



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN AFETE HAZIR OLMA DURUMLARI
VE
ETKİLEYEN ETMENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Esra YORGUN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üye. NİHAL SUNAL

İstanbul-2024

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Esra YORGUN
Tez Başlığı : Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumları ve Etkileyen
Etmenlerin Karşılaştırılması
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Haliç Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 18.07.2024

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

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Nihal SUNAL

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Pınar IRMAK VURAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe DOST

Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof. Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

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

Esra YORGUN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında katkı sağlayarak, mesleki ve akademik gelişimimi sağlayan, bilgi ve tecrübeleriyle katkılarını hiç esirgemeyen danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Nihal SUNAL'a,

Hemşirelik öğrenim hayatımın ilk yılından itibaren, her zaman desteğini hissettiğim ve halk sağlığına ilgi duymamı sağlayan değerli öğretmenim Dr.Öğr.Üyesi Ayşe DOST'a,

Çözüm yollarıyla her zaman destek olan Öğr.Gör. Ceren Selma ŞENTÜRK'e,

İlgisi, sevgisi ve tecrübesiyle her zaman yanımda olan çok değerli öğretmenlerime,

Yoğunluğunun arasında araştırmam için vakit ayıran tüm meslektaşlarıma,

Yüksek lisans sıralarında tanıştığımız sevgili yol arkadaşım Ayşenur SUSOY'a,

Desteğini her zaman yanımda hissettiğim Yusuf ÇARK'a,

Ve son olarak; yaşamım boyunca beni destekleyen çok sevgili aileme;

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

İTHAF



Her zaman yanımda olan ve desteğini hiç esirgemeyen çok sevgili aileme ve
afetlerde yaşamını yitiren tüm insanlara ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	ii
TEŞEKKÜR	iii
İTHAF	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Afet.....	5
4.2. Afet Kriterleri.....	5
4.3. Afet Türleri.....	5
4.3.1. Doğal (fiziksel) afetler	6
4.3.2. İnsan yapımı/teknolojik afetler	7
4.4. Afetler ile İlgili Kavramlar.....	7
4.4.1. Risk	7
4.4.2. Maruz Kalma.....	7
4.4.3. Savunmasızlık	8
4.4.4. Kırılganlık	8
4.4.5. Duyarlılık	8
4.4.6. Başa Çıkma Kapasiteleri	8
4.4.7. Uyum Sağlama Kapasiteleri.....	8
4.5. Afetlere Genel Bakış	9

4.6. COVID-19 Örneği.....	10
4.7. Afetlerin Toplamlar Üzerindeki Etkileri.....	12
4.8. Toplumsal Çeşitlilik ve Risk Analizi	13
4.9. Çeşitliliğin Boyutları.....	13
4.10. Afetleri Önlemede Çeşitlilik	14
4.11. Afet Yönetimi.....	15
4.12. Afet Yönetiminin Aşamaları	16
4.13. Afet Algısı ve Hemşirelik	17
4.14. Hemşirelerin Afet Durumunda Topluma Karşı Görev ve Sorumlulukları	19
5. MATERYAL VE METOT	21
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	21
5.2. Araştırma Soruları	21
5.3. Araştırmanın Değişkenleri	21
5.3.1. Bağımlı Değişkenler	21
5.3.2. Bağımsız Değişkenler	21
5.4. Araştırma Yeri ve Zamanı.....	21
5.5. Örneklem Özellikleri.....	21
5.5.1. Örneklem Dahil Edilme Kriterleri.....	21
5.5.2. Örneklem Dahil Edilmeme Kriterleri.....	22
5.6. Araştırma Verilerinin Toplanması	22
5.7. Veri Toplama Araçları	23
5.7.1. Kişisel Bilgi Formu.....	23
5.7.1. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ).....	23
5.8. Araştırmanın Uygulanması	25

5.9. Etik Hususlar	25
5.10. Veri Analiz Yöntemleri	25
5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
6. BULGULAR	27
6.1. Sosyodemografik Bulgular	27
6.2. Afet Eğitimi, Bilgi ve Deneyimine İlişkin Bulgular	28
6.3. Afete Hazırlık Algısı Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler	29
6.4. Afete Hazırlık Algısı Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	30
6.5. Afete Hazırlık Algısı Puanlarının Afet Eğitimi, Bilgisi, Deneyimine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	34
7. TARTIŞMA	39
8. SONUÇ	48
9. KAYNAKLAR	50
10. EKLER	58
EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU	58
EK-2: HEMŞİRELERDE AFETE HAZIRLIK ALGISI ÖLÇEĞİ (HAHAÖ)	59
EK-3: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU	60
EK-4: KURUM İZNİ	62
11. ETİK KURUL ONAYI	63
12. ÖZGEÇMİŞ	65

SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHDÖ: Afet Hazırlığı Değerlendirme Ölçeği

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

BM: Birleşmiş Milletler

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı

CRED: Afet Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EHA: Emergency and Humanitarian Action

HAHAÖ: Hemşirelerin Afete Hazırlık Algısı Ölçeği

KGİ / CVI: Kapsam Geçerliliği İndeksi / Content Validity Index

LGBTQIA*: Lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel, queer (veya sorgulayan), interseks ve aseksüel (veya müttefiki)

LSD: En Önemsiz Fark

SARS-CoV-2: SARS Coronavirus-2

SPSS: Statistical Package Program for Social Science

UN-DESA: United Nations- Department of Economic and Social Affairs

ÜİYOK: Ülke İçinde Yerinden Olmuş Kişiler

WMO: Dünya Meteoroloji Örgütü

WRI: World Risk Index

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 6.1.1. Katılımcıların demografik özellikleri.....	27
Tablo 6.2.1. Katılımcıların afet eğitimi, afet bilgisi, afet deneyimine göre dağılımı.....	28
Tablo 6.3.1. Afete hazırlık algısı puanlarına ait betimsel istatistikler.....	29
Tablo 6.4.1. Afete hazırlık algısı puanlarının demografik değişkenlere göre karşılaştırılması.....	30
Tablo 6.5.1. Afete hazırlık algısı puanlarının afet eğitimi, bilgisi, deneyimine göre karşılaştırılması.....	35

1. ÖZET

HEMŞİRELERİN AFETE HAZIR OLMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN ETMENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmanın amacı; hemşirelerin afete hazır olma durumları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesidir. Araştırmanın örneklemini İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde çalışan 401 hemşire oluşturmuştur. Veriler Mart – Eylül 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları; Kişisel Bilgi Formu ve Özcan (2013) tarafından hazırlanan Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ)'dir. Hemşirelerin afete hazırlık algısı ölçek puan ortalaması $3,86 \pm 0,59$, hazırlık evresine ilişkin algının çok yüksek düzeyde ($4,35 \pm 0,63$), müdahale evresi ($3,84 \pm 0,74$) ve afet sonrası evre ($3,86 \pm 0,59$) için hazırlık algısının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hemşirelerin yaş ortalaması $31,24 \pm 7,80$ bulunmuş olup, katılımcıların %81'i kadın, %52,6'sı bekar, %73,3'ü lisans mezunu, %30,2'si 1-5 yıl mesleki deneyimli ve %35,7'si klinikte görev yapmaktadır. Erkek, evli, mesleki deneyimi yüksek, ameliyathane ve yönetim birimlerinde çalışan, daha önce afetzedelere bakım veren, çalıştığı birimde afet planı olan ve olası bir afet için kendisini hazır hisseden katılımcıların puanları diğerlerine oranla daha yüksek bulunmuştur. Afet yaşandığında hemşirelerin afete hazırlık ve afet yönetimi konusunda yeterli becerilere sahip olmaları gerekmektedir. Tüm dünyada yaşanan COVID-19 salgını ve 6 Şubat 2023'te ülkemizde meydana gelen depremlerde de yaşadığımız üzere hemşirelerin, özellikle halk sağlığı hemşirelerinin bu alanda çalışmalarını geliştirmesi mesleki ve toplumsal açıdan büyük öneme sahip olup, afetlere karşı donanımlı olması, halkın bilinç ve hazırlık düzeyini artırarak sonradan yaşanabilecek felaketlere karşı birey, aile ve toplum bazında afetler ile baş edebilmeyi sağlayabilmesi elzemdir.

Anahtar kelimeler: Afet, afet algısı, afete hazır olma, hemşirelik

2. ABSTRACT

COMPARISON OF NURSES' DISASTER READINESS AND AFFECTING FACTORS

The purpose of this study; determination of nurses' disaster preparedness and affecting factors. The sample of the study consisted of 401 nurses working in a medical faculty hospital in Istanbul. Data was collected between March and September 2023. Data collection tools; Personal Information Form and Nurses' Disaster Preparedness Perception Scale (HAHAÖ) prepared by Özcan (2013). Nurses' disaster preparedness perception scale score average is 3.86 ± 0.59 , the perception of the preparation phase is at a very high level (4.35 ± 0.63), the intervention phase (3.84 ± 0.74) and the post-disaster phase (3.86 ± 0.59), it was determined that the perception of preparation was at a high level ($p < 0.05$). The average age of nurses was found to be 31.24 ± 7.80 , 81% of the participants were women, 52.6% were single, 73.3% had a bachelor's degree, 30.2% had 1-5 years of professional experience and 35.7% work in clinics. The scores of the participants who were male, married, had high professional experience, worked in operating rooms and management units, had previously cared for disaster victims, had a disaster plan in the unit they worked in, and felt prepared for a possible disaster were found to be higher than the others. When a disaster occurs, nurses need to have sufficient skills in disaster preparedness and disaster management. As we experienced with the COVID-19 epidemic all over the world and the earthquakes that occurred in our country on February 6, 2023, it is of great professional and social importance for nurses, especially public health nurses, to improve their work in this field and to be equipped against disasters by increasing the public's awareness and preparedness. It is essential for the individual, family and society to be able to cope with disasters against future disasters.

Key words: disaster, disaster perception, disaster preparedness, nursing

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Her geçen gün Dünya üzerinde çok sayıda afet yaşanmaktadır. Bir deprem ülkesi olan ülkemizde 6 Şubat 2023'te yaşanan, 10 ilde yaklaşık 15.000.000 bireyi etkileyen deprem, afetlere her an hazırlıklı olmamız gerektiğini bir kez daha gözler önüne sermiştir (1).

Depremler büyük nüfusların etkilendiği; ekonomik, yaşamsal ve toplumsal etkileri olan büyük çaplı afetlerdir. Depremler aniden ve uyarı vermeden gelebilir. Doğal afetlerde ülkesel, bölgesel ayrım olmadığından tüm dünyada büyük nüfus kayıplarına veya mağduriyetlere sebep olabilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre afet; beklenmeyen, kurumun olanakları ve kapasitesini aşan normal işleyişi bozan dışarıdan yardım gerektiren ani ekolojik olgulardır. Bir durumun afet olarak değerlendirilebilmesi için dış yardıma ihtiyaç duyulması gerekir. Bu bağlamda dış yardım; durumun yaşandığı toplumun üyeleri harici desteğe ihtiyaç duyulmasıdır (3,4).

Afetler yalnızca depremlerle sınırlandırılmamalıdır. Ülkemizde en sık görülen meteorolojik karakterli doğal afetleri dolu, sel, taşkın, don, orman yangınları, kuraklık, şiddetli yağış, şiddetli rüzgâr, yıldırım, çığ, kar ve fırtınalar oluşturur. Dünya Meteoroloji Örgütüne (WMO) göre sadece 1980'li yıllarda dünyada 700.000 kişi meteorolojik afetlerden dolayı hayatını kaybetmiştir (5).

Afetlerle mücadelede alınacak her bir önlem, can ve mal kaybını en aza indirecektir. Afet hazırlığı, can kayıplarını önleyerek yaralanmaları en aza indirmeyi amaçlar. Bununla birlikte maddi kayıpları da azaltmaya çalışır. Tüm bu hazırlıklar; toplumun her kesimi dahil edilerek, büyük çaplı organizasyonlar şeklinde yapılmalıdır. Şimdiye kadar en büyük zararları hazırlık ve planlama yapmamış toplumlar almıştır (6).

Afet hazırlığının planlanmasında çeşitli paydaşların iş birliğine ve holistik bir yaklaşıma ihtiyaç duyulur (7). Bu konuda en büyük sorumluluklardan biri şüphesiz ki sağlık ekibine düşmekte olup; yeterli eğitim ve donanımı edinerek holistik yaklaşım sergilemesi beklenmektedir (8).

Literatür incelendiğinde; sağlık kurumlarının yüksek bir oranında afet yaşandığında herhangi bir iletişim ve tahliye planı olmadığı saptanmıştır (9,10,11). Planı bulunan kurumların da, personelinin büyük bir çoğunluğunun plan hakkında bilgisi olmadığı belirlenmiştir (12,13,14). Afetlere yönelik kurum içi eğitimlerin sınırlı sayıda olmasının yanı sıra, katılım oranının da düşük olduğu görülmüştür (14). Sonuç olarak bireysel ve profesyonel olarak afet hazırlığı bulunması gereken sağlık çalışanlarının gereken donanıma sahip olmadığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde sayıca en fazla grup olan hemşirelerin; afetler sırasında da rollerinin büyük olduğu açıktır. Bu bağlamda; birey, aile ve toplumsal açıdan holistik bakım sağlayarak, sağlığı sürdürecekt ve yükseltecek olan yine hemşirelerdir (13).

Ülkemiz dışındaki birçok yerde, hemşirelerin afetlerle ilgili rollerinin önemi bilinmekte ve hemşirelerin afetlere donanımı ile ilgili çeşitli konularda araştırmalar yapılmaktadır. Ülkemizde ise; afetler ve hemşirelik alanında sayılı çalışma yapılmış olunması, konunun öneminin halen bilincinde olunmadığını düşündürmektedir (15).

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde yaşanan afetler nedeniyle sağlık profesyonellerinin büyük bir grubunu oluşturan hemşirelerin donanımlı olması gerekmekte olup; özellikle halk sağlığı hemşirelerinin bu konuda rolü büyüktür. Bu çalışma ile; hemşirelerin mevcut durumunun incelenerek geliştirilmesi gereken yönlerinin belirlenmesi hedeflenmiş, hemşirelerin afete hazır olma durumları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Afet

Asya Afet Azaltma Merkezi'ne göre afet; etkilenen toplumun yalnızca kendi kaynaklarını kullanarak başa çıkma yeteneğini aşan yaygın insan, malzeme veya çevresel kayıplara neden olan, toplumun işleyişinin ciddi şekilde bozulmasıdır (20).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre afet; dış yardıma ihtiyaç duyacak büyüklükte ani bir ekolojik durum olarak tanımlamaktadır. Afetler, meydana geldiği bölgenin veya yerin kaynaklarını zorlayan bir olaydır (21).

Afetin pek çok tanımı vardır. Kullanılan tanım, terimin kullanıldığı disipline bağlıdır.

4.2.Afet Kriterleri

Afet Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (CRED), bir durumun afet olarak kaydedilebilmesi için aşağıdaki kriterlerden en az birini karşılamasını gerektiğini belirtmiştir (22):

- On veya daha fazla kişinin ölümü;
- 100 kişinin etkilenmesi;
- Uluslararası yardım çağrısı;
- Olağanüstü hal ilanı.

4.3.Afet Türleri

Afetler doğal, doğal olmayan insan yapımı, tamamen sosyal, teknolojik ve hibrit olarak sınıflandırılrsa da araştırma merkezleri ve kurumları bazen afetleri farklı terimlerle tanımlamaktadır. Ancak afetler; doğal, insan yapımı ve hibrit olmak üzere üç türe ayrılabilir.

Doğal afetler, volkanik patlamalar, kasırgalar, depremler gibi doğal nedenlerden kaynaklanan ve insanın üzerinde hiçbir kontrolünün olmadığı yıkıcı olaylardır. Doğal afetler genellikle “Tanrının İşleri” olarak adlandırılır.

İnsan yapımı felaketler ise insan kararlarından kaynaklanan felaket olaylarıdır. Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu (2003), insan yapımı afetin, ani veya daha uzun vadeli olabilen, doğal olmayan felaket olaylarını ifade ettiğinin altını çizmiştir. Ani insan kaynaklı felaketler, herhangi bir dış kuvvet olmadan bağımsız olarak meydana gelen yapı, bina ve maden çökmelerini içerir. Ayrıca hava, kara ve deniz felaketlerinin tamamı insan kaynaklı felaketlerdir. Uzun vadeli insan yapımı felaketler genellikle ulusal ve uluslararası çatışmalara atıfta bulunur.

Hem insan hatasından hem de doğal güçlerden kaynaklanan afetler vardır. Bunlar hibrit felaketlerdir. Ormanların geniş çapta temizlenmesinin toprak erozyonuna yol açması ve ardından şiddetli yağmurların toprak kaymalarına neden olması hibrit felakete bir örnektir (17).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Sağlık Örgütü / Acil Durum ve İnsani Eylem birimi (WHO/EHA) afetleri şu şekilde sınıflandırmıştır (18,19):

4.3.1. Doğal (fiziksel) afetler:

4.3.1.1. Hava durumuna bağlı afetler (meteorolojik):

- kasırgalar, kasırgalar, kasırgalar, tayfunlar;
- şiddetli yağmurlar, fırtınalar, seller, kar fırtınaları;
- kuraklık ve kıtlık;
- sıcak hava dalgaları, soğuk dalgalar.

4.3.1.2. Dış (topografik): heyelanlar;

- Çığlar.

4.3.1.3. İç (tektonik ve tellürik):

- depremler;
- volkanik patlamalar.

4.3.1.4. *Doğal (biyolojik):*

- istilalar;
- salgınlar.

4.3.2. **İnsan yapımı/teknolojik afetler:**

- endüstriyel felaketler;
- nükleer kazalar;
- kimyasal kazalar;
- yangınlar;
- savaşlar, iç çatışmalar;
- yapısal arızalar (barajlar, madenler).

4.4. Afetler ile İlgili Kavramlar

4.4.1. Risk

Maruz kalma ve savunmasızlık alanının etkileşimi ile yalnızca her iki alanın bulunduğu yerde ortaya çıkar. Bu bakımdan riskler ancak aşırı doğa olaylarından kaynaklanan tehlikelerin veya iklim değişikliğinin olumsuz etkilerinin mevcut olduğu bölgelerde yeterli direnç, başa çıkma veya uyum kapasitesi olmayan popülasyonların yaşadığı durumlarda oluşur (23).

4.4.2. Maruz Kalma

Tehlikeye yatkın bölgelerdeki popülasyonların, aşırı doğa olaylarının etkilerine veya iklim değişikliğinin olumsuz sonuçlarına ne ölçüde maruz kaldığı ve bu etkilerden kaynaklanan yüküdür. Dolayısıyla maruz kalma; depremlerin, tsunamilerin, kıyı ve

nehir taşkınlarının, kasırgaların, kuraklıkların ve bir bölgedeki (tehlike bölgesi) ve popülasyonlardaki (tehlike nesnesi) deniz seviyesinin yükselmesinin sıklığını ve yoğunluğunu içeren tehlikelilik yönlerinden oluşur (23).

4.4.3.Savunmasızlık

Popülasyonların, aşırı doğa olaylarından veya iklim değişikliğinin olumsuz etkilerinden kaynaklanan zararlara karşı savunmasız olma eğilimidir (23).

4.4.4.Kırılganlık

Ekonomik, politik, sosyal ve çevresel faktörlerin bir alanı olarak kırılganlık, insanların, hane halklarının ve toplumların kapasite ve eğilimlerinin haritasını çıkarır ve bunların aşırı olaylar nedeniyle ne kadar kolay ve ne ölçüde istikrarsızlaştırılabileceğini, zarar görebileceğini ve hatta yok edilebileceğini gösterir. Duyarlılık, başa çıkma kapasitelerinin eksikliği ve uyum sağlama kapasitelerinin eksikliği olmak üzere üç boyuttan oluşur ve bunlar daha başka kategorilere ayrılır (23).

4.4.5.Duyarlılık

Toplumların, aşırı doğa olaylarından zarar görme ve afet durumuna girme olasılığını artıran yapısal özellikleri ve toplumların genel koşullarını ifade etmektedir. Bu bakımdan duyarlılık, bir nüfusun aşırı olayların acil sonuçlarını hafifletmeye yönelik dayanıklılığının ve kaynaklarının boyutunu gösterir (23).

4.4.6.Başa Çıkma Kapasiteleri

Toplumların; doğal olayların veya iklim değişikliğinin olumsuz etkilerine, doğrudan eylemler ve resmi veya gayri resmi olarak organize edilen faaliyetler ve önlemler şeklinde mevcut kaynaklar yoluyla karşı koyma ve aynı zamanda acil durumlardaki hasarı azaltma yeteneklerini ve önlemlerini ifade eder (23).

4.4.7.Uyum Sağlama Kapasiteleri

Başa çıkma kapasitelerinin aksine, gelecekteki olumsuz etkileri ortadan kaldırmak, hafifletmek veya önlemek amacıyla toplumsal yapılarda ve sistemlerde öngörücü değişiklikleri başarmaya yönelik uzun vadeli süreçleri ve stratejileri ifade eder (23).

4.5.Afetlere Genel Bakış

Afet riskinin hesaplanması dünya çapında 193 ülke için yapılmakta ve maruz kalma ile zarar görabilirlik alanları arasındaki etkileşime dayanmaktadır (23):

- Depremlere, tsunamilere, kasırgalara, kıyı taşkınlarına, nehir taşkınlarına, kuraklığa ve deniz seviyesindeki yükselişe maruz kalma,
- Sosyo-ekonomik gelişmeye bağlı duyarlılık, sosyal eşitsizlikler ve yoksunluklar, nüfusun şiddet, afet ve hastalıklar nedeniyle zayıflaması,
- Sosyal şoklar, siyasi istikrar, sağlık hizmetleri, altyapı ve maddi güvenlikle ilgili başa çıkma kapasitelerinin eksikliği,
- Eğitim ve araştırmadaki gelişmeler, eşitsizliklerin azaltılması, yatırımlar ve afet hazırlığı ile ilgili uyum kapasitelerinin eksikliği.

World Risk Index (WRI) 2023, 193 ülkenin afet riskini değerlendirmiş ve aşağıdaki sonuçları elde etmiştir (23):

(Değerlendirme Birleşmiş Milletler (BM) tarafından tanınan tüm ülkeleri ve dünya nüfusunun yüzde 99'undan fazlasını kapsamaktadır.)

- Dünya çapında afet riskinin en yüksek olduğu ülkeler Filipinler (WRI 46,86), Endonezya (WRI 43,50) ve Hindistan'dır (WRI 41,52).
- En yüksek riske sahip on ülkenin bileşimi bir önceki yıla göre neredeyse hiç değişmemiştir. Rusya'nın sekizinci sıraya yükselmesi nedeniyle sadece Pakistan gruptan çıkmıştır.

- En yüksek riskli ülkelerden yedisi aynı zamanda en yüksek maruziyete sahip on ülke arasında yer almaktadır. Geçen yıl olduğu gibi Çin'in maruziyeti en yüksek seviyedeysen onu Meksika ve Japonya takip etmektedir.
- En yüksek kırılganlığa sahip on ülkenin bileşimi nispeten istikrarlı kalmaktadır. Ancak Afganistan'ın yerini Mali'nin almasıyla grup artık yalnızca Afrika ülkelerinden oluşmaktadır. Dünya çapında en savunmasız ülke Somali olup, onu Güney Sudan ve Orta Afrika Cumhuriyeti takip etmektedir.
- Almanya; 4,30 puanla yedi sıra gerileyerek 94. sırada yer almaktadır.
- Bir kez daha, Güney Kore ve İtalya örnekleri, düşük veya çok düşük zarar görebilirliğin, bir ülkenin afet riskinin yüksek olmasına rağmen azaltılabileceğini açıkça göstermektedir.
- Önceki yıllardaki trendi sürdürerek Amerika kıtası afet riskinin en yüksek olduğu kıtadır. Bunu, küresel ortalamanın oldukça altında puanlarla Asya, Afrika, Okyanusya ve Avrupa takip ediyor. Okyanusya'nın risk profili temel olarak maruziyetten etkilenirken, Afrika en yüksek kırılganlığa sahip kıtadır.

4.6.COVID-19 Örneği

İnsanlık, yeni koronavirüs SARS-CoV-2'nin ilk tespit edildiği Aralık 2019'dan bu yana COVID-19 ile yaşamaktadır. İnsan hayatı, uzun vadeli sağlık ve ekonomiler üzerindeki etkisi sarsıcı olmuştur.

Ekim 2022 itibarıyla 618 milyondan fazla hastalık vakası bildirilmiş ve 6,5 milyon doğrulanmış ölüm tespit edilmiştir (44). Gerçek rakamlar muhtemelen daha yüksektir, ancak ne kadar yüksek olduğu belirsizdir. 2020 yılı için resmi ölüm sayısı 1,8 milyonun biraz üzerindedir, ancak bildirilmemiş olası vakaları da hesaba katan bazı tahminler bu sayının 3 milyon olduğunu göstermektedir (45). Mevcut 8 milyarlık küresel nüfus göz önüne alındığında (46), yaklaşık her 1000 kişiden birinin öldüğü açıktır. Ekim 2022'de yayınlanan bir araştırma, salgının 20 ülkede yaşam beklentisi üzerindeki etkisini araştırmış ve COVID-19'un "İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana en şiddetli küresel ölüm şoku" olduğu sonucuna varmıştır (47).

COVID-19 salgınının bir başka etkisi de endüstrilerin ve ekonomilerin tamamının harap olması ve sosyoekonomik eşitsizliklerin kötüleşmesidir. Dünya Bankası, 2020 yılında “ülkelerin yüzde 90'ında ekonomik faaliyetlerin daraldığını, dünya ekonomisinin yaklaşık yüzde 3 oranında küçüldüğünü ve küresel yoksulluğun bir nesildir ilk kez arttığını” bildirmiştir (48). Ocak 2021 itibarıyla neredeyse her ülkenin ekonomisi durgun seyretmiştir (49). Uluslararası Para Fonu, salgının 2024 yılı sonuna kadar küresel ekonomiye 13,8 trilyon ABD dolarına mal olacağını tahmin etmektedir (50). Ekonomik etkiler en çok gelişmekte olan ekonomilerde ve dezavantajlı nüfuslarda görülmüştür. Bunun sonucunda hem ülkeler içinde hem de ülkeler arasında eşitsizlik artmıştır (48).

Ayrıca salgın toplumun birçok yönünü de etkilemiştir. Okullar genellikle aylarca kapalı olduğundan eğitim kesintiye uğramıştır. Kadına ve çocuğa yönelik şiddet olayları artmıştır. Pek çok insanın ruh sağlığı bozulmuş ve sosyal izolasyon yaygınlaşmıştır. Bu yayılma etkileri, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (SDG'ler) ulaşmadaki gecikmeleri de içermektedir (51).

COVID'in etkileri bir dizi başka tehlikeyi ağırlaştırmış veya daha da kötüleştirmiştir. Kasırgalar, kuraklıklar, diğer sağlık tehditleri ve çatışmalar, COVID-19'un ortaya çıkışından bu yana azalmadan devam etmiştir. Bu tehlikeler genellikle salgının gölgesinde kalmıştır. 2020'deki Alex Fırtınası, Akdeniz bölgesinde aşırı sellere neden olurken (52), devam eden çekirge istilasları ise Doğu Afrika, Arap Yarımadası ve Hindistan alt kıtasındaki mahsullerin yüksek oranda zarar görmesine neden olmuştur (53). Grace Kasırgası Ağustos 2021'de Meksika'yı vurmuş (54) ve bunu birkaç hafta sonra Louisiana'ya inen ve 2005'teki Katrina Kasırgasından sonra ikinci hasara neden olan Ida Kasırgası izlemiştir (55). 15 Ocak 2022'de Tonga Krallığı'nda Hunga Tonga-Hunga Ha'apai yanardağı patlayarak geniş çaplı hasara neden olmuş ve Pasifik'te tsunamileri tetiklemiştir (56). Sonuç olarak topluluklar sıklıkla kendilerini devam eden koronavirüs tehdidiyle uğraşırken bir yandan da acil durumlara müdahale etmeye çalışırken bulmuştur. Çoklu, örtüşen krizler daha büyük zararlara neden olmaktadır. Örneğin, sağlık sistemleri de dahil olmak üzere kamu hizmetleri üzerinde artan bir baskı oluşturmaktadırlar. Pandemi sırasında, ilk müdahale ekipleri; hareket kısıtlamaları nedeniyle çoğu zaman belirli bölgelere ulaşamamıştır. İnsanların

genellikle birikimlerini ilk şoktan kurtulmak için harcadıkları ve başka bir şok geldiğinde başedemedikleri ortaya çıkmıştır. Sel gibi felaketler, patojenlerin yayılmasını kolaylaştıran sağlıksız koşullar yaratmaktadır. COVID-19'un olağanüstü bir felaket olduğu ama aynı zamanda pek çok felaketten de biri olduğu belirtilmiştir (24).

4.7.Afetlerin Toplamlar Üzerindeki Etkileri

Çeşitlilik, afet riskinin bir toplumda nasıl dağıtıldığı konusunda önemli bir rol oynar. Felaketlerin, aşırı doğa olaylarının ve krizlerin yakın çevredeki herkesi etkilediği doğru olsa da, olumsuz sonuçların etkisi kadınlar, engelliler veya eşcinsel bireyler gibi kırılgan gruplar için daha şiddetli olma eğilimindedir.

Mevcut eşitsizlikler ve ayrımcılık, afetlerin etkilenen insanlar üzerindeki etkisini güçlendirmektedir. Bu durum afet hazırlığı ve yönetimi açısından belirli zorluklara yol açmaktadır. Tam tersine, felaketlerin sonuçları toplumdaki eşitsizlikleri de pekiştirmektedir. Bu kısır döngünün kırılması için afet koşullarında çeşitliliğin göz ardı edilmemesi zorunludur.

Afetler bağlamında çeşitlilik ve eşitsizlikleri ele almak için yasal koruma çerçevelerine saygı gösterilmesi ve geliştirilmesi esastır. Sivil toplum girişimleri ve standartlarının yanı sıra, uygulanması gereken mevcut politikaların hedeflenen eğitimi ve farkındalığının artırılması, tamamlayıcı bir rol oynamakta ve farklı grupların özel ihtiyaçlarının, zorluklarının ve kaynaklarının dikkate alınmasını sağlamaya yardımcı olmaktadır.

Çoğu zaman insanlar tek bir çeşitlilik boyutundan değil, kimlik özelliklerinin birleşiminden dolayı dezavantajlı duruma düşerler. Afet yönetimi bu kesişimselliği dikkate almalıdır. Yardım kuruluşlarının, bağışçıların, politika yapıcıların ve araştırmacıların kesişimsel bir bakış açısı benimsemeleri çok önemlidir.

Afet yönetimi döngüsünün kapsayıcı olabilmesi için, önemli ölçüde etkilenen grupların önemli karar süreçlerine aktif olarak dahil edilmesi gerekmektedir. Mümkünse insani yardım yerel düzeyde yönetilmeli ve yönlendirilmelidir (23).

4.8.Toplumsal Çeşitlilik ve Risk Analizi

Afet riskleri aşırı doğa olaylarının ve kırılganlığın bir araya gelmesiyle ortaya çıkar. Bu iki faktörün hem dünya ülkeleri arasında hem de toplumlar arasında eşit olmayan şekilde dağıldığı görülmektedir. Farklı insanlar aşırı doğa olaylarının etkilerinden farklı şekilde etkilendiklerinden, toplumdaki çeşitlilik bu eşitsiz dağılımda önemli bir rol oynamaktadır.

Afetler, aşırı doğa olayları ve krizler doğası gereği tarafsız olup yakın çevredeki herkesi etkilese de etkileri öyle değildir. Çoğu zaman bunun nedeni toplumdaki belirli gruplara karşı yapısal ayrımcılıktır. Cinsiyet eşitsizliği gibi mevcut eşitsizlikler ve gruplar (engelliler, yaşlılar veya çocuklar gibi) arasındaki hassasiyetler, aşırı doğa olaylarının ve afetlerin bu insanlar üzerindeki etkisini güçlendirmektedir. Tersine, aşırı olayların sonuçları toplumda mevcut olan eşitsizlikleri de güçlendirir.

Örneğin 2023 baharında Türkiye'de yaşanan büyük depremlerde kadınların orantısız bir şekilde darbeden etkilendiği açıkça ortaya çıkmıştır. Çoğu durumda, çocuklarını kurtarmaya çalışırken enkaz altına gömülmüş, felaketin ardından çoğu zaman ailelerinin geçimini tek başına sağlamak zorunda kalmış ve (cinsel) şiddete daha sık maruz kaldığı belirlenmiştir (57). Ayrıca konu beslenmeye geldiğinde kadınların; öğün sayısını azaltmak veya borç almak gibi sürdürülemez başa çıkma stratejilerine başvurma eğiliminde olduğu görülmüştür.

İnsani yardıma bağımlılık; özellikle ülke içinde yerinden olmuş kişiler (ÜİYOK'ler), reisi kadınların olduğu haneler ve dullar arasında artmıştır (58). Kadınlar ve yetişkin erkekleri olmayan aileler, bu tür felaketlerden çok sonra bile hâlâ çok daha kötü durumdadırlar. Bu durum, 2010 yılında Haiti'de yaşanan depremin ardından, kadın reisli hanelerin tüm ailelerini geçindirmeye yetecek kadar kazanç elde etme, maddi kayıpları telafi etme ve barınmayı karşılayabilecek orta vadeli bir gelir elde etme konusunda önemli ölçüde daha büyük zorluklarla karşı karşıya kaldığı dönemde açıkça ortaya çıkmıştır (23).

4.9.Çeşitliliğin Boyutları

“Çeşitlilik” terimi, bireyler ve gruplar arasındaki bireysel, yapısal ve toplumsal farklılık ve benzerlikleri ifade eder. İnsanların ekonomiye ve topluma katılma yeteneğinin büyük ölçüde cinsiyetlerine, sosyal geçmişlerine, eğitimlerine ve/veya etnik/kültürel geçmişlerine bağlı olduğu gerçeğini göstermektedir. Örneğin, bu faktörler sıklıkla kişinin sağlık hizmetlerine erişimini veya nerede yaşadığını belirler; bu da, özellikle kriz bağlamında, zaten dezavantajlı olan gruplar için riskleri daha da artırabilir.

Çeşitlilik yaklaşımı toplumdaki tüm insanların tanınmasını ve değer verilmesini gerektirir. Bu, sadece bir fikirden öte, ulusal mevzuat, AB Antlaşması ve uluslararası sözleşmeler gibi yasal belgelerde ortaya konan bir görevdir.

Çoğu zaman insanlar birden fazla özelliğin kombinasyonu nedeniyle dezavantajlı duruma düşmektedir. Buna, kesişimsellik adı verilir. Örneğin; Güneydoğu Asya'da özellikle yerli kadınlar iklim değişikliğinin etkilerinden ağır darbe almaktadır. Kuraklık veya sel gibi aşırı hava olaylarındaki artış, onların topluluklarında geleneksel olarak sorumlu oldukları işleri (ekin ve sığır yetiştirme gibi) yapmalarını giderek zorlaştırmaktadır. Erkek aile üyeleri tarım sektörü dışında iş aramak için evi terk ettiğinde kadınların toplumdaki iş yükü artmaktadır (59). En kötü senaryoda, çeşitli özelliklerden kaynaklanan yapısal dezavantajlar karşılıklı olarak bileşik bir etkiye sahip olabilir. Bir örnek vermek gerekirse, bazı ülkelerde engelli kişilerin iyi bir nitelik kazanma şansı daha düşüktür.

Kesişimsellik, projelerin ve eylemlerin hedeflediği gruplara mümkün olan en iyi şekilde erişmek ve onlara yardımcı olmak için çok boyutlu yaklaşımları gerektirir. Yardım programları ve yardım tedbirleri, geleneksel olarak çeşitliliğin çeşitli boyutlarına yeterince dikkat edilmeksizin, temel hizmetlere ve barınmaya odaklanmıştır. Bu; kadınların, çocukların, engelli kişilerin ve LGBTQIA* topluluğu üyelerinin sıklıkla acil durumlarda cinsiyete özel şiddet, ayrımcılık veya sağlık hizmetlerine erişim eksikliği dahil olmak üzere özel risklere ve tehlikelere maruz kaldıkları gerçeğini göz ardı etmektedir (23).

4.10.Afetleri Önlemede Çeşitlilik

Afetlere hazırlık ve müdahalede çeşitliliğin önemi kabul edilen bir gerçektir. Kırılgan gruplarda, kimliğin çeşitli boyutlarını dikkate alan bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Kesişen yaklaşımlar, kırılganlığı ve dayanıklılığı belirleyen dinamikleri ortaya çıkarmak için kırılganlığın karmaşık doğasının daha iyi anlaşılmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Çok sayıda farklı bağlam göz önüne alındığında, bu amaca ulaşmak için açıkça tanımlanmış bir yöntem belirlemek neredeyse imkansızdır. Sonuç olarak; politika yapıcılar, uygulayıcılar ve araştırmacılar için önemli bir çıkarım, genellemeler konusunda dikkatli olunması, kırılganlığı azaltmak ve dayanıklılık oluşturmak için çeşitli stratejilerin gerekli olduğunu kabul etme ihtiyacıdır (60). Proje ve programların bu grupların ihtiyaçlarına göre uyarlanabilmesi için projenin her aşamasında hedef grupların katılımının ve onlara karşı hesap verebilirliğin sağlanması hayati bir ön koşuldur.

Öte yandan; karar süreçlerine en az dahil olanlar afetlerden en çok etkilenenlerdir.

Örneğin, sosyal ve ekonomik marjinalleşmeye yol açan sömürgeci ve yeni-sömürgeci süreçlerin bir sonucu olarak, aşırı doğa olayları yerli grupları orantısız bir şekilde vurmaktadır. Arazi kaybı ve tahribatı, kaynaklara ve altyapıya kısıtlı erişim, karar alma süreçlerine katılım eksikliği ve iklim değişikliğinin etkilerine karşı artan duyarlılık, bu ülkelerin yüksek düzeydeki kırılganlıklarına katkıda bulunmaktadır. Dayanıklılıklarını güçlendirmek için afete hazırlık ve müdahale tedbirlerinin yerli toplulukların özel ihtiyaçlarını ve bilgilerini uygun şekilde dikkate alması ve bunları aktif olarak dahil etmesi önemlidir. Yerli toplulukların geleneksel bilgi ve uygulamaları, afet sonrası yeniden yapılanmada anahtar rol oynayabilir.

Farklı hedef grupların spesifik ihtiyaçlarının farkındalığı, yerel kültüre, koşullara ve sosyal faktörlere karşı duyarlılığı ve anlayışı gerektirir. Bu en iyi şekilde sahadaki ayrıntılara aşina olan proje personelinin bulunmasıyla sağlanır. Bu durum; birçok kuruluş için yönetim ve personel çeşitliliği açısından büyük zorluklar yaratmaktadır. Personel çeşitliliğini sağlamak için bazılarının tüm organizasyon kültürlerini tamamen yeniden düşünmesi ve çoğunlukla bilinçsiz önyargılarını, tutumlarını ve sömürgeci kökene sahip yapılarını yeniden değerlendirmesi gerekmektedir (23).

4.11.Afet Yönetimi

Her yıl milyonlarca insan, başa çıkma mekanizmalarının yetersiz olması veya bu tür mekanizmaların mevcut olmaması sonucu ciddi felaketlerle karşı karşıya kalmaktadır ancak bunlar nesli tükenmekte olan topluluklara ilişkin hayat kurtarıcı bilgilere dönüştürülememektedir. Bu, afet yönetimi uygulamalarının mevcut zayıf başarısının altında yatan temel nedenlerden biridir. Bu durum özellikle bilgi paylaşımı ve etkili afet yönetimi stratejilerinin oluşturulmasındaki eksikliği göstermektedir (61).

Bilgi yönetimi, doğru bilginin uygun zamanda ve yerde elde edilmesi anlamına gelir. Bilginin yaratılması, paylaşılması ve kullanılması sürecini kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Afetle ilgili olumsuz sonuçlar etkisiz hale getirilemese de, bunların etkilerini en aza indirmeye yönelik çabalar etkilenebilir ve afet yönetimi stratejileri, iyi uygulamalar ve öğrenilen dersler hakkındaki bilgi, bilinçli hafifletme eylemleri ve hazırlık planlaması yoluyla bu çabayı şüphesiz destekleyecektir (62).

Afet yönetimi döngüsünün tamamı boyunca en iyi uygulamaları hayata geçirmek için afet yönetimi uygulayıcılarının yenilikçi olması ve pratik ve gerçek zamanlı durumlarda öğretilen derslerden ders alması gerekir. Kısaca uygulayıcıların bilgi ve becerilerini sürekli olarak geliştirmeleri gerekmektedir. Bu amaca ulaşmak için, önceki bilgilerden ve aynı zamanda mevcut en iyi uygulamalardan öğrenme kültürünü geliştirmek için sistemlere, veritabanlarına ve ağ yapılarına yatırım yapılması gerekmektedir. Ancak, bilgimize göre, afet yönetimi stratejilerine ilişkin bilgiler parçalıdır, dolayısıyla bilginin koordinasyonu ve paylaşımı konusunda algılanan bir eksiklik vurgulanmaktadır. Dolayısıyla da afet uygulayıcılarının bilgi ve deneyimleri bireysel ya da kurumsal düzeyde kalmaktadır. Bu nedenle afet yönetimine yönelik deneyim, yaklaşım ve yöntemler bireyler için örtülü bir bilgi olarak kalmaktadır. Bu durum afet öncesi ve sonrası program ve projelerin oluşturulmasında ve yönetiminde tekerleğin yeniden icat edilmesine yol açmıştır (62).

4.12.Afet Yönetiminin Aşamaları

Afet yönetimi, herhangi bir afetin etkisini en aza indirmek için önemli bir faktör ve etkili bir strateji olarak kabul edilmektedir. Afet yönetimi, insan yapımı felaketler ve doğal felaketler meydana geldiğinde hayati altyapıları (yani kritik varlıkları) ciddi hasarlardan korumak için yönetilen ve uygulanan bir stratejik planlama ve

prosedürdür. Daha önce de belirtildiği gibi afet yönetimi, sistematik bir süreç olarak, afet öncesi, afet sırasında ve afet sonrasında insan hayatını kurtarmak için eyleme geçilmesine yol açmaktadır (63).

Afet öncesi; zarar azaltma ve hazırlık faaliyetlerini içerir. Azaltma, afet tehdidiyle yüzleşmek için fiziksel gelişim, farkındalık ve kapasite geliştirme yoluyla herhangi bir afet riskini en aza indirmeye yönelik bir dizi çabadır. Hazırlık, organize ederek, uygun ve etkili adımlar atarak afetleri önceden tahmin etmek için etkilenen bir dizi faaliyettir (63).

Afet anında yönetim, acil müdahale aşamasını kapsar. Acil durum müdahalesi, oluşan olumsuz etkileri yönetmek için bir afet meydana geldiği anda gerçekleştirilen bir dizi faaliyettir. Bunlar arasında; mağdurların kurtarılması/tahliyesi, mülk güvenliği, temel ihtiyaçların karşılanması, mültecilerin kurtarılması, korunması ve yönetimi ve altyapı ve tesislerin restorasyonu vardır (63).

Afet sonrası; rehabilitasyon ve yeniden yapılanma olmak üzere iki aşamayı içerir. Rehabilitasyon, hükümet ve toplum yaşamının tüm yönlerinin normalleştirilmesi veya düzenli işleyişinin sağlanması temel hedefiyle, afet sonrası alanlar için tüm kamu/toplum hizmetlerinin makul bir düzeye iyileştirilmesi/restorasyonudur. İkinci aşama olan afet sonrası bölgelerde yeniden yapılanma ise tüm afet sonrası alan altyapılarının/tesislerinin/kurumlarının, hükümet/topluluk düzeyinde yeniden inşa edilmesidir (63). Temel amaç, tüm faaliyetlerin (yani ekonomik, sosyal ve kültürel) büyümesi ve gelişmesi, hukukun yeniden canlandırılması afet sonrası bölgede toplum yaşamının her alanında toplum katılımının artırılması ve düzenin sağlanmasıdır (25).

4.13.Afet Algısı ve Hemşirelik

Dünya çapında öngörülemeyen doğal veya insan kaynaklı afetlerin artan eğilimi, son yıllarda insan sağlığı, ekonomi ve çevre üzerindeki etkileri oldukça fazladır. Sağlık çalışanlarının halk sağlığıyla ilgili acil durumlar veya afetler sırasında hizmet sunma kapasitesi ve yükümlülüğü afet yönetiminin vazgeçilmez unsurlarıdır. Sağlık çalışanlarının en büyük grubu olan hemşireler, hastanelerde mağdur bireylere

doğrudan bakım sağlamada, özellikle afetler sırasında bireylerin ve toplumların ihtiyaçlarına cevap vermede önemli bir rol oynamaktadır (29,30).

Doğal afetler sonrasında dayanıklılık oluşturmak ve kayıpları en aza indirmek dünya çapındaki tüm hükümetlerin öncelikleridir. Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu'ndan elde edilen verilere göre, 2005-2014 yılları arasında dünyada en sık görülen beş felaket sırasıyla; sel, fırtına, sıcak hava dalgaları ve kuraklık olarak belirlenmiştir. Tüm bu doğal afetlerin %48'i Asya'da meydana gelmiş ve ölümlerin %85'inden fazlası Endonezya'da gerçekleşmiştir. Ölüm oranının bir ülkede bu denli yüksek olma sebeplerine bakıldığında; ülkenin coğrafi ve jeolojik faktörlerinin yanı sıra hemşirelerin hazırlık düzeyinin önemi de literatürde belirtilmiştir (31,32).

Labrague ve ark. (33) 2015 yılında Filipinler'de doğal afetlerle baş ederken hemşirelerin %80'inin tam olarak hazırlıklı olmadığını bildirmiştir. Ayrıca hemşirelerin %57,7'sinden fazlasının işyerlerindeki afet yönetimi protokollerini anlamadığı belirtilmektedir. Hong Kong'da hemşirelerin afetlerle başa çıkma konusunda daha az hazırlıklı oldukları ancak hazırlığın önemini farkında oldukları belirtilmektedir (34). Ürdünlü hemşireler için ise afet yönetimi konusunda öz yeterliliği geliştirmek için sürekli pekiştirmeye ihtiyaç olduğu saptanmıştır (35).

Daha ileri araştırmalar, hemşirelerin afete hazırlıklarını geliştirmede afetle ilgili eğitim ve sürekli eğitimin öne çıkan stratejilerden biri olduğunu ortaya koymuştur (36).

Afetlerle mücadele kamu kurumlarının, sivil toplum kuruluşlarının ve toplumun sorumluluğunda olmalıdır. Afetlere yönelik etkili bir acil durum yönetim planının temel faktörleri; halkın bilgisi, sağlık bakımının katılımı, kapsamlı eğitim, protokol, teknoloji ve etkili iletişimdir. Bu nedenle kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları ve halkın yanı sıra hemşireler başta olmak üzere sağlık hizmeti sunucularının da dahil olduğu sektörler arası kuruluşların katılımı ve sorumluluk üstlenmesi hayati önem taşımaktadır (37).

Sağlık hizmetlerine yönelik insan kaynakları, özellikle profesyonel bir meslek olan hemşirelik için önemli bir unsurdur (38,39,40). Hemşireler, afete karşı savunmasızlığı

azaltmak için halkı eğitmek ve afet durumunda çalışmak gibi afete hazırlık konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle afet yaşandığında hemşirelerin afete hazırlık ve afet yönetimi konusunda yeterli becerilere sahip olmaları gerekmektedir. Ancak araştırmalar, hemşirelerin çoğu zaman afetle ilgili sorumluluklarla başa çıkma konusunda yeterince hazırlıklı olmadıklarını ortaya koymaktadır (31,33,37).

Tüm dünyada yaşanan COVID-19 salgını ve 6 Şubat 2023'te ülkemizde meydana gelen depremlerde de yaşadığımız üzere hemşirelerin, özellikle halk sağlığı hemşirelerinin bilgi ve algı düzeyinin artarak birey, aile ve toplumlara holistik bakım vermesi sadece mesleki değil aynı zamanda toplumsal olarak da bir sorumluluktur. Bu bağlamda halk sağlığı hemşirelerinin bu alanda çalışmalarını geliştirmesi mesleki ve toplumsal açıdan büyük öneme sahiptir.

4.14.Hemşirelerin Afet Durumunda Topluma Karşı Görev ve Sorumlulukları

Afetlerde, insanlar acı çekmekte ve günlük yaşam düzenleri bozulmaktadır. Bu durum; yiyecek, giyecek, barınma, tıbbi ve bakım ve diğer yaşam gereksinimlerine ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır. Afetler meydana geldiğinde hemşireliğe olan talep, diğer sağlık profesyonellerine göre çok daha fazladır (26).

Hemşireliğin holistik bir meslek olması; hemşirelerin, toplumun iyileşme aşamaları da dahil olmak üzere, felaket durumları öncesinde, sırasında ve sonrasında sağlık sorunlarına müdahale etmeye ve bunları ele almaya hazırlanması, yaşam kaybını veya daha fazla sağlık sorununu azaltmada çok önemlidir. Felaket olaylarına müdahalede hemşirelerin önemli bir rol oynaması nedeniyle hemşirelerin eğitim, öğretim ve farkındalık programları yoluyla iyi hazırlanmaları gerekmektedir. Bu bağlamda hemşireliğin bir uzmanlık alanı olan halk sağlığı hemşirelerinin afetlere karşı donanımlı olması, halkın bilinç ve hazırlık düzeyini artırarak sonradan yaşanabilecek felaketlere karşı birey, aile ve toplum bazında afetler ile baş edebilmeyi sağlayabilmesi elzemdir.

Halk sağlığı hemşireleri evde bakımdan hastanelere, yataklı bakım ortamlarına, okullara ve diğer topluluk hizmetlerine kadar çok farklı alanlarda çalışmaktadırlar. İyi afet yönetimi ihtiyacına ilişkin artan farkındalık ve afetler sırasında hemşirelik

desteğine olan önemli talep göz önüne alındığında hemşirelerin rolü, hastanelerle ve diğer sağlık bakım ortamlarıyla sınırlı kalmamış; afete hazırlık, hafifletme, müdahale, iyileştirme ve değerlendirmeye kadar geniş bir alanda bakım verilmesini sağlamıştır (27).

12 Mayıs 2008'de Çin'in Sichuan bölgesinde meydana gelen son deprem (8,0-8,3 büyüklüğünde ölçülmüş), şüphesiz, tüm dünyada sağlık profesyonelleri ve ilgili kuruluşlar arasında afet hazırlığı ve bakım sonrası hizmetler konusunda büyük endişelere yol açmıştır. Birçok kuruluş ve profesyonel, kılavuzlara, hijyenik gıda/su işlemeye, potansiyel bulaşıcı hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ve afet sonrası yönetime olan ihtiyacın farkına varmıştır. Hemşirelerin öngörülemeyen afetlerin olasılığının farkında olması ve afet yönetiminde görev almaya hazır olması gerekmektedir.

Afetlerin tanımları geniş ve çeşitlidir. Profesyonellerin neyi kastettiklerini bilmelerini sağlamak için ortak bir anlayışa varmak önemlidir. Hemşirelik rolünün genişlemesiyle birlikte hemşirelerin eğitim yoluyla yeterli düzeyde hazırlanması, afet hemşireliğinin geliştirilmesinde temel ilk adım olarak kabul edilebilir.

Afet hemşireliğine ilişkin araştırmalar yetersizdir ve hemşirelerin afetle ilgili algısı, hazırlığı ve eğitim ihtiyaçları konusunda büyük bir anlayış eksikliği vardır. Bir toplumun afete hazır olması isteniyorsa bu alanlarda daha fazla bilgi son derece önemlidir. Hemşirelerin afet algısı, öngörülemeyen afetlere karşı savunmasızlık konusundaki farkındalıklarıyla ilişkili olup, hemşirelerin afetlere ne kadar hazırlıklı olmaları gerektiğini etkilemektedir. Hemşirelerin afet algısının ve afete hazırlığının anlaşılması, kültürel ve sosyal açıdan duyarlı bilgiler sağlayacak ve hemşirelik eğitimi ve araştırmalarının geliştirilmesine yön verecektir.

Afet eğitiminin, temel hemşirelik profesyonellerinin eğitimi için yükseköğretim müfredatına dahil edilmesi, yetkin iş gücünü gelecekteki felaketlere hazırlamak ve genişletmek için uzun vadeli bir strateji olacağı düşünülmektedir. Literatürde, hükümet veya sağlık kuruluşlarının, hemşirelik profesyonellerinin endişelerini hafifletmek ve istekliliklerini artırmak için stratejiler ve yeterli destek sağlamaları önerilmiştir (28).

5. MATERYAL VE METOT

5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi:

Bu çalışma, hemşirelerin afete hazır olma durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2.Araştırma Soruları:

- Hemşirelerin afete hazırlık algısı ölçek puanı nedir?
- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre afete hazırlık algısı ölçeği puan ortalamaları arasında farklılık var mıdır?

5.3.Araştırmanın Değişkenleri:

5.3.1. Bağımlı Değişkenler: Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları

5.3.2. Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, mesleki deneyim, çalışılan birim, afet eğitimi, afet deneyimi, afetzedelere bakım durumu, çalıştığı birimin afet planı, olası durumda nasıl davranacağı ve afete hazır oluşluk durumu

5.4.Araştırma Yeri ve Zamanı:

Araştırma, İstanbul ilinde bir üniversitenin tıp fakültesi hastanesinde Mart-Eylül 2023 tarihleri arasında gerekli kurum ve etik kurul izinleri alınarak yapılmıştır.

5.5.Örneklem Özellikleri:

Araştırmanın evrenini, Mart-Eylül 2023 tarihleri arasında İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde görev yapmakta olan 970 hemşire oluşturmaktadır. Araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, çalışmanın yapılacağı tarihler arasında anket formunu tam ve eksiksiz dolduran 401 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında kullanılan formül (İslamoğlu, 2009):

n = Ulaşılan / ulaşılması gereken örneklem

Z = 1,96 (Standart normal değişken=%95 güven düzeyinde)

N = Evren büyüklüğü = **970**

P=Anakütle oranı = (%50) 0,50 sapma payı (Maksimum hata olarak kabul edilir)

Q = 1 - P = 0,50

n / N < 0,05 olduğunda aşağıdaki formülle hesaplama yapılır:

$$n = P * Q \left(\frac{Z}{E} \right)^2 = 0,50 * 0,50 * \left(\frac{1,96}{0,05} \right)^2 = 384$$

n / N > 0,05 olduğundan aşağıdaki düzeltme yapılır. Bu çalışmada;

n / N = 401 / 970 = 0,413 > 0,05 olduğundan ulaşılması gereken minimum örneklem n=275 olarak hesaplandı.

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = \frac{384}{1 + \frac{384}{970}} = 275$$

5.5.1. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- Mart-Eylül 2023 tarihleri arasında araştırma yapılan hastanede görev yapıyor olmak
- Veri toplama araçlarını eksiksiz şekilde tamamlamış olmak

5.5.2. Örnekleme Dahil Edilmeme Kriterleri

- Veri toplama araçlarında eksik bulunanlar çalışmadan dışlanmıştır.

5.6.Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri; etik kurul izni ve gerekli kurum izinleri alındıktan sonra Mart-Eylül 2023 tarihinde İstanbul'da bir tıp fakültesi hastanesinde görev yapan ve araştırma ile

ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hemşirelere Kişisel Bilgi Formu ve Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği uygulanarak toplanmıştır.

5.7. Veri Toplama Araçları:

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formundan yararlanılmıştır. Anket formunun birinci bölümünde araştırmacı tarafından oluşturulan; araştırmaya katılan hemşirelerin yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, mesleki deneyim ve çalıştığı birim bilgilerinden oluşan demografik bilgi formu yer almaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde yine araştırmacı tarafından oluşturulan; katılımcıların daha önce afetle ilgili eğitim alma durumu, daha önce afet deneyimi yaşama durumu, daha önce afetzedelere bakım verme durumu, çalıştığı birimde afet planı olduğu görüşü, olası bir afet durumunda ilk ne yapacağı, olası bir afet için kendisini hazır hissetme durumu bilgilerinden oluşan afet eğitimi, afet bilgisi, afet deneyimi bilgi formu yer almaktadır.

Anket formunun üçüncü bölümünde hemşirelerin afete hazır olma durumu ve hazırlık algısını değerlendirmek amacıyla Özcan (2013) tarafından geliştirilen Hemşirelerin Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ) yer almaktadır. Ölçekte beşli likert tipinde (1: Kesinlikle katılmıyorum, 5: Kesinlikle katılıyorum) 20 madde ve 3 boyut (hazırlık evresi, müdahale evresi, afet sonrası evre) yer almaktadır. Madde puanlarının toplamının madde sayısına bölünmesiyle elde edilen alt boyutlar ve ölçek puanının yüksek olması afete hazırlık algısının yüksek düzeyde olduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,93; alt boyutların Cronbach Alpha katsayıları 0,92 / 0,89 / 0,88 olarak tespit edilmiştir.

5.7.1. Kişisel Bilgi Formu:

Hemşirelerin kişisel bilgileri (yaş, cinsiyet vb.), çalıştığı birimle ilgili özellikler, afetler ile ilgili eğitim alma durumu ve çalıştığı birimde afet yaşaması durumunda olası planı hakkında 12 maddeden oluşan bir ölçektir (Ek-1).

5.7.2. Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ):

Hemşirelerin afete hazırlık düzeyini ve algılarını ölçmek amacıyla Özcan F. tarafından 2013 yılında geliştirilen Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ) geçerlilik ve güvenilirliği ispatlanmış bir ölçektir.

HAHAÖ' nin geliştirilmesi için literatür bilgileri taranmış (Laye 2002, Al Khalailah ve ark. 2010, Fung ve ark. 2008, J.Sanders 2005, Garbutt et al. 2008); Fung ve arkadaşlarının (2008) Hong Kong'taki hemşireler için geliştirdiği anket ($\alpha = 0.94$) ve Bond ve arkadaşlarının (2007) geliştirdiği AHDÖ ($\alpha = 0.90$) gibi geçerlilik-güvenilirlik oranları yüksek olan ölçeklerden gerekli izinler alınarak yararlanılmıştır.

Hemşirelerin afete hazırlık durumunu belirleyen ülkemizdeki ilk ölçektir. İlk olarak; 35 maddeden oluşan ölçek, 10 hemşirenin görüş ve önerileri alınarak 30 maddeye düşürülmüş, yeni madde havuzundaki sorular Türkçe dil uzman görüşüne sunulmuş, bu doğrultuda gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçekte yer almasına karar verilen 24 maddeli ölçek oluşturulmuştur. Oluşturulan bu ölçek kapsam geçerliliği için 6 uzmana gönderilmiş, Kapsam Geçerliliği İndeksi için (KGI) (Content Validity Index=CVI) 6 uzmandan görüş alınmıştır. Uzmanlar her bir ölçek maddesini "ilişki, basitlik, açıklık, anlaşılabilirlik" açısından 1-4 puan arasında değerlendirmiş olup (1=konu ile ilişkili değil, 4=konu ile ilişkili; 1= basit değil, 4=çok basit; 1= açık değil, 4=çok açık; 1=anlaşılır değil, 4=oldukça anlaşılır); uzmanların görüşleri doğrultusunda bazı ölçek maddelerinde küçük düzenlemeler yapılmıştır. Yeni oluşturulan ölçeğin son hali ile 20 hemşireye pilot çalışma yapılmış, herhangi bir sorun olmadığına karar verilerek 500 hemşire ile araştırmanın verileri tamamlanmıştır. HAHAÖ' nin geçerlik güvenirlik ölçümleri yapıldığı esnada; 4 maddenin ölçeğin iç tutarlılığını olumsuz etkilediği ve güvenirliği düşürdüğü bulunmuş olup, ölçeğin madde sayısı 20'ye düşürülmüştür.

Ölçek üç başlık altında ele alınmıştır:

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

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

HAHAÖ ölçeğindeki 20 maddenin güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan “Cronbach Alpha” hesaplanmış, ölçeğin genel güvenilirliği $\alpha = 0.907$, test tekrar test güvenilirlik katsayısı .98 olarak bulunmuştur (Ek-2).

5.8. Araştırmanın uygulanması:

Çalışma öncesi ilgili kurum yöneticilerinden izin alındıktan sonra hemşirelere bilgi verilerek Bilgilendirmiş Onam Formu (Ek-3) ile onamları alınmıştır. Veriler yüzyüze toplanmış olup, formların doldurulması yaklaşık 2 dakika sürmektedir.

5.9. Etik Hususlar:

Çalışma öncesinde Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı’ndan etik kurul onayı alınmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilerek Bilgilendirmiş Onam Formu (Ek-3) ile onamları alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı İstanbul’da bulunan bir üniversitenin tıp fakültesi hastanesinden kurum izni alınmıştır.

5.10. Veri Analiz Yöntemleri:

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package Program for Social Science) 21.0 programından yararlanılmıştır. Demografik özellikler ve afet eğitimi, bilgisi ve deneyimi bilgileri bölümlerindeki maddeler frekans ve yüzde tablolarında gösterilmiştir.

Afete hazırlık algısı ölçeği ve alt boyut puanları, ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık katsayılarından oluşan betimsel istatistik tablosunda gösterilmiştir. Ölçek puanlarının normal dağılımı çarpıklık ve basıklık istatistikleri ile kontrol edilmiştir. Çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 1 aralığında olması normal dağılımdan aşırı sapma olmadığını ifade etmektedir. Ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği bulunmuş olup; puanların iki gruptan oluşan demografik özelliklere göre

karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testinden, ikiden fazla gruplu değişkenlere göre karşılaştırılmasında ANOVA testinden yararlanılmıştır. ANOVA testinde anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 ($p<0,05$) olarak belirlenmiştir.

İncelenen Özellikler	İstatistiksel Yöntem
Demografik tanımlayıcı bilgiler	Frekans ve yüzde
Ölçeklere ait betimsel istatistikler	Minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, çarpıklık, basıklık
Ölçek puanlarının bağımsız ikiden fazla gruba göre karşılaştırması	ANOVA (tek yönlü varyans analizi)
Ölçek puanlarının bağımsız iki gruba göre karşılaştırması	Bağımsız iki örneklem t testi
Güvenirlik	Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı

5.11. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırma; İstanbul'da bulunan bir tıp fakültesi hastanesinde çalışan hemşirelerle sınırlıdır.

6. BULGULAR

6.1.Sosyodemografik Bulgular

Tablo 6.1.1’de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 6.1.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Değişken	Gruplar	n	%
Yaş grupları (Min.:21 / Maks.: 53) (31,24±7,80)	21-25 yaş	115	28,7
	26-30 yaş	120	29,9
	31-35 yaş	58	14,5
	36-40 yaş	46	11,5
	41-45 yaş	31	7,7
	46-53 yaş	31	7,7
Cinsiyet	Kadın	325	81,0
	Erkek	76	19,0
Medeni durum	Evli	190	47,4
	Bekar	211	52,6
Öğrenim durumu	Lise	16	4,0
	Ön lisans	9	2,2
	Lisans	294	73,3
	Lisansüstü	82	20,4
Mesleki deneyim	1 yıldan az	70	17,5
	1-5 yıl	121	30,2
	6-10 yıl	71	17,7
	11-15 yıl	62	15,5
	16 yıl ve üstü	77	19,2
Çalıştığı birim	Yoğun bakım ünitesi	118	29,4
	Ameliyathane	66	16,5
	Acil servis	27	6,7
	Klinik	143	35,7
	Poliklinik	20	5,0

	Yönetim	27	6,7
--	---------	----	-----

Araştırmaya katılan 401 hemşirenin yaş ortalaması $31,24 \pm 7,80$ olarak tespit edilmiş olup katılımcıların %28,7'si 21-25 yaş, %29,9'u 26-30 yaş, %14,5'i 31-35 yaş, %11,5'i 36-40 yaş, %7,7'si 41-45 yaş, %7,7'si 46-53 yaş grubundadır. Katılımcıların %81'i kadın, %19'u erkektir. Katılımcıların %47,4'ü evli, %52,6'sı bekaardır. Katılımcıların %4'ü lise, %2,2'si ön lisans, %73,3'ü lisans, %20,4'ü lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. Katılımcıların %17,5'inin mesleki deneyimi 1 yıldan az, %30,2'sinin 1-5 yıl, %17,7'sinin 6-10 yıl, %15,5'inin 11-15 yıl, %19,2'sinin mesleki deneyimi 16 yıl ve üstüdür. Katılımcıların %29,4'ü yoğun bakım ünitesinde, %16,5'i ameliyathanede, %6,7'si acil serviste, %35,7'si klinikte, %5'i polikliniklerde, %6,7'si yönetim birimlerinde görev yapmaktadır.

6.2.Afet Eğitimi, Bilgi ve Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 6.2.1.'de katılımcıların afet eğitimi, afet bilgisi ve afet deneyimine göre dağılımına yer verilmiştir.

Tablo 6.2.1.Katılımcıların afet eğitimi, afet bilgisi, afet deneyimine göre dağılımı

Afet Eğitimi / Bilgisi / Deneyimi	Gruplar	n	%
Daha önce afetle ilgili eğitim aldınız mı?	Evet	297	74,1
	Hayır	104	25,9
Daha önce afet deneyimi yaşadınız mı?	Evet	170	42,4
	Hayır	231	57,6
Daha önce afetzedelere bakım verdiniz mi?	Evet	191	47,6
	Hayır	210	52,4
Çalıştığınız birimin afet planı var mı?	Evet	319	79,6
	Hayır	82	20,4
Olası bir afet durumunda ilk olarak ne yaparsınız?	En kısa sürede binadan uzaklaşırım	65	16,2
	Hastaları tahliye ederim	43	10,7

	Yetkililerin direktiflerini uygulam	54	13,5
	Afet planı protokolünü uygulam	239	59,6
Olası bir afet için kendinizi hazır hissediyor musunuz?	Evet	75	18,7
	Hayır	326	81,3

Katılımcıların %74,1'i daha önce afet eğitimi almış, %42,4'ü afet deneyimi yaşamıştır. Katılımcıların %47,6'sı daha önce afetzedelere bakım vermiştir. Katılımcıların %79,6'sı çalıştığı birimde afet planı olduğu görüşündedir. Katılımcıların %16,2'si olası bir afet durumunda ilk olarak en kısa sürede binadan uzaklaşacağını, %10,7'si hastaları tahliye edeceğini, %13,5'i birim yetkililerinin direktiflerini uygulayacağını, %59,6'sı hastane afet planı protokolünü uygulayacağını ifade etmiştir. Katılımcıların %18,7'si olası bir afet için kendisini hazır hissetmektedir.

6.3.Afete Hazırlık Algısı Puanlarına Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 6.3.1.'de afete hazırlık algısı puanlarına ait betimsel istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 6.3.1. Afete hazırlık algısı puanlarına ait betimsel istatistikler

Boyutlar	n	Min.	Max.	X±SS	Ç.	B.	1	2	3	4
Hazırlık Evresi	401	1	5	4,35±0,63	-0,23	-0,61	1			
Müdahale Evresi	401	1	5	3,55±0,73	-0,16	-0,22	0,37 **	1		
Afet Sonrası Evre	401	1	5	3,84±0,74	-0,49	0,72	0,40 **	0,77 **	1	
AFETE HAZIRLIK ALGISI	401	1	5	3,86±0,59	-0,35	1,12	0,65 **	0,92 **	0,87 **	1

Ç.: Çarpıklık (skewness); B.: Basıklık (kurtosis); r:Pearson korelasyon katsayısı, *p<0,05; **p<0,01

Afete hazırlık algısı ölçek puan ortalaması $3,86 \pm 0,59$ olarak tespit edilmiş olup ölçekten alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre araştırmaya katılan hemşirelerin afete hazırlık algısı yüksek düzeydedir. Boyutlar düzeyinde incelendiğinde hazırlık evresine ilişkin algının çok yüksek düzeyde ($4,35 \pm 0,63$), müdahale evresi ($3,84 \pm 0,74$) ve afet sonrası evre ($3,86 \pm 0,59$) için hazırlık algısının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Hazırlık evresi algı puanı ile müdahale evresi ($r=0,37$; $p<0,05$) ve afet sonrası evre ($r=0,40$; $p<0,05$) puanları arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Müdahale evresi algı puanı ile afet sonrası evre ($r=0,77$; $p<0,05$) puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

6.4. Afete Hazırlık Algısı Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.4.1.'de afete hazırlık algısı puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırmasına yer verilmiştir.

Tablo 6.4.1. Afete hazırlık algısı puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırması

Sosyodemografik Değişken	Hazırlık X±SS	Müdahale X±SS	Sonrası X±SS	HAHAÖ X±SS
Yaş grupları				
A-21-25 yaş	4,42±0,70	3,23±0,76	3,64±0,80	3,69±0,62
B-26-30 yaş	4,22±0,55	3,52±0,60	3,76±0,65	3,79±0,48
C-31-35 yaş	4,52±0,53	4,03±0,58	4,19±0,67	4,22±0,51
D-36-40 yaş	4,20±0,76	3,68±0,64	3,98±0,64	3,91±0,54
E-41-45 yaş	4,45±0,57	3,67±0,79	3,89±0,79	3,96±0,64
F-46-53 yaş	4,41±0,59	3,66±0,79	3,99±0,73	3,97±0,66
F	3,99	11,62	5,59	7,67
p	0,002	0,000	0,000	0,000

	Anlamlı Fark	A,C>B,D	B>C,D>A	C>A,B	C>A,B
Cinsiyet					
Kadın		4,33±0,66	3,51±0,70	3,84±0,68	3,84±0,56
Erkek		4,46±0,50	3,71±0,84	3,83±0,93	3,97±0,68
t		-1,44	-2,14	0,16	-1,68
p		0,151	0,033	0,870	0,093
Medeni durum					
Evli		4,35±0,61	3,72±0,68	3,97±0,67	3,97±0,55
Bekar		4,35±0,65	3,40±0,74	3,73±0,78	3,77±0,60
t		0,09	4,50	3,35	3,57
p		0,924	0,000	0,001	0,000
Öğrenim durumu					
A-Lise		4,23±0,98	3,10±0,62	3,31±0,94	3,49±0,68
B-Ön lisans		4,09±0,47	3,73±0,53	4,04±0,62	3,92±0,43
C-Lisans		4,34±0,64	3,51±0,72	3,80±0,71	3,83±0,56
D-Lisansüstü		4,45±0,54	3,78±0,73	4,06±0,75	4,05±0,61
F		1,43	5,54	5,77	5,46
p		0,233	0,001	0,001	0,001
Anlamlı Fark			B,C,D>A	B,C,D>A	B,C,D>A
Mesleki deneyim					
A-1 yıldan az		4,36±0,66	3,15±0,85	3,51±0,88	3,60±0,68
B-1-5 yıl		4,35±0,57	3,46±0,59	3,81±0,61	3,82±0,46
C-6-10 yıl		4,38±0,67	3,83±0,68	3,97±0,79	4,03±0,63
D-11-15 yıl		4,22±0,74	3,62±0,60	3,96±0,63	3,89±0,48
E-16 yıl ve üstü		4,42±0,56	3,75±0,76	3,97±0,72	4,00±0,63
F		0,89	10,94	5,59	6,61
p		0,472	0,000	0,000	0,000
Anlamlı Fark			C,D,E>B>A	B,C,D,E>A	B,C,D,E>A
Çalıştığı birim					

A-Yoğun bakım ünitesi	4,36±0,59	3,38±0,69	3,72±0,71	3,76±0,54
B-Ameliyathane	4,28±0,69	3,74±0,65	3,99±0,62	3,97±0,56
C-Acil servis	4,23±0,83	3,23±1,03	3,48±0,91	3,59±0,83
D-Klinik	4,35±0,59	3,59±0,65	3,87±0,73	3,89±0,53
E-Poliklinik	4,35±0,78	3,71±0,56	3,96±0,51	3,96±0,50
F-Yönetim	4,58±0,51	3,84±0,94	4,13±0,88	4,14±0,76
F	1,10	4,68	3,56	3,77
p	0,358	0,000	0,004	0,002
Anlamli Fark		B,D,F>A,C	B,D,F>C	B,F>A,C,D

t: T testi istatistiği; F: ANOVA test istatistiği; Hazırlık: Hazırlık Evresi Boyutu; Müdahale: Müdahale Evresi Boyutu; Sonrası: Afet Sonrası Evresi Boyutu; HAHÖ: Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği

Hazırlık evresi (F=3,99; p<0,05), müdahale evresi (F=11,62; p<0,05), afet sonrası evresi (F=5,59; p<0,05) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği (F=7,67; p<0,05) puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. LSD post hoc testi sonuçlarına göre;

- 21-25 yaş ve 31-35 yaş gruplarındaki katılımcıların hazırlık evresi puanları, 26-30 yaş ve 36-40 yaş gruplarındaki katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- 26-30 yaş grubundaki katılımcıların müdahale evresi puanları, 21-40 yaş gruplarındaki katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. 31-40 yaş gruplarındaki katılımcıların müdahale evresi puanları, 21-25 yaş grubundaki katılımcıların puanına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- 31-35 yaş grubundaki katılımcıların afet sonrası evresi puanları, 21-30 yaş gruplarındaki katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- 31-35 yaş grubundaki katılımcıların afete hazırlık ölçek puanları, 21-30 yaş gruplarındaki katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği ($t=-2,14$; $p<0,05$) tespit edilmiştir. Erkek katılımcıların müdahale evresi puanları, kadın katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi ($t=4,50$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($t=3,35$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($t=3,57$; $p<0,05$) puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Evli katılımcıların müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanları, bekar katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi puanlarının öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi ($F=5,54$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($F=5,77$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($F=5,46$; $p<0,05$) puanlarının öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. LSD post hoc testi sonuçlarına göre ön lisans, lisans ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanları, lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi puanlarının mesleki deneyime göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi ($F=10,94$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($F=5,59$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($F=6,61$; $p<0,05$) puanlarının mesleki deneyime göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. LSD post hoc testi sonuçlarına göre;

- Mesleki deneyimi 6 yıl ve üstü olan katılımcıların müdahale evresi puanları, mesleki deneyimi 5 yıldan az olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı

düzeyde daha yüksektir. Mesleki deneyimi 1-5 yıl olan katılımcıların müdahale evresi puanları, mesleki deneyimi 1 yıldan az olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Mesleki deneyimi 1 yıl ve üstü olan katılımcıların afet sonrası evresi puanları, mesleki deneyimi 1 yıldan az olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Mesleki deneyimi 1 yıl ve üstü olan katılımcıların afete hazırlık algısı ölçeği puanları, mesleki deneyimi 1 yıldan az olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi puanlarının çalıştığı birime göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi ($F=4,68$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($F=3,56$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($F=3,77$; $p<0,05$) puanlarının çalıştığı birime göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. LSD post hoc testi sonuçlarına göre;

- Ameliyathane, klinik ve yönetim birimlerinde çalışan katılımcıların müdahale evresi puanları, yoğun bakım ünitesi ve acil servislerde çalışan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Ameliyathane, klinik ve yönetim birimlerinde çalışan katılımcıların afet sonrası evresi puanları, acil servislerde çalışan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Ameliyathane ve yönetim birimlerinde çalışan katılımcıların afete hazırlık algısı ölçeği puanları, yoğun bakım ünitesi, acil servis ve kliniklerde çalışan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

6.5.Afete Hazırlık Algısı Puanlarının Afet Eğitimi, Bilgisi, Deneyimine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 6.5.1.'de afete hazırlık algısı puanlarının afet eğitimi, bilgisi, deneyimine göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 6.5.1. Afete hazırlık algısı puanlarının afet eğitimi, bilgisi, deneyimine göre karşılaştırması

Afet Eğitimi, Bilgisi, Deneyimi	Hazırlık X±SS	Müdahale X±SS	Sonrası X±SS	HAHAÖ X±SS
Daha önce afetle ilgili eğitim almış olma durumu				
Evet	4,34±0,63	3,58±0,75	3,86±0,78	3,88±0,62
Hayır	4,39±0,64	3,46±0,64	3,79±0,58	3,82±0,48
t	-0,66	1,46	0,88	0,88
p	0,512	0,144	0,377	0,380
Daha önce afet deneyimi yaşamış olma durumu				
Evet	4,37±0,55	3,60±0,67	3,88±0,73	3,90±0,54
Hayır	4,34±0,69	3,52±0,76	3,81±0,74	3,84±0,62
t	0,45	1,02	1,01	1,03
p	0,656	0,308	0,312	0,303
Daha önce afetzedelere bakım verme durumu				
Evet	4,43±0,52	3,80±0,63	4,04±0,64	4,05±0,51
Hayır	4,28±0,71	3,32±0,74	3,66±0,78	3,70±0,60
t	2,32	6,99	5,23	6,31
p	0,021	0,000	0,000	0,000
Çalıştığı birimde afet planı varmı?				
Evet	4,37±0,60	3,60±0,74	3,88±0,76	3,90±0,61
Hayır	4,29±0,73	3,37±0,63	3,68±0,62	3,73±0,48
t	0,94	2,51	2,23	2,40
p	0,348	0,013	0,026	0,017

Olası bir afet durumunda ilk yapacağı				
A-Binadan uzaklaşır	4,19±0,60	3,10±0,70	3,51±0,74	3,53±0,53
B-Hastaları tahliye eder	4,10±0,77	3,24±0,67	3,67±0,67	3,61±0,57
C-Yetkililerin direktiflerini uygular	4,42±0,48	3,42±0,54	3,66±0,58	3,78±0,40
D-Afet planı protokolünü uygular	4,42±0,63	3,76±0,70	4,00±0,73	4,02±0,58
F	4,94	21,26	11,02	17,99
p	0,002	0,000	0,000	0,000
Anlamlı Fark	C,D>A,B	D>A,B,C C>A	D>A,B,C	D>A,B,C C>A
Olası bir afet için kendisini hazır hissetme				
Evet	4,45±0,68	3,91±0,70	4,17±0,72	4,14±0,56
Hayır	4,33±0,62	3,47±0,71	3,77±0,72	3,80±0,57
t	1,49	4,83	4,36	4,55
p	0,138	0,000	0,000	0,000

t: T testi istatistiği; F: ANOVA test istatistiği; Hazırlık: Hazırlık Evresi Boyutu; Müdahale: Müdahale Evresi Boyutu; Sonrası: Afet Sonrası Evresi Boyutu; HAHÖ: Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği

Afete hazırlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının daha önce afetle ilgili eğitim almış olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Afete hazırlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının daha önce afet deneyimi yaşamış olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Hazırlık evresi ($t=2,32$; $p<0,05$), müdahale evresi ($t=6,99$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($t=5,23$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($t=6,31$; $p<0,05$) puanlarının daha önce afetzedelere bakım verme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Daha önce afetzedelere bakım veren katılımcıların afete hazırlık algısı ölçeği ve alt boyut puanları, daha önce afetzedelere bakım vermeyen katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi alt boyut puanlarının çalıştığı birimde afet planı olduğu görüşüne göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi ($t=2,51$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($t=2,23$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($t=2,40$; $p<0,05$) puanlarının çalıştığı birimde afet planı olduğu görüşüne göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalıştığı birimde afet planı olduğu görüşünde olan katılımcıların müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanları, çalıştığı birimde afet planı olmadığı görüşünde olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi ($F=4,94$; $p<0,05$), müdahale evresi ($F=21,26$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($F=11,02$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($F=17,99$; $p<0,05$) puanlarının olası bir afet durumunda ilk yapacağı eyleme göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. LSD post hoc testi sonuçlarına göre;

- Olası bir afet durumunda ilk olarak yetkililerin direktiflerini uygulayacak olan katılımcılar ve afet planı protokolünü uygulayacak olan katılımcıların hazırlık evresi puanları, ilk olarak binadan uzaklaşacak olan katılımcılar ve hastaları tahliye edecek olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Olası bir afet durumunda ilk olarak afet planı protokolünü uygulayacak olan katılımcıların müdahale evresi puanları, ilk olarak diğer eylemlerde bulunacak olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Olası bir afet durumunda ilk olarak yetkililerin direktiflerini uygulayacak olan katılımcıların müdahale evresi puanları, ilk olarak binadan uzaklaşacak olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Olası bir afet durumunda ilk olarak afet planı protokolünü uygulayacak olan katılımcıların afet sonrası evresi puanları, ilk olarak diğer eylemlerde bulunacak olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Olası bir afet durumunda ilk olarak afet planı protokolünü uygulayacak olan katılımcıların afete hazırlık algısı ölçeği puanları, ilk olarak diğer eylemlerde bulunacak olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Olası bir afet durumunda ilk olarak yetkililerin direktiflerini uygulayacak olan katılımcıların afete hazırlık algısı ölçeği puanları, ilk olarak binadan uzaklaşacak olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi alt boyut puanlarının olası bir afet için kendisini hazır hissetme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi ($t=4,83$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($t=4,36$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($t=4,55$; $p<0,05$) puanlarının olası bir afet için kendisini hazır hissetme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Olası bir afet için kendisini hazır hisseden katılımcıların müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanları, olası bir afet için kendisini hazır hissetmeyen katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

7. TARTIŞMA

Hemşirelerin afete hazır olma durumları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanan bu çalışma; İstanbul'da bir üniversitenin tıp fakültesi hastanesinde çalışan 401 hemşire ile elde edilen veriler ile oluşturulmuştur.

Araştırmaya katılan 401 hemşirenin yaş ortalaması $31,24 \pm 7,80$ olarak tespit edilmiş olup katılımcıların büyük çoğunluğu 21-30 yaş grubundadır. Katılımcıların %81'i kadın, %52,6'sı bekar, %73,3'ü lisans düzeyinde öğrenim gören, %30,2'sinin 1-5 yıl mesleki deneyimi olan, %35,7'si klinikte görev yapmaktadır.

Çelik'in 2010 yılında yaptığı çalışmada; yaş ortalaması $30,26 \pm 4,38$ olan hemşirelerin çoğu kadın (%96,6), evli (%68,1), 1-10 yıllık deneyimli (%55,4) ve lisans mezunudur (%45,1) (41).

Özcan'ın 2013 yılında yaptığı çalışmada; hemşirelerin %97,2'si kadın, %24,4'ü 31-35 yaş aralığında, %3,2 ise 50 yaş ve üzeridir. Eğitim ve çalışma bilgilerine bakıldığında ise; %65,6 lisans mezunu, %28,6 1-5 yıl deneyimli, %47 cerrahi birimlerde görev almakta ve %47,6 ise servis hemşiresi olarak çalışmaktadır (16).

Taşkıran'ın 2015 yılında yaptığı çalışmada; hemşirelerin yaş ortalaması $31,27 \pm 5,86$ olarak bulunmuş ve çoğunlukla kadın (%85,7), evli (%59,4) ve lisans mezunu (%88,2) olduğu saptanmıştır. Mesleki özelliklerine bakıldığında; servis hemşireleri ve mesleki deneyimi 2-4 yıl olan hemşireler çoğunluğu oluşturmaktadır (42).

Karakış'ın 2019 yılında yaptığı çalışmada; hemşirelerin yaş ortalaması 30 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, 21-25 yaş grubu sayıca fazla bulunmuş olup; çoğu kadın, bekar ve lisans mezunudur. Mesleki özellikler incelendiğinde ise; dahili birimlerde çalışan ve servis hemşiresi olarak görev yapan hemşireler, ortalama 2-5 yıl deneyimi olanlar ve mesleğini severek yapanlar çoğunluktadır (43).

Literatür incelendiğinde; hemşirelerin yaş ortalaması 30 bandında seyretmiş olup, kadın sayısı fazladır. Bununla birlikte çalışma yılları günümüze yaklaştıkça erkek hemşire sayısında artış görülmektedir. Bunun sebebinin hemşirelik yasası ile mesleğin cinsiyet algısının zamanla ortadan kalkması düşünülebilir. Yıllara göre çalışmalar

incelendiğinde; bekar hemşire sayısı zamanla artış göstermektedir. Bunun sebebi olarak; çalışmalardaki hemşirelerin yaş ortalamalarının aynı olmasına kıyasla, ağırlıklı yaş grubunun zamanla azalarak kuşaklararası farklılık oluşturmaları ve bunlara ek olarak günümüz yaşam koşulları nedeniyle bireylerin ve dolayısıyla hemşirelerin evliliğe bakış açısının değişmesi gösterilebilir. Çalışmalar günümüze yaklaştıkça, çalışma yıllarında düşüşe rastlanmıştır. Bununla birlikte lisans mezunu hemşire sayısı gün geçtikçe artarak ilerlemektedir. Bu durum mesleki profesyonelliğin artışı açısından olumlu bir gelişmedir. Çalışmalara katılan hemşirelerin çoğunluğunu dahili ve cerrahi birimlerdeki hemşireler oluştururken, servislerde görev yapan hemşireler çoğunluktadır. Bunun sebebi olarak da bu bölümlerdeki hemşirelerin hastanelerde sayıca çoğunlukta ve daha ulaşılabilir olması gösterilebilir.

21-25 yaş ve 31-35 yaş gruplarındaki katılımcıların hazırlık evresi puanları, 26-30 yaş grubundaki katılımcıların müdahale evresi puanları, 31-35 yaş grubundaki katılımcıların afet sonrası evresi puanları ve 31-35 yaş grubundaki katılımcıların afete hazırlık ölçek puanları diğer katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Hazırlık evresi, afet sonrası evresi ve afete hazırlık algısı ölçeği puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) ancak müdahale evresi puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği ($t=-2,14$; $p<0,05$) tespit edilmiştir. Erkek katılımcıların müdahale evresi puanları, anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Karakış'ın çalışmasında; hemşirelerin afete hazırlık ve olumsuzluklara dayanıklılığı cinsiyet yönünden incelendiğinde, anlamlı olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda; erkek hemşirelerin olumsuzluklara daha dayanıklı olduğu ancak hazırlık evresinde kadın hemşirelerin kendilerini daha hazır hissettiği bulunmuştur (43).

Hazırlık evresi puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$); müdahale evresi ($t=4,50$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($t=3,35$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($t=3,57$; $p<0,05$) puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Evli katılımcıların puanları, anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Karakış'ın çalışmasında; hemşirelerin afete hazırlığı alt boyutlar yönünden incelendiğinde medeni duruma göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (43).

Hazırlık evresi puanlarının öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi ($F=5,54$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($F=5,77$; $p<0,05$), alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($F=5,46$; $p<0,05$), puanlarının öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanları, diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur.

Özcan'ın çalışmasında; afete hazırlık algısı eğitim seviyesi ile karşılaştırıldığında hazırlık evresinde en düşük oranın doktora mezunları, en yüksek oranın ise lise mezunları olduğu bulunmuştur. Bunun sebebi olarak klinik deneyim süresinin ters orantılı olarak artması gösterilmiştir (16).

Karakış'ın çalışmasında, hemşirelerin öğrenim durumlarına göre afetlere hazırlık algısı incelendiğinde; müdahale, afet sonrası ve ölçek toplam puanları anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bağlamda; müdahale evresinde en yüksek puanı önlisans grubu alırken, afet sonrası ve ölçek toplam puanı açısından incelendiğinde önlisans ve yüksek lisans grubu puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (43).

Taşkıran'ın çalışmasında; cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumunda anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (42).

Hazırlık evresi puanlarının mesleki deneyime göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi ($F=10,94$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($F=5,59$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($F=6,61$; $p<0,05$) puanlarının mesleki deneyime göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Mesleki deneyim arttıkça puanların artış gösterdiği bulunmuştur.

Özcan'ın çalışmasında çalışma süresine göre afet algıları değerlendirildiğinde; çalışma yılı arttıkça hemşirelerin kendilerini daha yeterli hissettiği bulunmuştur (16).

Hazırlık evresi puanlarının çalıştığı birime göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi ($F=4,68$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($F=3,56$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($F=3,77$; $p<0,05$) puanlarının çalıştığı birime göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Ameliyathane, klinik ve yönetim birimlerinde çalışan katılımcıların müdahale evresi puanları, yoğun bakım ünitesi ve acil servislerde çalışan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Ameliyathane, klinik ve yönetim birimlerinde çalışan katılımcıların afet sonrası evresi puanları, acil servislerde çalışan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Ameliyathane ve yönetim birimlerinde çalışan katılımcıların afete hazırlık algısı ölçeği puanları, yoğun bakım ünitesi, acil servis ve kliniklerde çalışan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Özcan'ın çalışmasında; hazırlık evresinde tüm hemşirelerin afet algıları yüksek bulunmuş olup, müdahale evresinde ise en yüksek puan Anestezi ve Reanimasyon biriminde çalışan hemşirelere ait olup, en düşük puanlar dahili, cerrahi ve acil birimleri dışında kalan küçük birimlere aittir (16).

Karakış'ın çalışmasında, hemşirelerin çalıştıkları birimler ve afete hazırlık algıları incelendiğinde, anlamlı farklılık ($p<0,05$) bulunmuş olup; müdahale evresinde; ameliyathane, psikiyatri ve polikliniklerde görev yapan hemşirelerin afete hazırlık algıları diğer birimlere kıyasla daha düşük bulunmuştur. Acil servislerde görev yapan hemşirelerin algı puan ortalaması en yüksek bulunmuştur (43).

Taşkıran'ın çalışmasında hemşirelerin afet algıları; yaş, çalışma süresi, görevi ve afet tecrübesi yönünden incelendiğinde anlamlı düzeyde ($p<0,05$) farklı bulunmuştur (42).

Uluslararası literatür incelendiğinde; Pakistan (66,74), İran (70), Endonezya (73) ve Hindistan (75)'da yapılan çalışmalarda hemşirelerin akademik geçmişleri ile afetlere yönelik bilgi ve uygulama düzeyleri arasında olumlu ilişki ($p<0,05$) olduğu görülmüştür. Bununla birlikte Pakistan (74) ve Hindistan (75)'da yapılan bazı

çalışmalarda medeni durum ve afet farkındalığı ilişkilendirilirken, bazı çalışmalarda ise ilişki bulunamamıştır. Ürdün'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin afetlere hazırlık algı durumu, cinsiyet ve afete maruziyet açasından incelendiğinde ilişki ($p<0,05$) bulunmuş olup; erkek cinsiyet ve afetlere maruziyeti olan bireylerde tıpkı bu çalışmada görüldüğü gibi daha yüksek puanlı bulunmuştur (68). Pasifik Asya (64) ve Mısır (76)'da yapılan çalışmalarda hemşirelerin yaşları ve çalışma yılları ile olası bir afet durumunda hazırlıklı olma durumu açasından incelendiğinde ise, olumlu ilişki olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %74,1'i daha önce afet eğitimi almış, %42,4'ü afet deneyimi yaşamıştır. Katılımcıların %47,6'sı daha önce afetzedelere bakım vermiştir. Katılımcıların %79,6'sı çalıştığı birimde afet planı olduğu görüşündedir. Katılımcıların %16,2'si olası bir afet durumunda ilk olarak en kısa sürede binadan uzaklaşacağını, %10,7'si hastaları tahliye edeceğini, %13,5'i birim yetkililerinin direktiflerini uygulayacağını, %59,6'sı hastane afet planı protokolünü uygulayacağını ifade etmiştir. Katılımcıların %18,7'si olası bir afet için kendisini hazır hissetmektedir.

Afete hazırlık algısı ölçeği ve alt boyut puanlarının daha önce afetle ilgili eğitim almış olma ve daha önce afet deneyimi yaşamış olma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir.

Uluslararası literatür incelendiğinde; Hindistan'da bu konuda yapılan bir çalışmada, hemşirelerin afetlere hazırlık sürecinde verilen eğitimlerin hemşirelerin farkındalıklarını artırdığı bulunmuştur (75). Pasifik Asya (64), Ürdün (68) ve Endonezya (73)'da yapılan çalışmalarda ise, afet eğitimi alan hemşirelerin bilgi ve uygulama düzeyindeki puanları daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte Ürdün'de yapılan çalışmada afet tatbikatlarına katılan hemşirelerin de afet yönetimi ve bilgi düzeyi diğerlerine oranla daha yüksek bulunmuştur (68).

Pakistan (66), Etiyopya (67), Nepal (69), Filipinler (72), Hindistan (75) ve Endonezya (78)'da hemşirelerin afetler ile ilgili eğitimi hakkında yapılan çalışmalarda; hemşirelerin yarıdan fazlasının (%66-88) afetler hakkında eğitim almadığı ve tatbikatlara katılmadığı ortaya konmuştur. Bununla birlikte; Pasifik Asya (64), Pakistan (66,74), Etiyopya (67), Ürdün (68), Nepal (69), İran (70), Filipinler (72,80),

Endonezya (73,77,78), Hindistan (75) ve Mısır (76)'da yapılan çalışmalarda hemşirelerin afetlere hazırlıklarını kolaylaştırmak için en sık önerilen stratejinin eğitim olduğu görülmüştür. Bu bağlamda; Pasifik Asya (64), Pakistan (66), Ürdün (68,79), Nepal (69), İran (71), Endonezya (73,78), Hindistan (75) ve Mısır (76)'da yapılan çalışmalarda afetlere hazırlık ve afet yönetimi derslerinin hemşirelik müfredatına eklenmesi önerilmektedir. Bunun yanında afet tatbikatlarının da konuya olumlu katkıları olacağı düşünülmektedir.

Hazırlık evresi ($t=2,32$; $p<0,05$), müdahale evresi ($t=6,99$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($t=5,23$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($t=6,31$; $p<0,05$) puanlarının daha önce afetzedelere bakım verme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Daha önce afetzedelere bakım veren katılımcıların afete hazırlık algısı ölçeği ve alt boyut puanları, anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi alt boyut puanlarının çalıştığı birimde afet planı olduğu görüşüne göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Müdahale evresi ($t=2,51$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($t=2,23$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($t=2,40$; $p<0,05$) puanlarının çalıştığı birimde afet planı olduğu görüşüne göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalıştığı birimde afet planı olduğu görüşünde olan katılımcıların müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanları, anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi ($F=4,94$; $p<0,05$), müdahale evresi ($F=21,26$; $p<0,05$), afet sonrası evresi ($F=11,02$; $p<0,05$) alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği ($F=17,99$; $p<0,05$) puanlarının olası bir afet durumunda ilk yapacağı eyleme göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Olası bir afet durumunda ilk olarak yetkililerin direktiflerini uygulayacak olan katılımcılar ve afet planı protokolünü uygulayacak olan katılımcıların hazırlık evresi puanları, ilk olarak binadan uzaklaşacak olan katılımcılar ve hastaları tahliye edecek olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Olası bir afet durumunda ilk olarak afet planı protokolünü uygulayacak olan katılımcıların müdahale ve afet sonrası evresi afete hazırlık algısı ölçeği puanları, ilk

olarak diğer eylemlerde bulunacak olan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hazırlık evresi alt boyut puanlarının olası bir afet için kendisini hazır hissetme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanlarının olası bir afet için kendisini hazır hissetme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Olası bir afet için kendisini hazır hisseden katılımcıların müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanları, anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çelik'in 2010 yılında yaptığı çalışmada; hemşireler, afet türleri arasında depremi ve orman yangınına afet olarak tanımlamaktadırlar. Afete hazırlanışta gerekli olan temel yeterlilikler algısı toplam madde puan ortalaması $2,89 \pm 0,6$ (min-max=0-5) olarak bulunmuş olup, genel olarak afete hazırlanış için gerekli temel yeterlilik alanlarındaki becerileri karşılamada kendilerini yardımla yapabilir ve yapabilir düzeyinde gördükleri tespit edilmiştir (41).

Özcan'ın 2013 yılında yaptığı çalışmada; afet deneyimi olmayan hemşirelerin ve afet eğitimi almış hemşirelerin afete hazırlık algısı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca çalıştığı birimin afet planından haberdar olan hemşirelerin afet algı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir (16).

Taşkıran'ın 2015 yılında yaptığı çalışmada; hemşirelerin büyük bir kısmı afete hazırlanış için kursların gerekli olduğunu düşünmektedir. Ayrıca hemşirelerin yine büyük bir bölümünün resmi görevler dışında afet durumu ile karşılaşmadığı, afetle ilgili görev almadıkları ve en fazla görevin afet sonrasında düştüğünü düşünmektedirler (42).

Karakış'ın çalışmasında; hemşirelerin afete hazırlık algısı, afetle karşılaşma durumuna göre değerlendirildiğinde; anlamlı bir farklılık bulunamamış ($p > 0,05$) olup, ölçek toplam puanı açısından değerlendirildiğinde afet yaşayanların puan ortalaması yaşamayanlara göre daha yüksektir. Afetzedelere bakım verme durumuna göre değerlendirildiğinde de anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0,05$). Afetlerde yakını

kaybetme durumları değerlendirildiğinde tüm evrelerde anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuş olup, afetlerde yakınının kaybeden bireylerin puan ortalamaları kaybetmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte evde afete hazırlık planı olanların tüm boyutlarda puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada afet eğitimi alan hemşirelerin tüm evrelerde puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalıştığı kurumda afet planı olan ve daha önce afet tatbikatına katılan hemşirelerin puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (43).

Uluslararası literatür incelendiğinde; hemşirelerin öz değerlendirmesi ve afet yaşama durumu ile afetlere hazırlık algısı arasında farklı bulgular olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda; Pasifik Asya (64), Ürdün (68,79), Nepal (69), Filipinler (72), Pakistan (74), Endonezya (77,78)'da yapılan çalışmalarda hemşirelerin afet hazırlık algısı ve afetlere müdahale puanları zayıf ile orta düzey arasında değişken bulunmuştur. Bununla birlikte Filipin'de görev yapmakta olan hemşirelerin yarıdan fazlasının çalıştığı birimin afet protokolü hakkında bilgisi olmadığı (72) ancak çoğunun felaketlerle başa çıkmak için kendilerini hazır hissettikleri belirlenmiştir (80). Bu konudaki benzer çalışmalar incelendiğinde; Ürdün ve Endonezya'da görev yapmakta olan hemşirelerin biyolojik ve kimyasal saldırılara karşı düşük seviyede hazırlıklı olduğu (79), travma sonrası stres bozukluğunda semptomların tanınması ve yönetiminde eksiklik hissettikleri sonucuna ulaşılmıştır (73). Bununla birlikte Mısır ve İran'da görev yapmakta olan hemşirelerin temel ve ileri düzey yaşam desteği uygulamalarında, evrensel önlemler ve triyaj gibi afetlerdeki hemşirelik rolleri konusunda memnuniyet düzeyleri yüksek bulunmuştur (71,76).

Çelik'in 2010 yılında yaptığı çalışmada; Hemşirelerin afetlere hazıroluşluk algı puan ortalaması $4,91 \pm 2,15$ (min-max=0-10) olarak bulunmuştur (41).

Özcan'ın 2013 yılında yaptığı çalışmada; araştırmaya katılan hemşirelerin HAHÖ puan ortalamaları 5 puan üzerinden "hazırlık evresi" için 4.038 ± 0.636 ; "müdahale evresi" için 3.251 ± 0.667 ; "afet sonrası evresi" için 3.383 ± 0.767 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin %64'ü bireysel özelliklere ait formda, kendini afetlere karşı "Kısmen Hazır" olarak nitelendirdiği halde, HAHÖ'ye göre afetlere hazırlıktaki algılarının zannettiklerinden çok daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hazırlık evresi için yüksek,

müdahale ve afet sonrası evrelerinde orta düzeyde algıya sahip oldukları ortaya çıkmıştır.

Literatürdeki uluslararası çalışmalar incelendiğinde; afetlere hazırlık aşamasındaki genel bilgi düzeyinin zayıf veya orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Özellikle Asya-Pasifik bölgesi ülkelerinde (Bangladeş, Butan, Kamboçya, Laos, Nepal ve Solomon Adaları) görev yapmakta olan hemşirelerin afetlerle ilgili bilgi ve becerisinin zayıf olduğu saptanmıştır (64). Aynı durum, Pakistan (65,66) ve Etiyopya’da da görülmektedir (67). Ürdün’lü hemşire ve sağlık ekiplerinin afet hazırlığına yönelik bilgi düzeyleri incelendiğinde orta düzeyde bilgiye sahip oldukları bulunmuştur (68). Nepalli hemşirelerin bilgi düzeyleri incelendiğinde ise hazırlık aşamasında orta düzeyde bilgiye sahip oldukları, müdahale aşamasında düşük, afet sonrası aşamasında ise yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (69). Yapılan çalışmalarda elde edilen verilere bakıldığında; afete hazırlık aşamasında hemşirelerin temel yaşam desteği uygulama bilgileri orta ile yüksek düzeyde bulunmuştur (70,71,72). Afet durumunda ileri yaşam desteği bilgi durumları değerlendirildiğinde ise, düşük bilgi seviyesinde oldukları görülmüştür (69,72). Bu bağlamda, hemşirelerin olası bir afet durumunda bilgi eksikliklerinin olduğu ve hazırlıklı olabilmeleri için eğitim ihtiyaçları olduğu düşünülmektedir (67,69).

8. SONUÇ

Hemşirelerin afete hazır olma durumları ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanan bu çalışma; İstanbul'da bir üniversitenin tıp fakültesi hastanesinde çalışan 401 hemşire ile elde edilen veriler ile oluşturulmuştur.

Afete hazırlık algısı ölçek puan ortalaması $3,86 \pm 0,59$ olarak tespit edilmiş olup ölçekten alınabilecek en düşük (1) ve en yüksek (5) puanlara göre araştırmaya katılan hemşirelerin afete hazırlık algısı yüksek düzeydedir. Boyutlar düzeyinde incelendiğinde hazırlık evresine ilişkin algının çok yüksek düzeyde ($4,35 \pm 0,63$), müdahale evresi ($3,84 \pm 0,74$) ve afet sonrası evre ($3,86 \pm 0,59$) için hazırlık algısının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan 401 hemşirenin yaş ortalaması $31,24 \pm 7,80$ olarak tespit edilmiş olup katılımcıların büyük çoğunluğu 21-30 yaş grubundadır. Katılımcıların %81'i kadın, %52,6'sı bekar, %73,3'ü lisans düzeyinde öğrenim gören, %30,2'sinin 1-5 yıl mesleki deneyimi olan, %35,7'si klinikte görev yapmaktadır.

21-25 yaş ve 31-35 yaş gruplarındaki katılımcıların hazırlık evresi puanları, 26-30 yaş grubundaki katılımcıların müdahale evresi puanları, 31-35 yaş grubundaki katılımcıların afet sonrası evresi puanları ve 31-35 yaş grubundaki katılımcıların afete hazırlık ölçek puanları diğer katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) daha yüksektir.

Erkek katılımcıların müdahale evresi puanları ile evli katılımcıların puanları anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) daha yüksektir.

Lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanları, diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur. Bu bağlamda mesleki deneyim arttıkça puanların artış gösterdiği bulunmuştur.

Ameliyathane, klinik ve yönetim birimlerinde çalışan katılımcıların müdahale evresi puanları, yoğun bakım ünitesi ve acil servislerde çalışan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde ($p < 0,05$) daha yüksektir.

Ameliyathane, klinik ve yönetim birimlerinde çalışan katılımcıların afet sonrası evresi puanları, acil servislerde çalışan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksektir.

Ameliyathane ve yönetim birimlerinde çalışan katılımcıların afete hazırlık algısı ölçeği puanları, yoğun bakım ünitesi, acil servis ve kliniklerde çalışan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksektir.

Daha önce afetzedelere bakım veren katılımcıların afete hazırlık algısı ölçeği ve alt boyut puanları anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksektir.

Çalıştığı birimde afet planı olduğu görüşünde olan katılımcıların müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanları anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksektir.

Olası bir afet için kendisini hazır hissedenden katılımcıların müdahale evresi, afet sonrası evresi alt boyut puanları ve afete hazırlık algısı ölçeği puanları anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksektir.

Afet yaşandığında hemşirelerin afete hazırlık ve afet yönetimi konusunda yeterli becerilere sahip olmaları gerekmektedir. Ancak araştırmalar, hemşirelerin çoğu zaman afetle ilgili yeterince hazırlıklı olmadıklarını ortaya koymaktadır. Tüm dünyada yaşanan COVID-19 salgını ve 6 Şubat 2023'te ülkemizde meydana gelen depremlerde de yaşadığımız üzere hemşirelerin, özellikle halk sağlığı hemşirelerinin bu alanda çalışmalarını geliştirmesi mesleki ve toplumsal açıdan büyük öneme sahip olup, afetlere karşı donanımlı olması, halkın bilinç ve hazırlık düzeyini artırarak sonradan yaşanabilecek felaketlere karşı birey, aile ve toplum bazında afetler ile baş edebilmeyi sağlayabilmesi elzemdir. Bu bağlamda hemşirelik eğitiminde afet konusunun yoğunlaştırılması ve bilimsel çalışmalarda uluslararası literatürde olduğu gibi daha detaylı ve uygulanabilir çalışmaların artırılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Ergin OY, World Health Organization (WHO). Earthquake in Türkiye and the Syrian Arab Republic, 2023.
2. World Health Organization (WHO). Earthquake, 2024.
3. World Health Organization (WHO). Risk reduction and emergency preparedness: WHO six-year strategy for the health sector and community capacity development. WHO Document Production Services, Geneva, 46-55, 2024.
4. World Health Organization (WHO). Health systems in urban disasters, 2013.
5. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). Afet Türleri, 2023.
6. Kişioğlu Ş. Acil Bakımda / Olağanüstü Durumlarda Hemşirelik Yaklaşımlarında Genel İlkeler, Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi. 2011.
7. Savage C, Kub J. Public health and nursing: a natural partnership. Int J Environ Res Public Health, Nov;6(11):2843-8. 2009.
8. Hohman AG. Disaster preparedness of North Dakota nurse practitioners for biological/chemical agents, Doctoral Thesis. North Dakota State University, Fargo, 2008.
9. Army H, Kjai M, Lewis MD, Rogers J. Hospital Disaster Preparedness in Los Angeles County. Academic Emergency Medicine, 3(11):1198-1230. 2006.
10. Grenberg MI, Gracely J, Juregens SH. Emergency Department Preparedness for the Evaluation and Treatment of Victim of Biological or Chemical Terrorist Attack. Journal of Emergency Medicine, 22(3):273-278. 2002.
11. Vatan F, Salur D. Yönetici Hemşirelerin Hastanelerdeki Deprem Afet Planları Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi. 3(1):32-44. 2010.

12. Kadioğlu H, Yurt S, Adana F, Uslu Ö. İstanbul'daki Akademisyen Hemşirelerin Olası İstanbul Depremine Yönelik Bireysel ve Profesyonel Hazırlıkları, 2.Uluslararası-9. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı), 07-11Eylül 2003, 463-467. 2003.
13. Fung OWM, Loke AY, Lai CKY. Disaster preparedness among Hong Kong nurses, *Journal of Advanced Nursing* 62(6):698–703. 2008.
14. Çakmak H, Aker AT, Canöz Y, Eraydın R. Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Marmara Depreminden Etkilenme ve Olası Afete Hazırlık Durumunun Saptanması. *Akademik Acil Tıp Dergisi* (2):83-88. 2010.
15. Al Khalaileh MA, Bond E, Beckstrand RL, Al-Talafha A. The Disaster Preparedness Evaluation Tool: Psychometric testing of the Classical Arabic version. *Journal of Advanced Nursing* 66(3):664–672. 2010.
16. Özcan F. Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
17. Mohamed Shaluf I. "Disaster types", *Disaster Prevention and Management*, 16(5):704-717. 2007.
18. World Health Organization (WHO). "Emergency and humanitarian action: natural disaster profile". 2003.
19. World Health Organization/EHA (WHO/EHA). Emergency Health Training Programme for Africa – Hazard Classifications, Panafrican Emergency Training Center, Addis Ababa. 1998.
20. Asian Disaster Reduction Center (ADRC). "Glossary on natural disasters". 2003.
21. World Health Organization (WHO). Emergency Response framework. 2nd ed. Geneva: World Health Organization. 2017. (n.d.).

22. Center for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). "The OFDA/CRED International Disasters Database". 2003.
23. World Risk Report 2023. Focus: Diversity. 2023.
24. World Disaster Report 2022. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, 2023.
25. Oktari RS, Munadi K, Idroes R, Sofyan H. Knowledge management practices in disaster management: Systematic review. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, Volume 51, 2020.
26. Lavin RP. HIPAA and disaster research: preparing to conduct research. *Disaster Management and Response* 4:32–36. 2006.
27. Gebbie KM, Qureshi K. Emergency and disaster preparedness: core competencies for nurses. What every nurse should know but may not know. *American Journal of Nursing* 102:46–51. 2002.
28. Fung WM, Lai KY, Loke AY. Nurses' perception of disaster: implications for disaster nursing curriculum. *J Clin Nurs*. Nov;18(22):3165-71. 2009.
29. World Health Organization and International Council of Nurses. ICN Framework of Disaster Nursing Competencies; WHO: Geneva, Switzerland, 2009.
30. Hung MSY, Lam SKK, Chow MCM, Ng WWM, Pau OK. The Effectiveness of Disaster Education for Undergraduate Nursing Students' Knowledge, Willingness, and Perceived Ability: An Evaluation Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18. 2021.
31. Martono M, Satino S, Nursalam N, Efendi F, Bushy A. Indonesian nurses' perception of disaster management preparedness. *Chinese Journal of Traumatology* 22. 2019.
32. The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *World Disasters Report*. 2015.

33. Labrague LJ, Yboa BC, McEnroe–Petitte DM, Lobrino LR, Brennan MGB. Disaster preparedness in Philippine nurses. *Journal of nursing scholarship*, 48(1):98-105. 2016.
34. Fung OW, Loke AY, Lai CK. Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *Journal of advanced nursing*, 62(6):698-703. 2008.
35. Al Khalaileh MA, Bond E, Alasad JA. Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International emergency nursing*, 20(1):14-23. 2012.
36. Tzeng WC, Feng HP, Cheng WT, Lin CH, Chiang LC, Pai L, Lee CL. Readiness of hospital nurses for disaster responses in Taiwan: a cross-sectional study. *Nurse education today*, 47:37-42. 2016.
37. Öztekin SD, Larson EE, Akahoshi M, Öztekin İ. Japanese nurses' perception of their preparedness for disasters: Quantitative survey research on one prefecture in Japan. *Japan journal of nursing science*, 13(3):391-401. 2016.
38. Efendi F, Nursalam N, Kurniati A, Gunawan J. Nursing qualification and workforce for the association of Southeast Asian Nations economic community. In *Nursing Forum*, 53(2):97-203. 2018.
39. Hennessy D, Hicks C, Hilan A, Kawonal Y. The training and development needs of nurses in Indonesia: paper 3 of 3. *Human Resources for Health* 2006, 4:10. 2006.
40. Kurniati A, Roskam E, Afzal MM, Suryowinoto TB, Mukti AG. Strengthening Indonesia's health workforce through partnerships. *Public Health*, 129. 2015.
41. Çelik F. Türk Kızılay'ında Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazıroluşluk Durumları. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. 2010.

42. Taşkıran G, Baykal Ü. Hemşirelerin Afetlere ilişkin Görüşleri Deneyimleri ve Hazırlık Algısı. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 10:36. 2017.
43. Karakış S. Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin afetlere hazır oluşluk durumları ve psikolojik sağlamlıkları. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
44. World Health Organization (WHO). Coronavirus (COVID-19) Dashboard. No date.
45. World Health Organization (WHO) The true death toll of COVID-19: Estimating global excess mortality. 2022.
46. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA) (2022a) World population to reach 8 billion on 15 November 2022. 2022.
47. Schöley J, Aburto, JM, Kashnitsky I, Kniffka MS, Zhang L, Jaadla H, Dowd JB, Kashyap R. Life expectancy changes since COVID-19. Nature Human Behaviour. 6:1649–1659. 2022.
48. World Bank. World Development Report 2022: Finance for an equitable recovery. 2022.
49. Jones L, Palumbo D, Brown D. Coronavirus: How the pandemic has changed the world economy. BBC News. 2021.
50. Gopinath G. A Disrupted Global Recovery. International Monetary Fund Blog, 2022.
51. United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA) (2022b) The Sustainable Development Goals Report 2022.
52. BBC News. Storm Alex: Floods and landslides hit France and Italy. 2020.
53. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Desert Locust upsurge (2019–2021). (no date).

54. Reinhart BJ, Reinhart A, Berg R. National Hurricane Center Tropical Cyclone Report: Hurricane Grace (AL072021) 13-21 August 2021. National Oceanic and Atmospheric Administration and National Weather Service. 2022.
55. Beven JL, Hagen A, Berg R. National Hurricane Center Tropical Cyclone Report: Hurricane Ida (AL092021) 26 August – 1 September 2021. National Oceanic and Atmospheric Administration and National Weather Service. 2022.
56. BBC News. Tonga volcano: Eruption more powerful than atomic bomb, Nasa says. 2022.
57. THE GUARDIAN. After the terrifying earthquakes, it's women and girls in Turkey feeling the after-shocks. 2023.
58. CARE. Rapid Gender Analysis Policy Brief: Türkiye & Northwest Syria Earthquake Response. 2023.
59. Alegado J. Enabling an Equal World for Indigenous Women in the Time of Climate Crisis. Heinrich Böll Stiftung Southeast Asia. 2023.
60. Rao N, Lawson ET, Raditloaneng WN, Solomon D, Angula MN. Gendered vulnerabilities to climate change: insights from the semiarid regions of Africa and Asia. *Climate and Development*, 11(1):14–26. 2017.
61. Kaklauskas A, Amaratunga D, Haigh R. Knowledge model for post-disaster management. *International journal of strategic property management*, 13(2):117-128. 2009.
62. Moe TL, Gehbauer F, Senitz S, Mueller M. Balanced scorecard for natural disaster management projects. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*, 16(5): 785-806. 2007.
63. Unisdr U. Terminology on disaster risk reduction. Geneva, Switzerland. (2009).
64. Usher K, Mills J, West C, Casella E, Dorji P, Guo A, Koy V, Pego G, Phanpaseuth S, Phouthavong O, Sayami J, Lak MS, Sio A, Ullah MM, Sheng Y,

- Zang Y, Buettner P, Woods C. Cross-sectional survey of the disaster preparedness of nurses across the Asia-Pacific region. *Nursing & health sciences*, 17(4):434–443. 2015.
65. Ali M, Chughtai A, Sabir M, Wahid A, Jahangir M. Knowledge of nurses regarding disaster management in tertiary health care hospitals of lahore. *Asian Journal of Allied Health Sciences (AJAHS)*, 24-28. 2020.
 66. Khan S, Kausar S, Ghani M. Knowledge Of Disaster Preparedness Among Nurses At Two Tertiary Care Hospitals In Lahore. *Biomedica*, 33(1). 2017.
 67. Berhanu N, Abrha H, Ejigu Y, Woldemichael K. Knowledge, experiences and training needs of health professionals about disaster preparedness and response in southwest Ethiopia: a cross sectional study. *Ethiopian journal of health sciences*, 26(5): 415-426. 2016.
 68. Al-Ali NM, Ibaid AA. Health-care providers' perception of knowledge, skills and preparedness for disaster management in primary health-care centres in Jordan/Perception des prestataires de soins de sante en matiere de connaissances, de competences et d'etat de preparation a la gestion des catastrophes dans des centres de soins de sante primaires en Jordanie. *Eastern Mediterranean health journal*, 21(10):713. 2015.
 69. Basnet P, Songwathana P, Sae-Sia W. Disaster nursing knowledge in earthquake response and relief among Nepalese nurses working in government and non-government sector. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(11):111. 2016.
 70. Asgari H, Omid MR, Omid N. Evaluating the disaster triage knowledge of nurses personnel in public hospitals of Ilam. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*, 4(1):37-42. 2018.
 71. Seyedin H, Dolatabadi ZA, Rajabifard F. Emergency nurses' requirements for disaster preparedness. *Trauma monthly*, 20(4). 2015.

72. Labrague LJ, Yboa BC, McEnroe–Petitte DM, Lobrino LR, Brennan MGB. Disaster preparedness in Philippine nurses. *Journal of nursing scholarship*, 48(1):98-105. 2016.
73. Martono M, Satino S, Nursalam N, Efendi F, Bushy A. Indonesian nurses' perception of disaster management preparedness. *Chinese journal of traumatology*, 22(1):41-46. 2019.
74. Shabbir R, Afzal M, Sarwer H, Gilani SA, Waqas A. Nurses knowledge and practices regarding disasters management and emergency preparedness. *Saudi J. Med. Pharm. Sci*, 3:464-476. 2017.
75. John NE, Jothy K. Effect of structured teaching on disaster preparedness and management among nurses in Kerala, *APJNH*, 5(2):33-47. 2018.
76. Basal AA, Ahmed RE. Perception of nurses' regarding role, preparedness and management skills during hospital disasters. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 5(1):151-161. 2018.
77. Putra A, Petpichetchian W, Maneewat K. Perceived ability to practice in disaster management among public health nurses in Aceh, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2):169-186. 2011.
78. Sangkala MS, Gerdtz MF. Disaster preparedness and learning needs among community health nurse coordinators in South Sulawesi Indonesia. *Australasian emergency care*, 21(1):23-30. 2018.
79. Al Khalaileh MA, Bond E, Alasad JA. Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International emergency nursing*, 20(1):14-23. 2012.
80. Magnaye B, Muñoz M. S. L. M., Muñoz, M. A. F., & Muñoz, R. G. V, & Muro, JHM (2011). The Role, Preparedness and Management of Nurses During Disasters. *E-International Scientific Research Journal*, 3(4), 294.

10. EKLER

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: 1. Kadın..... 2. Erkek.....
3. Medeni Durum: 1. Evli..... 2. Bekar.....
4. Eğitim Durumu:
 1. Lise.....
 2. Önlisans.....
 3. Lisans.....
 4. Yüksek Lisans.....
 5. Doktora.....
5. Mesleki Deneyim:
 1. 1 yıldan az.....
 2. 1-5 yıl.....
 3. 6-10 yıl.....
 4. 11-15 yıl.....
 5. 15 yıldan fazla.....
6. Çalışılan Birim:
 1. Yoğun Bakım Ünitesi.....
 2. Ameliyathane.....
 3. Acil Servis.....
 4. Klinik.....
 5. Poliklinik.....
 6. Yönetim.....
7. Daha önce afetle ilgili eğitim aldınız mı? Evet..... Hayır.....
8. Hiç afet deneyimi yaşadınız mı? Evet..... Hayır.....
9. Hiç afetzedelere bakım verdiniz mi? Evet..... Hayır.....
10. Çalıştığınız birimin afet planı var mı? Evet..... Hayır.....
11. Olası bir afet durumunda ilk olarak ne yaparsınız? (1 adet seçiniz)
 1. En kısa sürede binadan uzaklaşırım.....
 2. Hastaları tahliye ederim.....
 3. Birimdeki yetkililerin direktiflerini uygulayım.....
 4. Hastane afet planını protokolünü uygulayım.....
12. Olası bir afet için kendinizi hazır hissediyor musunuz? Evet.... Hayır.....

EK-2: HEMŞİRELERDE AFETE HAZIRLIK ALGISI ÖLÇEĞİ (HAHAÖ)

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

EK-3: GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Çalışmanın adı: Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumları ve Etkileyen Etmenlerin Karşılaştırılması

Yüksek lisans öğrencisi Esra YORGUN ve Danışmanı Dr.Öğr.Üye. Nihal SUNAL, hemşirelerin afete hazır olma durumları ve etkileyen etmenlerin karşılaştırılması amacıyla bir tez çalışması planlandı. Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yürütülecektir.

Yukarıda adı geçen çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, çalışmadan istediğiniz zaman herhangi bir cezaya/yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkı kaybetmeksizin araştırmadan çekilebilme hakkına sahipsiniz ya da sizin herhangi bir isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışında bırakılabiliyorsunuz. Böyle bir durumda kurum ile olan ilişkileriniz olumsuz yönde etkilenmeyecektir. İzleyiciler, yoklamayı yapan kişiler ve etik kurul orijinal kayıtlara doğrudan ulaşabilecek ancak bütün bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formuyla tarafınıza bilgilendirilmiştir. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ya da tarafınıza bir ücret ödenmeyecektir. Veri toplaması aşamasında araştırmacılar tarafından hazırlanan 12 maddelik Kişisel Bilgi Formu (yaş, cinsiyet vb.), 20 maddelik Hemşirelerde Afete Hazırlık Algısı Ölçeği kullanılacaktır. Araştırmanın amaca uygun olması için sizden bütün soruları eksiksiz yanıtlamanız ve kimsenin baskısı altında kalmadan size en uygun gelen yanıtı vermeniz beklenmektedir. Araştırmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından gizli ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın bulguları, sizin kimlik bilgilerinizi açığa vurmaksızın bilimsel amaçlı çalışmalarda (yüksek lisans tezi, bildiri, makale vb.) yayınlanacaktır. Araştırma hakkında yukarıda verilen bilgiler dışında daha çok bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacılara sormaktan lütfen çekinmeyiniz.

Yukarıdaki bilgileri eksiksiz okuyarak araştırma hakkında yeterince bilgilendim ve araştırmanın amacını ve gönüllü olarak sorumluluklarımı anladım. Ayrıca araştırma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacılar tarafından yapıldı. Bu koşullarda araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı altında kalmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

KATILIMCI

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih:

ARAŞTIRMACI

Adı Soyadı: Esra Yorgun

İmza:

Tarih:



EK-4: KURUM İZİNİ

İÜC Tarih ve Sayı: 17.10.2023-813049



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı :E-19274766-903.05.01-813049- -
Konu :Esra YORGUN'un Tez Çalışması Hk.

17.10.2023

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 12.10.2023 tarihli ve E-50200903-199-808312 sayılı yazı

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Esra YORGUN'un "**Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumları ve Etkileyen Etmenlerin Karşılaştırılması**" konulu tez çalışması kapsamındaki çalışmalarını Ağustos 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında Fakültemizde görev yapan hemşireler ile yapmalarında sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Beyhan BUDAK
Müdür

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSVPA668U2

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-cerrahpasa-cbys>

Adres:İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fatih/İSTANBUL
Telefon:0 (212)414 30 00 Faks:0 (212) 414 33 30
e-Posta:ctfhemsirelikhizmetleri@gmail.com Web:<https://www.iuc.edu.tr>
Kep Adresi:iuc@hs01.kep.tr

Bilgi için: Meryem ÇAĞMAN
Tel No: 61850



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

11.ETİK KURUL ONAYI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Sayı : E-10840098-772.02-2064
Konu: Etik Kurulu Kararı

21/03/2023

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	HEMŞİRELERİN AFETE HAZIR OLMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN ETMENLERİN KARŞILAŞTIRILMASI			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Esra Yorgun			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden E9FB587CXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Sa:



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No:287	Tarih: 16.03.2023				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT	Sayısal Yöntemler/ Biyoistatistik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı

* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evracınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden E9FB587CXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.