



T.C.

SANKO ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

6 ŞUBAT 2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNİ YAŞAYAN YENİDOĞAN  
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HEMŞİRELERİNİN DEPREM STRESİ İLE BAŞ  
ETME STRATEJİLERİ VE KARŞILANAMAYAN BAKIM ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Selin AYTEMİZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Selver GÜLER

DANIŞMAN

GAZİANTEP 2024

T.C.  
SANKO ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

6 ŞUBAT 2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNİ YAŞAYAN YENİDOĞAN  
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HEMŞİRELERİNİN DEPREM STRESİ İLE BAŞ  
ETME STRATEJİLERİ VE KARŞILANAMAYAN BAKIM ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

SELİN AYTEMİZ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ SELVER GÜLER  
DANIŞMAN

2024  
GAZİANTEP

## KABUL VE ONAY SAYFASI

<b>Öğrencinin Adı Soyadı</b>	Selin AYTEMİZ	<b>Tez Savunma Tarihi</b>	12.06.2024
<b>Tez Adı</b>	6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi Ni Yaşayan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri ve Karşılanamayan Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi		

### LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütölmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Selver GÜLER	Kilis 7 Aralık Ün./SBF/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Zerrin ÇİĞDEM	Topkapı Üniversitesi/SBF/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	
Üye	Doç. Dr. Sibel POLAT OLCA	Sanko Üniversitesi/Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	

### ONAY

### ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

**Tarih** : ...../...../.....

**Karar No** : ...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

**Prof. Dr. Ayşen BAYRAM**  
Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Selin AYTEMİZ

.... /..... /20.....

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ilgi, destek ve anlayışını esirgemeyen, mesleki ve akademik anlamda bana yeni bakış açısı ve ufuklar açan, gerek eğitim süreci gerekse tez çalışmam sürecinde büyük bir özveri, sabır ve titizlikle destek olan, bana rehberlik eden çok değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Selver GÜLER'e,

Yüksek lisans eğitimime başlamama teşvik eden, her aşamasında beni destekleyen ve her zaman yanımda olan Doç. Dr. Yasemin ÇOBAN, Dr. Öğr. Üyesi Sümeyra TOPAL, Uzm. Hem. Yunus GÜRBÜZ ve Hem. Murat SARI'ya,

Beni bugünlere getiren tüm eğitim süreçlerinde her türlü desteklerini ve dualarını esirgemeyen annem Cemile ERGÜVEN ve ablam Sezen ERGÜVEN'e,

Maddi manevi desteğini esirgemeyen ve bu süreçte birçok fedakarlığa katlanan sevgili eşim Taner AYTEMİZ'e ve eğitim süresince arada ilgisiz davrandığım, kıymetlim, dünyalar tatlısı canım oğlum Aybars AYTEMİZ'e,

Yaşanmış zor zamanlara rağmen beni kırmayıp çalışmama katılarak destekleyen meslektaşlarıma, teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu tezi 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminde hayatını kaybeden sağlık profesyonellerine ithaf ediyorum...

Saygılarımla  
Selin AYTEMİZ

## ÖZET

### 6 ŞUBAT 2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİNİ YAŞAYAN YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HEMŞİRELERİNİN DEPREM STRESİ İLE BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE KARŞILANAMAYAN BAKIM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışma; 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremini yaşayan yenidoğan yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin deprem stresi ile baş etme stratejileri ve karşılanamayan bakım arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma Eylül 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında Kahramanmaraş, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Hatay, Kilis, Malatya ve Elâzığ illerinde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan 600 hemşireyle yapılmıştır. Veriler etik kurul izni alındıktan sonra, veri toplama araçları ile google forms aracılığıyla whatsapp ve mail üzerinden çevrimiçi olarak toplanmıştır. Veriler SPSS 25.0 istatistik programında değerlendirilmiştir ve  $p<0,05$  istatistiksel anlamlılık seviyesi seçilmiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerin %74'ü kadın, %42,3'nün 30 yaş üstü, %57,8'nin lisans mezunu ve %54,3'nün evli olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %17,2'si Adana, %15,0'i Kahramanmaraş ve %11,2'si Gaziantep ilinde depremi yaşamışlardır. Deprem Stresi İle Baş Etme Stratejileri Ölçeği "Dini Baş Etme" alt boyut puan ortalaması "16,62±2,74", "Olumlu Yeniden Değerlendirme" alt boyut puan ortalaması "17,85±3,31" ve "Sosyal Destek Arama" alt boyut puan ortalaması "13,25±1,97" olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin en çok karşılayamadıkları bakımların, "Refakatçi tarafından yapılan uygulamaları değerlendirme", "Çocuk ve ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme" ve "Hasta ve aile eğitimi" olduğu belirlenmiştir. Karşılanamayan bakım anketi alt boyut puan ortalamaları; "Çalışan Kaynaklı" alt boyut puan ortalaması "9,86±2,91", "İletişim Kaynaklı" alt boyut puan ortalaması "14,40±4,42" ve "Materyal Kaynaklı" alt boyut puan ortalaması "9,44±2,76" olduğu bulunmuştur. Çalışmada Karşılanamayan Bakım Anketi "Çalışan Kaynaklı" alt boyutu ile Deprem Stresi İle Baş Etme Stratejileri Ölçeği "Dini Baş Etme" alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) ve zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Karşılanamayan Bakım Anketi "İletişim ve Materyal Kaynaklı" alt boyutları ile Deprem Stresi İle Baş Etme Stratejileri Ölçeği "Olumlu Yeniden Değerlendirme" ve "Sosyal Destek Arama" alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) saptanmıştır. Hemşirelerin afetler sonrasında bakım kalitesini etkileyecek personel yetersizliği, malzeme/ekipman eksikliği ve iletişim sorunları gibi etmelerin azaltılmasına yönelik gerekli önlemler alınmalı, hemşirelere dini/manevi destek ve danışmanlık hizmet verilmesi sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kahramanmaraş Depremi; Yenidoğan Hemşiresi; Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi; Karşılanamayan Bakım; Deprem Stresi İle Baş Etme.

## ABSTRACT

### INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN COPING STRATEGIES FOR EARTHQUAKE STRESS AND MISSCARE NEEDS AMONG NURSES IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT WHO EXPERIENCED THE KAHRAMANMARAŞ EARTHQUAKE ON FEBRUARY 6, 2023

This study was carried out to investigate the relationship between coping strategies for earthquake stress and misscare needs among nurses in the neonatal intensive care unit who experienced the Kahramanmaraş earthquake on February 6, 2023. The research was conducted between September 2023 and June 2024 with 600 nurses working in the neonatal intensive care unit in the provinces of Kahramanmaraş, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Hatay, Kilis, Malatya and Elazığ. Following ethics committee permission, data were collected online through whatsapp, e-mail and google forms as data collection tools. The data were evaluated through SPSS 25.0 statistical program, and a statistical significance level of  $p < 0.05$  was selected. As a result of the research, it was found that 74% of the nurses were women, 42.3% were over the age of 30, 57.8% were undergraduate graduates, and 54.3% were married. 17.2% of the nurses experienced the earthquake in Adana, 15.0% in Kahramanmaraş and 11.2% in Gaziantep province. The mean score of "Religious Coping" sub-dimension, "Positive Reappraisal" sub-dimension and "Seeking Social Support" sub-dimension of the Earthquake Stress Coping Strategies Scale are "16.62±2.74", "17.85±3.31" and "13.25±1.97" respectively. It was also found that the most Misscare Survey needs of the nurses include "Assessment of procedures by the attendant", "Discharge planning and discussion regarding home care with the child and family" and "Patient and family education". Misscare Survey sub-dimension mean scores were found to be "9.86±2.91" for the "Employee-Related" sub-dimension, "14.40±4.42" for the "Communication-Related" sub-dimension and "9.44±2.76" for the "Material-Related" sub-dimension. The study concluded that there was a negative, statistically significant ( $p < 0.05$ ) and weak relationship between the "Employee Related" sub-dimension of the Misscare Survey questionnaire and the "Religious Coping" sub-dimension of the Earthquake Stress Coping Scale. It also concluded that there was no statistically significant relationship ( $p > 0.05$ ) between the "Communication Related" and "Material Related" sub-dimensions of the Misscare Survey questionnaire and the "Positive Reappraisal" and "Seeking Social Support" sub-dimensions of the Earthquake Stress Coping Scale. Necessary measures should be taken to reduce the factors that might affect the quality of care of nurses after disasters, such as insufficient personnel, lack of materials/equipment and communication problems. Religious/spiritual support and counseling services should also be offered to nurses.

**Keywords:** Kahramanmaraş Earthquake; Neonatal Nurse; Neonatal Intensive Care Unit; Misscare; Coping with Earthquake Stress.

<b>KABUL VE ONAY SAYFASI.....</b>	<b>III</b>
<b>ETİK BEYAN.....</b>	<b>IV</b>
<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>V</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>VI</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VII</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....</b>	<b>VIII</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>X</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ .....</b>	<b>XI</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ .....</b>	<b>XII</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Yenidoğanın Tanımı .....	4
2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri ve Sınıflandırılması .....	5
2.3. Yenidoğan Hemşiresinin Tanımı .....	6
2.4. Yenidoğan Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları.....	7
2.5. Afet .....	7
2.5.1. Afet türleri.....	8
2.5.2 Afet yönetimi .....	8
2.6. Dünyada Afetler.....	10
2.7. Türkiye’de Afetler .....	11
2.8. Deprem.....	12
2.8.1. Dünyada deprem .....	12
2.8.2. Türkiye’de deprem.....	13
2.8.3. Kahramanmaraş depremi .....	14
2.9. Depremin Psikolojik Etkileri .....	14
2.10. Travma .....	15
2.10.1. Afetler sonrası travma.....	16
2.11. Psikolojik Dayanıklılık .....	16
2.12. Stresle Baş Etme .....	16
2.12.1. Stres .....	16
2.12.2. Stres belirtileri.....	17
2.12.3. Stresle baş etme süreci .....	17

2.12.4. Deprem stresi ile baş etme stratejileri.....	19
2.13. Afetlerde Yenidoğan Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	20
2.14. Karşılanamayan Bakım.....	21
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>25</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.3.1. Araştırmanın evreni .....	25
3.3.2. Araştırmanın örnekleme .....	25
3.4. Veri Toplama Araçları .....	26
3.4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri formu .....	26
3.4.2. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu.....	26
3.4.3. Deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeği .....	27
3.5. Verilerin Toplanması .....	28
3.5.1. Verilerin toplama süreci.....	28
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	29
3.6.1. Bağımsız değişkenler .....	29
3.6.2. Bağımlı değişkenler .....	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	29
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	29
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>30</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>52</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>63</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>65</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>77</b>
EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
EK-2 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Formu	
EK-3 Karşılanamayan Bakım Pediatrik Anket Formu	
EK-4 Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği	
EK-5 Etik Kurul Onayı	
EK-7 Tez İntihal Raporu	
EK-8 Özgeçmiş	
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b>	

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AFAD</b>	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
<b>DSBÖ</b>	: Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EM-DAT</b>	: Uluslararası Afet Veri Tabanı
<b>HAP</b>	: Hastane Afet ve Acil Durum Planı
<b>T.C.</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>TTB</b>	: Türk Tabipler Birliği
<b>TUAAS</b>	: Türkiye Ulusal Afet Arşiv Sistemi
<b>YYBÜ</b>	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Tablo 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri. ....	30
Tablo 4.2. Hemşirelerin deprem süreçleri ile ilgili verilerin dağılımı. ....	32
Tablo 4.3. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu A bölümüne verilen cevapların dağılımı.....	35
Tablo 4.4. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu A bölümüne verilen cevapların madde puan ortalamalarının dağılımı.....	38
Tablo 4.5. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu B bölümüne verilen cevapların dağılımı. ....	39
Tablo 4.6. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri verileri ile karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu B bölümüne göre puanların dağılımı. ....	40
Tablo 4.7. Hemşirelerin deprem süreçleri verileri ve karşılanmayan bakım anketi pediatrik formu B bölümüne göre puanların dağılımı .....	42
Tablo 4.8. Hemşirelerin deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeğine verilen puan ortalamalarının dağılımı.....	45
Tablo 4.9. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri verileri ile deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeğinin alt boyutlarına göre puan dağılımı.....	46
Tablo 4.10. Hemşirelerin deprem süreçleri verileri ve deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeğinin alt boyutlarına göre puan dağılımı. ....	48
Tablo 4.11. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu B bölümü alt boyutları ve deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı.....	51
Tablo 4.12. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu B bölümü alt boyutları ve deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasındaki korelasyon. ....	51

Şekil 2.1. Gebelik yaşına göre yenidoğanların sınıflandırılması .....	4
Şekil 2.2. Gestasyon haftalarına göre büyüme eğrileri .....	5
Şekil 2.3. Afet döngüsü.....	9
Şekil 2.4. Afet yönetim bileşenleri .....	10
Şekil 2.5. AFAD doğa kaynaklı olay istatistikleri .....	11



## 1. GİRİŞ

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) göre afetin tanımı; “Sosyal, maddi, fiziksel kayıplara yol açan, olağan hayatı ve bireylerin günlük faaliyetlerini kesintiye uğratan ya da durduran, meydana geldiği tüm toplumu etkileyen, etkilenen toplumun kendi imkân, kaynaklarıyla üstesinden gelemeyeceği doğal, teknolojik ve insan kaynaklı olaylar bütünüdür. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur” olarak tanımlamıştır (1). Doğal bir afet türü olan deprem yerkabuğunun içindeki kırılmalar nedeniyle ani olarak ortaya çıkan titreşimlerin dalgalar halinde yayılarak geçtikleri ortamları ve yer yüzeyini sarsan durumdur (2). Türkiye, Küresel Risk Endeksi’nde 191 ülke arasında afetler nedeniyle 45. sırada yer almakta olup risk endeksi yönünden 5,0 endeks puanı ile “Yüksek risk ve riskin artma eğilimindeki” grubundaki ülkeler arasındadır (3). Türkiye’de 6 Şubat 2023 tarihli, merkez üssü Kahramanmaraş’ın Pazarcık ilçesinde saat 04.17’de 7,7 büyüklüğünde, aynı gün içerisinde saat 13.24’te yine Kahramanmaraş’ın Elbistan ilçesi merkez üssünde 7,6 büyüklüğünde ve 20 Şubat 2023 tarihinde saat 20.04’te merkez üssü Hatay Yayladağı ilçesinde 6,4 büyüklüğünde üç deprem meydana gelmiştir. Bu üç büyük deprem Kahramanmaraş, Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kilis, Malatya, Osmaniye, Şanlıurfa ve Elâzığ olmak üzere 11 ili etkilemiştir. Yaşanan depremlere şiddeti ve kapsadığı alan açısından bakıldığında yakın yüzyılda eşi benzeri olmayan felaket olarak tarih sayfalarına geçmiştir. Kahramanmaraş depremi; sosyoekonomik yönden çok büyük hasara yol açmış ve 50 000’den fazla insan kaybı yaşanmasına sebep olmuştur (4, 5).

Afetlerde sağlık çalışanları içinde hemşirelerin, olayın büyüklüğü, yaralanmanın ciddiyeti ne olursa olsun kurtarma/ilk yardım operasyonları sırasında ve sonrasında rolü çok büyüktür. Afet durumlarında hemşirelerden sadece tıbbi tedavide değil aynı zamanda zarar gören insanların acı ve ruhsal belirtilerini nasıl tanımlayacakları, onlara nasıl yardım etmeleri hususunda bilgi sahibi olmaları da beklenmiştir (6). Hemşireler afet durumlarında sağlık bakımı yönünden önemli role sahip olsa da onların da afetzede oldukları unutulmamalıdır. Hemşirelerin yakınlarını kaybetmeleri, evlerinin hasar alması, afet sonrası maddi kayıp, deprem sebebiyle altyapının zarar görmesi, afet bölgesinde bulaşıcı hastalık riski, yoğun çalışma şartları gibi durumların yanı sıra personel eksikliği, tükenmişlik, kaygı, fizyolojik yorgunluk ve hatta Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) şeklinde kronik, öngörülemeyen etkilere kadar değişen psikolojik sorunlar yaşayabilirler (7). Yapılan bir çalışmada depreme maruz kalan hemşirelerin, bir yıl içinde maruz kalmayanlara göre önemli ölçüde daha yüksek düzeyde TSSB ve depresif belirtiler bildirdiklerini gösterdiği

belirlenmiştir (8). Kaya'nın (2015) yaptığı çalışmada Van depremi sonrası sağlık çalışanlarında artmış uyarılma, rüyalarda yeniden aynı travmayı yaşamaları ve rahatsız edici düşüncelerin olmasına karşın hayata karşı bakış açılarını olumlu yönde değiştirdikleri belirlenmiştir (9). Deprem gibi doğal afetler sırasında hemşireler depremzedelerle ilgilenmeyi görev sayarlar ve yardım etmeye gönüllü olurlar (10). Hemşireler afet durumlarında her zaman ön saflarda yer alırlar ve en üst düzeyde performans gösterirler. Kötü çalışma koşullarına ek olarak psikososyal yükler binse de yine de zor koşullarda çalışmış ve en zor süreçlere kapalı kalarak önemli katkılar sağlayabilmişlerdir (11). Özgelet ve Utkucu'nun (2021) yaptıkları çalışmada depremden sonraki süreçlerde; arkadaş/aile desteğinin, dinin, olumlu yeniden değerlendirmenin, duygu/bilgi paylaşımının, maddi ve sosyal desteklerin depremin yıkıcı etkisiyle baş etmede önemli etkenler olduğunu belirlenmiştir (12).

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı; çeşitli nedenlerden dolayı hastaya uygulanması gereken bakımının hiç verilmemesi, eksik verilmesi, dikkatinden kaçırarak hastanın güvenliğini tehlikeye sokan ihmal ya da hata olarak tanımlanmıştır (13-15). Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ)'de karşılanamayan birçok hemşirelik bakımı bulunmakla birlikte, hemşireler hastalardaki değişiklikleri hızlı bir şekilde tespit etme ve hastalarını düzenli olarak izleme gibi davranışlarla istenmeyen durumların önüne de geçebilmişlerdir (16-18). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin bakım kalitesini düşürmesinin ve bundan dolayı kötü sonuçlar yaşanmasının nedeninin işinden hoşnut olmamasından kaynaklı olduğu belirlenmiştir (19). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan çalışmada karşılanamayan bakımının nedenleri arasında; hemşire/hekim arasındaki iletişim sorunları, deneyimsiz hemşirelerin varlığı, malzeme ve yardımcı personel eksikliği olarak açıklanmıştır (20). İsrail'de yapılan farklı bir çalışmada ise iş yükünün fazlalığından dolayı pediatri ve yenidoğan hemşirelerinin en çok karşılayamadıkları hemşirelik bakımlarının; banyo yaptırılması, ağız bakımı ve beslenme olduğu belirlenmiştir (16).

Afetler kaçınılmazdır ve kısa sürede çok sayıda insanı etkilemekte, sağlık hizmeti sunumunda paniğe, kaosa ve düzensizliğe neden olmaktadır. Afetlerde her zaman ön cephede çalışan hemşirelere akut ve uzun dönemde yapılabilecek psikososyal girişimler deprem travmasının etkilerinin azaltılmasında son derecede önemlidir. Hemşirelere yönelik psikoeğitim verilmesi, manevi/dini destek sağlanması, çalışma şartlarının düzeltilmesi ve iletişim becerilerinin artırılmasına yönelik düzenlemeler karşılanamayan bakım oranlarının düşürülmesinde ve deprem stresiyle baş etmesinde önemli unsurlardır. Bu çalışma

yenidoğan hemşirelerinin deprem stresi ile baş etme stratejileri ve karşılanamayan bakım arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yurütüldü.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yenidoğanın Tanımı

Yenidoğan dönemi, doğumdan sonra 0-28 günlük bebekler ve erken doğan bebeklerde düzeltilmiş yaşı 52 hafta olanları kapsamaktadır (21).

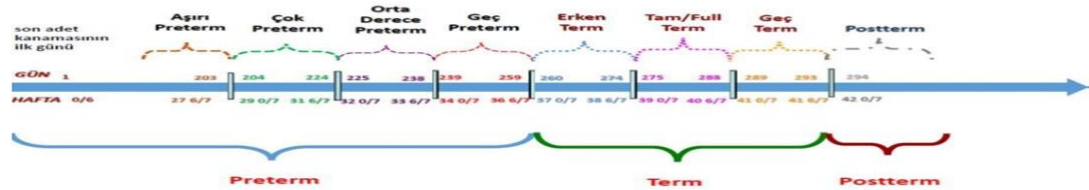
Yenidoğanlar; term, preterm ve postterm şeklinde sınıflandırılmaktadır. Gestasyon haftası, annenin son âdet kanamasının ilk gününden doğum anına kadar geçen süredir. Canlı doğmak şartıyla normal gestasyon 38. gebelik haftasının ilk gününden (260. gün) sonra 42. gebelik haftasından (294 gün) önce doğan bebekler term ya da zamanında doğan yenidoğan olarak adlandırılmaktadır. 43. gebelik haftasının ilk günü yani 295. günden sonra doğan bebek "Postterm yenidoğan ya da zamanından sonra doğan" olarak tanımlanmaktadır. Literatürde preterm bebekler ise gebelik yaşı ve doğumda vücut ağırlığına göre sınıflandırılırlar.

#### Preterm bebeklerde gebelik yaşına göre yenidoğan sınıflandırması:

- **Geç ve orta preterm doğum:** 32-<37 hafta ya da  $225 \leq - \leq 259$  gün olarak tanımlanmaktadır.
- **Çok preterm doğum:** 28-<32 hafta ya da  $204 \leq - \leq 224$  gün olarak tanımlanmaktadır.
- **Aşırı preterm doğum:** <28 hafta ya da  $\leq 203$  gün olarak tanımlanmaktadır (22-25).

#### Preterm bebeklerde doğum ağırlığı durumuna göre yenidoğan sınıflandırması:

- **Düşük Doğum Ağırlığı (DDA):** Bebeğin gebelik yaşına bakılmaksızın doğumda vücut ağırlığının 2500 gramın altında olmasıdır.
- **Çok Düşük Doğum Ağırlığı (ÇDDA):** Bebeğin gebelik yaşına bakılmaksızın doğumda vücut ağırlığının 1500 gramın altında olmasıdır.
- **Aşırı Düşük Doğum Ağırlıklı Bebekler (ADDA):** Bebeğin gebelik yaşına bakılmaksızın doğumda vücut ağırlığının 1000 gramın altında olmasıdır (26).

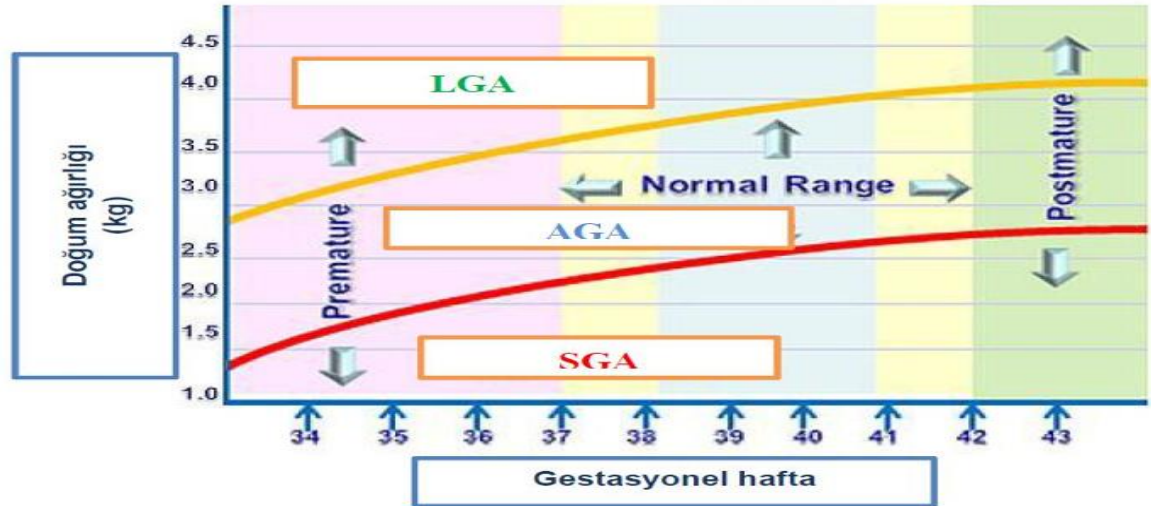


Şekil 2.1. Gebelik yaşına göre yenidoğanların sınıflandırılması (22).

Zaman içinde günümüzde genel kabul gören sınıflama şu şekilde kullanılmaya başlanılmıştır:

- **İntrauterin büyüme geriliği (IUBG):** Büyüme olumsuz yönde etkileyen faktörler nedeni ile fetal büyümenin beklenenden düşük olmasıdır.

- **Gebelik Yaşına Göre Küçük Bebek (SGA):** Yenidoğanın vücut ağırlığının gestasyon yaşına göre toplum standartlarının altında (-2 SD, <10 persentil) olmasıdır.
- **Gebelik Yaşına Göre Uygun Bebek (AGA):** Yenidoğanın vücut ağırlığının gestasyon yaşına göre 10. ve 90. persentil arasında olmasıdır.
- **Gebelik Yaşına Göre İri Bebek (LGA):** Yenidoğanın vücut ağırlığının gestasyon yaşına göre 90. persentilin üzerinde olmasıdır (27, 28).



Şekil 2.2. Gestasyon haftalarına göre büyüme eğrileri (27).

## 2.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri ve Sınıflandırılması

YYBÜ'leri oldukça karmaşık, dinamik, değişken ve yoğun birimlerdir olmasından dolayı yenidoğanların YYBÜ'ye kabul kararını sorumlu hekim ve sorumlu hemşire vermektedir. Kabul süreci, uygun tedavi ve bakım sunabilmek için hizmet seviyesine uygun, yeterli donanım ve çalışan sayısını varlığı gibi ölçütlere bakılarak karar verilmektedir (29). Yenidoğanların üniteye kabulü; ameliyathane, doğumhane, poliklinik ya da farklı merkezlerden konsültasyon, görüntüleme, operasyon amacı ile hastaneler arası tek yönlü, çift yönlü ve geri transport şeklinde de gerçekleştirilir (30).

YYBÜ'ler tıbbi bakım ve tedavi gereksinimi olan bebeklere, gerektiği durumlarda sürekli yaşam desteği sağlanan özellikli birimlerdir. Yenidoğanın tedavi süreçleri birçok branşın içinde olduğu multidisipliner bir ekip yönetiminde gerçekleşmektedir. Özellikle ve büyük dikkatle desteklenmesi "Solunum, nöroloji, gastrointestinal sistem, nefroloji, kalp, enfeksiyon ve dermatoloji" gerekmektedir (31). Ülkeler arası farklılık gösteren YYBÜ düzey tanımlamaları, doğum /yıllık nüfus artış oranlarına ve yenidoğanların mortalite/morbidite durumlarına göre değişiklik göstermektedir (32). 2020 yılında,

21.08.2020 tarihinde Resmî Gazetede yayımlanan YYBÜ'leri I, II, III, IVA ve IVB seviye olarak sınıflandırılmaktadır. YYBÜ'de çalışan hemşireler; I. seviyede altı, II. seviyede beş, III. seviyede dört ve IV. seviyede üç hasta bakılmaktadır. Türkiye'de YYBÜ seviyeleri:

• **I. seviye YYBÜ:** Doğumda vücut ağırlığı 2.500 gramın üzerinde, vücut ısısını koruyamayan, emme/ beslenme güçlüğü olan, fototerapi gereksinimi öngörülen, 24 saat serbest akış oksijen gereksinimi olan ve bir üst seviye YYBÜ'ye nakli yapılana kadar yenidoğanın sağlığı açısından risk oluşturan tedavi, izlem ve bakımın yapıldığı birimlerdir.

• **II. seviye YYBÜ:** I. seviyeye ek olarak, doğumda vücut ağırlığı 1500 ile 2500 gram arasında, 24 saatten fazla oksijen gereksinimi ile noninvaziv ventilasyon gereksinimi olan, kan değişimi, immünglobulin tedavisi, minör cerrahi, retinopati muayenesi, beslenmeye karşın hipoglisemik durumu süren ve bir üst seviye YYBÜ'ye nakli yapılana kadar yenidoğanın sağlığı açısından risk oluşturan tedavi/izlem/muayene ve bakımların yapıldığı birimlerdir.

• **III. seviye YYBÜ:** II. seviyeye ek olarak invaziv/noninvaziv mekanik ventilasyon gereksinimi olan/olmayan doğumda vücut ağırlığı 1500 gramın altında, dolaşım sorunu olan, hipotermi, diyaliz, toraks tüpü, ekokardiyografi, prematüre retinopatisi ve bir üst seviye YYBÜ'ye nakli yapılana kadar yenidoğanın sağlığı açısından risk oluşturan tedavi/izlem/muayene ve bakımların yapıldığı birimlerdir.

• **IV. seviye (IVA-IVB) YYBÜ:** III. seviyeye ek olarak daha ileri seviye yenidoğanların takip, izlem ve bakımlarının yapıldığı birimlerdir. IVB A ve IVB seviye olmak üzere iki bölüme ayrılır. IVA seviye YYBÜ'de nitrik oksit tedavisinin ve amplitüd elektroensefalografi uygulanmakta olup, IVB seviye YYBÜ'de ise ekstrakorporal membran oksijenasyonu, vitrektomi tedavisi ve doğumsal tüm kardiyak operasyonların yapıldığı birimlerdir" (33).

### **2.3. Yenidoğan Hemşiresinin Tanımı**

Türkiye'de ve bebek ölüm hızı oranlarında (Türkiye İstatistik Kurumu: 9,1) önemli ölçüde düşüşler görülmektedir (34). Tüm bu düşüşlere karşın yenidoğanlarda; preterm doğumların yüksekliği, sağlık sorunlarında artışlar ve uzun süreli yatışlardan dolayı yenidoğan hemşirelerinin rol ve işlevlerini daha da etkili kullanması önem kazanmaktadır. Yenidoğan hemşireleri yenidoğan bakımından sorumlu olduğu kadar ailenin de bakımından sorumludurlar (35). Yenidoğan hemşireliği bilgi, beceri gerektiren ve uygulamalı bir sağlık disiplindir. Yenidoğanların daha kritik, hassas ve nitelikli olmasından kaynaklı doğrudan

hemşirelik bakım uygulamalarını gerektiren en özellikli hemşirelik alanlarının başında gelmektedir (36).

2011 yılında Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre yenidoğan hemşiresinin tanımı; "Profesyonel hemşirelik rolüne uygun olarak yenidoğan ve YYBÜ'de yatan bebeklerin; sağlıklı büyüme/gelişme, anne sütü ile besleme, hastalıklardan korunma, sağlıklarını en üst düzeye çıkarma ve dış ortama uyum sağlamalarında önemli rollerin olan hastalandığında ise; bebeği detaylı değerlendiren, belirti/bulguları yorumlayabilen, aileyi bakıma dâhil eden, bebeğin gereksinimine göre bilimsel verilerle uygun bakım veren, ünitadaki ekipmanı/cihaz kullanabilen ve verileri değerlendirebilen, bebek/yakınları ile iletişim kurabilen, bebeğin yakınlarına eğitim/danışmanlık verebilen, ekip arkadaşlarıyla iyi iletişim ve işbirliği kurma becerisine sahip" hemşire olarak tanımlanmaktadır (37).

#### **2.4. Yenidoğan Hemşiresinin Görev Yetki ve Sorumlulukları**

2010 yılında Resmî Gazetede yayımlanan "Hemşirelik Yönetmeliğine göre yenidoğan hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları;

**"Hemşirelik bakımı;** (bebeğin ısı dengesini korur/devamını sağlar, aile merkezli bakımı destekler, olağan dışı durumlarda hekimi /kayıt altına alır, aile/bebek arasındaki bağı erken dönemde başlatır, enfeksiyonlarının önlemleri alır ve yenidoğanın güvenli transferini sağlar),

**Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma;** (tanı/tedavi amaçlı bebekten gerekli örnekleri alır ve uygun koşullarda transferini sağlar, gerektiğinde bebeğin ameliyata hazırlık işlemlerini yapar, ilaç uygulamalarını yapar, uyguladığı ilaçların yan etkisini gözlemler ve yan etki görüldüğünde gerekli girişimler uygular),

**Eğitim ve danışmanlık;** (bebek/aileyi taburculuğa hazırlar, gerekli eğitimleri aileye verir, anne sütünü ve emzirmeyi destekler, tarama testleri/aşılar hakkında mutlaka aileyi bilgilendirir)" şeklindedir (37).

#### **2.5. Afet**

Bahadır ve Uçku (2018), afeti yerel kapasiteyi aşan, ulusal/uluslararası düzeyde dış yardım gerektiren, ciddi hasara, yıkıma ve insanların acı çekmesine neden olan, öngörülemeyen ve çoğu zaman ani olaylar bütünü olarak tanımlanmaktadır (38). Türkiye'de meydana gelmiş afet ve acil durumların geleceğe ışık tutması amacıyla 2010 yılında "Türkiye Ulusal Afet Arşiv Sistemi (TUAAS)" kurulmuştur. TUAAS'ın devamı olarak 2012 yılında Ortadoğu Teknik Üniversitesi'nin "Türkiye Afet Bilgi Bankası" projesi kabul edilmiş, 2015 yılının

mayıs ayında AFAD kurulmuş ve web sayfası oluşturulmuştur. Belçika hükümeti ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile birlikte 1988 yılında uluslararası düzeyde gerçekleşen afet veri tabanı Uluslararası Afet Veri Tabanı (EM-DAT)” kurulmuştur. EM-DAT veri tabanının temel amacı ulusal ve uluslararası düzeyde insani eylem amaçlarına hizmet etmektir. Girişim, afete hazırlık ve afet riskini azaltma stratejileri için karar almayı rasyonelleştirmenin yanı sıra, hassasiyet değerlendirmesi ve öncelik belirleme için objektif bir temel sağlamayı amaçlamaktadır (39). EM-DAT, 1900 yılından şu ana kadar oluşan 26 000 felaketin verilerini içermektedir ve bu veriler her gün eş zamanlı olarak sisteme yansıyor doğruluğu netleştikten sonra da üç ayda bir verilerini güncellemektedir (40).

### 2.5.1. Afet türleri

Afetlerin sınıflandırılmasında farklı sınıflandırmalar olmasına karşın, genellikle doğal ve insan kaynaklı afetler olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Dünya’da oluşan doğa olayları doğal afet olarak tanımlanmaktadır (41). Doğal afetlerin çeşitleri ve önem sıraları bölgeden bölgeye, ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. AFAD’ a göre doğal afetler; jeolojik, iklimik, biyolojik ve teknolojik afetler olmak üzere dört gruba ayrılır. “Bunlar:

- **Jeolojik afetler:** Deprem, heyelan, kaya düşmesi, volkanik patlamalar, çamur akıntıları ve tsunami.
- **Klimatik afetler:** Sıcak/soğuk dalgası, kuraklık, dolu, hortum, yıldırım, kasırga, tayfun, sel, tornado, tipi, çığ, aşırı kar yağışları, asit yağmurları, sis, buzlanma, hava kirliliği, orman yangınları ve siklonlar.
- **Biyolojik afetler:** Salgınlar, böcek istilası, orman yangınları ve erozyon.
- **Teknolojik afetler:** Maden kazaları, ulaşım kazaları, biyolojik, nükleer, kimyasal silahlar ve kazalar” (42).

İnsanların neden olduğu afet türü insan kaynaklı afet olarak tanımlanmaktadır (41). AFAD’a göre insan kaynaklı afetler; taşımacılık kazaları, savaş, göç, terör olayları, aşırı kalabalıktan dolayı oluşan kazalar, endüstriyel kazalar, nükleer, biyolojik ve kimyasal olarak değerlendirilmektedir (42).

### 2.5.2 Afet yönetimi

Tüm Dünya’da kabul gören afet döngüsü; afet öncesinde “Hazırlık, risk ve zarar azaltma,” afet anında “Acil durum müdahalesi” ve afet sonrası “Müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma” evrelerinden oluşmaktadır (43). Afet risk yönetimi süreci, oluşan zarar verici



tüm personellerin görev tanımlamaları yapılarak, özellikle eğitimli personel kullanılarak toplumun bütün kaynak ve olanaklarını kullanılmalıdır. Afet yönetiminde sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi önem taşımaktadır (50-52).



Şekil 2.4. Afet yönetim bileşenleri (50).

Afetler engellenemeyen fakat önlem noktasında insan yaşamını kısa ve uzun dönemde olumsuz olarak etkilemektedir. Afetler kısa sürede ortaya çıkmasına karşın sonuçlarına bakıldığında sosyoekonomik olarak önemli yıkımlara yol açmaktadır ve gerekli önlemlerin alınmasıyla yıkım en aza indirgenebilir. Afetlere karşı devletin alacağı önlemler konusunda ülkenin coğrafyasının çok iyi bilinmesi ve bunu sonucunda ne tür afetlerle karşılaşılabilceği bilinmesi son derece önem taşımaktadır (52-54).

## 2.6. Dünyada Afetler

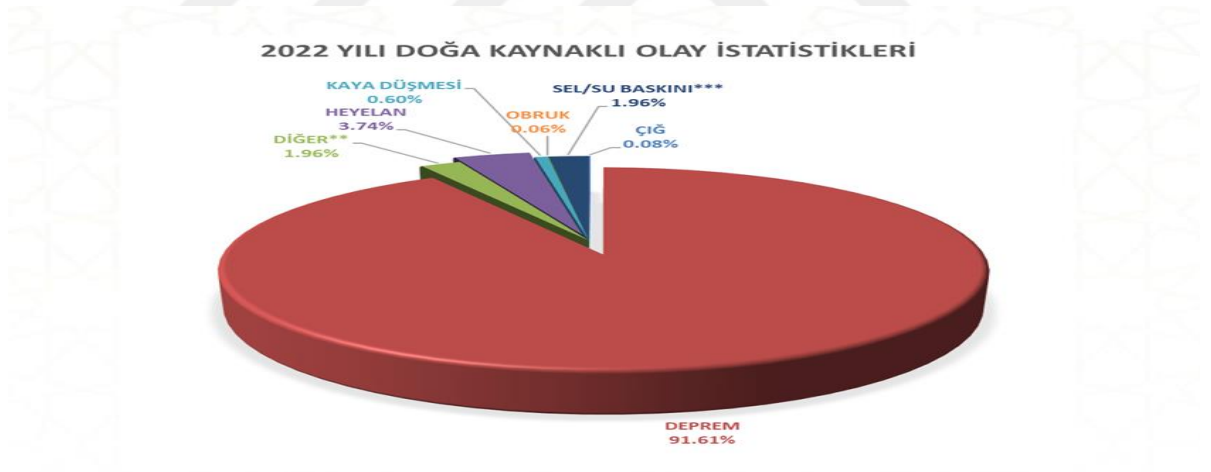
Usta (2023), insanlık tarihinde yaşanan küresel çeşitlilik ile dünyada değişen koşulların afet risklerini beraber getirdiği, afetlerin çeşitleri ve önem dereceleri ülkeden ülkeye farklılık gösterdiğini belirtmiştir (55). Eshghi ve Larson (2008), yaptıkları çalışmada afetlerin 105 yıllık süreci incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre afetlerin %60'ından fazlasının Asya ve Afrika kıtalarında görüldüğü belirlenmiştir. Dünya'nın en büyük kıtası olan Asya'da oluşan afetler sonucunda etkilenen insan sayısı çok fazla olmasıyla birlikte, yaralanma, ölüm ve ekonomik sıkıntıların ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir. Afrika, Avrupa ve Asya kıtalarında ise ulaşım kazalarının, ABD ile Okyanusta ise tornado, tayfun ve kasırga gibi afetlerin daha fazla görüldüğü açıklanmıştır (56). Muzamil ve ark. (2022), son yıllarda en büyük sel felaketinin Malezya'nın Sarawak şehrinde gerçekleştiğini bildirilmişlerdir (57). Okunola (2019), Nijerya'da teknolojik ve insan kaynaklı afetlerin arttığını belirtmiştir (58). Standage (2016), Hindistan'da 1987 yılında muson yağmurlarının az yağmasından dolayı tarımdan beklenen ve yeterli verim alınamamasından kaynaklı ülkede kıtlığın ortaya çıktığını ve yüksek sayıda can kaybının görüldüğünü bildirmiştir (59).

Son yıllarda uluslararası düzeyde ciddi yıkımlara yol açan afetlerden Corana Virüs (Covid), Çin'in Wuhan şehrinde 1 Aralık 2019 – 3 Ocak 2020 tarihleri arasında nedeni bilinmeyen

pnomoni vakalarını DSÖ'ne bildirmesiyle, birden fazla ülkeyi etkileyen ve dünya genelinde en büyük afetlerden sayılan Covid-19 süreci başlamıştır. Çin'in ardından Tayland, Japonya ve Güney Kore de görülmesi ile birlikte uluslararası acil durum ve halk sağlığı sorunu olduğunu 11 Şubat 2020 tarihinde DSÖ açıklamıştır (60). Dünya geneli milyon insanın yaşamını yitirdiği ve ülkeleri sosyoekonomik anlamda önemli düzeyde etkilediği belirlenmiştir (61).

## 2.7. Türkiye'de Afetler

Türkiye, Avrupa ile Asya arasında köprü konumunda bulunan ve topraklarının büyük bir kısmı Asya kıtasında olan 780 000 kilometrekarelik bir ülkedir. Türkiye, Dünya genelinde "Yüksek riskli ve riskin artma eğiliminde" olduğu ülkeler arasında olup, tehlike ve maruziyet puanına göre 191 ülke arasında 9. sırada en riskli ülkedir. Zarar görebilme riskinde 46. ve baş etme eksikliğinde ise 140. sırada yerini almıştır. Türkiye, çoğunlukla doğa kaynaklı afetleri meteorolojik, topografik ve jeolojik nedenlerle sık yaşanmaktadır. Türkiye'de coğrafi konum nedeniyle en fazla görülen afetlerin başında deprem gelmektedir. Heyelan, kaya düşmesi, çığ ve sel gibi çeşitli afetlerde yaşanmaktadır (3).



Şekil 2.5. AFAD doğa kaynaklı olay istatistikleri (3).

Türkiye'de Covid-19 salgını son yıllarda ağır sonuçlara neden olmuş, ülkeye ve bireylere ciddi yükler getirmiştir. Covid-19 salgının sonucunda Sağlık Bakanlığı'nın Mart 2023 verilerine göre 102 174 kişi hayatını kaybetmiştir (62).

## 2.8. Deprem

Deprem, yer kabuğu içindeki kırılmalar nedeniyle ani şekilde oluşan titreşimler ve dalgalar şeklinde yayılarak yer yüzeyini sarsma olayıdır. Depremler tektonik, volkanik, patlama ve çökme depremleri olmak üzere dört şekilde ortaya çıkmaktadır. Tektonik depremler yüzey levhalarının hareketi sonucu oluşur ve oluşan depremlerin yüzde 90'ı tektonik depremlerdir. Volkanik depremler, volkanların püskürmesi sonucu oluşmaktadır. Çökme depremleri yer altındaki boşlukların, kömür ocaklarında tuz ve jipsli arazilerde erimesiyle oluşan boşluklarda, tavan bloğunun çökmesiyle oluşmaktadır. Patlama depremleri insan kaynaklı depremler olup, atom çekirdeğinin parçalanmasıyla büyük patlamaların meydana gelmesiyle oluşmaktadır (63).

Depremler, deprem şiddeti ve deprem büyüklüğü şeklinde tanımlanır. Deprem şiddeti, deprem anında açığa çıkan enerji miktarı olarak tanımlanır ve "Richter Ölçeği" ile belirtilir. Puanlama 1-9 arasında olup her sayı artışı 30 kat daha enerji yüksekliği oluşur. Deprem büyüklüğü, depremin zemine gösterdiği etkiyi tanımlar, 1-12 arasında puan alır ve "Mercalli Ölçeği" kullanılır (64).

Deprem sonrası binaların değerlendirilmesi:

- **Hasarsız bina:** Deprem kaynaklı hasarın oluşmadığı ve kullanılmasında risk oluşturmayan yapılardır.
- **Az hasarlı bina:** Deprem kaynaklı binaların boya, sıva ve duvarlarında ince çatlaklar oluşur ve kullanılmasında risk oluşturmayan yapılardır.
- **Orta hasarlı bina:** Deprem kaynaklı binanın duvarlarında yarıklar ve taşıyıcı sisteminde çatlaklar oluşmaktadır ve güçlendirilmeden kullanılamayan yapılardır.
- **Ağır hasarlı bina:** Deprem kaynaklı bina taşıyıcı sistemlerinde kesme, kırılma ve ayrılma yaygındır. Tamamen yıkılacak yapılardır.
- **Acil yıkılacak bina:** Deprem kaynaklı binanın taşıyıcı sistemlerinin kalıcı olarak yer değiştirmesiyle tamamen ya da kısmen yıkılan bina türleridir ve bu yapıların içerisine kesinlikle girilemez (65).

### 2.8.1. Dünyada deprem

Dünya üzerinde 3 tane deprem kuşağı bulunmaktadır. Pasifik Çevre, Alp-Himalaya ve Orta Atlantik deprem kuşağıdır (66). Dünyada toplam okyanusal ve karasal olmak üzere 12 levha bulunmaktadır. Dünyadaki depremler çoğunlukla levhaların yer değiştirmesiyle ya da birbirine doğru hareketiyle ortaya çıkmaktadır. Levha hareketleri ülke ya da bölgede farklılık

göstererek kendine özgü deprem özelliği bulunmaktadır (67). Dünya tarihinde depremler çok fazla can ve mal kaybına neden olmuşlardır (68).

Çin’de 1556 yılında 830 000 kişi, 1976 yılında 7,5 büyüklüğündeki depremde 242 500 kişi, 1920 yılında 8,3 büyüklüğündeki depremde 200 000 kişi, Antakya’da 115 ve 525 yıllarında meydana gelen 7,0 ve 7,5 büyüklüğündeki deprem felaketlerinde 510 000 kişi, Azerbaycan’da 1139 yılında görülen ve şiddeti hakkında net bir bilgiye ulaşılamayan depremde 230 000 kişi, İran’da 856 yılında 7,9 büyüklüğündeki depremde 200 000 kişi ve 893 tarihli Ermenistan depreminde 150 000 kişi yaşamını yitirmiş ve Dünya tarihinde en fazla can/mal kaybına neden olan en büyük depremler olarak tarihe geçmiştir (69).

21. yüzyılda gerçekleşen en büyük depremler ise; Haiti’de 2010 yılında 7,0 büyüklüğündeki depremde 316 000 kişi, Japonya’da 2011 yılında 9,1 büyüklüğündeki deprem/tsunami sonucunda yaklaşık 20 000 kişi, Çin’de 2008 yılında 7,9 büyüklüğündeki depremde yaklaşık 90 000 kişi, Pakistan’da 2005 yılında 7,6 büyüklüğündeki depremde 90 000 kişi ve 2004 yılında Endonezya’da ortalama 10 dakika süren 9,1 büyüklüğündeki depremde ise 230 000 kişi yaşamını yitirmiştir (69-71).

### **2.8.2. Türkiye’de deprem**

Türkiye Alp-Himalaya deprem kuşağı üzerinde bulunmaktadır. Jeolojik gelişimini henüz tamamlamamış, birinci ve ikinci derece deprem kuşağında ve yüz ölçümünün %42’si birinci derece deprem kuşağı üzerinde yer almaktadır (72). Türkiye’de “Kuzey Anadolu, Doğu Anadolu ve Batı Anadolu Fay” hatları bulunmaktadır. “Kuzey Anadolu Fay Hattı”, en fazla ve en şiddetli depremlerin yaşandığı bölgedir (73).

1927-2020 yılları arasında ülkemizde yaşanan depremlerde 143 720 kişi yaşamını yitirmiş ve 849 632 konut kullanılamaz duruma gelmiştir. Gölcük’te 1999 yılında 7,4 büyüklüğündeki depremde 17 480 kişi, Düzce’de 1999 yılında 7,2 büyüklüğündeki depremde 845 kişi, Van Muradiye’de 1976 yılında 7,6 büyüklüğündeki depremde 3 840 kişi, Muş Varto’da 1966 yılında 6,9 büyüklüğündeki depremde 2 394 kişi, Erzincan’da 1939 yılında 8,0 büyüklüğündeki depremde 32 962 kişi, Van’da 2011 yılında 7,2 büyüklüğündeki depremde 601 kişi, İzmir’de 2020 yılında 6,6 büyüklüğündeki depremde 119 kişi ve Elazığ-Malatya’da 2020 yılında 6,8 büyüklüğündeki depremde 41 kişi yaşamını yitirmiştir (67, 74, 75).

### **2.8.3. Kahramanmaraş depremi**

Kahramanmaraş, Akdeniz Bölgesi'nin kuzeydoğusunda, Doğu Anadolu ve Ölü Deniz Fay Zonu üzerinde bulunmaktadır. Kahramanmaraş'ın konumu nedeniyle tarihte birçok deprem geçirdiği bilinmektedir (76).

Türkiye'de 6 Şubat 2023 tarihli merkez üssü Kahramanmaraş'ın Pazarcık ilçesi Türkiye saatiyle 04.17'de 7,7 büyüklüğünde, aynı gün içerisinde Türkiye saati 13.24'te yine Kahramanmaraş'ın Elbistan ilçesi merkez üssüne sahip 7,6 büyüklüğünde ve 20 Şubat 2023 tarihinde Türkiye saati 20.04'te merkez üssü Hatay Yayladağı olan 6,4 büyüklüğünde üç deprem meydana gelmiştir. Bu üç büyük deprem Kahramanmaraş, Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Gaziantep, Hatay, Kilis, Malatya, Osmaniye, Şanlıurfa ve Elâzığ olmak üzere 11 ili etkilemiştir. Yaşanan depremlere, şiddeti ve kapsadığı alan açısından bakıldığında yakın yüzyılda eşi benzeri olmayan felaket olarak tarih sayfalarına geçmiştir. Kahramanmaraş depremi, sosyoekonomik yönden çok büyük hasara yol açmış ve 50 000'den fazla insan kaybı yaşanmasına sebep olmuştur. Kahramanmaraş ve Hatay depremleri raporuna göre; toplam ekonomik zararın 103,6 milyar dolar olduğu, 35 355 binanın yıkılmış, 17 491 binanın acil olarak yıkılması gerektiği, 179 786 binanın ağır, 40 228 binanın orta ve 431 421 binanın az hasarlı olduğu tespit edilmiştir. Binaların yıkılmasındaki temel unsurun; depremin şiddeti, binaların yaşı, inşaatların mevzuata uygun yapılmaması, kullanılan malzemedeki eksiklikler, bakımsızlık ve bina zeminlerinin uygun olmaması olarak belirtilmiştir (4, 5).

### **2.9. Depremin Psikolojik Etkileri**

Deprem gibi afetler karşısında birey, tehlikeyi tanımlamaya ve sonrasında içgüdüsel olarak tehlikeden kendini korumaya çalışır. Eğer beyin bunu tehdit olarak algırsa bireyin var olan durumdan kaçmasını ya da savaşmasını sağlar. Birey tehlike anında yaşanan süreci kabullenmediğinde; kalp atım hızının yükselmesi, terleme, korku, gerginlik, şaşkınlık ve titreme gibi belirtiler ile karşı karşıya kalır. Tehlike ortadan kaybolduğunda insanlar artık yaşanan bu süreçle baş etme sürecine girer, tüm olanları kabul eder savaşır ya da kendini yıpratmak bir sürece girer (77).

Afetler hangi türde yaşanırsa yaşansın tecavüz, suç, terör eylemleri, cenk esiri olma, kazalar ve tutsak kalma gibi yaşanmış olan travmatik olaylara benzerdir. Depremlerin büyüklüğü, şiddeti ve yıkım etkisinden kaynaklı kayıplar, insanları sosyo-ekonomik, psikolojik, maddi ve fiziksel olarak çok yönlü etkilemektedir. Bu etkilenmeler bireylerin, güvenlik algılarını,

günlük yaşam standartlarını ve yaşama dair anlamlarını sarsmaktadır. Bu nedenlerden dolayı depremlerin en çok da psikiyatrik rahatsızlıklara neden olduğu belirtilmektedir (78).

Deprem yarattığı travmadan sonra bireyin verdiği geçici tepkiler normal karşılanmakla birlikte eğer bu tepkiler sürekli ve kalıcı bir duruma dönüşürse ruhsal bozukluğa dönüşür. Bu bozukluklar; alkol/madde kullanımı, ağrı, uyku sorunları, cinsel bozukluklar, kişilik bozuklukları, depresyon, psikotik bozukluk ve anksiyete gibi var olan ya da deprem sonrası nedenlerden dolayı psikiyatrik sorunlara yol açabilir (79-81). Yaşanan her travmatik olay karşısında kişiler olumsuz değişiklikler göstermeyebilir tersine yaşama tutunma ve farklı alanlarda işlevselliği de artabilir fakat bu durum deprem gibi ciddi travma yaşayan insanlarda ender görülmektedir. Bu görüşü destekler nitelikte deprem sonrası depremzedelere yapılan meta-analiz çalışmasında zamanla bu olumlu düşünce ve davranışların azaldığı belirlenmiştir (82).

## **2.10. Travma**

Travma, kişinin ruhsal/fizyolojik anlamda yaşamın tamamını bozan ya da tehdit eden durumlar bütünüdür. Travmatik yaşantılar; beklenmedik bir zamanda oluşan, korku ve dehşete neden olan ve başa çıkmada yetersiz kalan kişiyi biçare hissettiren, kişinin kendisinin yaşamış olduğu ya da tanık olduğu yaşamsal olaylardır. Psikolojik travma ise canlılığın yaşamında bedenen ve ruhen izler bırakan, uyum gerektiren, baş etmesi zor vakalar zinciri, deneyimler ya da yaşantılardır. Psikolojik travmalar doğal olaylarla (sel, deprem vb.) ve isteyerek insan eliyle (kazalar, savaşlar, taciz, soykırımlar) olmak üzere iki grupta incelenir (83). Travmatik olaylarda sadece stres belirtileri yaşanmaz bunun yanı sıra korku ve çaresizlik noktasında kendi gerçeğiyle yüzleşmek zorunda kalır ve orantısız bir tepki veremediğinde travmatizasyon ortaya çıkabilir (84).

Travmatik olaydan sonraki ilk 30 gün içinde ortaya çıkan anksiyete, çözülme belirtileri ve stres bulguları da olmak üzere çeşitli akut stres reaksiyonlarıyla kendini gösteren bu durum akut stres bozukluğu olarak tanımlanır. Bu belirti ve bulgular bir aydan daha uzun sürer ise TSSB olarak adlandırılmaktadır (85). TSSB, kişilerin yaşadığı/tandık olduğu ölüm, yaralanma ve kişinin kendi rızası dışında cinsel eyleme maruz kalma gibi travmatik olaylar sonrasında gelişen psikiyatrik bir durum bir bozukluktur. Afetler ya da olağanüstü tehditlerin neden olduğu yıkıcı olaylardan sonra en sık görülen ikinci ruhsal bozukluk türü olarak kabul edilir (86).

### **2.10.1. Afetler sonrası travma**

Beklenmedik doğal afetlerle karşı karşıya kalan insanlar, stresli olaylara tepki olarak davranışlarını, bilişlerini ve duygularını kontrol edemediklerini hissetmekte, kendilerini aşırı sıkıntı ve stres içerisinde kapatmaktadır (87). Depremden sonraki süreçlerde travma sonrası stres ve kaygı belirtileri diğer doğal afetlere göre daha yüksek oranda ve daha uzun süreler boyunca ortaya çıktığı açıklanmıştır (88). Afetlerde hemşirelere duyulan gereksinim de artmakla birlikte rolleri de çok büyüktür (89). Depremde hemşirelerin, depremedelere müdahale/bakım verme hususunda güvenlik ve malzeme sıkıntısı gibi farklı sorunlar yaşadığı görülmüştür. Depremde çalışan hemşirelerin aileleri, kendileri, sevdikleri ve hastalarıyla ilgili en çok yaşadığı sorunun güvende olma duygusu olduğu belirlenmiştir. Yaşanan travmalar hemşirelerin zihnini fazlasıyla yorarak meşgul etmiştir. Tüm bunlara bağlı olarak hemşireler bakım sunma ve işe kendini verme hususunda problem yaşadıkları tespit edilmiştir (10).

### **2.11. Psikolojik Dayanıklılık**

Psikolojik dayanıklılık terimi İngilizceden "Resilience" kelimesinden yani esneklik ve maddenin eski hali haline rahatça geri dönebilmesi anlamına gelmektedir. Bu kavram Türkçede "Kendini toparlama gücü", "Yılmazlık", "Psikolojik dayanıklılık" ve "Psikolojik sağlamlık" terimleri kullanılmasına karşın görüş birliğine varılamamıştır (90).

Connor ve Davidson (2003), psikolojik dayanıklılığı; olumsuz olaylara karşı kişinin adaptasyon süreciyle içsel kaynakları kullanarak hızlı toparlanma becerisi olarak tanımlamıştır (91). Psikolojik dayanıklılık pozitif psikoloji ile paralel gelişmiştir. Psikolojik dayanıklılıkta bireylerin olumlu özelliklerine, yaşanan travmalar ve zorluklarda kişinin stresle baş etme stratejilerine ve yeteneklerine yönelmiştir (92).

### **2.12. Stresle Baş Etme**

#### **2.12.1. Stres**

Türk Dil Kurumunun sözlüğüne göre stres "Ruhsal gerilim" olarak tanımlanmaktadır (93). Stres, Latince "Estrictia" ve Fransızca "Estree" kökeninden gelmektedir. Stres kelime anlamı olarak; baskı, gerilme ve zorlama gibi anlamlarda kullanılmaktadır (94). Baltaş ve Baltaş (2018), stresi nesne ve kişinin güçlerinin etkisiyle biçiminin bozulmasına karşı bir direnç ve bu duruma tepki olarak bütünlüğü koruyarak var olan duruma dönmek için harcanan çaba olarak tanımlamışlardır (95). Stres tehdit edici anlarda sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkar ardından ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler stres

olarak tanımlanır. Stresin özünde tehdit ya da stres unsuruna saldırmayı, ondan kaçmayı ya da kaçınmayı sağlayan değişiklikleri içerir (96). Lazarus ve Folkman (1984), stresi içsel veya dışsal etken ya da etkenlerin varlığıyla insana ruhsal/fiziksel bir değerlendirme yaptıran ve vücudundaki karmaşık kaynakları tanımlayarak baş etmede yaşanan dengesizlik süreci olarak tanımlamışlardır (97).

Selye (1976), stresi sadece insan vücudundan gelen fizyolojik bir tepki olarak değerlendirmiştir. Önemli ölçüde ve gerektiği kadar olan stresi iyi stres “Östres” olarak tanımlamıştır. Östres; mutluluk veren, kişide ruhsal ve fiziksel olumlu değişime katkıları olan stres türüdür. Kişinin hayatını fiziksel/sosyal yönden küçük düşme, başarısızlık ve aşağılanmak gibi olaylardan dolayı olumsuz yönde etkileyen kötü stresi ise “Sıkıntı” olarak tanımlamıştır. Her iki stres türünün insan yaşamında olması gerektiğini savunmuştur (98).

### 2.12.2. Stres belirtileri

Strese maruz kalındığında hipotalamus, adrenal bezleri uyarır ve adrenal 20 hormonu salgılanır. Stres, kortizon hormonun salınımını artırır ve vücudumuzdaki birçok sistemde hasara neden olabilir (99). Stres fizyolojik tepkilerde benzerlik olsa da psikolojik anlamda tamamıyla kişiye aittir. Stres belirtilerini gruplandırmada farklılıklar olsa da Kaba (2019), fizyolojik ve psikolojik stres olmak üzere iki grupta incelemiştir. Bunlar:

- **Psikolojik belirtiler:** Bireyin kendisini boşlukta hissetmesi, affetmeyip kin duyması, kin tutma, hayatın anlamını yitirme, suçluluk hissi, yalnızlık, duygu durum değişikliği, huzursuzluk hissi, üzüntü, kâbus görme, sinirsel gülme krizleri, heyecan duymama yoğunlaşma/karar verme de zorluk yaşama, iç sıkıntısı, sürekli olumsuz/bencilce konuşma ve zihin bulanıklığıdır.
- **Fizyolojik belirtiler:** Yüksek tansiyon/nabız, kabızlık, mide bulantısı, mide ağrıları, titreme, kulak çınlaması, sırt/göğüs ağrısı, uykusuzluk, halsizlik, zayıflama, kilo alma, kas spazmı/kas gerilmesi, el ve ayak buz kesilmesidir (100).

### 2.12.3. Stresle baş etme süreci

Stres yönetimi, bireyin strese karşı yaşam kalitesini daha iyi duruma getirilebilmesi için konsantrasyon, karar verme ve başa çıkma gibi en uygun baş etme yöntemlerini kullanılarak stresi en aza indirgeyen süreçtir (101). Greenberg (1984), stres yönetimini; katılım, iştirak, girişim isteği, irade gücü, bilgi ve sağduyu olarak sıralamıştır (102). Selye (1976), stresle baş etmek için vücudun üç aşamada tepki verdiğini ve bu süreci Genel Uyum Sendromu olarak adlandırmıştır. Bu süreçler; alarm, direnç ve tükenme dönemdir. Buna göre:

- **Alarm dönemi:** Stresör algılandıktan sonra sempatik sistem aktive olur ve ardından parasempatik sistem yavaşlar. Bu süreçten sonra nabız artar, nefes alışverişi hızlanır, kalp atım sayısı artar, kas tonusu yükselir ardından enerji ve güç üretimi olur. Eğer vücut kendini savunur/korur ise alarm süreci ortadan kalkar ve olağan metabolizma süreci devam eder.
- **Direnç dönemi:** Alarm döneminde orta çıkan enerji ve güç stresin ortaya çıkardığı sorunla baş edebilmek için direnir. Direnç arttıkça canlıda oluşan enerji azalmaya başlar bunun sonucunda savunma gücü azalır. Savunma zayıfladıkça kardiyovasküler hastalıklar, ülser ve hipertansiyon gibi hastalıklar görülmeye başlar.
- **Tükenme dönemi:** Homeostazisi bozulur ve stresör de varlığını sürdürdüğü için ölüm ya da ciddi hastalıklar ortaya çıkabilir (98).

Lazarus stresle baş etmeyi, doğrudan davranışlar ve hafifletici davranışlar olmak üzere iki boyutta incelemiştir. Doğrudan davranışlar; kişinin olumsuz süreçlerini kontrol etme ya da kendi lehine eylemlerle değiştirmeye yönelik çabalarıdır. Hafifletici davranışlar ise kişinin kendisini kontrol etme, rahatlatmasına ve düzenlenmesine yönelik süreçleridir (97). Stresle baş etme kişilerin stresli durumlarda yaşadıkları etkileri en aza indirmek, baş edebilmek ya da tolere etmek için geliştirdikleri davranışsal ve bilişsel çabaları açıklar. Bu çabalar sorun ve duygu odaklı olmak üzere baş etme stratejilerini içerir. Sorun odaklı baş etmede tehdit edici ve stresli bir olayın etkisini azaltmak ya da ortadan kaldırmak için etkin, rasyonel, sakin ve bilinçli çabaların bütünüdür. Duygu odaklı baş etmede ise stresli bir duruma doğrudan müdahale edip etkisini azaltmak yerine, stresli bir durumdan uzak durma, onun gerçekliğini inkâr etme, ondan kaçınma ve bunu çevreyle paylaşarak destek arama gibi yaklaşımları içermektedir (103). Stresle baş etmede amaç stresi ortadan kaldırmak değil kişinin stres düzeyini azaltabilmeyi ve kişiye zarar vermeden belirli bir seviyede tutmayı hedeflemektedir. Bu şekilde kişilerin ileriki yaşam döneminde karşılaşacağı sorunlarda stresle baş edebilmek için kişiyi daha dayanıklı, donanımlı ve hazırlıklı bir hale getirecektir (104).

Stresle baş etme sürecinde kişiler farklı yöntemlerle fizyolojik ve psikolojik dengeyi sağlamaya çalışırlar. Kişiler bilişsel düzeyi bastırma, derin düşünme veya öfkelenme gibi savunma mekanizmalarını devreye sokarak stresle olumsuz baş etme sürecine girebilir. Aynı zamanda yürüyüşe çıkma, egzersiz yapma ya da dua etme gibi davranışlarla olumlu davranışsal düzeyde stresle baş etmeye de çalışabilir (105, 106).

Güçlüklerle karşılaşıldığı anda kişi kendine yardım ederek stresle baş etmeye çalışabilir. Kişinin kendine yardımı; müzik dinleme, şiir okuma, maneviyata yönelme, farklı

etkinliklerde bulunma, egzersiz yapma, sosyal destek alma, eğlenme, gezme ve pozitif düşünen insanlarla vakit geçirme şeklinde olabilir (106).

#### **2.12.4. Deprem stresi ile baş etme stratejileri**

DSÖ 1995 yılından sonra yaşanan afetler sonrasında psikiyatrik/psikolojik desteğin önemine dikkat çekmiş ve gündemine girdirmiştir (107). Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı afetler ve acil durumlarda psikososyal müdahaleyi; “Afetler sonrasında etkilenen kişileri, olağan yaşantılarına geçiş sürecini hızlandırmaya ve toplumun ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik; olası afetlerde yardım çalışanlarının baş etme kapasitesini ve iyileşme/toparlama becerilerinin artırılmasına yönelik etkinlik ve hizmetler bütünü” olarak tanımlamıştır (108). Deprem gibi travmatik olaylar kişilerde olumsuz etkiler bırakabilmekte, korkutucu ve başa çıkmada zorlanabilmektedirler. Afetlere sadece fiziksel hazırlıkların değil ruhsal ve psikolojik hazırlıkların da yapılması son derece önemlidir. İnsanların sosyal destek alma, kendilerini tanıyabilme ya da anlayabilme gibi yöntemlerle stresle başa çıkmayı öğrenebilirler (109). Kılıç (2014), çalışmasında sağlık çalışanlarının afetlerden orantısız şekilde etkilendiklerini özgüven ve algılanan sosyal destek arttıkça travmatik stres ve psikolojik sıkıntı düzeylerinin azalacağı belirtilmiştir (110). İnsanlar kendilerini toplumdan izole etmesinin depresyon ve anksiyete riskini artırdığı bu tür yönelmelerin stresle baş etmesinde etkisiz yöntemler olduğu belirlenmiştir (111).

Kişilerin deprem gibi travmatik olaylardan sonra ilk 6 ay içerisinde kendi kendilerine olumlu ve işlevsel baş etme yöntemlerini ve uyum süreçlerini kullanarak iyileşme sürecine girebilir. Olumlu baş etme yöntemi kişilerin duygusal dengeyi sağlamalarına, stresi iyi yönetebilme ve kendini daha iyi hissetmelerinde yardımcı olmaktadır. Kişiler işlevsel baş etme yöntemleriyle; yeni uğraşlar bularak, fiziksel etkinliklerde bulunarak, ailesel bağlarını güçlendirerek, yaşadığı sorunları paylaşarak, kendisine pozitif telkinde bulunarak ve başkalarına yardımcı olarak afetler sonrası süreçleri fiziksel ve ruhsal yönden daha iyi atlatalmalarına yardımcı olmaktadır (112). Kişiler deprem gibi travmatik olaylar sonucunda din ile baş etme yöntemine başvurabilirler (113). Dini baş etme kişinin stresle karşılaştıkları zamanlarda sahip olduğu ve inandığı öğelere inanç dünyasına başvurması bunun sonucunda yeni yaşamına adaptasyon süreci, olayları değerlendirme ve yorumlama olarak tanımlanmaktadır (114). Yaşanan afetler sonrasında kişiler dini baş etmede olumsuz bir etkiye sahip olabilir. Yaratıcının cezası ya da olumsuz süreçlerin inançlarından dolayı çözümünün kendi elinde olmadığı yönünde umutsuzluğa kapılıp çaresizlik de yaşayabilirler

(115). Deprem gibi doğal afetler sırasında bireylerin dini yönelimlerinin artabileceği ancak psikoloji ile dini yönelim arasındaki ilişkinin sınırlı olduğu da rapor edilmiştir (116).

### **2.13. Afetlerde Yenidoğan Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları**

Modern hemşirelik, Florance Nightingale'in Türkiye'nin de bulunduğu Kırım savaşında yaralılara hizmet vermesiyle hizmetle başlamış ve savaştaki askerlerin bakım ve tedavisine önemli roller üstelenmiştir. Türkiye'de hemşirelik eğitiminin afet hemşireliği ile başladığı ve buna sonucunda 1925 yılında İstanbul'da "Hilaliahmer Hastabakıcı Mektebi" açılmıştır (117). Uluslararası düzeyde hemşireler afet zararlarının azaltılmasında afetler öncesinde/anında/sonrasında etkin rol üstelenmekte, hangi uzmanlıkta olursa olsun bu süreçleri bilme ve her aşamasında sorumlulukları bulunmaktadır (118).

Resmî Gazetede 8 Mart 2010 tarihinde Hemşirelik Kanunu'nda afetlerde yalnızca başhemşirenin görev tanımlaması yapılmıştır. Başhemşirenin afetlerdeki görev tanımı; "Olağanüstü durumlarda ilgili birimlerle iş birliği yaparak afet planlarına dayalı acil durum planları geliştirir, prosedürler geliştirir ve/veya geliştirilmesini sağlar ve gerekli durumlarda uygulamaya girdirerek ekibini hazırlar." belirlenmiştir. Hemşirelerle ilgili görev tanımlaması yapılmamış olup sadece "Doğal afet, toplu kaza gibi olağanüstü durumlarda hemşire ihtiyacı kalmayınca kadar kurumdan ayrılamaz" şeklinde belirtilmiş açıklama yer almaktadır (119). Türkiye'de 2020 yılı verilerine göre 124 üniversitelerde hemşirelikte lisans eğitimi veren 124 programın 36'sının afetleri ilgilendiren dersler bulunmaktadır. Afet hemşireliği genelde halk sağlığı ve acil hemşireliği bölümleri içerisinde yer almaktadır (120).

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) "Ülkedeki tüm hastanelerin afete hazırlık önlemlerini alması, ülkedeki afet/acil durumlarda tıbbi hizmet verebilmek için gerekli hazırlıkları önceden yapması ve ilk 72 saat boyunca herhangi bir yardıma ihtiyaç duymadan bağımsız hale gelmesi için yapılan planlama ve hazırlık çalışması olarak tanımlanmaktadır." (121). Türk Neonatoloji Derneği, afet anı ve sonrası süreçlerde yenidoğan hemşiresi ile diğer ekip üyelerinin eğitimi, tatbikat ve tahliyesi için hızlı/güvenli bir eylem planı oluşturulmalıdır. Yenidoğanın ve YYBÜ çalışanlarının gereksinimlerini en az 96 saat boyunca karşılayacak bir HAP planı geliştirilmelidir (122).

Afetlerde yenidoğan hemşirelerinin rol ve sorumlulukları:

- Tahliye döneminde doğru kimlik tanımlanmasına ve tıbbi kayıtların korunmasına özen göstermelidir.

- Her bir kuvöz için tahliye sırasında ve sonrasında kullanılmak üzere teçhizat içeren yatak başı mobil çantalar oluşturulmalı ve hazır bulundurulmalıdır.
- YYBÜ’de ya da acil durumlarda kullanılacak cihazlar düzenli aralıklara kontrol edilip çalışır ve hazır durumda olmalarını sağlamalıdır.
- Enkazdan çıkarılan ve acil servise getirilen yenidoğana triyajda öncelik verilmesini sağlayarak, hızlı bir anemnez ile anne/bebek isim bilgileri, tahmini kaç günlük olduğu, enkazda ne kadar süre kaldığı, beslenme durumu, transport sırasında uygulanan girişim (k vitamini, kort bakımı, aşı, vb.) ve tedavileri öğrenmelidir.
- Hipotermi, hipotansiyon, hipoglisemi, hiperkarbi, hipokarbi ve hipoksi yönünden bebeği izlenmelidir.
- Bebeğin hava yolu açıklığını, olası ise vücut ağırlığı ölçülmeli, göbek kordonu bakımını ve bebekte görünür kir/toprak varsa ılık temiz su/bez ile mutlaka bakımlarını yapmalıdır.
- YYBÜ’de yaşam bulguları ve idrar çıkışı açısından yakından izlenmelidir.
- Anamneze göre, topuk kanı alınmalı, tetanos immünoglobulin, K vitamini ve hepatit B aşılama programı uygulanmalıdır.
- Yenidoğan sevk ya da yatışı yapılacaksa; bebeğin ad/soyad, ulaşılabilirse anne/baba isimleri ve telefon numaralarını anne/baba T.C. kimlik numaralarının yazıldığı epikriz hasta ile birlikte gönderilmelidir.
- Bebek ile ilgili delil niteliği taşıyan bilgiler nota yazılmalı, bilekliği takılmalı ve olası ise bebeğin fotoğrafı çekilmelidir.
- Transport kuvöz yoksa kanguru bakımı ile uygun merkeze nakil edilmesine yardımcı olmalı ve nakil esnasında aile/sosyal hizmet/güvenlik görevlilerinin olması sağlanmalıdır.
- Transport esnasında bebeğin damar yolu açık olması, sıvı-elektrolit tedavisi ya da beslenmesi var ise hekim istemine göre tedavisinin sürdürülmesini sağlamalıdır.
- Taburculuk öncesi, el hijyeni, işitme/tarama testleri, endikasyon var ise prematüre retinopatisi izlemleri planlamalı ve gerekli eğitimleri vermelidir.
- Afetlerde en güvenilir besinin anne sütü olduğunu, anne sütünün olmadığı zamanlarda temiz su ile uygun yapay mama kullanımını anneye anlatarak anneyi ve bebeği desteklemelidir (122-124).

#### **2.14. Karşılanamayan Bakım**

Hemşireler haftanın yedi günü, günde 24 saat yatak başında çalışan, diğer meslek gruplarına kıyasla en yüksek düzeyde mesleki stres yaşamaktadırlar. İdari yönetimin yaklaşımı ve hemşirelerin kötü hasta bakımı ve/veya vicdani duygusundan yoksun eksikliği gibi olumsuz

süreçler toplumun büyük ilgisini çekmekte ve etkisinin toplumda ciddi boyutlarda sonuçlanmasından dolayı en istendik hasta verilerine ulaşmak için çeşitli değerlendirme yöntemleri geliştirip yönetim ve politika düzeyinde önlemler almaya çalışmışlardır (125).

Karşılanamayan hemşirelik bakımı "Hasta bakımında gereksinim duyulan bakımın tamamının ya da bir kısmının ertelenmesi ya da ihmal edilmesi" olarak tanımlanmıştır (13).

Karşılanmayan bakım hasta güvenliğine göre "Hata" olarak değerlendirilmektedir (14).

Kalisch, 2006 yılında yaptığı bilimsel çalışmalarla literatüre "Karşılanamayan hemşirelik bakımı" kavramını kazandırmıştır (126). Kalish, bu kavramı iki farklı hastanede hemşire,

hemşire yardımcısı ve klinik sekreteri ile nitel görüşme sonucunda dokuz unsur belirlemiştir.

Bu dokuz unsur; ambulasyon, pozisyon verme, geciken ya da unutulmuş beslenme, hasta eğitimi, taburculuk planlaması, duygusal destek, hijyen, sürveyans ile aldığı ve çıkardığı

kaydı olduğunu belirlemiştir (15). Bu duruma neden olan etkenlerin ise; çalışan yetersizliği,

var olan personel kaynaklarının etkin kullanılmaması, hemşirelik girişimleri için gerekli zaman, kötü ekip çalışması, etkisiz yönetim, alışkanlık ve inkâr olarak belirlenmiştir (13).

Jones ve ark. (2015), karşılanamayan bakımın nedenlerini; iş gücü, malzeme ve iletişim kaynaklı olduğu belirtmiştir (127). Bu unsurlar hemşirelerin algılarını, karar verme sürecini,

değer, inanç ve alışkanlıklarını etkilemektedir (128). Bagnasco ve ark. (2020), yaptıkları nitel çalışmada karşılanamayan bakımı etkileyen dört ana etmen olduğunu belirtmişlerdir.

Bu etmenlerin; "Hemşirelerin değer sistemleri, hastane lojistik/prosedürleri, önceliklendirme süreçleri ve resmi olmayan bakıcılar" olarak tanımlanmıştır (129).

Karşılanamayan bakımı, tamamen raporlanabilir, kısmen raporlanabilir ve raporlanamaz bakımlar olarak kategorilere ayrılmıştır. Ağız bakımı, banyo, ağrı kesici uygulama ve izlemi,

çağrı ışıklarına yanıt verme, alarmlara yanıt verme, yemek sağlama, hastaları dinleme ve hastaları bilgilendirmenin hastalar tarafından tamamen raporlanabilir bakımlardır. El yıkama, yaşamsal belirtiler, yeniden konumlandırma, ambulasyon, hasta eğitimi, taburculuk

planlaması ve ilaç uygulaması kısmen raporlanabilir bakımlardır. Hastayı değerlendirme (cilt dâhil), sürveyans ve intravenöz santral kateteri değerlendirmesi raporlanamayan

bakımlar olarak belirlenmiştir (130).

Sağlık çalışanları için vicdan da çok önemli bir kavramdır. Sağlık çalışanları ekip üyelerinden, hastalardan, hasta yakınlarından, hastane yönetiminden gelen istekleri dengelemek zorunda olduğu ya da hissettiği süreçlerde vicdani çatışmalar ve/veya çelişkiler yaşayabilmektedir (131). Hemşirelerin karşılanamayan bakımlara yol açtığını bildiren

etmenlerin; hastaların risk düzeyleri, hastanedeki yatış süresi, değişen çalışma şekilleri, hemşire sayısının azlığı, hasta sirkülasyonu, hemşirelerin çalışma yaşamındaki kargaşanın

artması, değişen bilgi teknolojisi, uzun süren çalışma saatleri ve yönetimdeki amirlerin değişikliği şeklinde belirlenmiştir. Hemşirelerde karşılanamayan bakımda istenmeyen sonuçları önlemek için; malpraktis, istihdam, bakım ve hukuki sorunlarına yapıcı ve radikal çözümler getirilmesi gerektiği belirtilmiştir (132). Hemşirelik bakımlarının eksiksiz ve tam olarak yapılmaması hasta kötüleşmesine neden olabilmektedir. Karşılanamayan bakım hem hastaları hem de hemşireleri olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorun olarak tanımlanır. Hemşirelik bakımı hemşirelerin kişisel özelliklerinden, kurumun kalitesinden, çalışma koşullarından ve çalışma arkadaşlarındaki iletişimden etkilenebilmektedir (133).

Avanoğlu (2022), en çok karşılayamadıkları bakımlarım; “Hemşire yardımcısının bebeğin bakımının yapılmadığını bildirmemesi”, “Ekipmanlara/prosedürlere/politikalara aşına olmama” ve “Bir önceki vardiyadan veya sevk eden birimden yetersiz bilgi aktarılması” olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada yaş 26-30 aralığında “Materyal kaynaklı”, meslekte çalışma süresi 6-10 yıl “Materyal kaynaklı”, bebek başına düşen hemşire sayısı 4:1 “alışan ve iletişim kaynaklı”, YYBÜ’de 11 yıl üzeri alışan “İletişim kaynaklı” nedenlerle bakımı karşılayamadıkları ileri sürülmüştür (134). Aiken ve ark. (2018), İngiltere’de yapılan bir çalışmada hasta başına düşen hemşire sayısının azlığı, zaman sıkıntısı ve kötü çalışma koşulları nedenleri ile hemşirelik bakımını karşılayamadıkları (135). Yapılan çalışmalarda hemşirenin yaş ve eğitim etkenlerinin hemşirelik bakım kalitesiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (136, 137). Yapılan çalışmalarda kıdemli hemşirelerin daha çok bakım kaçırdıkları belirlenmiştir (128, 129).

Elmaoğlu ve Özdemir (2022), pediatri hemşireleriyle yaptıkları çalışmada; yaş aralığı 26-33 olanlarda “Materyal ve iletişim kaynaklı”, hemşirelik mesleğinde 6-10 yıllık deneyime sahip olanlarda “alışan kaynaklı”, pediatri servisinde çalışmaktan kısmen memnun, mesleğini istemeyerek tercih eden ve pediatri alanında kıdemli olmayanların ise “Materyal, alışan ve iletişim kaynaklı” nedenler ile hemşirelik bakımını karşılayamadıkları belirlenmiştir (138). YYBÜ’de çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada en fazla karşılayamadıkları bakımların; aktiviteleri arasında günlük turlara katılım, ventilatördeki bebekler için ağız bakımı, rutin banyo, bebek bakımına ebeveyn katılımı ve ebeveyn eğitimi olduğu belirlenmiştir (20). Kenya’da YYBÜ’de çalışan hemşirelerin hasta başına düşen hemşire sayısının azlığı ile karşılanamayan bakımın nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) bir ilişki bulunmuştur (139). ABD’nde YYBÜ’nde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmalarda; çalışma koşullarındaki farklılıklar, iş yoğunluğunun fazla olması, sağlık çalışanları arasındaki iletişim kopuklukları, nitelikli çalışanların bulunmaması ve ekipman varlığının azlığı gibi nedenlerden kaynaklı ocuk/ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme,

hastaya duygusal destek sağlaması, intravenöz kateter bölgesi bakımı, hastayı sakinleştirme ve aile eğitiminin karşılanamadığı görölmüştür (16, 17, 140, 141). Hemşirelik bakımında; zaman, kaynak ve personel yetersizliği gibi etmenlerin karşılanamayan bakımla anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (20, 142).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; Kahramanmaraş, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Hatay, Kilis, Malatya ve Elâzığ illerinde 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminden etkilenen hemşirelerle, Eylül 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

##### 3.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırma; Kahramanmaraş, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Hatay, Kilis, Malatya ve Elâzığ illerinde 6 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş depremini yaşayan ve YYBÜ’de çalışmakta olan hemşirelerden oluştu.

##### 3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın örnekleme; “Covid-19 Döneminde YYBÜ’de Çalışan Hemşirelerin Karşılanamayan Bakımları ile Aile Merkezli Bakıma Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki” (134) başlıklı tez çalışması baz alınarak G\*Power (143) programında önsel güç analizi yapılarak 1 birim sapma ile cronbach alpha ( $\alpha$ ):0,05 ve güç:0,80 olacak şekilde hesaplama yapıldığında minimum örneklem büyüklüğü en az 141 bulunmuş olup araştırmaya alınma ölçütlerini sağlayan ve verileri eksiksiz dolduran toplam 600 hemşireden oluştu. Çalışmada; 18 yaş altı 27 kişi, Kahramanmaraş depremini yaşamayan 118 kişi ve YYBÜ’nde çalışmayan 76 kişi olmak üzere toplamda 221 kişi araştırma dışı bırakıldı.

Araştırmaya alınma ölçütleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 18 yaşından büyük olmak,
- YYBÜ’de çalışmak,
- 6 Şubat 2023 tarihindeki Kahramanmaraş depremini yaşamış olmaktır.

Araştırmada dışlanma ölçütleri;

- Çalışmaya katılmaya herhangi bir sağlık sorunu olmak,
- Veri toplama formlarını eksik doldurmak,

- Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkmak isteyen hemşireler olarak belirlendi.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, “Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Formu (EK-2)”, “Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu (EK-3)” ve “Deprem Stresiyle Baş Etme Stratejileri Ölçeği (EK-4)” kullanıldı.

#### **3.4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri formu (EK-2)**

Literatür bilgisi doğrultusunda (116, 117, 134, 138, 144) araştırmacı tarafından hazırlanan 36 adet çoktan seçmeli veri toplama formu: “Cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, meslekte çalışma yılı, YYBÜ’de çalışma yılı, vardiya şekli, haftalık çalışma süresi, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, çalışılan hastane türü, çalışılan yoğun bakım düzeyi, birim çalışma memnuniyeti, YYBÜ için alınan sertifika durumu, HAP eğitimi, HAP tatbikatı, depremde bulunduğunuz şehir, depremde bulunduğunuz yer, depremde anında yanınızdaki kişi, depremde göçük altında kalma durumu, yakınlarından birinin göçük altında kalma durumu, herhangi bir kişinin göçük altından çıkarılmasına tanık olma, deprem nedeniyle herhangi bir kişinin yaralanmasına tanık olma, deprem nedeniyle herhangi bir kişinin ölümüne tanık olma, deprem sonrası yakınlarınız ile kısa zamanda iletişime geçme, depremde yaralanma/sakatlık/uzuv kaybı, depremde kaybedilen kişi/kişiler/evcil hayvan, depremde maddi kayıp, bakmakla yükümlü olunan kişi/kişiler/evcil hayvan, depremden sonra ilk çalışmaya başlama zamanı, deprem sürecinde nerede kaldığı, deprem sonrası sigara/alkol kullanımı, deprem etkilerinden dolayı profesyonel (psikiyatrist/psikolog) destek alma, deprem sonrası kimle/kimlerle yaşadığı, depremde evdeki hasar durumu ve şu an nerede yaşadığı” oluşturuldu.

#### **3.4.2. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu (EK-3)**

Anket Bagnasco ve ark. (2018) İtalyanca olarak geliştirilmiş ve İngilizce versiyonu yayınlanmıştır. Ankette hemşirelik faaliyetlerinin listelendiği A bölümünde hemşirelerin son vardiyasında karşılanamayan bakımlarının sıklığı değerlendirilmekte, 29 maddeden oluşmakta ve 5’li likert tipte (5: Her zaman, 4: Sıklıkla, 3: Bazen, 2: Nadiren, 1: Asla ve Uygun değil) şeklinde yanıtlanmaktadır. B bölümünde karşılanamayan hemşirelik bakımın nedenlerine yönelik üç alt boyutun ortalaması alınmakta, 16 maddeden oluşmakta ve 4’lü likert tipte (4: Önemli ölçüde, 3: Kısmen, 2: Çok az ve 1: Hiç) yanıtlanmaktadır (145).

Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çalığıkuşu İncekar ve ark. (2020) tarafından yılında yapılmıştır. Türkçe ölçekte A bölümü 29 maddeden ve B bölümü 16 maddeden (orijinal ölçekteki bir madde uyarlama sürecinde faktör yükünün düşük olması nedeniyle formdan çıkartılmıştır.) oluşmaktadır. A bölümündeki anketin her bir maddesinin aldığı puanlar toplanarak, ankete katılan kişi sayısına bölünerek maddenin aldığı puan ortalaması hesaplandı. B bölümünde her maddeye verilen puanlar toplanıp kişi sayısına bölünüp alt boyut puan ortalaması hesaplanmıştır. B bölümünde “Çalışan Kaynaklı” alt boyutu (1.-13.-14.-15. ve 16.), “İletişim Kaynaklı” alt boyutu (2.-3.-4.-5.-6.-7. ve 8.) ve “Malzeme Kaynaklı” alt boyutu (9.-10.-11. ve 12.) maddelerden oluşmaktadır. Anketin orijinalindeki cronbach alpha değerleri ise; “Çalışan Kaynaklı” alt boyutu  $\alpha$ : 0,91, “İletişim kaynaklı” alt boyut  $\alpha$ :0,82 ve “Materyal kaynaklı” alt boyutu  $\alpha$ :0,81 bulunmuştur. Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik yapılan çalışmada anketin cronbach alpha değerleri; “Çalışan kaynaklı” alt boyutu  $\alpha$ :0,82, “İletişim kaynaklı” alt boyutu  $\alpha$ :0,87 ve “Materyal Kaynaklı” alt boyutu  $\alpha$ :0,88 bulunmuştur (144). Bu çalışmada ise  $\alpha$  değeri ise; “Çalışan Kaynaklı” alt boyutu için  $\alpha$ :0,85, “İletişim Kaynaklı” alt boyutu  $\alpha$ :0,88 ve “Materyal Kaynaklı” alt boyutu  $\alpha$ :0,83 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin A bölümünde herhangi bir toplam puan olmayıp her madde alınan puanın likert tipinde alınan puanın ortalaması verilerek değerlendirilmektedir. Likert maddesinde alınan puan yükseldikçe o maddenin karşılandığı ve puan düştükçe o maddenin karşılanmadığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin B bölümünde alt boyutların toplam puan ortalaması hesaplanarak değerlendirilmektedir. Ölçekte alınan puan yükseldikçe o alt boyuttun karşılanamayan bakımda etkili olduğu anlamına gelmektedir.

### **3.4.3. Deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeği (EK-4)**

Yöndem ve ark. (2008) geliştirilen ölçeğin, aynı çalışmada Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 16 maddeli olup 4'lü likert (4: Her zaman, 3: Çoğunlukla, 2: Bazen ve 1: Hiç) tipindedir. Ölçek; “Dini Baş Etme, Olumlu Yeniden Değerlendirme ve Sosyal Destek Arama” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 16 ile 64 arasında değişmekte olup ölçeğin değerlendirilmesi alt boyutların puanlama ortalamasına göre yapılmaktadır. Her bir maddeden 1-4 arası puan alınır ve ölçekte toplam puan hesaplanamaz. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puan hesaplanmamakta ve 3. ve 7. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; “Dini Baş Etme” alt boyutu (2.-8.-9.-10. ve 11. maddeler) en yüksek 20 ve en düşük 5 puan alınabilmektedir. “Olumlu Yeniden Değerlendirme” alt boyutu (5.-12.-13.-14.-15. ve 16. maddeler) en yüksek 24 ve en düşük 6 puan alınabilmektedir. “Sosyal Destek Arama” alt boyutu (1.-3.-4.-6. ve 7.

maddeler) en yüksek 20 ve en düşük 5 puan alınabilmektedir. Ölçekte alınan puan yükseldikçe söz konusu baş etme stratejisini artığı anlamına gelmektedir. DSBÖ'nin güvenilirlik çalışması için cronbach alpha güvenilirlik katsayıları; “Dini Baş Etme” alt boyutu için  $\alpha=0,85$ , “Olumlu Yeniden Değerlendirme” alt boyutu için  $\alpha:0,69$  ve “Sosyal Destek Arama” alt boyutu için  $\alpha:0,74$  olarak bulunmuştur (116). Bu çalışmada ise cronbach alpha güvenilirlik katsayıları; “Dini Baş Etme” alt boyutu için  $\alpha:0,74$ , “Olumlu Yeniden Değerlendirme” alt boyutu için  $\alpha:0,71$  ve “Sosyal Destek Arama” alt boyutu için  $\alpha:0,86$  olarak hesaplanmıştır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Veriler etik kurul alındıktan sonra “Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Formu”, “Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu Anketi Formu” ve “DSBÖ” kullanılarak Kahramanmaraş, Gaziantep, Şanlıurfa, Diyarbakır, Adana, Adıyaman, Osmaniye, Hatay, Kilis, Malatya ve Elâzığ illerinde 6 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş depremini yaşayan hemşirelere google forms aracılığıyla, whatsapp ve mail üzerinden sorular gönderilerek çevrimiçi toplandı. Çalışmada kullanılan veri toplama araçlarının işlerliği ve doğruluğunu denemek amacıyla Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi YYBÜ’de çalışan 10 hemşire ile ön uygulama gerçekleştirildi. Veri toplama araçlarında ön uygulama sonrası herhangi bir değişikliğe gidilmedi ve ön uygulamada alınan veriler araştırma grubuna dâhil edilmedi.

#### **3.5.1. Verilerin toplama süreci**

Hemşirelere veri toplama formları çevrim içi olarak kişisel mail adresleri ve whatsapp grupları üzerinden ulaştırıldı. Her hastaneye için çalışmayı başlatma ve hatırlatma olarak iki kez gruplara link paylaşımı yapıldı. Hemşirelerden formları kişisel beyana dayalı gönüllü olduklarına dair (EK-1) doldurmaları istendi. 18 yaşından büyük müsünüz, Kahramanmaraş depremini yaşadınız mı ve YYBÜ’de çalışıyor musunuz sorularının tamamına “Evet” yanıtını vermeleri durumunda diğer sorulara geçişlerine izin verildi. Çalışmada toplanan veriler google forms üzerine kayıtlı olarak toplandı. Veri toplama formlarını doldurma süresi yaklaşık 15 dakikaydı ve google forms ile toplanan veriler ve SPSS 25 istatistiksel analiz programına aktarılarak analizi yapıldı.

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.6.1. Bağımsız değişkenler**

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, mesleki özellikleri ve deprem ile ilgili yaşadıkları deneyimler oluşturdu.

#### **3.6.2. Bağımlı değişkenler**

Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu puanı ve DSBÖ puanı.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 25 programı kullanıldı ve  $p < 0,05$  istatistiksel anlamlılık seviyesi seçilmiştir. Tanımlayıcı istatistik olarak; ölçümle belirtilen sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri ve ile kategorik değişkenler için frekans ve yüzde analizi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Skewness-Kurtosis ve Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Sayısal değişkenler normal dağılım gösterenler parametrik, normal dağılım sağlamayanlar nonparametrik testler kullanılarak analiz edilmiştir. Bağımsız grup karşılaştırmalarında; ölçümle belirtilen sürekli değişkenler için parametrik test koşullarının sağlanması durumunda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik t testi ya da tek yönlü Anova, parametrik test koşullarının sağlanmadığı durumlarda Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki sürekli değişken arasındaki ilişki Pearson Korelasyon katsayıları ile değerlendirilmiştir.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Depremi çalışmanın yapıldığı afet bölgesinde geçiren ve deprem sonrası YYBÜ'de çalışan ancak çalışmanın verilerinin toplandığı tarih aralığında farklı nedenlerle (korku, yakınlarını kaybetme, göç etme ve tayin vb.) üniteden ya da bölgeden ayrılan hemşirelere ulaşamaması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu çalışma depremi yaşayan hemşirelerle gerçekleştirildiği için normal koşullarda çalışan hemşirelere genellenemez.

### **3.9. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya başlamadan önce, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulundan 12.09.2023 tarihinde 06 karar numarası ile etik onay (EK-5) alındı. Araştırmaya alınacak hemşirelerin "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-1)" okuyup onaylamaları istendi ve çevrimiçi formda yer alan onay butonunu işaretlenmeden diğer sorulara geçmelerine izin verilmedi.

#### 4. BULGULAR

Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri cevaplar incelenmiştir. Hemşirelerin; %74'ü kadın, %42,3'ü 30 yaş üstü, %57,8'i lisans mezunu ve %54,3'nün evli olduğu saptandı. Hemşirelerin %37,2'sinin 10 yıldan fazla süredir hemşirelik yaptığı, %31,8'inin 6-10 yıldır YYBÜ'de çalıştığı, %61'inin vardiya (gece ve gündüz) %49,5'inin 50 saat ve üzeri çalıştığı ve %47,2'sinin günde ortalama YYBÜ'de 4 hastaya bakım verdiği belirlendi. Hemşirelerin %69,8'inin kamu hastanesinde, %48,5'inin YYBÜ'de III. düzeyde çalıştığı, %44,0'ünün çalıştığı birimden memnun olduğu, %55,3'ünün yenidoğan ile ilgili bir sertifikaya sahip olduğu, %60,7'sinin HAP eğitimi almadığı ve %74'ünün HAP tatbikatına katılmadığı görüldü (Tablo 4.1.).

**Tablo 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri (N=600).**

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri		n	%
Cinsiyet	Erkek	156	26,0
	Kadın	444	74,0
Yaş	18-25 yaş	146	24,3
	26-30 yaş	200	33,3
	>30 yaş	254	42,3
Öğrenim durumu	Lise	158	26,3
	Ön lisans	46	7,7
	Lisans	347	57,8
	Yüksek Lisans	46	7,7
	Doktora	3	0,5
Medeni durumu	Evli	326	54,3
	Bekâr	274	45,7
Meslekte çalışma yılı	<1 yıl	92	15,3
	1-5 yıl	126	21,0
	6-10 yıl	159	26,5
	>10 yıl	223	37,2
YYBÜ'sinde çalışma süresi	<1 yıl	88	14,7
	1-5 yıl	156	26,0
	6-10 yıl	191	31,8
	>10 yıl	165	27,5
Vardiya şekli	Sürekli gündüz	61	10,2
	Sürekli gece	173	28,8
	Vardiya (gece ve gündüz)	366	61,0
Haftada çalışma saati	<40 saat	42	7,0
	40 saat	95	15,8
	41-50 saat	166	27,7
	>50 saat	297	49,5

n: Örneklem sayısı; %: Yüzde.

**Tablo 4.1. (Devamı).**

<b>Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Günde ortalama bakım verdiği hasta sayısı</b>	3	116	19,3
	4	283	47,2
	5	145	24,2
	6	56	9,3
<b>Çalıştığı hastane türü</b>	Özel	181	30,2
	Kamu	419	69,8
<b>Çalıştığınız hastanenin YYBÜ düzeyi nedir?</b>	I. Düzey	60	10,0
	II. Düzey	157	26,2
	III. Düzey	291	48,5
	IV. (IVA ve IVB) Düzey	92	15,3
<b>Birimdeki çalışma memnuniyetiniz nedir?</b>	Memnun	264	44,0
	Kısmen memnun	238	39,7
	Memnun değil	98	16,3
<b>YYBÜ ilgili sertifikanız var mıdır?</b>	Evet	332	55,3
	Hayır	268	44,7
<b>Kurumunuzda HAP eğitimi aldınız mı?</b>	Evet	236	39,3
	Hayır	364	60,7
<b>Kurumunuzda HAP tatbikatına katıldınız mı?</b>	Evet	156	26,0
	Hayır	444	74,0

n: Örneklem sayısı; %: Yüzde.

Hemşirelerin deprem süreçleri ile ilgili durumları ve özellikleri incelendiğinde; depremi %17,2'si Adana, %6,8'i Diyarbakır, %3,8'i Elazığ, %6,5'i Osmaniye, %8,5'i Adıyaman, %5,5'i Malatya, %11,2'si Gaziantep, %10'u Hatay, %15,0'i Kahramanmaraş, %9,2'si Şanlıurfa ve %5,7'si Kilis ilinde yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin; %49,8'inin depremi kendi evinde ve %39,5'inin arkadaşları/tanıdıkları ile depremi yaşadıkları belirlendi. Hemşirelerin %4,5'inin depremde göçük altında kaldığı, %56,2'sinin akraba/aile/tanıdıklarından birinin depremde göçük altında kaldığı ve %31,3'ünün depremde göçük altında kalan birine tanık olduğu saptandı. Hemşirelerin; %53,8'i deprem nedeniyle ölen birini gördüğü, %55,2'si deprem nedeniyle yaralanan birini gördüğü, %53,7'si depremde kısa bir süre sonra ailesi/tanıdıkları ile iletişime geçemediği ve %6,3'ü deprem nedeniyle yaralanma/sakatlanma ve uzuv kaybı yaşadığı bulundu. Hemşirelerin; %63,7'sinin depremde yakınına ya da evcil hayvanını kaybettiği, %73,5'inin deprem nedeniyle maddi kaybı olduğu, %70,3'ünün bakmakla yükümlü kişi/kişiler/evcil hayvan olduğu gözlemlendi. Hemşirelerin; %36,2'sinin depremde sonra 0-24 saat içinde çalışmaya başladığı, %31,2'sinin deprem sürecinde geçici barınma merkezlerinde kaldığı, %40,5'inin deprem sonrası sigaraya başladığı, %8,5'inin alkol kullanmaya başladığı, %43,2'sinin profesyonel (psikiyatri/psikolog) destek aldığı, %61,7'sinin deprem sonrasında ailesi ile

kaldığı, %6,0'sının depremde evinin yıkıldığı ve %51,5'inin deprem sonrası kendi evinde (mevcut/yeni ev) kaldığı belirlendi (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2. Hemşirelerin deprem süreçleri ile ilgili verilerin dağılımı (N=600).**

<b>Hemşirelerin Deprem Süreçleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Depremde bulunduğunuz şehir</b>	Adana	107	17,8
	Diyarbakır	41	6,8
	Elâzığ	23	3,8
	Osmaniye	39	6,5
	Adıyaman	51	8,5
	Malatya	33	5,5
	Gaziantep	67	11,2
	Hatay	60	10,0
	Kahramanmaraş	90	15,0
	Şanlıurfa	55	9,2
	Kilis	34	5,7
<b>Depremde bulunduğunuz yer</b>	Kendi evimde	299	49,8
	Hastanede	226	37,7
	Kendi evim dışında kapalı alan	50	8,3
	Açık alan	25	4,2
<b>Deprem esnasında yanınızdaki kişi</b>	Ailem	236	39,3
	Arkadaşlarım/Tanıdıklarım	237	39,5
	Yalnızdım	79	13,2
	Akraba	48	8,0
<b>Depremde göçük altında kalma durumu</b>	Evet	27	4,5
	Hayır	573	95,5
<b>Aile, akraba veya tanıdıklarınızdan birisi göçük altında kalma durumu</b>	Evet	337	56,2
	Hayır	263	43,8
<b>Herhangi bir kişinin göçük altından çıkarıldığına tanık olma durumu</b>	Evet	188	31,3
	Hayır	412	68,7
<b>Herhangi bir kişinin deprem nedeniyle öldüğüne tanık olma durumu</b>	Evet	323	53,8
	Hayır	277	46,2
<b>Herhangi bir kişinin deprem nedeniyle yaralandığına tanık olma durumu</b>	Evet	331	55,2
	Hayır	269	44,8
<b>Depremden sonra aile, akraba, tanıdık ya da arkadaşlarınızla kısa zamanda iletişime geçme durumu</b>	Evet	278	46,3
	Hayır	322	53,7
<b>Depremde yaralanma, sakatlık ya da uzuv kaybı durumu</b>	Evet	38	6,3
	Hayır	562	93,7
<b>Depremde kişi/kişiler/evcil hayvan kayıp durumu</b>	Evet	382	63,7
	Hayır	218	36,3
<b>Depremde maddi kayıp durumu</b>	Evet	441	73,5
	Hayır	159	26,5
<b>Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler/ evcil hayvan durumu</b>	Evet	422	70,3
	Hayır	178	29,7
<b>Depremden sonra ilk çalışmaya başlama zamanı</b>	0-24 saat	217	36,2
	25-96 saat (1-4. günler arası)	128	21,3
	97-168 saat (5-7. günler arası)	75	12,5
	1-3 hafta arası	67	11,2
	3 hafta sonra	113	18,8

n: Örneklem sayısı; %: Yüzde.

**Tablo 4.2. (Devamı).**

<b>Hemşirelerin Deprem Süreçleri</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Depremde çalışırken barındığı yer durumu</b>	Kendi evimde	35	5,8
	Hastanede	106	17,7
	Geçici barınma birimi (çadır/konteyner)	187	31,2
	Araba	63	10,5
	Şehir dışından gidiş geliş	114	19,0
	Evim dışında kapalı bir alan (köy, müstakil ev vb.)	95	15,8
<b>Depremden sonra sigara başlama durumu</b>	Evet	243	40,5
	Hayır	357	59,5
<b>Depremden sonra alkol başlama durumu</b>	Evet	51	8,5
	Hayır	549	91,5
<b>Depremin etkilerinden dolayı profesyonel (psikiyatrist/psikolog) destek aldınız mı?</b>	Evet	259	43,2
	Hayır	341	56,8
<b>Depremden sonra birlikte kaldığı bireyler</b>	Ailem	370	61,7
	Arkadaşlarım/Tanıdıklarım	111	18,5
	Yalnız	94	15,7
	Akraba	25	4,2
<b>Depremde evin hasar alma durumu</b>	Hasarsız	86	14,3
	Az hasarlı	170	28,3
	Orta hasarlı	167	27,8
	Ağır hasarlı	141	23,5
	Evim depremde yıkıldı	36	6,0
<b>Şu an kalma yeri</b>	Kendi evimde (mevcut ya da yeni ev)	309	51,5
	Tanıdık/Akraba evinde	39	6,5
	Geçici barınma birimi (çadır/konteyner)	224	37,3
	Şehir dışından gidiş geliş	28	4,7

n: Örneklem sayısı; %: Yüzde.

Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik A Formuna hemşirelerin verdiği yanıtlar incelendiğinde;

%46'sının "Hasta ve aile eğitimi", %38,5'inin "Ebeveynleri çocuğun bakımına dâhil etme" ve %34,3'ünün "Çocuk ve/veya ailesine duygusal destek sağlama" maddelerine "Asla" yanıtı verdikleri gözlemlendi. Hemşirelerin; %38,3'ü "Protokole göre farmakolojik veya nonfarmakolojik bakım yaklaşımları ile ağrıyı yönetme", %24,3'ü "Protokole göre santral ve periferik kateter bakımı" ve %20,2'si "Her vardiyada bir kere veya protokole göre, yatak başı ekipmanlarının güvenlik ve hijyen kontrollerini yapma" maddelerine "Nadiren" yanıtı verdikleri belirlendi. Hemşirelerin; %36,7'si "Gerekli tüm hemşirelik verilerinin tam olarak kaydedilmesi", %29,5'i "El yıkama" ve %27,5'i "Çocuğun her iki saatte bir veya isteme göre pasif mobilizasyonu" maddelerine "Bazen" yanıtını verirken %36,2'si "Biyolojik örnekleri/numuneleri istem doğrultusunda alma", %34,8'si "İlaç istemlerinin on beş dakika içinde yapılması" ve %33'ü "Vücut hijyeni ve cilt bakımı" maddelerine "Sıklıkla" yanıtını verdikleri görüldü. Hemşirelerin; %93,7'si "Günlük yatak başı vizitlere katılma", %47'si

“İlacı belirlenen zamandan 30 dakika önce veya sonra uygulama” ve %44,0’ü “Uygulanan ilaçların etkililiğini değerlendirme” maddelerine “Her zaman” yanıtını, %99,8’si “Tuvalet ihtiyacı olan çocuğa talep ettiğinde beş dakika içerisinde yardımcı olma”, %99,7’si “Klinik koşullar izin veriyorsa günde üç defa veya hemşirelik bakım planına uygun çocuğu ayağa kaldırma ve yürütme” ve %99,2’si “Çocuğun klinik durumlarına göre beslenme gereksinimini karşılama” maddelerine “Uygun değil” yanıtını verdikleri gözlemlendi (Tablo 4.3).



**Tablo 4.3. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu A bölümüne verilen cevapların dağılımı (N=600).**

Karşılanamayan Bakım Anketi	Asla		Nadiren		Bazen		Sıklıkla		Her zaman		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Günlük yatak başı vizitlere katılma	12	2	7	1,2	5	0,8	14	2,3	562	93,7	0	0
Klinik koşullar izin veriyorsa günde üç defa veya hemşirelik bakım planına uygun çocuğu ayağa kaldırma ve yürütme	0	0	1	0,2	0	0	0	0	1	0,2	598	99,7
Uygulanan ilaçların etkililiğini değerlendirme	48	8	64	10,7	79	13,2	145	24,2	264	44,0	0	0
Çocuğun her iki saatte bir veya isteme göre pasif mobilizasyonu	60	10,0	50	8,3	165	27,5	124	20,7	201	33,5	0	0
Ağız bakımı verme	63	10,5	113	18,8	59	9,8	154	25,7	211	35,2	0	0
Ebeveynleri çocuğun bakımına dâhil etme	231	38,5	65	10,8	65	10,8	75	12,5	164	27,4	0	0
Hasta ve aile eğitimi	276	46	111	18,5	58	9,7	88	14,7	67	11,2	0	0
Çocuk ve ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme	202	33,7	100	16,7	71	11,8	80	13,3	110	18,3	37	6,2
Bebeğin yaşı ve klinik durumuna (ör. yenidoğan bakımı, çocuğun veya ergenin bilişsel ve ilişkisel gelişimi) göre nöro-evrimsel gelişimini destekleme	56	9,3	54	9,0	116	19,3	177	29,5	197	32,8	0	0
Protokole göre farmakolojik veya non-farmakolojik bakım yaklaşımları ile ağrıyı yönetme	51	8,5	231	38,5	53	8,8	138	23,0	127	21,2	0	0
İlaç istemlerinin on beş dakika içinde yapılması	53	8,8	47	7,8	80	13,3	209	34,8	211	35,2	0	0
Gerekli tüm hemşirelik verilerinin tam olarak kaydedilmesi	65	10,8	99	16,5	220	36,7	55	9,2	161	26,8	0	0
Vardiya değişimi veya devir teslim sırasında ilgili tüm bilgileri iletme	44	7,3	117	19,5	56	9,3	167	27,8	216	36,0	0	0
Çocuğun klinik durumlarına (ör. Yenidoğanın isteğine göre oral besleme ve/veya beslenmeyi destekleme, kişisel damak zevkine göre doğru beslenmeyi teşvik etme) göre beslenme gereksinimini karşılama	1	0,2	1	0,2	1	0,2	2	0,3	0	0	595	99,2

n: Örneklem sayısı; %: Yüzde.

**Tablo 4.3. (Devamı).**

Karşılanamayan Bakım Anketi	Asla		Nadiren		Bazen		Sıklıkla		Her zaman		Uygun değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İlacı belirlenen zamandan 30 dakika önce veya sonra uygulama (ör. belirlenen zaman akşam saat)	37	6,2	44	7,3	112	18,6	125	20,8	<b>282</b>	<b>47,0</b>	0	0
Tuvalet ihtiyacı olan çocuğa talep ettiğinde beş dakika içerisinde yardımcı olma (ör. bebekle tuvalete gitme veya yatağa bağlı ise uygun araçları sağlama)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2	<b>599</b>	<b>99,8</b>
Çağrı ışığına, müdahale talebine veya alarmı beş dakika içinde yanıt verme (ör. monitör, infüzyon pompası, ventilatör)	67	11,2	74	12,3	102	17,0	137	22,8	<b>220</b>	<b>36,7</b>	0	0
Çocuk ve/veya ailesine duygusal destek sağlama	<b>206</b>	<b>34,3</b>	30	5,0	100	16,7	130	21,7	134	22,3	0	0
Biyolojik örnekleri/numuneleri istem doğrultusunda alma	45	7,5	74	12,3	106	17,7	<b>217</b>	<b>36,2</b>	158	26,3	0	0
Vücut hijyeni ve cilt bakımı	36	6,0	66	11,0	84	14,0	<b>198</b>	<b>33,0</b>	216	36,0	0	0
Protokole göre santral ve periferik kateter alanını değerlendirme	45	7,5	71	11,8	164	27,3	103	17,2	217	36,2	0	0
Protokole göre santral ve periferik kateter bakımı	43	7,2	<b>146</b>	<b>24,3</b>	61	10,1	139	23,2	211	35,2	0	0
Protokole göre enfeksiyon kontrolüne yönelik gerekli önlemleri alma (Kişisel Koruyucu Ekipmanlar, araç-gereçlerin dezenfekte edilmesi, izolasyon, atıkların doğru yok edilmesi)	91	15,2	72	12,0	71	11,8	165	27,5	201	33,5	0	0
Katı ve sıvı aldığı-çıkardığı takibi	76	12,7	70	11,7	104	17,3	151	25,2	199	33,2	0	0
Yaşam bulgularını hemşirelik bakım planına göre değerlendirme	79	13,2	69	11,5	66	11,0	182	30,3	204	34,0	0	0
Çocuğun durumundaki iyileşmeleri veya kötüleşmeleri değerlendirmek için vardiya boyunca odaklanmış bir şekilde tekrarlı değerlendirmeler yapma	76	12,7	70	11,7	93	15,5	130	21,7	<b>231</b>	<b>38,5</b>	0	0

n: Örneklem sayısı; %: Yüzde.

**Tablo 4.3. (Devamı).**

<b>Karşılanamayan Bakım Anketi</b>	<b>Asla</b>		<b>Nadiren</b>		<b>Bazen</b>		<b>Sıklıkla</b>		<b>Her zaman</b>		<b>Uygun değil</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
El yıkama	56	9,3	50	8,3	177	29,5	104	17,3	213	35,5		
Refakatçi tarafından yapılan uygulamaları değerlendirme	190	31,7	82	13,7	112	18,7	138	23,0	78	13,0	0	0
Her vardiyada bir kere veya protokole göre, yatak başı ekipmanlarının güvenlik ve hijyen kontrollerini yapma (ör. yatak, komodin, cihazlar)	70	11,7	121	20,2	93	15,5	170	28,3	146	24,3	0	0

n: Örneklem sayısı; %: Yüzde.

Hemşirelerin karşılanamayan bakımın madde puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; Hemşirelerin en çok karşıladıkları bakımların; 4,85±0,67 puan ortalaması ile “Günlük yatak başı vizitlere katılma”, 3,95±1,22 puan ortalaması ile “İlacı belirlenen zamandan 30 dakika önce veya sonra (belirlenen zaman akşam saat 20.00 iken, 19.30 ve 20.30 arasında vb.) uygulama” ve 3,85±1,30 puan ortalaması ile “Uygulanan ilaçların etkililiğini değerlendirme” olarak bulundu.

Hemşirelerin en az karşıladıkları bakımların; 2,72±1,44 puan ortalaması ile “Refakatçi tarafından yapılan uygulamaları değerlendirme”, 2,54±1,55 puan ortalaması ile “Çocuk ve ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme” ve 2,26±1,44 puan ortalaması ile “Hasta ve aile eğitimi” olduğu belirlendi.

Hemşirelerin uygun olmadığını belirttikleri bakımların; 1,01±0,16 puan ortalaması ile “Klinik koşullar izin veriyorsa günde üç defa veya hemşirelik bakım planına uygun çocuğu ayağa kaldırma ve yürütme”, 1,01±0,19 puan ortalaması ile “Çocuğun klinik durumlarına (yenidoğanın isteğine göre oral besleme ve/veya beslenmeyi destekleme, kişisel damak zevkine göre doğru beslenmeyi) teşvik etme göre beslenme gereksinimini karşılama” ve 1,01±0,16 puan ortalaması ile “Tuvalet ihtiyacı olan çocuğa talep ettiğinde beş dakika içerisinde (bebekle tuvalete gitme veya yatağa bağlı ise uygun araçları sağlama) yardımcı olma” olduğu olarak belirlendi (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu A bölümüne verilen cevapların madde puan ortalamalarının dağılımı (N=600).**

Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu A Bölümü	Ort±SS	Min-Max
Günlük yatak başı vizitlere katılma	4,85±0,67	1,00-5,00
Klinik koşullar izin veriyorsa günde üç defa veya hemşirelik bakım planına uygun çocuğu ayağa kaldırma ve yürütme	1,01±0,16	1,00-5,00
Uygulanan ilaçların etkililiğini değerlendirme	3,85±1,30	1,00-5,00
Çocuğun her iki saatte bir veya isteme göre pasif mobilizasyonu	3,59±1,29	1,00-5,00
Ağız bakımı verme	3,56±1,40	1,00-5,00
Ebeveynleri çocuğun bakımına dâhil etme	2,79±1,68	1,00-5,00
Hasta ve aile eğitimi	2,26±1,44	1,00-5,00
Çocuk ve ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme	2,54±1,55	1,00-5,00
Bebeğin yaşı ve klinik durumuna (ör: yenidoğan bakımı, çocuğun veya ergenin bilişsel ve ilişkisel gelişimi) göre nöro-evrimsel gelişimini destekleme	3,68±1,27	1,00-5,00
Protokole göre farmakolojik veya non-farmakolojik bakım yaklaşımları ile ağrıyı yönetme	3,10±1,34	1,00-5,00
İlaç istemlerinin on beş dakika içinde yapılması	3,80±1,24	1,00-5,00
Gerekli tüm hemşirelik verilerinin tam olarak kaydedilmesi	3,25±1,30	1,00-5,00
Vardiya değişimi veya devir teslim sırasında ilgili tüm bilgileri iletme	3,66±1,33	1,00-5,00
Çocuğun klinik durumlarına (ör: yenidoğanın isteğine göre oral besleme ve/veya beslenmeyi destekleme, kişisel damak zevkine göre doğru beslenmeyi teşvik etme) göre beslenme gereksinimini karşılama	1,01±0,19	1,00-5,00
İlacı belirlenen zamandan 30 dakika önce veya sonra uygulama (ör: belirlenen zaman akşam saat 8.00 iken, 7.30 ve 8.30 arasında uygulanması)	3,95±1,22	1,00-5,00

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; Min.: Minimum; Max: Maksimum.

**Tablo 4.4. (Devamı).**

<b>Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu A Bölümü</b>	<b>Ort±SS</b>	<b>Min-Max</b>
Tuvalet ihtiyacı olan çocuğa talep ettiğinde beş dakika içerisinde yardımcı olma (ör: bebekle tuvalete gitme veya yatağa bağlı ise uygun araçları sağlama)	<b>1,01±0,16</b>	1,00-5,00
Çağrı ışığına, müdahale talebine veya alarm beş dakika içinde yanıt verme (ör: monitör, infüzyon pompası, ventilatör)	3,61±1,37	1,00-5,00
Çocuk ve/veya ailesine duygusal destek sağlama	2,93±1,59	1,00-5,00
Biyolojik örnekleri/numuneleri istem doğrultusunda alma	3,61±1,20	1,00-5,00
Vücut hijyeni ve cilt bakımı	3,82±1,20	1,00-5,00
Protokole göre santral ve periferik kateter alanını değerlendirme	3,63±1,28	1,00-5,00
Protokole göre santral ve periferik kateter bakımı	3,55±1,36	1,00-5,00
Protokole göre enfeksiyon kontrolüne yönelik gerekli önlemleri alma (kişisel koruyucu ekipmanlar, araç-gereçlerin dezenfekte edilmesi, izolasyon, atıkların doğru yok edilmesi)	3,52±1,44	1,00-5,00
Katı ve sıvı aldığı-çıkarıldığı takibi	3,55±1,38	1,00-5,00
Yaşam bulgularını hemşirelik bakım planına göre değerlendirme	3,61±1,39	1,00-5,00
Çocuğun durumundaki iyileşmeleri veya kötüleşmeleri değerlendirmek için vardiya boyunca odaklanmış bir şekilde tekrarlı değerlendirmeler yapma	3,62±1,41	1,00-5,00
El yıkama	3,61±1,29	1,00-5,00
Refakatçi tarafından yapılan uygulamaları değerlendirme	<b>2,72±1,44</b>	1,00-5,00
Her vardiyada bir kere veya protokole göre, yatak başı ekipmanlarının güvenlik ve hijyen kontrollerini yapma (ör: yatak, komodin, cihazlar)	3,34±1,34	1,00-5,00

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; Min.: Minimum; Max: Maksimum.

Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B bölümüne verilen cevapların en yüksek ortalamaları incelendiğinde;

“Gerektiğinde ilaçların mevcut olmaması” puan ortalaması “2,49±0,865”, “Ekipmanlara/prosedürlere/politikalara aşına olmama” puan ortalaması “2,48±0,813” ve “Gerektiğinde araç gereçlerin/ekipmanların (infüzyon pompası, cerrahi aletler) mevcut olmaması” puan ortalaması “2,29±0,826” olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu B bölümüne verilen cevapların madde puan ortalamalarının dağılımı (N=600).**

<b>Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu A Bölümü</b>	<b>Ort±SS</b>
Sıklıkla yaşanan bölünmeler/kesintiler	1,99±0,821
Hemşirelik ekibi içerisinde gerginlik veya iletişim kopuklukları	1,91±0,783
Ekip üyeleri arasında iş birliği eksikliği (hemşireler, hemşire yardımcısı,doktorlar)	1,87±0,855
Hemşire yardımcısının bebeğin bakımının yapılmadığını bildirmemesi	2,06±0,983
Sağlık çalışanları arasında gerginlik veya iletişim kopuklukları	1,91±0,832
Diğer servisler veya bölümler arasında gerginlik ve iletişim kopuklukları (transfüzyon merkezi, radyoloji tetkikleri, hastane eczanesi vb.)	2,22±0,856
Diğer servislerin veya bölümlerin gerekli hizmeti vermemesi (laboratuvar, hastane eczanesi vb.)	2,23±0,779
Bir önceki vardiyadan veya sevk eden birimden yetersiz bilgi aktarılması	2,22±0,850
Gerektiğinde araç gereçlerin/ekipmanların mevcut olmaması (infüzyon pompası, cerrahi aletler )	<b>2,29±0,826</b>
Gerektiğinde araç gereçlerin/ekipmanların düzgün çalışmaması	2,19±0,793
Gerektiğinde ilaçların mevcut olmaması	<b>2,49±0,865</b>
Ekipmanlara/prosedürlere/politikalara aşına olmama	<b>2,48±0,813</b>
Ünitede yatan hasta sayısında ve/veya hemşire bakım gereksiniminde beklenmeyen artış	2,08±0,805
Acil hasta durumu (bir hastanın durumunun kötüleşmesi vb.)	2,07±0,750
Hemşire sayısında yetersizlik	1,90±0,894
Yardımcı personel sayısında yetersizlik (hemşire yardımcısı vb.)	1,82±0,871

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma.

Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri verilerine göre Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B bölümüne göre puanların dağılımı incelendiğinde;

Cinsiyet, yaş, YYBÜ’de çalışma süresi, haftalık çalışma saati, kurumunuzda HAP ile ilgili eğitim alma ve tatbikata katılma durumları ile her üç alt boyut “Çalışan Kaynaklı, Materyal Kaynaklı ve İletişim Kaynaklı” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) olduğu belirlendi. Eğitim düzeyi, meslekte çalışma yılı ve yenidoğan ile ilgili sertifikanın olması durumu ile hem “Çalışan Kaynaklı” hem de “İletişim Kaynaklı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) bulundu. Vardiya şekli ve çalışılan hastane türü ile “Materyal Kaynaklı” alt boyut puan ortalaması, ayrıca çalışılan birimden memnun olma durumu ile “Çalışan Kaynaklı” alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) olduğu belirlendi.

Medeni durum, günde bakım verilen ortalama hasta sayısı ve çalışılan YYBÜ düzeyi ile her üç alt boyut “Çalışan Kaynaklı, Materyal Kaynaklı ve İletişim Kaynaklı” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p>0,05$ ) olmadığı belirlendi (Tablo 4.6.).

**Tablo 4.6. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri verileri ile karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu B bölümüne göre puanların dağılımı (N=600).**

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri		Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B Bölümü					
		Çalışan Kaynaklı Alt Boyut		İletişim Kaynaklı Alt Boyut		Materyal Kaynaklı Alt Boyut	
		Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p
Cinsiyet	Erkek	8,92±2,45	t:-5,232	13,56±3,49	t:-2,769	8,93±2,22	t:2,692
	Kadın	10,19±2,99	<b>p:0,001*</b>	14,69±4,67	<b>p:0,006*</b>	9,62±2,90	<b>p:0,007*</b>
Yaş	18-25 yaş	10,20±3,53		15,89±5,03	F:22,87	10,15±3,24	F:6,705
	26-30 yaş	9,20±2,63	F:7,810	12,86±3,78		9,11±2,33	
	>30 yaş	10,18±2,64	<b>p:0,001*</b>	14,75±4,15	<b>p:0,001*</b>	9,30±2,70	<b>p:0,001*</b>
Öğrenim durumu	Lise	10,15±3,07		13,65±3,45		9,39±2,59	
	Ön Lisans	11,00±3,97		16,33±4,04		10,33±4,04	
	Lisans	9,61±2,74	F:3,415	15,01±4,39	F:4,018	9,70±2,73	F:1,922
	Yüksek Lisans	9,50±1,85	<b>p:0,009*</b>	16,19±6,36	<b>p:0,003*</b>	10,21±3,54	p:0,105
	Doktora	12,0±3,46		13,97±4,15		9,22±2,64	
Medeni durumu	Evli	9,72±2,64	t:-1,277	14,32±4,03	t:-0,453	9,30±2,67	t:-1,309
	Bekâr	10,02±3,21	p:0,202	14,49±4,85	p:0,650	9,60±2,85	p:0,191
Meslekte çalışma yılı	<1 yıl	10,41±3,78		15,93±5,22		9,60±3,52	
	1-5 yıl	9,15±2,57	F:5,110	12,75±3,74	F:10,885	9,03±2,20	F:1,508
	6-10 yıl	9,62±2,92	<b>p:0,002*</b>	14,20±4,51	<b>p:0,001*</b>	9,38±2,91	p:0,211
	>10 yıl	10,21±2,58		14,84±4,05		9,65±2,55	
YYBÜ’nde çalışma süresi	<1 yıl	10,52±3,15		14,87±4,23		10,30±3,09	
	1-5 yıl	9,92±3,45	F:4,303	14,60±4,89	F:2,369	9,41±3,00	F:3,927
	6-10 yıl	9,30±2,27	<b>p:0,005*</b>	13,71±3,70	<b>p:0,007*</b>	9,09±2,39	<b>p:0,009*</b>
	>10 yıl	10,10±2,80		14,75±4,74		9,41±2,65	

\* $p<0,05$ ; p: Anlamlılık düzeyi; Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; t=İndependent t testi; F: One Way Anova.

**Tablo 4.6. (Devamı).**

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri		Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B Bölümü					
		Çalışan Kaynaklı Alt Boyut		İletişim Kaynaklı Alt Boyut		Materyal Kaynaklı Alt Boyut	
		Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p
Vardiya şekli	Sürekli gündüz	10,29±1,89		15,01±4,14		9,18±2,43	
	Sürekli gece Vardiya (gece/gündüz)	9,55±2,84	F:1,755 p:0,174	14,40±4,51	F:0,785 p:0,457	9,41±2,91	F:4,189 <b>p:0,016*</b>
Haftada çalışma saati	<40 saat	10,38±3,47		15,64±5,06		9,78±2,98	
	40 saat	10,02±2,38	F:24,788 <b>p:0,001*</b>	15,10±4,17	F:18,909 <b>p:0,001*</b>	9,24±2,54	F:17,383 <b>p:0,001*</b>
	41-50 saat	11,24±3,39		15,98±5,01		10,63±3,29	
	>50 saat	8,96±2,91		13,11±3,61		8,79±2,20	
Günde ortalama bakım verdiği hasta sayısı	3	9,80±2,85		14,64±3,95		9,08±2,54	
	4	9,92±2,94	F:0,334 p:0,801	14,02±4,42	F:1,369 p:0,251	9,56±2,51	F:0,852 p:0,466
	5	9,69±2,93		14,85±4,91		9,46±3,30	
	6	10,08±2,92		14,64±3,90		9,55±2,83	
Çalıştığı hastane türü	Özel	10,17±3,27	t:1,732 p:0,084	14,68±4,76	t:0,981 p:0,327	9,99±3,12	t:3,230 <b>p:0,001*</b>
	Kamu	9,72±2,74		14,28±4,26		9,20±2,55	
Çalıştığınız YYBÜ düzeyi	I. Düzey	9,80±2,55		13,80±3,74		9,78±2,85	
	II. Düzey	9,76±2,85	F:1,877 p:0,132	14,11±4,76	F:0,907 p:0,437	9,14±2,97	F:1,309 p:0,375
	III. Düzey	10,10±3,12		14,58±4,56		9,53±2,75	
	IV. (IVA/IVB) Düzey	9,30±2,48		14,70±3,72		9,46±2,28	
Çalıştığı birimden memnuniyet durumu	Memnun	10,29±3,21	F:5,155 <b>p:0,006*</b>	14,44±4,87	F:1,687 p:0,186	9,64±2,84	F:1,787 p:0,168
	Kısmen memnun	9,53±2,54		14,65±4,15		9,39±2,77	
	Memnun değil	9,86±2,91		13,68±3,69		9,04±2,42	
Yenidoğan ile ilgili sertifika durumu	Evet	10,14±3,11	t:2,641 <b>p:0,008*</b>	14,93±4,52	t:3,314 <b>p:0,001*</b>	9,55±2,93	t:1,079 p:0,281
	Hayır	9,51±2,61		13,74±4,21		9,30±2,52	
Kurumunuzda HAP eğitimi aldınız mı?	Evet	10,60±3,05	t:5,572 <b>p:0,001*</b>	15,62±4,63	t:5,572 <b>p:0,001*</b>	10,41±2,89	t:7,257 <b>p:0,001*</b>
	Hayır	9,38±2,72		13,61±4,09		8,81±2,47	
Kurumunuzda HAP tatbikatına katıldınız mı?	Evet	10,99±2,82	t:5,773 <b>p:0,001*</b>	15,08±4,44	t:2,260 <b>p:0,024*</b>	10,60±2,85	t:6,051 <b>p:0,001*</b>
	Hayır	9,46±2,85		14,16±4,39		9,03±2,60	

\*p<0,05; p: Anlamlılık düzeyi; Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; t=İndependent t testi; F: One Way Anova.

Hemşirelerin deprem süreçleri verileri ve Karşılanmayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B bölümüne göre puanların dağılımı incelendiğinde;

Depremde bulunduğunuz şehir, depremde bulunduğunuz yer, depremden sonra aile, akraba, tanıdık ya da arkadaşlarınızla kısa zamanda iletişime geçme durumu ve depremde yaralanma, sakatlık ya da uzuv kaybı olma durumu ile her üç alt boyut “Çalışan Kaynaklı, Materyal Kaynaklı ve İletişim Kaynaklı” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki (p<0,05) olduğu belirlendi. Deprem sırasında yanında bulunan kişi, deprem sonrası maddi kayıp yaşama, bakmakla yükümlü olunan kişi/kişiler/evcil hayvan kaybı, depremden sonra kalınılan bireyler, depremde evin hasar alma durumu ve şu an kalınılan yer ile hem “Çalışan Kaynaklı” hem de “İletişim Kaynaklı” alt boyut puan ortalamaları arasında ayrıca depremden sonra alkol başlama durumu ile hem “İletişim Kaynaklı” hem de

“Materyal Kaynaklı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) bulundu. Aile, akraba veya tanıdıklardan birisinin göçük altında kalma durumu ile “Çalışan Kaynaklı” alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) belirlendi.

Depremde göçük altında kalma durumu, herhangi bir kişinin göçük altından çıkarıldığına tanık olma durumu, depremde kişi/kişiler/evcil hayvan kayıp durumu ve depremden sonra ilk çalışmaya başlama zamanı ile “Çalışan Kaynaklı, İletişim Kaynaklı ve Materyal Kaynaklı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p>0,05$ ) olmadığı belirlendi (Tablo 4.7.).

**Tablo 4.7. Hemşirelerin deprem süreçleri verileri ve karşılanmayan bakım anketi pediatrik formu B bölümüne göre puanların dağılımı (N=600).**

Hemşirelerin Deprem Süreçleri		Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B Bölümü					
		Çalışan Kaynaklı Alt Boyut		İletişim Kaynaklı Alt Boyut		Materyal Kaynaklı Alt Boyut	
		Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p
Depremde bulunduğunuz şehir	Adana	9,54±1,99		14,38±3,12		9,85±2,17	
	Diyarbakır	10,66±3,38		15,46±5,47		10,89±3,68	
	Elâzığ	9,92±3,09	F:3,245	13,43±4,60	F:7,021	8,47±2,36	F:5,476
	Osmaniye	9,36±1,55	p:0,001*	13,36±2,14	p:0,001*	9,33±1,38	p:0,001*
	Adıyaman	10,35±3,74		15,91±5,15		9,62±3,15	
	Malatya	8,80±2,67		12,21±4,45		8,15±2,31	
	Gaziantep	10,72±3,39		16,12±4,75		10,12±3,16	
	Hatay	9,60±1,80		14,05±2,79		9,63±2,03	
	Kahramanmaraş	8,64±2,41		11,20±2,92		8,08±1,84	
	Şanlıurfa	10,02±3,45		14,68±4,63		8,82±2,92	
Kilis	10,69±3,02		16,00±5,14		10,26±3,54		
Depremde bulunduğunuz yer	Kendi evimde	10,16±3,06		15,02±4,68		9,65±2,95	
	Hastanede	9,30±2,71	F:4,617	13,23±3,92	F:9,075	8,94±2,44	F:4,553
	Kendi evim dışında kapalı alan	10,24±2,88	p:0,003*	15,56±4,26	p:0,001*	10,08±2,74	p:0,004*
	Açık alan	10,52±2,12		15,28±3,60		10,16±2,52	
Deprem esnasında yanınızdaki kişi	Ailem	10,19±2,62		14,91±4,12		9,69±2,80	
	Arkadaşlarım/Tanıdıklarım	9,40±2,80	F:10,965	13,40±4,36	F:8,688	9,16±2,64	F:2,095
	Yalnızdım	9,16±2,94	p:0,001*	14,64±4,13	p:0,001*	9,26±2,51	p:0,100
	Akraba	11,64±3,81		16,39±5,45		9,93±3,31	
Depremde göçük altında kalma durumu	Evet	10,40±3,89	Z:-0,239	13,77±4,83	Z=-1,524	10,51±3,54	Z:-1,282
	Hayır	9,83±2,86	p:0,811	14,43±4,40	p:0,128	9,39±2,71	p:0,200
Aile, akraba veya tanıdıklarınızdan birisi göçük altında kalma durumu	Evet	9,59±2,81	t:-2,519	14,28±4,58	t:-0,750	9,32±2,75	t:-1,161
	Hayır	10,20±3,01	p:0,012*	14,55±4,21	p:0,454	9,59±2,76	p:0,246

\* $p<0,05$ ; Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; p: Anlamlılık düzeyi; t=İndepent t testi; F: One Way Anova; F: One Way Anova.

**Tablo 4.7. (Devamı).**

\* $p<0,05$ ; p: Anlamlılık düzeyi; Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; t=İndepent t testi; F: One Way Anova;

Z: Mann-Whitney U testi;

Hemşirelerin Deprem Süreçleri		Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B Bölümü					
		Çalışan Kaynaklı		İletişim Kaynaklı		Materyal Kaynaklı	
		Alt Boyut		Alt Boyut		Alt Boyut	
		Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p
Herhangi bir kişinin göçük altından çıkarıldığına tanık olma durumu	Evet	9,67±3,16	t:-1,095 p:0,274	14,33±4,57	t:-0,255 p:0,799	9,13±2,71	t:-1,842 p:0,066
	Hayır	9,95±2,80		14,43±4,35		9,58±2,77	
Herhangi bir kişinin deprem nedeniyle öldüğüne tanık olma durumu	Evet	9,73±3,04	t:-1,203 p:0,229	14,73±4,41	t:1,980 p:0,048*	9,26±2,64	t:-1,775 p:0,078
	Hayır	10,01±2,76		14,01±4,41		9,66±2,87	
Herhangi bir kişinin deprem nedeniyle yaralandığına tanık olma durumu	Evet	9,78±2,76	t:-0,724 p:0,469	14,03±3,85	t:-2,262 p:0,024*	9,52±2,59	t:0,824 p:0,410
	Hayır	9,95±3,09		14,85±5,00		9,34±2,95	
Depremden sonra aile, akraba, tanıdık ya da arkadaşlarımızla kısa zamanda iletişime geçme durumu	Evet	10,93±2,90		15,39±4,67		10,22±2,99	
	Hayır	8,93±2,60	t:-8,888 p:0,001*	13,54±4,00	t:5,216 p:0,001*	8,77±2,34	t:6,675 p:0,001*
Depremde yaralanma, sakatlık ya da uzuv kaybı durumu	Evet	8,42±2,02	t:-4,390 p:0,001*	11,31±2,11	t:-8,409 p:0,001*	8,00±1,62	t:-5,336 p:0,001*
	Hayır	9,96±2,94		14,61±4,46		9,54±2,79	
Depremde kişi/kişiler/evcil hayvan kayıp durumu	Evet	9,72±2,90	t:-1,537 p:0,125	14,44±4,56	t:0,325 p:0,746	9,44±2,76	
	Hayır	10,10±2,92		14,32±4,17		9,44±2,75	t:-0,030 p:0,976
Depremde maddi kayıp durumu	Evet	9,39±2,67		13,99±4,02		9,04±2,37	
	Hayır	11,15±3,17	t:-6,671 p:0,001*	15,52±5,22	t:-3,781 p:0,001*	10,54±3,39	t:-6,008 p:0,125
Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler/evcil hayvan durumu	Evet	9,59±2,62	t:-3,535 p:0,001*	13,86±4,00	t:-4,711 p:0,001*	9,40±2,72	t:-0,608 p:0,543
	Hayır	10,50±3,43		15,69±5,08		9,55±2,85	
Depremden sonra ilk çalışmaya başlama zamanı	0-24 saat	9,74±2,57		13,92±3,56		9,43±2,28	
	25-96 saat (1-4. günler arası)	10,07±2,85	F:0,768 p:0,546	15,21±4,43	F:2,243 p:0,063	9,44±2,86	F:0,112 p:0,978
	97-168 saat (5-7. günler arası)	10,16±3,36		14,81±5,55		9,29±3,05	
	1-3 hafta arası	10,01±2,51		13,77±4,02		9,59±2,56	
	3 hafta sonra	9,57±3,47		14,51±5,13		9,47±3,49	
Depremde çalışırken barındığı yer durumu	Kendi evimde	9,91±3,27		14,05±5,36		9,22±2,62	
	Hastanede	10,07±3,25		14,94±4,36		9,34±2,75	
	Geçici barınma birimi (çadır/konteyner)	9,55±2,74	F:1,657 p:0,143	13,28±4,31	F:4,334 p:0,001*	9,19±2,70	F:1,880 p:0,096
	Araba	9,53±2,29		14,26±3,32		9,06±2,57	
	Şehir dışından gidiş geliş Evim dışında kapalı bir alan (köy, müstakil ev vb.)	9,78±2,74		15,11±4,42		9,65±2,92	
		10,51±3,21		15,35±4,58		10,11±2,77	

**Tablo 4.7. (Devamı).**

\*p<0,05; p: Anlamlılık düzeyi; Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; t=İndepent t testi; Z: Mann-Whitney U testi; F: One Way Anova.

Çalışmada hemşirelerin DSBÖ'ne verilen en yüksek puan ortalamaları incelendiğinde;“Dua

Hemşirelerin Deprem Süreçleri		Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B Bölümü					
		Çalışan Kaynaklı Alt Boyut		İletişim Kaynaklı Alt Boyut		Materyal Kaynaklı Alt Boyut	
		Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p
Depremden sonra sigara başlama durumu	Evet	9,74±2,74	t:-0,820	13,64±3,89	t:-3,510	9,52±2,39	t:0,598
	Hayır	9,94±3,03	p:0,412	14,92±4,68	<b>p:0,001*</b>	9,38±2,98	p:0,550
Depremden sonra alkol başlama durumu	Evet	9,23±3,36	Z:-1,795	13,45±4,84	Z:-2,023	8,60±3,53	Z:-2,595
	Hayır	9,92±2,86	p:0,730	14,49±4,37	<b>p:0,043*</b>	9,52±2,66	<b>p:0,009*</b>
Depremden sonra alkol başlama durumu	Evet	9,80±3,02	t:-0,412	14,35±4,71	t:-0,228	9,37±2,91	t:-0,575
	Hayır	9,90±2,83	p:0,680	14,43±4,20	p:0,817	9,50±2,64	p:0,566
Depremden sonra kaldığı bireyler	Ailem	10,03±2,74		14,70±4,12		9,56±2,69	
	Arkadaşlarım/Tanıdıklarım	10,20±3,37	F:4,513 <b>p:0,004*</b>	14,56±5,10	F:3,084 <b>p:0,027*</b>	9,51±3,19	F:1,310 p:0,270
	Yalnız	8,97±2,81		13,40±4,54		9,06±2,44	
	Akraba	9,08±3,01		13,00±4,47		8,80±2,62	
Depremde evin hasar alma durumu	Hasarsız	10,75±3,81		15,90±5,80		10,05±3,68	
	Az hasarlı	9,80±2,69	F:2,547 <b>p:0,038*</b>	14,14±3,98	F:2,976 <b>p:0,019*</b>	9,45±2,59	F:1,547 p:0,187
	Orta hasarlı	9,64±1,90		14,14±2,61		9,42±1,87	
	Ağır hasarlı	9,76±2,94		14,23±4,90		9,16±2,83	
Şu an kalma yeri	Evim depremden yıkıldı	9,41±4,58		13,91±6,41		9,13±3,81	
	Kendi evimde (mevcut ya da yeni ev)	9,99±3,02	F:2,947 <b>p:0,032*</b>	14,74±4,24	F:2,926 <b>p:0,033*</b>	9,50±2,68	F:1,785 p:0,149
	Tanıdık/Akraba evinde	10,25±2,91		13,84±4,38		9,30±2,96	
	Geçici barınma birimi (çadır/konteyner)	9,48±2,91		13,85±4,32		9,25±2,72	
	Şehir dışından geliş	10,92±3,06		15,78±6,37		10,5±3,40	

ederek rahatlamaya çalışırım”, “Kendimi Allah’a emanet ederim” ve “Ölümden kaçılmaz diye düşünürüm” maddelerine en yüksek puan verdikleri, puan ortalamalarının sırası ile “3,48±0,686, 3,43±0,645 ve 3,41±0,739” olduğu saptandı. Hemşirelerin en düşük puan ortalamaları incelendiğinde; “Bu sorunla daha iyi baş edebilen birileriyle konuşma”, “Duygularımı ve korkularımı aile ya da arkadaşlarıyla paylaşma” ve “Yaşadıklarını aile ya da yakın arkadaşlarıyla paylaşma” en düşük puan verdikleri ve puan ortalamalarının sırası ile “2,53±0,68, 2,60±0,721 ve 2,60±0,758” olduğu bulundu (Tablo 4.8.).

**Tablo 4.8. Hemşirelerin deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeğine verilen puan ortalamalarının dağılımı (N=600).**

Deprem Stresi İle Baş Etme Stratejileri Ölçeği	Ort±SS
Yaşadıklarımı ailem ya da yakın arkadaşlarımla paylaşırım.	2,60±0,758
Kendimi Allah’a emanet ederim	<b>3,43±0,645</b>

Duygularımı kendime saklamaya çalışırım.	2,87±0,776
Bu sorunla daha iyi baş edebilen birileriyle konuşurum.	2,53±0,681
Depremle ilgili bütün olumsuzluklara rağmen mücadele ederim.	3,08±0,661
Duygularımı ve korkularımı ailem ya da arkadaşlarımla paylaşıyorum.	2,60±0,721
Korkularım ve kaygılarım hakkında konuşmamayı tercih ederim.	2,65±0,903
Ölümden kaçılmaz diye düşünürüm.	<b>3,41±0,739</b>
Dua ederek rahatlamaya çalışırım.	<b>3,48±0,686</b>
Alın yazısına ve bunun değişmeyeceğine inanırım.	3,27±0,806
Dini görevlerimi daha çok yerine getiririm.	3,03±0,854
Olanları birer deneyim olarak kabul ederim.	3,14±0,735
Yaşam hakkında daha iyimser olmaya çalışırım.	3,02±0,765
Olumlu düşünmeye çalışırım.	3,01±0,770
Kendime zaman tanımamın iyi geleceğini düşünürüm.	3,03±0,724
Olanları büyütmemeye çalışırım.	3,00±0,727

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma.

Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri verileri ve DSBÖ'nin alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik verilen cevaplar incelenmiştir. Buna göre;

Öğrenim durumu ve YYBÜ'nde çalışma yılı ile her üç alt boyut "Dini Baş Etme, Olumlu Yeniden Değerlendirme ve Sosyal Destek Arama" puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) olduğu belirlendi. Yaş ve YYBÜ'de çalışma süresi ile hem "Olumlu Yeniden Değerlendirme" hem "Sosyal Destek Arama" alt boyut puan ortalamaları arasında ayrıca Haftalık çalışma saati ile hem "Dini Baş Etme" hem "Sosyal Destek Arama" alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) olduğu saptandı. Öğrenim durumu ve çalışılan YYBÜ bakım düzeyi ile "Dini Baş Etme", kurumda HAP tatbikatına katılma durumu ve günde bakım verilen ortalama hasta sayısı ile "Olumlu Yeniden Değerlendirme" ve Medeni durum ile "Sosyal Destek Arama" alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) olduğu bulundu.

Hemşirelerin vardiyalı şekli, çalıştığı kurum türü, çalıştığı birimden memnuniyet durumu, YYBÜ ile ilgili sertifikanın olması ve kurumda HAP eğitimi alma durumları ile her üç alt boyut "Dini Baş Etme, Olumlu Yeniden Değerlendirme ve Sosyal Destek Arama" puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p>0,05$ ) olmadığı belirlendi (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri verileri ile deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeğinin alt boyutlarına göre puan dağılımı (N=600).**

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri		Deprem Stresiyle Baş Etme Stratejileri Ölçeği					
		Dini Baş Etme Alt Boyut		Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyut		Sosyal Destek Arama Alt Boyut	
		Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p
Cinsiyet	Erkek	17,55±2,49	t:5,246	18,65±3,70	t:3,256	13,78±1,70	t:4,012
	Kadın	16,29±2,75	<b>p:0,001*</b>	17,57±3,11	<b>p:0,001*</b>	13,06±2,02	<b>p:0,001*</b>
Yaş	18-25 yaş	16,85±3,17		18,14±3,70		13,04±2,04	
	26-30 yaş	16,41±2,60	F:1,118	17,36±2,69	F:3,330	12,98±1,77	F:6,414
	>30 yaş	16,65±2,58	p:0,328	18,07±3,47	<b>p:0,036*</b>	13,58±2,03	<b>p:0,002*</b>
Öğrenim durumu	Lise	17,06±2,80		17,82±3,62		13,08±1,71	
	Ön Lisans	16,26±2,88	F:4,480	20,33±4,72	F:1,278	14,33±4,93	F:1,781
	Lisans	16,61±2,54	<b>p:0,001*</b>	18,00±3,21	p:0,277	12,93±1,88	p:0,131
	Yüksek Lisans	15,32±3,43		18,56±3,41		13,39±2,42	
	Doktora	19,00±1,00		17,67±3,28		13,38±1,93	
Medeni durumu	Evli	16,71±2,67	t:0,920	18,06±3,21	t:1,667	13,51±1,82	t:3,672
	Bekâr	16,51±2,83	p:0,358	17,60±3,41	p:0,096	12,93±2,09	<b>p:0,001*</b>
Meslekte çalışma yılı	<1 yıl	15,85±2,93		16,84±3,81		13,00±2,18	
	1-5 yıl	16,43±2,78	F:3,718	17,34±2,71	F:6,056	13,11±2,13	F:3,685
	6-10 yıl	16,79±2,87	<b>p:0,011*</b>	18,39±3,16	<b>p:0,001*</b>	13,59±1,77	<b>p:0,012*</b>
	>10 yıl	16,92±2,48		18,17±3,39		13,25±1,97	
YYBÜ'nde çalışma süresi	<1 yıl	16,29±2,50		17,43±3,48		13,84±2,24	
	1-5 yıl	16,45±3,00	F:1,069	17,89±3,22	F:4,486	13,01±1,81	F:6,240
	6-10 yıl	16,84±2,59	p:0,362	18,49±3,51	<b>p:0,004*</b>	13,48±1,88	<b>p:0,001*</b>
	>10 yıl	16,70±2,77		17,30±2,93		12,89±1,96	
Vardiya şekli	Sürekli gündüz	17,22±2,45		17,73±2,78		13,26±1,85	
	Sürekli gece	16,82±2,57		18,15±3,20		13,30±2,12	
	Vardiya (gece ve gündüz)	16,42±2,84	F:2,926 p:0,054	17,73±3,43	F:0,966 p:0,382	13,25±1,97	F:1,182 p:0,307
Haftalık çalışma saati	<40 saat	15,23±2,80		17,64±3,70		13,02±1,84	
	40 saat	17,15±2,78	F:5,141	17,50±3,19	F:0,544	12,68±1,74	F:4,702
	41-50 saat	16,48±2,51	<b>p:0,002*</b>	17,89±3,21	p:0,652	13,60±2,17	<b>p:0,003*</b>
	>50 saat	16,72±2,78		17,97±3,34		13,26±1,90	
Günde bakım verdiği ortalama hasta sayısı	3	16,80±2,92		19,07±3,67		13,66±1,88	
	4	16,60±2,62	F:0,224	17,54±3,00	F:7,625	13,15±1,84	F:2,281
	5	16,54±2,98	p:0,880	17,76±3,33	<b>p:0,001*</b>	13,08±2,29	p:0,078
	6	16,53±2,31		17,12±3,40		13,30±1,78	
Çalıştığı kurum türü	Özel	16,54±2,58		17,76±3,46		13,04±2,13	
	Kamu	16,65±2,81	t:-0,480 p:0,631	17,89±3,24	t:-0,450 p:0,653	13,33±1,89	t:-1,603 p:0,110
Çalıştığınız YYBÜ düzeyi	I. Düzey	16,95±1,99		17,90±2,58		13,73±2,16	
	II. Düzey	15,89±3,07	F:5,626	17,44±3,15	F:1,410	13,00±2,18	F:2,157
	III. Düzey	16,76±2,61	<b>p:0,001*</b>	18,10±3,46	p:0,239	13,30±1,90	p:0,092
	IV. (IVA ve IVB) Düzey	17,18±2,76		17,72±3,44		13,16±1,29	
Çalıştığı birimden memnuniyet durumu	Memnun	16,45±2,63	F:0,933	17,82±3,22	F:2,573	13,41±1,95	F:2,384
	Kısmen memnun	16,71±2,85	p:0,394	17,61±3,28	p:0,077	13,03±1,90	p:0,093
	Memnun değil	16,84±2,76		18,51±3,53		13,31±2,15	
YYBÜ ile ilgili sertifika durumu	Evet	16,67±2,80	t:0,510	18,19±3,38	t:2,797	13,30±1,95	t:0,749
	Hayır	16,55±2,66	p:0,610	17,43±3,16	p:0,005	13,18±1,99	p:0,454
Kurumunuzda HAP eğitimi aldınız mı?	Evet	16,57±2,70	t:-0,340	17,61±3,16	t:-1,409	13,07±1,97	t:-1,736
	Hayır	16,65±2,77	p:0,734	18,00±3,40	p:0,153	13,36±1,96	p:0,083
Kurumunuzda HAP tatbikatına katıldınız mı?	Evet	16,79±2,43	t:0,977	18,41±3,03	t:2,607	13,38±2,06	t:0,990
	Hayır	16,56±2,84	p:0,329	17,65±3,38	<b>p:0,010*</b>	13,20±1,94	p:0,332

\*p<0,05; p: Anlamlılık düzeyi; Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; t=Indepent t testi; F: One Way Anova.

Hemşirelerin deprem süreçleri verileri ve deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeğinin alt boyutlarına göre verilen puan dağılımı incelendiğinde;

Depremden sonra kalınan bireyler ile her üç alt boyut “Dini Baş Etme, Olumlu Yeniden Değerlendirme ve Sosyal Destek Arama” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) olduğu belirlendi. Depremde bulunduğunuz şehir, bakmakla yükümlü olunan kişi/kişiler/evcil hayvan durumu, depremde sonra ilk çalışmaya başlama zamanı, depremde çalışırken barınılan yer durumu ve depremde evin hasar alma durumu ile hem “dini baş etme” hem “olumlu yeniden değerlendirme” alt boyut puan ortalamaları arasında, depremde sonra aile, akraba, tanıdık ya da arkadaşlar ile kısa zamanda iletişime geçme ve depremde yaralanma, sakatlık ya da uzuv kaybı yaşama durumları ile hem “Dini Baş Etme”, hem de “Sosyal Destek Arama” puan ortalamaları arasında ayrıca depremde sonra alkol başlama durumu ile hem “Olumlu Yeniden Değerlendirme” hem de “Sosyal Destek Arama” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) olduğu görüldü. Depremde maddi kayıp durumu ile “Dini Baş Etme” alt boyut puan ortalaması ve depremde sonra sigara başlama, depremin etkilerinden dolayı profesyonel destek (psikiyatrist/psikolog) alma ve şu an kalınan yer durumları ile “Olumlu Yeniden Değerlendirme” alt boyut puan ortalaması ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) olduğu görüldü.

Deprem sırasında bulunduğunuz yer, deprem sırasında yanındaki kişi, depremde göçük altında kalma, aile, akraba ya da tanıdıklardan birinin göçük altında kalma, herhangi bir kişinin göçük altından çıkarıldığına tanık olma, herhangi bir kişinin deprem nedeniyle öldüğüne tanık olma, herhangi bir kişinin deprem nedeniyle yaralandığına tanık olma ve depremde kişi/kişiler/evcil hayvan kayıp olma durumları ile her üç alt boyut “Dini Baş Etme, Olumlu Yeniden Değerlendirme ve Sosyal Destek Arama” puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p>0,05$ ) olmadığı belirlendi (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10. Hemşirelerin deprem süreçleri verileri ve deprem stresi ile baş etme stratejileri ölçeğinin alt boyutlarına göre puan dağılımı (N=600).**

Hemşirelerin Deprem Süreçleri		Deprem Stresiyle Baş Etme Stratejileri Ölçeği							
		Dini Baş Etme Alt Boyut		Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyut		Sosyal Destek Arama Alt Boyut			
		Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p		
Depremde bulunduğunuz şehir	Adana	17,17±2,76		18,57±2,94		13,24±1,52			
	Osmaniye	16,41±2,95		18,35±3,17		13,64±2,41			
	Adıyaman	15,94±2,83		17,52±2,93		13,21±2,33			
	Malatya	17,00±1,90		17,72±2,69		13,48±1,43			
	Gaziantep	16,35±2,70	F:3,630	17,38±3,77	F:2,894	12,91±2,16	F:0,570		
	Hatay	15,56±2,85	p:0,001*	16,90±3,17	p:0,002*	13,08±2,55	p:0,839		
	Kahramanmaraş	16,83±2,57		18,14±3,58		13,38±1,76			
	Şanlıurfa	17,94±1,87		18,94±3,04		13,38±1,34			
	Kilis	16,44±2,59		16,67±2,22		13,32±1,71			
	Diyarbakır	15,82±3,11		16,82±4,20		13,17±2,36			
Elâzığ	16,60±3,25	18,21±3,34		12,95±2,28					
Kendi evimde	16,38±2,80			17,79±3,46				13,14±2,05	
Hastanede	16,87±2,83	F:1,649		17,81±2,87		F:1,043		13,28±1,90	F:2,122
Kendi evim dışında kapalı alan	16,72±2,09	p:0,177		17,82±3,98		p:0,373		13,28±1,76	p:0,096
Açık alan	17,08±2,01			19,00±3,59				14,16±1,88	
Deprem esnasında yanınızdaki kişi	Ailem	16,50±2,57		18,18±3,38		13,43±2,00			
	Arkadaşlarım/Tanıdıklarım	16,94±2,66	F:2,227	17,65±2,93	F:1,279	13,14±1,89	F:1,185		
	Yalnızdım	16,37±3,06	p:0,084	17,58±3,61	p:0,281	13,07±2,07	p:0,315		
	Akraba	16,02±3,22		17,66±4,05		13,12±2,03			
Depremde göçük altında kalma durumu	Evet	17,55±2,49	Z:-0,239	18,65±3,70	Z:-1,524	13,78±1,70	Z:-1,281		
	Hayır	16,29±2,75	p:0,811	17,57±3,11	p:0,128	13,06±2,02	p:0,200		
Aile, akraba veya tanıdıklarınızdan birisi göçük altında kalma durumu	Evet	16,54±2,85		17,73±3,45		13,13±1,92			
	Hayır	16,73±2,59	t:-0,851 p:0,395	18,01±3,11	t:-1,035 p:0,301	13,39±2,02	t:0,128 p:0,111		
Herhangi bir kişinin göçük altından çıkarıldığına tanık olma durumu	Evet	16,48±2,76		17,78±3,61		13,21±1,81			
	Hayır	16,68±2,73	t:-0,808 p:0,420	17,88±3,16	t:-0,347 p:0,729	13,26±2,04	t:-0,312 p:0,755		
Herhangi bir kişinin deprem nedeniyle öldüğüne tanık olma durumu	Evet	16,78±2,58	t:1,500 p:0,131	17,87±3,57	t:0,194 p:0,847	13,20±1,90	t:-0,570 p:0,187		
	Hayır	16,44±2,91		17,82±2,97		13,29±2,05			
Herhangi bir kişinin deprem nedeniyle yaralandığına tanık olma durumu	Evet	16,60±2,68		18,06±3,23		13,52±1,85			
	Hayır	16,64±2,81	t:-0,159 p:0,874	17,60±3,39	t:1,688 p:0,092	12,91±2,06	t:0,824 p:0,410		
Depremden sonra aile, akraba, tanıdık ya da arkadaşlarınızla kısa zamanda iletişime geçme durumu	Evet	16,35±2,89	t:-2,224 p:0,027*	18,09±3,29	t:1,667 p:0,096	13,46±2,17	t:6,675 p:0,001*		
	Hayır	16,85±2,58		17,64±3,31		13,06±1,76			

\*p<0,05; p: Anlamlılık düzeyi; Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; t=İndependent t testi; F: One Way Anova; Z: Mann-Whitney U testi.

**Tablo 4.10. (Devamı).**

Hemşirelerin Deprem Süreçleri		Deprem Stresiyle Baş Etme Stratejileri Ölçeği					
		Dini Baş Etme		Olumlu Yeniden		Sosyal Destek Arama	
		Alt Boyut		Değerlendirme Alt Boyut		Alt Boyut	
		Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p
Depremde yaralanma, sakatlık ya da uzuv kaybı durumu	Evet	15,36±2,59	t:-3,071 p:0,004*	17,07±3,05	t:-1,610 p:0,115	13,02±2,61	t:-5,336 p:0,001
	Hayır	16,70±2,73		17,90±3,32		13,26±1,92	
Depremde kişi/kişiler/evcil hayvan kayıp durumu	Evet	16,64±2,77	t:0,308 p:0,758	17,84±3,45	t:-0,960 p:0,924	13,21±1,91	t:-0,030 p:0,976
	Hayır	16,57±2,68		17,87±3,05		13,30±2,06	
Depremde maddi kayıp durumu	Evet	16,82±2,77	t:3,172 p:0,002*	17,72±3,34	t:-1,632 p:0,104	13,14±1,88	t:-6,008 p:0,125
	Hayır	16,05±2,57		18,21±3,19		13,52±2,18	
Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler/evcil hayvan durumu	Evet	16,46±2,66	t:-2,121 p:0,035*	17,64±3,09	t:-2,205 p:0,028*	13,41±1,95	t:-0,608 p:0,543
	Hayır	17,00±2,88		18,34±3,73		12,86±1,96	
Depremden sonra ilk çalışmaya başlama zamanı	0-24 saat	17,22±2,53		18,64±3,03		13,54±1,66	
	25-96 saat (1-4. günler arası)	16,52±2,71	F:6,529 p:0,001*	17,12±3,36	F:7,168 p:0,001*	12,78±1,81	F:0,112 p:0,978
	97-168 saat (5-7. günler arası)	15,82±2,83		17,16±3,15		13,16±2,06	
	1-3 hafta arası	16,95±2,79		18,43±2,97		13,29±1,90	
	3 hafta sonra	15,92±2,81		17,27±3,67		13,23±2,51	
Depremde çalışırken barındığı yer durumu	Kendi evimde	16,05±3,02		18,02±3,31		12,88±2,06	
	Hastanede	17,05±2,56		17,45±3,58		12,83±1,70	
	Geçici barınma birimi (çadır/konteyner)	16,42±2,49	F:3,327 p:0,006*	17,56±2,83	F:2,272 p:0,019*	13,20±1,95	F:1,880 p:0,096
	Araba	16,93±2,60		17,55±3,71		13,58±2,36	
	Şehir dışından gidiş geliş Evim dışında kapalı bir alan (köy, müstakil ev vb.)	15,91±3,30		17,85±3,10		13,58±2,03	
Depremden sonra sigara başlama durumu	Evet	16,51±2,56	t:-0,850 p:0,396	17,24±2,39	t:-4,065 p:0,001*	13,33±1,77	t:0,880 p:0,379
	Hayır	16,70±2,86		18,26±3,75		13,19±2,09	
Depremden sonra alkol başlama durumu	Evet	14,01±3,48	Z:-1,795 p:0,073	17,01±3,73	Z:-2,023 p:0,043*	12,29±2,13	Z:-2,595 p:0,009*
	Hayır	16,86±2,53		17,93±3,26		13,33±1,93	
Depremin etkilerinden dolayı profesyonel destek (psikiyatrist/psikolog) aldınız mı?	Evet	16,38±2,78	t:-1,849 p:0,65	17,44±3,38	t:-2,670 p:0,008*	13,10±1,99	t:-1,621 p:0,106
	Hayır	16,80±2,70		18,17±3,22		13,36±1,94	
Depremden sonra kaldığı bireyler	Ailem	16,58±2,77		18,15±3,20		13,56±1,99	
	Arkadaşlarım/Tanıdıklarım	16,19±2,63	F:3,047 p:0,028*	17,00±3,45	F:3,670 p:0,012*	12,80±2,18	F:8,928 p:0,001*
	Yalnız	17,32±2,75		17,82±3,60		12,59±1,29	
	Akraba	16,48±2,38		17,32±2,30		13,04±1,85	
Depremde evin hasar alma durumu	Hasarsız	16,32±2,90		18,24±3,59		13,30±2,46	
	Az hasarlı	16,68±2,86		18,17±3,50		13,55±1,82	
	Orta hasarlı	17,40±2,26	F:7,856 p:0,001*	17,80±3,02	F:2,417 p:0,048*	13,00±1,74	F:1,831 p:0,121
	Ağır hasarlı	16,22±2,82		17,65±3,09		13,18±1,93	
	Evim depremde yıkıldı	15,00±2,47		16,47±3,48		13,05±2,32	

\*p<0,05; p: Anlamlılık düzeyi; Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; t=Independent t testi; F: One Way Anova;

Z: Mann-Whitney U testi.

**Tablo 4.10. (Devamı).**

Hemşirelerin Deprem Süreçleri	Deprem Stresiyle Baş Etme Stratejileri Ölçeği						
	Dini Baş Etme Alt Boyut		Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyut		Sosyal Destek Arama Alt Boyut		
	Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p	Ort±SS	Test/p	
Şu an kalma yeri	Kendi evimde (mevcut ya da yeni ev)	16,82±2,62		18,13±3,39		13,33±1,88	
	Tanıdık/Akraba evinde	15,82±3,05	F:2,370	17,61±3,18	F:3,073	13,71±2,58	F:1,728
	Geçici barınma birimi (çadır/konteyner)	16,42±2,77	p:0,070	17,39±3,19	<b>p:0,027*</b>	13,04±2,00	p:0,160
	Şehir dışından gidiş geliş	17,10±3,10		18,82±3,05		13,21±1,61	

\*p<0,05; p: Anlamlılık düzeyi; Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; t=İndependent t testi; F: One Way Anova; Z: Mann-Whitney U testi.

Hemşirelerin Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B bölümü alt boyutları ve DSBÖ alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde;

Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B bölümüne göre en yüksek puan ortalaması sırayla; “Materyal Kaynaklı” alt boyutu puan ortalaması “9,44±2,76”, “İletişim Kaynaklı” alt boyutu puan ortalaması “14,40±4,42” ve “Çalışan Kaynaklı” alt boyutu puan ortalaması “9,86±2,91” olduğu saptandı. DSBÖ en yüksek puan ortalaması sırayla; “Dini Baş Etme” alt boyutu puan ortalaması “16,62±2,74”, “Olumlu Yeniden Değerlendirme” alt boyutu puan ortalaması “17,85±3,31” ve “Sosyal Destek Arama” alt boyutu puan ortalamasının “13,25±1,97” olduğu belirlendi.

Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B bölümü alt boyutlarının iç tutarlılığı incelendiğinde “Çalışan Kaynaklı” alt boyutu değeri  $\alpha$ :0,850 ve “İletişim Kaynaklı” alt boyutu değeri  $\alpha$ :0,880 ve “Materyal Kaynaklı” alt boyutu değeri  $\alpha$ :0,830 olarak bulunmuş olup, yüksek güvenilirlikte olduğu belirlendi. Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B bölümü alt boyutlarının iç tutarlılığı incelendiğinde  $\alpha$ :0,915 olarak belirlenmiş olup, yüksek güvenilirlikte olduğu bulunmuştur.

DSBÖ’nün alt boyutlarının iç tutarlılığı incelendiğinde “Dini Baş Etme” alt boyutu  $\alpha$ :0,740, “Olumlu Yeniden Değerlendirme” alt boyutu değeri  $\alpha$ :0,710 ve “Sosyal Destek Arama” alt boyutu değeri  $\alpha$ :0,860 olarak bulunmuş olup, yüksek güvenilirlikte olduğu belirlenmiştir. DSBÖ’nün toplam puanı incelendiğinde değeri  $\alpha$ :0,826 olarak belirlenmiş olup, yüksek güvenilirlikte olduğu bulunmuştur (Tablo 4.11.).

**Tablo 4.11. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu B bölümü alt boyutları ve depresyon stresi ile baş etme stratejileri ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (N=600).**

Ölçeklerin Alt Boyutları	Ort.±SS	Min.	Max.	Cronbach's Alfa
Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B Bölümü Çalışan Kaynaklı Alt Boyutu	9,86±2,91	5,00	20,00	0,85
Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B Bölümü İletişim Kaynaklı Alt Boyutu	14,40±4,42	7,00	28,00	0,88
Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B Bölümü Materyal Kaynaklı Alt Boyutu	9,44±2,76	4,00	16,00	0,83
Depresyon Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği Dini Baş Etme Alt Boyutu	16,62±2,74	6,00	20,00	0,74
Depresyon Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu	17,85±3,31	7,00	24,00	0,71
Depresyon Stresi ile Baş Etme Stratejileri Sosyal Destek Arama Alt Boyutu	13,25±1,97	8,00	20,00	0,86

Ort.: Ortalama; S.S.: Standart Sapma; Min.: Minimum; Max: Maksimum.

Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B bölümü alt boyutları ve DSBÖ alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki korelasyon incelendiğinde;

Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B bölümü “Çalışan Kaynaklı” alt boyutu ile DSBÖ’nün “Dini Baş Etme” alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ( $0,05 < p$ ) ve zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Formu B bölümü “İletişim Kaynaklı” ve “Materyal Kaynaklı” alt boyutları ile DSBÖ’nün “Olumlu Yeniden Değerlendirme” ve “Sosyal Destek Arama” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ( $p > 0,05$ ) belirlendi (Tablo 4.12.).

**Tablo 4.12. Karşılanamayan bakım anketi pediatrik formu B bölümü alt boyutları ve depresyon stresi ile baş etme stratejileri ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasındaki korelasyon (N=600).**

Depresyon Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği		Karşılanamayan Bakım Anketi Formu B Bölümü		
		Çalışan Kaynaklı Alt Boyutu	İletişim Kaynaklı Alt Boyutu	Materyal Kaynaklı Alt Boyutu
Dini Baş Etme Alt Boyutu	r	-0,082	-0,048	0,023
	p	<b>0,045</b>	0,243	0,577
Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu	r	0,021	-0,042	-0,033
	p	0,615	0,308	0,421
Sosyal Destek Arama Alt Boyutu	r	-0,032	-0,055	-0,077
	p	0,429	0,179	0,061

r: Pearson korelasyon katsayısı

## 5. TARTIŞMA

Hastanelerde güvenli ve kaliteli hemşirelik bakımın sağlanması konusundaki görüşlere karşın (146), karşılanmayan bakım oranlarının yüksek olduğu görülmektedir (128). Aiken ve ark. (2018), hemşirelerin %10'luk düzeyde karşılanamayan bakımda artış olmasının mortalite oranlarında %16 kadar artış olduğunu belirtmişlerdir (135). İnsanlar sorunlarını çözme konusunda doğuştan bir yeteneğe sahiptir. Bir sorunla karşılaştıklarında, durumu bir süre deneyimlerler ve daha sonra sorunu çözebilecek bir çözüm bulurlar ve böylece sorunun nasıl çözüleceğini öğrenirler. Bazı kişiler bu süreci kendi başlarına üstlenirken bazıları ise dışarıdan destek alarak süreci yönetebilmektedir. Depremi yaşayan kişiler, deprem sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan çeşitli stresli durumlarla karşılaştıklarında da farklı baş etme stratejileri geliştirirler. Bu stratejiler deprem kaynaklı stresle mücadelede önemli rol oynamaktadır (12).

Bu çalışmada, YYBÜ'de çalışan hemşirelerin %6 ile %99,8 oranları arasında son vardiyada en az bir hemşirelik bakımını karşılayamadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda YYBÜ'nde çalışan hemşirelerin son vardiyalarında en az bir hemşirelik bakımını karşılayamadıklarını belirlenmiştir (17, 140, 141, 147). Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada hemşirelerin %65'inin ve İtalya'da yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin %44'ünün en az bir hemşirelik bakımını karşılayamadıkları belirlenmiştir (135, 147). Bu çalışmada elde edilen bulgular, yapılan benzer çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermekte olup YYBÜ'de çalışan hemşirelerin karşılanamayan bakım konusunda zorlandıklarını desteklemektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin en fazla karşılayamadıkları bakımların; "Refakatçi tarafından yapılan uygulamaları değerlendirme", "Çocuk/ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme" ve "Hasta ve aile eğitimi" olduğu belirlenmiştir. Sasso ve ark. (2017), İtalya'da yapılan RN4CAST araştırmasında hemşirelerin en fazla karşılanamadıkları bakımın ağız bakımı olduğu açıklanmıştır. Diğer karşılayamadıkları bakımların ise; hastaya pozisyon verme, hasta ve ailesinin eğitiminde bakımın planlanması ile uygun hasta gözetimi olarak belirlenmiştir (148). Tubbs-Cooley ve ark. (2015), en fazla karşılayamadıkları bakımlarının "Mekanik ventilatördeki hastanın ağız bakımı" ve "Ebeveynleri, bebek bakımı ve oral beslemeye dâhil etme" olarak tespit etmişlerdir (20). Farklı bir çalışmada ise "İntravenöz katater bölgesinin bakımı" karşılanamadığı görülmüştür (17). ABD'nde yapılan bakım merkezli çalışmada ise "Çocuk ve/veya ailesine duygusal destek sağlama" olduğu görülmüştür (140). Lake ve ark. (2020), ABD'nde yaptığı farklı bir çalışmada ise

hemşirelik bakımlarından en çok “Aile eğitimi ve hastayı sakinleştirme” karşılanamadığı görülmüştür (141). Yapılan iki farklı çalışmada ise “Taburculuk planlanması” karşılanamayan bakımın istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir (127, 149). Farklı iki çalışmada ise hemşirelerin en çok karşılayamadıkları bakımın “Hasta ve aile eğitimi ile ebeveynleri çocuğun bakımına dâhil etme” olduğu görülmüştür (149, 150). Lake ve ark. (2020), ailelerin taburculuk planlamasında sorun yaşamalarının nedeninin; eğitim, danışmanlık ve öğretim gibi uygulamalarında pratik uygulamaların yetersiz kalması olduğunu belirtilmiştir (141). Elmaoğlu ve Özdemir (2022), pediatri servislerinde çalışan hemşirelerin en fazla karşılayamadıkları bakımların; “Refakatçi tarafından yapılan uygulamaların değerlendirilmesi, bakım planına uyarak çocuğu kaldırma ve yürütme ile ebeveynleri çocuğun bakımına dâhil etme” olduğu tespit edilmiştir (138). Tubbs-Cooley ve ark. (2017), ABD’nde YYBÜ’nde hemşirelerle yapılan çalışmada “Taburculuğa hazırlık” en fazla karşılanamayan bakım olduğu tespit edilmiştir (152). Çalışma sonuçları ile yapılan çalışmaların bulgularının farklılık göstermesinin nedenleri çalışmaların yerlerin, zamanların ve örnekleminin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin bebeğe ve ailesine yönelik karşılanamayan bakım oranlarını yüksek çıkmasının nedenleri; depremden sonra ailelerin bazılarının il dışına göç etmesi, ailelerin yaşadığı alanın hastaneye uzak olmasından dolayı yenidoğan bebeğini ziyarete gelememesi, hemşire sayısının eksikliği, ekonomik zorluklar ve depremin dolayı travmaya maruz kalan yenidoğan hemşirelerinin bebeğin hayata tutunmasının daha önemli olduğunu düşünülebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin yüksek düzeyde “Materyal Kaynaklı” nedenlerle hemşirelik bakımının karşılayamadığı belirlenmiştir. Tubbs-Cooley ve ark. (2017), karşılanamayan bakımın nedenlerine yönelik yaptıkları çalışmada; hemşireler ve hekimler arasındaki iletişim sorunları, yardımcı personelin yetersiz olması, diğer personellerin yeterli destek vermemesi, ekipman/malzeme sıkıntısı ve donanımlı çalışan sayısının yetersizliği olduğunu belirtmişlerdir (152). Hu ve ark. (2020), Çin’de yaptıkları çalışmada Covid-19 salgınında çalışan hemşirelerin uluslararası düzeyde malzeme sıkıntısının yaşanması buna bağlı olarak da ülkedeki stokların azalması nedeniyle kişisel koruyucu ekipman kullanamadıkları ve buna bağlı olarak anksiyete yaşadıkları gözlemlenmiştir (153). Kalisch ve ark. (2013), yaptığı çalışmada karşılanamayan bakımın alt boyutlarını incelemiştir. Buna göre; Lübnan’da “Çalışan Kaynaklı” ve “Materyal Kaynaklı” alt boyut ortalamalarının yüksek olduğu, ABD’nde ise “İletişim Kaynaklı” ve “Materyal Kaynaklı” alt boyut ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (154). ABD ve Türkiye’de ortak yapılan bir çalışmada hemşirelerin karşılanamayan bakımın alt boyutları

sonuçları karşılaştırılmıştır. Her iki ülkede en fazla ilk sırada “Çalışan kaynaklı” ve ikinci sırada ise “Materyal Kaynaklı” nedenler ile bakımı karşılayamadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada “İletişim Kaynaklı” nedenlerin karşılanamayan bakımı daha az düzeyde etkilediği fakat iletişim ile ilgili sorunların karşılanamayan bakıma neden olduğu tespit edilmiştir (155). Farklı bir çalışmada ise vardiya teslimi esnasında eksik bilgi verilmesinin “Materyal Kaynaklı” ve “İletişim Kaynaklı” nedenlerden kaynaklı hemşirelik bakımını karşılayamadıkları belirlenmiştir (156). Bu çalışma ile yapılan çalışmaların bulguları çalışmamızı destekler nitelikte olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin depremde hastanelerin yıkılması ya da hasar alması ve depremin kapsadığı alanın büyüklüğünden kaynaklı ülkemize ciddi ekonomik yük oluşturduğundan “Materyal Kaynaklı” olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin; yaşı 18-25 aralığında, cinsiyeti kadın, haftalık 40 saat üzeri çalışan, vardiya (gece/gündüz) şeklinde çalışan, YYBÜ ve meslekte çalışma süresi bir yılın altında, çalıştığı birimden memnun, sertifika sahip ve öğrenim durumu doktora düzeyinde olan değişkenleri ile karşılanamayan bakımın alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) tespit edilmiştir. Fakat medeni durum, günde ortalama bakım verdiği bebek sayısı ve YYBÜ'nün düzeyi değişkenleri ile karşılanamayan bakımın alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) belirlenmiştir. Elmaoğlu ve Özdemir (2022), yaptıkları çalışmada cinsiyet etkeninin karşılanamayan bakımla ilişkili olmadığını ( $p>0,05$ ) göstermişlerdir (138). Chapman ve ark. (2016), cinsiyeti kadın, fazla mesai yapan ve mesleki deneyimi 10 yıl üzeri olan hemşirelerin daha fazla hemşirelik bakımını kaçırdığı tespit edilmiştir ve karşılanamayan bakımın alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar görülmüştür (157). Blackman ve ark. (2018), yaş faktörünün dolaylı olarak karşılanamayan hemşirelik bakımını etkilediğini bildirmişlerdir (158). Elmaoğlu ve Özdemir (2022), çalışmalarda ise yaş faktörü ile “Materyal kaynaklı” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) bir ilişki tespit edilmiştir (138). Elmaoğlu ve Özdemir (2022), yaptıkları çalışmada medeni durum ile karşılanamayan bakımın alt boyutları arasında bir ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) görülmüştür (138). Özdemir ve Elmaoğlu (2023), yaptıkları çalışmada YYBÜ'nde çalışma süresinin “Materyal kaynaklı” nedenle hemşirelik bakımını karşılayamadıkları görülmüştür (147). Farklı iki çalışmada sertifikaya sahip olma ve öğrenim durumu ile karşılanamayan bakımın alt boyutları arasında bir ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) görülmüştür (138, 147). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin vardiya (gece/gündüz) usulü şekli ile karşılanamayan bakımı artırdığı tespit edilmiştir (138, 159). Yapılan çalışmalarda meslekte 10 yıldan fazla çalışan hemşirelerde karşılanamayan bakımın alt

boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür (138, 157). Blackman ve ark. (2020), hemşirelerin fazla mesai yapmasının karşılanamayan bakım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $p<0,05$ ) olduğunu tespit etmiştir (158). Yapılan farklı iki çalışmada ise hemşirelerin fazla mesai yapmasının karşılanamayan bakım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını ( $p>0,05$ ) tespit etmiştir (147, 159). Orique ve ark. (2016), hemşirelerin tecrübesi ile karşılanamayan hemşirelik bakımın alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p>0,05$ ) görülmemiştir (159). Sarıkaya ve ark. (2020), deneyimli hemşire eksikliğinin en fazla “Materyal Kaynaklı” nedenle hasta bakımını ciddi düzeyde etkileyip sorunlar yaşanmasına neden olduğu tespit edilmiştir (160). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada çalıştığı birimden memnuniyet durumu ile “Materyal, iletişim ve çalışan kaynaklı” karşılanamayan bakım alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) tespit edilmiştir (138). Yapılan çalışmalarda öğrenim ve sertifika durumu ile karşılanamayan bakım arasında ilişki olmadığı görülmüştür (138, 147). Karşılanamayan bakım ile ilgili yapılan çalışmalarda, hemşire başına düşen bebek sayısının fazlalığının karşılanamayan hemşirelik bakımlarının nedeni ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (139, 140, 159, 160). Farklı bir çalışmada ise hemşire başına düşen bebek sayısı ile karşılanamayan bakımın alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) bildirilmiştir (138). Avanoğlu (2022), yaş/meslekte çalışma süresi “Materyal Kaynaklı” ve YYBÜ/haftalık çalışma süresi “İletişim Kaynaklı” karşılanamayan bakım alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) tespit edilmiştir. Aynı çalışmada cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu karşılanamayan bakımın alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) bildirilmiştir (134). Farklı bir çalışmada, ön lisans mezunu, meslekte 1-5 yıl çalışma, kadın, 31-40 yaş arası ve sertifikaya sahip olma durumundan kaynaklı hemşirelerin daha fazla bakım kaçırdıkları tespit edilmiştir (136). Bu çalışma ile yapılan çalışmaların; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, haftalık çalışma saati, vardiya şekli, medeni durum YYBÜ’nde çalışma süresi, meslekte çalışma yılı ve çalıştığı birimden memnuniyet durumu çalışmamızı destekler nitelikte olduğu fakat ve sertifika alma ve günde ortalama bakım verdiği bebek sayısı durumunda farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedenlerinin; hemşirelerin deprem sonrası dönemde psikolojik olarak etkilendiği, yaşanan travmayı atlatmadan eski yoğun çalışma tempolarına geri dönmesi, göçler, tecrübesiz hemşirelerin varlığı, hemşirelerin kişisel özellikleri, hasta yoğunluğu, çalışma ortamındaki iletişim ve personel farklılıklarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Deprem ülke ekonomisine çok büyük bir yük getirdiğinden dolayı

malzeme temininde güçlükler yaşanması hemşirelerin çalışma isteklerini ve deneyimlerini geri planda bırakılmasına sebep olmuş olabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin; HAP ile ilgili eğitim almadıkları ve HAP ile ilgili tatbikata katılmadıklarından dolayı karşılanamayan bakımın “Çalışan Kaynaklı, Materyal Kaynaklı ve İletişim Kaynaklı” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) bir ilişki tespit edilmiştir. Ma ve ark. (2021), ABD’nde afetlere yönelik eğitim aldıklarını ancak YYBÜ’ye özel tahliye planlarının tanımlanmadığı bildirmişlerdir. Ayrıca hemşire, hekim ve hastane yönetimi arasında ciddi iletişim kopukluğu nedenleri ile koordinasyon zayıflığının ön planda olduğu görülmüştür. En büyük eksikliğin tahliye, tahliyeye hazırlık ve ekip çalışması yönünde olmuştur (161). Avusturalya’da yapılan çalışmada sağlık çalışanlarına ve destek ekiplerine odaklanma ile tatbikatları tekrarlamamanın afete hazırlıkta önemli olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada bilgi, beceri ve tutumlardaki iyileştirmelerin en iyi sonuçların elde edilmesi açısından çok değerli olduğunu ve her kurumun kendi kliniğine özel afet planlamasının önemli olduğu sonucuna varılmıştır (162). Mısır’da üniversite hastanesinde çalışmaya katılan çalışanların afetlere yönelik eğitim ve tatbikatlarının yeterli düzeyde olmadığı belirlenmiştir (163). Suudi Arabistan’ da kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin askeri hastanede görev yapan hemşirelere göre bilgi düzeylerinin daha az olduğu görülmüştür (164). Türk Tabipler Birliği’nin (TTB) Türkiye’de hekimlerin yarısından azının HAP’dan haberdar oldukları ve çok düşük bir kısmının HAP eğitimi aldıkları belirlenmiştir (165). Çin’de yüksek lisans öğrenimi olan hemşirelerin yarısından fazlasının HAP’dan bilgilerinin olduğu belirlenmiştir (166). Bu çalışma ile Türkiye, Mısır ve Suudi Arabistan yapılan çalışmalarının bulgularının uyumlu olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin gelişmekte olan ülkeler olmasından ve uzun yıllardır 2023 yılındaki Kahramanmaraş depremi gibi geniş çaplı afet yaşamadıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışma ile ABD ve Çin’de yapılan çalışmaların bulgularının farklı olduğu görülmüştür bunun nedeninin gelişmiş ülkeler olması nedeniyle eğitime daha ödenek ve zaman ayırabildikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin; depremde bulunduğu yer/şehir, herhangi birinin deprem nedeniyle ölüm/yaralanma tanık olma, depremde yaralanma/sakatlık/uzuv kaybı, depremden sonra alkole/sigaraya başlama, depremden kaynaklı evin hasar durumu, depremden hemen sonra aile/tanıklarla iletişime geçme, depremden sonra yaşanan ekonomik zorluklar, herhangi bir kişinin/yakınlarından birinin göçük altında kalması ve şu an kalma yeri değişkenleri ile karşılanamayan bakımların alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) görülmüştür. Fakat göçük altında kalma, herhangi bir kişinin göçük

altından çıkarıldığına tanık olma, depremde sonra ilk çalışmaya başlama zamanı, depremde sonra profesyonel (psikiyatrist/psikolog) destek alma ve depremde sonra herhangi bir yakını/evcil hayvanını kaybetmesi değişkenleri ile karşılanamayan bakımın alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) görülmüştür. Lin ve ark. (2018), ABD’ de yapılan nitel çalışmada depremde YYBÜ’de çalışan hemşirelerin afet hazırlığının yalnızca tahliye planlarını içermediğini, aynı zamanda teknik alt yapı, ekipman, bilgi teknolojileri ve malzeme depolama işlemlerine kadar tüm alanları içerdiğini belirtmişlerdir (167). Barfield ve ark. (2017), afet süreçlerinde ya da afet sonrasında çalışan sayısı, malzeme ve ekipman eksikliği gibi etmenlerin bakım kalitesiyle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $p<0,05$ ) olduğu belirlenmiştir (168). Kahramanmaraş merkezli depremlerde T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı verilerine göre; özel hastanelerin, sağlık bakanlığına bağlı hastanelerin ve üniversite hastanelerinin ağır ya da orta düzeyde hasar aldığı, hastanelerde cihaz, malzeme, tesisat ve alt yapıların ciddi zarar gördüğü tespit edilmiştir (3). Çopur ve Karasu (2023), Kahramanmaraş merkezli depremi Hatay, Kahramanmaraş, Adıyaman ve Hatay illerinde yaşayan hemşirelerle yapılan çalışmada; hemşirelerin ilk deprem anını hastanede çalışma arkadaşlarıyla hastanede ya da evlerinde aileleriyle beraber yaşadıklarını ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerinin olduğunu açıklanmıştır. Yakınlarının ya da tanımadığı insanların göçük altında kaldıklarına, yaşamlarını yitirmelerine ve yaralanmalarına tanık olmuşlardır. Hatay ilinde bir hemşirenin depremde ağır yaralanmasına karşın çalışmayı sürdürdüğü, depremde yakınlarıyla iletişim kuramadığı, telefon hatlarının çekmediği, evinin hasar aldığı, ciddi anlamda malzeme, personel ve iletişim sıkıntısı yaşadığı görülmüştür (169). Akarca (2023), Kahramanmaraş merkezli depremlerde Hatay’da görev yapan hekimlerle yaptığı nitel çalışmada; tıbbi malzemelerin hastaneye geç geldiği, organizasyon sıkıntısı yaşandığı, cihazların ve alt yapının ciddi anlamda hasar aldığı belirtmişlerdir. Hekimlerin, meslektaşlarının ve sağlık çalışanlarının göçük altında kalarak hayatlarını kaybettiklerine tanık olmuşlardır. Acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının, bir yandan çalışıp bir yandan da yakınlarına ulaşmaya çalıştıklarını açıklamışlardır (170). Bedirli (2014), 1999 yılında Marmara ve Düzce depremini yaşayan depremlilerde çoğunluğunun depreme kapalı bir alanda yaşadıkları ve depremde sonra maddi sıkıntılar yaşadıkları görülmüştür. Aynı çalışmada depremde sonra yarısından fazlasının yeni bir evde ve çok az bir kısmının konteynerde yaşadıkları belirlenmiştir (171). Cansel ve Ucuz (2022), 2020 yılında Malatya-Elâzığ depreminde sağlık çalışanlarının, depremde ölen ya da yaralanan birilerine tanık oldukları, evlerinin hasar aldıklarını, maddi kayıp yaşadıkları ve depremde sevdiklerini kaybetme korkusu yaşadıkları

bildirilmiştir (11). Dai ve ark. (2016), depremzedelere yönelik yapılan meta analiz çalışmasında herhangi bir yakının yaralanması ya da kaybını yaşayan kişilerin TSSB'nun yüksek olduğu görülmüştür (86). Herlofsen (1994), herhangi bir kişinin göçük altında kalmasına tanık olunmasının ciddi ve uzun süreli bir travmatik etkiye neden olabileceğini belirtmiştir (172). Er (2024), yaptığı çalışmada depremin şiddetini yüksek ölçüde yaşayan afetzedelerin sigara kullanım oranlarının yüksek olduğu görülmüştür (173). Pollice R ve ark. (2011), 2009 yılında İtalya'da yaşanan deprem sonrası depremzedelerin esrar, alkol ve tütün kullanım oranlarında oranlarında artış gözlenmiştir (174). TTB'nin depremin üçüncü ay raporunda sağlık çalışanlarının çadır, konteyner, araba ya da güvenli hastanelerde kaldıklarını ve il dışından gidiş geliş yaptıkları açıklanmıştır (175). TTB'nin depremin birinci yıl raporunda ise sağlık çalışanlarının barınma sorununun sürdüğü bu yüzden bazı sağlık çalışanlarının halen il dışından gidiş geliş yaptıkları, ekonomik ve psikolojik sıkıntılar yaşandığı, sağlık çalışanların psikososyal destek alamadıkları ve yoğun çalışma koşullarına kaldıkları yerden devam ettikleri belirtilmiştir (176). Bu çalışma ile yapılan çalışmaların; deprem anında bulunduğu yer, depremden hemen sonra aile/akraba/tanıdık/arkadaşlarıyla iletişime geçme, aile/akraba/tanıdıklarından birinin göçük altında kalması, deprem nedeniyle herhangi bir kişinin yaralandığına/öldüğüne tanık olma, hemşirelerin deprem nedeniyle sakatlık/uzuv kaybı yaşaması, deprem kaynaklı maddi kayıp durumu, depremde çalışırken barınılan yer, depremden sonra alkole/sigaraya başlama, depremde evin hasar alma ve şu an kaldığı yer bulguları çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Fakat depremde bulunduğu şehir, depremden sonra ilk çalışmaya başlama zamanı, depremin etkilerinden dolayı profesyonel (psikiyatrist/psikolog) destek alma, herhangi bir kişinin göçük altından çıkarıldığına tanık olma, depremde göçük altında kalma ile depremde ilk çalışmaya başlama zamanı değişkenlerinin farklılığı dikkat çekmiştir. Bu farklılığın nedenleri; büyük bir afette karşı karşıya kalan hemşirelerin kendileri de depremzede olmalarına karşın büyük bir özveri ile sahada çalışmaya ve afette yaralanan insanlara yardım etmeleri hemşireleri motive ettiği ayrıca psikolojileri üzerine olumlu etkiler bırakmış olabileceği düşünülebilir. Depremde sağlık kuruluşlarının zarar görmesi, depremden sonra hemşirelerin farklı şehirlere göç etmesi, işini kaybetmesi ya da sakatlanma/uzuv kaybı gibi durumlardan dolayı ekonomik, ruhsal sıkıntılara maruz kalması alkol/sigara kullanımlarını beraberinde getirmiş olabilir. Afetlerden sonra erken dönemde psikolojik rahatsızlıklar görülmemiş olsa da bilindiği üzere uzun yıllar sonra da yaşadıklarının psikiyatrik etkileri görülebilmektedir. Ayrıca depremin ülkeye ya da kişilere getirdiği maddi ve manevi yüklerden kaynaklı hemşirelerin malzeme

temini, iletişim sıkıntıları ve hemşire sayısındaki yetersizliklerin bakım kalitesini etkilemiş olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin; cinsiyeti erkek, medeni durumu evli, öğrenim düzeyi yüksek, yaşı genç olan, HAP tatbikatına katılan, meslekte uzun süreli ile fazla mesai yapanların deprem stresi ile başa çıktıkları ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) fakat HAP eğitimi almayanların deprem stresi ile başa çıkamadıkları ve alt boyutlarının puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) bulunmuştur. Özçetin ve ark. (2008), medeni durumu bekâr ya da boşanmış olanların, maddi durumu zayıf ve sosyal hayattan izole şekilde yaşayan bireylerin stres oranlarının daha yüksek olduğu belirtmiştir (177). 2020 Elazığ-Malatya depremini yaşayan sağlık çalışanlarının kadın, evli ve çocuk sahibi olanların travma düzeyleri daha yüksek olduğu ayrıca erken dönemde sağlık çalışanlarının dörtte birinin de ağır travmaya maruz kaldıkları tespit edilmiştir (11). Goldmann ve ark. (2014), cinsiyeti kadın, genç yaşta olan, düşük eğitim/sosyoekonomik düzey, fiziksel yaralanma, can/mal kaybı, travmaya gösterilen tepkinin seviyesi ve sosyal desteğin yetersiz olması gibi değişkenlerde afetzedelerin olumsuz başa çıkma yöntemlerini kullanıldığı tespit edilmiştir (81). Rafiey H ve ark. (2019), depreme maruz kalan kadınların erkeklerden daha fazla TSSB yaşadığı görülmüştür (178). Xu ve Song (2011), Wenchuan depreminden bir yıl sonra ve 2080 kişiyle yapılan çalışmada eğitim düzeyinin düşük olması TSSB anlamlı bir ilişki görülmüştür (179). Guo ve ark. (2022), Wenchuan depreminden 11 yıl sonra uzun dönemli etkileri incelenen çalışmada eğitim düzeyi yüksek ve mesleğinde kıdemli olan sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılığın daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (180). Kang ve ark. (2015), Yushu depremi sonrasında sağlık çalışanlarının personel eksikliği, maddi kayıplar, uzun çalışma saatleri, fiziksel/ruhsal yorgunluk ve kaygı gibi birçok sorunla karşı karşıya kaldığı bu etmenlerin de deprem stresiyle baş etmede ilişkili olduğu tespit edilmiştir (181). Yapılan iki farklı çalışmada; depremin büyüklüğü, depreme hazırlıklı olma durumu, yaralanmalar/ölüme yakın deneyimler, ölü/kayıp aile üyeleri, maddi kayıplar, iletişim eksikliği ve ağır iş yükü gibi etkenler TSSB başlıca nedenleri olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu etkenlerin tek başına yeterli olmadığı cinsiyet, yaş, aile öyküsü, psikiyatrik bozukluklar, benlik özellikleri, erken ve ileri yaşamdaki travmalar ile de ilişkili olduğu belirlenmiştir (182, 183). Andsoy ve ark. (2016), Türkiye’ de yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun afet ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı ve tatbikata katılmadığı görülmüştür (184). Şentürk ve ark. (2020), yaptıkları çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin yarısından fazlasının kurumdaki afet malzemelerini ve bu malzemelerin yerlerini bilmedikleri tespit edilmiştir (185). Ma ve

ark. (2021), yaptıkları nitel çalışmada; YYBÜ’nde çalışan hemşirelerin yaşadıkları afetlerden dolayı yardım etmek için zamanlarını/çabalarını her zaman feda etmeye gönüllü oldukları ve olası afet durumlarında kendilerini/hastalarını güvende tutacağını belirtilmiştir (161). Bu çalışma ile yapılan çalışmaların bulguları çalışmamızı destekler nitelikte olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin; kadınların erkeklere göre daha duygusal ve sorumlulukları olduğu, yaşın psikolojik ölçüt üzerindeki etkisinin deneyimleri, kişisel özelliklerin baş etmeyi biçimlendirdiği, eğitilmiş kişilerin stresle baş etmelerini sağlayacak etmenlere erişimini kolaylaştırdığı, tatbikat deneyimlerinin hemşirelerin olası bir afet anında yol gösterici olabileceğini düşünmelerinden kaynaklı olabileceği ve yoğun bakımların doğası gereği yoğun/stresli alanlar olması buna ek olarak deprem gibi ciddi travmatik bir etmenin eklenmesiyle de ilişkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin; depremde ilk çalışmaya başlama zamanı, evlerinin hasar durumu, depremde çalışırken barındığı yer, depremde sakatlık/uzuv kaybı yaşama, depremden sonra psikolojik/paikiyatrik destek, depremden sonra kaldığı yer, alkol/sigara başlama, maddi kayıp ve şu an kalma yeri arasında deprem stresiyle baş etme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $p<0,05$ ) görülmüştür. Fakat depremde bulunduğu yer, deprem esnasında yanınızdaki kişi, depremde göçük altında kalma, depremde aile, akraba veya tanıdıklarınızdan birisi göçük altında kalma durumu, herhangi bir kişinin göçük altından çıkarıldığına tanık olma durumu, herhangi bir kişinin deprem nedeniyle öldüğüne ve yaralandığına tanık olma durumu ile depremde kişi/ kişiler/evcil hayvan kayıp durumunda deprem stresiyle baş etmede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p>0,05$ ) tespit edilmiştir. Alkan (2023), Kahramanmaraş depreminin ilk günlerinde depremedelerin yakınları ile iletişim kuramadıkları tespit edilmiştir (186). Korkmaz ve ark. (2023), Kahramanmaraş merkezli depremlerde kamuda çalışan hemşirelerle yaptıkları nitel çalışmada; depremi hastanede arkadaşlarıyla ya da evde ailesiyle beraber yaşadıklarına, yakınlarıyla iletişim kuramadıkları, ilk günden başlayarak hastanede çalıştıkları, ölüm/yaralanma ve enkaz altında kalan insanlara tanık oldukları tespit edilmiştir (10). Kang ve ark. (2015), 2010 Yushu depremine müdahale eden Tibetli ve Han Çinli sağlık profesyonelleriyle yapılan çalışmada; sağlık çalışanlarının ağır yaralandıkları, herhangi bir kişinin ölümüne/yaralanmasına tanık oldukları, depremin ilk gününden başlayarak çalışmayı sürdürdükleri, evlerinde hasar meydana geldiği ve deprem sonrası %11’inin psikolojik destek aldıkları tespit edilmiştir (181). Akay ve ark. (2024), Kahramanmaraş depremini yaşayan üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada deprem sonrası %21,2’si konteyner/çadırda yaşadığı, yarısına yakın bir kısmının yakınına kaybettiği

ve çok az bir kısmının depremden sonra psikolojik destek aldığı görülmüştür (187). Yelboğa (2023), yaptığı çalışmada depremi yaşayan bireylerin ekonomik ve psikososyal yönden olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir. Aynı çalışmada depremde sevdiği birisini/yakını kaybetmesi, bulunamayan cenazeler ve buldukları cenazelerin parçalanmış halde görmeleri ruhsal dengelerini bozarak yas süreçlerini uzatıp zorlaştırdığı belirlenmiştir (188). Çetin ve ark. (2005), 1999 yılında Marmara depreminde kurtarma görevlilerin; ölüm/yaralanmaya tanık olunması, evinin hasar görmesi ve maddi kayıpların TSSB ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ) olduğu tespit edilmiştir (189). Dai ve ark. (2016), depremde evleri ağır hasar olan kişilerin almayanlara göre TSSB yüksek olduğu görülmüştür (86). Chen ve ark. (2021), Covid-19 pandemi döneminde psikolojik destek alan sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin daha az olduğu ve süreci daha iyi yönetebildiği tespit edilmiştir (190). Fergusson ve ark. (2014), afet sonrasında en sık görülen ruhsal bozukluğun TSSB, ikinci sırada ise majör depresif bozukluğun yer aldığı ayrıca anksiyete bozukluğu, intihar düşüncesi/girişimi, alkol ve nikotin bağımlılığı gibi psikolojik sorunlar da tespit edilmiştir (191). Ünal (2014), son 6 ay içerisinde afetlerde görev alan kişilerin erişkin ya da çocuk ölüm/yaralanma ve yardım bekleyen insanlara tanık olma, ceset ile ceset parçalarını görme/dokunma deprem stresiyle baş etmede güçlük yaşadıkları ayrıca sigara kullanımında anlamlı fark gözlemlenmezken alkol kullanımının anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir (110). Uğur ve ark. (2021), deprem travması sonrası, akut stres evresinde deprem stresiyle baş etmede kullanılan dini başa çıkma yöntemleri, olumlu yeniden değerlendirme ve sosyal desteğin etkisinin olmadığı görülmüştür (192). Neria ve ark. (2008), afetzedelerin madde ve kısmen alkol kullanarak olumsuz baş etme yöntemlerini kullanıldığı görülmüştür (193). 2005 yılında yaşanan Pakistan depremini yaşayan depremzedelerde cinsiyeti kadın, medeni durumu bekâr, işsiz olma, geçici barınma merkezlerinde yaşama ile gelir düzeyi düşük olan insanların TSSB risklerini taşıdığı belirlenmiştir. Sosyal ilişki ağı yüksek ve dine/maneviyata yönelmenin psikolojik dayanıklılığı güçlendirdiği görülmüştür (194). Danna ve ark. (2010), Katrina kasırgasını yaşayan hemşirelerin büyük kayıplar yaşamalarına karşın çalışmak zorunda kaldıkları ve bu duruma uyum sağladıkları belirlenmiştir (195). Sançar ve ark. (2024), yapılan çalışmada Kahramanmaraş depremi sonrası hemşirelerin yaşadıklarına ve varoluşlarına şükrettikleri ayrıca yaşamı daha iyi anladıkları belirtilmiştir (196). Erdoğan ve Aksoy (2020), Balıkesir’de yapılan bir çalışmada cinsiyet ve depremde can kaybı yaşanması ile DSBÖ’nin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) bir ilişki olduğu belirlenmiştir (197). Gören (2023), Kahramanmaraş depremleri sonrası deprem stresiyle baş etmeyi incelediği çalışmada; kişilerin sosyal etkinliklerine katılma,

yardımda bulunma ve bağış yapma gibi prososyal davranışlara yöneldikleri görülmüştür. Aynı çalışmada depremzedelerin ölümle yüzleştikleri ve sevdiği insanları kaybetme korkusu yaşadıklarından dolayı dua etme, kendisini/ailesini Allah'a emanet etme, ibadete yönelme, şükretme, namaz kılma ve tövbe etme gibi dini baş etme yöntemleri kullanarak rahatlamaya çalıştıkları tespit edilmiştir (106). Zheng ve ark. (2019), Wenchuan depremi sonrası bulunduğu şehri deprem etkilerinde dolayı terk etmeyen depremzedelerin, bulunduğu şehri terk edenlere göre deprem stresiyle daha iyi başa çıktıkları belirlenmiştir (198). Kula (2002), deprem esnasında insanların %58'i "Allah'a dua ederek", %29'u "Kelime-i Şehadet/Salavat/Tekbir getirerek" ve %28'i "Ölümü ve ahireti düşünerek" rahatlamaya çalıştıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada deprem anında %56'sı "Allah'ın kendilerini koruması için yardım istediklerini", %29'u "Allah'ın kendilerini güç kuvvet vererek bir an evvel bu durumu atlatmayı sağlamasını", deprem bittikten sonra %15'i de "Kurtulduklarına sevindikleri için dua ettiklerini" belirlenmiştir (113). Çopur ve Karasu (2023), Kahramanmaraş merkezli depremlerde hemşirelerin deprem anında dua ederek rahatlamaya çalıştıklarını bildirmişlerdir (169). Yapılan çalışmalar ile bu çalışmada; depremde ilk çalışmaya başlama zamanı, evlerinin hasar durumu, depremde çalışırken barındığı yer, depremde sakatlık/uzuv kaybı yaşama, depremden sonra psikolojik destek, depremden sonra kaldığı yer, alkol/sigaraya başlama, maddi kayıp ve şu an kalma yeri bulguları ile uyumlu görülmüştür. Fakat depremde bulunduğu yer, deprem esnasında yanınızdaki kişi, depremde göçük altında kalma, depremde aile/akraba/tanıdık kişilerden birisinin göçük altında kalması, herhangi bir kişinin göçük altından çıkarıldığına tanık olma durumu, herhangi bir kişinin deprem nedeniyle öldüğüne/yaralandığına tanık olma ve depremde kişi/kişiler/evcil hayvan kaybetme bulgularında farklılıklar tespit edilmiştir. Bunun nedenlerinin; deprem gibi travmatik zorlayıcı süreçler/deneyimler hemşirelerin hayatının tamamını kontrol edemeyeceği anlamasına ve davranışların olumlu bir hale dönüşmesine olanak tanımış olabilir. Depremde hemşirelerin kendisinin/yakınlarından birinin/herhangi birinin göçük altında çıkarılmış olmasının geleceğe yönelik umutlarını ve beklentilerini olumlu etkileyebileceğini düşünülebilir. Hemşirelerin geçmiş yaşamdaki travmaları, deprem gibi travmalarla bir araya geldiğinde baş etmede zorlanır ve bu yüzden profesyonel (psikiyatrist/psikolog) destek alma arayışına girebilirler. Travma ve stres sonrası rahatlama amaçlı alkol/sigara tüketimi ve ekonomik sıkıntıların eklenmesi psikolojik dayanıklılığı üzerinde güçlü bir etkiye neden olabileceği göz ardı edilmemelidir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### Sonuç

- Hemşirelerin %74'ü kadın, %57,8'i lisans mezunu, %54,3'nün evli, %31,8'i 6-10 yıldır YYBÜ'nde çalıştığı, %49,5'i 50 saat ve üzeri çalıştığı ve %47,2'si günde ortalama 4 tane hastaya bakım verdiği belirlenmiştir.
- Hemşirelerin %60,7'si kurumdan HAP eğitim almadığı ve %74'ü HAP tatbikatına katılmadığı belirlenmiştir.
- Hemşirelerin %17,2'si Adana, %15,0'i Kahramanmaraş ve %11,2'si Gaziantep ilinde depremi yaşamışlardır.
- Hemşirelerin %4,5'i depremde göçük altında kaldığı, %63,7'si kişi/kişiler/evcil hayvan kaybettiği, %4,5'i depremde göçük altında kaldığı, %6,3'ü depremde yaralanma/sakatlık/uzuv kaybı yaşadığı, %73,5'i deprem nedeniyle maddi kayıp yaşadığı, %36,2'si depremden sonra 0-24 saat içinde çalışmaya başladığı ve %6,0'sının depremde evinin yıkıldığı belirlenmiştir.
- Hemşirelerin depremden sonra 40,5'i deprem sonrası sigaraya kullanmaya başladığı, %8,5'i alkol kullanmaya başladığı ve %43,2'si profesyonel (psikiyatrist/psikolog) destek aldığı belirlenmiştir.
- YYBÜ'nde çalışan hemşirelerin en çok karşılayamadıkları bakımların; "Refakatçi tarafından yapılan uygulamaları değerlendirme", "Çocuk/ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme" ve "Hasta ve aile eğitimi" olduğu belirlenmiştir.
- YYBÜ'nde çalışan hemşirelerin en çok "Materyal Kaynaklı" nedenlerde hemşirelik bakımını karşılayamadıkları belirlenmiştir.
- YYBÜ'nde çalışan hemşirelerin en çok "Dini Baş Etme" yöntemini kullanarak deprem stresiyle baş etmeye çalıştığı görülmüştür.
- Karşılanamayan Bakım Anketi "Çalışan Kaynaklı" alt boyutu ile DSBÖ'nin "Dini Baş Etme" alt boyutu arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) ve zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Karşılanamayan Bakım Anketi "İletişim Kaynaklı" ve "Materyal Kaynaklı" alt boyutları ile DSBÖ'nin "Olumlu Yeniden Değerlendirme" ve "Sosyal Destek Arama" alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ( $p > 0,05$ ) belirlenmiştir. Bu çalışmada YYBÜ'de çalışan hemşirelerin "Çalışan Kaynaklı" nedenler arttıkça "Dini Baş Etme" stratejisinin azaldığı belirlenmiştir.

## Öneriler

- Afetleri takiben sağlık çalışanının çalışma kapasitesi hızlıca tespit edilmesi, afet koordinasyon makamlarına hızlıca bilgilendirme yapılması ve gerekli durumlarda yerlerine geçecek kişilerin bulunması,
- Afetler durumunda YYBÜ'leri her konuda desteklenmesi ve afet bölgesinde azalan sağlık çalışanının yerine geçici olarak profesyonel sağlık çalışanı yerleştirilmesi için ulusal bir ağ kurulması,
- Afetler oluşmadan önce hastanelerde çalışan tüm çalışanlara HAP eğitimi ve HAP tatbikatının yapılması,
- Afetler oluşmadan önce hastanelerde YYBÜ'ne özel afet planı ve birden fazla acil durum ekiplerinin oluşturulması,
- Hemşirelere kurumsal politikaları içeren multidisipliner bir yaklaşımla afetlerden önceki/sonraki süreçlerde psikolojik sağlıklarını desteklemek için psikoeğitim, dini/manevi destek ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması,
- Deprem sonrası YYBÜ'de çalışan hemşirelerin daha kapsamlı ve bütüncül bir hemşirelik bakımı uygulayabilmesi için malzeme/ekipman/personel/hemşire eksikliği ve iletişim sorunları gibi iş verimliliğini etkileyecek stresör faktörlerinin azaltılması,
- Yaşanan afetlerde hemşirelerin de afetzede olduğu ve yaşanan afetlerin psikiyatrik etkilerinin uzun yıllar sonra görülebileceği için longitudinal çalışmaların desteklenmesi önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. **Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı.** Açıklamalı afet yönetimi terimleri sözlüğü [internet]. Afad; 2023 [Erişim tarihi: 1 Aralık 2023] Erişim adresi: <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu>
2. **Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü.** Deprem nedir [internet]. Koeri; 2023 [Erişim tarihi: 1 Aralık 2023]. Erişim adresi: <http://www.koeri.boun.edu.tr/sismo/bilgi/depremnedir/index.htm>
3. **Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı** Türkiye’de afet yönetimi ve doğa kaynaklı afet istatistikleri [internet]. Afad; 2018 [Erişim tarihi: 1 Aralık 2023]. Erişim adresi: [https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/35429/xfiles/turkiye\\_de\\_afetler.pdf](https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/35429/xfiles/turkiye_de_afetler.pdf)
4. **Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı.** 2023 Kahramanmaraş ve Hatay depremleri raporu [internet]. Sbb; 2023 [Erişim tarihi: 11 Aralık 2023]. Erişim adresi: <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/03/2023-Kahramanmaras-ve-Hatay-Depremleri-Raporu.pdf>
5. **Utkucu M, Uzunca F, Durmuş H, Nalbant S, Sert, S.** The 2023 Pazarcık (Mw=7.8) And Elbistan (Mw=7.6), Kahramanmaraş earthquakes in the southeast Türkiye. Disaster management application and research center and department of geophysics, Sakarya University, 2023.
6. **Ataç M, Özsezer G.** Depremden etkilenen çocuk ve ergenlerin ruhsal durumu ve hemşirelik yaklaşımı. Acil Yardım ve Afet Bilimi Dergisi, 2021;1(1),22-27.
7. **Sehlikoğlu Ş, Yılmaz-Karaman IG, Yastıbaş-Kaçar C, ve ark.** Deprem ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı: Bir sistematik derleme. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2023;26(4),309-318.
8. **Zhen Y, Huang ZQ, Jin J, et al.** Posttraumatic stress disorder of Red Cross nurses in the aftermath of the 2008 Wenchuan China Earthquake. Archives of Psychiatric Nursing, 2012;26(1),63–70. doi:[10.1016/j.apnu.2011.02.004](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.02.004)
9. **Kaya N.** Sağlık çalışanlarında ruhsal travma belirtilerinin incelenmesi (Van Depremi örneği) [Yüksek lisans tezi]. Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi; 2015.
10. **Korkmaz E, Hacidursunoglu-Erbas D, Azizoglu H, et al.** Can a nurse in an earthquake help in a disaster? Experiences on the 2023 Pazarcık earthquake. Kocaeli Medical Journal, 2023;212(3),395-401.
11. **Cansel N, Ucuz İ.** Post traumatic stress and associated factors among healthcare workers in the early stage following the 2020 Malatya-Elazığ earthquake. Konuralp Medical Journal, 2022;14(1),81-91.
12. **Özgölet BM, Utkucu M.** Depremin yıkıcı etkisiyle başa çıkmada etkili olan etkenler. Academic Perspective Procedia, 2021;4(2), 89-98.
13. **Kalisch BJ, Williams RA.** Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. The Journal of Nursing Administration, 2009;39(5),211-219. doi: [10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5](https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5)
14. **Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA.** Missed nursing care: errors of omission. Nursing Outlook, 2009;57(1),3-9. doi: [10.1016/j.outlook.2008.05.007](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007)
15. **Kalisch BJ.** Missed nursing care: a qualitative study. Journal Of Nursing Care Quality, 2006;21(4),306-313. doi: [10.1097/00001786-200610000-00006](https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006)
16. **Srulovici E, Drach-Zahavy A.** Nurses’ personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies, 2017;75, 163-171. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003)

17. **Tubbs-Cooley HL, Mara CA, Carle AC, et al.** Association of nurse workload with missed nursing care in the neonatal intensive care unit. *JAMA Pediatrics*, 2019;173(1),44-51. doi: [10.1001/jamapediatrics.2018.3619](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.3619)
18. **Bowden V, Bradas C, McNett M.** Impact of level of nurse experience on falls in medical surgical units. *Journal of Nursing Management*, 2019;27(4),833-839. doi: [10.1111/jonm.12742](https://doi.org/10.1111/jonm.12742)
19. **Plevová I, Zeleníková R, Jarošová D, et al.** The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care. *Medycyna Pracy*, 2021;72(4),231-237. doi: [10.13075/mp.5893.01035](https://doi.org/10.13075/mp.5893.01035)
20. **Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Younger JB, et al.** A descriptive study of nurse-reported missed care in neonatal intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 2015;71(4),813-824. doi: [10.1111/jan.12578](https://doi.org/10.1111/jan.12578)
21. **T. C. Resmî Gazete.** Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ. Sayı: 28.000 [internet]. *Mevzuat*; 2011 [Erişim tarihi: 10 Aralık 2023]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>
22. **Güler S.** Preterm bebeklerde oral motor uyarımın emme kapasitesine etkisi. [Doktora tezi]. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2020.
23. **Mohan SS, Jain L.** Late preterm birth: preventable prematurity?. *Clinics in Perinatology*, 2011;38(3),547-555. doi: [10.1016/j.clp.2011.06.005](https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.005)
24. **American College of Obstetricians and Gynecologists.** Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 2013;122(5), 1139-1140. doi: [10.1097/01.AOG.0000437385.88715.4a](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000437385.88715.4a)
25. **Blencowe H, Cousens S, Chou D. et al.** Born too soon: the global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health*, 2013;10 Suppl 1(Suppl 1),2. doi: [10.1186/1742-4755-10-S1-S2](https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-S1-S2)
26. **Oktay G, Oktay M.** Aile sağlığı biriminde kayıtlı bebeklerin doğum ağırlığını etkileyen faktörler. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2014;6(2),129-137.
27. **Pakal Y.** Gebelik yaşına göre küçük doğan (sga), gebelik yaşına göre uygun doğan (aga) ve gebelik yaşına göre büyük doğan (lga) term yenidoğanlarda umbilikal kord kanında ve maternal venöz kanda leptin, visfatin ve speksin düzeylerinin karşılaştırılması [Uzmanlık tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2020.
28. **Battaglia FC, Lubchenco LO.** A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. *The Journal of Pediatrics*, 1967;71,159-63. doi: [10.1016/s0022-3476\(67\)80066-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(67)80066-0)
29. **Daboval T, Williams C, Albersheim SG.** Pandemic planning: Developing a triage framework for Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics & Neonatology*. 2022;Jan;63(1):5-12. doi: [10.1016/j.pedneo.2021.06.014](https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2021.06.014)
30. **Uslu S.** Yenidoğan yoğun bakım hemşireliği esaslar ve uygulamalar. İçinde: Özek E, Bilgen HS, editör. *Posnatal Transport ve Bakım Düzeyleri*. Ankara: Güneş Kitapevleri, 2018; s. 9-22.
31. **Kaynak S, Bal-Yılmaz H, Başbakkal Z. ve ark.** Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde gelişimsel bakım. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2020;15(3),82-87.
32. **Salihoglu Ö, Akkuş CH, Hatipoğlu S.** Yenidoğan yoğun bakım ünitesi standartları. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2011;7,45-51.

33. **T. C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi.** Yataklı sağlık tesislerinde yoğun bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğde değişiklik yapılmasına dair tebliğ. Sayı: 31220 [internet]. Resmi Gazete; 2020 [Erişim tarihi: 3 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/08/20200821-7.htm>
34. **Türkiye İstatistik Kurumu.** Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri [internet]. Data tük; 2022 [Erişim tarihi: 13 Aralık 2023] Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>
35. **Erdem E, Sezer-Efe Y, Başdaş Ö.** Yenidoğan hemşiresinin rol ve işlevleri. Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing, 2018;4(1),38-42.
36. **Tosun Ö, Kadiroğlu T.** Yenidoğan hemşireliğinde etik. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2016;13(3),170-173.
37. **T.C. Resmî Gazete.** Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Sayı: 27910 [internet]. Mevzuat; 2011 [Erişim tarihi: 3 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm>
38. **Bahadır H, Uçku R.** Uluslararası acil durum veri tabanına göre Türkiye Cumhuriyeti tarihindeki afetler. 2018.
39. **Şahan C, Kaya İ.** Türkiye Afet Bilgi Bankası (TABB) ile EM-DAT veri tabanlarının karşılaştırılarak değerlendirilmesi. Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi, 2021;4(3),679-695.
40. **Afet Acil Durum Veri Tabanı.** Emergency disaster database [internet]. Emdat; 2023 [Erişim tarihi: 16 Aralık 2023]. Erişim adresi: <http://www.emdat.be>
41. **Kadıoğlu M.** Afet yönetimi beklenilmeyeni beklemek. En kötüsünü yönetmek. İstanbul: T.C. Marmara Belediyeler Birliği Yayını; 2011.
42. **Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı.** Afet türleri [internet]. Afad; 2023 [Erişim tarihi: 3 Aralık 2023]. Erişim adresi: <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri>
43. **Kahraman S, Polat E, Korkmazıyrek B.** Afet yönetim döngüsündeki ana terimler. Avrasya Terim Dergisi, 2021;9(3),7-14.
44. **Azimli-Çilingir G, Örcen-Güler İ.** Afet politikalarında risk unsuru ve afet mevzuatında risk yönetimi. Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi, 2020;3(1),152-165.
45. **Çoban H.** Afet sonrası iyileştirme planı hazırlanması. Resilience, 2019;3(2),239-246.
46. **Özmen B, Özden TA.** Türkiye'nin afet yönetim sistemine ilişkin eleştirel bir değerlendirme. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 2013;49,1-28.
47. **Çakmak H, Er RA, Öz, YC, ve ark.** Kocaeli ili 112 acil yardım birimlerinde çalışan personelin Marmara depreminden etkilenme ve olası afetlere hazırlık durumlarının saptanması. Akademik Acil Tip Olgu Sunumları Dergisi, 2010;9(2),1-6.
48. **Sağ F.** Doğal ve beşeri afetlerin insan psikolojisi üzerine etkileri [Yüksek lisans tezi]. Çanakkale: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi; 2016.
49. **Yaman M, Çakır E.** Dijitalleşen dünyada akıllı afet ve acil durum uygulamaları. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 2018;7(2),1124-1138.
50. **Işık Ö, Aydınoglu M, Koç S, ve ark.** Afet yönetimi ve afet odaklı sağlık hizmetleri. Okmeydanı Tıp Dergisi, 2012;(2),82-123.
51. **Erkal T, Değerliyurt M.** Türkiye'de afet yönetimi. Doğu Coğrafya Dergisi, 2009;14(22),147-164.
52. **Varol N, Kırıkkaya EB.** Afetler karşısında toplum dirençliliği. Resilience, 2017;1(1),1-9.

53. **Demirci A, Karakuyu M.** Afet yönetiminde coğrafi bilgi teknolojilerinin rolü. Doğu Coğrafya Dergisi, 2011;9(12).
54. **Leblebici Ö.** Afetlerde kamu yönetiminin rolü ve toplum temelli afet yönetimine doğru. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2014;7(2),457-477.
55. **Usta G.** Dünya’da meydana gelen afetlerin istatistiksel olarak analizi (1900-2022). Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2023;14(1),172-186.
56. **Eshghi K, Larson RC.** Disasters: Lessons from the past 105 years. Disaster Prevention and Management: An International Journal, 2008;17(1),62-82.
57. **Muzamil S, Zainun NY, Ajman NN, et al.** Proposed framework for the flood disaster management cycle in Malaysia. Sustainability, 2022;14(7),4088.
58. **Okunola OH.** Spatial analysis of disaster statistics in selected cities of Nigeria. International journal of emergency management, 2019;15(4),299-315.
59. **Standage T,** insanlığın yeme tarihi. Çev: Çakır G. Maya Kitap, 2016.
60. **Koçak H, Sarı B.** Türkiye’de covid-19 ile mücadele sürecine afet yönetimi açısından bir yaklaşım. Resilience, 2021;37-49.
61. **Covid Visualizer.** Covid-19 [internet]. Covidvisualizer; 2023 [Erişim tarihi: 12.12.2023]. Erişim adresi: <https://www.covidvisualizer.com/>
62. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** COVID-19 Bilgilendirme Platformu [internet]. Covid19; 2023 [Erişim tarihi: 21 Aralık 2023]. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/>
63. **Uslu K.** Dünyanın çeşitli bölgelerinde ve Türkiye’de meydana gelen depremlerin tarihi, ekonomik maliyetleri, alınması gereken önlemler. International Congress On Eurasian Economies, 2023;1.
64. **Akdur R.** Afete hazırlık ve afet yönetimi. Afetlere Hazırlık ve Afet Yönetimi, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi Kurs Notları. Ankara: TAKAV Matbaacılık;2001
65. **Demirbaş N, Şahin, H, Durucan C.** Betonarme yapılarda deprem sonrası yapısal hasarların tahmini için kullanılan hızlı değerlendirme yöntemlerinin etkinliklerinin belirlenmesi. Fırat Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 2021;33(2),125-134.
66. **Göver İH.** (2023). Türkiye ve Japonya’nın deprem gerçekliği: Karşılaştırmalı bir analiz. Mevzu Sosyal Bilimler Dergisi, 2023;(10),279-323.
67. **Yolcu M, Bekler T.** Deprem kültürü ve farkındalık çalışmaları: şili ve Elazığ depremlerinin karşılaştırılması. Lapseki Meslek Yüksekokulu Uygulamalı Araştırmalar Dergisi, 2020;1(2),71-82.
68. **Yurgiden H.** Dünya’da ve Türkiye’de afet ekonomisi ve afet sigortacılığı üzerine bir değerlendirme. Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 2024;15(1-Deprem Özel Sayısı),150-175.
69. **Sipahioğlu BÖ.** Göç ve afet ilişkisi: deprem göçü. Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 2024;15(1-Deprem Özel Sayısı),292-313.
70. **Aydiner T.** Doğal afet yönetimi: Türkiye’de doğal afet yönetimi uygulamalarının tarihsel bağlamda değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2014.
71. **Sönmez M.** Coğrafi Bilgi Sistemleri (CBS) tabanlı deprem hasar riski analizi: Zeytinburnu (İstanbul) örneği. Türk Coğrafya Dergisi, 2011;(56),11-22.
72. **Gül U, Bayram U.** Kentsel dönüşüm projelerinde deprem etkisi. Harita Teknolojileri Elektronik Dergisi, 2014;6(2),1-11.
73. **Kalafat D.** Türkiye’de deprem oluş düzenleri. Yerbilimleri, 2023;44(3),222-233.
74. **Şenol C.** Türkiye’de depremlerin yerleşme ve demografik yapı üzerindeki etkileri (1927-2020). USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi, 2020;2(4),620-644.

75. **Boğaziçi Üniversitesi Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü.** Deprem bilgileri [internet]. Koeri boun; 2023 [Erişim tarihi: 29 Kasım 2023]. Erişim adresi: <http://www.koeri.boun.edu.tr/sismo/2/deprem-bilgileri/buyuk-depremler/>
76. **Kartal RF, Kadıroğlu FT, Apak A.** Deprem aktivitesinin bölgenin neotektoniği ile ilişkisi. 67. Türkiye Jeoloji Kurultayı. Ankara; 2014.
77. **Süzen B.** 1999 Marmara Depremi yaşamış bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2015.
78. **American Psychiatric Association.** Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2010.
79. **Aker AT, Işık E.** Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım. İçinde Akdeniz F, editör. Aile hekimleri için psikiyatri. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2017; s. 119-150.
80. **Altınöz AE, Kaptanoğlu C.** İnsan kaynaklı kitlesel travmatik olaylar ardından gelişen ruhsal durumlar ve bozukluklar. Psikiyatride Güncel, 2018;8(1),1-8.
81. **Goldmann E, Galea S.** Mental health consequences of disasters. Annual Review of Public Health, 2014;35,169-183. doi: [10.1146/annurev-publhealth-032013-182435](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182435)
82. **Amiri H, Nakhaee N, Nagyova I, et al.** Posttraumatic growth after earthquake: A systematic review and meta analysis. International Journal Of Social Psychiatry, 2021;67(7),867-77. doi: [10.1177/0020764021995856](https://doi.org/10.1177/0020764021995856)
83. **Sargın N, Akdan MF.** Sonsuz acı: Psikolojik travma. İçinde: Sargın N, Avşaroğlu S, Ünal A. editör. Eğitim ve psikolojiden yansımalar. Konya: Çizgi Kitabevi, 2016; s. 5-16.
84. **Gölge ZB.** Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. Nöropsikiyatri Arşivi, 2005;42,19-28.
85. **Amerikan Psikiyatri Birliği.** Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı (5. Baskı) Köroğlu E, çeviri editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
86. **Dai W, Chen L, Lai Z, et al.** The incidence of post-traumatic stress disorder among survivors after earthquakes: a systematic review and metaanalysis. BMC Psychiatry, 2016;16(1),1-11. doi: [10.1186/s12888-016-0891-9](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0891-9)
87. **Cankardaş S, Sofuoğlu Z.** Deprem ya da yangın deneyimlemiş kişilerde travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ve belirtilerin yordayıcıları. Turkish Journal of Psychiatry, 2019;30(3).
88. **Newnham EA, Mergelsberg ELP, Chen Y, et al.** Long term mental health trajectories after disasters and pandemics: A multilingual systematic review of prevalence, risk and protective factors. Clinical Psychology Review, 2022;97,102203. doi: [10.1016/j.cpr.2022.102203](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102203)
89. **Abdi A, Vaisi-Raygani A, Najafi B, et al.** Reflecting on the challenges encountered by nurses at the great Kermanshah earthquake: a qualitative study. BMC Nurse, 2021;20(1),90. doi: [10.1186/s12912-021-00605-3](https://doi.org/10.1186/s12912-021-00605-3)
90. **Koç GG.** Bilişsel esneklik ve psikolojik dayanıklılık ile stresle başa çıkma arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi; 2020.
91. **Connor KM, Davidson JR.** Development of a new resilience scale: The Connor Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety, 2003;18(2),76-82. doi:[10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113)
92. **Seligman ME, Csikszentmihalyi M.** Positive psychology: An introduction: American Psychological Association; 2000.

93. **Türk Dil Kurumu.** Güncel Türkçe sözlük “Stres” [internet]. Sözlük; 2024 [Erişim tarihi: 23 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
94. **Ece S.** (2020). COVID 19 pandemi sürecindeki tam kapanma döneminde üniversite öğrencilerinin stres, depresyon ve kaygı düzeylerinin kariyer iyimserliğine etkisi. Gaziantep Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 2020;5(2),257-270.
95. **Baltaş A, Baltaş Z.** Stres ve başa çıkma yolları (36. Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi; 2018.
96. **Karakaş S.** Prof. Dr. Sirel Karakaş psikoloji sözlüğü: Bilgisayar programı ve veritabanı [internet]. Psikolojisözlüğü; 2024 [Erişim tarihi: 12 Ocak 2024]. Erişim adresi: [www.psikolojisozlugu.com](http://www.psikolojisozlugu.com)
97. **Lazarus RS, Folkman S.** Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
98. **Selye H.** Stress without distress. İçinde Serban G, editör. Psychopathology of Human Adaptation. Boston: Springer Science; 1976.
99. **Çakan P.** Stres ve strese verilen endokrin yanıt: Kortizol hormonu. Academic Studies on Natural and Health Sciences, 2019;257.
100. **Kaba İ.** Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: Güncel bir gözden geçirme. Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi,2019;(73),63-81.
101. **Öner K.** Hemşirelik öğrencilerine uygulanan stres yönetimi eğitiminin algılanan stres, stresle başa çıkma tarzları, benlik saygısı, mutluluk ve genel sağlıklarına etkisi [Doktora tezi]. Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2022.
102. **Greenberg SF.** Stres and the teaching profession. London: Paul H. Brookes Publishing; 1984.
103. **Folkman S, Lazarus S, Gruen RJ, et al.** Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. Journal of Personality and Social Psychology, 1986;50(3),571-579. doi: [10.1037//0022-3514.50.3.571](https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.3.571)
104. **Kodakoğlu Ş, Akyön FV.** Eleştirel düşünme eğilimi ile stresle başa çıkma tutumu ilişkisi: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri örneği. Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2021;2(2),187-210.
105. **Murat A.** Tanrı’ya sığınmak: Dinî başa çıkma üzerine psiko-sosyal bir araştırma. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2017;6(12), 335-341.
106. **Gören AB.** Deprem afetinin depremi bizzat yaşamamış yetişkinler üzerindeki etkileri ve başa çıkma yöntemleri. Marife, 2023;23(1),80-100.
107. **Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, et al.** Post-traumatic stress disorder. Nature Reviews Disease Primers, 2015;1(1),1-22. doi: [10.1038/nrdp.2015.57](https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57)
108. **T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** Göç afet ve acil durumlarda psikososyal destek [internet]. Aile; 2023 [Erişim tarihi: 22 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://www.aile.gov.tr/uploads/athgm/uploads/pages/goc-afet-ve-acil-durumlarda-psikososyal-destek/afet-ve-aci-l-durumlarda-psi-kososyal-destek.pdf>
109. **Akalın S, Şakiroğlu M, Tunç B, ve ark.** Depreme önlem alma davranışını yordayan bazı değişkenlerin incelenmesi: Aydın ili örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2020;22(3),977-993.
110. **Ünal Y.** Afetlerde yardım çalışanlarının travma sonrası stres bozukluğu, benlik saygısı, algıladıkları sosyal destek ve yardım arama davranışları açısından değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2014.

111. **Hugelius K, Becker J, Adolfsson A.** Five challenges when managing mass casualty or disaster situations: a review study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 2020;17(9),3068. doi: [10.3390/ijerph17093068](https://doi.org/10.3390/ijerph17093068)
112. **Aker AT.** Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal travmaya yaklaşım. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi alışma Birimi Yayını; 2012.
113. **Kula N.** Deprem ve dini başa ıkma. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2002;1(1),234-255.
114. **Pargament KI, Koenig HG, Perez, LM.** The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 2000;56(4),519-543. doi: [10.1002/\(sici\)1097-4679\(200004\)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200004)56:4<519::aid-jclp6>3.0.co;2-1)
115. **Pargament KI, Ano GG, & Wachholtz AB.** The religious dimension of coping: Advances in theory, research, and practice. İçinde: Paloutzian RF, Park CL, editör. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford. Press, 2005; 479-495.
116. **Yöndem ZD, Altay E.** Deprem stresi ile baş etme stratejileri leğinin geçerlik ve güvenirlik alışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2008;3(30),60-75.
117. **Kalanlar B, Kubilay G.** Afet hemşireliği eğitimi ve afet öncesinde afet hemşiresinin görevleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015;8(2),77-85.
118. **Akpınar NB, Ceran M.** Afetlerle ilgili güncel yaklaşımlar ve afet hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2020;1(1),28-40.
119. **T. C. Resmi Gazete.** Hemşirelik yönetmeliği. Sayı: 27515 [internet]. Resmi Gazete; 2010 [Erişim tarihi: 24 Aralık 2023]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>
120. **Avcı S, Kaplan B, Ortabağ T, ve ark.** niversite hastanesinde çalışan hemşirelerin afet konusundaki bilgi ve bilinç düzeyleri. *Afet ve Risk Dergisi*, 2022;5(1),94-108.
121. **T.C. Resmi Gazete.** Hastane acil durum ve afet planları uygulama yönetmeliği. Sayı: 31072 [internet]. Resmi Gazete; 2020 [Erişim tarihi: 13 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/03/20200318-2.htm>
122. **Koç E, etinkaya M, Baş AY, ve ark.** Deprem bölgesinde doğan, sevk edilen veya başvuran yenidoğanın yönetimi rehberi. *Türk Neonatoloji Derneği, ocuk Nefroloji Derneği, ocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği*; 2023.
123. **Narlı N, Kırımı E, Uslu S.** Türk Neonatoloji Derneği yenidoğan bebeğin güvenli nakli rehberi 2018 güncellemesi. *Türk Neonatoloji Derneği*; 2018.
124. **Soylu-Tekin N, Dilli D.** Türk Neonatoloji Derneği neonatal hemodinami ve hipotansiyona yaklaşım rehberi 2018 güncellemesi. *Türk Neonatoloji Derneği*; 2018.
125. **Maben J, Bridges J.** Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 2020;29(15-16),2742-2750. doi: [10.1111/jocn.15307](https://doi.org/10.1111/jocn.15307)
126. **Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS.** Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2009;65(7),1509-1517. doi: [10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x)
127. **Jones TL, Hamilton P, Murry N.** Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 2015;52(6),1121-1137. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012)
128. **Kalisch BJ, Xie B.** Errors of Omission: Missed Nursing Care. *Western Journal of Nursing Research*, 2014;36(7),875-890. doi:[10.1177/0193945914531859](https://doi.org/10.1177/0193945914531859)

129. **Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, et al.** qualitative descriptive inquiry of the influences on nurses' missed care decision-making processes in acute hospital paediatric care. *Journal of Nursing Management*, 2020;28(8),1929-1939. doi:[10.1111/jonm.12935](https://doi.org/10.1111/jonm.12935)
130. **Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH.** Missed nursing care, staffing, and patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*, 2012;27,6-12. doi: [10.1097/NCQ.0b013e318225aa23](https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318225aa23)
131. **Aksoy SD, Mert K, Çetin, İ.** Vicdan algısı ölçeği'nin Türkçe geçerlilik güvenilirliği. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2019;6(3),148–153.
132. **Zencir G, Eşer İ.** Hemşirelikte yeni bir kavram: karşılanamayan hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015;31(1),83-94.
133. **Dursun-Ergezen F, Kol E.** Karşılanamayan hemşirelik bakımı. *Journal of Education and Research in Nursing*, 2021;18(4),467-472
134. **Avanoğlu E.** Covid-19 döneminde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan bakımları ile aile merkezli bakıma yönelik tutumları arasındaki ilişki [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2022.
135. **Aiken LH, Sloane DM, Ball J, et al.** Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*, 2018;11,8(1). doi: [10.1136/bmjopen-2017-019189](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189)
136. **Al-Kandari F, Thomas D.** Factors contributing to nursing task in completion as perceived by nurses working in Kuwait General Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 2009;(24),3400-3440. doi: [10.1111/j.1365-2702.2009.02795.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02795.x)
137. **Castner J, Wu YW, Dean-Baar, S.** Multi-level model of missed nursing care in the context of hospital merger. *Western Journal of Nursing Research*, 2014;37(4),441-461. doi: [10.1177/0193945914535670](https://doi.org/10.1177/0193945914535670)
138. **Elmaoğlu E, Özdemir S.** Pediatri hemşireleri tarafından karşılanamayan bakım ve nedenleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2022;15(2),175-185.
139. **Gathara D, Serem G, Murphy GA, et al.** Missed nursing care in newborn units: a cross sectional direct observational study. *BMJ Quality & Safety*, 2020;29(1),19-30. doi: [10.1136/bmjqs-2019-009363](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009363)
140. **Lake ET, Cordova PB, Barton S, et al.** Missed nursing care in pediatrics. *Hospital Pediatrics*, 2017;7(7),378-384. doi: [10.1542/hpeds.2016-0141](https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0141)
141. **Lake ET, Staiger DO, Cramer E, et al.** Association of patient acuity and missed nursing care in US neonatal intensive care units. *Medical Care Research and Review*, 2020;7(5),451-460. doi: [10.1177/1077558718806743](https://doi.org/10.1177/1077558718806743)
142. **Chorhia C, Fanelli S, Gagliardi L, et al.** SONAR-Nurse Study Group. Work environment, volume of activity and staffing in neonatal intensive care units in Italy. *Italian Journal of Pediatrics*, 2016 Apr 2;42:34. doi: [10.1186/s13052-016-0247-6](https://doi.org/10.1186/s13052-016-0247-6)
143. **Faul F, Erdfelder E, Buchner A, et al.** G\*Power (version 3.1. 9.2). Germany: University of Kiel; 2014.
144. **Çalkıuşu-İncekar M, İspir Ö, Sönmez B, ve ark.** Turkish validation of the miss care survey-pediatric version. *Journal of Pediatric Nursing*, 2020;8. doi: [10.1016/j.pedn.2020.03.012](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.03.012)
145. **Bagnasco A, Zanini M, Aleo G, et al.** Development and validation of the MISS CARE survey-pediatric version. *Journal of Advanced Nursing*, 2018;74,2922-2934. doi: [10.1111/jan.13837](https://doi.org/10.1111/jan.13837)
146. **Karaca A, Durna, Z.** Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 2018;2,16-23.

147. **Özdemir S, Elmaoğlu E.** Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinde karşılanamayan bakım nedenleri ve vicdan: Kalitatif ve kantitatif bir araştırma. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 2023;7(1),113-126.
148. **Sasso L, Bagnasco A, Zanini M, et al.** The general results of the RN4CAST survey in Italy. Journal of Advanced Nursing, 2017;73(9),2028-2030. doi: [10.1111/jan.13066](https://doi.org/10.1111/jan.13066)
149. **Kalánková D, Gurková E, Zeleníková R, et al.** Application of measuring tools in the assessment of the phenomenon of rationing/missed/unfinished care. Kontakt, 2019;21,65-73.
150. **Rochefort CM, Rathwell BA, Clarke SP.** Rationing of nursing care interventions and its association with nurse-reported outcomes in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional survey. BMC Nursing, 2016;15(1),1-8. doi: [10.1186/s12912-016-0169-z](https://doi.org/10.1186/s12912-016-0169-z)
151. **Rochefort CM, Clarke SP.** Nurses work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. Journal of Advanced Nursing, 2010;66(10),2213-2224. doi: [10.1111/j.1365-2648.2010.05376.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05376.x)
152. **Tubbs-Cooley HL, Pickler RH, Mara CA, et al.** Hospital Magnet® designation and missed nursing care in neonatal intensive care units. Journal of Pediatric Nursing, 2017;34,5-9. doi: [10.1016/j.pedn.2016.12.004](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.12.004)
153. **Hu D, Kong Y, Li W, et al.** Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. EClinical Medicine, 2020;24,100424. doi: [10.1016/j.eclinm.2020.100424](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424)
154. **Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, et al.** Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. The Journal of Nursing Administration, 2013;43(5),274-279. doi: [10.1097/NNA.0b013e31828eebaa](https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31828eebaa)
155. **Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S.** The misscare Survey-Turkish: psychometric properties and findings. Nursing Economics, 2012;30(1),29.
156. **Welsh CA, Flanagan ME, Ebright P.** Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. Nurs Outlook, 2010;58(3),148-154. doi: [10.1016/j.outlook.2009.10.005](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.10.005)
157. **Chapman R, Rahman A, Courtney M, et al.** Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. Journal of Clinical Nursing, 2016;26(1-2),170-181. doi: [10.1111/jocn.13433](https://doi.org/10.1111/jocn.13433)
158. **Blackman I, Lye CY, Darmawan IGN, et al.** Modeling missed care: implications for evidence-based practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 2018;15(3),178-188. doi: [10.1111/wvn.12285](https://doi.org/10.1111/wvn.12285)
159. **Orique SB, Patty CM, Woods E.** Missed nursing care and unit-level nurse workload in the acute and post-acute settings. Journal of Nursing Care Quality, 2016;31(1),84-89. doi: [10.1097/NCQ.000000000000140](https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000140)
160. **Sarıkaya-Karabudak S, Gerçek E, Yıldırım B.** Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaşadığı sorunlar: Nitel bir araştırma. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2020;4(2),144-153.
161. **Ma AL, Loughland MED, Lapcharoensap W, et al.** California and Oregon NICU wildfire disaster preparedness tools. Children (Basel), 2021;8(6),465. doi: [10.3390/children8060465](https://doi.org/10.3390/children8060465)
162. **Gowing JR, Walker KN, Elmer SL, et al.** Disaster preparedness among health professionals and support staff: what is effective? An integrative literature review. Prehospital and Disaster Medicine, 2017;32(3),321-328. doi: [10.1017/S1049023X1700019X](https://doi.org/10.1017/S1049023X1700019X)

163. **Elazeem HA, Adam S, Mohamed G.** Awareness of hospital internal disaster management plan among health team members in an university hospital. *Life Science Journal*, 2011;8(2),42-52.
164. **Thobaity AA, Plummer V, Innes K, et al.** Perceptions of knowledge of disaster management among military and civilian nurses in Saudi Arabia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2015;18(3),156-164. doi: [10.1016/j.aenj.2015.03.001](https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.03.001)
165. **Türk Tabipleri Birliği.** Hekimlerin çalıştıkları yataklı tedavi kurumlarının olağandışı durumlara yönelik hazırlıklılığını değerlendirmeleri araştırması. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2009.
166. **Fung WMO, Loke AY, Lai CKY.** Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2008;62(6),698-703. doi: [10.1111/j.1365-2648.2008.04655.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04655.x)
167. **Lin A, Taylor K, Cohen RS.** Triage by resource allocation for inpatients: A novel disaster triage tool for hospitalized pediatric patients. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2018;12(6),692-696. doi: [10.1017/dmp.2017.139](https://doi.org/10.1017/dmp.2017.139)
168. **Barfield WD, Krug SE, Council DPA, et al.** Disaster preparedness in neonatal intensive care units. *Pediatrics*, 2017;139(5). doi: [10.1542/peds.2017-0507](https://doi.org/10.1542/peds.2017-0507)
169. **Çopur EÖ, Karasu ÖÜF.** Depremde hemşire olmak: Deprem günlükleri. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, 2023;4(2),224-235.
170. **Akarca FK.** Acil tıp uzmanlarının deprem deneyimleri. *Community & Physician/Toplum ve Hekim*, 2023;38(5).
171. **Bedirli B.** Deprem travmasının kronik psikolojik etkileri: Düzce depreminden 14 yıl sonra travma sonrası stres ve depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk faktörleri [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2014.
172. **Herlofsen P.** Group reactions to trauma: An avalanche accident. İçinde: Ursano RJ., McCaughey B.G., Fullerton CS. Editör. *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos.* Cambridge University Press, 1994; s. 248-266.
173. **Er M.** Deprem ve ttn kullanımı. *Türkiye Klinikleri Pulmonary Medicine-Special Topics*, 2024;17(1), 58-62.
174. **Pollice R, Bianchini V, Roncone R, et al.** Marked increase in substance use among young people after l'Aquila earthquake. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2011;20(8),429-430. doi: [10.1007/s00787-011-0192-2](https://doi.org/10.1007/s00787-011-0192-2)
175. **Türk Tabipler Birliği.** III. ay deprem raporu [internet]. Ttb; 2023 [Erişim tarihi: 3 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/3ayraporu.pdf>.
176. **Türk Tabipler Birliği.** I. yıl deprem raporu [internet]. Ttb; 2023 [Erişim tarihi: 3 Mart.2024]. Erişim adresi: [https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/TTB\\_SES\\_Deprem\\_1Yil\\_Raporu.pdf](https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/TTB_SES_Deprem_1Yil_Raporu.pdf).
177. **Özçetin A, Maraş A, Ataoğlu A. ve ark.** Deprem sonucu gelişen travma sonrası stres bozukluğu ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişki. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008;2,8-18.
178. **Rafiey H, Alipour F, LeBeau R, et al.** Prevalence and determinants of PTSD 3 years after an earthquake in Iran. *Community Mental Health Journal*, 2019;55,542-547. doi: [10.1007/s10597-019-00384-x](https://doi.org/10.1007/s10597-019-00384-x)
179. **Xu J, Song X.** Posttraumatic stress disorder among survivors of the Wenchuan earthquake 1 year after: prevalence and risk factors. *Comprehensive Psychiatry*, 2011;52(4),431-437. doi: [10.1016/j.comppsy.2010.08.002](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.08.002)
180. **Guo C, Li S, Chan SSS.** Long-term effects of disaster expo sure on health care workers' resilience: A comparison of the Wenchuan earthquake-exposed and unexposed groups. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 2022;1,67.

181. **Kang P, Lv Y, Hao L, et al.** Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu earthquake: A neglected problem. *Psychiatry Research*, 2015;230(2),517-523. doi: [10.1016/j.psychres.2015.09.047](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.047)
182. **Matsumoto K, Sakuma A, Ueda I, et al.** Psychological trauma after the Great East Japan Earthquake. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 2016;70(8),318-331. doi: [10.1111/pcn.12403](https://doi.org/10.1111/pcn.12403)
183. **Attfield KR, Dobson CB, Henn JB, et al.** Injuries and Traumatic Psychological Exposures Associated with the South Napa Earthquake-California, 2014. *MMWR Morbidity And Mortality Weekly Report*, 2015;64(35),975-978. doi: [10.15585/mmwr.mm6435a4](https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6435a4)
184. **Andsoy I, Kes D, Top R, ve ark.** Dünyanın tehdidi kimyasal savaş: hemşireler kimyasal bir saldırı durumunda yapılması gereken uygulamalara ilişkin neler biliyor?. *Bozok Medical Journal*, 2022;6(3),15-20.
185. **Şentürk S, Büyükdavraz G, Keskin AY.** Yoğun bakım hemşirelerinin afet yönetimi hakkındaki bilgi, görüş ve yaklaşımları. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 2020;8(3),527-546.
186. **Alkan, ÖÜF.** Kahramanmaraş merkezli depremlerde yaşanan şebeke sorunu bağlamında, GSM operatörlerinin Instagram hesaplarına yansıyanlar üzerine bir araştırma. *Conference Book*, 2023;326.
187. **Akay G, Oğuzhan H, Tüfekci FG.** Kahramanmaraş depremi sonrası üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyleri ile öznel iyi oluş durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Üniversite Araştırmaları Dergisi*, 2024;7(1),40-47.
188. **Yelboğa, N.** Kahramanmaraş depremi özelinde travmatik yas ve sosyal hizmetin yas danışmanlığı müdahalesi. *Uluslararası Toplumsal Bilimler Dergisi*, 2023;7(1),97-121.
189. **Çetin M, Kose S, Ebrinc S, et al.** Identification and posttraumatic stress disorder symptoms in rescue workers in the Marmara, Turkey, earthquake. *Journal of Traumatic Stress. Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 2005;18(5),485-489. doi:[10.1002/jts.20056](https://doi.org/10.1002/jts.20056)
190. **Chen SH, Liu JE, Bai XY, et al.** Providing targeted psychological support to frontline nurses involved in the management of COVID-19: An action research. *Journal Of Nursing Management*, 2021;29(5),1169-1179. doi: [10.1111/jonm.13255](https://doi.org/10.1111/jonm.13255)
191. **Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, et al.** Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort. *JAMA psychiatry*. 2014;71(9),1025-1031. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2014.652](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.652)
192. **Uğur M, Kartal F, Mete B, ve ark.** Deprem sonrası akut stres bozukluğu olanlarda travma esnasındaki çözülmenin, anksiyete düzeyi, algılanan stres, anksiyete duyarlılığı ve deprem stresiyle baş etme ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2021;32(4),253-260.
193. **Neria Y, Nandi A, Galea S.** Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2008;(4),467-480. doi: [10.1017/S0033291707001353](https://doi.org/10.1017/S0033291707001353)
194. **Ali M, Farooq N, Bhatti MA, et al.** Assessment of prevalence and determinants of posttraumatic stress disorder in survivors of earthquake in Pakistan using Davidson Trauma Scale. *Journal of affective disorders*. 2012;136(3):238-43.doi:[10.1016/j.jad.2011.12.023](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.023)
195. **Danna D, Bernard M, Schaubhut R, et al.** Experiences of nurse leaders surviving Hurricane Katrina, New Orleans, Louisiana, USA. *Nursing & Health Sciences*, 2010;12(1),9-13. doi: [10.1111/j.1442-2018.2009.00497.x](https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00497.x)
196. **Sançar B, Cüceler S, Özcanarlan N, et al.** Determining the experiences, feelings and thoughts of nurses caring for earthquake victims: A qualitative study. *Journal of Nursology*, 2024;27(1),38-46.

197. **Erdoğan CN, Aksoy, ÖN.** Deprem stresi ile baş etme stratejileri balikesir örneği. Sosyal Bilimler Akademi Dergisi, 2020;3(2),88-103.
198. **Zheng CR Zhang JB, Guo YC, et al.** Disruption and reestablishment of place attachment after large-scale disasters: The role of perceived risk, negative emotions and coping. International Journal Of Disaster Risk Reduction. 2019;40,101273.



## 8. EKLER



## EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	<b>GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b>	<b>EK-1</b>
---	--	-------------

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tümüyle size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel ya da aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” verilecektir. Herhangi bir zamanda bu çalışmadan ayrılabilirsiniz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz/aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size ya da bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

**Çalışmanın Adı** : 6 Şubat 2023 Tarihli Kahramanmaraş Depremini Yaşayan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Deprem Stresi İle Baş Etme Stratejisiyle Karşılanamayan Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

**Çalışmanın Konusu ve Amacı** : Bu çalışmada; Depremin hemşirelerde deprem stresi ile baş etme stratejisiyle karşılanamayan bakım arasındaki ilişkinin oluşturduğu etkiyi ölçmekle belirlemektir.

**Çalışma Yöntemi** : Bu çalışmada 6 Şubat 2023 Tarihli Kahramanmaraş Depremini Yaşayan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Deprem Stresi İle Baş Etme Stratejisiyle Karşılanamayan Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Değerlendirme Formlarına yanıt vermeniz beklenmektedir. Bu formlarda toplam 84 soru yer almaktadır. Soruları yanıtlama süreniz yaklaşık olarak 25-30 dakika arasında değişebilir.

**Çalışmaya Katılmanın Olası Yararları** : Çalışmanın yararları, depremin hemşirelerde oluşturduğu etki belirleyip ve karşılanamayan bakımla ilişkisini değerlendirerek bu konu ile ilgili çalışmaya yapmak isteyenlere katkı sağlamaktır.

**Soru ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler** : Selin AYTEMİZ

**EK-1 (Devamı)**

Gönüllü Adı Soyadı:	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:	

Veli/Vasi Adı Soyadı:	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:	

Tanık Adı Soyadı:	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:	

Araştırmacı Adı Soyadı: Selin AYTEMİZ	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:	

## EK-2 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri Formu

**1. 18 yaşından büyük müsünüz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**2. Kahramanmaraş depremini yaşadınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**3. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışıyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**4. Depremde hangi şehirde bulunuyordunuz?**

- a) Adana    b) Osmaniye    c) Adıyaman    d) Malatya    e) Gaziantep
- b) Hatay    g) Kahramanmaraş    ğ) Şanlıurfa    h) Kilis    ı) Diyarbakır    i) Elâzığ

**5. Cinsiyetiniz nedir?**

- a) Erkek
- b) Kadın

**6. Yaşınız?**

- a) 18-25 yaş
- b) 26-30 yaş
- c) >30 yaş

**7. Öğrenim durumunuz nedir?**

- a) Lise
- b) Önlisans
- c) Lisans
- d) Yüksek Lisans
- e) Doktora

**8. Medeni durumunuz nedir?**

- a) Evli
- b) Bekâr

**9. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışma yılınız nedir?**

- a) <1 yıl
- b) 1-5 yıl
- c) 6-10 yıl
- d) >10 yıl

## **EK-2 (Devamı)**

### **10. Meslekte çalışma yılınız nedir?**

- a) <1 yıl
- b) 1-5 yıl
- c) 6-10 yıl
- d) >10 yıl

### **11. Vardiya şekliniz nedir?**

- a) Sürekli gündüz
- b) Sürekli gece
- c) Vardiya (gece/gündüz)

### **12. Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?**

- a) <40 saat
- b) 40 saat
- c) 41-50 saat
- d) >50 saat

### **13. Günde ortalama kaç hastaya bakım veriyorsunuz?**

- a) 3
- b) 4
- c) 5
- d) 6

### **14. Çalıştığınız hastane?**

- a) Özel hastane
- b) Kamu hastanesi (üniversite, devlet vb.)

### **15. Çalıştığınız hastanenin yenidoğan yoğun bakım ünitesi düzeyi nedir?**

- a) I. Düzey
- b) II. Düzey
- c) III. Düzey
- d) IV. Düzey (IVA/IVB düzey)

### **16. Birimdeki çalışma memnuniyetiniz nedir?**

- a) Memnun
- b) Kısmen memnun
- c) Memnun değil

### **17. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi için aldığınız herhangi bir sertifikanız var mıdır?**

- a) Evet
- b) Hayır

## **EK-2 (Devamı)**

**18.Kurumunuzda Hastane Acil Durum ve Afet Planı (HAP) eğitimi aldınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**19.Kurumunuzda Hastane Acil Durum ve Afet Planı (HAP) tatbikatına katıldınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**20.Deprem anında neredeydiniz?**

- a) Kendi evimde
- b) Hastanede
- c) Kendi evim dışında başka kapalı alan
- d) Açık alan

**21.Deprem anında yanınızda kim vardı?**

- a) Ailem
- b) Arkadaşlarım/tanıdıklarım
- c) Yalnızdım
- d) Akraba

**22.Depremde göçük altında kaldınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**23.Aile, akraba veya tanıdıklarınızdan birisi göçük altında kaldı mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**24.Herhangi bir kişinin göçük altından çıkarıldığına tanık oldunuz mu?**

- a) Evet
- b) Hayır

**25.Herhangi bir kişinin deprem nedeniyle öldüğüne tanık oldunuz mu?**

- a) Evet
- b) Hayır

**26.Herhangi bir kişinin deprem nedeniyle yaralandığına tanık oldunuz mu?**

- a) Evet
- b) Hayır

## **EK-2 (Devamı)**

**27. Depremden sonra aile, akraba ya da arkadaşlarınızla kısa zamanda iletişime geçebildiniz mi?**

- a) Evet
- b) Hayır

**28. Depremde yaralanma, sakatlık ya da uzuv kaybı yaşadınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**29. Depremde kaybettiğiniz kişi/kişiler ya da evcil bir hayvanınız var mıdır?**

- a) Evet
- b) Hayır

**30. Depremde maddi kaybınız oldu mu?**

- a) Evet
- b) Hayır

**31. Bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler ya da evcil hayvanınız var mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**32. Depremden sonra ilk ne zaman çalışmaya başladınız?**

- a) 0-24 saat
- b) 25-96 saat (1.- 4. günler arası)
- c) 97- 168 saat (5.- 7. günler arası)
- d) 1-3 hafta arası
- e) 3 hafta sonra

**33. Depremde nerede kaldınız?**

- a) Kendi evimde
- b) Hastanede
- c) Geçici barınma birimi (çadır/konteyner)
- d) Arabada
- e) Şehir dışından gidiş geliş
- f) Kendi evim dışında kapalı alan (köy evi, müstakil ev gibi)

**34. Depremden sonra sigara kullanmaya başladınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

## **EK-2 (Devamı)**

**35. Depremden sonra alkol kullanmaya başladınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**36. Depremın etkilerinden dolayı profesyonel destek (psikiyatrist/psikolog) alıyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**37. Deprem sonrası kiminle yaşıyorsunuz?**

- a) Ailem
- b) Arkadaşlarım/tanıdıklarım
- c) Yalnız
- d) Akraba

**38. Depremde evinizde hasar kaydı oldu mu?**

- a) Hasarsız
- b) Az hasarlı
- c) Orta hasarlı
- d) Ağır hasarlı
- e) Evim yıkıldı

**39. Şu an nerede yaşıyorsunuz?**

- a) Kendi evimde (mevcut/yeni ev)
- b) Tanıdık/akraba evinde
- c) Geçici barınma birimi (çadır/konteyner)
- d) Şehir dışından gidiş geliş

## EK-3 Karşılanamayan Bakım Pediatrik Anket Formu

### Bölüm “A” Karşılanamayan Bakım Anketi Pediatrik Versiyon

Hemşirelerden bir vardiyada, eşzamanlı olarak pek çok işi yapmaları istenmektedir. Acil olarak değerlendirdiği durumlara öncelik veren hemşire, sorumlu olduğu hastalar için planladığı bazı hemşirelik uygulamalarını gerçekleştiremeyebilir. Aşağıdaki son çalıştığınız vardiya boyunca (Örn: gündüz), hemşireler tarafından (siz de dâhil olmak üzere) hemşirelik uygulamalarından hangileri, ne sıklıkla karşılanamamıştır/gerçekleştirilememiştir. Bunu düşünerek lütfen listelenen her uygulama için yalnızca bir kutucuğu işaretleyiniz.

Not: Seçebileceğiniz cevaplar arasında "Uygun değil" ifadesi de yer almaktadır. Bu ifade hemşirelik bakım uygulamalarının planlanmadığı/gerekmediği durumları işaret etmektedir (Örn: Yatağa bağlı bir hasta için "...ayağa kaldırma/yürütme" uygulanmamaktadır; "Santral venöz kateter bakımı..." girişimi, bu işlemlerin uygulanmadığı hastalar için uygun değildir; "Beslenme ihtiyacının karşılanması..." ifadesi, en son çalıştığınız vardiya gece olan hemşireler için uygun olmayabilir).

<b>Biriminizdeki hemşireler (siz de dâhil olmak üzere) en son çalıştığınız vardiya boyunca aşağıdaki hemşirelik uygulamalarını hangi sıklıkla karşılanamamıştır?</b>						
<b>HEMŞİRELİK UYGULAMALARI</b>	<b>Asla</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Her zaman</b>	<b>Uygun değil</b>
1. Günlük yatak başı vizitlere katılma						
2. Klinik koşullar izin veriyorsa günde üç defa veya hemşirelik bakım planına uygun çocuğu ayağa kaldırma ve yürütme						
3. Uygulanan ilaçların etkililiğini değerlendirme						
4. Çocuğun her iki saatte bir veya isteme göre pasif mobilizasyonu						
5. Ağız bakımı verme						
6. Ebeveynleri çocuğun bakımına dâhil etme						
7. Hasta ve aile eğitimi						
8. Çocuk ve ailesi ile taburculuk planı ve evde bakıma ilişkin görüşme						
9. Bebeğin yaşı ve klinik durumuna (ör. yenidoğan bakımı, çocuğun veya ergenin bilişsel ve ilişkisel gelişimi) göre nöro-evrimsel gelişimini destekleme						
10. Protokole göre farmakolojik veya non-farmakolojik bakım yaklaşımları ile ağrıyı yönetme						
11. İlaç istemlerinin on beş dakika içinde yapılması						
12. Gerekli tüm hemşirelik verilerinin tam olarak kaydedilmesi						

**EK-3 (Devamı)**

<b>HEMŞİRELİK UYGULAMALARI</b>	<b>Asla</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Her zaman</b>	<b>Uygun değil</b>
13. Vardiya değişimi veya devir teslim sırasında ilgili tüm bilgileri iletme						
14. Çocuğun klinik durumlarına (ör. yenidoğanın isteğine göre oral besleme ve/veya beslenmeyi destekleme, kişisel damak zevkine göre doğru beslenmeyi teşvik etme) göre beslenme gereksinimini karşılama						
15. İlacı belirlenen zamandan 30 dakika önce veya sonra uygulama (ör. belirlenen zaman akşam saat 8.00 iken, 7.30 ve 8.30 arasında uygulanması)						
16. Tuvalet ihtiyacı olan çocuğa talep ettiğinde beş dakika içerisinde yardımcı olma (ör. bebekle tuvalete gitme veya yatağa bağlı ise uygun araçları sağlama)						
17. Çağrı ışığına, müdahale talebine veya alarmına beş dakika içinde yanıt verme (ör. monitör, infüzyon pompası, ventilatör)						
18. Çocuk ve/veya ailesine duygusal destek sağlama						
19. Biyolojik örnekleri/numuneleri istem doğrultusunda alma						
20. Vücut hijyeni ve cilt bakımı						
21. Protokole göre santral ve periferik kateter alanını değerlendirme						
22. Protokole göre santral ve periferik kateter bakımı						
23. Protokole göre enfeksiyon kontrolüne yönelik gerekli önlemleri alma (kişisel koruyucu ekipmanlar, araç-gereçlerin dezenfekte edilmesi, izolasyon, atıkların doğru yok edilmesi)						
24. Katı ve sıvı aldığı-çıkardığı takibi						
25. Yaşam bulgularını hemşirelik bakım planına göre değerlendirme						
26. Çocuğun durumundaki iyileşmeleri veya kötüleşmeleri değerlendirmek için vardiya boyunca odaklanmış bir şekilde tekrarlı değerlendirmeler yapma						
27. El yıkama						
28. Refakatçi tarafından yapılan uygulamaları değerlendirme						
29. Her vardiyada bir kere veya protokole göre, yatak başı ekipmanlarının güvenlik ve hijyen kontrollerini yapma (ör. yatak, komodin, cihazlar)						

### EK-3 (Devamı)

#### Bölüm “B” Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı İçin Nedenler

Son çalıştığımız vardiya boyunca karşılanamayan hemşirelik bakımını (bölüm A'da listelenen) aşağıda sıralanan nedenler ne ölçüde etkiledi? Listelenen her bir neden için yalnızca bir kutuyu işaretleyiniz.

NEDENLER	Önemli ölçüde	Kısmen	Çok az	Hiç
1. Sıklıkla yaşanan bölünmeler/kesintiler				
2. Hemşirelik ekibi içerisinde gerginlik veya iletişim kopuklukları				
3. Ekip üyeleri arasında iş birliği eksikliği (ör; hemşireler, hemşire yardımcısı, doktorlar)				
4. Hemşire yardımcısının bebeğin bakımının yapılmadığını bildirmemesi				
5. Sağlık çalışanları arasında gerginlik veya iletişim kopuklukları				
6. Diğer servisler veya bölümler arasında gerginlik ve iletişim kopuklukları (ör; transfüzyon merkezi, radyoloji tetkikleri, hastane eczanesi vb.)				
7. Diğer servislerin veya bölümlerin gerekli hizmeti vermemesi (ör; laboratuvar, hastane eczanesi)				
8. Bir önceki vardiyadan veya sevk eden birimden yetersiz bilgi aktarılması				
9. Gerektiğinde araç gereçlerin/ekipmanların mevcut olmaması (ör; infüzyon pompası, cerrahi aletler)				
10. Gerektiğinde araç gereçlerin/ekipmanların düzgün çalışmaması				
11. Gerektiğinde ilaçların mevcut olmaması				
12. Ekipmanlara/prosedürlere/politikalara aşına olmama				
13. Ünitelerde yatan hasta sayısında ve/veya hemşire bakım gereksiniminde beklenmeyen artış				
14. Acil hasta durumu (ör; bir hastanın durumunun kötüleşmesi)				
15. Hemşire sayısında yetersizlik				
16. Yardımcı personel sayısında yetersizlik (ö.; hemşire yardımcısı)				

## EK-4 Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri Ölçeği

Yönerge: Aşağıda deprem stresi ile baş etmede kullanılan duygu düşünce ve davranışları yansıtan bazı ifadeler bulunmaktadır. Sizden, deprem ile ilgili stresinizle baş etmede bu stratejilerden hangilerini ne derecede kullandığınızı işaretlemeniz beklenmektedir. Lütfen bütün maddeleri okuyarak, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Araştırmaya katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

	Deprem Stresi İle Baş Etme Stratejileri Ölçeği	Her Zaman	Çoğunlukla	Bazen	Hiç
1	Yaşadıklarımı ailem ya da yakın arkadaşlarımla paylaşıyorum.				
2	Kendimi Allah'a emanet ederim				
3	Duygularımı kendime saklamaya çalışırım.				
4	Bu sorunla daha iyi baş edebilen birileriyle konuşurum.				
5	Depremle ilgili bütün olumsuzluklara rağmen mücadele ederim.				
6	Duygularımı ve korkularımı ailem ya da arkadaşlarımla paylaşıyorum.				
7	Korkularım ve kaygılarım hakkında konuşmamayı tercih ederim.				
8	Ölümden kaçılmaz diye düşünürüm.				
9	Dua ederek rahatlamaya çalışırım.				
10	Alın yazısına ve bunun değişmeyeceğine inanırım.				
11	Dini görevlerimi daha çok yerine getiririm.				
12	Olanları birer deneyim olarak kabul ederim.				
13	Yaşam hakkında daha iyimser olmaya çalışırım.				
14	Olumlu düşünmeye çalışırım.				
15	Kendime zaman tanımamın iyi geleceğini düşünürüm.				
16	Olanları büyütmemeye çalışırım.				

## EK-5 Etik Kurul Onayı

Başvuru Bilgileri						
Araştırmanın Başlığı	6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremini Yaşayan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Deprem Stresi ile Baş Etme Stratejileri ve Karşılanamayan Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi					
Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Selver GÜLER					
Yardımcı araştırmacılar	Selin AYTEMİZ					
Başvuru Tarihi ve Protokol No	04.08.2023 - 76					
Karar Bilgileri						
Oturum No	2023/13		Karar No		06	
Tarih	12.09.2023		Karar		OLUMLU	
Üyelerin İmzaları						
Unvanı/Adı/Soyadı	Katılım		Araştırma İlişkisi		Karar	
Prof. Dr. Yusuf Ergün	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H
Prof. Dr. Ahmet Kayraldız	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H
Prof. Dr. Tamer Karademir	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H
Doç. Dr. Adem Doğaner	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H
Doç. Dr. Behiye Nurten Akkeçeci	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H
Doç. Dr. Özlem Kirişçi	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H
Doç. Dr. Selma Urfaloğlu	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H
Doç. Dr. Aykut Urfaloğlu	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H
Doç. Dr. Deniz Akyıldız	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H
Dr. Öğr. Üyesi Celal Kuş	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H
Dr. Öğr. Üyesi Zeyneb Merve Özdemir	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H
Serh koyan ve gerekçesi						

## EK-6 Ölçek Kullanım İzinleri

Saygıdeğer Hocam,

İsmim Selin AYTEMİZ. SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Dr. Öğr. Üyesi Selver GÜLER danışmanlığında, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Programında Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim aynı zamanda Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde sorumlu hemşiresiyim.

Kahramanmaraş depremini yaşayan yenidoğan yoğun bakım hemşireleri ile "Kahramanmaraş Depremiyle Yaşayan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Deprem Stresi İle Başetme Stratejisiyle Karşılanamayan Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tezimde **DEPREM STRESİ İLE BAŞETME STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI** adlı makalenizdeki ölçeği çalışmam kapsamında izninizle kullanım hususunda malime dönüş sağlamanız benim için çok önemlidir.

Değerli görüş ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Sayın Selver Güler Merhaba

ölçeği ve ilgili makaleyi ekte gönderiyorum. Kullanabilirsiniz. Başarılar dileğimle..

Prof.Dr. Zeynep Deniz Yöndem  
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi  
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı

Sayın Hocam, çok teşekkür ederim. İyi çalışmalar dilerim.

Saygıdeğer Hocam,

İsmim Selin AYTEMİZ. SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Dr. Öğr. Üyesi Selver GÜLER danışmanlığında, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Programında Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim aynı zamanda Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde sorumlu hemşiresiyim.

Kahramanmaraş ilinde çalışan yenidoğan yoğun bakım hemşireleri ile " **06.02.2023** tarihli Kahramanmaraş Depremiyle Yaşayan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Deprem Stresi İle Başetme Stratejisiyle Karşılanamayan Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tezimde **DEPREM STRESİ İLE BAŞETME STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI** adlı makalenizdeki ölçeği çalışmam kapsamında izninizle kullanım hususunda malime dönüş sağlamanız benim için çok önemlidir.

Değerli görüş ve katkılarınız için çok teşekkür ederim.

19 Tem 2023 Çar 17:06

Tabiki kullanabilirsiniz, ekte kaynakları gönderiyorum. Tezinde başarılar dilerim.


Sevgiler...

**Assoc. Prof. Müjde ÇALIKUŞU İNCEKAR**  
Yüksek İhtisas University,  
Head of Department of Pediatric Nursing  
Head of Internal Medicine Nursing Master's Program  
Yüksek İhtisas University Journal of Health Sciences Assistant Editor  
ANKARA/TURKEY

Choose your words carefully...  
Don't take anything personally...  
Don't make assumptions...  
Always do your best...  
Be skeptical, but learn to listen...

Don Miguel Ruiz

## EK-7 Tez İntihal Raporu

	<p style="text-align: center;">T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</p>
---	---

### I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Selin Anabilim Dalı : Hemşirelik AD  
Soyadı : AYTEMİZ Programı : Hemşirelik Tezli (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği)  
Öğrenci No : 221101013 Statüsü : Yüksek Lisans

### II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Selver GÜLER  
Tez Adı : 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi Ni Yaşayan Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Deprem Stresi İle Baş Etme Stratejileri ve Karşılanamayan Bakım Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

### III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	Benzerlik Oranı (%)	Tarih
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sınavı Öncesi	15	30.05.2024
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunma Sınavı Sonrası	14	24.06.2024

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 64 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil %14'dür.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve dizin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

### ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR

Enstitü Sekreteri

Figen ÖZGÜN

24.06.2024

### ACIKLAMA

\*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.

\*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

**EK-8 Özgeçmiş**

<b>Adı-Soyadı</b>	Selin AYTEMİZ		
<b>Doğum Yeri/Yılı</b>			
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Başlama-Bitirme</b>		<b>Kurum Adı</b>
<b>Ön lisans</b>			
<b>Lisans</b>	2006	2010	Gaziantep Üniversitesi
<b>Yüksek Lisans</b>	2022	2024	SANKO Üniversitesi
<b>Doktora</b>			
<b>Çalıştığı Kurum (/lar)</b>	<b>Başlama-Ayrılma Yılı</b>		
1. Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi	2010		2010
2. Özel Vatan Hastanesi	2010		2013
3. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	2013		Devam ediyor
<b>Üye Olduğu Bilimsel ve Meslek Kuruluşları</b>	Yara Bakım ve Onarım Derneği Neonatoloji Hemşireliği Derneği Pediatri Hemşireliği Derneği El Bebek Gül Bebek Derneği		
<b>Katıldığı Proje ve Toplantılar</b>	Hastane Enfeksiyonları Kongresi-2011 13. Ulusal Yara Kongresi 2017 14. Ulusal Yara Kongresi 2018 27. Ulusal Neonatoloji Kongresi 2019 28. Ulusal Neonatoloji Kongresi 2020 29. Ulusal Neonatoloji Kongresi 2021 30. Ulusal Neonatoloji Kongresi 2023 4. Uluslararası Akdeniz, 3. Uluslararası ve 8. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi 2023 1. Ulusal Yenidoğan Hemşireliği Kongresi 2022 2. Ulusal Yenidoğan Hemşireliği Kongresi 2023		
<b>Yayımlar</b>	Çaka SY, Topal S, Yurttutan S, Aytemiz S, Çıkar Y, Sarı M. Effects of kangaroo mother care on feeding intolerance in preterm infants. J Trop Pediatr. 2023 Feb 6;69(2): fmad015. doi: <a href="https://doi.org/10.1093/tropej/fmad015">10.1093/tropej/fmad015</a>		
<b>Aldığı Ödüller</b>	1. Ulusal Yenidoğan Hemşireliği Kongresi "Prematüre Bebeklerde Kanguru Bakımının Beslenme İntoleransı Üzerine Etkisi" Sözel Bildiri 2.lık Ödülü		
<b>Bildiği Yabancı Diller</b>	İngilizce		
<b>Telefon/e-posta</b>			