mücadele sırasında bilgilerini uygulamakta güçlük çekebilir. Bu da zamanla yarışılan afetle mücadele için istenmeyen bir durumdur. Diğer bir yönüyle de; yeterli bilgi ve donanıma sahip olmayan bir hemşire, kendine duyduğu yüksek güven sayesinde (yüksek hazırlık algısı), yanlış müdahalelerde bulunabilir. Bu da afetzedelere yarardan çok zarar getirecek bir durumdur.

Bu nedenle, hemşirelerin afetlere karşı donanımını artırma çabaları uygulamalarla desteklenmelidir. Yanlış olan bilgilerin düzeltilerek uygulamalarla desteklenmesi, hemşirelerde gerçek bilgi ve algılanan bilgi arasındaki uyumsuzluk oranını azaltabilecek ya da ortadan kaldırılabilir.

Uygulamalı afet eğitimi ise eğitimin içeriği, veriliş süresi, veriliş şekli, birebir katılımın ve uygulamanın sağlanabilme durumu gibi birçok açıdan etkili olacak düzeyde verilmelidir. Aksi takdirde uygulamalı eğitimin kaliteli ve tam donanımlı hemşireler yetiştirilmesi için katkı sağlamak yerine, yeterince bilgilendirilmemiş ve uygulamaların içine dahil edilmek yerine daha çok gözlem yapması sağlanan hemşireler için özgüveni azaltıcı ve yeterlilik hissini baskılayan bir tablo yaratacağı düşünülmektedir. Bu nedenle ülkemizde henüz tam oturmamış olan uygulamalı afet eğitimlerinde güncel bilgi verilmesi, çarpıcı yöntemlerin kullanılması ve birebir katılımın sağlanması gerekmektedir.

Ürdün'de yapılan ve hemşirelerin afete karşı hazırlık algılarını ele alan bir araştırmada, hemşireler kendilerini daha hazır hissetmek için daha fazla eğitim ve uygulama talep etmişlerdir (Al Khalailah et al. 2010). Böylelikle bu araştırma sayesinde hemşireler kendi eksik yönlerini belirleyerek afetle mücadele hazırlıklarına yön vermiş, rehberlik etmiştir.

Ülkemizde bu mücadele için rehberlik edecek araştırmalar yok denecek kadar azdır. Özellikle hemşireleri ele alan araştırmalar ise parmakla sayılacak kadar azdır ve onlar da daha çok yönetici hemşirelere yöneliktir. Sahada en çok yer alacak kitlelerden biri olan hemşirelerin hazır olabilmesi için öncelikle mevcut durumumuzu bize kesitsel olarak gösterebilecek araştırmalara ihtiyaç vardır. Araştırmalar sayesinde eksik yönler düzeltilebilecek; doğru yönler desteklenebilecek ve geliştirilebilecektir. Bu araştırmaların varlığı aynı zamanda, gözden kaçan noktaları da bize gösterebilecektir. Unutulmamalıdır ki, ihmal edilen her bir hazırlığın toplumumuza ciddi kayıplar verme olasılığı çok yüksektir.

#### **4.5. Afete Hazırlık Durumu ve Hazırlık Algısının Değerlendirilmesi**

Hemşirelerin afete hazırlık durumu ve hazırlık algılarının belirlenmesinde yurt dışında yapılmış birçok anket ve geliştirilmiş çeşitli ölçekler mevcuttur. Bunlardan en sık kullanılanları şunlardır:

- Afet Hazırlığı Değerlendirme Ölçeği (AHDÖ)
- Afet Hemşireliği Algı Anketi (AHAA)
- Acil Durum Hazırlığı Bilgi Anketi (ADHBA)

#### **4.5.1. Afet Hazırlığı Değerlendirme Ölçeği (AHDÖ)**

Afet Hazırlığı Değerlendirme Ölçeği (Disaster Preparedness Evaluation Tool, DPET), hemşirelerin afet yönetimi konusundaki hazırlık algılarını ölçmek amacıyla 68 sorudan oluşturulmuş bir ölçektir. İki ana bölümden oluşmaktadır. İlk 47 soruluk bölüm 6'lı likert tipi sorular içermektedir. Bu 47 sorunun ilk 25'i afet öncesi evresindeki bilgi, beceri ve bireysel hazırlığı; sonraki 16 soru tepki evresindeki bilgi ve hasta yönetimi; son 6 soru ise kurtarma evresinde kişinin bilgi ve afet yönetimi konusundaki algısını ölçmektedir.

Ölçekte hemşirelerin altılı likert tipi cevaplardan birini (1-Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Biraz katılmıyorum, 4-Biraz katılıyorum, 5- Katılıyorum, 6- Kesinlikle katılıyorum) seçmeleri istenmektedir. İkinci bölüm ise, 20 demografik soru ve bir adet açık uçlu sorudan oluşmaktadır (Al Khalailah et al. 2010). AHDÖ skoru likert tipine uygun olarak 1-6 arasında değişmektedir. Puanı <3 olanlar hazırlık algıları düşük kabul edilmektedir. AHDÖ puanlamasına göre anketi cevaplayanların afet hazırlık algısı üç kategoriye ayrılmıştır. 1) Yetersiz afet hazırlık algısı (0-2.99 puan); 2) Orta düzeyde afet hazırlık algısı (3-4.99 puan); 3) Güçlü afet hazırlık algısı (5-6 puan) (Al Khalailah et al. 2010).

#### **4.5.2. Acil Durum Hazırlığı Bilgi Anketi (ADHBA)**

Acil Durum Hazırlığı Bilgi Anketi (Emergency Preparedness Information Questionnaire, EPIQ), hemşirelik öğrencilerinin afet hemşireliği konusundaki algılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 6 sorudan oluşmakta olup, öğrencilerle yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Her bir soru için 4-6 yanıt seçeneği mevcuttur.

Sorular afet hemşireliğini tanımlama; hemşirelik müfredatlarında afete hazırlık konusunun gerekli olup olmadığı, olursa ne şekilde olmasının ve ne düzeyde eğitilmesinin yararlı olacağı; afet anında hangi rolü yapabileceğini düşündüğü ve halk sağlığı hemşirelerinin afet anında üzerine düşen rollerin neler olduğu üzerine kurulmuştur. Birden fazla araştırmacının bulunması nedeniyle onların değerlendirme farklılığına yer vermemek için, her sorunun her cevabı için anahtar kelimeler oluşturulmuştur. Her bir araştırmacı, öğrencinin yanıtına göre maddelerden birini seçmektedir. Öğrenci bu kelimeleri kullandığı takdirde tüm araştırmacılar gözlemleri objektif olarak değerlendirmeye alabilmektedir (Jenning Sanders, 2005).

#### **4.5.3. Afet Hemşireliği Algı Anketi (AHAA)**

Afet Hemşireliği Algı Anketi (Disaster Nursing Perception Questionnaire, DNPQ), hemşirelerin afet hazırlık bilgisi ve afete hazırlık algısı arasındaki farkın afet planı hazırlama, acil durum hazırlığı, eğitim programı ve müfredatların düzenlenmesi açısından önemli görüldüğü için oluşturulmuştur. Çünkü afet hazırlığında yalnızca deneyimli hemşirelere değil, yeni mezun olan hemşirelere de ihtiyaç olduğu düşünülmektedir (Garbutt et al. 2008).

Toplamda 44 madde içeren AHAA; tespit, vaka yönetim sistemi, triaj, emidemioloji-gözetim, izolasyon- dekontaminasyon- karantina, iletişim, psikolojik sorunlar ve kayıt tutma olmak üzere 8 alt bölümden oluşmaktadır. Hemşirelerin her bir maddedeki konu hakkındaki bilgilerini 1-5 arasında (1- hiç bilmiyorum, 5- tamamen biliyorum) derecelendirmesi istenmektedir (Wisniewski et al. 2004).

#### **4.6. Türkiye ve Dünyada Sağlık Profesyonellerinin Afet Hazırlığına ve Hazırlık Algısına Yönelik Araştırmalar**

Los Angeles'ta yapılan bir çalışmada hastanelerin %56'sında afet tahliye planı, %84'ünde afete yönelik personel eğitimi için kurumlar arası işbirliği olmadığı belirlenmiştir (Army et al. 2006). Philadelphia' da acil birimlerinde çalışan yöneticilerin %61'i acil durumlardaki iletişim planından habersiz olduğunu saptanmıştır (Grenberg et al. 2002).

Kanada'da ki travma merkezlerini içeren bir çalışmada; merkezlerin %65'inde afet planı mevcut iken merkezdeki yöneticilerin üçte birinin plandan haberdar olmadığı, %59'unun afet durumunda ilk 72 saatte ne yapacağını bilmediği saptanmıştır (Gomez et al. 2011).

Kocaeli ili 112 Acil Yardım Birimi'nde çalışan sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmada; personelin %53'ünün afet durumunda görev yerini, %60'ının afet esnasında görevlerini bilmediği, %35'inin afetteki görev ve sorumlulukları ile ilgili düzenlenen hizmet içi eğitimlere katılmadığı saptanmıştır (Çakmak ve diğ. 2010).

İzmir ilinde 2010 yılında yapılan bir çalışmada İzmir'deki hastanelerin %78'inin afet anında hükümet ve diğer sağlık kurumlarıyla iletişim planı olmadığı belirlenmiştir (Vatan, 2010).

Hong Kong' ta 2008 yılında 164 çalışan hemşire üzerinde yaptıkları bir araştırmada hemşirelerinin afet için hazırlıklı olmadığı ortaya çıkmıştır. Yüzde

84,8'inin çalıştığı yerdeki afet planından haberdar olmasına rağmen hemşirelerin %97'si afet için kendilerinin yeterince hazırlıklı olmadığını düşünmektedir. Hemşirelerin %81,1'i afet eğitimlerinin verilmesi ve tatbikatların yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir (Fung et al. 2008).

Ürdün'de 2010 yılında 3'ü devlet 2'si üniversite hastanesi olmak üzere toplamda 5 hastanede çalışan hemşirelere uyguladıkları Afet Hazırlığı Değerlendirme Ölçeği (DPET) sayesinde, hemşirelerinin afete ne kadar hazırlıklı olduklarını ve afet algılarını ölçebilmişlerdir. 474 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada; hemşirelerin üçte ikisinin hiç afet eğitimi almadığı, %42'sinin çalıştığı hastaneye ait bir afet planı olduğundan haberdar olduğu ve afet planları olmasına rağmen %80'inin planın işleyişine güvenmediği ortaya çıkmıştır (Al Khalailah et al. 2010).

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 %50.65 gibi düşük bir oranda olduğu saptanmıştır (Winston, 2011).

Başka bir çalışmaya göre de, İstanbul'daki akademisyen hemşirelerin %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 diğ. 2003).

#### **4.7. Türkiye ve Dünyada Afet Hazırlığına Yönelik Eğitim Programları**

Bir afetin tıbbi etkilerinin yönetimi; özgün bir bilgi birikimi, planlama ve organize etme yeteneği, zor çevre koşullarında yüksek kalitede sağlık hizmeti sunma becerisi gerektirir. Afetlerde, tıbbi yanıtı güçleştiren ve tekrarlayan birçok sorun, ilgili personelin yetersiz öğrenim ve eğitime sahip olması, afet tıbbi planlarının, işlemlerinin ve protokollerinin iyi anlaşılabilmesi, beceri yetersizliği ve tecrübe eksikliğinden kaynaklanmaktadır (Altıntaş, 2004).

Afetlerde görev yapacak hemşirelerin eğitimleri, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim olarak ikiye ayrılabilir. Hemşirelerle birlikte birçok sağlık meslek gruplarına mezuniyet öncesinde verilen eğitimin temel hedefi, öğrenciye konu ile ilgili temel bilgi, tutum ve davranışları (becerileri) kazandırmak olmalıdır. Mezuniyet sonrası eğitim; hizmet içi eğitim, uzmanlık, yan dal uzmanlığı, yüksek lisans ve doktora eğitimleri şeklinde yürütülebilir. Hizmet içi eğitimlerde amaç, personelin ilgili

alandaki eksikliğini gidermek veya yeni planlara, işlemlere (uygulamalara), protokollere vb. uyumunu sağlamaktır (Altıntaş, 2004).

Afet yönetimi dünyada artık bir bilim dalı olmasına rağmen, ülkemizde henüz birkaç üniversite dışında akademik kurumlar içinde yeterince yaygınlaşmamıştır.

*“Afetlerde sağlık yönetimi” yüksek lisans programı:* Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü’ne bağlı Türkiye’de alanında açılan ilk programdır. Eylül 2003 tarihinde resmen açılmıştır. Süresi iki yıldır ve tezlidir. Sağlıkla ilgili dört yıllık ve üstü okullardan mezun olanlar başvurabilmektedir

(<http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/programlar.html> Erişim Tarihi: 17.05.2013, Altıntaş 2004).

*“Tıbbi acil durum yönetimi ve afet tıbbı” yüksek lisans programı:* Kocaeli Üniversitesi’nin Sağlık bilimleri Enstitüsü bünyesinde 2013 yılı bahar döneminde başlatılan bir programdır (<http://eders.kocaeli.edu.tr/index.php/page/25> Erişim Tarihi: 17.05.2013).

*“Afet Yönetimi” tezsiz yüksek lisans programı (ikinci öğretim):* İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü bünyesinde 2002 yılı itibariyle verilmeye başlanmış bir programdır (<http://www.fbe.itu.edu.tr/Pages.aspx?app=7&pID=146> Erişim Tarihi: 20.03.2013).

*Avrupa afet tıbbi master programı (The European master in disaster medicine):* Bir akademik yıl süren, tezli yüksek lisans programıdır. İnternet ve “web” sitesinden öğretim, kurs dönemi, tez dönemi ve internette sınav dönemlerinden oluşmaktadır (Debacker, 2003).

*Dünya Sağlık Örgütü uluslararası diploma kursu (WHO international diploma course):* Sağlık yöneticilerine yönelik bir kurstur. İncinmeyi azaltmayı ve acile hazırlığı öğretmeyi amaçlamaktadır. Acil planlama, afet tıbbı, epidemiyoloji-tehlikeli maddeler-biyoterör, halk sağlığı ve kentsel arama-kurtarma olmak üzere beş modülden oluşur (Dubouloz, 2003).

*Büyük olay tıbbi yönetim ve destek kursu (Major incident medical management and support course):* Bu kurs; komuta ve kontrol, güvenlik (kendi/yaralı/olay yeri güvenliği), haberleşme, değerlendirme, triyaj, tedavi ve nakil konularında üç günlük bir eğitimidir. İngiltere’de geliştirilmiştir (Hodgetts, 2003).

*“Emergotrain” sistemi (The emergotrain system):* Bir eğitim aracıdır, kurs değildir. Hem interaktif eğitim yapılmasına hem de afete hazırlığın test edilmesine olanak verir. Manyetik semboller ve farklı senaryolar kullanılarak masa başı afet tatbikatları gerçekleştirilir. Sınıf modeli ve ileri interaktif modeli mevcuttur (Lenquist, 2003)

*Kalabalık toplumlarda sağlık acilleri (Health emergencies in large populations):* Üç haftalık bir kurstur. Mültecilerin, yerinden edilmiş insanların ve afetler ile çatışmalardan etkilenenlerin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağını öğretir ([http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-refugee-and-disaster-response/education\\_training/help/](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/center-for-refugee-and-disaster-response/education_training/help/) Erişim Tarihi: 20.03.2013).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1 . Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı; hemşirelerin afete hazır olma durumu ve hazırlık algılarını değerlendirmek, kendilerini afete ne kadar hazır hissettiklerini ve hazır olma algılarını etkileyen faktörleri belirlemektir. Bu faktörlerin belirlenmesi, afetle mücadelede yüksek algıya sahip hemşirelerin oluşabilmesi yolunda bir rehber oluşturacaktır. Bu amaca ulaşabilmek için yapılan literatür taramasında afetlerin yaşandığı ülkemizde hemşirelerin hazırlık algıları ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının olmadığı görülmüştür. Bu amaç doğrultusunda “Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği” isimli geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek (HAHAÖ) ve Türk literatürüne kazandırmak hedeflenmiştir.

### **5.2 . Araştırmanın Türü**

Araştırma ölçek geliştirme boyutu ile metodolojik, hemşirelerin afete hazır olma durumları, hazırlık algıları ve etkileyen faktörleri belirleme boyutu ile tanımlayıcı (n sayısı bulma örneklem yöntemi) tasarımıyla yürütülmüştür.

### **5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih**

Araştırma İstanbul ilinde biri Avrupa diğeri Anadolu yakasında bulunan iki tıp fakültesi hastanesinde yürütüldü. İstanbul’un Avrupa yakasında yer alan 967 hemşirenin çalıştığı hastane A hastanesi, Anadolu yakasında 364 hemşirenin çalıştığı hastane B hastanesi olarak kategorize edildi. Hastaneler devlete bağlı eğitim araştırma hastaneleridir.

Araştırmanın verileri 15 Kasım – 31 Aralık 2012 tarihleri arasında toplandı.

### **5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; İstanbul ilinde biri Avrupa diğeri Anadolu yakasında bulunan iki tıp fakültesi hastanesinde çalışan 1331 hemşire oluşturdu.

Çalışmanın örnekleme metodolojik araştırmalar için önerilen örneklem büyüklüğü ölçek madde sayısının 5-10 kat fazlası olması gerektiğinden yola çıkarak 20 maddenin 10 katı olan en az 200 hemşireye ulaşmak hedeflendi (Yurdağül 2005, Şencan 2005). 200 kişi araştırma için yeterli olduğu halde, araştırmacının isteği üzerine daha fazla hemşireye yer verildi. Belirtilen iki kurumda çalışan ve araştırmaya katılmak için gönüllü olan toplam 500 hemşireye ulaşıldığında örneklem alımı durduruldu.

	Toplam Hemşire Sayısı	Anket Uygulanan Hemşire Sayısı
A Hastanesi	364	250
B Hastanesi	967	250

### 5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, bireysel özellikler formu ve hemşirelerde afete hazırlık algısı ölçeği ile toplandı.

#### 5.5.1. Bireysel özellikler formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 21 sorudan oluşan bir formdur (Laye 2002, Al Khalailah ve ark. 2010, Fung ve ark. 2008, J.Sanders 2005, Garbutt et al. 2008). Bu formdaki soruların 13 tanesi çoktan seçmeli, 6 tanesi evet/hayır ve 2 tanesi de açık uçludur. Aynı zamanda bu formla hemşirelerin hazırlık algılarını etkileyebilecek faktörler (afet eğitimi alma durumu, afet planını okuma durumu gibi) de belirlenebilmektedir.

Araştırmanın tanımlayıcı boyutunun bağımlı değişkeni; hemşirelerin HAAÖ'den aldıkları puanlar, bağımsız değişkenleri ise; bireysel özellikler, hemşirelerin afet eğitimi alma, hastane afet planlarından haberdar olma durumu, afette gerekli olabilecek bilgilerden hangilerine ihtiyaç duydukları, afet anında hemşirelerin hangi rollere sahip oldukları ile ilgili çoktan seçmeli 21 sorudur (Ek II).

#### 5.5.2. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAAÖ)

Ölçek, hemşirelerin afete karşı kendilerini ne kadar hazır hissettiklerini belirlemek amacıyla geliştirildi. Araştırmacı tarafından yapılan literatür taramasında sonucunda ülkemizde, hemşirelerin kendilerini afete ne kadar hazır hissettiklerini değerlendirecek bir ölçüm aracının olmadığı tespit edildi. Afetlerin yaşandığı bir ülkede çalışan hemşirelerin afete hazırlıklı olmaları ve kendilerini afete hazır hissetmeleri gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin afete hazırlık algılarının ve kendilerini hangi boyutlarda hazırlıksız hissettiklerinin belirlenmesi gerekmektedir. Böylece gereken hazırlıkların tamamlanması mümkün olabilecektir.

Hemşirelerde afet hazırlık algısı ölçeği (HAAÖ)'nin geliştirilmesi aşamasında literatür bilgileri tarandı (Laye 2002, Al Khalailah ve ark. 2010, Fung ve ark. 2008, J.Sanders 2005, Garbutt et al. 2008). Yurt dışında, Fung ve arkadaşlarının (2008)

Hong Kong'taki hemşireler için geliştirdiği anket ( $\alpha = 0.94$ ) ve Bond ve arkadaşlarının (2007) geliştirdiği AHDÖ ( $\alpha = 0.90$ ) gibi geçerlilik – güvenilirlik oranları yüksek olan ölçeklerden yararlanıldı. Ölçeklerden yararlanmak için araştırmacılardan izin alındı.

Ülkemizde hemşirelerin afete hazırlık durumuna yönelik bir araştırma olmadığı için bu konudaki ilk ölçek olacak olan HAHÖ maddeleri literatürden yararlanarak araştırmacı ve danışmanın bilgileri doğrultusunda hazırlandı. Öncelikle 35 maddeden oluşan taslak ölçek, 10 hemşireden görüş ve önerileri alınarak 30 maddeye düşürüldü. Oluşan yeni madde havuzundaki sorular Türkçe dil uzmanı görüşüne sunuldu. Öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak ölçekte yer almasına karar verilen 24 maddeli ölçek oluşturuldu. Taslak ölçek kapsam geçerliliği için 6 uzmana gönderildi. Kapsam Geçerliliği İndeksi için (KGI) (Content Validity Index=CVI) ile 6 uzmandan görüş alındı. Uzmanlar her bir ölçek maddesini “ilişki, basitlik, açıklık, anlaşılabilirlik” açısından 1-4 puan arasında değerlendirdi (1=konu ile ilişkili değil, 4=konu ile ilişkili; 1= basit değil; 4=çok basit; 1= açık değil; 4=çok açık, 1=anlaşılır değil; 4=oldukça anlaşılır). Uzmanların görüşleri doğrultusunda bazı ölçek maddelerinde küçük düzeltmeler yapıldı. Oluşturulan ölçeğin son hali ile 20 hemşireye pilot çalışma yapıldı. Herhangi bir sorun çıkmadığına karar verilerek 500 hemşire ile araştırmanın verileri tamamlandı. HAHÖ' nin geçerlik güvenilirlik ölçümleri sırasında 4 madde ölçeğin iç tutarlılığını olumsuz etkilediği ve güvenilirliği düşürdüğü tespit edilerek ölçekten çıkarıldı. Böylece ölçeğin madde sayısı 20'ye düştü.

Ölçek 3 başlık altında ele alınmıştır:

- Hazırlık evresi (1-6. sorular)
- Müdahale evresi (7- 15. sorular)
- Afet sonrası evresi (16- 20. sorular)

Literatür doğrultusunda ölçeğin maddeleri beşli likert tipi (1-Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3-Kısmen katılıyorum, 4-Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum) şekilde düzenlendi. Ölçekten alınan puan arttıkça afet hazırlık algısı da artmaktadır (Ek III).

### **5.6. Veri Toplama Yöntemi**

Veriler anket uygulama yöntemi ile hastanelerin bölüm başhemşireleriyle işbirliği içerisinde ve onların kontrolünde toplandı. Verilerin toplanmasından 2 hafta sonra 500 kişilik evrenin 100 kişisinden (Hastane A: 50, Hastane B:50) test-tekrar test yöntemi ile yeniden veri toplandı. Ölçümün doğru yapılabilmesi için, bu 100 kişi ilk veri toplandığında anket ve ölçeği tam dolduran kişiler arasından seçildi.

### **5.7. Araştırmanın Güçlülükleri**

Araştırmanın başlangıcında, yurt dışında geçerlilik- güvenilirliği yapılmış bir hazırlık algısı ölçeğini Türk dili ve kültürüne uyarlamak istendi. Bu amaçla ölçeği geliştiren Olivia W.M. Fung ve Renea Beckstrand'den mail yoluyla izin alındı. Fakat Renea Beckstrand'in gönderdiği Afet Hazırlığı Değerlendirme Ölçeği (Disaster Preparedness Evaluation Tool ,DPET) 'ni Türkçe'ye uyarlarken yapılan ön çalışma esnasında çok fazla değişiklik gerektiği ve ölçeğin orijinalliğinin etkileneceği görüldü. Bu süreçte araştırma zaman kaybına uğradı. Bu nedenle bu ölçeklerden de yararlanarak yeni bir ölçek geliştirilmesine karar verildi.

### **5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sınırlılık, araştırmanın evreni ile ilgilidir. Araştırmanın izinleri İstanbul ilindeki 5 hastanede çalışan hemşirelere yapılmak üzere alınmıştır. Fakat araştırmanın uygulama sürecinde araştırmacının görev yerinin Kıbrıs'a alınması nedeniyle ulaşım sıkıntısı doğmuştur. Ayrıca iki hastaneden sağlanan 500 örneklem sayısı metodolojik araştırmalarda önerilen ölçek madde sayısının olan 20'nin 10 katını karşılamada yeterli bulundu. Bu nedenle araştırma planlandığı gibi 5 hastanede değil, 2 hastanede yapıldı.

### **5.9.Verilerin Değerlendirilmesi**

Veri girişi ve değerlendirilmesi Statistical Package For Social Science (SPSS) version 16.0 programı ile yapıldı. Hemşirelerin bireysel özellikleri yüzdeler, sayılar, ortalamalar ile sunuldu. Hazırlık algısını etkileyen bağımsız değişkenler ile ölçek puan ortalaması arasındaki farkları belirlemek için İndependet Samples t testi, One-way anova, Mann-Whitney U testi, Kruskall Wallis analizi, Pearson ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına yönelik yapılan istatistiksel analizler tablo 2'de sunuldu.

Tablo 2. Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Yöntemleri

<b>Geçerlik – Güvenirlik Çalışması</b>	
<b>Geçerlik Çalışması</b>	
Kapsam Geçerliği	Kapsam geçerliği oranı
Yapı geçerliği	Açıklayıcı Faktör Analizi
<b>Güvenirlik Çalışması</b>	
Ölçek iç tutarlığı	Madde analizi, Cronbach alfa katsayısı
Zamana karşı değişmezlik	Test-tekrar test
<b>Benzer Ölçek Geçerliği</b>	Pearson Korelasyon Analizi

#### 5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyuldu. Bu doğrultuda araştırmada aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde bulunduruldu.

Çalışmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi bölüm başhemşirelerine çalışmanın amacı hem sözlü hem de bilgilendirme formu ile açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul edenler formu doldurdu.

“Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği”ni geliştirirken ölçek ve anketlerinden yararlanılan Olivia W.M. Fung ve Elaine Bond’ tan mail yoluyla izin alındı (Ek IV, Ek V). Araştırma öncesinde hastanelerden yazılı izin alındı (Ek VI, Ek VII). Marmara Üniversitesi Etik Kurulundan etik izin alındı (Ek VIII). Veri toplama aşamasında katılımcılar araştırmanın amacı ile ilgili onam formu ile (Ek I) bilgilendirildi, sözel ve yazılı onamları alındı.

## 6. BULGULAR

Bulgular üç başlık halinde ele alınmıştır.

- Bireysel özelliklere ilişkin bulgular,
- Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliğine ilişkin bulgular
- Bağımsız değişkenler ile HAAÖ puan ortalamaları bulgularının karşılaştırılması

### 6.1. Bireysel Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin %50'si A hastanesinde, %50'sini B hastanesinde çalışıyordu. Tüm katılımcıların %97.2'sini kadın hemşireler oluşturdu. Hemşirelerin %24.4'ü 31-35 yaş grubunda, %3.2'si 50 yaş üstüdür (Tablo 3).

Katılımcıların %65.6'sının lisans mezunu olduğu, %28.6'sının 1-5 yıl arasında görev yaptığı, %47'sinin cerrahi bölümlerde çalıştığı saptandı. Daha çok servis hemşiresi olarak (%47.6) görev yapan hemşirelerin 1.8'inin eğitim hemşiresi olduğu tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 3. Bireysel Özellikler (n=500)

Değişkenler	Alt Değişkenler	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Grup</b>	Hastane A	250	50.0
	Hastane B	250	50.0
<b>Yaş</b>	18-25 Yaş	72	14.4
	26-30 Yaş	115	23.0
	31-35 Yaş	122	24.4
	36-40 Yaş	100	20.0
	41-45 Yaş	52	10.4
	46-50 Yaş	23	4.6
	50 Yaş üstü	16	3.2
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	486	97.2
	Erkek	14	2.8
<b>Eğitim Düzeyi</b>	Lise	16	3.2
	Ön Lisans	54	10.8
	Lisans	328	65.6
	Yüksek Lisans	99	19.8
	Doktora	3	0.6
<b>Çalışma Yılı</b>	1 Yılda Az	21	4.2
	1-5 Yıl	143	28.6
	6-10 Yıl	94	18.8
	11-15 Yıl	91	18.2
	16-20 Yıl	84	16.8
	20 Yılda Fazla	67	13.4
<b>Çalışma Alanı</b>	Dahili Bölüm	164	32.8
	Cerrahi Bölüm	235	47.0
	Anestezi Ve Reanimasyon Bölümü	39	7.8
	Acil Bölümü	36	7.2
	Diğer (Biyokimya, Enfeksiyon Kontrol Komitesi gibi küçük bölümler)	26	5.2
<b>Statü</b>	Stajyer Hemşire (Yeni mezun olmuş)	22	4.4
	Servis Hemşiresi	238	47.6
	Yoğun Bakım Hemşiresi	74	14.8
	Ameliyathane Hemşiresi	25	5.0
	Eğitim Hemşiresi	9	1.8
	Başhemşire	28	5.6
	Poliklinik Hemşiresi	47	9.4
	Diğer (Biyokimya hemşiresi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi hemşiresi gibi)	57	11.4

Tablo 4. Hemşirelerin Afetle İlgili Bilgi ve Deneyimlerine Yönelik Bireysel Özellikleri (n= 500)

Değişkenler	Alt Değişkenler	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Afetin tanımı*</b>	Deprem, Sel, Kasırga Gibi Doğal Felaketler	158	31.6
	Biyolojik, Kimyasal Ya Da Patlayıcı Ajanlarla Yapılan Terörist Eylemleri	93	18.6
	Elektrik Ya Da Nükleer Santrallerde Olabilecek Kazalar	72	14,4
	Kuş Gribi Gibi Bulaşma Oranı Çok Yüksek Olan Hastalıkların Salgını	49	9.8
	Hepsi	372	74.4
<b>Afet Eğitimi Alma Durumu</b>	Evet	312	62.4
	Hayır	188	37.6
<b>Afet Eğitimi Türü</b>	Teorik	176	56.4
	Teorik + Uygulamalı	136	43.6
<b>Afet Eğitimi Süresi</b>	2-4 Saat	160	51.3
	1-2 Gün	73	23.4
	1 Hafta	29	9.3
	1 Haftadan Fazla	50	16.0
<b>Afet Deneyimi</b>	Evet	251	50.2
	Hayır	249	49.8
<b>Afetzedelere Bakım Verme Durumu</b>	Evet	112	45.9
	Hayır	132	54.1
<b>Hastanede Afet Planı Olma Durumu</b>	Evet	307	61.4
	Hayır	23	4.6
	Emin Değilim	170	34.0
<b>Afet Planını Okuma Durumu</b>	Evet	216	70.4
	Hayır	91	29.6
<b>Afet Tatbikatına Katılma Durumu</b>	Evet	198	39.6
	Hayır	302	60.4
<b>Afet Anında Hemşirenin Rollerini*</b>	Bakım Verici	462	92.4
	Koordinatör	379	75.8
	Eğitimci	337	67.4
	Danışman	304	60.8
	Yönetici	272	54.4
	Diğer (Savunucu, düzenleyici gibi roller)	26	5.2

\* “Afet tanımı” ve “Afet anında hemşirelerin rolleri” tablosunda satır yüzdesi, diğerlerinde sütun yüzdesi kullanılmıştır.

Deprem, sel, kasirga gibi doğal felaketler, biyolojik, kimyasal ya da patlayıcı ajanlarla yapılan terörist eylemleri, elektrik ya da nükleer santrallerde olabilecek kazalar ve kuş gribi gibi bulaşma oranı çok yüksek olan hastalıkların salgınlarının tümünü içeren afet kavramına hemşirelerin %90.2' sinin bulaşıcı hastalıkları % 85.6'sının da santrallerde olabilecek kazaları dahil etmediği görüldü (Tablo 4).

Katılımcı hemşirelerin %62.4'ünün afet eğitimi aldığı, bu kişilerin de %56.4'ünün eğitimini teorik olarak aldığını saptandı. Eğitim alan hemşirelerin %51.3'ünün bu eğitimi 2-4 saatlik olarak aldığı tespit edildi. Afete yönelik eğitimlerde hemşirelerin en çok ihtiyaç duyduğu konuların çoklu travmalarda müdahale (%69), sahada triaj (%65) olduğu saptandı. Hemşirelerin afetteki rollerini ise daha çok bakım verici (%92.4), koordinatör (%75.8) ve eğitimci (%67.4) olarak gördüğü tespit edildi (Tablo 4).

Hemşirelerin %61.4'ü hastanede afet planından haberdar olduğunu ifade ederken, bunların yalnızca %70.4'ü bu planı okuduğunu belirtti. Çalışmaya katılan bu hemşirelerin yalnızca %39.6'sının çalışma hayatı süresince afet tatbikatına katıldığı belirlendi (Tablo 4). Hemşirelerin %59,4'lik bir oranı afet anında hastane afet planı protokolünü izlemeyi tercih ederken, %11.6'sı ise afet anında mümkün olan en kısa sürede kaçmayı tercih edeceği tespit edildi (Tablo 5).

Hemşirelerin %50.2 afet deneyimi yaşadığını ve bu deneyimi olanların %45.9'unun afet anında bakım vermek durumunda kaldığı saptandı. Ayrıca hemşireler kendilerini afetlere karşı %64 ile "Kısmen Hazır" olarak nitelendirirken, ülkemizi ise %58.2 gibi büyük bir oranda hiç hazır değil olarak değerlendirdi (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelerin Afetle İlgili Bilgi ve Deneyimlerine Yönelik Bireysel Özellikleri (Devamı) (n= 500)

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Afet Anında Öncelik</b>	Mümkün Olan En Kısa Sürede Kaçmak	58	11.6
	Mümkün Olduğu Kadar Çok Hastayı Tahliye Etmek	93	18.6
	Bulunduğum Bölümün Yetkilisinin Direktiflerini Uygulamak	46	9.2
	Afet Yönetimi İçin Hazırlanan Hastane Afet Planı Protokolünü İzlemek	297	59.4
	Diğer	6	1.2
<b>Afetlere Karşı Hazır Olma Derecesi</b>	Hiç Hazır Değil	121	24.2
	Kısmen Hazır	320	64.0
	Tamamen Hazır	59	11.8
<b>Ülkenin Afetlere Karşı Hazır Olma Derecesi</b>	Hiç Hazır Değil	291	58.2
	Kısmen Hazır	209	41.8
<b>Eğitime İhtiyaç Duyulan Konular</b>			
İlk Yardım	Evet	290	58.0
	Hayır	210	42.0
Sahada Triaaj	Evet	325	65.0
	Hayır	175	35.0
Temel Yaşam Desteği	Evet	264	52.8
	Hayır	236	47.2
Kardiyovasküler Yaşam Desteği	Evet	247	49.4
	Hayır	253	50.6
Enfeksiyon Kontrolü	Evet	171	34.2
	Hayır	329	65.8
Çoklu Travmalarda Müdahale	Evet	345	69.0
	Hayır	155	31.0
Post Travmatik Durumlarda Bireylere Psikolojik Yaklaşım	Evet	224	44.8
	Hayır	276	55.2
Hiçbirinin Gerekli Olduğunu Düşünmüyorum	Evet	51	10.2
	Hayır	449	89.8
Diğer (Mevcut kaynakların kullanımı gibi konular)	Evet	26	5.2
	Hayır	474	94.8

## **6.2. HAHAÖ'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulgular**

### **6.2.1. HAHAÖ'nin geçerlik bulguları**

#### **6.2.1.1. Kapsam geçerliliği**

Kapsam geçerliliğini belirlemek için alınan uzman görüşleri hem madde düzeyinde hem de ölçek düzeyinde değerlendirildi.

Ölçek maddelerinin konu ile ilişkisi madde düzeyinde 4 üzerinden 3.81, ölçek düzeyinde ise %95.48,

Ölçek maddelerinin açıklığı madde düzeyinde 4 üzerinden 3.76, ölçek düzeyinde %94.09,

Ölçek maddelerinin basitliği madde düzeyinde 4 üzerinden 3.38, ölçek düzeyinde %84.72,

Ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği madde düzeyinde 4 üzerinden 3.84, ölçek düzeyinde %96, Genel KGİ ise %92.57 olarak bulundu.

Kapsam geçerliliği için elde edilen bu bulgularla 3 maddede düzeltmeler yapıldı.

#### **6.2.1.2. Faktör yapısı**

HAHAÖ'nin yapı geçerliliğini ortaya koymak için açıklayıcı(açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulandı. Yapılan test sonucunda ( $KMO=0.893>0,60$ ) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edildi. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %60.762 olan 3 faktör altında toplandı.

HAHAÖ'nin faktör analizi değerlendirilmesinde öz değeri birden büyük faktörlerin ele alınmasına, değişkenlerin faktör içerisindeki ağırlığını gösteren faktör yüklerinin yüksek olmasına, aynı değişken için faktör yüklerinin birbirine yakın olmamasına dikkat edildi. Ölçeği oluşturan faktörlerin güvenilirlik katsayıları ve açıklanan varyans oranlarının yüksek olması ölçeğin güçlü bir faktör yapısına sahip olduğunu gösterdi. Birinci faktörde yer alan maddeler hazırlık evresi olarak ele alındı. Hemşirelerin afet öncesinde bilmesi gereken noktaları ve bunlara yönelik algılarını kapsayan hazırlık evresi faktörünü oluşturan 6 maddenin güvenilirliği

Cronbach alpha= 0.872 olarak, açıklanan varyans değeri %19.668 olarak saptandı. İkinci faktörde yer alan maddeler müdahale evresi olarak ele alındı. Hemşirelerin bir afet geliştiği sırada onunla başa çıkabilme durumu ve algısını kapsayan müdahale evresi faktörünü oluşturan 9 maddenin güvenilirliği alpha= 0.889 olarak, açıklanan varyans değeri %24.167 olarak saptandı. Üçüncü faktörde yer alan maddeler afet sonrası evresi olarak ele alındı. Hemşirelerin afet sonrasında bireyleri mental ve psikolojik anlamda normal hayatına geri döndürme çabalarına yönelik algılarını içeren afet sonrası evresi faktörünü oluşturan 5 maddenin güvenilirliği alpha= 0.877 olarak, açıklanan varyans değeri %16.927 olarak saptandı. Ölçekteki faktörlerin puanları hesaplanırken faktördeki maddelerin değerleri toplandıktan sonra madde sayısına bölünerek (aritmetik ortalama) faktör puanları elde edildi (Tablo 6).

Tablo 6. Faktör Analizine Göre HAHAÖ Faktör Yapısı

Ölçek Evreleri	Madde	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	Cronbach's Alpha
Hazırlık Evresi (Özdeğer=3.267)	Hahaö1	0.768	19 668	0.872
	Hahaö2	0.754		
	Hahaö3	0.805		
	Hahaö4	0.836		
	Hahaö5	0.776		
	Hahaö6	0.678		
Müdahale Evresi (Özdeğer=7.507)	Hahaö7	0.418	24 167	0.889
	Hahaö8	0.555		
	Hahaö9	0.738		
	Hahaö10	0.747		
	Hahaö11	0.799		
	Hahaö12	0.805		
	Hahaö13	0.680		
	Hahaö14	0.771		
Afet Sonrası Evresi (Özdeğer=1.379)	Hahaö15	0.613	16 927	0.877
	Hahaö16	0.680		
	Hahaö17	0.847		
	Hahaö18	0.756		
	Hahaö19	0.730		
<b>Toplam</b>	Hahaö20	0.696	<b>60.762</b>	<b>0.907</b>

### **6.2.2. HAHAÖ' nin güvenilirliğine ilişkin bulgular**

**6.2.2.1. Madde analizi:** Madde analizi sonucunda toplam madde korelasyon katsayısı 0.30'ın altında kalan (7,8,18,19) maddeler iç tutarlılığı olumsuz etkilediği ve güvenilirliği düşürdüğü tespit edilerek ölçekten çıkarıldı. Böylece ölçeğin madde sayısı 24'ten 20'ye düştü (Tablo 7).

**6.2.2.2 İç tutarlılık:** HAHAÖ ölçeğindeki 20 maddenin güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan "Cronbach Alpha" hesaplandı. Ölçeğin genel güvenilirliği  $\alpha = 0.907$  olarak çok yüksek bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. HAHAÖ Madde Toplam Puan Korelasyon Değerleri

<b>HAHAÖ maddeleri</b>	<b>Madde Toplam Puan Korelasyonu</b>	<b>Madde çıkarıldığında Cronbach Alpha</b>
1. Afete kendimi daha hazır hissetmem için düzenli hizmet içi eğitimlerle bilgilerimi tazelemem gerekir	0.379	0.906
2. Afete kendimi daha hazır hissetmem için düzenli tatbikatlarla bildiklerimi pekiştirmeliyim	0.339	0.907
3. Ülkemizde bir afet gelişmesi durumunda, hangi birimlerden ( afete müdahale, arama-kurtarma ,lojistik destek,bölge haberleşme birimleri vs.) destek isteyeceğimi önceden bilmeliyim	0.385	0.906
4. Afete hazırlık konusunda bilgilerimi sorgulamalı, bilmediklerimi öğrenmeliyim	0.454	0.905
5. Afet esnasında kullanılacak iletişim zincirini bilmem önemli	0.480	0.904
6. Afet esnasında yapılması gerekenleri öncelik sırasına göre bilmeliyim	0.453	0.905
7. Aldığım eğitimlerin ( lisans, hizmet içi eğitim vs.) afete hazır olmam için yeterli olduğunu düşünüyorum	0.313	0.908
8. Acil durum planı uygulama ve afet yerini boşaltma gibi prosedürleri yerine getirebilirim	0.626	0.900
9. Sahada (afet bölgesinde) afetzedelere triaj uygulayabilirim	0.652	0.900
10. Afet durumunda afetzedelere ilk müdahaleyi yaparak bakım verebilirim	0.746	0.897
11. Patlayıcılarla yapılan terörist eylemlerine maruz kalan topluluklara bakım verebilirim	0.603	0.901
12. Biyolojik ya da kimyasal saldırılara uğrayan topluluklara bakım verebilirim	0.500	0.904
13. Bulaşma oranı yüksek olan salgın hastalık durumlarında bulunduğum ortamdaki kontaminasyonu önleyebilirim	0.584	0.901
14. Afet durumlarında doktor denetimi olmaksızın hastalara ön müdahale uygulayabilecek kadar kendime güveniyorum	0.604	0.901
15. Afetzedeleri kurtarma aşamasında sağlık ekibinin her bölümünde çalışabilirim	0.623	0.900
16. Afet sonrasında üzerime düşen rollerin bilincindeyim	0.634	0.900
17. Afet sonrasında afetzedelere psikolojik destek sağlayabilirim	0.581	0.901
18. Afetzedelerde görülebilecek Akut Stres Bozukluğu ve Post Travmatik Stres Sendromunun belirti ve bulgularını fark edebilirim	0.645	0.900
19. Afet sonrasında travmatik durum içerisinde olan bireylere tedavi alana kadar kendilerine yetebilmeleri için gereken eğitim verebilirim	0.671	0.899
20. Afet sonrasında afetzedelere sağlıklı yiyecek, içecek, barınak gibi ihtiyaçların temininde üzerime düşen görevleri yerine getirebilirim	0.623	0.900

**6.2.2.3. Zamana göre değişmezlik (test-tekrar test):** Her hastaneden 50’şer kişi olmak üzere 100 kişiye yapıldı. Ölçümün doğru yapılabilmesi için, ilk veri toplandığında anket ve ölçeği tam dolduran kişiler tercih edildi. HAHAÖ ile ilgili zamana göre değişmezliği saptamak amacıyla bu 100 kişi üzerinde yapılan araştırmada test tekrar test korelasyonu 0.989 olarak yüksek bulundu (Tablo 8).

Tablo 8. HAHAÖ Test- Tekrar Test Analizi

		Önce	Sonra
<b>Önce</b>	Pearson Correlation	1	.989**
	Sig. (2-tailed)		0.000
	N	100	100
<b>Sonra</b>	Pearson Correlation	.989**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### 6.3. Bağımsız değişkenler ile HAHAÖ puan ortalamaları bulgularının karşılaştırılması

Hemşirelerde Afet Hazırlık Algısı Ölçeği’nden 5.00-1.00= 4.00 aralığında puanlar aldılar. Bu genişlik beşe bölünerek ölçeğin kesim noktalarını belirleyen düzeyler oluşturuldu. Ölçek ifadelerinin değerlendirilmesinde Tablo 9’deki kriterler esas alındı.

Tablo 9. HAHAÖ Puan Aralıkları

Seçenekler	Puanlar	Puan Aralığı	Ölçek Değerlendirme
Hiç Katılmıyorum	1	1.00 – 1.79	Çok düşük
	2	1.80 – 2.59	Düşük
	3	2.60 – 3.39	Orta
	4	3.40 – 4.19	Yüksek
Tamamen Katılıyorum	5	4.20 – 5.00	Çok yüksek

Araştırmaya katılan hemşirelerin HAHAÖ puan ortalamaları 5 puan üzerinden “hazırlık evresi” için  $4.038 \pm 0.636$ ; “müdahale evresi” için  $3.251 \pm 0.667$ ; “afet sonrası evresi” için  $3.383 \pm 0.767$ ’dir. Afetlere müdahale ve afet sonrası evresinde hemşirelerin HAHAÖ algıları orta düzeyde iken, hazırlık evresinde algılarının çok yüksek olduğu görüldü (Tablo 10).

Tablo 10. HAHAÖ’nün Alt Boyut Puanlarının Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

<b>HAHAÖ Alt Boyutları</b>	<b>n</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Hazırlık Evresi	500	4.038±0.636	1.17	5.00
Müdahale Evresi	500	3.251±0.667	1.22	5.00
Afet Sonrası Evresi	500	3.383±0.767	1.00	5.00

Hemşirelerin HAHAÖ puan ortalamaları, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, statü, çalışma süresi, çalışılan bölüm, afet deneyimi, afet eğitimi alma durumları gibi araştırmanın bağımsız değişkenleri ile karşılaştırıldı.

Tablo 11. Hemşirelerin yaş gruplarına göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HAHAÖ Alt Boyutları	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Hazırlık Evresi	18-25 Yaş	72	3.968	0.586	1.323	0.245
	26-30 Yaş	115	4.045	0.692		
	31-35 Yaş	122	3.974	0.641		
	36-40 Yaş	100	4.123	0.606		
	41-45 Yaş	52	4.019	0.705		
	46-50 Yaş	23	4.290	0.472		
	50 Yaş üstü	16	3.948	0.458		
Müdahale Evresi	18-25 Yaş	72	3.205	0.741	0.585	0.742
	26-30 Yaş	115	3.307	0.685		
	31-35 Yaş	122	3.254	0.605		
	36-40 Yaş	100	3.191	0.635		
	41-45 Yaş	52	3.269	0.744		
	46-50 Yaş	23	3.391	0.634		
	50 Yaş üstü	16	3.132	0.678		
Afet Sonrası Evresi	18-25 Yaş	72	3.296	0.922	1.175	0.318
	26-30 Yaş	115	3.322	0.729		
	31-35 Yaş	122	3.465	0.760		
	36-40 Yaş	100	3.307	0.724		
	41-45 Yaş	52	3.513	0.684		
	46-50 Yaş	23	3.580	0.836		
	50 Yaş üstü	16	3.354	0.715		

\*F= Anova

Araştırmaya katılan hemşirelerin hazırlık evresi, müdahale evresi, afet sonrası evresi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HAHAÖ Alt Boyutları	Cinsiyet	N	Ort	Ss	t	p
Hazırlık Evresi	Kadın	486	4.033	0.639	-0.983	0.326
	Erkek	14	4.202	0.511		
Müdahale Evresi	Kadın	486	3.242	0.660	-1.647	0.100
	Erkek	14	3.540	0.855		
Afet Sonrası Evresi	Kadın	486	3.375	0.758	-1.288	0.199
	Erkek	14	3.643	1.042		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hazırlık evresi, müdahale evresi, afet sonrası evresi HAHAÖ puan ortalamaları cinsiyet ile karşılaştırıldı. Buna göre, cinsiyete göre ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin eğitim durumuna göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HAHAÖ Alt Boyutları	Eğitim Durumu	N	Ort	Ss	F	p
Hazırlık Evresi	Lise	16	4.531	0.371	5.814	0.000
	Ön Lisans	54	3.750	0.674		
	Lisans	328	4.070	0.614		
	Yüksek Lisans	99	4.017	0.665		
	Doktora	3	3.722	0.192		
Müdahale Evresi	Lise	16	3.438	0.878	1.141	0.336
	Ön Lisans	54	3.107	0.816		
	Lisans	328	3.250	0.663		
	Yüksek Lisans	99	3.295	0.542		
	Doktora	3	3.482	0.513		
Afet Sonrası Evresi	Lise	16	3.521	0.973	0.456	0.768
	Ön Lisans	54	3.333	0.814		
	Lisans	328	3.370	0.765		
	Yüksek Lisans	99	3.418	0.727		
	Doktora	3	3.778	0.385		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hazırlık evresi HAHAÖ puan ortalamaları eğitim düzeyi ile karşılaştırıldı ( $F=5.814$ ;  $p=0.000<0.05$ ). Eğitim düzeyleri ile hazırlık evresi HAHAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Afetin hazırlık evresi için, lise mezunu olan hemşirelerin algısı ( $4.531\pm 3.371$ ) diğer hemşirelerden daha yüksek bulundu. En düşük algının ise doktora mezunlarına ( $3.722 \pm 0.192$ ) ait olduğu saptandı (Tablo 13).

Hemşirelerin müdahale evresi ve afet sonrası evresi HAHAÖ puan ortalamaları eğitim düzeyi ile karşılaştırıldı. Buna göre eğitim düzeyi ile müdahale evresi ve afet sonrası evresi HAHAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin çalışma sürelerine göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HAHAÖ Alt Boyutları	Çalışma Yılı	N	Ort	Ss	F	p
Hazırlık Evresi	1 Yıldan Az	21	4.111	0.487	1.136	0.340
	1-5 Yıl	143	3.994	0.703		
	6-10 Yıl	94	3.938	0.587		
	11-15 Yıl	91	4.092	0.628		
	16-20 Yıl	84	4.069	0.647		
	20 Yıldan Fazla	67	4.134	0.582		
Müdahale Evresi	1 Yıldan Az	21	3.169	0.870	0.222	0.953
	1-5 Yıl	143	3.234	0.711		
	6-10 Yıl	94	3.264	0.624		
	11-15 Yıl	91	3.220	0.553		
	16-20 Yıl	84	3.288	0.661		
	20 Yıldan Fazla	67	3.289	0.726		
Afet Sonrası Evresi	1 Yıldan Az	21	3.508	1.014	2.723	0.019
	1-5 Yıl	143	3.233	0.823		
	6-10 Yıl	94	3.330	0.709		
	11-15 Yıl	91	3.557	0.667		
	16-20 Yıl	84	3.365	0.740		
	20 Yıldan Fazla	67	3.522	0.748		

Hemşirelerin HAHAÖ hazırlık ve müdahale evresi alt boyutlarından aldıkları puanlar ile çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 14).

Araştırmaya katılan hemşirelerin afet sonrası evresi HAHAÖ puan ortalamaları çalışma süresi değişkeni ile karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $F=2.723$ ;  $p=0.012<0.05$ ).

Afet sonrası evresine göre; 11-15 yıl görev yapmış hemşirelerin algıları ( $3.557 \pm 0.667$ ) diğer tüm çalışma sürelerine sahip hemşirelerden daha yüksek bulundu. 1-5 yıl görev yapmış hemşirelerin algıları ( $3.233 \pm 0.823$ ) ise diğer hemşirelerden daha düşük bulundu (Tablo 14).

Tablo 15. Hemşirelerin statüsüne göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HAHAÖ Alt Boyutları	Çalışma Statüsü	N	Ort	Ss	F*	p
Hazırlık Evresi	Stajyer Hemşire (Yeni mezun olmuş)	22	4.061	0.594	1.689	0.109
	Servis Hemşiresi	238	4.001	0.653		
	Yoğun Bakım Hemşiresi	74	3.975	0.622		
	Ameliyathane Hemşiresi	25	4.133	0.710		
	Eğitim Hemşiresi	9	4.204	0.794		
	Başhemşire	28	4.286	0.598		
	Poliklinik Hemşiresi	47	3.908	0.518		
	Diğer					
	(Biyokimya hemşiresi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi hemşiresi gibi)	57	4.178	0.613		
Müdahale Evresi	Stajyer Hemşire (Yeni mezun olmuş)	22	3.106	0.849	2.830	0.007
	Servis Hemşiresi	238	3.211	0.664		
	Yoğun Bakım Hemşiresi	74	3.215	0.704		
	Ameliyathane Hemşiresi	25	3.769	0.611		
	Eğitim Hemşiresi	9	3.370	0.795		
	Başhemşire	28	3.365	0.517		
	Poliklinik Hemşiresi	47	3.163	0.586		
	Diğer					
	(Biyokimya hemşiresi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi hemşiresi gibi)	57	3.290	0.608		
Afet Sonrası Evresi	Stajyer Hemşire (Yeni mezun olmuş)	22	3.470	1.022	1.907	0.066
	Servis Hemşiresi	238	3.367	0.745		
	Yoğun Bakım Hemşiresi	74	3.293	0.818		
	Ameliyathane Hemşiresi	25	3.693	0.659		
	Eğitim Hemşiresi	9	3.593	0.878		
	Başhemşire	28	3.714	0.646		
	Poliklinik Hemşiresi	47	3.284	0.633		
	Diğer					
	(Biyokimya hemşiresi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi hemşiresi gibi)	57	3.281	0.818		

\*F= Anova

Araştırmaya katılan hemşirelerin HAHAÖ hazırlık ve afet sonrası evreleri puan ortalamaları ile çalışılan statü değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı( $p>0.05$ ) (Tablo 15).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HAHAÖ müdahale evresi puan ortalamaları ile çalışılan statü değişkeni arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu( $F=2.830$ ;  $p=0.007<0.05$ ).

Çalışma statülerine göre hemşirelerin HAHAÖ müdahale evresi puan ortalamalarına bakıldığında; ameliyathane hemşirelerinin ( $3.769 \pm 0.611$ ) en yüksek algıya sahip olduğu saptandı. En düşük algı ( $3.106 \pm 0.849$ ) ise stajyer (yeni mezun olmuş) hemşirelere aittir (Tablo 15).

Tablo 16. Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HAHAÖ Alt Boyutları	Çalışılan bölüm	n	Ort	Ss	F*	p
Hazırlık Evresi	Dahili Bölüm	164	3.984	0.691	3.513	0.008
	Cerrahi Bölüm	235	4.046	0.573		
	Anestezi ve Reanimasyon Bölümü	39	4.090	0.592		
	Acil Bölümü	36	3.884	0.802		
	Diğer (Biyokimya, Enfeksiyon Kontrol Komitesi gibi)	26	4.436	0.481		
Müdahale Evresi	Dahili Bölüm	164	3.136	0.634	3.301	0.011
	Cerrahi Bölüm	235	3.316	0.672		
	Anestezi ve Reanimasyon Bölümü	39	3.479	0.603		
	Acil Bölümü	36	3.201	0.609		
	Diğer (Biyokimya, Enfeksiyon Kontrol Komitesi gibi)	26	3.111	0.858		
Afet Sonrası Evresi	Dahili Bölüm	164	3.335	0.755	0.563	0.690
	Cerrahi Bölüm	235	3.418	0.772		
	Anestezi ve Reanimasyon Bölümü	39	3.462	0.854		
	Acil Bölümü	36	3.370	0.763		
	Diğer (Biyokimya, Enfeksiyon Kontrol Komitesi gibi)	26	3.256	0.695		

\*F= Anova

Araştırmaya katılan hemşirelerin hazırlık evresi puan ortalamalarının çalışılan bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (Anova) yapıldı. Analiz sonucunda çalışılan bölüme göre HAHAÖ puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ( $F=3.513$ ;  $p=0.008<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı. Buna göre;

Hazırlık evresinde HAHAÖ puan ortalaması en düşük olanların Acil bölümünde çalışan hemşireler ( $3.884 \pm 0.802$ ), en yüksek olanın ise Biyokimya, Enfeksiyon Kontrol Komitesi gibi küçük bölümlerde görev yapan hemşireler ( $4.436 \pm 0.481$ ) olduğu görüldü (Tablo 16).

Araştırmaya katılan hemşirelerin müdahale evresi HAHAÖ puan ortalamalarının çalıştıkları bölüme göre farklılık gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizi (Anova) ile değerlendirildi. Buna göre; çalışılan bölüme göre HAHAÖ müdahale evresi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $F=3.301$ ;  $p=0.011<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapıldı.

Afete müdahale evresinde en yüksek algıya sahip olanların Anestezi ve Reanimasyon bölümlerde görev yapan hemşireler ( $3.479 \pm 0.603$ ) olduğu, en düşük algının ise Biyokimya, Enfeksiyon Kontrol Komitesi gibi küçük bölümlerde görev yapan hemşirelere ( $3.111 \pm 0.858$ ) ait olduğu saptandı (Tablo 16).

Araştırmaya katılan hemşirelerin afet sonrası evresi HAHAÖ puan ortalamaları çalışılan bölümler ile karşılaştırıldı. Buna göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Tablo 17. Hemşirelerin afet deneyimlerine göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HAHAÖ Alt Boyutları	Afet Deneyimi	n	Ort	Ss	t	p
Hazırlık Evresi	Evet	251	3.946	0.702	3.284	0.001
	Hayır	249	4.131	0.548		
Müdahale Evresi	Evet	251	3.254	0.723	-0.115	0.908
	Hayır	249	3.247	0.607		
Afet Sonrası Evresi	Evet	251	3.352	0.762	-0.889	0.369
	Hayır	249	3.414	0.773		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hazırlık evresi HAHAÖ puan ortalamaları afet deneyimi ile karşılaştırıldı. Yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $t=3.284$ ;  $p=0.001<0.05$ ). Afet deneyimi olmayanların puanları ( $\bar{x}=4.131$ ), afet deneyimi olanların puanlarından ( $\bar{x}=3.946$ ) yüksek bulundu (Tablo 17).

Araştırmaya katılan hemşirelerin müdahale ve afet sonrası evresi HAHAÖ puan ortalamaları ile afet deneyimi karşılaştırıldı. Yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlendi( $p>0.05$ ) (Tablo 17).

Tablo 18. Hemşirelerin afet eğitimi alma durumlarına göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HAHAÖ Alt Boyutları	Afet Eğitimi Alma Durumu	n	Ort	Ss	t	p
Hazırlık Evresi	Evet	312	4.014	0.631	-1.053	0.293
	Hayır	188	4.076	0.644		
Müdahale Evresi	Evet	312	3.341	0.661	3.933	0.000
	Hayır	188	3.102	0.652		
Afet Sonrası Evresi	Evet	312	3.449	0.757	2.492	0.013
	Hayır	188	3.273	0.775		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hazırlık evresi HAHAÖ puan ortalamaları afet eğitimi alma durumları ile karşılaştırıldı. İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 18).

Araştırmaya katılan hemşirelerin müdahale evresi puanları ortalamalarının afet eğitimi alma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu( $t=3.933$ ;  $p=0.000<0.05$ ). Afet eğitimi alan hemşirelerin müdahale evresi puanları ( $\bar{x}=3.341$ ), afet eğitimi almayanların müdahale evresi puanlarından ( $\bar{x}=3.102$ ) yüksek bulundu(Tablo 18).

Araştırmaya katılan hemşirelerin afet sonrası evresi HAHAÖ puan ortalamaları ile afet eğitimi alma durumları karşılaştırıldı. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $t=2.492$ ;  $p=0.013<0.05$ ). Afet eğitimi alan ve almayan hemşire grubunun ikisinin de algı düzeyi “orta” olduğu halde, afet eğitimi alanların puanları ( $\bar{x}=3.449$ ), afet eğitimi almayanların puanlarından ( $\bar{x}=3.273$ ) yüksek bulundu(Tablo 18).

Tablo 19. Hemşirelerin aldığı afet eğitimi türüne göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HAHAÖ Alt Boyutları	Afet Eğitiminin Türü	n	Ort	Ss	t	p
Hazırlık Evresi	Teorik	176	3.986	0.692	-0.912	0.363
Müdahale Evresi	Teorik + Uygulamalı	136	4.052	0.541		
Afet Sonrası Evresi	Teorik	176	3.190	0.635	-4.729	0.000
	Teorik + Uygulamalı	136	3.535	0.645		
	Teorik	176	3.309	0.747	-3.797	0.000
	Teorik + Uygulamalı	136	3.630	0.733		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hazırlık evresi HAHAÖ puan ortalamalarının alınan afet eğitiminin türü ile aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 19).

Araştırmaya katılan hemşirelerin müdahale evresi HAHAÖ puan ortalamalarının alınan afet eğitiminin türüne göre farklılık yaratıp yaratmadığı incelendi. İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $t=4.729$ ;  $p=0.000<0.05$ ). Teorik ve uygulamalı eğitim alanların müdahale evresi puanları ( $\bar{x}=3.535$ ), teorik eğitim alanların müdahale evresi puanlarından ( $\bar{x}=3.190$ ) yüksek bulundu (Tablo 19).

Hemşirelerin afet sonrası evresi HAHAÖ puan ortalamaları alınan afet eğitimi ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ( $t=3.797$ ;  $p=0.000<0,05$ ). Teorik ve uygulamalı eğitim alanların afet sonrası evresi puanları ( $\bar{x}=3.630$ ), teorik eğitim alanların afet sonrası evresi puanlarından ( $\bar{x}=3.309$ ) yüksek bulundu (Tablo 19).

Tablo 20. Hemşirelerin çalıştıkları kurumun afet planından haberdar olma durumuna göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

<b>HAHAÖ Alt Boyutları</b>	<b>Afet Planını Okuma Durumu</b>	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Hazırlık Evresi	Evet	216	4.135	0.609	0.329	0.743
	Hayır	91	4.110	0.619		
Müdahale Evresi	Evet	216	3.362	0.661	1.995	0.047
	Hayır	91	3.195	0.681		
Afet Sonrası Evresi	Evet	216	3.449	0.764	0.649	0.517
	Hayır	91	3.388	0.714		

Araştırmaya katılan hemşirelerin müdahale evresi puanları ortalamalarının çalışılan kuruma ait afet planını okuma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği t-testi ile belirlendi. Fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu( $t=1.995$ ;  $p=0.047<0.05$ ). Afet planını okuyan hemşirelerin müdahale evresi puanları ( $\bar{x}=3.362$ ), afet planını okumayan hemşirelerin müdahale evresi puanlarından ( $\bar{x}=3.195$ ) yüksek bulundu(Tablo 20).

Hazırlık evresi ve afet sonrası evresi puanları ortalamalarına göre ise, afet planı okuma durumu ile aralarındaki fark ( $p>0.05$ ) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 20).

Tablo 21. Hemşirelerin afet tatbikatına katılma durumuna göre HAHAÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

<b>HAHAÖ Alt Boyutları</b>	<b>Afet Tatbikatına Katılma Durumu</b>	<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Hazırlık Evresi	Evet	198	4,003	0,541	-1,001	0,293
	Hayır	302	4,061	0,691		
Müdahale Evresi	Evet	198	3,373	0,664	3,343	0,001
	Hayır	302	3,171	0,658		
Afet Sonrası Evresi	Evet	198	3,522	0,803	3,317	0,001
	Hayır	302	3,291	0,73		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hazırlık evresi puanları ortalamalarının afet tatbikatına katılma durumu ile arasındaki fark ( $p>0.05$ ) anlamlı bulunmadı (Tablo 21).

Hemşirelerin müdahale evresi puanları ortalamalarının afet tatbikatına katılma durumuna göre farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $t=3.343$ ;  $p=0.001<0.05$ ). Tatbikatlara katılan hemşirelerin müdahale evresi puanları ( $\bar{x}=3.373$ ), katılmayanların puanlarından ( $\bar{x}=3.171$ ) yüksek bulundu (Tablo 21).

Afet sonrası evresi için de anlamlı olan istatistiksel farka göre ( $t=3.317$ ;  $p=0.001<0.05$ ); Tatbikatlara katılan hemşirelerin puanları ( $\bar{x}=3.522$ ), katılmayanların puanlarından ( $\bar{x}=3.291$ ) yüksek bulundu.

## **7. TARTIŞMA**

### **7.1. Ölçeğin Geçerlilik Çalışması**

Bir ölçümün geçerli olabilmesi için ölçülmek istenilen özellik başka bir özelliklerle karıştırılmadan ölçülmüş olmalıdır. Ancak ölçeğin geçerli olabilmesinin ilk koşulu güvenilir olmasıdır. Geçerli bir test aynı zamanda güvenilirdir ama güvenilirliği yüksek bir test geçerli olmayabilir (Portney 1993, Şenocak 1998, Şencan 2005). Sonuç olarak geçerlilik, belirli bir evrene veya örnekleme uygulanmış bir test ya da ölçme aracından elde edilmiş ölçümlerden yapılmış yorumların, kullanımların uygunluğu ve yeterliği şeklinde tanımlanabilir (Bademci 2011). Kapsam geçerliliği, ölçüt- bağımlı geçerlilik ve yapı geçerliliği ile ölçeklerin geçerlilikleri ölçülebilmektedir (Şencan 2005, Bademci 2011, Büyüköztürk 2012). Bu araştırmada ölçeğin geçerli olup olmadığına kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği ile bakılmıştır.

#### **7.1.1. Kapsam geçerliliği**

Kapsam geçerliliği, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen davranış/özelliği nicelik ve nitelik olarak yeterli düzeyde temsil edip etmediğinin göstergesidir (Büyüköztürk 2012). Kapsam geçerliliği uzman görüşü ile elde edilir. Uzmanlardan elde edilen puanlar KGİ ile değerlendirilir. Uzman grubu sayısının 5-40 arasında olması önerilmektedir. Bu araştırmada, 6 uzman görüşüne başvurularak ölçek hakkında görüş alınması, literatürle paralellik göstermektedir (Alpar 2010).

Lynn(1986) KGİ değerini en az % 83, Büyüköztürk(2012) ise %90-%100 arasında olması gerektiğini önermektedir. Bu çalışmada KGİ değerinin %90 üzerinde olması ölçeğin yeterli kapsam geçerliliğine sahip olduğunu göstermiştir.

#### **7.1.2. Yapı geçerliliği**

Ölçeğin yapı geçerliliği faktör analizi ile test edildi.

Faktör analizi, birbirleriyle ilişkili çok sayıdaki karmaşık değişkenleri bir araya getirerek, az sayıda anlamlı ve birbirinden bağımsız faktör adı verilen yeni değişkenler oluşturan çok değişkenli istatistiksel analiz yöntemidir. Faktör analizi çok sayıda değişkenden az sayıda faktör elde etme özelliği ile bir boyut indirgeme ve bağımlılık yapısını yok etme yöntemidir (Kalaycı, 2006). Başka bir deyişle faktör analizi, çok sayıda değişkenin arka planında yatan temel yapıyı ortaya çıkarmak için yapılır. Bu işlemin amacı; aralarında ilişki bulunduğu düşünülen çok sayıda değişken arasındaki ilişkilerin anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmak için yapıyı

daha az sayıda temel boyuta indirgemektir. Faktör analizi yapmak için öncelikle ölçümün kavramsal alanının belirlenmesi gerekir (Şencan 2005, Yılmaz 2004, Büyükşahin 2005, Baydur 2006). Faktör analiziyle ilgili teknikler genel olarak Açıklayıcı Faktör Analizi ve Doğrulayıcı Faktör Analizi olmak üzere iki başlık altında toplanabilir (Gorsuch, 2003).

*Doğrulayıcı faktör analizi (Confirmatory factor analysis):* Doğrulayıcı faktör analizi bir hipotez testidir. Bu analizde konuya ilişkin kuramsal bilgiye dayalı belirlediği gözlem değişkenlerinin gizli faktörlerle, ayrıca gizli faktörlerin de kendi aralarında birbirleriyle ilişkili olduğunu kanıtlamaya çalışılır. Bu ilişkilere ilişkin tüm varsayımlar önceki araştırma sonuçlarına veya kuramsal bilgilere dayalı olarak belirlenir (Şencan 2005).

*Açıklayıcı(Keşifsel) faktör analizi (Explanatory factor analysis):* Bir test belirli bir madde kümesi veya bir ölçeğin kaç faktör içerdiği bilinmiyorsa, bu konudaki kuramsal bilgiler yetersizse böyle bir durumda varlığında şüphe edilen gizli değişkenleri ortaya çıkarmak için açıklayıcı faktör analizi uygulanır (Şencan 2005). Bu çalışmada açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Faktör analizi, aralarında ilişki bulunan çok sayıda değişkenden oluşan bir veri setine ait temel faktörlerin (ilişkinin yapısının) ortaya çıkarılarak araştırmacı tarafından veri setinde yer alan kavramlar arasındaki ilişkilerin daha kolay anlaşılmasına yardımcı olur ([http://www.istatistikanaliz.com/faktor\\_analizi.asp](http://www.istatistikanaliz.com/faktor_analizi.asp), Erişim Tarihi: 28.05.2013).

Faktör analizinin test edilebilmesi için ön varsayımlardan biri olan Barlett testi sonucunda faktör analizine dahil olan değişkenler arasında bir ilişki olması beklenir. Barlett değerinin  $p < 0.05$  durumunda değişkenler arasında bir ilişkinin olduğu kabul edilir (Büyüköztürk, 2009). Yapılan Barlett testi sonucunda ( $p = 0.000 < 0.05$ ) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edildi. Faktör analizinin test edilebilmesi için diğer bir varsayım ise KMO testidir. KMO değeri ölçülen değişkenler için örnek(gözlem) büyüklüğünün yeterli olduğunu gösteren değerdir. KMO değeri 90-1.00 olduğunda mükemmel, .80-.89 arasında olduğunda çok iyi, .70-.79 arasında olduğunda iyi, .60-.69 arasında olduğunda orta, .50-.59 arasında olduğunda zayıf ve .50'nin altında olduğunda ise kabul edilmez (Alpar 2010, Şencan 2005). Büyüköztürk (2009)'e göre de, KMO değerinin 0,60'dan büyük olması

durumunda örnek sayısının yeterli olduğu kabul edilir. HAHAÖ'nin yapılan test sonucunda ( $KMO=0.893>0.60$ ) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edildi. Faktör analizi uygulamasında varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlandı. Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha ve açıklanan varyans değerine göre hemşirelerin afete hazır olma durumu ve hazırlık algısı ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşıldı.

#### *Açıklayıcı (Keşifsel) Faktör Analizi*

Faktör analizinde öz değerleri 1'in üzerinde olan faktörler Scree Plot testi ile belirlenir. Faktör sayısına karar verebilmek için grafik yöntemiyle incelenir. Analiz sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse, ölçeğin faktör yapısı da o kadar güçlü olmaktadır. Yapılan analizlerde faktör yüklerinin toplam varyansı açıklama yüzdesinin %40 ile %60 arasında olması yeterli kabul edilmektedir(Şencan 2005). Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %60.762 olan 3 faktörlü bir yapı ortaya çıktığı görülmektedir.

#### **7.2. Ölçeğin Güvenilirlik Çalışması**

Bir ölçmenin geçerli sayılabılmesinin ilk koşulu onun güvenilir olmasıdır (Karasar, 2000). Güvenilirlik, ölçümün tutarlı olmasının ölçütüdür. Ölçüm sonuçları farklı yerlerde uygulandığında benzer sonucu vermelidir. Yani bağımsız ölçümlerde benzer kararlı sonuç alınmalıdır. Güvenilirlik, bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne ölçüde doğru ölçtüğünü, ölçeğin üretkenliğini ve sürekliliğini gösterir. Güvenilirlik için testin tekrarlanabilir ve aktarılabilir olması gerekir. Güvenilirlik bir ölçme aracıda bütün soruların birbirleriyle tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini, yeterliliğini ortaya koyan bir kavramdır (Şencan 2005, Yıldırım ve Şimşek 2006).

Testin güvenilirlik katsayısı olarak hesaplanan korelasyon ( $r$ ), test puanlarına ilişkin bireysel farklılıkların ne derece gerçek, ne derece hata faktörüne bağlı olduğunu yorumlamak için kullanılır (Büyüköztürk 2012). Ölçeklerde güvenilirlik için, zamana göre değişmezlik, paralel form, iç tutarlılık ve gözlemciler arası güvenilirlik yöntemleri kullanılır (Çakmur 2012). Bu çalışmada zamana göre değişmezlik (test tekrar test) ve iç tutarlılık yöntemleri kullanıldı.

### 7.2.1. İç tutarlılık

Ölçek maddelerinin belli bir kavramsal yapıya sahip olması, maddelerinin birbirleriyle ilişkili olarak aynı yapıyı ölçmeleri gerekmektedir. İç tutarlılık analiziyle tek bir ölçüm kullanılarak ve tek bir seansta ölçüm yapılarak maddelerin belirli bir kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediği araştırılır. Güvenilir test ve ölçekler iç tutarlılığı yüksek olan araçlardır (Çakmur 2012). Bir ölçeğin çok sayıda madde içermesi belirlenen maddelerin alanı çok iyi kapsadığı anlamına gelmez. Alanın çok iyi kapsandığı durumda ise testin/ölçeğin geçerliliği zayıflar (Şencan 2005). Madde toplam puan korelasyonu .30 ve daha yüksek olan maddelerin iyi derecede ayırt ettiği, .20-.30 arasında kalan maddelerin zorunlu görülmesi durumunda teste alınabileceği veya maddelerin düzeltilmesi gerektiği, .20'den daha düşük maddelerin ise teste alınmaması gerektiği belirtilmektedir (Şencan 2005, Alpar 2010, Büyüköztürk 2012).

HAHAÖ madde toplam puan korelasyon katsayıları incelendiğinde; madde toplam puan korelasyonu .30'un altında kalan 7,8,18 ve 19. maddeler ölçekten çıkarıldı.

Ölçüm araçlarının iç tutarlılığını belirlemek için genellikle cronbach alpha katsayısı ve Kuder Richardson-20(KR-20) kullanılır. Çalışmamızda iç tutarlılığı belirlemek için cronbach alpha katsayısı hesaplandı.

Madde analizi sonrasında 20 maddelik ölçeğin cronbach alpha katsayısı .90 olarak bulundu. Testlerde hesaplanan güvenilirlik katsayısının .70 ve üzeri olması test puanlarının güvenilirliği için yeterli görülmektedir(Büyüköztürk 2012).

### 7.2.2. Zamana göre değişmezlik (Test-tekrar test)

Test-tekrar test yöntemi, bir ölçme aracının aynı denek grubuna aynı koşullarda, önemli derecede hatırlamaları önleyecek kadar uzun, fakat ölçülecek özellikte önemli değişimler olmasına izin vermeyecek kadar kısa bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır (Özçelik, 1981). Testin aynı gruba belli aralıklarla iki kez uygulanmasıyla elde edilen puanlar arasındaki korelasyon kat sayısı, 1'e ne kadar yakınsa o testin zamana göre değişmezliğinin o kadar iyi olduğu düşünülür (Gültekin 2005). Korelasyon katsayısı .80 ve üstü yüksek, .60-.80 güçlü ilişki, .40-.59 orta derecede ilişki, .20-.39 düşük ilişki ve .20'nin altı zayıf ilişki şeklinde yorumlanmaktadır( Erkuş 2003, Şencan 2005). Bu çalışmada korelasyon değerinin

.98 olması iki ayrı zamanda yapılan ölçümleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuş ve ölçeğin zamana göre değişmezliğine karar verildi.

### **7.3. Bağımsız Değişkenler ile HAHAÖ puan ortalamaları**

Ülkemizde bugüne kadar hemşirelerin afete hazır olma durumlarını ölçen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle HAHAÖ bulguları ülkemizdeki araştırmalarla kıyaslanamamaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin HAHAÖ puan ortalamaları 5 puan üzerinden “hazırlık evresi” için  $4.038 \pm 0.636$ ; “müdahale evresi” için  $3.251 \pm 0.667$ ; “afet sonrası evresi” için  $3.383 \pm 0.767$ ’dir. Hemşirelerin %64’ü bireysel özelliklere ait formda, kendini afetlere karşı “Kısmen Hazır” olarak nitelendirdiği halde, HAHAÖ’ye göre afetlere hazırlıktaki algılarının zannettiklerinden çok daha yüksek olduğu görülmüştür. Hazırlık evresi için yüksek, müdahale ve afet sonrası evrelerinde orta düzeyde algıya sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Hemşirelerin afete hazırlık evresinde daha yüksek, uygulama evrelerinde daha düşük oranda algısı olması, hazırlıklara rağmen uygulamada yeterli olabileceğini düşünmediği anlamına gelmektedir. Bu nedenle düzenli hizmet içi eğitimlerle hemşirelerin bilgi ve becerileri taze tutularak kendilerine olan güvenleri artırılmalıdır. Al Khalaileh, Bond, Alasad (2011) ve Fothergill, Val Palumbo, Rambur, Reinier, McIntosh (2005) gibi araştırmacıların yaptıkları araştırmalarda ise afetle mücadele evrelerinde hemşireler orta düzeyde puan alırken, diğer evrelerde ise daha düşük puan almıştır.

Hemşirelerin çalışma süresine yönelik algılarına bakacak olursak, ilk 5 yılında henüz kendilerini yeterli hissetmediğini, 11-15 yıldır görev yapan hemşirelerin daha fazla bilgi donanımı ve deneyimi ile kendilerini daha yeterli hissettiği görülmektedir.

Hemşirelikte henüz ilk yılında olan stajyer hemşirelerin müdahale evresindeki algıları diğer hemşirelere oranla daha düşük çıkmıştır. Bunun sebebi olarak sadece uygulama alanındaki deneyimsizlikler görülmemelidir. Lisans eğitimi süresince verilen afet eğitimleri geniş kapsamlı, birebir uygulamaların gerçekleştirilebileceği eğitimler olmalıdır. Ülkemizde hala afet eğitimini sadece teorik olarak veren üniversiteler mevcut iken, stajyer hemşirelerin kendilerini afete “orta” düzeyde hazır hissetmesi çok normaldir.

Çalışılan bölüm bazında sonuçlara baktığımızda ise, hazırlık evresinde tüm hemşirelerin algılarının yüksek olduğu görülmektedir. Fakat uygulama alanına daha doğrusu müdahale evresine geldiğimizde, en yüksek hazırlık algısının Anestezi ve Reanimasyon bölümünde görev yapan hemşirelere ait olduğu, en düşük algının ise dahili, cerrahi acil bölümlerinin dışında kalan biyokimya ve enfeksiyon kontrol komitesi gibi küçük birimlere ait olduğu görülmektedir. Uygulama alanında aktif rol almayan bu bölümlerin algılarının düşük çıkması beklenen bir sonuçtur. Bunun yanı sıra acil bölümünde görev yapan, akut durumlarda müdahale edebilecek deneyime en çok sahip olan hemşirelerin algılarının müdahale evresinde  $3.201 \pm 0.609$  puan ortalaması ile orta seviyede kalmış olması şaşırtıcı bir durumdur.

Hemşirelerin afete hazırlık algılarını eğitim seviyesi ile karşılaştırdığımızda hazırlık evresinde doktora mezunlarının en düşük orana, lise mezunlarının ise en yüksek orana sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum çok da şaşırtıcı bir durum değildir. Çünkü sağlık meslek lisesinden sonra hemen çalışma hayatına atılmış kişiler günümüzde yok denecek kadar az olduğu halde geçmişte örnekleri çoktur. Bu nedenle araştırma yapılan kitlenin yalnızca %3.2'lik bir oranını kaplayan bu hemşireler, 50 yaş üstünü oluşturan kişilerdir. Yıllar içerisinde kazandıkları deneyim ile afete hazırlık algı düzeyleri  $4.531 \pm 0.371$  ile “çok yüksek” çıkmıştır. Doktora mezunu hemşireler  $3.722 \pm 0.192$  puan ortalaması ile “yüksek” oranda algıya sahip olsa da, kendilerinden daha düşük eğitim seviyesindeki hemşirelere oranla daha düşük algıya sahip olmalarında etken olarak uygulama alanından çekilmeleri görülmektedir. Her ne kadar yeterli bilgiye sahip olursa da uygulama becerisine sahip olmak ve bu deneyimi taze tutabilmek için uygulama alanında olmak gerekmektedir.

Afet deneyimi olmayan hemşirelerin hazırlık aşamasında deneyimi olanlara göre kendilerini afete daha hazır hissettiği görülmüştür. Söz konusu olan, kişinin hazırlık için yaptıklarından ziyade kendini hazır hissetme durumu olduğu için afeti yaşamış olmanın hissedilmiş tedirginliği ile yetememe korkusu oluşabileceği düşünülmektedir.

Afet eğitimi almış hemşirelerin afete hazırlık algılarına baktığımızda eğitim almayanlara göre algılarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Hohman'ın 2008 yılında Amerika'nın Kuzey Dakota eyaletinde yaptığı araştırmada da, hemşirelerin

%68.18'inin afet eğitimi almadığı için kendilerini yetersiz gördükleri sonucuna varılmıştır. Bu araştırmada daha çok “orta” düzeyde olduğu görülen algıların özellikle afet sonrası evresinde, eğitimin algı seviyesini “orta” ( $3.273 \pm 0.775$ ) düzeyden “yüksek” ( $3.449 \pm 0.757$ ) seviyeye çıktığı görülmektedir. Alınan afet eğitiminin yalnızca teorik ya da teorik ve uygulamalı olarak verilmesine baktığımızda ise, eğitimlerinde uygulamalı eğitim de alan hemşirelerin hazırlık algılarının çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu algı seviyesini “çok yüksek” (müdahale evresi:  $3.535 \pm 0.645$ ; afet sonrası evresi:  $3.630 \pm 0.733$ ) düzeye çeken de uygulamalı eğitimlerdir. Bu konuda yalnızca lisans eğitimi sürecinde alınan afet eğitimleri baz alınmamalıdır. Hizmet içi eğitimlerde yalnızca teorik eğitimlerle sınırlı kalınmamalı, güncel bilgilerle düzenlenmiş sürekli eğitimlerle bu algı düzeyi yüksekte tutulmalıdır. Başından beri eğitimin öneminden bahseden araştırmamız için bu sonuçlar, bu tezi destekler niteliktedir.

Afetlere hazır olmanın temelini oluşturan afet eğitimlerinde hemşireler, en çok ihtiyaç duydukları konular olarak çoklu travmalarda müdahale (%69) ve triajı(%65) seçmişlerdir. Eğitim almış kişilerin algı düzeyi her ne kadar “çok yüksek” oranda çıkmış olsa da önemli olan bunu koruyabilmek ve çitayı çok daha yukarı yükseltebilmektir. Bunun içinde yapılabilecek en iyi uygulama hemşirelere açıkça ne istediklerini, neye ihtiyaç duyduklarını sormak, eksik yanlarını kendilerinin dile getirebilmesini sağlamaktır. Bu araştırmada çıkan sonuçlarda olduğu gibi Garbutt, Peltier, Fitzpatrick (2008) ‘in yaptıkları araştırmada da hemşireler afete yönelik eğitimlere ihtiyaç duyduklarını açıkça belirtmişlerdir. Wisniewski, Dennik-Champion, Peltier (2004) da algının seviyesinin artabilmesi için en çok eğitime ihtiyaç duyulan konunun triaj olduğunu saptamıştır.

Çalıştıkları kuruma ait afet planından haberdar olan hemşirelerin ( $3.362 \pm 0.661$ ), haberdar olmayanlara ( $3.195 \pm 0.681$ ) oranla kendilerini daha hazır hissettiği görülmektedir. Afet tatbikatına katılma durumuna göre algı düzeylerine bakılacak olursa, afet tatbikatına katılan hemşirelerin(müdahale evresi:  $3.373 \pm 0.664$ ; afet sonrası evresi:  $3.522 \pm 0.803$ ) katılmayanlara oranla (müdahale evresi:  $3.171 \pm 0.658$ ; afet sonrası evresi  $3.291 \pm 0.730$ ) daha yüksek algıya sahip olduğu ortadadır. Buradan da anlaşıldığı üzere gerek lisans eğitimi gerekse çalışma hayatı

sürecinde uygulamalı olarak afet eğitimi almak hemşirelerin afete hazırlık algılarını artırmaktadır.

## 8. SONUÇLAR

Bu çalışma ile aşağıdaki sonuçlara varılmıştır:

1. Hemşirelerin afete karşı ne kadar hazır olduğunu ve hazırlık algılarını ölçmek amacıyla geliştirilen HAHAÖ güvenilir ve geçerli bir ölçektir.
2. Afetlere hazırlık evresinde hemşirelerin algıları yüksek düzeyde iken, müdahale ve afet sonrası evresindeki algıları orta düzeydedir.
3. Bireylerin HAHAÖ puanları eğitim durumu, çalışılan bölüm, bulunulan statü, alınan afet eğitimi, afet deneyimi, afetzedelere bakım verme ve afet planını okuma durumuna göre farklılık göstermekte; yaş ve cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.
4. Hemşireler afetteki rollerini daha çok bakım verici, koordinatör ve eğitimci olarak görmektedir.
5. Hemşirelerin yaklaşık olarak %60'ı afet anında bulunduğu yere ait afet planı protokolünü izlemeyi tercih ederken, %11.6'lık oranı da afet anında kaçmayı tercih etmektedir.
6. Hemşirelerin %89.8' i afet konusunda eğitime ihtiyaç duymaktadır. En çok ihtiyaç duyulan konular ise; çoklu travmalarda müdahale (%69) ve sahada triaj (%65)'dir.
7. Hemşirelerin afete hazırlık algısı çalışma hayatlarının ilk 5 yılında daha düşükken, 11-15 yıldır görev yapanların algıları daha yüksektir.
8. Eğitim seviyesi doktora olan hemşirelerin afet hazırlık algıları diğer eğitim seviyelerindeki hemşirelere oranla daha düşüktür.
9. En yüksek afet hazırlık algısı (müdahale evresi için), Anestezi ve Reanimasyon bölümünde görev yapan hemşirelere, en düşük algı ise dahili, cerrahi acil bölümlerinin dışında kalan biyokimya ve enfeksiyon kontrol komitesi gibi küçük birimlere aittir.
10. Afet eğitimi alan hemşirelerin afet hazırlık algıları, almayanlara oranla daha yüksektir.
11. Afet eğitimin yalnızca teorik değil, teorik ve uygulamalı olarak alan hemşirelerin afet hazırlık algıları daha yüksektir.

12. Çalıştıkları kurumdaki afet planından haberdar olan hemşirelerin afet hazırlık algıları, plandan haberdar olmayanlara oranla daha yüksektir.
13. Afet tatbikatına katılan hemşirelerin afet hazırlık algıları, tatbikatlara katılmayanlara oranla daha yüksektir.

## 9. ÖNERİLER

1. Ülkemizde hemşirelerin afete karşı hazır olma durumunu ve algılarını belirlemeye yönelik daha geniş çaplı çalışmalar yapılmalıdır.
2. Yeterli ve etkili bir şekilde verilmeyen afet eğitimleri yeniden düzenlenmeli, eksik verilen eğitimlerin yarattığı özgüven eksiklikleri giderilerek doğru eğitimle hemşirelerin hazırlık algıları yüksek tutulmalıdır.
3. Afet eğitimi verilen üniversitelerde de eğitimlerin çerçevesi genişletilerek, teorik ve uygulamalı olarak ve güncel bilgilerle desteklenerek verilmesi gerekmektedir. Uygulamalı verilecek eğitimler ise güncel bilgi ve etkili programları içermelidir. Düzenli olarak yapılan eğitimler sayesinde hemşirelerin uygulamalara aşina olması sağlanarak algıları daha da yükseltilebilecek, olağanüstü hal durumlarında her türlü müdahaleyi yerine getirebilecek esnek hemşireler yetişebilecektir.
4. Afet eğitimleri yalnızca lisans eğitimi ile sınırlandırılmamalı, lisans eğitiminde verilen bilgilerin güncel ve taze tutulabilmesi çalışma hayatı içerisinde de düzenli hizmet içi eğitim ve tatbikatlarla hemşireler afetlere daha hazır hale getirilmelidir.
5. 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.
6. Afet hemşireliğine yönelik lisansüstü eğitimler ülkemizde her üniversitede verilebilmelidir.
7. Bu çalışmada geliştirilen HAAÖ çalışan hemşirelerde afete hazır olma durumu ve hazırlık algısını belirlemek için kullanılabilir.

## 10. KAYNAKLAR

1. Akyel R. (2007). Afet Yönetim Sistemi: Türk Afet Yönetiminde Karşılaşılan Sorunların Tespit Ve Çözümüne İlişkin Bir Araştırma, Doktora Tezi
2. Al Khalaileh MA, Bond E, Alasad JA. (2011). Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management, *International Emergency Nursing*, doi:10.1016
3. Al Khalaileh MA, Bond E , Beckstrand RL, Al-Talafha A. (2010) The Disaster Preparedness Evaluation Tool<sup>®</sup>: psychometric testing of the Classical Arabic version. *Journal of Advanced Nursing* 66(3), 664–672.
4. Alpar R. (2010). Geçerlilik ve Güvenilirlik. Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik Güvenilirlik. 1. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara, s. 316-366.
5. Altıntaş KH. (2004). Afet tıbbı yüksek lisans (master) programları. Uluslararası Katılımlı I. Ulusal Afet Tıbbı Kongresi, Özet Kitabı (Kemer/Antalya, 26-30 Haziran); 78-86.
6. Altıntaş KH. (2005). Afet tıbbında öğretim ve eğitim, derleme, *Hacettepe Tıp Dergisi*; 36:139-146
7. Army H, Kjai M, Lewis MD, Rogers J. (2006). Hospital Disaster Preparedness in Los Angeles Country. *Academic Emergency Medicine*, 3(11):1198-1230
8. Association of State and Territorial Directors of Nursing (ASTDN) (2008), Every state health department needs a public health nursing leader
9. Bademci V. (2011). Türk eğitim ve biliminde bilimsel devrim: Testler ya da ölçme araçları güvenilir ve geçerli değildir. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16: 116-132.
10. Bakan İ, Kefe İ. (2012). Kurumsal Açından Algı Ve Algı Yönetimi, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt:02 Sayı:01(19-34)
11. Birhekimoğlu T. (2012). Start Triaaj Modeli, TC. Sağlık Bakanlığı
12. Büyüköztürk Ş. (2009). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, Pegem Akademi

13. Büyüköztürk Ş. (2012). Testlerin Geçerlilik ve Güvenilirliğinde Kullanılan Bazı İstatistikler. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 16. Baskı, Pegem Akademi, Ankara, s. 167-182.
14. Ceber K. (2005). Mali Yönüyle Afet Yönetimi. Yüksek Lisans. Isparta; T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi
15. Çakmak H, Aker AT, Canöz Y, Eraydın R. (2010). Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan personelin Marmara Depreminden Etkilenme ve Olası Afete Hazırlık Durumunun Saptanması. *Akademik Acil Tıp Dergisi* (2) 83-88
16. Çakmur H. (2012). Araştırmalarda Ölçme- Güvenilirlik- Geçerlilik. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 11(3): 339-344
17. Deal B, Alfred D, Fountain R, Ford T, Chilton J. (2010) Educational Opportunities, A Nursing School Model for Medical Special-Needs Sheltering, *Nurse Educator* Vol. 35, No. 3, pp. 122-126
18. Debacker M, Delooz H, Corte F. (2003). The European master program in disaster medicine. *International Journal of Disaster Medicine* ; 1:35-41.
19. Dubouloz M. (2003). WHO international diploma course in vulnerability reduction and emergency preparedness. *International Journal of Disaster Medicine*; 1:21-4.
20. Durmuş B, Yurtkuru ES, Çinko M. (2011). Sosyal Bilimlerde SPSS’le Veri Analizi 4. Baskı
21. EM-DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database, (2005).
22. Eren Çevik Ş. (2010). Temel Ve İleri Yaşam Desteği Kılavuzu
23. Erkal T, Değerliyurt M. (2011). Türkiye’ de Afet Yönetimi. *Doğu Coğrafya Dergisi* s:22
24. Erkuş A. (2003). Geçerlilik, Psikometri Üzerine Notlar. 1.Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, s. 74–114.
25. Fothergill A, Val Palumbo M, Rambur B, Reinier K, McIntosh B, (2005). The volunteer potential of inactive nurses for disaster preparedness. *Public Health Nursing* 22 (5), 414–421.

26. French ED, Sole MI, Byers JF. (2002). "A Comparison of Nurses' Needs/Concerns and Hospital Disaster Plans Following Florida's Hurricane Floyd", *Journal of Emergency Nursing*, April, 28:2, ss:111-117.
27. Fung OWM, Loke AY, Lai CKY. (2008). Disaster preparedness among Hong Kong nurses, *Journal of Advanced Nursing* 62(6), 698–703.
28. Garbutt S, Peltier J, Fitzpatrick J. (2008). Evaluation of an instrument to measure nurses' familiarity with emergency preparedness. *Military Medicine*, 173(11), 1073-1077.
29. Gomez D, Ahmed N, Haas B, Nothens A, Tien H. (2011). Disaster Preparedness of Canadian Trauma Centers: The Perspective of Medical Directors of Trauma. *Canadian Medical Association*, 54(1), 9-16
30. Gorsuch RL. (2003). Factor Analysis, *Handbook Of Psychology*, I.B. Weiner, New York, 143-164.
31. Grenberg MI, Gracely J, Juregens SH. (2002). Emergency Department Preparedness for the Evaluation and Treatment of Victim of Biological or Chemical Terrorist Attack. *Journal of Emergency Medicine*, 22(3):273-278
32. Gültekin M. (2005). Öğretimde Planlama ve Değerlendirme 5. Baskı S:217 (e-kitap)
33. Hasmillier SB, Stanley SAR. (2012). Public Health Nursing and the Disaster Management Cycle, Chapter 23,
34. Hodgetts TJ. (2003). Major incident medical training: a systematic international approach. *International Journal of Disaster Medicine* 1:13-20.
35. Hohman AG. (2008). Disaster preparedness of North Dakota nurse practitioners for biological/chemical agents.
36. ICN (2009). Disaster Planning and Relief. Retrieved April 25
37. ICN Framework of Disaster Nursing Competencies (2009). World Health Organization and International Council of Nurses, Chapter two: P.28-29
38. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, (6) 2843-28487
39. Işık Ö. ve ark. (2012) Afet Yönetimi ve Afet Odaklı Sağlık Hizmetler, *Okmeydanı Tıp Dergisi* 28(Ek sayı 2):82-123

40. Jennings-Sanders A. (2004). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings disaster nursing management model. *Nurse Education in Practice* 4, 69–76.
41. Jennings-Sanders A, Frisch N, and Wing S. (2005). Nursing Students' Perceptions About Disaster Nursing, *Disaster Management & Response* 3:80-5.
42. Kadioğlu H, Yurt S, Adana F, Uslu Ö. (2003). İstanbul'daki Akademisyen Hemşirelerin Olası İstanbul Depremine Yönelik Bireysel ve Profesyonel Hazırlıkları, 2.Uluslararası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı),07-11 Eylül 2003, 463-467
43. Kadioğlu M, Özdamar E. (2008), Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri,1. Baskı
44. Kadioğlu M. (2008). Modern, Bütünleşik Afet Yönetimin Temel İlkeleri; s. 1-34, JICA Türkiye Ofisi Yayınları No: 2, Ankara.
45. Kalaycı Ş. (2006). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, 2.Baskı, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.,331s.
46. Karancı AN. (2006). “Afetlerle yaşamak ya da Afet Yaşamamak”14.Ulusal Psikoloji Kongresi
47. Karasar N. (2000). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 10. baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti.
48. Kişioğlu Ş. (2011). Acil Bakımda / Olağanüstü Durumlarda Hemşirelik Yaklaşımlarında Genel İlkeler, Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi
49. Laye A. (2002). Avoiding Disaster How to Keep Your Business Going When Catastrophe Strikes. Peter Yanev Orinda, California.
50. Lenquist S. (2003). The emergotrain system for training and testing disaster preparedness: 15 years of experience. *International Journal of Disaster Medicine*; 1:25-34.
51. Lynn MR. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*, 35(6): 382-385
52. Middaugh D. (2003). Maintaining management during disaster, *Medsurg Nurs* 12(2):125-7

53. Nesmith EG. (2006). "Defining 'Disasters' With Implications For Nursing Scholarship And Practice", *Disaster Manage Response*, 4, ss: 59-63.
54. Noji EK. (1997). *The public health consequences of disasters*, Oxford University Press, Inc. New York.
55. Oktay C. (2000). Multipl Travmalı Hastaya Yaklaşım Ve Son Gelişmeler, *Acil Tıp Dergisi* Ekim Ayı. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı
56. Oflaz F (2007) Nursing involvement in extraordinary situations. *Balkan Military Medical Review*, 10: 172-177.
57. Oflaz F. (2008). Felaketlerin Psikolojik Etkileri Ve Hemşirelik Uygulaması, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(3)
58. Özçelik DA. (1981). *Okullarda Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: ÜSYM-Eğitim Yayınları
59. Özey R. (2006). *Afetler Coğrafyası*. Aktif Yayınevi, İstanbul, 214s.
60. Özdemir L, Sarıkamış E. (2006).Ankara İlindeki Üniversite Hastanelerinin Doğal Afetlere İlişkin Hazırlığı, *MN Dahili Tıp Bilimleri*, 1 (1), 19-26.
61. Özmen B, Nurlu M, Kuterdem K, Temiz A. (2005) *Afet Yönetimi – Deprem Sempozyumu*, Kocaeli; 23-25 Mart
62. Portney LG, Watkins MP. (1993). *Foundation of Clinical Research.*, p. 42-44, 56-57, 72-73.
63. Powers R. (2010). *Introduction To Disasters And Disaster Nursing International Disaster Nursing* , Cambridge University Press, Chapter 1
64. Putra A, Petpichetian W, Manewat K. (2011). Review:Public Health Nurses' Roles and Competencies in Disaster Management. *Nurse Media Journal Of Nursing*,1(1) January, 1-14
65. Savage C, Kub J. (2009). *Public Health and Nursing: A Natural Partnership*.
66. Stanley S, Polivka B, Gordon D. (2008). The ExploreSurge trail guide and hiking workshop: discipline specific education for public health nurses, *Public Health Nursing* 25 ( 2 ) : 166 – 175 ,
67. Hasmilller SB. (2006). Disaster. In M Staphone, J Lancaster, L Thomas (Eds.). *Fondation Of Nursing in the Community Comunnity Oriented Practice*. (2nd ed.), Chapter 14. Mosby Publications

68. Şahin C, Sipahioğlu, S. (2002). Doğal Afetler ve Türkiye. Gündüz Eğ. ve Yay. Ankara, 478s.
69. Şahin N. (2009). Afet Yönetimi Ve Acil Yardım Planları TMMOB İzmir Kent Sempozyumu: 131-142
70. Şencan H. (2005). Faktör Analizi ve Geçerlilik, Geçerlilik ve Güvenilirlik 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s. 355–414.
71. Şenocak M. (1998). Biyoistatistik.1. Basım. İstanbul. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, s. 50-51.
72. Şenol V. (2010). Temel Yaşam Desteği, Türk Uyku Tıbbı Derneği Teknisyen Sertifikasyon Kursu
73. The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Health Emergencies in Large Populations (H.E.L.P.) (2005). Prehospital and Disaster Medicine March-April; 20:2;
74. Ülker V. (2011) Doğal Afetler Gazi Ü. Acil Tıp AD.
75. Vatan F, Salur D. (2010). Yönetici Hemşirelerin Hastanelerdeki Deprem Afet Planları Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*. Cilt 3, Sayı 1, 32-44
76. Veenema TG. (2003). Disaster Nursing and Emergency Preparedness for Chemical, Biological, and Radiological Terrorism and Other Hazards. New York, NY: Springer Publishing
77. Veenema T. (2006). Expanding educational opportunities in disaster response and emergency preparedness for nurses. *Nursing Education Perspectives*, 27(2), 93-97.
78. Weiner E, Irwin M, Trangenstein P, Gordon J. (2005). Emergency preparedness curriculum in nursing schools in the United States. *Nursing Education Perspectives*, 26(9), 334–330.
79. Winston BK. (2011). Nurses' Self-Perceived Knowledge and Actual Knowledge of Disaster Preparedness, A thesis submitted to Mountain State University in partial fulfillment of the requirements for the degree Master of Science in Nursing

80. Wisniewski R, Dennik-Champion G, Peltier J. (2004). Emergency preparedness competencies: Assessing nurses' educational needs. *Journal of Nursing Administration*, 34(10), 475-480.
81. World disaster report (2012). Focus on forced migration and displacement, International Federation
82. Yamamoto A. (2008). Education and Research on Disaster Nursing in Japan . *Prehospital and Disaster Medicine*, Vol 23,Suppl.1,6-7
83. Yamamoto A, Watanabe T. (2006). *Disaster nursing competencies*. Japan: University of Hyogo, Graduate School of Nursing.
84. Yıldırım A, Şimşek H. (2006). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 6. Basım. Ankara. Seçkin Yayıncılık, s. 255-273.
85. Yurdagül H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. *XIV.Ulusal Eğitim Bilimleri Kongre Kitabı*. Pamukkale Üniversitesi Denizli.

## **11. EKLER**

EK I- Katılımcı Onam Formu

EK II- Bireysel Özellikler Formu

EK III- Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği

EK IV- Yazar İzin Yazısı

EK V- Kurum İzin Yazısı I

EK VI- Kurum İzin Yazısı II

EK VII- Etik Kurul Onayı

## EK I- Katılımcı Onam Formu

Sayın katılımcı ‘Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı’ isimli bir çalışma yapıyoruz. Sizlerin afete ne kadar hazır olduğunu belirleyecek bir ölçek geliştirilmesinin planlandığı bu çalışmaya katılmanız bizim için önemlidir. Bu araştırma, sizlerin afet hazırlığı konusundaki noksanlıklarınızı belirleyerek, bilgilerinizin hizmet içi eğitim ve uygulamalı çalışmalarla desteklenmesi için bir rehber oluşturacaktır. Araştırmamız için isim belirtme zorunluluğunuz yoktur. Vereceğiniz yanıtlar bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, şahsınıza ve kurumunuza ait bilgiler resmi ya da gayri resmi hiçbir kuruluşa verilmeyecektir. Ayrıca sizden gelecek istek doğrultusunda, sonuçlar sizlerle paylaşılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Feride ÖZCAN (KIR)

Marmara Üniversitesi

Halk Sağlığı Hemşireliği

Y.L Öğrencisi

1. Yukarıdaki çalışma ile ilgili bilgilendirme formunu okudum.	<input type="checkbox"/>
2. Bu araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre olduğunu anladım. İstediğim takdirde bu çalışmadan çekilme kararı verebilirim.	<input type="checkbox"/>
3. Yukarıda belirtilen çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.	<input type="checkbox"/>
Katılımcı Adı Soyadı	İmza

## EK II

### BİREYSEL ÖZELLİKLER FORMU

1. Doğum Yılıınız: .....

2. Cinsiyetiniz :

1. Kadın ☐

2. Erkek ☐

3. Eğitim Durumunuz :

1. Lise ☐

2. Ön Lisans ☐

3. Lisans ☐

4. Yüksek Lisans ☐

5. Doktora ☐

4. Ne kadar süredir hemşirelik yapmaktasınız?

1. 1 yıldan az ☐

4. 11 - 15 yıl ☐

2. 1 - 5 yıl ☐

5. 16 – 20 yıl ☐

3. 6 - 10 yıl ☐

6. 20 yıldan fazla ☐

5. Hangi bölümde çalışıyorsunuz?

1. Dahili Bölüm ☐

2. Cerrahi Bölüm ☐

3. Anestezi ve Reanimasyon Bölümü ☐

4. Acil Bölümü ☐

5. Diğer .....

6. Hangi statüde çalışıyorsunuz? (Eğer bulunduğunuz bölümde birden çok konumda çalışıyorsanız, lütfen ağırlıklı olarak çalıştığınız konumu seçiniz)

1. Stajyer (Yeni mezun) Hemşire ☐ 5. Eğitim Hemşiresi ☐

2. Klinik Hemşiresi ☐ 6. Başhemşire ☐

3. Yoğun Bakım Hemşiresi ☐ 7. Poliklinik Hemşiresi ☐

4. Ameliyathane Hemşiresi ☐ 8. Diğer : ..... ☐

7. Sizin için “afet” kavramı ne ifade etmektedir?  
(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Deprem, sel, kasırga gibi doğal felaketler ☐
2. Biyolojik, kimyasal ya da patlayıcı ajanlarla yapılan terörist eylemleri ☐
3. Elektrik ya da nükleer santrallerde olabilecek kazalar ☐
4. Kuş gribi gibi bulaşma oranı çok yüksek olan hastalıkların salgını ☐
5. Hepsi ☐

8. Eğitiminiz süresince afet ile ilgili eğitim aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 9. ve 10. soruyu atlayınız )

1. Evet ☐ ( Cevabınız evet ise eğitiminerede aldınız? ..... )
2. Hayır ☐

9. Aldığınız afet eğitimini tanımlayınız.

1. Teorik ☐
2. Teorik + Uygulamalı ☐

10. Aldığınız afet eğitim süresi ne kadardır?

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1. 2-4 saat <input type="checkbox"/> | 3. 1 hafta <input type="checkbox"/>          |
| 2. 1-2 gün <input type="checkbox"/>  | 4. 1 haftadan fazla <input type="checkbox"/> |

11. Hiç gerçek afet deneyimi yaşadınız mı?

1. Evet ☐
2. Hayır ☐

12. Hiç gerçek afetzedelere bakım vermek durumunda kaldınız mı?

(Cevabınız “Hayır” ise 13. soruyu atlayınız)

1. Evet ☐
2. Hayır ☐

13. Yaşadıysanız, bu deneyimin size ne kattığını düşünüyorsunuz?

.....  
.....

**14.** Çalıştığınız hastaneye ait bir afet planı var mı ? (Cevabınız ‘hayır’ ise 15. soruyu atlayınız)

1. Evet ◇

2. Hayır ◇

3. Emin Değilim ◇

**15.** Çalıştığınız yerin afet planını hiç okudunuz mu?

1. Evet ◇

2. Hayır ◇

**16.** Daha önce hiç afet tatbikatına katıldınız mı?

1. Evet ◇ ( ..... süre önce, ..... tatbikatı)

2. Hayır ◇

**17.** Sizce bir hemşire afet esnasında hangi rollere sahiptir?

(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Bakım Verici

◇

4. Danışman

◇

2. Koordinatör

◇

5. Yönetici

◇

3. Eğitimci

◇

6. Diğer : .....

**18.** Sizin için afet anında öncelikli olan nedir? (Sadece 1 seçenek işaretleyiniz)

1. Mümkün olan en kısa sürede kaçmak

◇

2. Mümkün olduğu kadar çok hastayı tahliye etmek

◇

3. Bulunduğum bölümün yetkilisinin direktiflerini uygulamak

◇

4. Afet yönetimi için hazırlanan hastane afet planı protokolünü izlemek

◇

5. Diğer : .....

**19.** Bir hemşire olarak afete karşı kendinizi daha hazır hissetmeniz için aşağıdaki eğitimlerden hangilerini almak isterdiniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. İlk Yardım

◇

2. Sahada Triaaj

◇

3. Temel Yaşam Desteği

◇

4. Kardiyovasküler Yaşam Desteği

◇

5. Enfeksiyon Kontrolü

◇

6. Çoklu Travmalarda Müdahale ◇
7. Post – Travmatik Durumlarda Bireylere Psikolojik Yaklaşım ◇
8. Hiçbirinin gerekli olduğunu düşünmüyorum ◇
9. Diğer : Belirtiniz .....

**20.** Bir hemşire olarak afetlere karşı hazırlıklı olma durumunuzu derecelendiriniz.

1. ( Hiç hazır değil) ◇
2. ( Kısmen hazır ) ◇
3. ( Tamamen Hazır) ◇

**21.** Size göre ülkenizin afetlere karşı hazırlıklı olma durumunu derecelendiriniz.

1. ( Hiç hazır değil) ◇
2. ( Kısmen hazır ) ◇
3. ( Tamamen Hazır) ◇

<p align="center"><b>HEMŞİRELERDE AFETE HAZIRLIK ALGISI ÖLÇEĞİ</b></p> <p align="center"><u>Size uygun olan seçeneği işaretleyiniz</u></p>		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
<b>HAZIRLIK EVRESİ</b>	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 ○
<b>MÜDAHALE EVRESİ</b>	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 triaj 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 ○
<b>AFET SONRASI EVRESİ</b>	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 gerekecek eğitimi 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 IV- YAZAR İZİN YAZISI I

Yeni

Yanıtla

Sil

Arşivle

Geri Gözet

Supur

Şuraya taşı

Kategoriler

feride kir

28.12.2011

Kime: renea\_beckstrand@byu.edu

Eylemler

Hi Dr. Renea Beckstrand;

I'm writing from Istanbul,Turkey.I'm working in Gulhane Military Medical Academy as a military nurse . And I'm doing master at Marmara University.

I read your research,and I liked it too much.

You have heard maybe, 2-3 months ago,we had a natural disaster in Van.After this disaster I decided to do a research about Turkish nurses' disaster preparedness and their disaster perception for my thesis.

I want your scale " Disaster Preparedness Evaluation Tool" which use in "*Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management*" (with original validity and reliability test) to adapt in Turkish.If you use any other source,please send me their names/links.

2 months ago, I sent an e-mail to Elaine Bond; but she didn't answer me.I took your mail address from Dr Murad Al Khalailah.He sad me that, you have the English version of this tool.

I'm waiting your response impatiently ( positive or negative )...

Feride KIR

About your research

Renea Beckstrand

03.01.2012

Kime: feride kir

Eylemler

1 ek (158,4 KB)

Outlook Etkin Görünüm

Preparedness of nur...

Çevrimiçi göster

Zip olarak indir

Here is a PDF of the document. You are authorized to use this tool IF you agree to send me a copy of the translation or edited version for my records and to be notified when your research is published. Dr. Renea L. Beckstrand

74

## EK V- YAZAR İZİN YAZISI II



feride kr 29.12.2011  
Kime: hsof@inet.polyu.edu.hk

Eylemler v

Hi Mrs. Olivia Fung ;  
I'm writing from Istanbul,Turkey.I'm working in Gulhane Military Medical Academy as a military nurse . And I'm doing master at Marmara University.  
I read your research,and I liked it too much.

You have heard maybe, 2-3 months ago,we had a natural disaster in Van.After this disaster I decided to do a research about Turkish nurses' disaster preparedness for my thesis.  
I want your scale (in English) which use in "Disaster preparedness among Hong Kong nurses", (with original validity and reliability test) to adapt in Turkish.If you use any other source,please send me their names/links.

I'm waiting your response impatiently ( positive or negative )...

Feride KIR

Master Student of Public Health Nursing,  
Marmara University



Olivia Fung [SN] (Olivia.Fung@inet.polyu.edu.hk) Kiplere ekla 29.12.2011 Belgeler  
Kime: feride k7r

Eylemler v

1 ek (118,0 KB)

Outlook Etkin Görünüm v



Zip olarak indir

Dear Feride KIR,  
Thanks for your interest in my study. Please find attached the questionnaire I used for my study. Feel free to translate to Turkish and use it. I do not have any other scale for this questionnaire. For further information about validity, please read the article.  
Regards  
Olivia

>>> feride kr <feridekr\_86@hotmail.com> 12/29/2011 6:28 AM >>>

## EK VI

HİZMETE ÖZEL

T.C.  
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI  
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ KOMUTANLIĞI  
İSTANBUL



HRK.EĞT.Ş. : 3730- 872 -12/Eğt.Öğt.Ks.

03 Ağustos 2012

KONU : Araştırma Talebi.

DAĞITIM KISMIN YAZILMIŞTIR.

İLGİ : GATA K.lığının 26 Temmuz 2012 tarihli, HRK.:3730- 2070 -12/Mzn.Son.(3) (1511)-7267 sayılı ve "Araştırma Talebi" konulu emri.

1. GATA H.Paşa Eğitim Hastanesinde görevli Svl.Me(Hemşire) Feride KIR(G-2008-31), "Hemşirelerin afete hazır olma durumu ve hazırlık algısı" konulu tez çalışmasının anket uygulamasını GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde yapmayı talep etmiştir.
2. Söz konusu anketin GATA H.Paşa Eğitim Hastanesinde yapılmasının uygun bulunduğu ilgi emir ile bildirilmiştir.
3. Svl.Me(Hemşire) Feride KIR(G-2008-31) tarafından çalışmanın bitimini müteakip, çalışmaya ilişkin anket sonuçlarının da içeren bir sonuç ve değerlendirme raporu hazırlanarak GATA H.Paşa Eğitim Hastanesi K.lığına gönderilecektir.

Arz ve rica ederim.

HASTANE KOMUTANI EMRİYLE

Tuncay YILMAZ  
Hv.Svn.Alb.  
Kurmaya Başkan Vek.

## EK VII



T.C  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ  
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı: B.30.2.İST.0.30.83.00/ 1310

29.03.2012

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığına  
İlgi: 28.03.2012 tarih ve 9237 sayılı yazınıza:

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Feride KIR'ın "Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı" başlıklı tez çalışmasını Etik Kurul onayını takiben yapmasında sakınca yoktur.

Bilgilerinize ve gereğini saygılarımla arz ederim.

**Dr.Hem.Leman KUTLU**  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

Adres: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Fatih-İSTANBUL  
Tel: 312 341 41 30-41 21 50 21 Sayı: C. (212) 414 33 30  
e-posta: cihim@istanbuluniv.edu.tr / cihim@istanbuluniv.edu.tr

Ayrıca bilgi için irtibat: L.KUTLU Hem. Hizm. Müdürü

## EK VIII



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

**PROJENİN ADI:** Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı  
**PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ:** Yrd. Doç. Dr. Saime EROL  
**PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR:** Feride KIR  
**ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI:** 21.03.2012 – 11

Sayın Yrd. Doç. Dr. Saime EROL

45 protokol nolu “Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı” isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Komisyon Başkanı

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Doç. Dr. Ebru IŞIK ALTURFAN  
Komisyon Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Gül AYANOĞLU DÜLGER

Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

Prof. Dr. Refika ERSU

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

Doç. Dr. Asım CİNGİ

Doç. Dr. Pınar AY

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜVEN

## 12 . ÖZGEÇMİŞ

### 1. GENEL

Düzenlenme Tarihi: 01.04.2013		
Soyadı, Adı: Özcan, Feride		Doğum Tarihi:02.10.1986
YAZIŞMA ADRESİ		
Girne Asker Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü Girne /KKTC		
Telefon: 0 392 8155552 (1043)	Email:feridekr_86@hotmail.com	Fax:0 392 815 63 67

### 2. EĞİTİM

Öğrenim Dönemi	Derece	Üniversite	Öğretim Alanı
2005	Lisans	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu	Hemşirelik
2010-	Yüksek Lisans(Devam ediyor)	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği

### 3. MESLEKİ DENEYİM

Görev Dönemi	Görev Yeri	Görev Süresi	Bölüm
2008-2009	GATA	6 Ay	Anestezi ve Reanimasyon AD.
2009	GATA	6 Ay	Genel Cerrahi AD.
2009-2012	GATA Haydarpaşa	3 Yıl	Kalp ve Damar Cerrahi AD.
2012-	Girne Asker Hastanesi	10 Ay (Devam ediyor)	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon BD.

### 4. YABANCI DİL:

İngilizce (İyi)