



**T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASINDA
HEMŞİRELERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE
İKİNCİL TRAVMATİK STRES DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Özlem TUNCA

Çankırı-2025

2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASINDA HEMŞİRELERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İKİNCİL TRAVMATİK STRES DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Özlem TUNCA
ORCID: 0009-0000-9472-017X

Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sinan BULUT

Çankırı-2025

KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 238209002 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Özlem TUNCA, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “2023 Kahramanmaraş Depremi Sonrasında Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Savunma Tarihi : 02.12.2025

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Sinan BULUT

.....

**Çankırı Karatekin
Üniversitesi**

İmza

Jüri Üyesi:

**Dr. Öğr. Üyesi Murat
KONCA**

.....

**Çankırı Karatekin
Üniversitesi**

İmza

Jüri Üyesi:

**Dr. Öğr. Üyesi Yavuz
Selim KÜÇÜK**

.....

Samsun Üniversitesi

İmza

**Yukarıdaki sonucu
onaylarım
İmza**

**Prof. Dr. Ali YİĞİT
Enstitü Müdür**

ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “2023 Kahramanmaraş Depremi Sonrasında Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

02.12.2025
Özlem TUNCA

ÖNSÖZ

Bu yüksek lisans tezi, 2023 yılında meydana gelen Kahramanmaraş merkezli depremler esnasında ve sonrasında görev yapan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ikincil travmatik stres düzeylerini incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Afet gibi olağanüstü durumlarda ön safta yer alan sağlık çalışanlarının yaşadıkları fiziksel ve duygusal etkilerin anlaşılması, yalnızca bireysel değil, toplumsal iyileşme süreçleri açısından da büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin afet sonrası psikolojik durumlarına yönelik kapsamlı bir değerlendirme sunmak, bu çalışmanın temel hedefini oluşturmuştur.

Tez çalışmam süresince bilgi birikimi, rehberliği ve yönlendirmeleriyle bu çalışmanın her aşamasında destek veren kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Sinan Bulut'a en içten teşekkürlerimi sunarım. Kendisi, akademik gelişimime büyük katkı sağlamış, yol gösterici tavırlarıyla bu süreci tamamlamama yardımcı olmuştur.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilimsel araştırmaları destekleyen ve SBE 111224L08 numaralı çalışmanın yürütülmesinde katkı sunan Çankırı Karatekin Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'ne değerli desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Araştırma verilerinin toplanması sürecinde sağladıkları izin, iş birliği ve kolaylaştırıcı yaklaşımlar için Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve Necip Fazıl Şehir Hastanesi yönetimine teşekkür ederim. Bu kurumların desteği, saha uygulamasının sağlıklı şekilde tamamlanmasında büyük rol oynamıştır.

Hayatım boyunca bana en büyük desteği veren ve her koşulda yanımda olan eşim Emrah Tunca'ya sonsuz şükranlarımı sunuyorum. Onun sabrı, anlayışı ve desteği olmasaydı bu süreci tamamlamam mümkün olmayabilirdi. Ayrıca sevgili çocuklarım Mustafa Enes Tunca ve Meva Tunca'ya, bana verdikleri ilham ve yaşattıkları mutluluk için gönülden teşekkür ediyorum. Varlıkları, bu zorlu süreçte en büyük güç kaynağım olmuştur.

Bu tez, yalnızca bir akademik gerekliliği yerine getirmekle kalmayıp; aynı zamanda afet sonrası hemşirelerin yaşadığı zorlukları görünür kılmayı ve bu alandaki literatüre katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Özlem TUNCA



İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY	iii
ETİK BEYANNAMESİ.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
KISALTMALAR	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	xii
SUMMARY	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1 Çalışmanın Amacı.....	2
1.2 Problemler	3
1.3 Hipotezler.....	3
1.4 Sınırlılıklar	5
1.5 Sayıtlılar	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1 Psikolojik Dayanıklılık Kavramı	7
2.1.1 Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin özellikleri	9
2.1.2 Psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma.....	11
2.1.3 Psikolojik dayanıklılığın boyutları.....	12
2.1.3.1 Kendini adama (bağlanma)	12
2.1.3.2 Kontrol	13
2.1.3.3 Meydan okuma.....	14
2.1.4 Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler	15
2.1.4.1 Risk faktörleri.....	15
2.1.4.2 Koruyucu faktörler	17
2.1.5 Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık	20
2.2. İkincil Travmatik Stres Kavramı.....	22
2.2.1 İkincil travmatik stresi açıklayan yaklaşımlar.....	25
2.2.2 İkincil travmatik stresin belirtileri.....	28
2.2.3 İkincil travmatik stresin oluşumunu etkileyen faktörler	30
2.2.3.1 Bireysel faktörler.....	31
2.2.3.2 Mesleki faktörler	31
2.2.4 İkincil travmatik stresten korunma stratejileri	31
2.2.5 Hemşirelerde ikincil travmatik stres	33
2.2.6 İkincil travmatik stres ve psikolojik dayanıklılık ilişkisi	34
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	38
4. BULGULAR.....	41
4.1 Faktör Analizi.....	42
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
KAYNAKLAR	79

EKLER.....	88
EK 1: Etik Kurul Onayı.....	88
EK 2: Demografik Bilgi Formu	89
EK 3: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	90
EK 4: İkincil Travmatik Stres Ölçeği	91
EK 5: Psikolojik Dayanıklılık Ölçek İzni	92
EK 6: İkincil Travmatik Stres Ölçek İzni	93
EK 7: Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni	93



KISALTMALAR

DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
İTS	: İkincil Travmatik Stres
İTSÖ	: İkincil Travmatik Stres Ölçeği
PDÖ	: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1: Ölçeklerin normal dağılıma uygunluğu.....	41
Tablo 4.2: PDÖ'ye ait DFA sonuçları.	43
Tablo 4.3: Önerilen modelin uyum indekslerine ilişkin bulgular.	44
Tablo 4.4: PDÖ ve alt boyutlarına ait güvenirlik katsayıları (Cronbach's Alpha)..	45
Tablo 4.5: İTSÖ'ye ait DFA sonuçları.....	47
Tablo 4.6: Önerilen modelin uyum indekslerine ilişkin bulgular.	48
Tablo 4.7: İTSÖ'ye ve alt boyutlarına ait güvenirlik katsayıları (Cronbach's Alpha).	48
Tablo 4.8: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.	49
Tablo 4.9: Hemşirelerin mesleki ve afet eğitimi alma özelliklerinin dağılımı.	50
Tablo 4.10: Hemşirelerin PDÖ ve İTSÖ alt boyutları puan ortalamaları.	51
Tablo 4.11: Hemşirelerin PDÖ sosyodemografik özelliklerine göre toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.12: Hemşirelerin İTSÖ sosyodemografik özelliklerine göre toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.13: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre İTSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.14: Hemşirelerin mesleki ve afet eğitimi alma özelliklerine göre İTSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.15: Hemşirelik PDÖ ile İTSÖ alt boyutları puan ortalamaları arasındaki korelasyon.	60
Tablo 4.16: Psikolojik dayanıklılığın, İTS düzeyleri üzerine etkisi.	61
Tablo 4.17: Psikolojik dayanıklılık alt boyutlarının İTS düzeyleri üzerine etkisi. ...	62
Tablo 4.18: Araştırma hipotezlerinin test sonuçları.....	63

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 4.1: PDÖ'ye ait DFA diyagramı.....	42
Şekil 4.2: İTSÖ'nün DFA diyagramı.	46



2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASINDA HEMŞİRELERİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK VE İKİNCİL TRAVMATİK STRES DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

TUNCA, Özlem. 2023 Kahramanmaraş Depremi Sonrasında Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Çankırı, 2025.

Bu araştırma, 2023 Kahramanmaraş merkezli deprem sonrası hemşirelerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerini belirlemek; bu değişkenler arasındaki ilişkiyi, sosyodemografik ve mesleki faktörlere göre farklılıkları incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, bu değişkenlerin bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çocuk sahibi olma gibi kişisel özellikleri ile görev yapılan klinik birimi, afet eğitimi almış olma durumu, mesleki kıdem süresi ve afet deneyimi gibi mesleki faktörler açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiştir. Psikolojik dayanıklılık, bireyin stresli ve travmatik durumlarla başa çıkabilme kapasitesi; ikincil travmatik stres ise başkalarının travmalarına dolaylı maruz kalma sonucu ortaya çıkan belirtiler bütünü olarak ele alınmıştır.

Araştırma, Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerle yüz yüze anket yöntemi kullanılarak yürütülmüş, veri toplamada Anket Formu, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve İkincil Travmatik Stres Ölçeği kullanılmıştır. Bulgular, psikolojik dayanıklılığın genel stres düzeyini negatif yönde yordadığını, ancak "ihlal" alt boyutu ile dayanıklılık alt boyutları arasında pozitif ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Yaş, eğitim, medeni durum gibi sosyodemografik değişkenler psikolojik dayanıklılığı; çalışılan klinik ve afet yaşantısı gibi mesleki değişkenler ise ikincil travmatik stresi anlamlı biçimde etkilemiştir.

Sonuç olarak, psikolojik dayanıklılık genel stresle baş etmede koruyucu olsa da, yüksek özveri bazı travmatik belirtileri artırabilmektedir. Bu bağlamda, hemşirelere yönelik empati yönetimi, afet hazırlığı ve örgütsel destek içeren çok boyutlu müdahale programları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, İkincil Travmatik Stres, Psikolojik Dayanıklılık, Sağlık.

INVESTIGATION OF PSYCHOLOGICAL RESILANCE AND SECONDARY TRAUMATIC STRESS LEVELS OF NURSES AFTER THE 2023 KAHRAMANMARAŞ EARTHQUAKE

SUMMARY

TUNCA, Özlem. Investigation of Psychological Resilance and Secondary Traumatic Stress Levels of Nurses After The 2023 Kahramanmaraş Earthquake, (Master Thesis), Çankırı, 2025.

This study was conducted to determine the levels of psychological resilience and secondary traumatic stress among nurses after the 2023 Kahramanmaraş-centered earthquake, and to examine the relationship between these variables as well as their differences according to sociodemographic and occupational factors. In addition, it was analyzed whether these variables differed significantly in terms of personal characteristics such as age, gender, marital status, educational level, and having children, and occupational factors such as the clinical unit of employment, having received disaster training, length of professional seniority, and disaster experience. Psychological resilience was defined as the individual's capacity to cope with stressful and traumatic situations, while secondary traumatic stress was considered as a set of symptoms resulting from indirect exposure to the traumas of others.

The research was carried out with nurses working at Kahramanmaraş Necip Fazıl City Hospital through face-to-face survey methods, and data were collected using a Questionnaire Form, the Psychological Resilience Scale, and the Secondary Traumatic Stress Scale. The findings revealed that psychological resilience negatively predicted the overall stress level, but there were positive relationships between the "intrusion" sub-dimension and the sub-dimensions of resilience. Sociodemographic variables such as age, education, and marital status significantly affected psychological resilience, whereas occupational variables such as the clinical unit and disaster experience significantly influenced secondary traumatic stress.

As a result, although psychological resilience is protective in coping with general stress, high dedication may increase some traumatic symptoms. In this context, multidimensional intervention programs including empathy management, disaster preparedness, and organizational support for nurses are recommended.

Key Words: Nurse, Secondary Traumatic Stress, Psychological Resilience, Health.

1. GİRİŞ

Türkiye, bulunduğu coğrafi konum itibariyle birinci derece deprem kuşağında yer almakta ve bu nedenle sık sık yıkıcı depremlerle karşı karşıya kalmaktadır. Yakın geçmişte yaşanan ve merkez üssü Kahramanmaraş olan 2023 depremleri yalnızca doğrudan etkilenen bireylerde değil, depremzedelere yardım sunan sağlık çalışanlarında özellikle de hemşirelerde derin psikolojik etkiler yaratmıştır. Deprem gibi kitlesel travmalarda görev alan hemşireler, mağdurlara doğrudan müdahale ettikleri için yoğun duygusal ve fiziksel stres altındadır. Bu tür travmatik durumlara maruz kalan hemşirelerin yaşadıkları olumsuzluklarla başa çıkma biçimi bireysel farklılıklar göstermekte ve bu noktada psikolojik dayanıklılık önemli bir değişken olarak öne çıkmaktadır. Psikolojik dayanıklılık, bireyin zorlayıcı yaşam olayları karşısında ruh sağlığını koruyabilme ve olağan yaşantısına geri dönebilme kapasitesini ifade eder (Karabağ, 2021).

Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler, travmatik olaylara karşı daha esnek ve uyum sağlayıcı tepkiler geliştirme eğilimindedir. Bu bireyler, yaşadıkları zorlukları anlamlandırarak kişisel gelişim ve psikolojik büyüme fırsatına dönüştürebilirler (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Buna karşın, düşük düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin travmatik olaylar karşısında daha yoğun stres belirtileri yaşadığı, işlevselliklerinde bozulmaların görülebildiği ve psikolojik bütünlüklerinin olumsuz etkilenebildiği belirtilmektedir (Bonanno, 2004; Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000). Literatürde psikolojik dayanıklılığın doğuştan getirilen bir özellik olduğu görüşü yaygın olsa da zamanla gelişebileceği ve çeşitli deneyimlerle güçlendirilebileceği de kabul edilmektedir (Polatçı ve Tınaz, 2021; Kavi ve Karakale, 2018; Göçen, 2019). Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler, mücadeleden kaçınmayan, değişime açık ve stresli durumları fırsata çevirebilen kişiler olarak tanımlanmaktadır (Doğan, 2015; Gentry ve Kobasa, 1984).

Psikolojik dayanıklılık üç boyutta ele alınmaktadır: kendini adama (bağlanma), kontrol ve meydan okuma. Bağlanma, bireyin yaşantısında anlam ve amaç duygusunu sürdürmesini; kontrol, yaşadığı durumlar üzerinde etkinliğini hissetmesini; meydan

okuma ise değişimi bir tehditten ziyade gelişim fırsatı olarak görmesini ifade eder (Maddi, 2004; Terzi, 2008; Sezgin, 2012). Benlik saygısı, öz yeterlilik, olumlu duygular ve güvenli bağlanma gibi kişisel özelliklerin yüksek olması, psikolojik dayanıklılığı da artırmaktadır (Kararımak ve Çetinkaya, 2011; Terzi, 2006).

Hemşirelerin karşı karşıya kaldığı bir diğer önemli psikolojik sorun ise ikincil travmatik streştir. İkincil travmatik stres, yardım sunan bireyin travma yaşamış kişilere destek sağlarken onların yaşantılarına empatik biçimde dâhil olması sonucu, olayları doğrudan yaşamamış olsa da bu travmaları kendine aitmiş gibi içselleştirmesiyle ortaya çıkan psikolojik bir etkilenme biçimidir (Figley, 1995). Bu durum, özellikle sağlık çalışanlarında “şefkat yorgunluğu” olarak da tanımlanmakta ve uzun vadede tükenmişlik, duyarsızlaşma ve duygusal çöküntüye yol açabilmektedir (Yılmaz, 2007; Gürkan ve Yalçın, 2017). Bu bağlamda, hemşirelerin hem psikolojik dayanıklılık düzeylerinin hem de ikincil travmatik stres düzeylerinin belirlenmesi, travmatik olaylara verdikleri tepkilerin anlaşılması ve bu durumlarla baş etme becerilerinin desteklenmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Hemşireler sağlık hizmet sunumunun en kritik unsurlarından biri olduğundan, ruhsal ve sosyal yönden iyi olma halleri hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından önemlidir. Deprem gibi büyük ölçekli afetlerin ne zaman gerçekleşeceği öngörülemediğı için bu araştırma ile travmatik olaylara maruz kalan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinin belirlenmesi, gelecekteki afetlerde sağlık çalışanlarının daha etkili desteklenmesi için önemli veriler sağlayacaktır.

1.1 Çalışmanın Amacı

Bu araştırma, 2023 Kahramanmaraş merkezli deprem sonrası hemşirelerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerini belirlemek; bu iki değişken arasındaki ilişkiyi, sosyodemografik ve mesleki faktörlere göre farklılıkları incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, bu değişkenlerin bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çocuk sahibi olma gibi kişisel özellikleri ile görev yapılan klinik birimi, afet eğitimi almış olma durumu, mesleki kıdem süresi ve afet deneyimi gibi mesleki faktörler açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğı analiz edilmiştir.

1.2 Problemler

Doğal afetler gibi kitlesel travmatik olaylar, sadece doğrudan etkilenen bireylerde değil, bu olaylara müdahale eden sağlık çalışanlarında da önemli psikolojik etkiler yaratabilmektedir. Özellikle hemşireler afet sonrası süreçte yoğun duygusal ve fiziksel yük altında çalışmakta, travmaya maruz kalan bireylerin yaşantılarına sürekli tanıklık etmeleri nedeniyle ikincil travmatik strese açık hale gelmektedir. İkincil travmatik stres, sağlık profesyonellerinin başkalarının travmatik deneyimlerine dolaylı olarak maruz kalmaları sonucunda ortaya çıkan stres tepkileridir ve bireyin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bu bağlamda, psikolojik dayanıklılık, hemşirelerin bu tür zorlu yaşam olaylarına karşı verdikleri tepkileri düzenlemede ve travmanın olumsuz etkilerini azaltmada önemli bir koruyucu faktör olarak öne çıkmaktadır.

Literatürde, yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin stresle daha etkili başa çıkabildikleri ve travma sonrası psikolojik sorunlara karşı daha dirençli oldukları belirtilmektedir. Ancak, afet sonrası görev yapan hemşirelerde psikolojik dayanıklılığın ikincil travmatik stres üzerindeki rolünü inceleyen çalışmaların sayıca yetersiz olduğu ve mevcut literatürde bu ilişkinin kapsamlı biçimde ele alınmadığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi hem mesleki destek mekanizmalarının geliştirilmesi hem de ruh sağlığının korunması açısından önemli bir araştırma ihtiyacını ortaya koymaktadır.

1.3 Hipotezler

Bu çalışma ile hemşirelerin deprem gibi travmatik olaylar sonrasında maruz kaldıkları ikincil travmatik stres düzeyleri ile psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. Psikolojik dayanıklılık, bireylerin stresli ve zorlayıcı yaşam olayları karşısında uyum sağlama ve toparlanma kapasitesini ifade ederken, ikincil travmatik stres, yardım mesleklerinde çalışan bireylerin başkalarının travmatik deneyimlerine dolaylı olarak maruz kalmaları sonucu geliştirdikleri psikolojik tepkileri kapsamaktadır. Literatürde psikolojik dayanıklılığın koruyucu bir faktör olarak işlev gördüğü ve bireyleri travmaya bağlı psikolojik yıkımlardan koruduğu belirtilmektedir (Bonanno, 2004; Connor ve Davidson, 2003). Bu doğrultuda;

H0-1: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyi ile ikincil travmatik stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1-1: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ikincil travmatik stres düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.

H0-2: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, yaş gibi bireysel değişkenlere göre anlamlı farklılık yoktur.

H1-2: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, yaş gibi bireysel değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H0-3: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, cinsiyet gibi bireysel değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık yoktur.

H1-3: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, cinsiyet gibi bireysel değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık gösterir.

H0-4: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, eğitim durumu gibi bireysel değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık yoktur.

H1-4: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, eğitim durumu gibi bireysel değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık gösterir.

H0-5: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, medeni durum gibi bireysel değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık yoktur.

H1-5: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, medeni durum gibi bireysel değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık gösterir.

H0-6: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, çocuk sahibi olma gibi bireysel değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık yoktur.

H1-6: Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri, çocuk sahibi olma gibi bireysel değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık gösterir.

H0-7: Hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyleri, çalıştıkları klinik türü gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık yoktur.

H1-7: Hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyleri, çalıştıkları klinik türü gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık gösterir.

H0-8: Hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyleri, mesleki kıdem gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık yoktur.

H1-8: Hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyleri, mesleki kıdem gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık gösterir.

H0-9: Hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyleri, afet hemşireliği eğitimi alma durumu gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık yoktur.

H1-9: Hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyleri, afet hemşireliği eğitimi alma durumu gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık gösterir.

H0-10: Hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyleri, eğitim düzeyi gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık yoktur.

H1-10: Hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyleri, eğitim düzeyi gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık gösterir.

H0-11: Hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyleri, travmatik yaşantılar gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık yoktur.

H1-11: Hemşirelerin ikincil travmatik stres düzeyleri, travmatik yaşantılar gibi değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılık gösterir.

1.4 Sınırlılıklar

Bu araştırma belirli sınırlılıklar çerçevesinde yürütülmüştür. Öncelikle, bu araştırma Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi'nde görev yapan hemşirelerle sınırlı tutulmuş ve elde edilen bulgular, bu kurumda çalışan hemşirelerin yaşantılarını ve duygularını yansıtmaktadır. Bu bağlamda, araştırmanın örneklemini yalnızca Necip Fazıl Şehir Hastanesi'nde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır; dolayısıyla sonuçların diğer hastanelerde görev yapan hemşirelere veya farklı sağlık çalışanı gruplarına genellenmesi mümkün değildir. Ayrıca çalışma, tanımlayıcı bir araştırma tasarımı ile gerçekleştirilmiş olup, elde edilen veriler belirli bir zaman diliminde toplanmıştır. Bu nedenle araştırma bulguları evrenin tamamına genellenemez ve nedensellik ilişkisi kurmak yerine mevcut durumu betimlemeye yöneliktir. Söz konusu sınırlılıklar, araştırma sonuçlarının yorumlanması ve kullanılmasında dikkate alınması gereken önemli faktörlerdir.

1.5 Sayıtlar

Katılımcıların araştırma süresince kendilerini açık ve dürüst bir şekilde ifade edecekleri varsayılmaktadır. Hemşirelerin, ikincil travmatik stres ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine dair verdikleri yanıtların gerçekçi ve doğru olduğu kabul edilmiştir.

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerini öznel bir biçimde değerlendirdikleri varsayılmaktadır. Katılımcıların kişisel algıları,

mevcut ruh hali ve duygusal durumları doğrultusunda verdikleri cevaplar geçerli kabul edilmiştir.

Katılımcıların, araştırmada kullanılan anket veya ölçeklerde belirtilen tüm soruları doğru bir şekilde anlamış ve açıklamaları doğrultusunda yanıtlaya yeteneğine sahip oldukları varsayılmaktadır.

Araştırma, afet sonrası süreçlerde hemşirelerin psikolojik dayanıklılıkları ile ikincil travmatik stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladığından afetin hemşireler üzerindeki duygusal etkilerinin var olduğu ve bu etkilerin çalışma sürecinde katılımcılar tarafından hissedildiği kabul edilmiştir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1 Psikolojik Dayanıklılık Kavramı

Psikolojik dayanıklılık (resilience) kavramı; bireyin stresli, travmatik ya da zorlayıcı yaşam olayları karşısında ruh sağlığını sürdürebilme ve uyum gösterebilme kapasitesini ifade etmektedir (Karabağ, 2021). Zaman içerisinde bireylerin yaşamları boyunca karşılaştıkları zorluk ve stres yaratan durumların çeşitlenmesiyle birlikte bu durumlara verdikleri tepkiler de değişim göstermiştir. Bu bağlamda, "dayanıklılık" kavramı zaman içerisinde anlam bakımından genişlemiş ve literatürde birbirine yakın ancak anlam farklılıkları taşıyan çeşitli terimlerle ifade edilmeye başlanmıştır (Rutter, 1987). Bu terimler arasında psikolojik dayanıklılık, psikolojik esneklik ve psikolojik sağlamlık yer almakta olup, her biri bireylerin zorluklarla başa çıkma kapasitesini farklı yönleriyle ele almaktadır (Akdoğan ve Yalçın, 2018). Dayanıklılık kavramı “düzenli çalışan sistemin aksamaması veya bozulma sonrasında tekrardan yapı ve işlev kazanma durumu” şeklinde de tanımlanmaktadır (Windle, 2011). Literatürdeki bir diğer dayanıklılık tanımı ise çevresel risk deneyimlerine karşı az hassasiyet, sıkıntı ve stres durumlarının üstesinden gelmek veya risk deneyimleri karşısında nispeten iyi bir sonuç olarak ifade edilmektedir (Rutter, 2012).

Dayanıklılık kavramı, 1970’li yıllardan itibaren psikoloji literatüründe dikkat çeken bir araştırma alanı haline gelmiştir. Norm Garmezy (1985), bireylerin zorlu yaşam koşulları karşısında sergiledikleri uyum stratejilerini sistematik olarak inceleyerek, psikolojik dayanıklılık kavramının kuramsal temellerinin oluşturulmasına öncülük eden isimlerden biri olmuştur. Bu bağlamda yaptığı çalışmalar, dayanıklılığın yalnızca risk faktörlerine karşı bir direnç değil, aynı zamanda bireyin gelişimsel süreçleriyle etkileşim içinde şekillenen dinamik bir yapı olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca yapılan çalışmalarda dayanıklılığın yalnızca bireysel özelliklerden oluşmadığı, aynı zamanda çevresel ve gelişimsel etmenlerle etkileşim içinde değerlendirilen çok boyutlu bir yapı olduğunu ortaya koymuştur (Rutter, 2012). Bu yaklaşım, sonraki yıllarda yapılan araştırmalar için temel bir referans noktası oluşturmuştur.

Psikolojik dayanıklılık kavramı Psikolog Suzanne Kobasa (1979) tarafından geliştirilmiştir. Kobasa, uzun süreli araştırmalarında, özellikle işlerini kaybeden üst düzey yöneticilerin karşılaştıkları yoğun stres durumlarının bireysel düzeydeki etkilerini inceleyerek bu kavramın temellerini ortaya koymuştur. Bu çalışmalarda bazı yöneticilerin stresli durumlar karşısında daha sağlıklı kaldıkları tıbbi ve psikolojik açıdan destek alma gereksinimi olmadığı ifade edilmektedir (Kobasa, 1979). Bireyin bir ya da daha fazla olumsuz yaşantı içinde bulunması veya bu yaşantılara dair risk faktörlerinin koruyucu faktörler ile birlikte olması ve yeni oluşan duruma uyum sağlama süreci psikolojik dayanıklılığı ifade etmektedir (Rutter, 2012).

Literatürde psikolojik dayanıklılığın bireylerin kişisel özelliklerine bağlı olduğu ve doğuştan kazanıldığı düşünülmüşse de sonraları bunun zamanla değişebileceği, gelişebileceği ve sonradan kazanım sağlanabileceği de varsayılmaktadır (Kavi ve Karakale, 2018; Göçen, 2019; Polatçı ve Tınaz, 2021). Bireylerin psikolojik dayanıklılığının gelişmesinde çocukluk dönemi yaşadıklarının önemli olduğu belirtilmektedir. Bu durumda ebeveynler hayatları boyunca çocuklarını tek, kendine ait ayırt edici özelliklere sahip birey olarak görmeli ve çocuklarına sorumluluk almaları konusunda yardımcı olmalıdırlar (Terzi, 2005). Erikson (1984) ' un Psikososyal Gelişim Kuramı'nda yer alan "Özerkliğe Karşı Kuşku ve Utanç" evresi, erken çocukluk döneminde bireyin benlik gelişimiyle birlikte bağımsızlık, güven ve öz denetim gibi psikolojik dayanıklılıkla ilişkili temel yapıların oluşmaya başladığı kritik bir gelişim aşaması olarak kabul edilmektedir (Pollock, 1989). Bu dönemde çocuklar, bağımsız hareket etme ve karar verme becerilerini geliştirirken, çevresel tepkiler yoluyla öz yeterlilik algılarını da şekillendirirler. Dolayısıyla, bu evrede kazanılan deneyimler bireyin ileriki yaşamında psikolojik esneklik ve dayanıklılık düzeyini doğrudan etkileyebilecek potansiyele sahiptir. Bu dönemde çocuklar bazı etkinlikleri kendi başına öğrenmeye ve tekrar etmeye başlar. Böylece çocuk bağımsızlık ve özgüven kazanmış olur. Bu dönemde ebeveynler çocuklarının bu davranışlarını desteklerse çocukta kendine güven duygusu artar. Ancak ebeveynler tarafından bu durumun tersi gerçekleşirse çocuk utanç duyar ve kendisine yönelik kuşkuya düşer (Pollock, 1989; Terzi, 2005). Dolayısıyla erken çocukluk döneminde bağımsızlık duygusu kazanmış çocuklar karar verme, problemlerin üstesinden gelme, kendine güvenme gibi kişisel özellikleri ve psikolojik dayanıklılıkları gelişir (Kobasa, Maddi ve Courington, 1981; Pollock, 1989).

2.1.1 Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin özellikleri

Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler; mücadele etmekten kaçmaz, direnir ve sonuç alana kadar çaba sarfeder. Karşılaştığı zorluk ve güçlükleri fırsata dönüştürmeye çalışır. Birey zorlu bir yaşam olayıyla karşılaşsa dahi kısa zamanda hayatını düzene koyup kaldığı yerden devam edebilmektedir (Kavi ve Karakale, 2018). Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler, karşılaştıkları olumsuz yaşam olaylarıyla daha etkili bir şekilde başa çıkabilmekte ve olumsuz duygu durumuyla daha kısa sürede mücadele etmektedir (Doğan, 2015).

Birey stres verici bir durumla karşılaştığında üzüntü, öfke, panik gibi duygularını kontrol edebilir ve var olan olumsuz durumu pozitif bir şekilde yeniden değerlendirerek stresli durumları yönetir (Gentry ve Kobasa, 1984). Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler sorunlar karşısında çözüm arayan, alternatifleri görebilen ve krizi fırsata çeviren özellikteki kişilik yapısına sahiptirler. Psikolojik dayanıklılığa sahip bireyler, karşılaştıkları zorlu yaşam koşullarını değiştirmeye yönelik aktif bir çaba sergileyebilmekte veya bu koşullara hızla uyum sağlayarak işlevsel rollerini sürdürebilmektedirler.

Psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin, yaşamlarını daha sağlıklı, dengeli ve doyumlu bir biçimde sürdürebilme olasılıkları daha yüksek görülmektedir. Görevlerini yerine getiren, bulunduğu ortama kolay uyum sağlayan bireylerin eğitim ve iş hayatında başarıya ulaşması beklenmektedir (Güngörmüş, Okanlı ve Kocabeyoğlu, 2015). Bireyin ilgi alanlarına yönelik olarak severek katıldığı etkinliklerin varlığı, stresli yaşam olayları karşısında daha hızlı toparlanmasını ve gündelik yaşam rutinine daha kolay dönmesini destekleyen önemli bir unsur olarak değerlendirilmektedir (Şahin, Yetim ve Çelik, 2012).

Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin sosyal, duygusal ve bilişsel özelliklerinin, belirli kişilik özellikleriyle örtüştüğü ve bu özelliklerle yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin taşıdığı özellikler, literatürde genellikle sosyal, duygusal ve bilişsel olmak üzere üç temel boyut altında sınıflandırılmaktadır (Haynes, 2005; akt. Yıldırım, 2014).

a) Sosyal özellikler:

- Arkadaşlık ilişkisi kurma becerisi,
- Pozitif ilişkiler kurma, geliştirme ve sürdürme becerisi,

- Etkili iletişim becerisi,
- Gerektiğinde yardım bulabilme durumu olmasına rağmen yardım almayı istememe,

b) Duygusal özellikler:

- Bireysel yeterlilik duygusunun güçlü olması,
- Yüksek özgüven,
- Yüksek öz benlik ve kendini kabul etme,
- Duygularını anlamlandırma ve farkına varma,
- Yeni koşullara kolay uyum sağlama,
- Kaygı ve endişelere dayanabilme gücü,

c) Bilişsel özellikler:

- Yüksek başarı motivasyonu,
- Geleceği düşünme ve planlama yeteneği,
- Stresli ve travmatik olaylar karşısında mantıklı bir şekilde baş edebilme,
- Dış faktörlerden ziyade bireylerin iç faktörlerinin etkilerini dikkate alma,
- Çevresindeki bireyleri birbirlerine fayda sağlayacak biçimde motive etme ve harekete geçirme (Haynes, 2005; akt. Yıldırım, 2014).

Öte yandan, Nash ve Fraser (1998) tarafından yapılan bir çalışmada, psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin taşıdığı nitelikler belirli başlıklar altında sınıflandırılmıştır:

- Bireyin yüksek düzeyde benlik saygısına sahip olması ve kişisel farkındalık geliştirmiş olması,
- Stres durumunda kendini kontrol edebilme kapasitesine sahip olma,
- Bireyler arası ilişkilerde ilgili olma, empati kurarak davranma ve ortak çalışma yapabilme yeteneğini içselleştirme,
- Stres koşulları altında başa çıkma için gerekli psikolojik kaynaklara sahip olma,
- Sosyal tepkilerde bulunma,

- Düşünerek eylemlerini faal kılma,
- Kişiler arası ilişkilerde duygusal bağ kurmada yetenekli olma,
- Gerçeği doğru bir biçimde analiz edebilme (Gökmen, 2014).

Sonuç olarak, psikolojik dayanıklılık bireyin yaşamında karşılaştığı stres verici ya da travmatik olaylar karşısında psikolojik bütünlüğünü koruyabilme ve bu durumla etkili bir şekilde başa çıkabilme kapasitesi olarak değerlendirilmektedir. Yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip bireyler, sosyal, duygusal ve bilişsel açıdan daha dengeli bir yapıya sahiptir ve olumsuz yaşam deneyimlerine rağmen uyum sağlayabilme becerisi gösterebilmektedir. Bu bireyler aynı zamanda pozitif benlik algısı, iyimserlik, içsel kontrol odağı gibi olumlu kişilik özelliklerini bünyelerinde barındırarak, zorluklar karşısında daha sağlıklı baş etme stratejileri geliştirebilmektedir (Akdoğan ve Yalçın, 2018). Bu çerçevede psikolojik dayanıklılık, yalnızca bireyin içsel kaynaklarını değil, aynı zamanda çevresel destek sistemleriyle kurduğu etkileşimi de içeren, dinamik ve çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirilmelidir.

2.1.2 Psikolojik dayanıklılık ve stresle başa çıkma

Stres; anlık olarak ortaya çıkan, bireyi zorlayan, tehlikede hissettiren, mücadele gerektiren olay veya düşünce sonucu oluşan endişe ve korkunun ortaya çıkardığı duygusal, zihinsel ve fiziksel tepkilerin tamamı şeklinde tanımlanabilir (Süzen, 2015). Lazarus (1996) çalışmasında stresi, bireylerin tam iyilik halinde olmalarını engelleyen durumlar karşısında bireyin yaşadığı duygu durumu olarak ifade etmektedir. Bu duruma göre bireyler hastalık, kaza, işte yaşanan problemler, boşanma, bir yakınının kaybı ve afet gibi durumlarla karşı karşıya geldiklerinde strese girebilirler. Dolayısıyla bu ve benzeri durumlar travmatik olaylar olduğu için bireylerde meydana gelen değişken durum belirtileri travmatik stres yaşandığına işaret edebilir. Bu belirtiler evrensel stres kaynakları olarak tanımlanmakta ve kişilik farklılıkları da bireyin stresten ne ölçüde etkilediğini göstermektedir (Kurt, 2011).

Başka bir ifade ile stres bireylerin yaşadıkları olayları algılama ve anlamlandırma şeklidir. Bireylerin olayları değerlendirme şekli ve düşünce analizleri yaşadıkları stresin etkisini azaltıp çoğaltabilmektedir (Cüceloğlu, 2016). Bu doğrultuda bazı bireyler stres karşısında daha dayanıklı yapıya sahip iken bazı bireyler ise kısa sürede etkilenebilmektedir. Örnek verecek olursak bir birey işini kaybettiğinde

endişe ve kaygı hissederken bir başka birey ise yaşadığı bu durumu fırsat olarak değerlendirir ve bunu şans olarak kullanabilmektedir. Çünkü bireylerin yaşadığı olayları algılayış biçimleri farklılık göstermektedir. Dolayısıyla kişilik özellikleri bireylerin en önemli stres kaynağını oluşturmaktadır (Aydın, 2002).

Literatür taraması yapıldığında psikolojik dayanıklılığın stres üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir. Kobasa (1979), Folkman ve Lazarus (1984) konu ile ilgili olarak farklı yaklaşımlar ileri sürmüşlerdir. Araştırma sonuçları doğrultusunda ortaya çıkan her iki görüş de birbirini desteklemektedir. Bu bağlamda, psikolojik dayanıklılığın stres üzerindeki etkisinin bilişsel değerlendirme süreçleri ve başa çıkma stratejileri aracılığıyla ortaya çıktığı düşünülmektedir. Dayanıklı bireyler stres yaşıtan durumlarda psikolojik dayanıklılığı yüksek olmayan bireylere göre içinde bulundukları durumu daha pozitif bir yaklaşımla değerlendirdikleri ifade edilmektedir (Kobasa, 1979).

Lazarus ve Folkman (1984)'a göre başa çıkma, bireyin çevresinden ve kendisinden gelen içsel veya dışsal talepleri yönetmek adına sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar şeklinde ifade edilmiştir. Psikolojik dayanıklılığı yüksek ve stresle baş edebilen bireylerin genellikle problem odaklı baş etme stratejilerini kullandığı düşünülmektedir. Bu tür baş etme stratejilerini kullanan bireyler öncelikle stres verici durumu zihinsel olarak değerlendirirler, sonrasında bu durumu ortadan kaldırmak ve var olan stres verici durumu değiştirmek için gerekli değişiklikleri uygulamaya koymaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984; Zümbül, 2021).

2.1.3 Psikolojik dayanıklılığın boyutları

Maddi ve Kobasa (1984)'ya göre psikolojik dayanıklılık; bireyin yaşam olaylarına karşı tutumunu belirleyen üç temel bileşenle açıklanabilir: kendini adama (bağlanma), kontrol algısı ve meydan okuma eğilimidir.

2.1.3.1 Kendini adama (bağlanma)

Bağlanma boyutuna sahip bireyler, yaşamda neyin ilginç ve anlamlı olduğuna dair farkındalığın yalıtılması ya da yabancılaşmadan ziyade, insanlarla ve olaylarla aktif bir etkileşim içinde bulunmayı gerektirdiğini savunmaktadır (Maddi, 2004). Bir amaca derin bir bağlılık geliştirmek bireyin karşılaştığı güçlüklerle başa çıkma kapasitesini önemli ölçüde artırmaktadır.

Birey, psikolojik olarak ne denli çöküntü yaşarsa yaşasın ve kendini ne kadar güçsüz hissederse hissetsin, adanmışlık duygusu sayesinde hem maddi hem de manevi kaynaklarını yeniden harekete geçirerek yaşama tutunma gücünü kazanabilir. Bu durumda bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyi artmaktadır.

Çalışanın örgütte aktif olarak katılım sağlaması ve örgüte karşı ilgi düzeyinin yüksek olması bireyin adanmışlık düzeyinin yüksek olduğunun göstergesidir. Bu doğrultuda çalışan örgüt amaç ve hedeflerine ulaşma konusunda inançlı ve direnç gösteren bir yapıda olacağı ifade edilmektedir (Hanton, Evans ve Neil, 2003; Erbir, 2021).

Birey hayatı boyunca çeşitli alanlarla ilgilenir ve süregelen davranışlar karşısında bağlanma amacı ile kendini anlama, anlamlandırma gibi eylemler sonucunda adanmışlık eğilimi gösterebilmektedir (Kavi ve Karakale, 2018).

2.1.3.2 Kontrol

Kontrol; bireyin zorluklarla karşılaştığında kötü etkilenme yerine olayları istediği şekilde yönlendirebileceğine inanma ve bu doğrultuda gerekli uygun davranışlarda bulunmayı ifade eder (Sezgin, 2012). Kontrol boyutunda ise birey stresli durumlarla karşılaştığında olumsuz düşüncelere kapılmak yerine kendini isteği doğrultusunda yönlendirmesidir. Ayrıca birey, yaşamındaki olayları değiştirme gücünü kendinde bulmakta ve yaşanacak sonuçları etkileyebileceğine ilişkin bir inanç geliştirmektedir (Terzi, 2008). Bu bağlamda, bireyin öz denetim becerisi arttıkça, psikolojik dayanıklılık düzeyinin de paralel olarak yükseldiği görülmektedir (Terzi,2008).

Diğer bir ifade ile bireyin stres yaratan koşullar altında kendini kontrol edebilme gücü, gelecekle ilgili beklentilerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (Fournier, Ridder ve Bensing, 2002). Bireyler içinde bulundukları durum karşısında gerçekleştirecekleri eylemlerin sonucu sorumluluk alma eğilimindedirler. Ancak bireylerin kontrolü dışında gelişen durumlarda bireyler bunu bir tehdit olarak algılayabilir (Tomaka ve Blascovich, 1994).

Kayacı ve Özbay (2016)'a göre, kontrol gücü yüksek bireyler; karar alma süreçlerinde daha etkin rol üstlenmekte ve bu durum, yaşamlarına yönelik motivasyonlarını artırmaktadır. Kobasa (1979) yaptığı çalışmada kontrol boyutunu varoluşçu yaklaşımın bir parçası olarak ifade etmektedir. Çünkü varoluşçu yaklaşımda

birey kendi kararlarını verebilme ve özgürce seçimlerini yapabilme düşüncesi yer almaktadır. Kontrol boyutu, bireyin yaşantısındaki deneyimlerin pasif birer sonuç değil, kendi seçim ve müdahaleleriyle şekillenebileceğine dair algısını güçlendirmektedir (Kobasa, 1979).

Psikolojik olarak dayanıklı bireyler Kobasa (1979)'nın araştırmalarında belirttiği üç farklı kontrol türünü yaşamlarında kullanırlar.

1. Karar Kontrolü: Bireyin içinde bulunduğu stresli durumlarla etkili bir şekilde başa çıkabilmesi ve mevcut kaynaklardan en uygun olanı seçme yeteneği şeklinde tanımlanmıştır.

2. Bilişsel Kontrol: Devam eden stresli durumların değerlendirilmesi ve stresin yarattığı etkilerin en düşük seviyeye indirilmesini ifade eder.

3. Başa Çıkma Becerisi: Bireyin içinde bulunduğu stresli durumlara karşı başarı kazanma ve stresli durumlarla baş etmek için çeşitli kaynaklara ulaşma yeteneği şeklinde ifade edilir.

Bu kontrol türleri, bireyin stresli durumlar karşısında baş etmesinde olumlu katkılar sağlarken bireyler arasında yaşanan farklılıkların da gösterileceği belirtilmiştir (Kobasa, 1979).

2.1.3.3 Meydan okuma

Meydan okuma boyutu, bireyin değişimi yaşamın kaçınılmaz ve doğal bir parçası olarak görmesi ve kişisel gelişim süreci ilerlemenin değişimle mümkün olabileceğine inanmasıyla ilişkilidir (Sezgin, 2012). Maddi (2004), meydan okumanın günlük yaşam akışının bir parçası olarak değerlendirildiğini ve bireyin güvenliğini tehdit eden bir unsurdan ziyade, kişisel gelişimini destekleyen yapıcı bir inanç biçimi olarak kabul edildiğini belirtmektedir. Bu durumda birey, önüne çıkan güçlükler, zorluklar karşısında başarılı olma ve ilerleme isteği ile baş etmeye başlayacaktır. Bu süreç bireyin karşılaştığı durumlardan ders çıkarma ve bu deneyimleri kişisel gelişimi için bir fırsat olarak değerlendirme yönünde bir dönüşüm yaratacaktır. Daha sonra bu tecrübelerle tekrar karşılaştığı güç ve zor durumları kendi lehine fırsata çevirecektir. Gerekliğinde ise birey tereddüt etmeden hayatıyla ilgili değişimler yapmaktan çekinmeyecektir (Kobasa, 1979; Maddi ve Khoshiba, 1994).

Bireyler değişime karşı daha sakin bir durumda kalmayı başarabilirlerse beklenmedik durumlar karşısında olumlu bir şekilde başa çıktıkları görülmüştür (Sezgin, 2012). Yaşamları boyunca farklı deneyimleri önemsedikleri için çevrelerini her yönüyle keşfederler. Dolayısıyla stresli bir durumla karşılaştıklarında baş etmek için yararlanabilecekleri kaynakları önceden tanırar. Kobasa (1979), bireylerin bilişsel esneklik düzeylerinin, onların değişen çevresel koşullara karşı geliştirdikleri uyum becerilerinin hızını ve etkinliğini belirlemede temel bir belirleyici olduğunu ifade etmektedir.

2.1.4 Psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler

Masten (1994) tarafından yapılan araştırmalarda, psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörlerin iki ana kategoride incelendiği ifade edilmektedir. Bunlar risk faktörleri ve koruyucu faktörler şeklinde adlandırılmıştır.

2.1.4.1 Risk faktörleri

Psikolojik dayanıklılıktan söz edilebilmesi için öncelikle bireyin stres yaratan durumlara ya da olumsuz yaşam koşullarına maruz kalması ve bu koşullar karşısında sergilediği tepkilerin değerlendirilmesi gerekmektedir. Dayanıklılığı olumsuz yönde etkileyen başlıca unsurlardan biri “risk” faktörüdür. Risk faktörü; bireyin gelişimini sekteye uğratabilecek sorunların olumsuz sonuçlar doğurmasına katkıda bulunan tüm çevresel, bireysel ya da yapısal süreçleri kapsamaktadır (Luthar ve Cicchetti, 2000). Kaplan (1999), psikolojik dayanıklılığı bireyin karşılaştığı zorluklar karşısında yapıcı tutumlar sergileyebilme ve bu durumlarla baş edebilme becerisiyle ilişkilendirirken; riski ise, bireyin önceki deneyimlerinden yoksun olduğu ve bu nedenle tanidik olmayan tehdit edici durumları içeren bir olgu olarak tanımlamaktadır.

Risk faktörleri, bireyin maruz kalabileceği olumsuz yaşam koşulları ile bu koşulların doğurabileceği potansiyel zararlı sonuçları içermektedir. Bu bağlamda risk faktörleri, olumsuz bir durumun ortaya çıkma olasılığını artıran ya da mevcut olumsuz koşulların devamlılığını destekleyen etmenler olarak tanımlanmaktadır (Szen, 2015).

Risk faktörleri, bireyin gelişimsel sürecini sekteye uğratabilecek ve uyum kapasitesini zayıflatabilecek tehdit edici unsurlar olarak tanımlanmaktadır. Literatürde bu faktörler genellikle üç temel kategoride ele alınmaktadır: bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörleri (Luthar ve Cicchetti, 2000).

Bireysel risk faktörleri, bireyin psikolojik dayanıklılığını zayıflatabilecek ve stresle başa çıkma kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilecek içsel yetersizliklerle ilişkilidir. Bu bağlamda düşük benlik saygısı, yüksek düzeyde kaygı, problem çözme becerilerindeki yetersizlik ve özgüven eksikliği gibi bireysel özellikler, bireyin karşılaştığı zorluklar karşısında daha kırılgan ve savunmasız bir tutum sergilemesine neden olabilmektedir (Akın, 2013).

Ailesel risk faktörleri, bireyin gelişimsel sürecini olumsuz yönde etkileyebilecek ve psikolojik dayanıklılığını zayıflatabilecek aile sistemine özgü sorunları kapsamaktadır. Ebeveynler arasındaki sürekli çatışmalar, boşanma, ebeveyn kaybı, aile üyelerinden birinin kronik hastalık ya da bağımlılık problemi yaşaması, aile içi şiddet ve yetersiz ebeveynlik tutumları bu faktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca aile içi iletişim eksikliği ve duygusal desteğin yetersizliği, bireyin psikososyal uyumunu ve stresle başa çıkma kapasitesini olumsuz etkileyen önemli etkenlerdendir (Akın, 2013).

Çevresel risk faktörleri, bireyin içinde bulunduğu fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklanan tehdit edici koşulları ifade etmektedir. Savaş, doğal afetler, zorunlu göç, kronik yoksulluk, işsizlik ve toplumsal dışlanma gibi durumlar, bireyin hem fiziksel güvenliğini hem de psikolojik bütünlüğünü ciddi biçimde tehdit edebilmektedir. Bu tür olumsuz çevresel koşullar, bireyin sağlıklı gelişimi için gerekli olan sosyal destek sistemlerinden, koruyucu rol üstlenebilecek modellerden ve kaynaklardan yoksun kalmasına neden olabilir (Luthar ve Cicchetti, 2000).

Risk faktörleri, bireyin sağlıklı gelişimini tehdit eden, uyum süreçlerini zorlaştıran ve psikososyal işleyişini olumsuz yönde etkileyen unsurlar olarak tanımlanmaktadır. Bu faktörler, bireyin yaşamında çeşitli sorunlar ve uyum zorlukları meydana getirerek gelişim süreci açısından önemli bir tehdit oluşturmaktadır (Masten ve Reed, 2002).

Birey, sosyal bir varlık olarak çevresiyle sürekli bir etkileşim içinde bulunur. Bu etkileşim, karşılıklı bir süreçtir; birey, çevresel koşulları etkileyebileceği gibi, aynı zamanda çevreden gelen uyarıcılardan da etkilenir. Bu bağlamda, bireyin gelişimi yalnızca bireysel faktörlerle değil, çevresel etmenlerle de şekillenmektedir (Bronfenbrenner, 1979).

Özetle, risk faktörleri, bireyin gelişimsel sürecini olumsuz yönde etkileyebilecek çeşitli tehdit edici unsurları içermektedir. Söz konusu faktörler, bireysel, ailesel ve çevresel düzeylerde olmak üzere üç temel başlık altında incelenmektedir. Bireysel risk faktörleri, bireyin içsel kaynaklarıyla ilişkili yetersizlikleri kapsar; bunlar arasında düşük benlik saygısı, kaygı düzeyi, problem çözme becerilerindeki eksiklikler ve özgüven eksiklikleri gibi bireyin benlik ile ilgili özelliklerinden kaynaklanan olumsuz durumlar yer almaktadır (Akın, 2013). Ailesel risk faktörleri, bireyin içinde bulunduğu aile yapısındaki olumsuzlukları ifade eder; ebeveynler arasındaki çatışmalar, aile içi şiddet ve yetersiz ebeveynlik tutumları bu faktörler arasında sayılabilir (Akın, 2013). Çevresel risk faktörleri ise bireyin yaşadığı dışsal koşullarla ilgilidir; savaş, doğal afetler, yoksulluk ve sosyal dışlanma gibi durumlar, bireyin güvenliğini ve psikolojik bütünlüğünü tehdit edebilir (Luthar ve Cicchetti, 2000). Bu faktörlerin her biri, bireyin psikolojik dayanıklılığını olumsuz yönde etkileyebilir ve sağlıklı gelişimini engelleyebilir.

2.1.4.2 Koruyucu faktörler

Koruyucu faktörler, bireyin karşılaşabileceği riskli ya da travmatik yaşam olaylarının olumsuz etkilerini en aza indirerek, bireyin bu tür durumlarla daha sağlıklı başa çıkmasını sağlayan unsurlar olarak tanımlanmaktadır (Tümlü ve Recepoğlu, 2013). Bu faktörler, potansiyel bir sorunun ortaya çıkmasını önleyebileceği gibi, mevcut bir problemin birey üzerindeki etkilerini de hafifletici işlev görmektedir. Dolayısıyla, bireyin psikolojik dayanıklılık düzeyinin artmasında koruyucu faktörlerin kritik bir rol oynadığı söylenebilir.

Oktan, Şahin ve Gültekin (2011)'in yürüttüğü çalışmalarda da belirtildiği üzere, bireyin karşılaştığı olumsuz yaşam koşullarında asıl koruyucu etkisi bulunan unsurlar bu faktörlerdir ve aynı zamanda risk faktörlerinin birey üzerindeki olumsuz etkilerini azaltan davranışsal ve bilişsel süreçleri içermektedir. Bu çerçevede, literatürde koruyucu faktörler genellikle üç ana başlık altında incelenmektedir: bireye özgü (içsel) koruyucu özellikler, aile temelli koruyucu unsurlar ve çevre kaynaklı (dışsal) destekleyici etmenler (Oktan, Şahin ve Gültekin, 2011).

Bireysel koruyucu faktörler; yaş, cinsiyet, bilişsel kapasite (zekâ), akademik başarı, hayata yönelik olumlu tutumlar ve bireyin kendini kabul etme düzeyi gibi kişisel özellikleri içermektedir. Bireyin sahip olduğu duygu, düşünce ve tutumlar,

yaşamı boyunca karşılaştığı durumlarda vereceği tepkileri ve alacağı kararları şekillendirmede önemli bir rol oynamaktadır. Benlik kavramı yüksek, içsel motivasyonu güçlü ve pozitif duygulanım geliştirme kapasitesi olan bireylerin stresli yaşam olaylarına karşı daha etkili başa çıkma stratejileri geliştirdikleri araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu doğrultuda, bireyin kendine yönelik olumlu değerlendirmeleri arttıkça psikolojik dayanıklılığı da güçlenmektedir.

Nitekim literatürde yapılan çalışmalar, benlik saygısı, içsel denetim odağı, öz yeterlik inancı, olumlu duygular ve güvenli bağlanma düzeylerinin yüksek olmasının bireyin psikolojik dayanıklılığını artırdığını ortaya koymaktadır (Terzi, 2006; Kararırmak ve Çetinkaya, 2011).

Ailesel koruyucu faktörler, bireyin psikolojik dayanıklılığını destekleyen en temel çevresel unsurlar arasında yer almaktadır. Bu faktörler; sağlıklı ve destekleyici bir aile ortamı, ebeveyn desteği, ailenin okul sürecindeki rolü ve güçlü aile bağları gibi unsurları kapsamaktadır. Bireyin temel öğrenmeleri ve psikososyal gelişimi büyük ölçüde aile ortamında şekillenir. Psikolojik dayanıklılık bağlamında değerlendirildiğinde, bireyin ailesiyle kurduğu güvene dayalı ilişkiler ve geliştirdiği aidiyet duygusu, stresle başa çıkma kapasitesinin güçlenmesinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Werner ve Smith, 1992). Güçlü ailesel bağlara sahip bireylerin, yaşamın zorlu koşullarına karşı daha dirençli bir duruş sergiledikleri çeşitli araştırmalarla da ortaya konmuştur.

Stres ve başa çıkma modeli bağlamında değerlendirildiğinde, çevresel koruyucu faktörler, bireyin stres kaynağını değerlendirme ve uygun başa çıkma stratejileri geliştirme sürecinde kritik bir rol oynayan sosyal destek sistemlerinin varlığı ve işlevselliği ile yakından ilişkilidir (Lazarus ve Folkman, 1984). Bu faktörler arasında, bireyin çevresindeki yetişkinlerle kurduğu olumlu ilişkiler, akran desteği, arkadaş çevresi ve dahil olduğu sosyal gruplar yer almaktadır (Gizir, 2007). Bireyin sosyal çevresinde güvenli bir bağ kurması ve bu gruba ait olma hissi, karşılaştığı stresli durumlarla başa çıkmasında önemli bir rol oynar. Bireyin çevresel destek kaynaklarından yararlanması, çözüm odaklı bilişsel yaklaşımların gelişimini desteklemekte; bu da stresli durumlarla daha etkili başa çıkmayı ve olumsuz deneyimlere karşı daha olumlu, uyum sağlayıcı bir bakış açısı geliştirmeyi mümkün kılmaktadır. Sonuç olarak, çevresel destekler, bireyin psikolojik dayanıklılığını artırarak, zorlu koşullarla daha kolay başa çıkabilmesine olanak tanır (Gizir, 2007).

İçsel (bireysel) koruyucu faktörler, bireyin psikolojik sağlamlığını destekleyen kişisel özellikler ve başa çıkma becerilerini içermektedir. Gürkan (2006), bu faktörleri bireyin stresle başa çıkma kapasitesini artıran temel kişilik özellikleri ve psikolojik kaynaklar olarak tanımlamakta ve şu şekilde sınıflandırmaktadır:

- Kişisel benlik: Bireyin kendisini tanıma ve değer verme kapasitesi,
- Kişisel farkındalık: Duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını tanıma becerisi,
- Kişisel yeterlilik: Zorluklarla baş edebileceğine dair inanç ve beceriler,
- Kişilik: Esneklik, sorumluluk, özdenetim gibi olumlu kişilik özellikleri,
- Kişisel kontrol: Yaşam olayları üzerinde kontrol sahibi olma algısı.
- Bağımsızlık: Bireyin karar alma süreçlerinde öz iradesine dayanarak hareket edebilmesi ve dışsal yönlendirmelere bağlı kalmaksızın eylem geliştirebilme yetisidir.
- İyimserlik: Geleceğe yönelik olumlu beklentiler taşıma eğilimi,
- Sosyal yeterlilik: Başkalarıyla sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürme becerisi,
- Problem çözme becerisi: Bireyin karşılaştığı güçlükler karşısında durumu analiz ederek uygun ve işlevsel çözüm stratejileri geliştirebilme yeterliliğini ifade eder.

Bu içsel faktörler, bireylerin stresli ya da travmatik durumlarla başa çıkmalarını kolaylaştıran, onların esnekliklerini artıran önemli unsurlar olarak değerlendirilmektedir (Gürkan, 2006).

Krovetz (1999), yaptığı araştırmada bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını destekleyen dışsal (çevresel ve ailesel) koruyucu faktörleri şu şekilde sıralamıştır:

- Aile ortamının olumlu bir atmosfer içinde olması,
- Güvenilir ebeveynlerin varlığı,
- Anne- babalar ve yetişkin bireyler arasında güçlü ve yakın ilişkilerin kurulması,
- Düzenli ve istikrarlı bir ev ortamının bulunması,
- Ebeveynlerin yüksek eğitim seviyesine sahip olmaları,

- Eğitimin her koşulda desteklenmesi,
- Sosyoekonomik açıdan avantajlı bir durumun söz konusu olması,
- Sosyal organizasyonlara aktif katılım sağlanması,
- Sorumlu ve kurallara uygun bir arkadaş çevresinin bulunması,
- Yüksek güven düzeyinin oluşturulması.

Bu dışsal faktörler, bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını artıran önemli koruyucu etmenler olarak işlev görmekte ve onların travmatik durumlarla başa çıkma becerilerini güçlendirmektedir (Krovetz, 1999).

2.1.5 Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık

Hemşirelik mesleği, doğası gereği yoğun stres, duygusal yük ve travmatik olaylara maruz kalma riski taşıdığından, psikolojik dayanıklılık bu meslekte kritik bir kişisel kaynak olarak değerlendirilmektedir. Collins (2007)'in hemşireler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, psikolojik olarak dayanıklı kişilik özelliklerine sahip hemşirelerin iş kaynaklı stres düzeylerinin daha düşük olduğu ve stresle daha etkili başa çıkabildikleri saptanmıştır (Collins, 2007). Hemşireler, meslek yaşamları boyunca ölüm, ağır hastalık, hasta yakınlarının duygusal tepkileri gibi çok sayıda travmatik ve stres yaratan durumla karşı karşıya kalmaktadır (Mealer, Jones, Newman, McFann, Rothbaum ve Moss, 2012). Bu nedenle, psikolojik dayanıklılık düzeyleri, hemşirelerin bu tür zorluklarla başa çıkma biçimlerini ve yaşadıkları sürecin olumlu ya da olumsuz yönde ilerlemesini doğrudan etkilemektedir. Literatürde, psikolojik dayanıklılığı yüksek hemşirelerin travmatik durumlar karşısında daha sağlıklı psikolojik tepkiler geliştirdiklerini ve mesleki tükenmişlikten daha az etkilendiklerini göstermektedir (Jackson, Firtko ve Edenborough, 2007).

Psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresin bireyler üzerindeki etkilerini derinlemesine analiz edebilmek için, bu kavramların profesyonel yaşam bağlamında nasıl şekillendiğini ve bu süreçte bireylerin karşılaştığı yapısal ve duygusal zorlukları irdelemek büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik gibi yüksek stresli mesleklerde çalışan bireyler, yalnızca fiziksel sağlıkla değil, aynı zamanda psikolojik ve duygusal zorluklarla da başa çıkmak zorundadır (Mealer ve diğerleri, 2012). Hemşirelerin travmatik durumlarla sıkça karşılaşması, onların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin mesleki performansları ve ruhsal iyilik hâli üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır

(Jackson ve diğeri, 2007). Bu bağlamda, hemşirelik mesleğinde psikolojik dayanıklılığın geliştirilmesi, yalnızca bireysel ruh sağlığının korunmasına katkı sağlamakla kalmamakta, aynı zamanda mesleki tükenmişlik ile ikincil travmatik stresin önlenmesinde de temel bir koruyucu faktör olarak öne çıkmaktadır. Nitekim Collins (2007), hemşirelerin yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip olmalarının, travmatik olaylarla karşılaştıklarında daha işlevsel başa çıkma stratejileri geliştirmelerine olanak tanıdığını ve bunun da mesleki performansı artırarak tükenmişlik riskini önemli ölçüde azalttığını ifade etmektedir. Benzer biçimde, Killian (2008) tarafından gerçekleştirilen araştırmalar, yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılık sergileyen hemşirelerin yoğun stres koşullarında daha işlevsel başa çıkma stratejileri geliştirdiklerini ve bu durumun ikincil travmatik stres semptomlarının daha hafif düzeyde yaşanmasına katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

Bazı hemşireler, travmatik olaylar ve stresli durumlarla karşılaştıktan sonra psikolojik zorluklar yaşamakla birlikte, bu süreçle başa çıkmak adına mesleki görevlerine devam etmektedirler. Bu süreç, hemşirelerin kişisel olgunlaşmalarını teşvik etmekle kalmaz, aynı zamanda mesleki deneyimlerini zenginleştirerek daha derin bir uzmanlık kazanmalarına yardımcı olur. Karşılaştıkları zorlu durumlar, onların yaşamı algılayış biçimlerinde dönüşüm yaratmakta; bu da daha olgun, esnek ve dirençli bir tutum geliştirmelerine zemin hazırlamaktadır (Bakhshi, Lynn-Nicholson, Jones ve Smith, 2014). Öte yandan, bazı hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri daha düşük olup, bu durum onların travmatik yaşantılarla başa çıkma süreçlerinde daha fazla zorlanmalarına neden olmaktadır. Bireyler, maruz kaldıkları yoğun stres ve duygusal baskı karşısında daha hassas tepkiler verebilmekte; bu durum da onların uyum sağlama süreçlerinde çeşitli psikolojik güçlüklerle karşılaşmalarına neden olabilmektedir (Bonanno, 2004). Bu, onların psikolojik iyilik hallerini sürdürebilmeleri için daha fazla desteğe ihtiyaç duyacakları anlamına gelmektedir.

Hemşireler, stresli olaylar ve karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkarken, bu süreçlerden önemli deneyimler kazanarak kişisel ve profesyonel gelişimlerini desteklemektedirler. Bu deneyimler, hemşirelerin kendilerini topluma faydalı hissetmelerine katkı sağlamakta ve aynı zamanda mesleki motivasyonlarını artırmaktadır. Sonuç olarak, hemşirelerin çalışma süreleri boyunca motivasyon düzeyleri ve iş verimlilikleri artmakta, bu da onların profesyonel yeterliliklerine

doğrudan etki etmekte ve sağlık hizmetlerinin kalitesine olumlu yansımaktadır (Bakhshi ve diğerleri, 2014; Shih, Chan, Liao ve Chuang, 2002).

Brooks, Amlot, Robin ve Greenberg (2018) çalışmalarında psikolojik dayanıklılığı etkileyen üç temel faktörde incelemektedir. Birincisi, bireylerin eğitim alma süreçleriyle ilişkilidir. Eğitim ve profesyonel gelişim, bireylerin deneyim kazanmalarına, kendilerini yeterli hissetmelerine ve karşılaştıkları zorluklara karşı daha esnek bir tutum sergilemelerine katkı sağlamaktadır. Araştırmalar, eğitim almış profesyonellerin, eğitim almamış ya da gönüllü çalışanlara kıyasla daha esnek olduklarını ve travmatik durumlarla başa çıkmada daha başarılı olduklarını ortaya koymaktadır. İkinci olarak, sosyal destek, bireylerin psikolojik dayanıklılığını önemli ölçüde güçlendiren bir faktördür. Aile, arkadaşlar ve iş arkadaşlarından gelen destek, bireylerin olumsuz duygusal belirtileri hafifletmelerine yardımcı olmakta ve ruhsal iyilik hallerini iyileştirmektedir. Üçüncü faktör ise başa çıkma stratejileridir. Etkili başa çıkma yöntemleri, ruhsal sağlığı doğrudan etkileyerek bireylerin dayanıklılığını artırmaktadır. Problem odaklı başa çıkma stratejileri, bireyin karşılaştığı durumu kabullenerek sorumluluk almasını, rasyonel kararlar alarak yapıcı tepkiler geliştirmesini mümkün kılar. Bu yaklaşım, çalışanların psikolojik esnekliklerini artırarak zorlu koşullar karşısında daha dirençli bir tutum sergilemelerine katkı sağlar (Brooks ve diğerleri, 2018).

2.2. İkincil Travmatik Stres Kavramı

İkincil travmatik stres (İTS) olgusunu kapsamlı bir biçimde değerlendirebilmek için, öncelikle travma ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) kavramlarının kuramsal temellerini ve psikolojik yansımalarını anlamak gerekmektedir.

Travma, bireyin karşılaştığı sorunlarla baş etme yeteneğini ortadan kaldıran, kişiyi derinden etkileyen ve stres yaratan bir olay olarak tanımlanır. Bu tür olaylar, bireyde psikolojik ve duygusal bozulmalara yol açabilir. Travmanın etkisi, bireyin yaşadığı olayın yoğunluğuna ve bireysel başa çıkma mekanizmalarına bağlı olarak değişiklik gösterebilir (Kahil, 2016).

TSSB, bir bireyin, kendisini tehdit eden veya travmatik bir durumu doğrudan deneyimlemesinin ardından ortaya çıkan bir bozukluktur. Bu bozukluk, travmatik

olayı tekrar yaşama, olaydan kaçınma ve artan uyarılma belirtileri ile kendini gösterir (American Psychiatric Association, 2013).

Bireyin doğal afet, ciddi kaza, istismar, fiziksel şiddet, ölüm tehdidi ya da ağır yaralanma gibi travmatik bir olayı doğrudan deneyimlemesi, literatürde “birincil travma” olarak tanımlanmakta ve bu tür deneyimlerin bireyin psikolojik bütünlüğü üzerinde derin etkiler yaratabileceği belirtilmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Ancak bir kişi, başkasının travmasına tanık oluyorsa, travmatik olay hakkında bilgi sahibi olmuşsa, olayın detaylarını dinlemişse veya mağdura yardım etmeye çalışıyorsa, yani dolaylı yoldan bir travmatik durumdan etkileniyorsa, bu durum ikincil travma olarak ifade edilmektedir (Erdener, 2019).

İTS, bireyin travmadan doğrudan etkilenmeksizin, travma mağdurları ile çalışan profesyonellerin dolaylı olarak etkileşim yaşaması sonucu travmatik belirtiler göstermesiyle ortaya çıkan bir psikolojik olgudur (Figley, 1995). Bu durum, bireylerin travmatik olayları bizzat yaşamaları da mağdurların yaşadıkları acıları dinleyerek veya onlarla empati kurarak dolaylı şekilde travmadan etkilenmesiyle ortaya çıkar. İTS, genellikle travma mağdurlarına yardımcı olan profesyonellerde, özellikle sağlık çalışanları, terapistler ve sosyal hizmet uzmanları gibi roller üstlenen kişilerde daha sık rastlanan bir durumdur. Bu bireyler, başkalarının yaşadığı travmalarla sürekli olarak etkileşimde oldukları için dolaylı şekilde stresin etkilerine maruz kalabilirler. Yardım eden bireyler, mağdurların yaşadıkları travmatik deneyimlere maruz kalmış gibi duygusal ve psikolojik tepkiler gösterebilirler. Bu olgu, literatürde “şefkat yorgunluğu” ya da “dolaylı travma” gibi kavramlarla da ifade edilmekte ve özellikle yardım mesleklerinde sıkça karşılaşılan bir psikolojik yüklenme biçimi olarak tanımlanmaktadır (Figley, 1995; Bride, 2007).

Son 50 yıldır insanların başkalarının yaşadığı olaylardan ikincil olarak etkilendikleri acı ve üzüntü verici olayların yardım ilişkisi içinde devam eden bir etki yarattığı kabul edilmektedir. Her ne kadar İTS kavramı, travma kuramı içerisinde tanımlanmış olsa da özellikle son yıllarda bu olgunun kuramsal sınırlarının netleştirilmesine yönelik kavramsallaştırma çabaları daha belirgin bir şekilde öne çıkmaktadır (Valent, 2002). Figley 1971’de Vietnam Savaşı’nda yer alan bir er ile olan görüşmesinde yardım edenin de yardıma ihtiyacı olabileceğini ilk kez bu durumla fark etmiştir (Figley, 1995). Ayrıca zorlu koşullar altında olan profesyonellerin

danışanlarının olaylara bakış açılarından etkilendiklerini ve danışanların sergiledikleri tutumla eş değer bir tutum gösterebildiklerini ifade etmiştir (Hamilton, 2008).

Travmatik olaylar sonrasında travma mağduru bireylerin aileleri ve yakınları, ilk tıbbi müdahaleyi yapan sağlık çalışanları, mağdurlara psikolojik destek veren ruh sağlığı çalışanları, arama kurtarma çalışmalarına katılan meslek elemanları ve gönüllüler ve medyadan travmatik olayların etkilerini izleyen bireylerin de İTS'ye maruz kaldığı ifade edilebilir (Yılmaz, 2007). Bu doğrultuda, travmatik yaşantıların yalnızca doğrudan maruz kalan bireyleri değil, aynı zamanda bu bireylerin yakın çevresini ve onlara destek sunmaya çalışan profesyonelleri de psikolojik olarak etkileyebildiği ortaya konmuştur (Figley, 2002).

İTS, travma mağduru bireylere doğrudan hizmet sağlama noktasında verilen hizmetin kalitesi ve işlevselliğinin azalmasına neden olabilecek mesleki bir tehlike olarak karşımıza çıkmaktadır (Bride, Hatcher ve Humble, 2009). Çok boyutlu etkiler yaratan savaşlar, çatışmalar ve doğal afetler gibi insani kriz durumlarında, yalnızca doğrudan etkilenen bireylerde değil, bu süreçte yardım sunan profesyonellerde de İTS tepkilerinin gelişebileceği öne sürülmektedir (Wee ve Myers, 2003; Figley, 1998). Belirtilen kriz durumlarında yardıma ihtiyacı olan travma mağdurlarının ve mağdurlara yardım eden profesyonellerin sayısında belirgin bir artış olacağı düşünülmektedir.

Travma mağduru yaşadığı olayı yardımda bulunan profesyonellerle paylaşması halinde profesyoneller bu durumdan etkilenip travmaya dair anılar zihninde canlanarak bireyleri etkisi altına alabilir. Bu durum profesyonellerin zihninde tekrarlanarak döngü oluşturabilir. Bu doğrultuda hemşirelerin İTS'ye maruz kalmaları kaçınılmazdır (Lev ve Amir, 2001). Ayrıca, İTS, çalışanların genel işlevsellik düzeylerini de olumsuz yönde etkileyebilir. Yardım sağlayan bireylerin duygusal dayanıklılığının azalması, onların zihinsel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyerek tükenmişlik ve performans düşüşü yaratabilir (Wee ve Myers, 2003). Bu bağlamda, İTS'nin önlenmesi ve etkili bir biçimde yönetilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi, sağlık çalışanlarının psikolojik açıdan iyi oluşunun desteklenmesi ve mesleki işlevselliklerinin uzun vadede korunması açısından büyük önem arz etmektedir.

Figley (1995), travmaya maruz kalan bireylerle çalışmanın etkilerini üç ana kategoriye ayırmıştır. Psikolojik sıkıntı veya işlevsellikte bozulmanın göstergeleri,

bilişsel değişimler ve ilişkilerdeki bozulmalar şeklinde tanımlanmaktadır (Figley, 1995). Psikolojik sıkıntı ve işlevsellikte bozulma göstergeleri: birey için rahatsızlık veren duygular, travmatik materyali içeren imgeler, travmatik materyalle çalışmaktan kaçınma ya da duyarsızlaşma, uyku bozuklukları, bağımlılık veya takıntılı davranışlar, aşırı uyarılma, gündelik sosyal ve kişisel rollerde bozulma durumlarını içerir (Figley, 1995; Bride, 2007; Dutton, 1995; Bober, 2006). Bilişsel değişimler ise güven duygusundaki değişiklikler, artmış kırılma algısı, yoğun çaresizlik hissi, kontrol kaybı olarak belirtilmektedir (Iliffe ve Steed, 2001; Ortlepp ve Friedman, 2002). Bireyler arası ilişkilerin bozulması güven ve yakınlık kurmadaki güçlüklerle ilişkili olan stres ve zorlukları kapsamaktadır (Clark ve Gioro, 1998).

Sonuç olarak, travmatik deneyimlere doğrudan maruz kalmanın yanı sıra, bu tür olaylara dolaylı olarak tanıklık etmek ya da bu olaylarla ilişkili bireylerle sürekli temas halinde bulunmak da psikolojik açıdan önemli riskler barındırmaktadır. Dolaylı travma maruziyeti, bireyin içsel dünyasında duygusal yüklenmelere, stres düzeyinde artışa ve sosyal ilişkilerde bozulmalara neden olabilmektedir. Bu bağlamda, İTS gibi kavramlar, yalnızca travmaya doğrudan maruz kalan bireylerin değil, aynı zamanda bu sürece tanıklık eden ya da destek sunan kişilerin de ruh sağlığı açısından dikkate alınması gereken önemli bir alanı işaret etmektedir. Söz konusu olgunun hem bireysel hem de toplumsal düzeyde etkilerinin anlaşılabilmesi, koruyucu müdahalelerin geliştirilmesi açısından temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

2.2.1 İkincil travmatik stresi açıklayan yaklaşımlar

İTS, travmaya doğrudan uğramayan ancak travma yaşayan bireylerle empatik bir bağ kuran bireylerde ortaya çıkan bir psikolojik durumdur. Bu tür stresin birey üzerindeki etkileri çeşitli yaklaşımlar çerçevesinde açıklanmaktadır. Morrisette (2004), İTS'nin, travmaya tanıklık eden veya travmanın yakın çevresinde bulunan bireylerde, kaygı, depresyon, tükenmişlik gibi psikolojik semptomlara yol açabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, bu stres türü, travma mağduruyla duygusal bağ kuran bireylerde benzer şekilde duygusal bozulmalar ve başa çıkma becerilerinde zayıflamalar yaratabilir. Bunun yanı sıra, empatik yüklenmenin ve duygu bulaşmasının, profesyonel yardım sağlayanlarda özellikle yoğun olduğu gözlemlenmiştir (Figley, 1995). İTS'nin etkileri yalnızca duygusal düzeyde kalmayıp, bireyin yaşam kalitesini ve psikolojik dayanıklılığını da ciddi şekilde tehdit edebilir

(Bride, 2007). Bu süreçte psikolojik dayanıklılık, bireylerin travmanın olumsuz etkileriyle başa çıkmalarına yardımcı olan önemli bir faktördür (Masten, 2001).

- **Dalga Etkisi Yaklaşımı:** Remer ve Ferguson (1995) tarafından geliştirilen bu yaklaşım, travmatik olayların etkisinin tıpkı suya atılan bir taşın oluşturduğu halkalar gibi, bireyden başlayarak ailesine, yakın çevresine ve profesyonel destek sağlayanlara kadar dış çevreye dalgalar halinde yayıldığını öne sürmektedir. Bu çerçevede, travmaya doğrudan uğramayan ancak olaya tanıklık eden, destek sağlayan ya da duygusal olarak yakınlık kuran bireyler, İTS'ye yatkın hale gelmektedir (Gündüz, 2020). İlgili literatür, özellikle yardım mesleklerinde çalışan bireylerin, bu dalga etkisinin en dış halkasında bile yer alsalar, ciddi düzeyde psikolojik etkilenim yaşayabildiklerini göstermektedir (Figley, 1995). Bu noktada psikolojik dayanıklılık, bireylerin travmanın çevresel etkilerine karşı koruyucu bir faktör olarak ön plana çıkmakta; bireyin stresle başa çıkma kapasitesini artırarak İTS'nin olumsuz etkilerini azaltmaktadır (Masten, 2001; Killian, 2008).

- **Kiazma Etkisi Yaklaşımı:** Travmatik bir deneyim yaşamış bireye destek veren kişinin, bu desteğin bir sonucu olarak travmadan ikincil düzeyde etkilenmesini açıklayan bir kuramsal çerçevedir. Özellikle aile bireyleri arasındaki duygusal bağın derinliği, bu etkinin daha yoğun yaşanmasına zemin hazırlayabilmektedir (Figley, 1998). Örneğin, bir çocuğun travmatik bir olaya maruz kaldığını öğrenen ebeveynin, çocuğa kıyasla daha yüksek düzeyde psikolojik etkilenim yaşaması, kiazma etkisi kapsamında değerlendirilmektedir (Figley, 1993). Benzer biçimde, savaş sonrası eve dönen askerlerin yaşadığı travmaların, yalnızca askerle sınırlı kalmayıp, aile bireylerine de yansıdığı ve bu durumun aile sistemi içinde tükenmişlik ve duygusal yıpranma yarattığı belirtilmektedir (Peeples, 2000). Bu yaklaşım, travmanın birey düzeyinde değil, ilişkisel bağlamda da anlaşılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

- **Duygu Bulaşması Yaklaşımı:** Bireyler arası etkileşim sürecinde, özellikle yoğun duygusal bağların kurulduğu durumlarda, bir kişinin duygusal durumunun diğer kişi tarafından istemsiz olarak içselleştirilmesini ifade eder. Bu yaklaşım, travmatik deneyime doğrudan maruz kalmayan bireylerin, travma mağduru kişilerle kurdukları empatik ilişkiler sonucunda benzer duygusal tepkiler geliştirebileceklerini öne sürmektedir (Hatfield, Cacioppo ve Rapson, 1993; Miller, Stiff ve Ellis, 1988). Bu süreçte, birey, diğer kişinin acı, korku veya çaresizlik gibi güçlü duygusal hallerini farkında olmadan benimseyerek, travmatik deneyime ikincil olarak maruz kalabilir.

Travma mağdurlarına yardım sürecinde yer alan bireylerde, özellikle yardım mesleklerinde çalışan profesyoneller, danışmanlar ve mağdurun yakın çevresinde, İTS'nin ortaya çıkmasında duygu bulaşması önemli bir etken olarak değerlendirilmektedir (Peeples, 2000). Travmatik anlatıya maruz kalan bireylerde gelişen istemsiz duygu geçişleri, empatik yorgunluk, duygusal tükenmişlik ve psikolojik kırılganlıkla sonuçlanabilir. Bu bağlamda, psikolojik dayanıklılık, bireylerin duygusal aktarım süreçlerini sağlıklı bir şekilde yönetme ve dengeleme kapasitesini güçlendirerek, duygu bulaşmasının oluşturabileceği psikolojik olumsuz etkileri en aza indiren önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır (Figley, 2002). Dayanıklı bireyler, çevresel etkileşimlerden kaynaklanan duygusal yükleri daha etkili bir biçimde ele alabilir, bu sayede travmatik etkilerden ve empatik yorgunluktan korunarak psikolojik iyilik hallerini sürdürebilirler.

- Ekolojik Yaklaşım: Çevre, bireyin yaşamını şekillendiren fiziksel, sosyal, kültürel ve ekonomik koşulların bütünüdür. Bu çevresel sistemler, birey ile kesintisiz ve karşılıklı bir etkileşim süreci içerisinde. Söz konusu etkileşim dinamik bir yapıya sahip olup hem birey üzerinde hem de çevresel sistemlerde çeşitli düzeylerde değişim ve dönüşümlere yol açmaktadır. Bu durum, birey ve çevre arasındaki ilişkinin karşılıklı olarak birbirini biçimlendiren bir yapı sergilediğini göstermektedir (Duyan, 2014; Uraz, 2016). Travma mağduruna yardım etmeye çalışan bireylerde bu durumdan etkilenecek ikincil travma yaşanmasına sebep olmaktadır.

İş yaşamına yönelik ekolojik yaklaşım, bireyin yalnızca fiziksel çalışma koşullarıyla değil, aynı zamanda sosyal, örgütsel ve psikolojik çevre unsurlarıyla olan karşılıklı etkileşimini temel alan çok boyutlu bir çerçeve sunmaktadır. Bu yaklaşıma göre, çalışanların kullandıkları araç ve gereçlerin niteliğinden, iş yerinin fiziksel yapısına, teknik donanımına ve sosyal ilişkiler ağına kadar pek çok unsur, bireyin iş deneyimini doğrudan şekillendirmektedir (Bronfenbrenner, 1979; Van der Doef ve Maes, 1999). Çalışma ortamı, yalnızca iş performansını değil, aynı zamanda bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halini etkileyen başlıca çevresel etkenlerden biri olarak değerlendirilmektedir (Sonnentag, 2018). Bu bağlamda, mesleki görevlerin niteliği ile çevresel koşullar arasındaki etkileşim, çalışanların genel yaşam doyumu ve psikolojik açıdan iyi olma düzeylerini önemli ölçüde şekillendirmektedir (Schaufeli ve Taris, 2014).

Warr (2002), ekolojik bir yaklaşım temelinde bireylerin iş yaşamındaki çevresel etkileşimlerini inceleyerek, çalışanların iş ortamlarındaki çeşitli faktörlerin bireysel refah üzerindeki etkilerini belirleyen bir çerçeve oluşturmuştur. Bu çevresel temeller kümesi, işin doğası ve çevresel koşullar arasındaki etkileşimi vurgular ve çalışanların psikolojik ve fiziksel iyilik halleriyle doğrudan ilişkilidir. Warr (2002), bu faktörleri şu şekilde sıralamaktadır:

- a) İş ile ilgili karar alma süreçlerine katılım,
- b) Çalışanların mesleki becerilerini kullanabilme imkânı,
- c) Görünür ve ulaşılabilir hedeflerin varlığı,
- d) İşin çeşitliliği ve monotonluktan kaçınılması (tekrarlamayan görevler),
- e) Çevresel şeffaflık (işle ilgili bilgi ve yönergelerin ulaşılabilirliği),
- f) Elde edilen gelir ile işin karşılığı arasındaki denge,
- g) Güvenli çalışma şartlarının sağlanması,
- h) Çalışanlar arasındaki ilişkinin kalitesi,
- i) Çalışanın bulunduğu mevkii gereği elde ettiği toplumsal prestij ve sosyal statü.

Bu unsurlar, çalışanların iş ortamları ile olan etkileşimlerinde önemli rol oynar ve genel psikolojik refahlarını şekillendirir (Van der Doef ve Maes, 1999; Warr, 2002). Warr (2002)'ın yaklaşımı, çevresel faktörlerin, çalışanların iş yaşamındaki motivasyonunu, iş tatmini ve genel yaşam kalitesini nasıl etkilediğini anlamada önemli bir temel sunmaktadır.

2.2.2 İkincil travmatik stresin belirtileri

Yapılan literatür incelemelerinde, travmatik olaylarla dolaylı olarak karşılaşan profesyonellerde sıklıkla travma sonrası çeşitli psikolojik, fizyolojik ve davranışsal belirtilerin gözlemlendiğini ortaya koymaktadır (Figley, 1995; Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt ve Foreman, 1996; Johnsen, Eid, Laberg ve Thayer, 1997). Bu belirtiler genel olarak şu şekilde sınıflandırılabilir:

- Travmatik olayları hatırlatan uyaranlardan kaçınma eylemi ve buna bağlı olarak sosyal geri çekilme davranışları,

- Öfke, kaygı, huzursuzluk ve uyku bozuklukları gibi aşırı uyarılma belirtileri,
- Yoğun umutsuzluk ve suçluluk duyguları,
- Mide ve bağırsak problemleri, kardiyovasküler düzensizlikler, tansiyon değişiklikleri ve genel vücut ağrıları gibi psikosomatik şikayetler,
- Alkol veya madde kullanımında artış ya da bağımlılık oluşması,
- Sosyal ilişkilerde ve mesleki rollerin yerine getirilmesinde işlevsellik kaybı,
- Güven duygusunun zedelenmesi, artan kırılganlık algısı, çaresizlik ve kontrol kaybı gibi bilişsel çarpıtmalar.

Travmatik olaylara müdahale eden sağlık profesyonelleri, özellikle olaylara doğrudan maruz kalmasalar bile, travmaya tanıklık etme, mağdurlara yardım etme ve onların acılarına ortak olma süreçleri nedeniyle İTS açısından önemli bir risk altındadır (Figley, 1995). Acil sağlık çalışanları, paramedikler ve ambulans görevlileri gibi meslek grupları; ağır yaralanmalar, ölü bedenlerle karşılaşmalar ve yoğun fiziksel acı yaşayan bireylere müdahale gibi yüksek düzeyde stres içeren durumlarla sıklıkla karşılaşmaktadır (Fullerton, McCarroll, Ursano, ve Wright, 1992). Bu tür deneyimler, çalışanların mağdurlarla empatik ilişki kurmasına ve onların duygusal yükünü içselleştirmesine yol açabilir. Özellikle yardım etmede başarısız oldukları ya da yaşamı kurtaramadıkları durumlarda, profesyonellerin suçluluk, çaresizlik ve kontrol kaybı gibi yoğun duygular yaşaması mümkündür. Bu duygular zamanla kalıcı hale gelerek bireyde İTS tepkileri oluşturabilir (Marmar ve diğerleri, 1996). Bu nedenle, travmaya dolaylı yoldan maruz kalan sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılıklarının desteklenmesi hem bireysel hem de mesleki işlevselliklerinin korunması açısından kritik öneme sahiptir.

Bu tür meslek temelli riskler, sağlık çalışanlarının travmatik olaylara doğrudan tanıklık etmese bile yoğun duygusal yük taşımalarına neden olmakta ve onları İTS açısından savunmasız hale getirmektedir. İTS belirtileri, genellikle belirli bir travmatik olay sonrasında hızlı bir şekilde ortaya çıkmakta ve çoğunlukla kısa süreli bir ilerleme göstermektedir. Ancak bu belirtiler zamanla kalıcı hale gelebilmekte ve bireyin psikolojik iyilik halini uzun vadede olumsuz etkileyebilmektedir (Gürkan ve Yalçiner, 2017). Bu durum, İTS'nin yalnızca anlık bir psikolojik tepki değil, müdahale edilmediğinde uzun süre kalıcı hale gelen bir ruhsal sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır.

İTS, genellikle travmatik olaylara ilişkin yeniden yaşantılama, bu deneyimlere dair uyaranlardan kaçınma ve artmış fizyolojik uyarılmışlık gibi semptomlarla kendini göstermektedir.

- Yeniden Yaşantılama: Travma mağduruna yardım eden bireyin mağdurun yaşadığı olayları dinlerken empatik bir şekilde onun yerine geçmesi ve aynı duygusal deneyimleri yaşaması durumunu tanımlar (Kahil, 2016).

- Kaçınma: Travma ile ilişkilendirilen durumlardan ve ortamlardan kaçınma eğilimi, profesyonellerin travmanın anılarını tetikleyen koşullardan uzak durmalarına yol açar. Bu da sosyal izolasyona, çevrelerinde kendilerini güvende hissetmeme durumuna ve yaşamdan geri çekilme davranışlarına neden olabilir (Kaya, 2015).

- Artmış Uyarılmışlık: Bu belirti grubu, profesyonel yardım sunan bireylerde yaygın olarak gözlemlenen yoğun sinirlilik hali, uyku bozuklukları, olaylara karşı orantısız tepkiler, içsel huzursuzluk ve yalnızlık hissi gibi semptomlarla kendini göstermektedir. Artmış uyarılmışlık, bireyin duygusal ve fizyolojik sistemlerinin sürekli bir tetikte olma durumu içinde işlev göstermesiyle ilişkilidir ve bu durum, bireyin genel psikolojik dayanıklılığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum, bireyin dikkatini toplamada zorluk yaşamasına ve düşünce yapısının kırılganlaşmasına yol açabilir (Kahil, 2016). Ayrıca, somatik belirtiler de gözlemlenebilir; kalp atışında hızlanma, tansiyon yükselmesi, sindirim sorunları, terleme, üşüme ve vücutta ağrı gibi fiziksel rahatsızlıklar sıklıkla görülmektedir (Kaya, 2015).

2.2.3 İkincil travmatik stresin oluşumunu etkileyen faktörler

İTS'nin gelişiminde etkili olan etmenler, genel olarak bireysel ve mesleki faktörler olmak üzere iki temel başlık altında değerlendirilmektedir. Bireysel faktörler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi gibi demografik özellikler yer alırken; mesleki faktörler ise bireyin icra ettiği meslek grubu, mesleki deneyim süresi, travmatik olaylara maruz kalma süresi ve biçimi ile alınan mesleki eğitimlerin niteliği gibi unsurları kapsamaktadır (Wagner, Heinrichs ve Ehlert, 1998; Al-Naser ve Everly, 1999). Bu değişkenlerin her biri, bireyin travmatik içeriklere karşı gösterdiği psikolojik tepki düzeyini ve ikincil travmaya karşı duyarlılığını etkileyebilmektedir.

2.2.3.1 Bireysel faktörler

İTS'nin ortaya çıkışında bireysel özellikler belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, bireyin geçmiş travmatik yaşantılarının varlığı, algıladığı sosyal destek düzeyi, aile içi ilişkilerinin niteliği, ailesinde psikiyatrik rahatsızlık öyküsünün bulunup bulunmadığı, genetik yatkınlık, başa çıkma stratejileri ve kişilik özellikleri gibi birçok değişken bireysel faktörler kapsamında değerlendirilmektedir (Gökçe ve Yılmaz, 2017). Her birey, karşılaştığı stres verici durumları kendi bilişsel çerçevesine göre anlamlandırmakta ve bu olaylara verdiği tepkilerde farklılık gösterebilmektedir. Bu nedenle, İTS'nin gelişiminde bireysel faktörlerin etkisi göz ardı edilemeyecek düzeydedir.

2.2.3.2 Mesleki faktörler

Mesleki faktörler, bireylerin İTS geliştirme riskinde önemli bir rol oynamaktadır. Çalışma koşulları, travmatik olaylara maruz kalma sıklığı ve süresi ile travma sonrasında sağlanan eğitimsel ve psikososyal destek hizmetlerinin varlığı, bireylerin bu süreçleri nasıl deneyimlediğini doğrudan etkilemektedir (Kaya, 2015). Travma sonrası dönemde bireyin iş ortamında karşılaştığı koşullar da stres belirtilerinin oluşumuna katkı sağlayabilmektedir. Özellikle çalışanların meslektaşları, yöneticileri ve kurum tarafından desteklendiklerini hissetmeleri, motivasyon artırıcı uygulamaların varlığı ve kurumsal anlamda güven ortamının sağlanması, ikincil travma düzeyinin azaltılmasına yardımcı olabilmektedir (Büyükbodur, 2018).

2.2.4 İkincil travmatik stresten korunma stratejileri

İTS'nin önlenmesine yönelik yönetsel düzeyde müdahale stratejileri: İTS'nin etkilerini azaltmada yalnızca bireyin baş etme kapasitesi yeterli olmamakta; aynı zamanda organizasyonel düzeyde yapılandırılmış destek sistemleri de kritik bir rol oynamaktadır. Literatürde, çalışan refahını destekleyen ve İTS'yi önlemeye yönelik önerilen yönetsel stratejiler şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Mesleki süpervizyonun düzenli olarak sağlanması, çalışanların mesleki yeterliliklerini artırmalarının yanı sıra duygusal yüklerini profesyonel bir çerçevede ele almalarına olanak tanır (Bride, 2007).

2. Kurum bünyesinde sunulan psikolojik danışmanlık hizmetlerine ve dış kaynaklı destek sistemlerine erişim olanaklarının sağlanması, çalışanların yaşadığı stres düzeyinin azaltılmasında etkili bir rol oynamaktadır (Figley, 2002).

3. Destek grupları ve psikodrama uygulamaları, çalışanların travmatik deneyimlere dair duygu ve düşüncelerini paylaşabilecekleri güvenli alanlar sunar (Hudnall Stamm, 1999).

4. Çalışanların duygusal dayanıklılığını artırmaya yönelik olarak stres yönetimi ve gevşeme becerilerini içeren programların hizmet içi eğitimlerle bütünleştirilmesi, psikolojik iyilik hallerinin desteklenmesinde önemli bir işlev görmektedir (Newell ve MacNeil, 2010).

5. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi, iş yükünün dengelenmesi ve dinlenme sürelerinin sağlanması, tükenmişliği ve İTS riskini azaltan önemli faktörlerdir (Cieslak, Shoji, Douglas, Melville, Luszczynska ve Benight, 2014).

6. Profesyonel emeğin tanınması ve işin anlamlandırılmasına destek olacak yapıcı geri bildirimlerin sunulması, motivasyonu artırarak psikolojik sağlık düzeyini güçlendirir (Baird ve Kracen, 2006).

7. Ekip içi iletişim ve iş birliğini geliştiren toplantıların düzenli hâle getirilmesi, sosyal destek algısını pekiştirir ve izolasyon duygusunu azaltır (Bell, Kulkarni ve Dalton, 2003).

8. İTS belirtilerine dair farkındalık artırıcı eğitimlerin sunulması, çalışanların kendi ruhsal durumlarını daha iyi tanımlarına olanak sağlar (Figley, 1995).

İTS, travmaya doğrudan maruz kalmayan fakat başkalarının travmatik deneyimlerine empatik bağ ile tanıklık eden profesyonellerde sıklıkla görülen psikolojik bir durumdur (Figley, 1995). Bu bağlamda bireyin psikolojik dayanıklılığını artırmaya yönelik kişisel farkındalık, başa çıkma becerileri ve öz bakım alışkanlıkları İTS'nin önlenmesinde kritik bir öneme sahiptir. Literatürde İTS'nin önlenmesine yönelik bireysel düzeyde müdahale stratejileri şu şekilde özetlenebilir:

1. Öz farkındalık geliştirme: İTS'nin önlenmesinde bireyin kendi sınırlarını, duygusal tepkilerini ve tükenmişlik düzeyini tanıyarak öz farkındalık geliştirmesi, travmatik etkilerin erken fark edilmesini ve etkili baş etme stratejilerinin kullanılmasını kolaylaştırmaktadır (Newell ve MacNeil, 2010).

2. Düzenli öz bakım uygulamaları: Uyku düzeni, dengeli beslenme, fiziksel egzersiz, hobi edinme gibi yaşam tarzına dair sağlıklı alışkanlıkların geliştirilmesi stresle baş etmede etkilidir (Saakvitne ve Pearlman, 1996).

3. Profesyonel sınır koyma becerileri: Yardım mesleklerinde çalışan bireylerin, hizmet verdikleri kişilere karşı empatik yaklaşımı sürdürürken aynı zamanda profesyonel mesafeyi koruyabilmeleri duygusal tükenmeyi azaltmaktadır (Rothschild, 2006).

4. Duygusal boşaltım teknikleri: Yazma, sanatla ifade, nefes egzersizleri ve meditasyon gibi yöntemlerle bireyin duygusal yükünü hafifletmesi sağlanabilir (Figley, 2002).

5. Sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi: Aile, arkadaşlar ve meslektaşlarla kurulacak güçlü ilişkiler, yaşanan zorlayıcı deneyimlerin paylaşılmasını ve normalleştirilmesini sağlayarak bireyin psikolojik dayanıklılığını artırır (Trippany, Kress ve Wilcoxon, 2004).

6. Travma ve stres yönetimi konularında sürekli eğitim: Bireyin travmatik olaylarla başa çıkma konusunda bilgi sahibi olması, risk faktörlerine karşı daha bilinçli davranmasını sağlar (Baird ve Jenkins, 2003).

Bu bireysel yaklaşımlar, özellikle yardım mesleklerinde çalışan bireylerin ikincil travmaya karşı korunmasında önemli bir tampon işlevi görmektedir. Kendine yönelik bakımın bir profesyonel sorumluluk olduğu anlayışı, uzun vadede mesleki sürdürülebilirliği desteklemektedir.

2.2.5 Hemşirelerde ikincil travmatik stres

İTS, doğrudan travmaya maruz kalmayan bireylerin, ancak travma mağdurlarına yardım sırasında gelişebilen bir psikolojik durumu ifade etmektedir. Hemşireler, genellikle travma yaşayan bireylerle doğrudan etkileşime girdikleri için, İTS riskine en fazla maruz kalan profesyoneller arasındadır (Figley, 1995). Bu durum, hemşirelerin profesyonel rollerini yerine getirirken karşılaştıkları travmatik olayların, duygusal ve psikolojik açıdan olumsuz sonuçlar doğurmasına yol açmaktadır (Bride, 2007).

İTS, bireyin doğrudan travmatik bir olaya maruz kalmaksızın, başkalarının yaşadığı travmaya empatik bir biçimde tanıklık etmesi sonucu gelişebilen bir

psikolojik etkilenme biçimidir. Özellikle hemşireler gibi travmatik olaylara maruz kalan bireylerle sürekli temas halinde olan meslek grupları, bu tür dolaylı travmatik yüklenmeler açısından önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır (Figley, 1995). Travmatik deneyimler, bireylerin zihinsel sağlığını uzun vadede olumsuz yönde etkileyebilir, bu da mesleki yaşamlarında performans düşüşü ve tükenmişlik belirtilerine yol açabilir (Bober, 2006).

İTS'nin belirtileri, travma sonrası stres bozukluğunun klasik semptomlarına ek olarak, tükenmişlik, empatik yorgunluk ve iş yerinde düşük moral gibi mesleki zorlukları da içermektedir (Bride, 2007). Hemşirelerin bu etkilerden korunabilmesi için, öz farkındalık geliştirmeleri, düzenli süpervizyon ve stres azaltıcı teknikler kullanmaları önemlidir (Newell ve MacNeil, 2010).

Hemşirelerde İTS'nin önlenmesi, yönetilmesi ve baş edilebilmesi için çeşitli müdahale stratejileri oluşturulmaktadır. Bunlar arasında psikolojik destek grupları, düzenli mesleki süpervizyon ve stres yönetimi programları yer almaktadır (Figley, 2002). Ayrıca, çalışma ortamının iyileştirilmesi, iş yükünün dengelenmesi ve çalışanların duygusal destek alabilecekleri mekanizmaların kurulması da etkili bir koruma sağlayabilir (Kaya, 2015).

2.2.6 İkincil travmatik stres ve psikolojik dayanıklılık ilişkisi

İTS, travmatik olaylara doğrudan maruz kalmayan ancak bu olaylarla ilişkili bireyler ya da travma mağdurlarına profesyonel destek sunan kişilerde gözlemlenen travmaya bağlı stres belirtileridir (Figley, 1998). Psikolojik dayanıklılık, bireyin travmatik deneyimler karşısında duygusal ve zihinsel bütünlüğünü koruyarak toparlanabilmesi, etkili başa çıkma stratejileri geliştirebilmesi, sorunlara yönelik çözüm üretebilmesi ve değişen koşullara uyum sağlayabilme kapasitesini ifade eder (Doğan, 2015). Psikolojik dayanıklılık, bireylerin travmatik ya da yüksek düzeyde stres içeren durumlarla etkili bir biçimde başa çıkma kapasitelerini güçlendirerek, İTS belirtilerinin gelişimini önleyici ya da bu belirtilerin şiddetini azaltıcı bir işlev görmektedir. Yardım mesleklerinde çalışan bireylerin, özellikle sağlık personeli, sosyal hizmet uzmanları ve psikolojik danışmanlar gibi grupların, başkalarının travmatik yaşantılarına sürekli maruz kalmaları, onları ikincil travmaya açık hale getirmektedir. Bu bağlamda psikolojik dayanıklılık, söz konusu meslek grupları için yalnızca stresle başa çıkma aracı değil; aynı zamanda mesleki işlevselliği sürdürmede

ve tükenmişliğe karşı koruyucu bir tampon görevi görmede kritik bir psikolojik kaynak olarak değerlendirilmektedir (Erdener, 2019). Yapılan çalışmalarda bu nitelikleriyle psikolojik dayanıklılık, travmanın dolaylı etkilerine karşı geliştirilebilecek önleyici yaklaşımlar içinde merkezi bir yere sahiptir.

Literatürde, bireylerin travmatik yaşantılara verdikleri tepkilerin homojen olmadığı; bunun yerine, kişilik özellikleri, psikososyal destek sistemleri, baş etme stratejileri ve çevresel faktörler gibi çok boyutlu değişkenlerin etkileşimiyle farklılaştığı vurgulanmaktadır (Southwick ve Charney, 2012). Psikolojik dayanıklılık düzeyi, bireyden bireye değişkenlik gösterebilmekte olup; bu farklılık, kişinin sahip olduğu bireysel özellikler ve yaşam boyunca edindiği deneyimlerle yakından ilişkilidir. Travmatik yaşantılar karşısında bireylerin verdikleri tepkiler bireysel farklılıklara bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir. Bazı bireyler travmatik yaşantılara karşı yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılık ve uyum becerileri sergileyerek stresli durumlarla daha etkili başa çıkabilirken, bazı bireyler ise bu tür durumlara karşı daha hassas bir yapıya sahip olup, psikolojik açıdan daha kırılgan tepkiler geliştirme eğilimindedir. Bu bağlamda, bireylerin travmatik deneyimler sonrasında kullandıkları başa çıkma yöntemleri, yaşadıkları etkilene düzeyleri ve günlük yaşama yeniden uyum sağlama biçimleri önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bu durum, söz konusu süreçlerin bireyden bireye değişen, heterojen bir yapıda olduğunu ortaya koymaktadır (Luthar ve diğerleri, 2000).

Southwick ve Charney (2012) ise psikolojik dayanıklılığı, bireyde doğuştan var olan sabit bir kişilik özelliği olarak değil; biyolojik eğilimler, psikolojik baş etme stratejileri ve sosyal çevreyle kurulan etkileşimler yoluyla zamanla gelişen, esnek, durumsal ve çok boyutlu bir süreç olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, bireyin çevresel stres kaynaklarına karşı geliştirdiği tepkileri şekillendiren ve zaman içinde geliştirilebilen bir uyum kapasitesi olarak psikolojik dayanıklılığı ele alan çağdaş kuramsal yaklaşımlarla paralellik göstermektedir (Luthar ve diğerleri 2000; Masten, 2014). Bu bağlamda dayanıklılık, yalnızca bireysel faktörlerin değil, aynı zamanda sosyal destek sistemlerinin, kültürel bağlamın ve yaşam olaylarının etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Bu çerçevede, yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin travmatik deneyimlerin olumsuz etkilerinden görece daha az etkilendiği ve stresle başa çıkmada daha etkili baş etme stratejileri geliştirdikleri görülmektedir. Luthar ve diğerleri (2000), psikolojik

dayanıklılığı bireye özgü sabit bir kişilik özelliği olarak görmekten kaçınmakta; bunun yerine, bireyin çevresel etkenlerle sürekli etkileşim içerisinde şekillenen, bağlama duyarlı ve zamanla gelişebilen dinamik bir süreç olduğunu vurgulamaktadır. Dolayısıyla psikolojik dayanıklılığın bireyin yaşam deneyimleri, gelişimsel geçmişi ve içinde bulunduğu çevresel koşullar doğrultusunda farklı şekillerde kendini gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Bu yaklaşıma göre, bireylerin psikososyal risklerle başa çıkma süreçlerinde çevresel kaynaklara erişim düzeyleri ile sosyal destek sistemlerinin varlığı kritik bir rol oynamaktadır.

Killian (2008)'in çalışması da dahil olmak üzere çeşitli araştırmalar, yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin İTS belirtilerine karşı daha dirençli olduklarını ortaya koymaktadır. Travmatik bir duruma doğrudan maruz kalmayan bireyler dahi, mağdura yönelik empatik bir bağ geliştirdiklerinde, yaşanan olayı içselleştirebilirler ve bu durum, travmaya benzer stres tepkilerinin ortaya çıkmasına yol açabilir. Travmatik ya da yoğun stres içeren durumlarla etkili biçimde başa çıkabilme, büyük ölçüde bireyin içsel psikolojik kaynaklarını ve kişisel başa çıkma stratejilerini ne ölçüde işlevsel biçimde kullanabildiğine bağlıdır (Tedeschi ve Calhoun, 2004). Yaşanılan zorlayıcı deneyimlerin ardından psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler, bu süreci yalnızca bir başa çıkma deneyimi olarak değil, aynı zamanda kişisel gelişim fırsatı olarak da değerlendirebilmektedir.

Psikolojik dayanıklılık ve İTS arasındaki ilişkinin yönü her zaman koruyucu nitelikte olmayabilir. Figley (2002), İTS'nin temelinde empatik katılım ve sorumluluk duygusunun yer aldığını vurgulamış; mesleğine yüksek düzeyde bağlı bireylerin, yardım ettikleri kişilerin travmatik yaşantılarını içselleştirme olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Benzer biçimde Richardson (2002), dayanıklılık kapasitesi yüksek bireylerin stresli durumlarla baş etme becerilerinin gelişmiş olmasına rağmen, bu bireylerin aynı zamanda stres kaynaklarına daha uzun süre maruz kalabileceğini ve bunun da psikolojik yüklenmeyi sürdürebileceğini ifade etmektedir. Sprang, Clark ve Whitt-Woosley (2007), yardım profesyonelleri arasında yüksek empatik duyarlılığın İTS gelişiminde önemli bir risk faktörü oluşturabileceğini belirtmiş ve bu durumu "yüksek bağlılık paradoksu" olarak adlandırmıştır. Yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip hemşireler, mesleki rollerine güçlü bir biçimde bağlılık göstermekte, travma yaşayan hastalarla yoğun empatik ilişkiler kurmakta ve mesleki sorumluluk

duygusuyla görevlerini sürdürmektedirler (Rushton, Batcheller, Schroeder ve Donohue, 2015).

Sonuç olarak, psikolojik dayanıklılık ve İTS, bireylerin dolaylı olarak maruz kaldığı travmatik deneyimlerin yarattığı etkileri anlamada yalnızca birer kavramsal araç değil, aynı zamanda müdahale ve destek stratejilerinin şekillenmesinde de belirleyici kuramsal çerçeveler sunmaktadır. Her iki kavram da bireyin stresle başa çıkma sürecine ışık tutmakta ve özellikle yardım mesleklerinde çalışan bireylerin ruh sağlığının korunması açısından dikkate alınması gereken temel değişkenler arasında yer almaktadır (Newell ve MacNeil, 2010). Bu çerçevede, psikolojik dayanıklılığı artırmaya yönelik müdahalelerin planlı ve sistematik şekilde yürütülmesi, İTS ile başa çıkmada hem bireysel hem de kurumsal düzeyde etkili bir koruyucu yaklaşım olarak görülmektedir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Evren Örneklem

Araştırmanın evreni Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesinde çalışan hemşirelerdir. Hastanede 850 hemşire çalışmaktadır. Araştırmada örneklem büyüklüğü, evren sayısı bilinen durumlarda hesaplama yöntemi baz alınarak hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında kullanılan “ $n = \frac{N * p * q * Z^2}{[(N-1) * d^2] + (p * q * Z^2)}$ ” formülünden yararlanılmış ve örneklem sayısı 264 olarak bulunmuştur. Örneklem Hesaplama %95 güven aralığı, %5 hata payı ve 0,5 (%50) bilinmeyen prevalans temel alınarak yapılmıştır. Araştırma kapsamında 272 hemşireye ulaşılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Yapılan araştırmada veriler hemşirelerle yüz yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada her bir anketin doldurulması yaklaşık 5-7 dakika arasında yapılmıştır. Hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerinin belirlenmesi amacıyla “Demografik Bilgi Formu”, psikolojik dayanıklılık düzeylerini ölçmek amacıyla “Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği”, ITS düzeylerini ölçmek için “İkincil Travmatik Stres Ölçeği Türkçe Formu” kullanılmıştır.

Araştırmacı tarafında oluşturulan anket formu 9 sorudan oluşmakta ve formda yer alan sorular hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerinin tanımlanması amacıyla hazırlanmıştır. Katılımcılara, cinsiyetleri, yaşları, medeni halleri, çocuklarının olup olmadığı, eğitim durumları, çalıştıkları birim, mesleklerini kaç yıldır sürdürdükleri, afet hemşireliği eğitimi alıp almadıkları ve afet durumunda bir kayıp yaşayıp yaşamadıkları sorulmuştur.

Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemek amacıyla “Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)” uygulanmıştır (Işık, 2016). Yapılan analizler neticesinde ölçeğin Cronbach’s α 0.76, test–tekrar test güvenirlik katsayısı 0.81 olup; alt boyutlar arasında güvenirlik değerleri 0.62 ile 0.74 arasında olduğu belirtilmiştir. Bu da ölçeğin geçerlilik ve güvenirliğinin yeterli olduğu, psikolojik dayanıklılık

kişisel özelliğini güvenilir bir şekilde analiz ettiği belirtilmiştir (Işık, 2016). PDÖ 5’li likert tipindedir. PDÖ toplam 21 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; kendini adama (7 madde), kontrol (7 madde) ve meydan okuma (7 madde) gibi başlıklardan oluşmaktadır. Ölçekte geçen 1, 2, 3, 5, 6, 18 ve 21. maddeleri kendini adama boyutunu; 4, 10, 11, 12, 15, 19 ve 20. maddeleri kontrol boyutunu; 7, 8, 9, 13, 14, 16 ve 17. maddeleri ise meydan okuma boyutunu oluşturmaktadır (Işık, 2016). Ölçek maddelerindeki değerlendirme ölçütleri “(0) Kesinlikle Katılmıyorum”, “(1) Katılmıyorum”, “(2) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum”, “(3) Katılıyorum”, “(4) Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde tanımlanmıştır. Ölçek maddeleri 0-1-2-3-4 olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin 2. ve 15. maddeleri ters yönde puanlanma yapılmakta 4-3-2 1-0 olarak puanlanmaktadır. Ölçek maddelerinden elde edilen toplam puanlarıyla da alt boyutlarından elde edilen puanlarla da işlem yapılabilmektedir. Alt boyutlardan ve ölçeğin toplamından alınan puanların yüksek olması psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (Işık, 2016).

Hemşirelerin İTS düzeyini belirlemek amacıyla “İkincil Travmatik Stres Ölçeği (İTSÖ)” uygulanmıştır. İTSÖ 2004 yılında geliştirilmiştir (Bride, Robinson, Yegidis ve Figley, 2004). Ölçeğin kullanılabilirliğine ilişkin yapı geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve yapılan analizler sonucunda ölçeğin Türkiye’de uygulanabilir olduğu belirlenmiştir (Kahil, 2016). İTSÖ 5’li likert tipindedir ve 17 maddeden oluşmaktadır. Ölçek istemsiz etkilenmeler (intrusion), kaçınma (avoidance) ve uyarılmışlık (arousal) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin 2, 3, 6, 10 ve 13. maddeleri istemsiz etkilenmeler (intrusion), 1, 5, 7, 9, 12, 14 ve 17. maddeleri kaçınma (avoidance), 4, 8, 11, 15 ve 16. maddeleri uyarılmışlık (arousal) belirtilerini ölçmektedir. Ölçek maddelerindeki değerlendirme ölçütleri “(1) Hiçbir Zaman”, “(2) Çok Az”, “(3) Bazen”, “(4) Sık Sık”, “(5) Çok Sık” şeklinde tanımlanmıştır. Ölçek maddeleri 1-2-3-4-5 olarak puanlanmaktadır. Ölçekteki bir maddeden alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan 5 olarak belirlenmiştir. Ölçekten elde edilecek puan toplandığında ise en düşük 17 puan , en yüksek 85 puan elde edileceği görülmektedir. Yüksek puan yüksek etkilenme düzeyini göstermektedir. İkincil travmatik stres ölçeğinin değerlendirilmesinde, bireyde travma sonrası stres belirtilerinin varlığından söz edilebilmesi için maddelerin (3) Bazen, (4) Sık sık ya da (5) Çok sık seçeneklerinden biriyle işaretlenmiş olması gerekmektedir. Bu durum, ölçek maddelerinin yalnızca (1) Hiçbir zaman ya da (2) Nadiren düzeyinde

işaretlenmesi halinde semptomların klinik anlamda belirti düzeyine ulaşmadığı, dolayısıyla bireyin travma sonrası stres tepkileri açısından risk taşımadığı şeklinde yorumlanmaktadır. Buna karşın 3 ve üzeri değerler belirtilerin gözle görülür bir sıklıkta yaşandığını ortaya koymakta ve travma sonrası stres tepkilerinin varlığına işaret etmektedir (Kahil, 2016).

Veri analizinde IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 kullanılmıştır. Araştırmada katılımcıların demografik ve mesleki özellikleri frekans ve yüzde dağılımları ile tanımlanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleri dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerde gruplar arası karşılaştırmalarda Student's t-testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) kullanılmıştır. Ayrıca, ölçekler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş; bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkileri ise çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmada katılımcıların demografik ve mesleki özellikleri frekans ve yüzde dağılımları ile tanımlanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık değerleri dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerde gruplar arası karşılaştırmalarda Student's t-testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) kullanılmıştır. Ayrıca, ölçekler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş; bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkileri ise çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1: Ölçeklerin normal dağılıma uygunluğu.

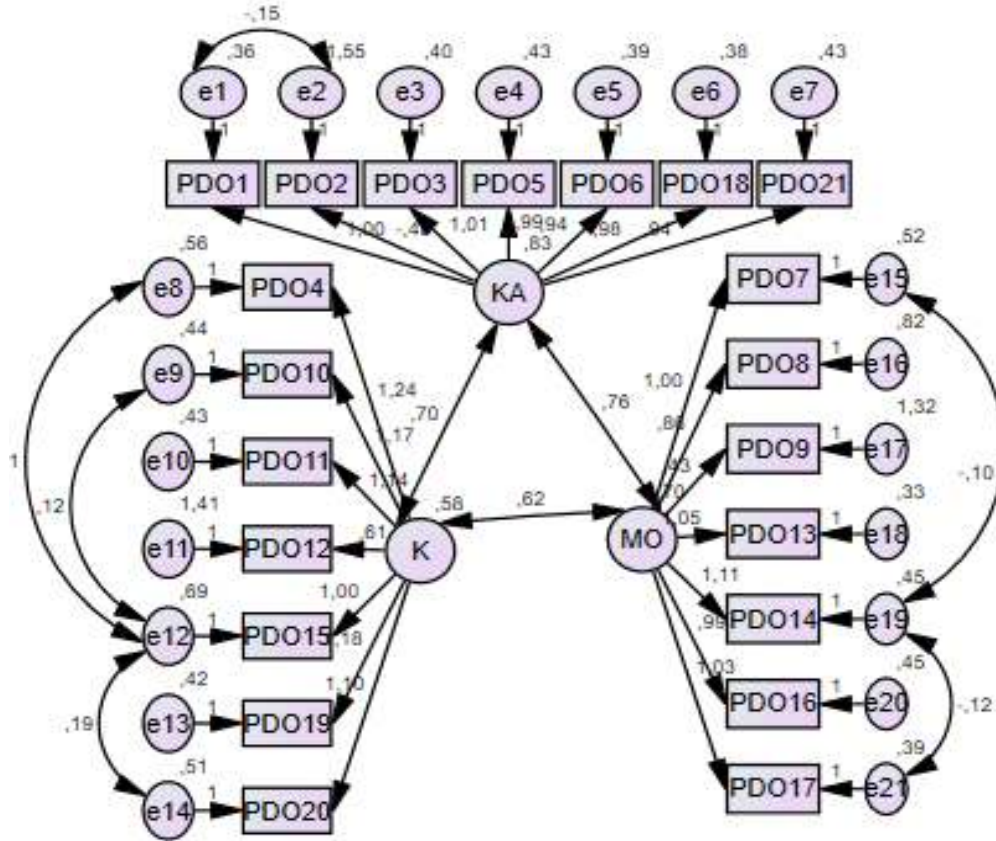
	Basıklık	Çarpıklık
PDÖ Genel toplam	-0,574	-0,961
Kendini adama	-0,699	-0,516
Kontrol	-0,349	-1,016
Meydan okuma	-0,491	-0,935
İTSÖ Genel toplam	0,359	-0,868
Kaçınma	0,241	-1,197
Uyarılma	0,325	-1,074
İhlal	-0,480	-0,518

Çalışmada yer alan değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri incelenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013) veya ± 2.0 (George ve Mallery, 2010) aralığında bulunması, verilerin normal dağıldığını göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda, tüm değişkenlerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin belirtilen kabul edilebilir aralıklar içerisinde yer aldığı görülmüştür. PDÖ toplam puanına ilişkin basıklık değeri -0,574 ve çarpıklık değeri -

0,961; Kendini Adama alt boyutunda $-0,699$ ve $-0,516$; Kontrol alt boyutunda $-0,349$ ve $-1,016$; Meydan Okuma alt boyutunda ise $-0,491$ ve $-0,935$ olarak bulunmuştur. İTSÖ toplam puanı için basıklık değeri $0,359$ ve çarpıklık değeri $-0,868$; Kaçınma alt boyutunda $0,241$ ve $-1,197$; Uyarılma alt boyutunda $0,325$ ve $-1,074$; İhlal alt boyutunda ise $-0,480$ ve $-0,518$ olarak hesaplanmıştır. Bu değerler doğrultusunda, verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmış ve analizlerde parametrik test yöntemleri kullanılmıştır.

4.1 Faktör Analizi

Yapısal eşitlik modelleme kapsamında yer alan Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA), gözlenen değişkenlerin arkasında yatan gizil faktörlerle olan ilişkilerini doğrulamak amacıyla kullanılan istatistiksel bir yöntemdir (Brown, 2006). Bu çalışmada, DFA doğrulamasında literatürde sıklıkla kullanılan çeşitli uyum iyiliği indeksleri dikkate alınmıştır. Analize ait faktör yapısı diyagram üzerinde aşağıda gösterilmiştir.



K: Kontrol, KA: Kendini Adama, MO: Meydan Okuma.

Şekil 4.1: PDÖ'ye ait DFA diyagramı.

Tablo 4.2: PDÖ'ye ait DFA sonuçları.

Madde	Faktör	β	Std. Hata	t	p
P21	Kendini Adama	1.000	—	—	—
P18	Kendini Adama	1.025	0.065	15.84	< .001
P6	Kendini Adama	0.987	0.064	15.51	< .001
P5	Kendini Adama	1.044	0.067	15.60	< .001
P3	Kendini Adama	1.070	0.066	16.14	< .001
P2	Kendini Adama	-0.514	0.091	-5.62	< .001
P1	Kendini Adama	1.057	0.065	16.35	< .001
P4	Kontrol	1.000	—	—	—
P10	Kontrol	0.944	0.062	15.34	< .001
P11	Kontrol	0.901	0.060	14.89	< .001
P12	Kontrol	0.494	0.080	6.17	< .001
P15	Kontrol	0.839	0.065	12.94	< .001
P19	Kontrol	0.940	0.061	15.33	< .001
P20	Kontrol	0.890	0.062	14.41	< .001
P17	Meydan Okuma	1.000	—	—	—
P16	Meydan Okuma	0.993	0.068	14.54	< .001
P14	Meydan Okuma	1.078	0.073	14.80	< .001
P13	Meydan Okuma	1.035	0.066	15.71	< .001
P9	Meydan Okuma	0.435	0.087	5.03	< .001
P8	Meydan Okuma	0.847	0.078	10.81	< .001
P7	Meydan Okuma	0.977	0.072	13.66	< .001

Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek amacıyla gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizi sonuçları, üç faktörlü yapının istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Faktör yüklerinin tamamı $p < .001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Kendini Adama boyutunda faktör yükleri -0.514 ile 1.070 arasında değişmekte olup, P2 maddesi dışındaki tüm maddeler pozitif yönde yüklenmiştir. Kontrol boyutunda faktör yükleri 0.494 ile 1.000 arasında, Meydan Okuma boyutunda ise 0.435 ile 1.078 arasında değişim göstermiştir. P12 ve P9 maddelerinin diğer maddelere kıyasla daha düşük faktör yüklerine sahip olduğu gözlenmiştir.

Yapısal eşitlik modellemesinde DFA ve yol analizi aşamasında, örneklemden elde edilen veri yapısının kavramsal model ile uyumluluğunun çeşitli ölçütleri (uyum iyiliği değerleri) bulunmaktadır. Bu değerler için iyi ve kabul edilebilir uyum aralıkları tanımlanmıştır (Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller, 2003; Schumacker ve Lomax, 2004). Bu değerler Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3: Önerilen modelin uyum indekslerine ilişkin bulgular.

İndeks	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Değer
χ^2/df	< 3	< 5	3.52
GFI	> .95	> .90	.808
AGFI	> .90	> .85	.753
CFI	> .95	> .90	.899
RMSEA	< .05	< .08	.097
TLI	> .95	> .90	.881
RMR	< .05	< .08	.072

Uyum için hangi değerlere öncelikli olarak bakılması gerektiği ile ilgili literatürde çeşitli görüşler bulunmaktadır (Hu ve Bentler, 1998; Jaccard ve Wan, 1996; Kline, 2015; Schumacker ve Lomax, 2004). Bu konuda araştırmacılar tarafından tam bir uzlaşma sağlanamamıştır. Literatürde en çok benimsenen, Hu ve Bentler (1998) tarafından ortaya atılan görüştür. Hu ve Bentler (1998) tarafından belirtilen RMSEA ve SRMR, RMR değerleri ile χ^2/df değerinin istenen aralıkta olması, model uyumu için ön koşul olarak kabul edilebilmektedir. Benzer şekilde, uyum iyiliği indekslerinin

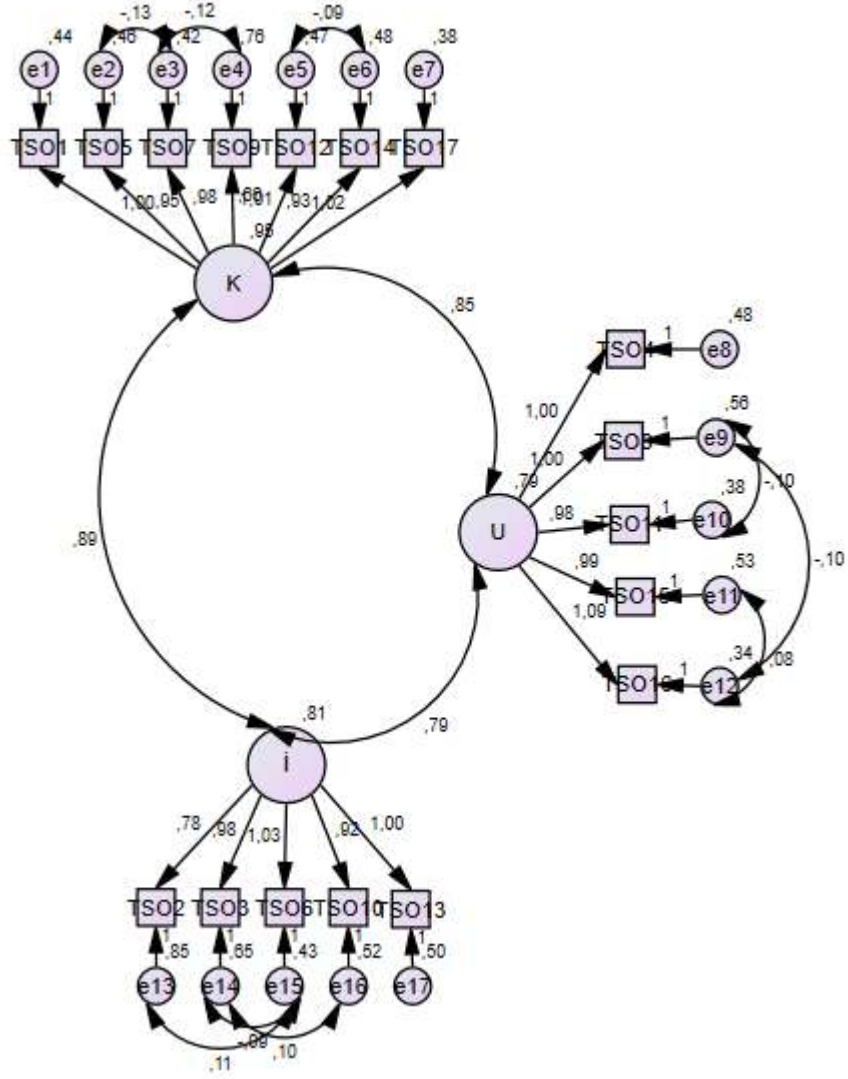
değerlendirilmesine ilişkin ölçütlerin kullanımı, Esen, Esen ve Sırkıntıoğlu Yıldırım (2018) tarafından gerçekleştirilen yapısal eşitlik modellemesi uygulamasında da benimsenmiştir.

Tablo 4.4: PDÖ ve alt boyutlarına ait güvenirlik katsayıları (Cronbach's Alpha).

Ölçek/Boyut	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Toplam Ölçek	21	.945
Kendini Adama	7	.796
Kontrol	7	.883
Meydan Okuma	7	.856

Bu çalışmada PDÖ'nün psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla güvenirlik analizi ve DFA gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirliği Cronbach's Alpha katsayısı ile incelenmiş, toplam ölçek için $\alpha = .945$ değeri elde edilmiştir. Bu değer, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Alt boyutlar açısından incelendiğinde, Kendini Adama boyutu için $\alpha = .796$, Kontrol boyutu için $\alpha = .883$ ve Meydan Okuma boyutu için $\alpha = .856$ değerleri hesaplanmıştır. Bu sonuçlar, her üç alt boyutun da kabul edilebilir düzeyde güvenirlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada, DFA kapsamında literatürde sıklıkla kullanılan çeşitli uyum iyiliği indeksleri dikkate alınmıştır. İTSÖ'ye ilişkin doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen faktör yapısı diyagramı aşağıda sunulmuştur.



K: Kaçınma, U: Uyarılma, İ: İhlal

Şekil 4.2: İTSÖ'nün DFA diyagramı.

Tablo 4.5: İTSÖ'ye ait DFA sonuçları.

Madde	Faktör	β	Std. Hata	t	p
T17	Kaçınma	1.000	–	–	–
T14	Kaçınma	0.905	0.055	16.33	< .001
T12	Kaçınma	0.978	0.057	17.03	< .001
T9	Kaçınma	0.638	0.060	10.69	< .001
T7	Kaçınma	0.937	0.055	17.02	< .001
T5	Kaçınma	0.924	0.055	16.65	< .001
T1	Kaçınma	0.974	0.056	17.50	< .001
T4	Uyarılma	1.000	–	–	–
T8	Uyarılma	0.961	0.072	13.29	< .001
T11	Uyarılma	0.974	0.064	15.17	< .001
T15	Uyarılma	1.009	0.069	14.58	< .001
T16	Uyarılma	1.092	0.067	16.37	< .001
T13	İhlal	1.000	–	–	–
T10	İhlal	0.934	0.067	14.03	< .001
T6	İhlal	1.041	0.067	15.43	< .001
T3	İhlal	0.987	0.073	13.47	< .001
T2	İhlal	0.786	0.074	10.64	< .001

Ölçeğin üç faktörlü yapısını test etmek amacıyla gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizi sonuçları, tüm faktör yüklerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir ($p < .001$). Kaçınma boyutunda faktör yükleri 0.638 ile 1.000 arasında değişmekte olup, T9 maddesi en düşük faktör yüküne (0.638) sahiptir. Uyarılma boyutunda faktör yükleri 0.961 ile 1.092 arasında değişim gösterirken, İhlal boyutunda bu değerler 0.786 ile 1.041 arasında bulunmuştur. Genel olarak faktör yüklerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu, ancak T9 ve T2 maddelerinin diğer maddelere kıyasla görece düşük yüklere sahip olduğu gözlenmiştir.

Yapısal eşitlik modellemesinde DFA ve yol analizi aşamasında, örneklemden elde edilen veri yapısının kavramsal model ile uyumluluğunun çeşitli ölçütleri (uyum iyiliği değerleri) bulunmaktadır. Bu değerler için iyi ve kabul edilebilir uyum aralıkları tanımlanmıştır (Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller, 2003; Schumacker ve Lomax, 2004). Bu değerler Tablo 4.6’te verilmiştir.

Tablo 4.6: Önerilen modelin uyum indekslerine ilişkin bulgular.

İndeks	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Değer
χ^2/df	< 3	< 5	3,88
GFI	> .95	> .90	.851
AGFI	> .90	> .85	.786
CFI	> .95	> .90	.920
TLI	> .95	> .90	.899
RMSEA	< .05	< .08	.103
RMR	< .05	< .08	.057

Uyum için hangi değerlere öncelikli olarak bakılması gerektiği ile ilgili literatürde çeşitli görüşler bulunmaktadır (Hu ve Bentler, 1998; Jaccard ve Wan, 1996; Kline, 2015; Schumacker ve Lomax, 2004). Bu konuda araştırmacılar tarafından tam bir uzlaşma sağlanamamıştır. Bu çalışmada İTSÖ’ye ait uyum indeksi değerleri χ^2/df , 3,88, CFI .920, RMSEA .103, TLI .899 ve RMR .057 olarak elde edilmiş ve model iyi uyum olmamakla birlikte uygun olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.7: İTSÖ'ye ve alt boyutlarına ait güvenirlik katsayıları (Cronbach's Alpha).

Ölçek/Boyut	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Toplam Ölçek	17	.962
Kaçınma	7	.917
Uyarılma	5	.894
İhlal	5	.862

Bu araştırmada İTSÖ'nün psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla güvenirlik analizi ve DFA uygulanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirliği Cronbach's Alpha katsayısı ile hesaplanmış, toplam ölçek için $\alpha = .962$ değeri elde edilmiştir. Bu sonuç, ölçeğin mükemmel düzeyde güvenirlik sergilediğini göstermektedir. Alt boyutlar bazında incelendiğinde, Kaçınma boyutu için $\alpha = .917$, Uyarılma boyutu için $\alpha = .894$ ve İhlal boyutu için $\alpha = .862$ değerleri hesaplanmıştır. Bu bulgular, her üç alt boyutun da yüksek düzeyde güvenilir olduğunu ortaya koymaktadır.

Analiz sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, İTSÖ'nün güvenirlik açısından mükemmel özellikler gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.8: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.

Yas grubu	Sayı(n)	Yüzde %
18-24 yaş	14	5,1
25-35 yaş	135	49,6
36 yaş ve üzeri	123	45,2
Cinsiyet		
Kadın	169	62,1
Erkek	103	37,9
Eğitim		
Lise/Önlisans	21	7,7
Lisans	172	63,2
Lisansüstü	79	29,1
Medeni Durum		
Evli	202	74,3
Bekar	70	25,7
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	173	63,6
Hayır	99	36,4
Toplam	272	100

Tablo 4.8’de yer alan yaş değişkeni, hemşirelerin mesleki deneyim düzeylerini daha net ayırt edebilmek ve istatistiksel analizlerde karşılaştırılabilir gruplar oluşturmak amacıyla 18–24 yaş, 25–35 yaş ve 36 yaş ve üzeri olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri sayı ve yüzdelikleri ile gösterilmiştir. Tabloda yaş ortalamasının $35,78 \pm 8,73$ olduğu; %49,6’sının 25-35 yaş aralığında yer aldığı görülmüştür. Katılımcıların %62,1’i kadın, %63,2’si lisans mezunu, %74,3’ü evli ve %63,6’sı çocuk sahibidir.

Tablo 4.9: Hemşirelerin mesleki ve afet eğitimi alma özelliklerinin dağılımı.

Mesleki ve çalışma ortamı özellikleri	Sayı(n)	Yüzde %
Çalışılan Klinik		
Yoğun bakım klinik	20	7,4
Dahiliye klinik	118	43,4
Cerrahi klinik	86	31,6
Çocuk klinik	32	11,8
Diğer klinikler	16	5,9
Çalışma yılı		
1-6 yıl	105	38,6
7- 10 yıl	66	24,3
11 yıl ve üzeri	101	37,1
Afet hemşireliği eğitimi alma durumu		
Evet	165	60,7
Hayır	107	39,3
Afet hemşireliği eğitimi alma yöntemi		
Örgün eğitim	59	35,7
Hizmet içi eğitim	97	58,7
Diğer	9	5,6
Afette yakınıni kaybetme durumu		
Evet	115	42,3
Hayır	157	57,7
Toplam	272	100

Tablo 4.9’da hemşirelerin mesleki ve çalışma ortamı özelliklerine ilişkin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %43,4’ü dahiliye, %31,6’sı cerrahi klinikte çalışmakta; %38,6’sının mesleki deneyimi 1-6 yıl aralığındadır. Hemşirelerin %60,7’si afet hemşireliği eğitimi almış, bu eğitimi %58,7’si hizmet içi yolla edinmiştir. Ayrıca, %42,3’ünün geçmişte bir afette yakını hayatını kaybetmiştir.

Tablo 4.10: Hemşirelerin PDÖ ve İTSÖ alt boyutları puan ortalamaları.

Değişken	N	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm SS$
PDÖ				
Kendini adama	272	10	10	32,12±5,34
Kontrol	272	10	34	23,29±6,17
Meydan okuma	272	11	35	22,95±5,72
PDÖ toplam puanı	272	34	96	69,56±16,38
İTSÖ				
Kaçınma	272	7	35	20,08±6,59
Uyarılma	272	5	25	14,32±4,73
İhlal	272	8	24	16,17±3,58
İTSÖ toplam puan	272	31	76	50,58±11,68

Tablo 4.10’da hemşirelerin PDÖ ve İTSÖ’lerine ilişkin puan ortalamaları sunulmuştur. Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık alt boyutlarından; Kendini Adama 32,12±5,34, Kontrol 23,29±6,17 ve Meydan Okuma 22,95±5,72 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması ise 69,56±16,38’dir.

İTSÖ alt boyutlarından Kaçınma 20,08±6,59, Uyarılma 14,32±4,73 ve İhlal 16,17±3,58; toplam puan ortalaması ise 50,58±11,68 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.11: Hemşirelerin PDÖ sosyodemografik özelliklerine göre toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Sosyodemografik özellik	Kendini adama $\bar{X} \pm SD$	Kontrol $\bar{X} \pm SD$	Meydan okuma $\bar{X} \pm SD$	PDÖ $\bar{X} \pm SD$
Yaş Grubu				
18-24 yaş(a)	23,14±4,58	22,42±4,79	22,50±1,57	68,07±3,80
25-35 yaş(b)	23,00±5,13	22,46±5,87	22,52±0,48	67,99±1,35
36 yaş ve üzeri(c)	23,67±5,56	24,30±6,61	23,47±0,52	71,45±1,55
F/p	0,527/0,591	3,05/0,049* c>b>a	0,922/0,399	1,504/0,224
Cinsiyet				
Kadın	23,49±5,31	23,20±6,23	23,13±5,73	69,83±16,39
Erkek	23,00±5,29	23,45±6,09	22,65±5,74	69,11±16,43
t/p	0,735/0,463	-0,330/0,742	0,765/0,499	0,771/0,727
Eğitim				
Lise±Önlisans(a)	20,66±6,23	19,52±4,14	21,04±7,31	61,23±16,80
Lisans(b)	23,55±5,32	23,79±6,17	23,25±5,65	70,60±16,40
Lisansüstü(c)	23,49±4,84	23,21±6,32	22,79±5,39	69,50±15,78
F	2,876/0,05* b>c>a	4,614/0,011	1,435/0,240	3,106/0,046* b>c>a
Medeni durum				
Evli	23,81±5,03	23,87±5,91	23,46±5,60	71,15±15,71
Bekar	21,85±5,80	21,62±6,63	21,48±5,87	64,97±17,49
t/p	2,696/0,007*	2,655/0,008*	2,509/0,013*	2,753/0,006*
Çocuk sahibi olma durumu				
Evet	23,76±5,13	24,06±5,92	23,58±5,49	71,41±15,76
Hayır	22,52±5,24	21,95±6,38	21,84±5,99	66,33±17,02
t/p	1,861/0,064	2,737/0,007*	2,425/0,016*	2,482/0,014*

p<0,05, **PosthocTukeys HSD testi

F=tek yönlü varyans analizi, t=bağımsız gruplar t testi

Tablo 4.11’de hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre PDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Yaş gruplarına göre yapılan değerlendirmede, yalnızca “kontrol” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p=0,049). Post-hoc test sonuçlarına göre bu farkın 36 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı belirlenmiş; yaş arttıkça kontrol düzeyinin yükseldiği gözlemlenmiştir. Diğer alt boyutlar ve PDÖ toplam puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre PDÖ alt boyutları ve toplam puanları incelendiğinde, “kendini adama” ($p=0,05$) ve “meydan okuma” ($p=0,046$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu farklılığın, lisans mezunları lehine olduğu ve lisans mezunlarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. PDÖ toplam puanı açısından da lisans mezunlarının ortalamalarının lise/önlisans mezunlarına kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. “Kontrol” alt boyutunda ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Cinsiyet değişkeni açısından yapılan bağımsız gruplar t testi sonuçlarına göre, hem erkek hem de kadın hemşirelerin PDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, cinsiyetin psikolojik dayanıklılık üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Medeni durum değişkeni açısından yapılan analizlerde ise “kendini adama” ($p=0,007$), “kontrol” ($p=0,008$), “meydan okuma” ($p=0,013$) alt boyutları ve PDÖ toplam puanı ($p=0,006$) açısından anlamlı fark saptanmıştır. Evli hemşirelerin bu boyutlarda ve toplam puanda bekar hemşirelere göre daha yüksek ortalamalara sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum, evli bireylerin daha güçlü bir psikolojik dayanıklılık düzeyine sahip olabileceğine işaret etmektedir.

Çocuk sahibi olma durumuna göre yapılan değerlendirmede, “kontrol” ($p=0,007$), “meydan okuma” ($p=0,016$) alt boyutları ile PDÖ toplam puanı ($p=0,014$) açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Çocuk sahibi olan hemşirelerin bu boyutlarda ve genel psikolojik dayanıklılık düzeyinde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Bu sonuç, çocuk sahibi olmanın bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri; yaş, eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma gibi bireysel özelliklere göre anlamlı biçimde değişiklik göstermekte; ancak cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu bulgular, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin psikolojik dayanıklılıklarını etkileyebilecek önemli etkenler olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4.12: Hemşirelerin PDÖ sosyodemografik özelliklerine göre toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Sosyodemografik özellik	Kendini adama $\bar{X} \pm SD$	Kontrol $\bar{X} \pm SD$	Meydan okuma $\bar{X} \pm SD$	PDÖ $\bar{X} \pm SD$
Çalışılan Klinik				
Dahiliye klinik	23,20±5,81	23,05±6,39	22,50±6,62	68,75±17,87
Cerrahi klinik	23,92±5,08	24,05±6,08	23,83±5,45	71,82±15,19
Yoğun bakım klinik	23,20±5,23	23,20±5,81	22,77±5,37	69,19±15,37
Diğer klinikler	21,43±5,99	20,90±6,05	20,65±7,07	63,00±19,51
F/p	1,412/0,230	1,679/0,155	2,101/0,081	1,896/0,111
Çalışma yılı				
1-6 yıl	23,33±5,19	22,92±6,01	22,94±5,57	69,20±15,95
7- 10 yıl	24,00±4,83	24,01±5,84	23,69±5,55	71,71±15,32
11 yıl ve üzeri	22,84±5,69	23,21±6,55	22,47±6,01	68,53±17,49
F/p	0,954/0,672	0,645/0,525	0,907/0,405	0,791/0,454
Afet hemşireliği eğitimi alma durumu				
Evet	23,50±5,43	23,92±6,71	23,29±5,66	70,72±17,19
Hayır	23,01±5,10	22,33±5,11	22,42±5,80	67,77±14,96
t/p	0,735/0,463	2,081/0,038*	1,234/0,218	1,227/0,221
Afet hemşireliği eğitimi alma yöntemi				
Örgün eğitim	22,81±6,16	23,67±6,19	23,16±5,18	69,66±19,29
Hizmet içi eğitim	24,05±4,95	24,38±5,41	23,70±4,95	72,13±16,10
Diğer	21,62±7,45	20,00±3,81	19,62±5,44	61,25±12,02
F/p	1,446/0,238	1,634/0,198	1,952/0,145	1,657/0,194
Afette yakınıni kaybetme durumu				
Evet	22,94±5,39	22,53±6,22	22,53±6,08	68,02±16,92
Hayır	23,57±5,23	23,85±6,09	23,25±5,45	70,68±15,93
t/p	-0,971/0,333	-1,741/0,083	-1,018/0,310	-1,325/0,186

*p<0,05 **Posthoc Tukeys HSD testi F=tek yönlü varyans analizi, t=bağımsız gruplar t testi

Tablo 4.12’de hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre PDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Çalışılan kliniklere göre PDÖ puan ortalamaları incelendiğinde, cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin toplam puan ortalaması 71,82±15,19 ile en yüksek değere sahip olduğu, diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ise 63,00±19,51 puan ile en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Alt boyutlarda da benzer şekilde cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin “kontrol” (24,05±6,08) ve “meydan okuma”

(23,83±5,45) puanlarının diğer kliniklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak istatistiksel analiz sonuçlarına göre, klinik türü ile PDÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin mesleki kıdemine göre yapılan değerlendirmede, 7-10 yıl arası çalışan hemşirelerin PDÖ toplam puan ortalamasının 71,71±15,32 olduğu, 1-6 yıl çalışanlarda bu değer 69,20±15,95 ve 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise 68,53±17,49 olduğu belirlenmiştir. Her üç grupta da benzer puan dağılımı görülmesine rağmen, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Afet hemşireliği eğitimi alma durumu ile PDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim alan hemşirelerin toplam puan ortalaması 70,72±17,19 iken, eğitim almayanlarda bu değer 67,77±14,96 olduğu görülmektedir. “Kontrol” alt boyutunda afet eğitimi alan hemşirelerin puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,038$), bu durum afet eğitiminin hemşirelerin stresle başa çıkma ve durumları kontrol edebilme becerilerini artırmış olabileceğini düşündürmektedir.

Afet hemşireliği eğitim yöntemlerine göre alt boyut puanları karşılaştırıldığında, hizmet içi eğitim alan hemşirelerin toplam puan ortalamasının 72,13±16,10 ile en yüksek olduğu, diğer yöntemlerden eğitim alan hemşirelerin ise 61,25±12,02 ile en düşük puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Ancak, gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Afette yakınına kaybeden hemşirelerin PDÖ toplam puan ortalaması 68,02±16,92 iken, kayıp yaşamayan hemşirelerin puan ortalaması 70,68±15,93’tür. Alt boyutlar incelendiğinde de benzer şekilde kayıp yaşamayan hemşirelerin daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Ancak bu farklar da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç olarak, çalışmada afet hemşireliği eğitimi alma durumu ile “kontrol” alt boyutu arasında anlamlı bir fark saptanmış olup, diğer değişkenler açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum afet eğitiminin psikolojik dayanıklılığın bazı boyutlarına olumlu katkı sağladığını göstermektedir.

Tablo 4.13: Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre İTSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Sosyodemografik özellik	Kaçınma $\bar{X} \pm SD$	Uyarılma $\bar{X} \pm SD$	İhlal $\bar{X} \pm SD$	İTSÖ $\bar{X} \pm SD$
Yaş Grubu				
18-24 yaş(a)	19,28±6,82	13,28±4,44	16,00±2,85	48,57±10,14
25-35 yaş(b)	20,47±6,72	14,35±5,04	15,92±3,52	50,75±12,14
36 yaş ve üzeri(c)	19,73±6,46	14,40±4,42	16,47±3,74	50,61±11,40
F/p	0,504/0,605	0,357/0,700	0,761/0,468	0,221/0,802
Cinsiyet				
Kadın	20,37±6,73	14,57±4,92	16,21±3,59	51,16±12,39
Erkek	19,60±6,36	13,90±4,39	16,11±3,58	49,62±10,41
t/p	0,934/0,351	1,145/0,253	0,215/0,830	1,057/0,291
Eğitim				
Lise±Önlisans(a)	24,23±5,75	17,66±4,10	15,00±4,13	56,90±9,92
Lisans(b)	19,13±6,55	13,80±4,79	16,20±3,62	49,15±11,72
Lisansüstü(c)	21,02±6,40	14,56±4,73	16,41±3,34	52,01±11,43
F/p	7,028/0,001* a>c>a	6,654/0,002* a>c>a	1,318/0,269	5,102/0,007* a>c>a
Medeni durum				
Evli	20,13±6,60	14,35±4,64	16,49±3,36	50,98±11,61
Bekar	19,91±6,61	14,22±5,01	15,27±4,05	49,41±11,91
t/p	0,245/0,807	0,194/0,846	2,472/0,014*	0,969/0,333
Çocuk sahibi olma durumu				
Evet	19,41±6,53	13,99±4,50	16,46±3,43	49,87±11,26
Hayır	21,24±6,57	14,89±5,07	15,66±3,70	51,80±12,35
t	-2,212/0,028*	-1,520/0,130	1,780/0,076	-1,312/0,191

*p<0,05 * , **Posthoc Tukeys HSD testi, F=tek yönlü varyans analizi, t=bağımsız gruplar t testi

Çalışmada Tablo 4.13’de hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre İTSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin karşılaştırmalar sunulmuştur. Buna göre hemşirelerin yaş gruplarına göre İTSÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, 18-24 yaş grubundaki hemşirelerin puanı 48,57±10,14; 25-35 yaş grubundakilerin 50,75±12,14 ve 36 yaş ve üzeri hemşirelerin ise 50,61±11,40 olduğu görülmüştür. Yaş grupları ile İTSÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, yaş değişkeninin İTS düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını göstermektedir.

Cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, kadın hemşirelerin İTSÖ toplam puanı $51,16\pm12,39$, erkek hemşirelerin ise $49,62\pm10,41$ olarak belirlenmiştir. Yapılan analizlerde cinsiyet ile İTSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu, hemşirelerin cinsiyetine göre İTS düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre İTSÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; lise veya önlisans mezunu hemşirelerin puanının $56,90\pm9,92$; lisans mezunu hemşirelerin $49,15\pm11,72$ ve lisansüstü mezunların $52,01\pm11,43$ olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu ile İTSÖ toplam puanı ve “kaçınma” ve “uyarılma” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu farklılıkların lise-önlisans mezunu hemşirelerin daha yüksek puan ortalamalarına sahip olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Bu bulgu, daha düşük eğitim düzeyindeki hemşirelerin İTS düzeylerinin daha yüksek olabileceğini göstermektedir.

Medeni durum açısından incelendiğinde, evli hemşirelerin İTSÖ toplam puan ortalaması $50,98\pm11,61$, bekar hemşirelerin ise $49,41\pm11,91$ olarak bulunmuştur. Medeni durum ile İTSÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında genel olarak anlamlı fark saptanmamış, yalnızca “ihlal” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bekar hemşirelerin ihlal alt boyut puanlarının evli hemşirelere göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Çocuk sahibi olma durumuna göre yapılan değerlendirmede, çocuk sahibi olan hemşirelerin İTSÖ toplam puanı $49,87\pm11,26$; çocuk sahibi olmayanların ise $51,80\pm12,35$ olarak saptanmıştır. Alt boyutlardan sadece “kaçınma” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu fark, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin kaçınma puanlarının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Diğer alt boyutlar ve toplam puan açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.14: Hemşirelerin mesleki ve afet eğitimi alma özelliklerine göre İTSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Sosyodemografik özellik	Kaçınma $\bar{X} \pm SD$	Uyarılma $\bar{X} \pm SD$	İhlal $\bar{X} \pm SD$	İTSÖ $\bar{X} \pm SD$
Çalışılan Klinik				
Dahiliye klinik	20,45±6,82	14,80±5,07	16,10±4,25	51,35±10,72
Cerrahi klinik	21,66±6,32	15,45±4,04	16,68±3,40	53,80±11,21
Yoğun bakım klinik	19,20±7,07	13,82±5,02	15,97±3,61	49,01±10,36
Diğer klinikler	17,84±5,79	12,65±3,72	14,93±3,32	45,43±8,36
F/p	3,973/0,004*	4,779/0,001*	1,639/0,165	5,622/0,000*
Çalışma yılı				
1-6 yıl	19,92±7,15	14,10±5,19	16,09±3,58	50,12±12,56
7- 10 yıl	20,65±6,47	14,48±4,83	16,63±3,43	51,77±11,66
11 yıl ve üzeri	19,87±6,09	14,44±1,16	15,96±3,69	50,27±10,78
F/p	0,326/0,722	0,183/0,833	0,751/0,473	0,456/0,635
Afet hemşireliği eğitimi alma durumu				
Evet	19,69±6,39	14,16±4,91	16,29±3,75	50,15±12,53
Hayır	20,68±6,01	14,57±4,45	15,99±3,32	51,24±10,26
t/p	-1,212/0,227	-0,691/0,490	0,687/0,493	-0,752/0,453
Afet hemşireliği eğitimi alma yöntemi				
Örgün eğitim	19,86±7,17	14,45±5,23	15,88±4,39	50,20±13,71
Hizmet içi eğitim	19,47±6,96	13,86±4,83	16,62±3,34	49,96±12,25
Diğer	21,87±4,73	16,00±3,29	15,12±3,76	53,00±6,92
F/p	0,456/0,634	0,836/0,435	1,128/0,326	0,213/0,808
Afette yakınıni kaybetme durumu				
Evet	21,39±6,11	15,39±4,57	16,11±3,72	52,89±11,26
Hayır	19,12±5,12	13,54±3,22	16,22±4,32	48,88±10,21
t/p	2,840/0,005*	3,239/0,001*	-0,249/0,803	2,831/0,005*

Çalışmada Tablo 4.14'te hemşirelerin mesleki ve afet hemşireliği eğitimi alma özelliklerine göre İTSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin karşılaştırmalara yer verilmiştir. Buna göre hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre İTSÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin İTSÖ toplam puan ortalamasının (53,80±11,21), diğer kliniklerde çalışanlara (45,43±8,36) kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde cerrahi klinikte

alışan hemşirelerin kaçınma ($21,66\pm6,32$) ve uyarılma ($15,45\pm4,04$) alt boyut puan ortalamalarının da diğerklinik gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kliniklere göre kaçınma ($p=0,004$), uyarılma ($p=0,001$) ve İTSÖ toplam puan ortalamaları ($p=0,000$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre, cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin İTS düzeylerinin, diğerkliniklerde çalışan hemşirelere kıyasla daha yüksek olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin meslekteki çalışma yılına göre İTSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 7-10 yıl arasında çalışan hemşirelerin İTSÖ toplam puan ortalaması ($51,77\pm11,66$) diğerk gruplara göre daha yüksek görünse de, çalışma yılı değişkenine göre toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, hemşirelerin meslekteki kıdem süresine bağlı olarak İTS düzeylerinin önemli ölçüde farklılaşmadığını göstermektedir.

Hemşirelerin afet hemşireliği eğitimi alma durumlarına göre İTSÖ puanları incelendiğinde, eğitim alan hemşirelerin İTSÖ toplam puan ortalaması $50,15\pm12,53$ iken, eğitim almayan hemşirelerin puanı $51,24\pm10,26$ olarak bulunmuştur. Alt boyutlar açısından yalnızca kaçınma alt boyutunda farklılık dikkat çekmiş, ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, afet hemşireliği eğitimi almanın İTSÖ düzeyini anlamlı biçimde etkilemediğini göstermektedir.

Hemşirelerin afet hemşireliği eğitimi alma yöntemlerine göre yapılan değerlendirmede, örgün eğitim alan hemşirelerin İTSÖ toplam puanı $50,20\pm13,71$; hizmet içi eğitim alanların $49,96\pm12,25$ ve diğeryntemlerle eğitim alanların $53,00\pm6,92$ olduğu görülmüştür. Ancak, afet eğitimi alma yöntemine göre toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Afette yakınını kaybetme durumu ile İTSÖ puan ortalamaları incelendiğinde, yakınını kaybeden hemşirelerin İTSÖ toplam puan ortalamasının $52,89\pm11,26$ ve özellikle kaçınma ($21,39\pm6,11$) ile uyarılma ($15,39\pm4,57$) alt boyut puan ortalamalarının, yakınını kaybetmeyen hemşirelere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (kaçınma $p=0,005$; uyarılma $p=0,001$; toplam $p=0,005$). Bu bulgu, afette yakın kaybı yaşayan hemşirelerin İTS düzeylerinin anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.15: Hemşirelik PDÖ ile İTSÖ alt boyutları puan ortalamaları arasındaki korelasyon.

	r/p	Kaçınma	Uyarılma	İhlal	İTSÖ toplam
Kendini adama	r	0,016	0,052	0,936	0,299
	p	0,787	0,392	0,000*	0,000*
Kontrol	r	-0,038	0,058	0,818	0,253
	p	0,535	0,342	0,000*	0,000*
Meydan okuma	r	-0,034	0,076	0,854	0,274
	p	0,576	0,211	0,000*	0,000*
PDÖ toplam puanı	r	-0,031	0,065	0,910	0,288
	p	0,606	0,284	0,000*	0,000*

*p<0,05

Çalışmada Tablo 4.15'te PDÖ ile İTSÖ alt boyutları puan ortalamaları arasındaki korelasyonlara yer verilmiştir.

Tablo 4.15 incelendiğinde, hemşirelerin PDÖ alt boyutları olan Kendini adama, Kontrol, Meydan okuma ile İTSÖ alt boyutlarından İhlal arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde güçlü korelasyonlar olduğu görülmüştür (sırasıyla r=0,936; r=0,818; r=0,854; p<0,05). Aynı şekilde, PDÖ toplam puanı ile İhlal alt boyutu arasında da pozitif yönde ve güçlü bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir (r=0,910; p<0,05). Bu bulgular, hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça, ihlal boyutunda İTS belirtilerinin arttığını göstermektedir.

Ayrıca PDÖ alt boyutları ve toplam puanı ile İTSÖ toplam puanı arasında da pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (Kendini adama: r=0,299; Kontrol: r=0,253; Meydan okuma: r=0,274; PDÖ toplam: r=0,288; p<0,05). Bu bulgular, hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri yükseldikçe, genel olarak İTS düzeylerinin de arttığını ortaya koymaktadır.

Öte yandan, PDÖ alt boyutları ile İTSÖ alt boyutları Kaçınma ve Uyarılma arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (p>0,05). Bu durum, psikolojik

dayanıklılık düzeylerinin, kaçınma ve uyarılma belirtileri ile ilişkili olmadığını düşündürmektedir.

Sonuç olarak, araştırmaya katılan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça, özellikle İhlal alt boyutunda ve İTSÖ genel puanında İTS düzeylerinin anlamlı şekilde arttığı; buna karşın kaçınma ve uyarılma ile anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Bu durum, mesleki bağlılık ve yüksek psikolojik dayanıklılığın, bazı stres türlerini azaltmak yerine farklı şekillerde ifade bulabileceğini göstermektedir.

Tablo 4.16: Psikolojik dayanıklılığın, İTS düzeyleri üzerine etkisi.

Bağımsız değişken	Standart		Standart		%95		
	Edilmemiş		Edilmiş		Güven		
	Katsayılar		Katsayılar		Aralığı		
	B	SE	β	t	p	Alt	Üst
Sabit	36,296	2,971		12,217	,000	43,277	56,010
Psikolojik dayanıklılık	0,205	0,042	,288	4,939	,000	21,983	25,356

*Bağımlı Değişken=ikincil travmatik stres $R=0,288$; $R^2=0,083$, $F=24,398$; $p=0,000$; Durbin Watson Değeri=1,782

Psikolojik dayanıklılık ile İTS düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan basit doğrusal regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=24,398$; $p<0,001$). Modelin açıklayıcılığı düşük düzeydedir ($R^2=0,083$), yani stres düzeyindeki toplam varyansın %8,3'ü psikolojik dayanıklılıkla açıklanmaktadır. Psikolojik dayanıklılığın stres düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır ($\beta=0,28$; $t=4,939$; $p<0,001$). Psikolojik dayanıklılık, stres düzeyini pozitif yönde anlamlı şekilde yordamaktadır. Buna göre psikolojik dayanıklılık arttıkça stres düzeyinde de artış gözlenmektedir ($\beta=0,28$; $p<0,001$)

Tablo 4.17: Psikolojik dayanıklılık alt boyutlarının İTS düzeyleri üzerine etkisi.

Bağımsız değişken	Standart		Standart		%95		
	Edilmemiş Katsayılar	SE	Edilmiş Katsayılar	t	p	Alt	Üst
Sabit	35,172	3,074	-	11,442	0,000	29,147	41,197
Adama	,625	,321	,284	1,945	0,053	-,004	1,254
Kontrol	-,044	,225	-,023	-,197	0,844	-,484	,396
Meydan okuma	,081	,277	,040	,294	0,769	-,462	,624

*Bağımlı Değişken=ikincil travmatik stres, R=0,300; R²=0,090; F=28,368; p=8,814; Durbin Watson Değeri=1,754

Kendini adama, kontrol ve meydan okuma değişkenlerinin stres düzeyi üzerindeki yordayıcılığını incelemek amacıyla gerçekleştirilen çoklu regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F = 28,368; p < 0,001). Regresyon modeline göre, stres düzeyindeki toplam değişimin yaklaşık %9'unun bu üç değişken tarafından açıklandığı belirlenmiştir (R² = 0,090). Modelin genel uyumu istatistiksel olarak anlamlıdır ve modelin bağımsızlık varsayımı Durbin-Watson katsayısı = 1,754 ile desteklenmektedir.

Bağımsız değişkenlerden kendini adama, stres düzeyini yordamada sınırda anlamlı bir etki göstermektedir ($\beta = 0,284$; p = 0,053). Buna karşın, kontrol ($\beta = -0,023$; p = 0,844) ve meydan okuma ($\beta = 0,040$; p = 0,769) değişkenlerinin stres düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Bu bulgular doğrultusunda, psikolojik dayanıklılık alt boyutlarından yalnızca kendini adama değişkeninin stres düzeyini yordamada istatistiksel olarak anlamlı düzeye yakın bir katkı sunduğu söylenebilir.

Tablo 4.18: Araştırma hipotezlerinin test sonuçları

Hipotez	Bulguların Özeti	Karar
H0-1 Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyi ile İTS düzeyi arasında anlamlı bir ilişki yoktur.	PDÖ toplam ve alt boyutları ile İTSÖ toplam arasında anlamlı pozitif korelasyonlar saptandı ($r \approx 0,25-0,30$; $p < 0,05$).	Red
H1-1 Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile İTS düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.	Özellikle İhlal alt boyutuyla güçlü pozitif yönlü ilişki bulundu.	Red
H0-2 Psikolojik dayanıklılık düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık yoktur.	Yalnızca Kontrol alt boyutunda 36+ lehine anlamlı fark ($p=0,049$); toplam puanda fark yok.	Kısmen desteklenmiştir.
H1-2 Psikolojik dayanıklılık düzeyleri yaşa göre anlamlı farklılık gösterir.	Yalnızca Kontrol alt boyutunda 36+ lehine anlamlı fark ($p=0,049$); toplam puanda fark yok.	Kısmen desteklenmiştir.
H0-3 Psikolojik dayanıklılık düzeyleri cinsiyete göre farklılık yoktur.	Toplam ve alt boyutlarda anlamlı fark yok ($p > 0,05$).	Kabul
H1-3 Psikolojik dayanıklılık düzeyleri cinsiyete göre anlamlı biçimde farklılık gösterir.	Toplam ve alt boyutlarda anlamlı fark yok ($p > 0,05$).	Red
H0-4 Psikolojik dayanıklılık düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık yoktur.	Kendini adama ($p=0,050$) ve Meydan okuma ($p=0,046$) anlamlı; toplam puanda eğilim var.	Kısmen desteklenmiştir.
H1-4 Psikolojik dayanıklılık düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık gösterir.	Kendini adama ($p=0,050$) ve Meydan okuma ($p=0,046$) anlamlı; toplam puanda eğilim var.	Kısmen desteklenmiştir.
H0-5 Psikolojik dayanıklılık düzeyleri medeni duruma göre farklılık yoktur.	Tüm alt boyutlar ve toplam puanda evliler daha yüksek ($p \leq 0,013$).	Red

Hipotez	Bulguların Özeti	Karar
H1-5 Psikolojik dayanıklılık düzeyleri medeni duruma göre farklılık gösterir.	Tüm alt boyutlar ve toplam puanda evliler daha yüksek ($p \leq 0,013$).	Kabul
H0-6 Psikolojik dayanıklılık düzeyleri çocuk sahibi olma durumuna göre farklılık yoktur.	Kontrol, Meydan okuma ve toplam puan çocuk sahibi olanlarda daha yüksek ($p \leq 0,016$).	Red
H1-6 Psikolojik dayanıklılık düzeyleri çocuk sahibi olma durumuna göre farklılık gösterir.	Kontrol, Meydan okuma ve toplam puan çocuk sahibi olanlarda daha yüksek ($p \leq 0,016$).	Kabul
H0-7 İTS düzeyleri klinik türüne göre farklılık yoktur.	Cerrahi klinikte çalışanların toplam İTS, Kaçınma ve Uyarılma puanları daha yüksek ($p \leq 0,004$).	Red
H1-7 İTS düzeyleri klinik türüne göre farklılık gösterir.	Cerrahi klinikte çalışanların toplam İTS, Kaçınma ve Uyarılma puanları daha yüksek ($p \leq 0,004$).	Kabul
H0-8 İTS düzeyleri mesleki kıdeme göre farklılık yoktur.	Anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).	Kabul
H1-8 İTS düzeyleri mesleki kıdeme göre farklılık gösterir.	Anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).	Red
H0-9 İTS düzeyleri afet hemşireliği eğitimi alma durumuna göre farklılık yoktur.	Anlamlı fark yok ($p > 0,05$).	Kabul
H1-9 İTS düzeyleri afet hemşireliği eğitimi alma durumuna göre farklılık gösterir.	Anlamlı fark yok ($p > 0,05$).	Red
H0-10 İTS düzeyleri eğitim düzeyine göre farklılık yoktur.	Lise/Önlisans grubunda toplam, Kaçınma ve Uyarılma daha yüksek ($p < 0,05$).	Red
H1-10 İTS düzeyleri eğitim düzeyine göre farklılık gösterir.	Lise/Önlisans grubunda toplam, Kaçınma ve Uyarılma daha yüksek ($p < 0,05$).	Kabul

Hipotez	Bulguların Özeti	Karar
H0-11 İTS düzeyleri travmatik yaşantılara göre farklılık yoktur.	Yakın kaybı olanlarda toplam, Kaçınma, Uyarılma daha yüksek ($p \leq 0,005$).	Red
H1-11 İTS düzeyleri travmatik yaşantılara göre farklılık gösterir.	Yakın kaybı olanlarda toplam, Kaçınma, Uyarılma daha yüksek ($p \leq 0,005$).	Kabul

5. TARTIŞMA

Psikolojik dayanıklılık, bireyin stresli ve kriz durumlarına uyum sağlama, baskı altında işlevselliğini sürdürme ve olumsuz deneyimlerden güçlenerek çıkma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Luthar ve diğerleri, 2000; Connor ve Davidson, 2003). Literatürde, psikolojik dayanıklılığın yaş, eğitim, medeni durum ve ebeveynlik gibi bireysel özelliklerle yakından ilişkili olduğu, ancak cinsiyet gibi bazı sosyodemografik değişkenlerle anlamlı bir bağlantı göstermediği bildirilmektedir (Southwick ve Charney, 2012; Hart, Brannan ve De Chesnay, 2014). Eğitim düzeyinin, mesleki özgüven ve baş etme stratejileri üzerinde olumlu etkisi olduğu; medeni durum ve çocuk sahibi olmanın ise sosyal destek mekanizmaları aracılığıyla dayanıklılığı güçlendirebileceği öne sürülmektedir (Jackson ve diğerleri, 2007; Bonanno, 2004; Reivich ve Shatté, 2002).

İTS, doğrudan travma yaşamamış olmasına rağmen travma deneyimine empatik katılım yoluyla maruz kalan profesyonellerde gözlenen psikolojik belirtiler olarak tanımlanmaktadır (Figley, 1995; Bride, 2007). Literatür, travmaya maruz kalma biçiminin, mesleki deneyim, afet eğitimi ve klinik türü gibi faktörlerle birlikte İTS düzeylerini etkileyebileceğini göstermektedir (Dominguez-Gomez ve Rutledge, 2009; O'Sullivan, Dow, Turner, Lemyre, Corneil, Krewski ve Amaratunga, 2008). Ayrıca, psikolojik dayanıklılık ile İTS arasında karmaşık bir ilişki bulunmaktadır; yüksek dayanıklılık, bazı durumlarda stresin olumsuz etkilerini azaltırken, yoğun mesleki bağlılık ve empatik yüklenme ile birlikte İTS belirtilerinin artabileceği bildirilmektedir (Figley, 2002; Sprang, ve diğerleri, 2007; Richardson, 2002).

Bu çalışmada hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaş, eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma gibi sosyodemografik özelliklere göre anlamlı farklılık gösterdiği; ancak cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. Bulgular, psikolojik dayanıklılığın bireyin yaşam deneyimleri ve sosyal konumları ile yakından ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Öncelikle, yaş değişkeni bağlamında yalnızca “kontrol” alt boyutunda anlamlı bir fark bulunması ve bu farkın 36 yaş ve üzeri hemşirelerden kaynaklandığının saptanması, literatürde yer alan bazı çalışmalarla paralellik göstermektedir. Southwick ve Charney (2012), çalışmasında psikolojik dayanıklılığın bireyde zamanla gelişen ve yaşam tecrübeleriyle olgunlaşan bir kapasite olduğunu ifade etmektedir. Benzer biçimde Luthar ve diğerleri (2000), bireyin çevresel stres yaratan durumlarla başa çıkma kapasitesinin yaşla birlikte güçlenebileceğini ifade etmektedir. Bu bağlamda, yaşın özellikle “kontrol” duygusu üzerinde olumlu bir etkisinin olması, bireyin yaş aldıkça yaşam olaylarına karşı daha sistemli ve içsel bir denetim geliştirdiğini düşündürmektedir.

Eğitim düzeyine göre elde edilen bulgular incelendiğinde, lisans mezunu hemşirelerin “kendini adama” ve “meydan okuma” alt boyutlarında daha yüksek puanlara sahip olması anlamlıdır. Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin mesleki özgüven ve sorun çözme becerilerinin de artması beklenmektedir (Jackson ve diğerleri, 2007). Ayrıca, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin stresli durumlarda daha etkili baş etme stratejileri geliştirdiği bilinmektedir (Gillespie, Chaboyer, Wallis ve Grimbeek, 2009). Bu durum, lisans mezunlarının psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek olmasını açıklayabilir.

Cinsiyet açısından anlamlı bir farkın bulunmaması ise bazı çalışmalarda elde edilen sonuçlarla örtüşmektedir. Örneğin, Hart ve diğerleri (2014) çalışmalarında cinsiyetin psikolojik dayanıklılık üzerinde doğrudan belirleyici bir etken olmadığını ifade etmiştir. Bu durum, psikolojik dayanıklılığın daha çok kişilik özellikleri, deneyim ve sosyal destek gibi değişkenlerle şekillendiğini göstermektedir.

Medeni duruma ilişkin elde edilen bulgular, evli hemşirelerin “kendini adama”, “kontrol”, “meydan okuma” alt boyutları ve toplam psikolojik dayanıklılık puanlarında bekar hemşirelere kıyasla daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, evli bireylerin duygusal ve sosyal destek mekanizmalarından daha fazla yararlanabildiklerini ve bu durumun stresle başa çıkma becerilerini güçlendirdiğini desteklemektedir (Bonanno, 2004). Özellikle eş desteği, kriz durumlarında bireyin dayanıklılık kapasitesini artırıcı bir rol oynayabilir (Werner ve Smith, 1992).

Benzer şekilde, çocuk sahibi olmanın psikolojik dayanıklılığı olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Çocuk sahibi bireylerin özellikle “kontrol” ve “meydan

okuma” boyutlarında daha yüksek puanlar alması, ebeveynlik sorumluluğunun bireyde içsel güdülenmeyi artırarak daha güçlü baş etme becerileri geliştirmesini sağlayabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu, Reivich ve Shatté’nin (2002) dayanıklılık modelinde yer alan “anlam ve amaç” bileşeniyle de örtüşmektedir; çünkü ebeveynlik, bireyin yaşamındaki anlam arayışını güçlendirebilir ve karşılaştığı zorluklara karşı daha dirençli olmasını sağlayabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin çalıştıkları klinikler, mesleki kıdemleri, afet hemşireliği eğitimi alma durumları ve afet deneyimleri ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bulgular, bazı değişkenlerin psikolojik dayanıklılığın belirli alt boyutlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koyarken; çoğu durumda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak özellikle afet hemşireliği eğitimi alma durumunun “kontrol” alt boyutuna olumlu katkı sağladığı görülmektedir.

Çalışılan klinik türüne göre yapılan değerlendirmede cerrahi klinikte görev yapan hemşirelerin PDÖ toplam puanı ile “kontrol” ve “meydan okuma” alt boyutlarında daha yüksek ortalamalara sahip olduğu gözlemlenmiştir. Her ne kadar bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, bu durum klinik ortamın yapısal özellikleriyle ilişkilendirilebilir. Cerrahi kliniklerde görev yapan hemşireler genellikle yoğun, hızlı karar alma gerektiren ve teknik becerilerin daha belirgin olduğu ortamlarda çalışmaktadır. Bu tür stresli ama yapılandırılmış ortamların bireylerde sorun çözme, kontrol duygusu ve meydan okuma gibi psikolojik dayanıklılığı destekleyen unsurları güçlendirdiği öne sürülmektedir (Mealer ve diğerleri, 2012).

Mesleki kıdeme göre elde edilen bulgulara 7-10 yıl arası çalışan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık puanlarının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, bireylerin mesleki deneyiminin belli bir düzeyde dayanıklılığı desteklediğini, ancak bu etkinin yıllar ilerledikçe durağanlaştığını düşündürmektedir. Belirli bir deneyim düzeyine ulaşıldığında dayanıklılık artmakta; fakat sonrasında çevresel stres yaratan durumların etkisiyle bu kazanımlar sabit kalmakta veya azalmaktadır (Gillespie ve diğerleri, 2009). Ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, bireyler arası farklılıkların ve dışsal etkenlerin bu ilişkiyi zayıflatabileceğine işaret etmektedir.

Afet hemşireliği eğitimi alma durumu, özellikle “kontrol” alt boyutunda anlamlı farklılık yaratmıştır. Bu durum, afet gibi yüksek stresli ortamlarda görev yapacak profesyonellerin bu tür eğitimler sayesinde kriz yönetimi, duygusal regülasyon ve olaylara müdahale becerileri açısından daha hazırlıklı olduklarını

göstermektedir. Literatürde de afetlere hazırlık ve stresle baş etme becerilerinin eğitimle artırılabilceğı belirtilmektedir (Reyes, Elhai ve Ford, 2005). “Kontrol” alt boyutundaki yükselme, eğitimin hemşirelerin belirsizlikle başa çıkma ve olaylar üzerinde etki yaratabilme inançlarını artırdığını düşündürmektedir.

Eğitim yöntemlerine göre elde edilen bulgulara, hizmet içi eğitim alan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı olmasa da bu durum, uygulamaya dayalı, mesleki bağlamda yapılan eğitimlerin hemşireler üzerindeki etkisinin daha güçlü olabileceğine işaret etmektedir. Benzer şekilde, çalışmalarda yapılandırılmış ve bağlama duyarlı afet eğitimlerinin psikolojik hazırlığı artırdığı belirtilmektedir (Gebbie ve Qureshi, 2002).

Afette yakın kaybı yaşayan hemşirelerde psikolojik dayanıklılık puanlarının daha düşük olduğu gözlemlenmişse de fark anlamlı bulunmamıştır. Ancak travmatik deneyimlerin bireysel psikolojik durumları etkileyebileceğı, bazı bireylerde dayanıklılığı zayıflatabileceğı veya yeniden oluşumu zorlaştırabileceğı düşünülmektedir (Bonanno, 2004). Bu bulgu, bireysel farklılıkların ve sosyal destek sistemlerinin dayanıklılık üzerinde nasıl etkili olabileceğine dair daha derinlemesine çalışmalar yapılması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma gibi sosyodemografik özelliklerine göre İTS düzeyleri incelenmiştir. Bulgular, yalnızca eğitim durumu, medeni durum (ihlal alt boyutu) ve çocuk sahibi olma durumunun (kaçınma alt boyutu) belirli alt boyutlarda anlamlı farklılık yarattığını; diğer değişkenlerin ise İTS üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Yaş değişkenine ilişkin bulgulara İTSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgu, yaşın İTS düzeyi üzerinde belirleyici bir faktör olmadığını göstermektedir. Benzer biçimde, Bride ve diğerleri (2004) sağlık profesyonelleri üzerinde yaptıkları çalışmada yaşın İTS ile anlamlı düzeyde ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Travmaya maruz kalma biçiminin, bireyin yaşı kadar hatta daha fazla belirleyici olduğu düşünülmektedir.

Cinsiyet değişkeni açısından da benzer şekilde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, İTS yalnızca biyolojik cinsiyetten etkilenmediğini, daha çok bireyin maruz

kaldığı olayların niteliği, mesleki destek mekanizmaları ve baş etme becerileriyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Figley (1995), ikincil travmanın, duygusal olarak yoğun empatik ilişki kurulan ortamlarda geliştiğini ve cinsiyetten bağımsız olarak tüm profesyonelleri etkileyebileceğini belirtmektedir. Nitekim literatürde bazı araştırmalar kadınların daha duyarlı olduğunu öne sürerken, diğerleri cinsiyetin belirleyici olmadığını ifade etmektedir (Bercier ve Maynard, 2015).

Eğitim durumu ile ilgili bulgulara lise/önlisans mezunu hemşirelerin İTSÖ toplam puanı ve “kaçınma” ile “uyarılma” alt boyutlarında anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, eğitim düzeyi düşük olan hemşirelerin, stresle baş etme ve psikolojik zorlanmalarla başa çıkma açısından daha dezavantajlı bir konumda olabileceğini göstermektedir. Killian (2008), travmatik içeriklere uzun süreli maruz kalmanın bireyin mesleki bilgi ve donanımıyla doğrudan ilişkili olduğunu ve eğitim seviyesi arttıkça bu stresin daha iyi yönetilebildiğini ifade etmektedir.

Medeni durum değişkeni bağlamında ise genel olarak anlamlı fark bulunmasa da yalnızca “ihlal” alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bekar hemşirelerin bu alt boyutta evli hemşirelere göre daha düşük puanlar alması, evli bireylerin daha fazla rol sorumluluğu ve duygusal yük taşıyabileceğini düşündürmektedir. Bazı araştırmalar evli bireylerin sosyal destek mekanizmaları sayesinde travmatik etkileri tamponlayabildiğini belirtirken, bazı durumlarda bu desteklerin ters etki yaratabileceğini de vurgulamaktadır (Collins ve Long, 2003).

Çocuk sahibi olma durumu açısından elde edilen bulgular ise çocuk sahibi olmayan hemşirelerin “kaçınma” alt boyutunda daha yüksek puan aldıklarını ortaya koymuştur. Kaçınma, travmatik içerikli düşünce ve duygulardan uzak durma eğilimi olarak değerlendirilmektedir. Çocuk sahibi olmayan bireylerin travmatik içeriklere daha fazla duyarlılık göstermesi ya da bu tür durumlarla başa çıkmak için kaçınma stratejilerini daha sık kullanması muhtemeldir (Sprang ve diğerleri, 2007).

Bu çalışmada hemşirelerin çalıştıkları klinik türü, mesleki deneyim süresi, afet hemşireliği eğitimi alma durumu, eğitim yöntemleri ve afette yakın kaybı yaşama durumuna göre İTSÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular, özellikle cerrahi klinikte çalışan ve afette yakın kaybı yaşayan hemşirelerin İTS düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışılan klinik türüne göre yapılan değerlendirmede cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin İTSÖ toplam, kaçınma ve uyarılma alt boyut puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, travma riskinin yüksek olduğu, fiziksel yaralanmaların ve yoğun müdahalelerin sık yaşandığı klinik ortamların çalışanlar üzerinde daha yoğun İTS oluşturabileceğini göstermektedir. Bride (2007), doğrudan travma mağdurlarıyla temas halinde çalışan profesyonellerin, empati yoluyla travmatik deneyimleri kendileri yaşamışçasına etkilenmeleri ile ikincil travmaya maruz kalabileceklerini belirtmiştir. Cerrahi klinikler gibi stres düzeyi yüksek çalışma alanları, bu bağlamda İTS açısından daha riskli ortamlar sunabilir (Dominguez-Gomez ve Rutledge, 2009).

Meslekteki kıdeme göre elde edilen bulgularda, 7–10 yıl arası çalışan hemşirelerin daha yüksek puan ortalamasına sahip olmasına rağmen, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması, İTS düzeylerinin yalnızca deneyim süresiyle açıklanamayacağını düşündürmektedir. Çalışma süresi arttıkça bireylerin bazı durumlara duyarsızlaşması veya baş etme stratejilerini geliştirmesi beklenebilir (Figley, 1995). Ancak bazı bireylerde ise uzun süre maruz kalma, zaman içinde tükenmişliğe ve duygu uyuşmasına yol açarak stres düzeyini artırabilir (Newell ve MacNeil, 2010). Bu nedenle, hizmet süresi ile İTS arasındaki ilişki yapılan araştırmalarda karmaşık ve bireyden bireye değişkendir.

Afet hemşireliği eğitimi alma durumu ve yöntemleri açısından elde edilen sonuçlar, bu değişkenlerin İTSÖ puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermiştir. Bu durum, verilen eğitimin içeriğinin, süresinin veya uygulamalı yeterliliğinin travmayla baş etmede yetersiz kalabileceğini düşündürmektedir. O’Sullivan ve diğerleri (2008), afet hazırlık eğitimlerinin etkili olabilmesi için sadece bilgi aktarımının değil, duygusal dayanıklılık, empati yönetimi ve uygulamalı senaryo temelli yaklaşımların da içeriğe dâhil edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Afette yakın kaybı yaşama durumu ise İTS düzeyleri açısından anlamlı bir etken olarak öne çıkmıştır. Yakınını kaybeden hemşirelerin hem toplam İTSÖ puanlarının hem de “kaçınma” ve “uyarılma” alt boyutlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, bireysel travmanın, mesleki travmaya dolaylı biçimde eklenerek İTS düzeyini artırabileceğini göstermektedir. Stamm (2010), bireyin yaşadığı travma yükünün kişisel ve mesleki alanlarıyla birleştiğinde, bireyde daha yoğun ve karmaşık travmatik tepkiler gelişebileceğini ifade etmektedir. Afette

yakın kaybı gibi doğrudan travmatik bir yaşantının, hemşirelerin empatik duyarlılıklarını artırarak mesleki travma ile başa çıkmalarını güçleştirdiği söylenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile İTS belirtileri arasındaki ilişki incelenmiş ve özellikle İTSÖ'nün "İhlal" alt boyutu ile PDÖ'nün tüm alt boyutları arasında pozitif yönde ve güçlü korelasyonlar saptanmıştır. "Kendini adama" ($r=0,936$), "kontrol" ($r=0,818$) ve "meydan okuma" ($r=0,854$) alt boyutlarının yanı sıra PDÖ toplam puanı ile ihlal alt boyutu arasında da anlamlı düzeyde güçlü pozitif ilişkiler bulunmuştur ($r=0,910$; $p<0,05$). Aynı zamanda PDÖ toplam ve alt boyut puanları ile İTSÖ toplam puanı arasında da düşük düzeyde ancak anlamlı pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir ($r=0,253-0,299$; $p<0,05$).

Elde edilen veriler, psikolojik dayanıklılığın İTS üzerinde beklenen düzeyde doğrudan koruyucu bir rol oynamadığını; hatta bazı durumlarda yüksek dayanıklılık düzeyine sahip hemşirelerin, "ihlal" boyutunda daha yoğun belirtiler gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuç literatürde "bağlılık temelli yüklenme" ya da "yüksek özverili bağlılığın ikincil etkileri" olarak açıklanabilmektedir. Figley (2002), İTS'nin temelinde empatik katılım ve sorumluluk duygusunun yer aldığını, bu nedenle mesleğine yüksek düzeyde bağlı bireylerin daha çok duygusal yük altına girebildiğini belirtmiştir. Benzer şekilde Richardson (2002), dayanıklılık kapasitesi yüksek olan bireylerin travmatik durumlarla baş etme becerilerinin artmasına rağmen, bu bireylerin aynı zamanda stres kaynaklarına uzun süre maruz kalabildiğini ve bu durumun psikolojik baskıyı sürdürebileceğini ifade etmiştir.

Özellikle "kendini adama" boyutunda gözlenen yüksek korelasyon, mesleki özveri ve idealizm düzeyi arttıkça travmatik yüklenmenin de arttığına işaret etmektedir. Sprang ve diğerleri (2007), yardım profesyonelleri arasında yüksek empatik duyarlılığın İTS'ye zemin hazırlayabileceğini belirtmiş ve bu durumun "yüksek bağlılık paradoksu" olarak kavramsallaştırılabileceğini öne sürmüştür.

Öte yandan, psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile İTSÖ'nün kaçınma ve uyarılma alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, psikolojik dayanıklılığın travma sonrası belirtilerin her türüyle ilişkili olmadığını göstermektedir. Kaçınma ve uyarılma gibi tepkiler daha çok travmanın doğrudan etkilerine karşı gelişen savunma mekanizmaları olarak değerlendirilmekte ve kişisel kaynaklar yerine otomatik psikolojik süreçlerle ilişkili olabilmektedir (Bercier ve Maynard, 2015). Bu nedenle, dayanıklılık düzeyi yüksek bireylerde kaçınma ve

uyarılma gibi pasif tepkilerin daha az belirgin olması beklenebilir, ancak bu tepkilerle ilişkili bir koruyuculuk doğrudan korelasyonlarla gösterilememiştir.

Araştırmada hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile İTS düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılan basit doğrusal regresyon analizi anlamlı bulunmuştur. Modelin açıklayıcılığı düşük düzeyde olmakla birlikte ($R^2=0,083$), psikolojik dayanıklılığın stres düzeyine pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($\beta=0,28$; $p<0,001$). Bu bulgu, psikolojik dayanıklılık arttıkça hemşirelerin İTS düzeylerinin de artış gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Bu sonuç, literatürdeki çoğu çalışmanın psikolojik dayanıklılık ile stres arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu vurgulayan bulgularıyla (Bonanno, 2004; Connor ve Davidson, 2003; Tugade ve Fredrickson, 2004) tam olarak örtüşmemektedir. Genellikle psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin travmatik olaylara karşı daha az stres tepkisi verdiği ve duygusal esneklik sayesinde psikolojik olarak daha hızlı toparlandıkları belirtilmektedir (Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick ve Yehuda, 2014). Ancak bu çalışmada ilişki yönünün pozitif olması, dayanıklılığın iş ortamındaki bağlamsal faktörlerle farklı biçimde etkileşime girdiğini düşündürmektedir.

Hemşirelik mesleğinde yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip bireyler, mesleki rollerine güçlü bir biçimde bağlılık göstermekte, travma yaşayan hastalarla yoğun biçimde empatik ilişki kurmakta ve mesleki sorumluluk duygusuyla görevlerini sürdürmektedirler (Rushton ve diğerleri, 2015). Bu durum, dayanıklılığın koruyucu işlevinden ziyade “aşırı özveri” veya “kendini adama” biçiminde ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu çalışmada da “kendini adama” alt boyutunun stres düzeyini yordamada sınırdan anlamlı etkiye sahip olması ($p=0,053$), bu yorumu destekler niteliktedir.

Figley (1995), İTS’yi yardımda bulunana bireylerin travmaya uğramış kişilerle empatik bağ kurarken duygusal olarak etkilenmeleri sonucu ortaya çıkan bir durum olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla hemşirelerin empatik katılım düzeyi ve mesleki özverisi arttıkça, dayanıklılık yüksek olsa bile travmatik içeriğe maruz kalma olasılığı artabilir. Benzer biçimde Baird ve Jenkins (2002) de, yardım profesyonellerinde yüksek özveri, sürekli empatik bağlanma ve zamanla tükenmişlik İTS riskini artırabileceğini belirtmiştir.

Bu doğrultuda elde edilen pozitif ilişki, psikolojik dayanıklılığın tek başına koruyucu bir faktör olmadığını; kurumsal destek, iş yükü, duygusal sınır koyma becerileri ve başa çıkma stratejileri gibi diğer değişkenlerle birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir. Yüksek dayanıklılığa sahip hemşireler, travmatik olaylar karşısında görevlerini sürdürme gücü bulsalar da, bu süreçte duygusal olarak daha fazla maruz kalma riskiyle karşılaşabilmektedirler (Mealer ve diğerleri, 2012).

Bununla birlikte, bu çalışmada psikolojik dayanıklılığın stres üzerindeki etkisinin açıklayıcılık düzeyinin sınırlı olması ($R^2 = 0,083$), stres düzeyinin yalnızca psikolojik dayanıklılıkla değil; aynı zamanda kurumsal destek, iş yükü, travma geçmişi, bireyin kişilik özellikleri, algılanan sosyal destek düzeyi gibi pek çok bireysel ve çevresel etkenle de anlamlı ilişkiler taşıdığını ortaya koymaktadır (Ruotsalainen, Verbeek, Marine ve Serra, 2015).

Bu araştırmada psikolojik dayanıklılığın alt boyutları olan kendini adama, kontrol ve meydan okuma değişkenlerinin stres düzeyi üzerindeki yordayıcı etkileri çoklu regresyon analizi ile incelenmiş ve model genel olarak istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F = 28,368$; $p < 0,001$). Elde edilen sonuçlara göre bu üç değişken birlikte ele alındığında, stres düzeyindeki toplam değişimin yaklaşık %9'unu açıklamaktadır ($R^2 = 0,090$). Modelin varsayımları açısından değerlendirildiğinde ise bağımsızlık varsayımının sağlandığı görülmektedir (Durbin-Watson = 1,754).

Modeldeki bağımsız değişkenler incelendiğinde yalnızca “kendini adama” alt boyutunun stres düzeyini yordamada sınırda anlamlı bir etki gösterdiği belirlenmiştir ($\beta = 0,284$; $p = 0,053$). Buna karşılık, kontrol ve meydan okuma alt boyutlarının stres düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (sırasıyla $p = 0,844$ ve $p = 0,769$). Bu sonuçlar, psikolojik dayanıklılık yapısının bütüncül bir biçimde değil, özellikle bağlılık ve adanmışlık boyutları üzerinden stres düzeyiyle daha yakın ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Kendini adama, bireyin mesleki rolüne ve değerlerine yüksek düzeyde bağlılık göstermesini ifade eder ve özellikle yardım mesleklerinde çalışan bireylerde duygusal yüklenmeyi artırabilir (Figley, 2002). Bu durum, yüksek adanmışlık düzeyine sahip profesyonellerin mesleki stresle daha yoğun bir şekilde karşılaşmasına neden olabilmektedir. Sprang ve diğerleri (2007), yardım mesleklerinde çalışan bireylerin mesleklerine olan yüksek özveri ve idealizm düzeylerinin, empatik tükenme ve İTS ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Bu doğrultuda, araştırmamızda “kendini adama” düzeyinin stres ile pozitif yönde ilişki göstermesi, mesleki adanmışlığın hem koruyucu hem de risk oluşturan çift yönlü bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir. Özverili bağlılık, bireyin mesleki anlamda motivasyonunu artırsa da, yoğun empatik katılım ve sorumluluk hissiyle birlikte duygusal yüklenmeyi de artırarak stres düzeyini yükseltebilir(Baird ve Jenkins, 2002).

Öte yandan, dayanıklılığın kontrol ve meydan okuma boyutlarının stres düzeyini anlamlı biçimde yordayamamış olması, bu alt boyutların stres algısı üzerinde doğrudan bir etkisinin olmadığını ya da bu ilişkinin başka değişkenler aracılığıyla dolaylı biçimde ortaya çıktığını düşündürmektedir. Connor ve Davidson (2003), psikolojik dayanıklılık alt boyutlarının her zaman eşit düzeyde işlemediğini ve bireyin bağlamsal deneyimleriyle birlikte farklı düzeylerde etkili olabildiğini ifade etmiştir. Kontrol duygusu, travmatik olaylar karşısında bireyin yaşadığı çaresizlik hissini dengeleyici bir unsur olarak kabul edilmekle birlikte, bu araştırmada kontrol algısının stres düzeyini anlamlı biçimde yordayamamış olması, kontrol hissinin tek başına etkili bir baş etme kaynağı olmayabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, stresle baş etme süreçlerinde çoklu psikolojik kaynakların birlikte işlev görmesinin önemini ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile İTS düzeyleri arasındaki ilişkiyi analiz etmek; bu iki değişkenin bireysel ve mesleki özelliklere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak ve psikolojik dayanıklılığın stres düzeyini yordama gücünü değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada, psikolojik dayanıklılığın İTS düzeyine pozitif yönde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir ($\beta=0,28$; $p<0,001$). Modelin açıklayıcılığı düşük düzeyde olmakla birlikte ($R^2=0,083$), bu bulgu dayanıklılık düzeyi arttıkça stres düzeyinin de artabileceğini göstermiştir. Bu sonuç, psikolojik dayanıklılığın genellikle stres ve travmaya karşı koruyucu bir faktör olarak tanımlandığı (Bonanno, 2004; Connor ve Davidson, 2003; Tugade ve Fredrickson, 2004) literatürden kısmen ayrılmaktadır. Ancak hemşirelik gibi yüksek empati ve sorumluluk gerektiren mesleklerde, dayanıklılığın “aşırı özveri” biçiminde ortaya çıkması, travmatik yüklenmeyi artırabilmektedir (Figley, 2002; Sprang ve diğerleri, 2007).

Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyi ile İTS düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bulgular, özellikle psikolojik dayanıklılığın “kendini adama”, “kontrol” ve “meydan okuma” alt boyutları ile İTS’nin “ihlal” alt boyutu arasında güçlü ve pozitif yönde korelasyonların bulunduğunu göstermiştir. Ancak beklenenin aksine bu ilişki negatif değil, pozitif yöndedir. Bu sonuç, dayanıklılığın koruyucu yönünün yanında risk faktörü olarak da işleyebileceğini desteklemektedir. Figley (1995), yardım mesleklerinde yüksek empati ve yüksek görev bilinci taşıyan bireylerin travma aktarımına daha açık olabileceğini belirtmiştir. Yüksek dayanıklılık düzeyine sahip sağlık çalışanlarının daha fazla travmatik olaya maruz kaldığını, bunun da İTS belirtilerini artırabildiğini göstermiştir. Bu duruma literatürde “dayanıklılık paradoksu” adı verilir (Suazo Galdames, Molero Jurado, Fernández Martínez, Pérez-Fuentes ve Gázquez Linares, 2024).

Özverili bağlılık, bireyin mesleki tatminini ve motivasyonunu artırsa da, yoğun empatik katılımın duygusal sınırların zayıflamasına ve İTS'nin artmasına yol açabileceği ifade edilmektedir (Baird ve Jenkins, 2002; Rushton ve diğerleri, 2015). Bu durum, yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin mesleki bağlılıklarının da yüksek olması nedeniyle daha fazla duygusal yük üstlenmelerinden kaynaklanıyor olabilir. (Hart ve diğerleri 2014; Meyer ve Allen, 1991; Yıldırım ve Özkara, 2017).

Psikolojik dayanıklılık, çok boyutlu bir yapı olup; bireyin bağlamsal deneyimleri, kurumsal destek düzeyi, iş yükü ve kişisel başa çıkma stratejileri ile birlikte değerlendirildiğinde anlam kazanmaktadır (Connor ve Davidson, 2003; Ruotsalainen ve diğerleri, 2015). Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerde psikolojik dayanıklılığın tek başına İTS'nin önlenmesinde yeterli olmadığı; dayanıklılığı destekleyen kurumsal mekanizmaların, duygusal sınır koyma becerilerinin ve iş yükü düzenlemelerinin de önemli olduğu söylenebilir. Yüksek dayanıklılığa sahip hemşireler, travmatik durumlarla başa çıkmada güçlü bir içsel kapasiteye sahip olsalar da, empatik yüklenme ve mesleki özveri nedeniyle duygusal olarak daha fazla etkilene riski taşımaktadırlar (Ruotsalainen ve diğerleri, 2015).

Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yaş, eğitim durumu, medeni durum ve çocuk sahibi olma gibi sosyodemografik özelliklere göre anlamlı biçimde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Özellikle;

- Yaş değişkenine göre “kontrol” alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmış, 36 yaş ve üzerindeki hemşirelerin daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür.
- Eğitim düzeyine göre lisans mezunlarının “kendini adama” ve “meydan okuma” alt boyutlarında daha yüksek puanlara sahip olduğu tespit edilmiştir.
- Evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.
- Cinsiyet değişkeni açısından ise anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hemşirelerin İTS düzeylerinin bazı mesleki değişkenlere göre anlamlı şekilde farklılaştığı belirlenmiştir.

- Cerrahi klinikte çalışan hemşirelerin İTSÖ toplam ve alt boyut puanları, diğer kliniklerde çalışanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir.
- Afet durumunda bir yakını kaybeden hemşirelerin İTSÖ puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

- Eğitim düzeyi, medeni durum ve çocuk sahibi olma değişkenleri de bazı alt boyutlarda anlamlı fark yaratmıştır.
- Buna karşın, mesleki kıdem ve afet hemşireliği eğitimi alma durumu genel olarak İTSÖ puanları üzerinde anlamlı fark oluşturmamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Psikolojik dayanıklılığın güçlendirilmesi önemli olmakla birlikte, bu süreçte mesleki özverinin İTS'ye dönüşmesini önleyecek yapısal destek mekanizmalarının (süpervizyon sistemleri ve empati yönetimine yönelik eğitim programlarının) çalışma koşullarına uyarlanması gerekmektedir.
2. Özellikle cerrahi kliniklerde görev yapan hemşireler için İTS riskine yönelik önleyici programlar, psikolojik ilk yardım eğitimleri ve duygusal boşalım grupları gibi destekleyici müdahaleler planlanmalıdır.
3. Afette yakın kaybı yaşamış hemşireler için mesleki destek programları içinde travma sonrası iyileşme sürecine odaklanan özel içerikler geliştirilmelidir.
4. Yaş, eğitim durumu, medeni durum ve ebeveynlik durumu gibi bireysel faktörler, psikolojik dayanıklılığı artıran unsurlar olarak dikkate alınmalı; özellikle genç, bekar ve çocuk sahibi olmayan hemşirelerin dayanıklılık gelişimine yönelik bireyselleştirilmiş programlar hazırlanmalıdır.
5. Afet hemşireliği eğitimleri, yalnızca bilgi aktarımıyla sınırlı kalmayıp, senaryo temelli uygulamalı eğitimler, kriz simülasyonları ve duygusal dayanıklılık içeriklerini kapsayacak biçimde yeniden yapılandırılmalıdır.
6. Hemşirelerin travma sonrası stresle daha etkili bir biçimde başa çıkabilmeleri için, hizmet içi eğitimlerin yaygınlaştırılması, kurum içinde sürdürülebilir psikososyal destek sistemlerinin kurulması ve düzenli psikolojik danışmanlık hizmetlerine erişim imkanlarının artırılması büyük önem taşımaktadır.
7. Kurumsal düzeyde destek sistemleri, stresin yalnızca bireysel faktörlerden değil aynı zamanda örgütsel yapılar, iş yükü ve çalışma koşullarından da etkilendiği göz önüne alınarak güçlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Akdoğan, B. ve Yalçın, S. B.** (2018). Lise öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık ve çatışma çözme davranışlarının öznel iyi oluşlarını yordaması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 46, 174–197. <https://doi.org/10.21764/maeuefd.370587>
- Akın, A.** (2013). Psikolojik dayanıklılık: Teorik temelleri ve koruyucu faktörleri. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25(1), 1–15.
- Al Naser, F. ve Everly, G. S. Jr.** (1999). PTSD and secondary traumatic stress: Individual, situational, and organizational risk factors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1(2), 89–98.
- American Psychiatric Association.** (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aydın, İ. P.** (2002). *İş yaşamında stres*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Baird, K. ve Jenkins, S. R.** (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and Victims*, 18(1), 71–86. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71>
- Baird, K. ve Kracen, A. C.** (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counseling Psychology Quarterly*, 19(2), 181–188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Bakhshi, S., Lynn-Nicholson, R., Jones, B., Amlôt, R., Greenberg, N. ve Rubin, G. J.** (2014). Responding to a radiological crisis: Experiences of British Foreign Office staff in Japan after the Fukushima nuclear meltdown. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 8(5), 397–403. <https://doi.org/10.1017/dmp.2014.98>
- Bell, H., Kulkarni, S. ve Dalton, L.** (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in Society*, 84(4), 463–470. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.131>
- Bercier, M. L. ve Maynard, B. R.** (2015). Interventions for secondary traumatic stress with mental health workers: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 25(1), 81–89. <https://doi.org/10.1177/1049731513517142>
- Bober, T.** (2006). Compassion fatigue and burnout in caregivers of people with mental illness. Centre for Addiction and Mental Health.
- Bonanno, G. A.** (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bride, B. E.** (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63–70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bride, B. E., Hatcher, S. S. ve Humble, M. N.** (2009). Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors. *Traumatology*, 15(2), 96–105. <https://doi.org/10.1177/1534765609336362>

- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. ve Figley, C. R.** (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice, 14*(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Bronfenbrenner, U.** (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press.
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G. J. ve Greenberg, N.** (2018). *A systematic, thematic review of social and occupational factors associated with psychological outcomes in healthcare employees during an infectious disease outbreak.* Journal of Occupational and Environmental Medicine, 60(3), 248–257. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001235>
- Brown, T. A.** (2006). Confirmatory factor analysis for applied research. Guilford Press.
- Büyükbodur, A. Ç.** (2018). *Sosyal hizmet uzmanlarında psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stresin incelenmesi* (Doktora tezi). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A. ve Benight, C. C.** (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services, 11*(1), 75–86. <https://doi.org/10.1037/a0033798>
- Clark, P. G. ve Gioro, S.** (1998). Nurses, indirect trauma, and prevention. *Image: The Journal of Nursing Scholarship, 30*(1), 85–87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01242.x>
- Collins, S.** (2007). Nurse resilience: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*(3), 160–168.
- Collins, S. ve Long, A.** (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers – A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*(4), 417–424. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00620.x>
- Connor, K. M. ve Davidson, J. R. T.** (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cüceloğlu, D.** (2016). *İnsan ve davranışı*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Doğan, T.** (2015). Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being, 3*(1), 93–102.
- Dominguez-Gomez, E. ve Rutledge, D. N.** (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing, 35*(3), 199–204. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>
- Duyan, V.** (2014). Sosyal hizmet temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri (1. baskı). Ankara: Sosyal Çalışma Yayınları.
- Dutton, M. A.** (1995). Trauma and the family: The impact of domestic violence on survivors and their families. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 75–92). Brunner/Mazel.
- Erbir, M.** (2021). COVID-19 sürecinde sağlık kurumlarında algılanan örgütsel güvenin çalışanın psikolojik dayanıklılık seviyesine etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24*(4), 813–828.

- Erdener, M.** (2019). *Afet alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılık ve ikinci travmatik stres düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erikson, E. H.** (1984). *Identity and the life cycle*. W. W. Norton & Company.
- Esen, Ü. B., Esen, F. S. ve Sirkintoğlu Yıldırım, Ş.** (2018). Kültür Boyutları İle Online Alışveriş Davranışı Arasındaki İlişkide Bireysel Yenilikçilik ve Güvenin Aracılık Etkisi. *Uluslararası Yönetim İktisat Ve İşletme Dergisi*, 14(1), 257-282. <https://doi.org/10.17130/ijmeb.2018137584>
- Figley, C. R.** (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). Routledge: Taylor and Francis Group.
- Figley, C. R.** (1998). Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 95–119). Sidran Press.
- Figley, C. R.** (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Fullerton, C. S., McCarroll, J. E., Ursano, R. J. ve Wright, K. M.** (1992). *Psychological responses of rescue workers: Fire fighters and trauma*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(3), 371–378. <https://doi.org/10.1037/h0079363>
- Fournier, M., Ridder, D. ve Bensing, J.** (2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness: A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1163–1183. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00006-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00006-5)
- Garmezy, N.** (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213–233). Oxford, UK: Pergamon Press.
- Gebbie, K. M. ve Qureshi, K.** (2002). Emergency and disaster preparedness: Core competencies for nurses: What every nurse should but may not know. *AJN The American Journal of Nursing*, 102(1), 46–51. <https://doi.org/10.1097/00000446-200201000-00020>
- Gentry, W. D. ve Kobasa, S. C.** (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp. 87–116). Guilford Press.
- George, D. ve Mallery, P.** (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (10th ed.). Pearson.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M. ve Grimbeek, P.** (2009). Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), 1906–1915. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05093.x>
- Gizir, C. A.** (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(28), 113–128. <https://doi.org/10.17066/pdrd.95701>
- Göçen, A.** (2019). Öğretmenlerin yaşam anlamı, psikolojik sermaye ve cinsiyetinin psikolojik iyi oluşlarına etkisi. *Cumhuriyet Uluslararası Eğitim Dergisi*, 8(1), 135–153. <https://doi.org/10.30703/cije.491063>

- Gökçe, S. ve Yılmaz, M.** (2017). Travmatik olaylara maruz kalan bireylerde ikincil travma: Bireysel ve çevresel faktörler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2), 195–204.
- Gökmen, B.** (2014). *Özel eğitim okulu yöneticilerinin psikolojik dayanıklılık ve iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gündüz, M.** (2020). Travma sonrası stres bozukluğu ve ikincil travma: Kuramsal bir değerlendirme. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 40(2), 185–202. <https://doi.org/10.26650/sp2020-0043>
- Güngörmüş, K., Okanlı, A. ve Kocabeyoğlu, T.** (2015). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 9–14. <https://doi.org/10.5505/phd.2015.80299>
- Gürkan, U.** (2006). Yılmazlık ölçeği (YÖ): Ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39(2), 45–74.
- Gürkan, A. ve Yalçiner, N.** (2017). Sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 90–95. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/32272/359565>
- Hamilton, M.** (2008). Compassion fatigue and burnout in emergency personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 232–241. <https://doi.org/10.1002/jts.20326>
- Hanton, S., Evans, L. V. ve Neil, R.** (2003). Hardiness and the competitive trait anxiety response. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16(2), 167–184. <https://doi.org/10.1080/10615806.2003.10382971>
- Hart, P. L., Brannan, J. D. ve De Chesnay, M.** (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720–734. <https://doi.org/10.1111/jonm.12095>
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T. ve Rapson, R. L.** (1993). *Emotional contagion*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139174138> University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139174138>
- Hu, L.-t., ve Bentler, P.** (1998). Fit Indices in Covariance Structure Modeling: Sensitivity to Underparameterized Model Misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424.
- Iliffe, G. ve Steed, L. G.** (2001). Exploring the counselor's experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(4), 375–392. <https://doi.org/10.1177/088626001016004004>
- Işık, Ş.** (2016). Psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(2), 165–182.
- Jaccard, J., ve Wan, C. K.** (1996). *Lisrel Approaches to Interaction Effects in Multiple Regression*: Sage.
- Jackson, D., Firtko, A. ve Edenborough, M.** (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>
- Johnsen, B. H., Eid, J., Laberg, J. C. ve Thayer, J. F.** (1997). Coping strategies and mental health problems in a military unit. *Military Medicine*, 162(9), 587–591. <https://doi.org/10.1093/milmed/162.9.587>

- Kahil, A.** (2016). *Travmatik yaşantıları olan bireylere yardım davranışında bulunan profesyonel ve gönüllülerin ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Karabağ, G. Ş.** (2021). Psikolojik dayanıklılık ve özbakım. *T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal İçerme Eğitim Programı*, Çankırı Karatekin Üniversitesi.
- Kararırmak, Ö. ve Çetinkaya, R.** (2011). Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlamlık üzerine etkisi: Duyguların aracı rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(35), 30–43.
- Kaplan, H. B.** (1999). Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17–83). Kluwer Academic Publishers.
- Kavi, E. ve Karakale, B.** (2018). Çalışan psikolojisi açısından psikolojik dayanıklılık. *Emek ve Toplum*, 7(17), 55–77. <https://doi.org/10.31199/hakisderg.391826>
- Kaya, F.** (2015). Travma sonrası stres bozukluğu ve ikincil travmatik stresin sağlık çalışanlarına etkileri. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 20(1), 32–36.
- Kayacı, Ü. ve Özbay, Y.** (2016). Üniversite öğrencilerinin travmatik yaşantı, psikolojik doğum sıraları ve sosyal ilgilerinin psikolojik dayanıklılıklarını yordaması. *The Journal of Happiness & Well Being*, 4(1), 128-142. epasr.inased.org+1
- Killian, K. D.** (2008). Helping till it hurts? A multivariate analysis of compassion fatigue, burnout, and trauma in therapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(3), 505–520. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Kline, R. B.** (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*: Guilford Publications.
- Kobasa, S. C.** (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. ve Courington, S.** (1981). Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 368–378. <https://doi.org/10.2307/2136678>
- Krovetz, M. L.** (1999). *Fostering resiliency: Expecting all students to use their minds and hearts well*. Corwin Press.
- Kurt, N.** (2011). Çevik kuvvet personelinin stresle başa çıkma tutumları, psikolojik dayanıklılıkları ve iş doyumu düzeyleri (Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Lazarus, R. S.** (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. ve Folkman, S.** (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing.
- Lev, S. ve Amir, M.** (2001). Secondary traumatic stress in nurses working at the Emergency Department. *European Journal of Emergency Medicine*, 8(3), 173–178. <https://doi.org/10.1097/00063110-200108000-00007>
- Luthar, S. S. ve Cicchetti, D.** (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857–885. <https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. ve Becker, B.** (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

- Maddi, S. R.** (2004). Hardiness: An operationalization of existential courage. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(3), 279–298. <https://doi.org/10.1177/0022167804266101>
- Maddi, S. R. ve Khoshaba, D. M.** (1994). *Hardiness and mental health*. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 265–274. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6302_6
- Maddi, S. R. ve Kobasa, S. C.** (1984). *The hardy executive: Health under stress*. Dow Jones-Irwin. Internet Archive+1
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Metzler, T. J., Ronfeldt, H. M. ve Foreman, C.** (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 63–85. <https://doi.org/10.1007/BF02116834>
- Masten, A. S.** (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M. C. Wang & G. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp. 3–25). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Masten, A. S.** (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Masten, A. S.** (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Masten, A. S. ve Reed, M. J.** (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74–88). Oxford University Press.
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B. ve Moss, M.** (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292–299. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015>
- Meyer, J. P. ve Allen, N. J.** (1991). *A three-component conceptualization of organizational commitment*. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61–89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)
- Miller, K. I., Stiff, J. B. ve Ellis, B. H.** (1988). *Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers*. *Communication Monographs*, 55(3), 250–265. <https://doi.org/10.1080/03637758809376171>
- Morrisette, P. J.** (2004). *The pain of helping: Psychological injury of helping professionals* (1st ed., pp. 53–93). Routledge.
- Nash, J. K. ve Fraser, M. W.** (1998). Çocuklar için okul sonrası bakım: Dayanıklılık temelli bir yaklaşım. *Toplumdaki Aileler*, 79(4), 370–383. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.699>
- Newell, J. M. ve MacNeil, G. A.** (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health*, 6(2), 57–68. <https://doi.org/10.70256/607490pbruec>
- Oktan, V., Şahin, M. ve Gültekin, F.** (2011). Risk ve koruyucu faktörler açısından ergenlik dönemi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21, 33–47.
- Ortlepp, K. ve Friedman, M.** (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 213–222. <https://doi.org/10.1023/A:1015203327767>

- O'Sullivan, T. L., Dow, D., Turner, M. C., Lemyre, L., Corneil, W., Krewski, D. ve Amaratunga, C. (2008). Disaster and emergency management: Canadian nurses' perceptions of preparedness on hospital front lines. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(3), 11–18. <https://doi.org/10.1017/S1049023X00005806>
- Peeples, A. (2000). Families and the trauma of war: Understanding secondary trauma in the home. *Journal of Military Family Health*, 2(1), 15–28.
- Polatçı, S. ve Tınaz, Z. D. (2021). Kişilik özelliklerinin psikolojik dayanıklılık üzerindeki etkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(36), 2890–2917. <https://doi.org/10.26466/opus.827411>
- Pollock, S. E. (1989). The hardiness characteristic: A motivation factor in adaptation. *Advances in Nursing Science*, 11(2), 53–62. <https://doi.org/10.1097/00012272-198901000-00007>
- Reivich, K. ve Shatté, A. (2002). *The resilience factor: 7 keys to finding your inner strength and overcoming life's hurdles*. Broadway Books.
- Remer, R. ve Ferguson, R. A. (1995). Becoming a secondary survivor of sexual assault. *Journal of Counseling & Development*, 73(4), 407–413. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01773.x>
- Reyes, G., Elhai, J. D. ve Ford, J. D. (2008). *Encyclopedia of psychological trauma*. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118269947>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.19390025.1987.tb03541.x>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335–344. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Rothschild, B. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. W. W. Norton & Company.
- Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Marine, A. ve Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD002892). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub5>
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K. ve Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412–420. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>
- Saakvitne, K. W. ve Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. W. W. Norton & Company.
- Schaufeli, W. B. ve Taris, T. W. (2014). A critical review of the job demands–resources model: Implications for improving work and health. In G. F. Bauer & O. Hämmig (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health* (pp. 43–68). Springer. https://doi.org/10.1007/9789400756403_4
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., ve Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-fit Measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2), 23–74.
- Schumacker, R. E. ve Lomax, R. G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation modeling*. Psychology Press.

- Sezgin, F.** (2012). İlköğretim okulu öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 20(2), 489–502.
- Shih, F. J., Liao, Y. C., Chan, S. M., Duh, B. R. ve Gau, M. L.** (2002). The impact of the 9-21 earthquake experiences of Taiwanese nurses as rescuers. *Social Science & Medicine*, 55(4), 659–672. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00194-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00194-0)
- Sonnentag, S.** (2018). The recovery paradox: Portraying the complex interplay between job stressors, lack of recovery, and poor well being. *Research in Organizational Behavior*, 38, 169–185. <https://doi.org/10.1016/j.riob.2018.11.002>
- Southwick, S. M. ve Charney, D. S.** (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139013857>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C. ve Yehuda, R.** (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Sprang, G., Clark, J. J. ve Whitt-Woosley, A.** (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12(3), 259–280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Stamm, B. H.** (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). ProQOL.org. <https://proqol.org>
- Suazo Galdames, I., Molero Jurado, M. D. M., Fernández Martínez, E., Pérez-Fuentes, M. D. C. ve Gázquez Linares, J. J.** (2024). Resilience, Burnout and Mental Health in Nurses: A Latent Mediation Model. *Journal of clinical medicine*, 13(10), 2769. <https://doi.org/10.3390/jcm13102769>
- Süzen, B.** (2015). *1999 Marmara Depremini yaşamış bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şahin, M., Yetim, A. A. ve Çelik, A.** (2012). Psikolojik sağlamlığın gelişiminde koruyucu bir faktör olarak spor ve fiziksel aktivite. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 5(8), 373–380. http://dx.doi.org/10.9761/jasss_405
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S.** (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson Education.
- Tedeschi, R. G. ve Calhoun, L. G.** (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Terzi, Ş.** (2005). *Öznel iyi olmaya ilişkin psikolojik dayanıklılık modeli* (Doktora tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Terzi, Ş.** (2006). Kendini toparlama gücü ölçeği'nin uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(26), 77–86.
- Terzi, Ş.** (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 1–9. <https://doi.org/10.17066/pdrd.34849>
- Tomaka, J. ve Blascovich, J.** (1994). Effects of justice beliefs on cognitive appraisal of & subjective, physiological, and behavioral responses to potential stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 732–740. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.4.732>

- Trippany, R. L., Kress, V. E. W. ve Wilcoxon, S. A.** (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling & Development*, 82(1), 31–37. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00283.x>
- Tugade, M. M. ve Fredrickson, B. L.** (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Tümlü, G. Ü. ve Recepoğlu, E.** (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3(3), 205–213. <https://doi.org/10.5961/jhes.2013.078>
- Uraz, O.** (2016). Sosyal hizmet mesleğinin çalışma alanı, kişinin meslek ile kaynaşması. In D. B. Çiftçi (Ed.), *Sosyal hizmet uygulaması temel teknikler ve ilkeler* (ss. 21–53). Ankara: Nika Yayınevi.
- Valent, P.** (2002). Secondary traumatic stress: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3(2), 129–142. <https://doi.org/10.1177/1524838002003002002>
- Van der Doef, M. ve Maes, S.** (1999). The job demand control (support) model and psychological well being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress*, 13(2), 87–114. <https://doi.org/10.1080/026783799296084>
- Wagner, S. L., Heinrichs, M. ve Ehler, U.** (1998). Prevalence of secondary traumatic stress symptoms in emergency services professionals. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 65–74. <https://doi.org/10.1023/A:1024440021633>
- Warr, P.** (2002). *The study of well being, behaviour and attitudes*. Psychology Press.
- Wee, D. ve Myers, D.** (2003). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and critical incident stress management. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5(1), 33–37. <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000130>
- Werner, E. E. ve Smith, R. S.** (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- Windle, G.** (2011). Dayanıklılık nedir? Bir inceleme ve kavram analizi. *Klinik Gerontolojide İncelemeler*, 21, 152–169. <https://doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- Yıldırım, K. P.** (2014). *Ergenlerde psikolojik dayanıklılık ile benlik kurgusu arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldırım, N. ve Özkara, E.** (2017). Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ile tükenmişlik ve iş doyumu arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 94–100. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.73282>
- Yılmaz, B.** (2007). Yardım çalışanlarında travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*, 10(3), 137–147.
- Zümbül, S.** (2021). Başa çıkma: Bütüncül bir gözden geçirme. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(1), 109–143. <https://doi.org/10.17679/inuefd.688844>

EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı



T.C.
ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
DEĞERLENDİRME FORMU



Toplantı No:	16
Araştırmanın Yürütücüsü:	Özlem TUNCA
Araştırmanın Başlığı:	2023 Kahramanmaraş Depremi Sonrasında Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi
Karar Tarihi:	15-10-2024
Kurul Görüşü:	Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

SONUÇ: Kabul Edilmiştir. Araştırmanın/Projenin uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Başkan Profesör Dr. Yavuz Demirel	İMZA
Başkan Yardımcısı Doçent Dr. İlknur Göl	İMZA
Üye Doçent Dr. Ercüment Neşet Dizdar	İMZA
Üye Doçent Dr. Sinan Bulut	İMZA
Üye Doçent Dr. Satı Dil	İMZA
Üye Profesör Dr. Azize Serap Tunçer	İMZA
Üye Doçent Dr. Serhat Sirekbaşı	İMZA
Üye Doktor Öğretim Üyesi Özlem Bulantekin Düzalan	İMZA
Üye Doktor Öğretim Üyesi Songül Şahin	İMZA
Üye Doktor Öğretim Üyesi Başak Karasu	İMZA
Üye Doçent Dr. Nihan Feyman Gök	İMZA
Üye Doçent Dr. Meltem Yazıcı Gülay	İMZA

Belge Doğrulama Adresi:
<https://etikkurul.karatekin.edu.tr/dogrulama/a3625ae9afb34a86>



EK 2: Demografik Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ.

Sizi Özlem TUNCA tarafından yürütülen “2023 Kahramanmaraş Depremi Sonrasında Hemşirelerin Psikolojik Dayanıklılık ve İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU:

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3) Eğitim Düzeyiniz:

() Lise Mezunu () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

4) Medeni Durumunuz:

() Evli () Bekar

5) Çocuğunuz Var mı?

() Evet () Hayır

6) Çalışmakta olduğunuz birim nedir?

.....

7) Meslekte geçirdiğiniz süre nedir?

.....

8) Afet Hemşireliği ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

() Evet () Hayır

Eğitim aldıysanız hangi yöntemle aldınız?

() Örgün eğitimde () Hizmet içi eğitimde () Diğer

9) Afet durumunda bir yakınınızı kaybettiniz mi?

() Evet () Hayır



EK 3: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

0 Kesinlikle Katılmıyorum	1 Katılmıyorum	2 Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	3 Katılıyorum	4 Kesinlikle Katılıyorum	
1.Çalışmaktan çok keyif alıyorum.	0	1	2	3	4
2.Hayatın benim için monotonlaşmaya başladığını hissediyorum.	4	3	2	1	0
3.Çok çalışarak her zaman amacıma ulaşabilirim.	0	1	2	3	4
4.Çıkabilecek sorunları önceden kestirerek önlemlerimi alırım.	0	1	2	3	4
5.Devam ettiğim işime/okuluma/mesleğime yürekten bağlıyım.	0	1	2	3	4
6.Hayatımda ilginç ve zaman harcamaya değer şeylerin var olduğunu düşünüyorum.	0	1	2	3	4
7.Her yeni deneyimin yaşamımı zenginleştirdiğini düşünüyorum.	0	1	2	3	4
8.Hep aynı yaşam tarzına bağlı kalmak yerine riskli de olsa yeni şeyler denemeyi tercih ederim.	0	1	2	3	4
9.İnsan hatalarından öğrenir ve gelişir.	0	1	2	3	4
10.Kaderimi değiştirebileceğime inanırım.	0	1	2	3	4
11.Yargılarıma ve kararlarıma daima güvenirim.	0	1	2	3	4
12.Kişisel özgürlüklerimin sınırlandırılmasına genellikle büyük tepki gösteririm.	0	1	2	3	4
13.Kendimle ilgili bir şeyler öğrenmek benim için heyecan vericidir.	0	1	2	3	4
14.“Öldürmeyen şey güçlendirir” cümlesi beni ifade ediyor.	0	1	2	3	4
15.Önceden yaptığım bir programın dışına çıkmak zorunda kaldığımda rahatsız olurum.	4	3	2	1	0
16.Yeni şeyler denemekten hoşlanırım.	0	1	2	3	4
17.Yaşamımda olan önemli değişiklikleri, kişisel gelişimim için bir fırsat olarak görürüm.	0	1	2	3	4
18.Keyif aldığım etkinliklere düzenli olarak katılırım.	0	1	2	3	4
19.Yarın bana ne olacağı bugün yaptıklarımaya bağlıdır.	0	1	2	3	4
20.Yeni bir işe/projeye/göreve başladığımda ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim.	0	1	2	3	4
21.Yapacak bir şeylerimin olması benim için önemlidir.	0	1	2	3	4

EK 4: İkincil Travmatik Stres Ölçeği

İKİNCİL TRAVMATİK STRES ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU

Aşağıdaki listede travmatize olmuş hasta ve hasta yakınlarıyla çalışmaktan etkilenen hemşirelerin duygusal yaşantılarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyunuz ve **SON YEDİ (7) GÜN** içerisinde durumu ne sıklıkta yaşadığınızı, ilgili sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

		Hiçbir Zaman	Çok Az	Bazen	Sık Sık	Çok Sık
1.	Kendimi duygusal olarak uyuşmuş hissettim.	1	2	3	4	5
2.	Hasta ve hasta yakınlarıyla olan görüşmelerimi düşündüğümde kalbim hızla çarpmaya başladı.	1	2	3	4	5
3.	Hasta ve hasta yakınları tarafından yaşanmış travma(lar) ı sanki yeniden yaşıyormuş hissine kapıldım.	1	2	3	4	5
4.	Uyumakta güçlük yaşadım.	1	2	3	4	5
5.	Gelecek hakkında ümitsizliğe kapıldım.	1	2	3	4	5
6.	Hasta ve hasta yakınlarıyla olan görüşmelerimi aklıma getiren hatırlatıcılar beni üzdü.	1	2	3	4	5
7.	Başkalarıyla sosyal ortamlarda birlikte olma isteğim azdı.	1	2	3	4	5
8.	Kendimi tedirgin hissettim.	1	2	3	4	5
9.	Her zaman olduğumdan daha az aktiftim.	1	2	3	4	5
10.	Amaçlamadığım halde hasta ve hasta yakınlarıyla olan görüşmelerimi ister istemez düşündüm.	1	2	3	4	5
11.	Odaklanmakta güçlük yaşadım.	1	2	3	4	5
12.	Bana hasta ve hasta yakınlarıyla yaptığım görüşmeleri hatırlatan kişi, yer veya şeylerden kaçındım.	1	2	3	4	5
13.	Hasta ve hasta yakınlarıyla olan görüşmelerim hakkında rahatsız edici rüyalar gördüm.	1	2	3	4	5
14.	Bazı hasta ve hasta yakınlarıyla çalışmaktan uzak durmak istedim.	1	2	3	4	5
15.	Çabuk bunaldım.	1	2	3	4	5
16.	Kötü bir şey olacaktı bekletisindeydim.	1	2	3	4	5
17.	Hasta ve hasta yakınlarıyla olan görüşmelerim ile ilgili belleğimde boşluklar olduğunu fark ettim.	1	2	3	4	5

EK 5: Psikolojik Dayanıklılık Ölçek İzni

ÖZLEM TUNCA

Kimden: [Redacted]
Gönderme Tarihi: 15 Kasım 2024 Cuma 09:54
Kime: Özlem Tunca
Konu: Re: Ölçek Kullanım İzni Hk.

Merhaba Hocam, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğini araştırmanızda kullanabilirsiniz, iyi çalışmalar dilerim.

Özlem Tunca <[Redacted]> 31 Eki 2024 Per, 14:20 tarihinde şunu yazdı:
Sayın Şerife Işık,
Ben Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Özlem TUNCA. 2016 yılında geliştirmiş olduğunuz "Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" ni yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak için izninizi istiyorum.

Çok teşekkür ederim.
İyi Çalışmalar Dilerim.

--
Prof. Dr. Şerife Işık
Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi
Rehberlik ve Psikolojik Danışma Anabilim Dalı

EK 6: İkincil Travmatik Stres Ölçek İzni

ÖZLEM TUNCA

Kimden: Ayla KAHİL ÖZTİMURCULAR
Gönderme Tarihi: 21 Ekim 2024 Pazartesi 10:47
Kime: Özlem Tunca
Konu: Re: Ölçek Kullanım İzni Hk.
İzleme Bayrağı: Flag for follow up
Bayrak Durumu: İşaretlendi

Merhaba,

Alıntılama kurallarına uymak kaydıyla tabi ki kullanabilirsiniz. İhtiyacınız olan detaylı bilgi ve ölçek maddeleri tez çalışmasında yer alıyor.

Kolaylıklar ve başarılar diliyorum.

Kli. Psk. Ayla KAHİL ÖZTİMURCULAR

On 21 Oct 2024, at 10:42, Özlem Tunca < > wrote:

Sayın Ayla Kahil,
Ben Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Özlem TUNCA. 2016 yılında yapı geçerlilik, güvenirlik analizlerini ve ölçek çevirisini yapmış olduğunuz "İkincil Travmatik Stres Ölçeği" ni yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak için izninizi istiyorum.

Çok teşekkür ederim.
İyi Çalışmalar Dilerim.

EK 7: Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni