



**ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI**

**HEMŞİRELERDE DEPREM SONRASI
TRAVMA DÜZEYİ, PSİKOLOJİK YARDIM
ALMAYA İLİŞKİN TUTUM VE BAKIM
DAVRANIŞI İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Remzi ÇATALCA

DANIŞMAN

Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

Adıyaman/2024

T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERDE DEPREM SONRASI TRAVMA DÜZEYİ,
PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUM VE BAKIM
DAVRANIŞI İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Remzi ÇATALCA

DANIŞMAN
Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

ADİYAMAN, 2024

ÖZET

HEMŞİRELERDE DEPREM SONRASI TRAVMA DÜZEYİ, PSİKOLOJİK YARDIM ALMAYA İLİŞKİN TUTUM VE BAKIM DAVRANIŞI İLİŞKİSİ

Remzi ÇATALCA

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Eylül/2024, Sayfa: 85

Danışman: Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

Bu çalışma hemşirelerde deprem sonrası travma düzeyi, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ve bakım verme davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Kesitsel, tanımlayıcı ve ilişkisel tasarımda olan bu çalışma Kasım 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Malatya İl Merkezi'nde bulunan Battalgazi Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan 253 hemşire oluşturmıştır. Araştırmada verilerin toplanmasında Sosyodemografik bilgi formu, Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeği kullanılmıştır. Bulgular, SPSS 22.0 programında anlamlılık değeri $p<0.05$ esas alınarak tanımlayıcı istatistikler, parametrik testler, Spearman Korelasyon Analizi ve Basit Doğrusal Regresyon Analizi yapılarak elde edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması 31.79 ± 7.81 , %74.7'si kadın, %49.4'ü bekar, %55.7'sinin çocuğu yoktur ve %31.2'sinin çalışma süresi 0-1 yıl arasındadır. Katılımcıların %35.6'sı acil serviste çalışmaktadır ve %80.6'sı depremde evini kaybetmemiştir. Depremde yakınlarını kaybedenlerin %85.7'si diğer yakınlarından (teyze, amca, hala, kuzen) birini kaybetmiştir ve %95.7'si deprem sonrası psikolojik destek almamıştır. Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği toplamından 52.24 ± 16.68 ; Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form toplamında 18.74 ± 4.50 ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplamından 5.20 ± 0.69 puan almışlardır.

Hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği toplam puanı ile psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği toplam puanı ve psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği toplam puanı ile bakım davranışları ölçeği toplam puanı arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca hemşirelerin bakım sürecinde hastalarına karşı güvence, bilgi ve beceri, saygı ve bağlılık gibi bakım davranışlarında yüksek performans sergiledikleri saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire; Deprem sonrası travma; Psikolojik yardım alma; Bakım davranışı

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN POST-EARTHQUAKE TRAUMA LEVEL, ATTITUDE TOWARDS RECEIVING PSYCHOLOGICAL HELP AND CARE BEHAVIOR IN NURSES

Remzi ÇATALCA

Department of Nursing Fundamentals

Adiyaman University, Graduate Education Institute, September/2024, Page: 85

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

This study was conducted to determine the relationship between post-earthquake trauma level, attitudes towards seeking psychological help, and caregiving behavior among nurses.

This cross-sectional, descriptive and relational study was conducted between November 2023 and February 2024. The sample of the study consisted of 253 nurses working at Battalgazi State Hospital in Malatya City Center. Data were collected using a sociodemographic information form, the Post-Earthquake Trauma Level Assessment Scale, the Attitude Toward Receiving Psychological Help Scale, and the Caregiving Behaviors Scale. The findings were obtained by performing descriptive statistics, parametric tests, Spearman Correlation Analysis and Simple Linear Regression Analysis in the SPSS 22.0 program, based on a significance value of $p < 0.05$.

The average age of the participants was 31.79 ± 7.81 , 74.7% were female, 49.4% were single, 55.7% did not have children, and 31.2% had worked for 0-1 years. 35.6% of the participants work in the emergency room and 80.6% did not lose their homes in the earthquake. Of the participants who lost relatives in the earthquake, 85.7% lost one of their other relatives (aunt, uncle, cousin) and 95.7% did not receive psychological support after the earthquake. They received a total score of 52.24 ± 16.68 from the Post-Earthquake Trauma Level Determination Scale, 18.74 ± 4.50 from the Attitude Scale Towards Seeking Psychological Help – Short Form, and 5.20 ± 0.69 from the Caring Behaviors Scale-24.

It was concluded that there was a positive relationship between the total score of the nurses' post-earthquake trauma level determination scale and the total score of the attitude scale towards seeking psychological help, and between the total score of the attitude scale towards seeking psychological help and the total score of the care behaviors scale. In addition, it has been determined that nurses exhibit high performance in care behaviors such as assurance, knowledge and skills, respect and commitment to their patients during the care process

Keywords: Nurse; Post-earthquake trauma, Receiving psychological help, Care behavior.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen ve tezimin oluşmasında büyük emeğe sahip olan kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ'a ve akademik destekleri için bölümümüzün değerli hocalarına en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans tez jüriliğini kabul edip tezimin değerlendirilmesi ve şekillenmesinde değerli görüş ve katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım Doç. Dr. Ceyda BAŞOĞUL ve Dr. Öğr. Üyesi Aysel DOĞAN'a teşekkür ediyorum.

Öğrencilik hayatım boyunca ve sonrasında her zaman yanımda olan ve sabırla beni destekleyen sevgili aile üyelerime sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Çalışmamı yürüttüğüm Malatya İl Merkezi'ndeki Battalgazi Devlet Hastanesi baş hekimi Sayın Doç. Dr. Erol KARAASLAN ve çalışan hemşirelere teşekkür ediyorum.

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmesine katkı veren Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK'a, teşekkür ediyorum.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını” ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Remzi ÇATALCA

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Afet Kavramı ve Özellikleri	4
2.2. Travma ve Travmatik Yaşantılar	4
2.3. Travma Tepkileri.....	6
2.3.1. Birinci dönem (felaketin hemen sonrası)	6
2.3.2. İkinci dönem (inşa ve uyum)	6
2.3.3. Üçüncü dönem (hayal kırıklığı ve topluluk bunalımı).....	7
2.3.4. Dördüncü dönem (yeniden yapılanma).....	7
2.4. Deprem ve Travma İlişkisi.....	7
2.5. Travmanın Doğurduğu Ruhsal Bozukluklar	8
2.5.1. Akut stres bozukluğu	9
2.5.2. Majör depresyon	9
2.5.3. Travmatik yas.....	10
2.5.4. Travma sonrası stres bozukluğu	10
2.5.5. Hemşirelerde travma	12
2.5.6. Hemşirelerde travmanın tükenmişlik ile ilişkisi.....	13
2.5.7. Hemşirelerde travmanın umutsuzluk ile ilişkisi.....	13
2.5.8. Hemşirelerde travmanın iyi oluş ile ilişkisi.....	14
2.6. Psikolojik Yardım Alma.....	15

	Sayfa
2.6.1. Psikolojik yardım alma tutumu	16
2.6.2. Psikolojik yardım alma tutumunu etkileyen faktörler	17
2.6.3. Psikolojik yardım arama modelleri	19
2.6.4. Hemşirelerde psikolojik yardım alma	21
2.7. Hemşirelerde Deprem Sonrası Travma Düzeyi ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum	22
2.8. Bakım Kavramı	22
2.8.1. Bakım davranışı	23
2.8.2. Bakım kavramının bileşenleri	24
2.8.3. Hemşirelik bakımının özellikleri	26
2.8.4. Bakımı etkileyen faktörler	27
2.9. Hemşirelerde Deprem Sonrası Travma Düzeyi, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum ve Bakım Davranışı Arasındaki İlişki	28
3. MATERYAL VE METOT	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Modeli	29
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.5. Veri Toplama Tekniği	30
3.6. Veri Toplama Araçları	30
3.7. Verilerin Toplanması	32
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.10. Etik İzin	34
3.11. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	34
3.12. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	34
4. BULGULAR	35
5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER	56
5.1. Sonuç	56
5.2. Tartışma	59
5.3. Öneriler	68

KAYNAKÇA.....	70
----------------------	-----------

EKLER

ÖZGEÇMİŞ



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Ölçekler ve alt boyutlarına ait güvenilirlik analizi sonuçları	32
Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler.....	32
Tablo 3.3. İç geçerlilik katsayıları	33
Tablo 3.4. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu	33
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	35
Tablo 4.2. Çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı	36
Tablo 4.3. Sosyodemografik özelliklere göre deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması..	38
Tablo 4.4. Sosyodemografik özelliklere göre psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği – kısa form puanlarının karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.5. Sosyodemografik özelliklere göre bakım davranışları ölçeği-24 ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.6. Deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği – kısa form ve bakım davranışları ölçeği- 24 arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	51
Tablo 4.7. Deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeğinin, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği – kısa form ve bakım davranışları-24 ölçek puanı üzerindeki etkisi	53
Tablo 4.8. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği- kısa form ölçek puanının bakım davranışları ölçeği-24 puanı üzerindeki etkisi	54

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Gandey duygusal emek modeli.....	12
Şekil 3.1. Araştırma modeli.....	29



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
AST	: Akut Stres Tepkisi
ASB	: Akut Stres Bozukluğu
BDÖ-24	: Bakım Davranışı Ölçeği-24
DSTDBÖ	: Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği
K-S	: Kolmogorov-Smirnov
KWH	: Kruskal-Wallis H Testi
MD	: Majör depresyon
MWU	: Mann-Whitney U
N	: Kişi Sayısı
Ort.	: Ortalama
P	: Anlamlılık Düzeyi
PYAÖ	: Psikolojik Yardım Alma Ölçeği
Sıralı ort.	: Sıralı Ortalama
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart Sapma
S-W	: Shapiro-Wilk
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
U	: Mann-Whitney U Testi

1. GİRİŞ

Travma, dünya genelinde sıkça karşılaşılan zorlayıcı durumlardır. Bu tür olaylar, bireylerin ruh sağlığı üzerinde derin ve çeşitli etkilere sahip olabilmekte, dolayısıyla son yıllarda bu konudaki araştırmalar hem artış göstermiş hem de çeşitlenmiştir. Özellikle, doğal afetler olarak depremler, geniş çaplı etkileri ve insanlar üzerindeki hem kısa hem de uzun vadeli psikolojik sonuçları nedeniyle ruh sağlığı araştırmalarında özel bir öneme sahiptir. Travmatik olaylar, hayatın normal akışını kesintiye uğratan, ani ve beklenmedik durumlardır. Bu tür olaylar bireyin alışlagelmiş baş etme yöntemlerini aşar, kişisel güvenlik ve beden bütünlüğüne yönelik ciddi tehditler oluşturur. Travmaya maruz kalan bireyler, kaygı, çaresizlik ve yoğun korku yaşarlar [1].

Yaşamdaki travmatik olaylar insan yapımı olaylar (savaşlar, kazalar, tecavüzler gibi) ve doğal olaylar (deprem, su baskını, volkanik patlamalar gibi) olarak ikiye ayrılır. Bir olayın afet olarak tanımlanabilmesi için, çok kısa bir sürede meydana gelerek can ve mal kaybına neden olması ile birlikte başladıktan sonra insanlar tarafından engellenememesi ve neden olduğu sonuçlar ile yaşamın akışını bozması beklenir. Bu tanıma uyan doğal olaylardan biri de depremdir [2]. Depremler, büyük ölçekli etkileri ve uzun vadeli sonuçları nedeniyle dikkat çekmektedir. Depremler sırasında ve sonrasında yaşanan can kayıpları, yaralanmalar, maddi yıkımlar ve sosyo-ekonomik problemler, bu tür olayların travmatik etkisini daha da artırır [3]. Deprem sonrasında birçok bireylerde, çeşitli psikolojik problemler gelişmektedir. Bu problemler, bireyin işlevsellik düzeyini bozabilir ve genel yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir. Depremlerin yol açtığı psikolojik sorunlar arasında travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik rahatsızlıklar bulunmaktadır. Bu durumlar, bireylerin günlük yaşam aktivitelerine, iş ve eğitim hayatlarına, sosyal ilişkilerine ve genel sağlıklarına olumsuz etkilerde bulunmaktadır. Ayrıca, depremler topluluklar üzerinde de önemli etkiler yaratır; toplumun genel güven duygusunu zedeler, sosyal yapı ve ekonomik dengeleri etkiler [1].

Travma, bireyleri psikolojik, sosyal, ekonomik ve fizyolojik açıdan olumsuz yönde etkilemektedir [4]. Bu olumsuzlukların üstesinden gelmede, bireylerin psikolojik yardım almaları yaygın bir yaklaşımdır. Psikolojik yardım alma, bireylerin sorunlarını fark etmeleriyle başlayan ve bu sorunları çözmek için çeşitli adımlar atmalarıyla devam eden bir süreçtir. Yardım alma, kişilerin üstesinden gelemedikleri sorunları çözmek amacıyla, bu alanda profesyonel olan veya profesyonel olmayan kişilerden destek ve yardım almalarını kapsar [5]. Sağlık sektöründe, hastaların fiziksel ve psiko-sosyal durumları

değerlendirildiği gibi, hemşirelerin kendi psiko-sosyal özelliklerine dikkat etmeleri büyük önem taşır. Hemşirelerin kendi duygusal ve psikolojik durumlarını anlamaları, kişisel farkındalıklarını artırmaları ve sorunlarına çözüm arayışları, verilen bakımın kalitesini önemli ölçüde artırmaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin yaşadıkları psiko-sosyal sorunlarla başa çıkmaları ve psikolojik yardım arama davranışları, kendi kendini anlama, benlik farkındalığı ve girişkenlikleri ile yakından ilişkilendirilmiş gibi görünmektedir [6].

6 Şubat 2023'teki Kahramanmaraş depreminde de olduğu gibi hem bireylerin hem de toplumun sağlık, sosyal ve ekonomik durumlarını olumsuz bir şekilde etkilemiştir. Bu olumsuz etkilerin arasında, bireylerin psikolojik sağlığını derinden sarsan travma sonrası belirtiler özellikle önemlidir. Deprem, psikolojik olarak travmatik bir deneyimi beraberinde getirerek, bireylerin sosyal yaşama yeniden adapte olmasını büyük ölçüde zorlaştırmıştır. Bu doğal felaket, depremin şiddeti, etkilediği alanın genişliği ve yıkıcı sonuçları nedeniyle insanlarda ciddi stres ve travma yaşantılarına yol açmıştır. Depremin aniden ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkması, bireylerde yaşadıkları o anki korku, şaşkınlık ve çaresizlik duygularını artırmıştır. Bu duygusal tepkilerin yanı sıra, depremin yol açtığı kayıplar, evsizlik, maddi zararlar ve yakınlarını kaybetme gibi faktörler, insanların psikolojik sağlığını olumsuz etkilemiştir [7].

Depremin etkisi, toplumun her kesiminde farklı şekillerde tecrübe edilir. Özellikle sağlık çalışanları, bu tür olayların hem fiziksel hem de psikolojik sonuçlarıyla doğrudan yüzleşir. Bu bağlamda, hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyleri ve bu travmaya yönelik psikolojik yardım alma konusundaki tutumları, sağlık alanında önemli bir araştırma konusudur. Hemşireler, deprem gibi afetler sonrasında travmatize hastalara bakım sağlamanın yanı sıra, kendi içsel travmalarını da yönetmek zorundadır. Bu çifte yük, hemşirelerin psikolojik sağlığını ve dolayısıyla hasta bakım kalitesini etkilemektedir. Travma sonrası stres yaşayan hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sıkıntıları ile birlikte bu süreçteki hemşirelerde; baş ağrısı, kilo verme, yorgunluk, uyku sorunları, öfke, unutkanlık, umutsuzluk ve gastrointestinal hastalıkların oranında artma olduğu görülmüştür [8, 9]. Ayrıca travma yaşayan hemşirelerin iş dışındaki aktiviteleri ve aile yaşamlarının olumsuz etkilendiği, çevrelerine karşı duyarsız ve ilgisiz oldukları belirtilmiştir [10]. Deprem yaşayan tüm hemşireler travma sonrası stres açısından risk altındadır, ayrıca travmatik popülasyonlarla çalışan (onkoloji, acil servis, yoğun bakım, psikiyatri) hemşirelerde de bu durumun fazla görüldüğü belirtilmektedir [8, 9]. Ancak, literatürde hemşirelerin bu konudaki deneyimlerini ve psikolojik yardım alma eğilimlerini inceleyen kapsamlı

alışmalar sınırlıdır. Bu eksiklik, hemşirelik pratiğinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak adına önemli bir boşluğu işaret etmektedir. Bu araştırma, hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyleri, psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları ve bakım davranışları arasındaki ilişkiyi detaylı bir şekilde incelemeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın önemi, sadece akademik bir katkı sağlamakla sınırlı değildir. Hemşirelerin travma sonrası deneyimlerine dair derinlemesine bir anlayış, sağlık kurumlarının bu zorluklarla başa çıkma kapasitesini artırabilir. Böylelikle, hemşirelerin psikolojik sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli destek sistemlerinin oluşturulması mümkün olacaktır. Sonuç olarak, bu araştırma hemşirelik mesleğinin geleceğine ve hasta bakımının kalitesine doğrudan katkıda bulunmayı hedeflemektedir.

Araştırma soruları aşağıda sıralanmıştır:

S₁: Hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyi nasıldır?

S₂: Hemşirelerin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları nasıldır?

S₃: Hemşirelerin bakım davranışları nasıldır?

S₄: Hemşirelerde deprem sonrası travma düzeyi ile psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ve bakım davranışı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

S₅: Hemşirelerde psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ile bakım davranışı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Afet Kavramı ve Özellikleri

Afet, gerçekleştikleri bölgelerde sadece çevresel hasarlar yaratmakla kalmayan, aynı zamanda ciddi fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara yol açan olaylardır. Bir diğer tanımla, afet, kısa süre içerisinde meydana gelen, önemli can ve mal kayıplarına neden olan, meydana geldikten sonra insan gücüyle kontrol altına alınamaması ve neden olduğu sonuçlarla yaşamın normal akışını bozan olaylardır. Bu tür olaylar, normal yaşam düzenini büyük ölçüde kesintiye uğratar ve toplumları derinden sarsar. Afetler, doğal olaylar, teknolojik kazalar veya insan faaliyetlerinin sonucu olarak meydana gelebilir. Özellikle, bu olayların neden olduğu zararların yerel imkanlarla karşılanması oldukça zordur. Yukarıda açıklaması yapılan tanıma uyan önemli afetlerden biri depremdir [2].

Depremler, yer kabuğunun altında meydana gelen kırılmalar ve bu kırılmalar sonucu ortaya çıkan enerjinin ani ve hızlı dalgalanmalar şeklinde yeryüzüne ulaşmasıyla oluşur. Depremlerin tahmini oldukça zor bir konudur. Yer kabuğunun altındaki bu hareketlerin ne zaman ve hangi şiddette olacağını önceden belirlemek günümüz teknolojisiyle hala mümkün değildir [11].

Geçmişten günümüze, depremler sıklıkla yaralanmalara, ölümlere ve büyük acılara neden olmuştur. Deprem sonrasında, özellikle erken dönemde ve uzun vadede, etkili bir yönetim süreci zaruridir [12]. Bu sürecin iyi yönetilebilmesi için dikkate alınması gereken birçok husus bulunmaktadır. Bu hususların en önemlilerinden biri, deprem mağdurlarının ruhsal durumlarıdır. Deprem, insanların psikolojik ve duygusal sağlığını ciddi şekilde etkileyebilir. Deprem mağdurları, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon ve diğer psikolojik rahatsızlıklar yaşayabilirler [13].

2.2. Travma ve Travmatik Yaşantılar

Travma, bireylerin yaşadığı veya tanık olduğu, genellikle beklenmedik ve şiddetli doğada olan olaylarla ilişkilendirilir. Travma, kişinin kendisinin veya bir başkasının deneyimlediği, ölüme neden olan fiziksel zarar ya da doğrudan ölümle sonuçlanan olaylardır [14]. Travma, bireyin hayatını derinden etkileyen ciddi bir durum sonucunda ortaya çıkan ve psikolojik stres bozukluğuna neden olan bir durum olarak da tanımlanır [15]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) travmayı, kişinin kendi yaşamını veya diğer insanların yaşamını risk altına alan veya ciddi zararlara yol açabilecek bir olayın sonucunda meydana

gelen olumsuz etkiler olarak tanımlamıştır [16]. Travma, doğal afetler, kazalar, saldırılar, savaş gibi günlük yaşam rutinini derinden etkileyen olaylar sonucunda ortaya çıkabilir [7]. Özten ve Sayar, travmanın kişinin kendisi ve dünyaya yönelik katı ve olumsuz düşünceler, travmaya neden olan durumun kendisinden kaynaklandığını düşünme, sürekli şekilde olumsuz duygudurum, insanlardan uzaklaşma ve yabancılaşma duyguları gibi sonuçlar doğurduğunu ifade etmişlerdir [17].

Travmanın kaynakları oldukça çeşitlidir. Her türlü şiddet eylemi (fiziksel, duygusal ya da sözel), bireyin güvenlik hissini temelden sarsabilir. Tecavüz gibi cinsel saldırılar, mağdurlar üzerinde derin travmatik etkiler bırakabilir ve ciddi psikolojik travmalara yol açabilir. Aldatılma ve aniden terk edilme gibi ilişkisel travmalar da, bireyin güven ve bağlılık duyguları derinden etkilenir. Doğal afetler de ciddi travma kaynaklarıdır. Depremler, seller, kasırgalar ve benzeri olaylar, sadece fiziksel zararlara değil, aynı zamanda uzun süreli psikolojik etkilere de yol açabilir. Doğal afetlerin neden olduğu travmalar, genellikle bireyin kontrolü dışında gerçekleşir ve hayatta kalma mücadelesi, kayıp ve yıkımın yarattığı travmayı daha da derinleştirebilir [18].

Travmatik olayların kişiye özgü etkileri vardır ve aynı olaya maruz kalan farklı bireyler bu olaydan farklı derecelerde etkilenebilirler. Akcan bu durumu, travmanın kişisel deneyime göre değişkenlik gösterdiğini belirterek açıklamaktadır [19]. Katip tarafından yapılan araştırmada, boşanma, ergenlik, eş ya da çocuk kaybı yaşama ve sosyal yardımdan yararlanmama gibi faktörlerin travmanın görülme sıklığını artırdığı bildirilmiştir [20]. Kurt travmanın genetik, psikolojik ve biyolojik faktörler tarafından etkilendiğini vurgulamıştır [21].

Ruh sağlığı alanında yapılan araştırmalar, travma yaşantılarının ve bunların insan psikolojisi üzerindeki etkilerinin önemli bir konu olduğunu ortaya koymaktadır. Dünya çapında gerçekleşen depremler, savaşlar, kazalar ve diğer doğal felaketlerle ilgili yapılan çalışmalar, bu olayların insanlar üzerindeki derin ve hem kısa hem de uzun süreli etkilerini belgelemiştir. Özellikle II. Dünya Savaşı ve Vietnam Savaşı gibi büyük çaplı çatışmalar sonrasında yürütülen araştırmalar, modern travma psikolojisi araştırmalarının temelini atmıştır. Bu savaşlara katılmış askerler üzerinde yapılan incelemeler, askeri çatışmaların şiddetli psikolojik etkilerini ve askerlerin zamanla benzer psikolojik belirtiler gösterdiğini açığa çıkarmıştır. Travma sonrası stres bozukluğunun tanısallı sınıflandırılması, Vietnam Savaşı sonrasında gelişmiştir. Bu savaştan dönen askerlerde gözlenen belirtiler, 1980 yılında DSM-III'e "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" olarak eklenmiştir. İlerleyen

zamanlarda, dünyanın çeşitli bölgelerinde yaşanan felaketlerle ilgili araştırmalar, travmanın ne kadar yaygın ve karmaşık olduğunun anlaşılmasını sağlamıştır [22]. Bu araştırmalar, farklı tür ve şiddetteki olayların insanlarda benzer psikolojik tepkiler uyandırdığını, bu tepkilerin çeşitli ruh sağlığı sorunlarına yol açabileceğini göstermiştir. Elde edilen bulgular, travmaların bazı ortak özelliklere sahip olduğunu ve bu özelliklerin farklı travma türleri arasında bağlantılar kurmamıza yardımcı olduğunu vurgulamaktadır [1].

2.3. Travma Tepkileri

Travma tepkileri, kişinin aşırı stres altında kaldığı veya travmatik bir olayla karşılaştığında ortaya çıkan psikolojik reaksiyonları ifade eder. Bu tepkiler, travmanın etkileriyle başa çıkmaya çalışırken bireyin zihinsel, duygusal ve fiziksel sağlığını etkileyebilir. Travma tepkileri, genellikle olayın şiddetine, süresine ve kişinin buna nasıl tepki verdiğine bağlı olarak farklılık gösterebilir. Travma sonrası tepkilerin dört farklı döneme ayrıldığına dair bazı araştırmalar bulunmaktadır. Bu dönemler, travma sonrası deneyimlerin farklı aşamalarını yansıtmaktadır [1].

2.3.1. Birinci dönem (felaketin hemen sonrası)

Bu dönem, travmanın hemen ardından yaşanan süreci ifade eder. Bu aşamada, bireyler sıklıkla yaşadıklarına inanamama, büyük korku ve şaşkınlık gibi yoğun duygusal tepkiler yaşarlar. İnsanlar genellikle birbirlerine yardım etmeye çalışır ve kurtarma ekipleri, aile üyeleri ve komşular gibi en yaygın destek sistemleri devreye girer [23].

2.3.2. İkinci dönem (inşa ve uyum)

İkinci dönem, olayın ardından genellikle ikinci haftada başlar ve birkaç aya kadar sürebilmektedir. Bu aşamada, topluluk yeniden inşa çalışmalarına başlar ve dış yardımların gelmeye başladığı bir dönemdir. Uyum dönemi sırasında, inkâr ile rahatsız edici belirtiler sık sık birbirini izler. İlk başta rahatsız edici belirtiler hakimken, dönemin sonlarına doğru inkâr daha belirgin hale gelebilir. Bu aşamada mide bulantısı, yoğun yorgunluk, öfke, ilgisizlik gibi durumlar yaşanır [23].

2.3.3. Üçüncü dönem (hayal kırıklığı ve topluluk bunalımı)

Üçüncü dönem olaydan sonra bir yıla kadar sürebilir. Verilen sözü tutmamanın getirdiği hayal kırıklığı duygusu bu aşamada önemlidir. Felaketten etkilenen topluluklar arasında dayanışma duygusu zayıfladıkça, bireysel sorunlar daha fazla ön plana çıkmaya başlıyor [23].

2.3.4. Dördüncü dönem (yeniden yapılanma)

Son dönem olan yeniden yapılanma süreci yıllarca devam edebilir. Kişi bu süreçte, travmatik deneyimlerini daha iyi anlamaya ve yaşamlarını yeniden düzene koymaya çalışır. Bu belirtilerle başa çıkmak için, başlangıçtaki şikayetlerin travmanın tekrar değerlendirilmesi, anlamlandırılması ve yeni bir benlik kavramıyla bütünleştirilmesi gerekebilir [1].

2.4. Deprem ve Travma İlişkisi

Travmatik olaylar, etkileri ve nedenleri açısından iki genel kategoriye ayrılabilir: İnsan eliyle gerçekleşenler ve doğal süreçlerle meydana gelenler. Doğal travma yaşantıları arasında deprem, sel, kasırga ve yanardağ patlamaları gibi olaylar yer alırken, insan eliyle gerçekleşen travmatik olaylar arasında savaşlar, kitlesel katliamlar, yıkım, taciz ve tecavüz olayları, kazalar, işkence ve terörist eylemler bulunmaktadır. Ülkemiz, coğrafi ve sosyal yapısı itibarıyla, hem doğal hem de insan kaynaklı travmatik olayların yaşanma riskinin yüksek olduğu bir bölgede yer almaktadır. Özellikle depremler, travmatik yaşantılar içinde ayrı bir öneme sahiptir. Depremlerin ansızın ve öngörülemeyen bir şekilde meydana gelmeleri, geniş çaplı yıkım, ölüm ve yaralanmalara yol açmaları, bu olayların travmatik etkisini artırır. Ayrıca, depremlerin ardından yaşanan artçı sarsıntılar ve sürekli tehdit algısı, bireyler üzerinde uzun süreli ve kronik psikolojik etkiler yaratabilir [3].

Ülkemizde, özellikle orta şiddet ve üzerinde meydana gelen depremlerin, toplum üzerindeki travmatik etkileri son derece ağır olmaktadır. Bu tür depremler, sadece anlık yıkım ve kaos yaratmakla kalmaz, aynı zamanda uzun vadeli ve geniş çaplı sosyoekonomik ve psikolojik sonuçlara da yol açar. Gerçekleşen depremler, milyonlarca insanın hayatını kaybetmesine, yaralanmalarına, evlerini kaybetmelerine, sevdiklerini yitirmesine ve işsiz kalmalarına neden olmuştur. Bu tür doğal afetler, insan hayatında derin izler bırakarak, toplumsal ve bireysel düzeyde ciddi travmalar yaratmaktadır [1].

Deprem, sadece anlık bir doğal afet değil, aynı zamanda uzun vadeli etkileri olan bir travmadır. Bu tür büyük bir travmanın ardından karşılaşılan olumsuz durumlar, yaşananların travmatik etkisini daha da artırabilir. Depremden sonraki dönemde ortaya çıkan barınma sorunları, özellikle afet bölgesinde yeterli ve güvenli barınakların olmaması, insanların geçici çadırlarda veya uygun olmayan koşullarda yaşamak zorunda kalması, travmayı derinleştiren temel faktörlerdendir. Ayrıca, depremin ardından hava durumunun kötüleşmesi, özellikle soğuk ve yağışlı hava koşulları, afetzedelerin yaşam koşullarını daha da zorlaştırabilir. Bu durum, zaten travmatik bir deneyim yaşayan bireyler için ek bir stres kaynağı oluşturur [21].

Deprem sonrası aile ve yakınlarının kaybı, insanların psikolojik durumlarını doğrudan etkileyen en derin travmatik deneyimlerden biridir. Yakınlarını kaybetmek, yas sürecini ve travma sonrası toparlanmayı zorlaştırabilir. İşsizlik sorunları da deprem sonrası karşılaşılan önemli zorluklardan biridir. Afetin yol açtığı ekonomik hasar, iş yerlerinin yıkılması veya zarar görmesi nedeniyle pek çok kişi işsiz kalabilir. Bu da, zaten zor bir dönemden geçen bireyler için ekonomik güvencesizlik ve gelecek kaygısı anlamına gelir [21].

Psikolojik destek konusunda yaşanan yetersizlikler, deprem sonrası dönemde özellikle önemlidir. Uygun psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerinin eksikliği, travma sonrası iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir ve bireylerin duygusal yükünü artırabilir. Son olarak, yardım paketlerinin deprem mağdurlarına zamanında ve yeterli bir şekilde ulaştırılmaması, afetzedelerin temel ihtiyaçlarının karşılanmasında ciddi sıkıntılara yol açabilir. Gıda, su, giysi ve medikal yardım gibi temel ihtiyaçların zamanında karşılanmaması, depremden etkilenen insanların yaşadığı zorlukları daha da artırır. Tüm bu faktörler, deprem gibi büyük bir doğal afetin ardından bireylerin ve toplumların karşı karşıya kaldığı zorlukları artırır ve travmanın etkilerini daha da derinleştirir [21].

2.5. Travmanın Doğurduğu Ruhsal Bozukluklar

Çalışmanın bu bölümünde, travmanın yol açtığı ruhsal bozukluklardan olan Akut Stres Bozukluğu, Majör Depresyon, Travmatik Yas ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

2.5.1. Akut stres bozukluğu

Travmatik bir olay veya durum sonrasında bireylerde gözlenen psikolojik tepkiye akut stres tepkisi (AST) adı verilmektedir. Bu tepkiler 30 günü aşmayan bir süre boyunca korku, suçluluk, kaygı, öfke, uyku sorunları, kaçınma davranışları ve çeşitli fiziksel şikayetler şeklinde kendini gösterir [24]. Akut Stres Bozukluğu (ASB) ise travmatik bir olay veya durum sonrasında en az 3 gün ve en çok 4 hafta süren stres belirtileriyle karakterize edilir. Bu bozukluğun belirgin bir özelliği, dissosiyasyon belirtilerinin varlığıdır [25]. ASB, 1994 yılında DSM 4'te tanımlanmıştır ve tanı konulabilmesi için bireyde derealizasyon, depersonalizasyon, dissosiyatif amnezi, duygusal hissizlik ve çevreyi algılama bozuklukları gibi dissosiyatif belirtilerden en az üçünün bulunması gerekmektedir [26].

2.5.2. Majör depresyon

Depresyon, Fransızca kökenli bir kelime olup "çökkünlük" anlamına gelir. Bireylerde görülen bu ruhsal bozukluk; yaşama karşı zevk ve istek duymama, geleceğe dair olumsuz ve umutsuz bir bakış açısı, çökkün ruh hali ve yinelenen intihar düşünceleri gibi belirgin özelliklerle kendini gösterir. Bunun yanı sıra depresyon, uyku, yeme ve cinsel işlev bozuklukları gibi çeşitli fizyolojik sorunlara da yol açabilir [26, 27]. Depresyonun gelişiminde veya şiddetinde, bireylerin travmatik olaylara maruz kalma durumları ve artan stres seviyeleri önemli bir rol oynar. Travmatik olaylar, doğrudan depresyona neden olabileceği gibi, tetikleyici bir faktör de olabilmektedir [28].

Majör depresyon (MD), yaygın olarak görülen duygudurum bozukluklarından biridir. Bu bozukluk, bir veya daha fazla epizod şeklinde kendini gösterebilir ve belirtilerinin en az iki hafta sürmesi gereklidir. Ancak bu süreç, bazı durumlarda iki yılı aşabilir. Her yaş grubunda görülebilmeye karşın, 40-50 yaş aralığında daha yaygındır ve kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık rastlanır. Majör depresyon, bireyin kişisel ve sosyal hayatında ciddi bozulmalara yol açabilir ve işlevsellikte belirgin kayıplara neden olmaktadır [29, 30].

Ciddi travmatik durumlar, bireylerde majör depresyon riskini artırır. Aynı zamanda, travmatik kayıpla ilişkili yas tepkileri de majör depresyon için önemli bir risk faktörüdür. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile beraber en sıklıkla görülen bozukluk olan majör depresyon, TSSB belirtileriyle benzerlik gösterse de, umutsuzluk, intihar

düşünceleri, değersizlik duygusu ve yoğun suçluluk duygusu gibi belirtilerle TSSB'dan ayırt edilebilir [24].

2.5.3. Travmatik yas

Travmatik yas, bireylerin beklenmedik, olağandışı veya travmatik olarak algıladıkları kayıplara verdikleri duygusal ve psikolojik tepkidir. Alanyazında travmatik yas, komplike yas ve uzun süreli yas olarak da ele alınmıştır [31]. Normal yas süreci ve tepkileri ile travmatik yas süreci ve tepkilerinin ayırt edilmesi gerekmektedir. Travmatik yasin iki temel bileşeni bulunmaktadır. İlk bileşen, yakın bir kişiden ayrılma kaygısıdır. Bu kaygı, bireylerde yakınlarından ve evlerinden ayrılmak istememe, bu durumlardan kaçınma gibi davranışlarla gözlemlenebilir. İkinci bileşen ise, bireyin hayatına uyum sağlayamaması ve işlevselliğinin bozulmasıdır. Bu durumda birey, yalnızca yakın birini kaybetmekle kalmayıp, sosyal hayatını, ekonomik durumunu, yaşadığı yeri, işini ve saygınlığını da kaybedebilir [32].

Travmatik yas, depresyon, saldırı, kaza gibi travmatik yaşantılar sonucunda gerçekleşen kayıpların ardından bireyin travmatik stres ve yas arasındaki etkileşimini ifade eder. Bu iki şiddetli kuvvet arasında kalan kişi, yasin normal süreçlerini yaşayamamakta ve bu durum, yasin uzamasına, hatta kronikleşmesine neden olabilmektedir [25].

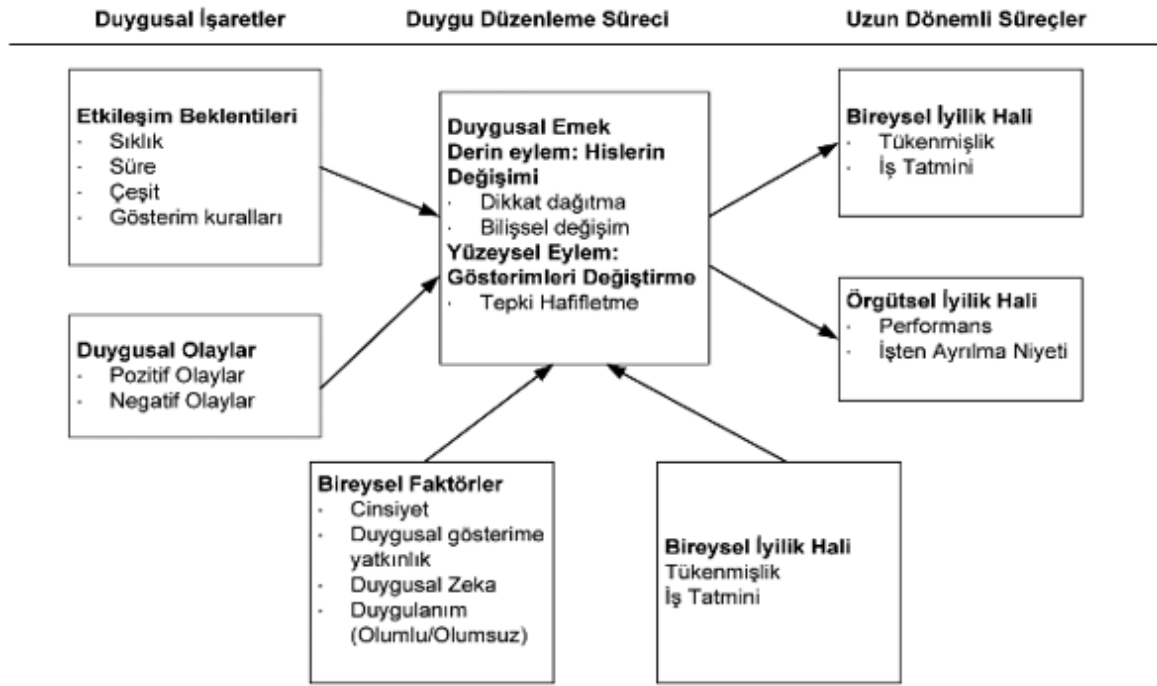
2.5.4. Travma sonrası stres bozukluğu

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından DSM-IV tanı ölçütü kitabında detaylı bir şekilde tanımlanmıştır. TSSB, gerçek bir ölüm riski veya tehdidi, ciddi yaralanma ya da bireyin fiziksel sağlığını ve bütünlüğünü tehdit eden bir olayla karşı karşıya kalma veya bu tür olaylara tanık olma gibi ciddi travmatik olaylardan sonra gelişebilir. Bu durum, olayın yeniden yaşanması, istenmeyen düşünce ve görüntülerin akla gelmesi, kaçınma davranışları ve aşırı fizyolojik uyarılabilirlik gibi çeşitli semptomlarla kendini gösterir [33]. TSSB, bireylerin maruz kaldıkları travmatik olaylar sonucunda gelişen karmaşık bir psikolojik durumdur. Bolu ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmalar, TSSB'nin bireylerin fiziksel ve genetik özellikleri, geçmişte gösterdikleri psikolojik tepkileri, geçirmiş oldukları hastalıklar ve bu deneyimlerle baş etme yetenekleri gibi çeşitli faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir [34]. Ayrıca, kültürel faktörlerin de travma algıları ve reaksiyonlarını etkileyebileceği belirtilmektedir, bu da travmanın ve TSSB'nin kültürden kültüre farklılık gösterebileceğini

işaret eder. TSSB ile ilgili yapılan araştırmalarda cinsiyet farklılıklarının önemi de ortaya çıkmıştır. Erdoğan tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların daha çok taciz ve saldırı gibi olaylardan etkilendiği, erkeklerin ise savaş, aniden gerçekleşen yaralanmalar ve ölümler gibi durumlardan daha fazla etkilendiği bulunmuştur [35]. Bu durumlar, kadın ve erkeklerde TSSB görülme oranlarında önemli farklılıklara yol açmaktadır; kadınlarda bu oran %48.4 iken, erkeklerde %10.4 olarak belirlenmiştir.

Travmatik olaylara maruz kalmanın her bir bireyde travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) neden olması beklenmemektedir. TSSB'nin başlangıcı pek çok farklı faktöre bağlıdır; kişinin bireysel özellikleri, travmatik olayın karakteri ve yoğunluğu gibi çeşitli değişkenler süreçte önemli rol oynar. Örneğin, bireyin önceki yaşam deneyimleri, psikolojik dayanıklılığı ve sosyal destek sistemlerinin varlığı TSSB riskini etkileyebilir. Ayrıca, olayın şiddeti, süresi ve bireyin olaya maruz kalma biçimi de bu durumda belirleyici faktörlerdendir [1].

Bazı bireyler travmatik bir olay sonrasında olumlu psikolojik değişimler yaşayabilirler. Bu olumlu değişimler, bireyin travmatik deneyimi sonrasında yeni bir anlam kazanma, kişisel büyüme, dirençlilik artışı ve hayata yeni bir perspektiften bakma gibi çeşitli boyutlarda ortaya çıkabilir. Bu tür bir değişimin derecesi, bireyin kişilik yapısı, yaşam geçmişi, olaya verdiği anlam ve travmatik olayın kendine özgü özellikleri gibi faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir [1].



Şekil 2.1. Gandey duygusal emek modeli

2.5.5. Hemşirelerde travma

Travma, kişinin travmatik, yaşamı tehdit eden, çoğu zaman olağandışı ve beklenmedik bir olay sonucu yoğun korku, dehşet ya da çaresizlik duyguları yaşaması durumudur [36]. Bu deneyimler kişinin dünyayı güvenilmez, öngörülemez ve kontrol edilemeyen bir yer olarak görmesine yol açabilir [37]. Travmatik olaylar, kişinin temel inançlarını sarsar ve kendini koruma işlevinin yetersiz kalmasına neden olabilir [36]. Travma, sadece doğrudan yaşanmakla kalmaz; olayın izlenmesi, dinlenmesi veya travmaya maruz kalan kişilere tanıklık etmek, onlara bakım vermek de kişilerde travma etkisine neden olabilir [37].

Hemşireler, hastaların yaşadığı acı ve korkuları gözlemleyip, travmatik olaylarını dinleyerek ve onlara danışmanlık sağlayarak bakım hizmeti sunarlar. Bu süreçte, hemşireler hastaların travmatik deneyimlerine empati gösterip, onların acılarına ve korkularına ortak olurlar. Hemşireler, çalıştıkları her ortamda sıklıkla travma yaşamış bireylerle karşılaşır ve bu, kendi ruh sağlıklarını olumsuz etkileyebilecek travmatik deneyimlere maruz kalmalarına yol açabilir [38].

Hemşirelerin travma deneyimleri, çoğu zaman göz ardı edilen bir gerçektir. Yoğun bakım üniteleri, acil servisler ve diğer yüksek stresli ortamlarda çalışan hemşireler, sürekli olarak travmatik durumlarla karşılaşır ve bu durumlar, onların ruhsal sağlıkları üzerinde

ciddi etkiler yaratabilir. Hemşireler, hastalarının travmalarını yönetirken, aynı zamanda kendi ruhsal dayanıklılıklarını da sınırlandırmak zorunda kalırlar. Bu, uzun vadede tükenmişlik, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarına yol açabilir. Hemşirelerin kendi duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarına dikkat etmeleri, onların hastalarına daha etkili bakım sunmalarını sağlayacak ve sağlık hizmetlerinin genel kalitesini artıracaktır [36].

2.5.6. Hemşirelerde travmanın tükenmişlik ile ilişkisi

Travmanın hemşire tükenmişliğine neden olan önemli faktörlerden biri olduğu anlaşılmaktadır [38, 39]. Travma yaşayan bireylerle sıklıkla etkileşime giren ve onlarla ilgilenen hemşireler tükenmişlik açısından risk altındadır [38, 40]. Bu tükenmişlik durumu, travmaya neden olan stresörün büyüklüğünün yanı sıra, hemşirelerin bireysel özelliklerinden (kişilik özelliği, çocukluk travmaları ve geçmiş yaşantıları, iletişim yetenekleri vb.) ve çalıştıkları çeşitli iş ortamlarından da etkilenir [41-43].

Hemşireler, çözülmemiş kişisel travmaları olan veya travma yaşamış hastalara bakım verirken, bu süreçte kendi travmalarından etkilenebilirler. Bu etkileşim, hemşirelerin hayata, insanlara ve kendilerine dair temel inançlarını sarsabilir. Özellikle, hastaların travma deneyimlerinin hemşirelerin kendi travma deneyimleriyle benzerlik göstermesi durumunda, bu sarsıntı daha da belirginleşebilir. Bu benzerlik, hemşirenin hastayla özdeşim kurmasına ve duygusal bulaşma riskinin artmasına neden olabilir [39, 44]. Hemşirelerin hastaların travma deneyimlerini paylaşmaları sonucunda duygusal bulaşmaya maruz kalması, hemşirelerin tükenmişlik düzeylerini, incine bilirliliklerini ve kişisel rahatsızlık hislerini artırabilir [45]. Bu durum, hemşirelerin profesyonel rollerini sürdürürken karşılaştıkları zorlukların ve tükenmişlikle mücadele etmelerinin önemini göstermektedir. Hemşirelerin tükenmişlikle başa çıkabilmeleri için, kapsamlı destek sistemlerine ve kişisel dayanıklılık becerilerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

2.5.7. Hemşirelerde travmanın umutsuzluk ile ilişkisi

Hemşirelerin mesleki yaşamlarında karşılaştıkları zorlayıcı durumlar, travma sonrası stresin bir parçası olarak kabul edilebilir. Bu bağlamda, umutsuzluk kavramı, hemşirelerin yaşadıkları travmatik olaylara eşlik eden ve bu olaylara karşı tutumlarını, algılarını şekillendiren temel bir duygu olarak ön plana çıkmaktadır. Hemşirelerin travma sonrası deneyimleri, umutsuzluk düzeyleriyle yakından ilişkilidir; çünkü bu duygu, onların travma

karşısında sergileyecekleri tepkileri ve bu zorlu deneyimlerle baş etme motivasyonlarını belirleyici bir rol oynar. Çeşitli araştırmalar, hemşirelerde umutsuzluğun travmaya eşlik eden ve travma ile ilişkili bir değişken olduğunu göstermiştir [46-49]. Bu bağlamda, umutsuzluğun travma sonrası büyüme üzerinde de önemli bir etkisi olduğu düşünülebilir.

Travma sonrası büyüme, travmatik bir olayın ardından bireylerde meydana gelen olumlu değişim sürecini ifade eder. Ancak, umutsuzluk düzeyi yüksek hemşirelerde bu olumlu değişimin gerçekleşmesi zorlaşabilir, çünkü umutsuzluk, geleceğe dair olumsuz tutumlar barındırır ve bireylerin olumsuz durumlardan sonra olumlu bir bakış açısı geliştirmesini engelleyebilir. Dolayısıyla, hemşirelerin travma sonrası stres, travma sonrası büyüme ve umutsuzluk değişkenleri arasındaki ilişkinin detaylı bir şekilde incelenmesi, bu meslek grubunda travmanın hem olumlu hem de olumsuz yönlerine olan etkisini anlamak için önem taşır [1]. Dürü'nün 2006 yılındaki çalışması gibi bazı araştırmalar, umutsuzluğun travma sonrası büyüme ile negatif bir ilişkisi olduğunu ortaya koymaktadır [50]. Bu bağlamda, hemşirelerin travma sonrası deneyimlerini ele alırken, umutsuzlukla başa çıkma stratejilerini de göz önünde bulundurmak, bu meslek grubunun zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olabilir.

2.5.8. Hemşirelerde travmanın iyi oluş ile ilişkisi

Hemşireler, travmatik yaşam olaylarının bireylerin iyi oluşunu etkileyebileceğini ve bu olguyu anlamak ve yönetmek için önemli bir rol oynarlar. Araştırmalar, travmatik deneyimlerin bireylerin iyi oluşunu azalttığını ve başa çıkmada zorluklar yaşattığını göstermektedir [51, 52]. İyi oluş kavramı, bir bireyin kendi yaşamından genel olarak memnuniyet duyması anlamına gelir ve bu, Diener'in 1984 yılında tanımladığı gibi, hayatının genel bir değerlendirmesiyle ilgilidir [53]. İyi oluşun daha genel bir tanımı ise, bireyin kendi yeteneklerinin farkında olması, yaşamını anlamlı bulması, kişisel gelişimde yüksek seviyelere ulaşması ve diğer insanlarla olumlu ilişkiler kurabilmesi gibi unsurları içerir [54]. Yüksek düzeyde iyi oluşun, düşük travma sonrası belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Özellikle çocuklar üzerinde yapılan bir araştırma, yaşam memnuniyeti duygularının çocuklarda daha iyi bir duygusal denge sağladığını ve bunun da travmatik olayların etkisini hafiflettiğini ortaya koymuştur [55]. Bir diğer çalışmada, spiritüel iyi oluşun, travmaya maruz kalan bireylerde travma sonrası büyüme ile ilişkili olduğu görülmüştür [14]. Başka bir araştırmaya göre travma sonrası stres belirtilerinin yaşam kalitesi, umutsuzluk ve intihar eğilimi gibi faktörler tarafından yordandığı ortaya çıktı [56].

Bu nedenle hemşireler, travma sonrası stres yaşayan hastaların duygusal ve fiziksel iyilik hâlini dikkate alarak tedavi ve destek stratejilerini geliştirmekte önemli bir rol oynayabilirler.

2.6. Psikolojik Yardım Alma

Yaşanan sosyal ve psikolojik gelişmeler, bireylerin hayatını zorlaştırabilmekte ve çeşitli sorunlar yaratabilmektedir [57]. Bu durumda, insanlar çözüm yolu olarak bazen yakın çevrelerine, bazen de profesyonel desteklere yönelmektedirler. Yardım arama davranışı, genellikle ikiye ayrılır: formal ve informal yardım arama. Formal yardım arayışı, kişinin kişilerarası ilişkiler, depresyon, iş ve sosyal sorunlar, ailevi problemler gibi spesifik alanlarda profesyonel yardım alması anlamına gelir. Profesyonel yardımı sağlayacak olanlar ise, psikologlar, psikiyatristler, psikolojik danışmanlar ve psikoterapistler gibi belirli bir eğitim almış ve bu alanda uzmanlaşmış kişilerdir [58]. Diğer taraftan, informal yardım arayışı, daha çok aile üyeleri, arkadaşlar gibi yakın kişilerle yapılan görüşmeler ve bu kişilerden alınan kişisel tavsiyelerle karakterize edilir [59].

Zihinsel bir sorun için profesyonel psikolojik yardım arama kararı karmaşıktır ve birçok bireysel ve sosyal bileşeni içerir [60]. Bu süreç içerisinde, bir bireyin bir zorlukla karşılaştığında ya da ruh sağlığının tehlikede olduğunu düşündüğünde profesyonel yardım arama düşüncesini etkileyen bilişsel, duygusal ve davranışsal birçok farklı faktör rol oynar. Bu faktörler, bireyin yardım almayla ilgili tutumlarını şekillendirir [61]. Tutumlar, daha sonra kazanılan düşünce, duygu ve davranışların organize bir şekilde belirli bir nesneye yönelik eğilimdir [62]. Tutumlar olumlu ya da olumsuz olabilir ve oluşumlarında aile oldukça önemli bir etkidir. Küçük yaşlarda edinilen tutum, genellikle daha kalıcı ve sabittir. Tutumların gelişiminde aileden sonra sosyal çevresi ve sosyal sınıf gibi faktörler gelir [63]. Bireyin davranışını değerlendirirken, onu yetiştiren aile, arkadaş ve sosyal çevresinin göz önünde bulundurulması, tutumların karmaşık yapısının bir parçasıdır. Tutumun bilişsel boyutu, bireyin bir nesneye yönelik düşünce ve inançlarını; duygusal boyutu, nesneye yönelik olumlu veya olumsuz duygusal tepkilerini; davranış boyutu ise, nesneye yönelik gösterdiği davranışları içerir [64].

Yapılan çalışmalar, bireylerin psikolojik yardım alma konusundaki tereddütlerinin ve endişelerinin, sosyal damgalanma korkusu, psikolojik yardım hizmetlerine ilişkin yanlış anlamalar ve kişisel öz-yeterlik algıları gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu faktörler, bireylerin psikolojik yardıma ihtiyaç duymalarına rağmen

yardım arama eğilimlerini azaltabilir. Özellikle, psikolojik sorunların kişisel zayıflık göstergesi olarak görülmesi ve toplumda hâlâ var olan stigmalar, yardım arama sürecini olumsuz etkileyen başlıca faktörler arasında yer almaktadır [65].

Sonuç olarak, psikolojik yardım arama davranışını etkileyen birçok bireysel, çevresel ve sosyodemografik etmen bulunmaktadır. Bu etmenlerin derinlemesine anlaşılması, bireylerin psikolojik yardım arama sürecine yönelik daha etkili destek ve müdahalelerin geliştirilmesine katkıda bulunabilir. Çalışmanın bu kısmında, psikolojik yardım alma tutumu, buna yönelik geliştirilen modeller, psikolojik yardım alma tutumunu etkileyen faktörler ve hemşirelikte psikolojik yardım alma ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir.

2.6.1. Psikolojik yardım alma tutumu

Bireylerin psikolojik destek arama süreci, kriz anlarında veya devam eden ruhsal sıkıntılar sırasında profesyonel yardım almayı tercih etme ya da bu yönde bir eğilim gösterme şeklinde ifade edilebilir. Bu süreç, kişinin tutumları ve içsel dinamiklerinden büyük ölçüde etkilenir. Örneğin, kişi kendini zayıf hissettiğinde, ağır ve ümitsiz bir durumla karşılaştığında profesyonel bir danışmana yönelebilir. Diğer taraftan, bazı bireyler daha hafif sorunlar için bile bir psikolog ya da psikiyatristle görüşmeye istekli olabilirler [66].

Psikolojik yardım arayışı, bireysel özellikler, problem türü, yardımın doğası ve yardım sağlayıcının nitelikleri gibi birçok unsuru içeren karmaşık bir süreçtir. Akademik çalışmalarda bu süreçle ilgili çeşitli modeller ele alınmaktadır. Özellikle, Fischer, Winer ve Abramowitz tarafından 1983 yılında geliştirilen beş aşamalı model, literatürde geniş yer bulmuştur. Bu modelde, ilk olarak birey, kendine zarar verebilecek bir psikolojik sorunun farkına varır. İkinci aşamada, sorunu çözmek için farklı yollar düşünür. Bunlar arasında hiçbir şey yapmamak, kendi kendine çözüm aramak ya da tanıdık birinden yardım istemek yer alır. Profesyonel yardım aramadan önce genellikle diğer seçenekler denenir ve yetersiz oldukları anlaşılır. Bazen birey, diğer seçenekleri denemeksizin doğrudan profesyonel yardım arayabilirler. Üçüncü aşamada birey, psikolojik yardım almayı ciddi olarak düşünmeye başlar ve bu süreçte kişisel, sosyal ve ekonomik faktörler değerlendirilir. Dördüncü aşamada, eğer bireyin yardım alma niyeti yoksa, mevcut problem yeterli motivasyon sağlamayabilir. Beşinci ve son aşamada ise birey ya profesyonel yardım alır ya da çeşitli sebeplerle bu fikirden vazgeçer [67]. Psikolojik yardım almaya yönelik tutum, kişinin zorluklarla başa çıkmak için psikolojik yardım arama konusundaki bilişsel,

duygusal ve davranışsal eğilimini ifade eder [68]. Bu alanda yapılan önemli çalışmalardan biri olan Fischer ve Turner'ın çalışmasında, psikolojik yardım alma tutumunu dört temel boyutta ele alınmıştır [69]. Psikolojik yardım alma sürecinin ilk adımı, problemin fark edilmesidir. Bu adımda, kişi psikolojik ihtiyaçlarının farkına varır. Rickwood ve arkadaşları tarafından belirtildiği üzere, bu farkındalık olmadan, kişiler genellikle yardım aramazlar [70]. Blumental ve Endicott ise, bireylerin problemlerini fark edemediklerinde veya mevcut durumun psikolojik yardım gerektirmediğini düşündüklerinde destek arayışına gitmediklerini vurgulamışlardır [71]. Bir sonraki adımda, damgalanma korkusu yer alır. Damgalanma korkusu, psikolojik yardım arama sürecinde önemli bir engel oluşturabilir. Şöyle ki, bu süreçte, kişi uzman ve toplumdan olumsuz değerlendirileceği düşüncesiyle psikolojik yardım arama sürecinden vazgeçebilir [72]. Psikolojik yardım arama sürecinin üçüncü adımı, kişinin duygu ve düşüncelerini açığa çıkarmasıdır. Türküm [73] ve Özbay ve arkadaşlarının [74] yaptıkları çalışmada, bu beceriye sahip kişilerin psikolojik yardım almaya yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. Psikolojik yardım almanın dördüncü aşamasında, ruh sağlığı uzmanına duyulan güven yer alır. Kızıldağ ve arkadaşları ruh sağlığı uzmanına duyulan güvenin, yardımın niteliği ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmiştir [57].

2.6.2. Psikolojik yardım alma tutumunu etkileyen faktörler

Psikolojik yardım arama eğiliminin doğru bir şekilde kavranması, bu eğilimi etkileyen çeşitli etmenlerin incelenmesini gerektirir. Bireylerin psikolojik destek arama davranışlarını belirleyen unsurlar, dört ana kategoride değerlendirilebilir; sosyodemografik etmenler, ruhsal etmenler, toplumsal dinamikler ve yardım hizmetlerine ilişkin özellikler.

Sosyodemografik etmenler: Psikolojik yardım arama davranışı üzerinde sosyodemografik faktörlerin etkisi göz ardı edilemez. Örneğin, yaşlı bireylerin genellikle psikolojik yardım almaya daha açık tutumlar sergiledikleri gözlemlenmiştir [67]. Cinsiyet ve önceki danışmanlık deneyimleri gibi değişkenler, bireylerin yardım arama eğilimlerinde sıkça karşımıza çıkmaktadır. Araştırmalar, genel olarak kadınların erkeklere göre psikolojik yardım aramaya daha meyilli olduğunu ortaya koymuştur [75-78]. Ayrıca, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin psikolojik destek almayı daha olumlu karşıladıkları belirtilmektedir [79]. Cinsiyet rolleri ile yardım alma tutumları arasındaki ilişki incelendiğinde erkeklerin geleneksel cinsiyet rollerini benimsemeleri, duygularını daha az ifade etmelerine ve psikolojik yardım arama davranışlarını sınırlamalarına neden

olabilmektedir [80]. Diğer yandan, Ayaydın ve Özbay'ın araştırması, annenin eğitim düzeyinin düşük olmasının psikolojik yardım almaya yönelik tutumları olumsuz etkilediğini göstermiştir [81]. Kırımlı'nın çalışması ise, büyükşehirlerde yaşayan bireylerin küçük yerleşim birimlerinde büyüyenlere göre psikolojik yardım alma ihtiyacının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur [82].

Psikolojik etmenler: Bireylerin başkalarıyla problemlerini paylaşma konusunda yaşadıkları kaygılar, psikolojik yardım arama eğilimlerini azaltmakta ve bu tür desteklerden kaçınmalarına neden olmaktadır [83]. Yardım alma sürecinde, problem türü ve şiddeti de belirleyici rol oynar. Özellikle, hayat kalitesini ciddi şekilde etkileyen ve baş edilemeyen durumlara gelindiğinde, bireyler son çare olarak profesyonel yardım arayışına yönelmektedirler. Psikolojik yardımın kendi sorunlarına katkı sağlayacağına inanan bireylerin yardım arama konusunda daha istekli olduğu gözlemlenmektedir. Daha önce psikolojik destek alan kişilerin, yardım arama sürecine daha olumlu yaklaştıkları ve destek hizmetlerine daha kolay başvurdıkları belirtilmiştir [84]. Ancak, damgalanma ve etiketlenme korkusu yaşayan bireylerin yardım alma konusunda daha çekingen oldukları görülmektedir. Toplumsal damgalanma endişesi taşıyan bireyler, yardım arama sürecine olumsuz yaklaşmaktadır [85]. Bu durum, problemlerini önemsiz bulan, kendilerini açmaktan kaygı duyan veya toplumsal baskı hisseden kişilerin yardım arama sürecinden kaçınmalarına neden olabilmektedir [67].

Sosyal faktörler: Bireyler karşılaştıkları sorunları öncelikle kendi başlarına çözmeye çalışırken, bu süreçte genellikle yakın sosyal çevrelerinden destek ararlar. Sosyal ağları kısıtlı olan kişilerin, psikolojik danışmanlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duydukları gözlemlenmektedir. Buna ek olarak, bir bireyin sosyal çevresinin psikolojik yardım almayı nasıl algıladığı, o kişinin yardım arama kararlarını etkileyebilir [86]. Bireylerin mental sağlık sorunları ve bu sorunların çözüm yolları hakkındaki algıları, yardım arama tutumları üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir [65].

Yardım servisleri ile ilgili faktörler: Yardım servisleriyle ilgili faktörler, psikolojik danışma sürecinin temel bileşenlerinden birini oluşturur. Tinsley araştırmasında, bireylerin psikolojik danışmanlık hizmetlerine yönelik beklentilerinin, yardım arama süreçlerini, danışma sırasındaki davranışlarını ve danışmanlık hizmetlerinin sonuçlarını etkilediğini belirtmiştir [87]. Moore-Thomas ve Lent [88] ile Wescot Barich [89] bu beklentilerin psikolojik yardım almanın tüm aşamalarında kritik bir rol oynadığını belirtmiştir. Özellikle, cinsiyete göre farklı beklentilerin olduğu gözlemlenmiştir. Westcot Barich

kadınların psikolojik danışmandan kabul görme beklentilerinin yüksek olduğunu, erkeklerin ise danışmandan daha fazla yönlendirme beklediklerini ortaya koymuştur [89]. Hardin ve Yanico, ifadesine göre kadınlar erkeklere göre psikolojik danışmanlıkta daha fazla sorumluluk üstleniyor ve olumlu sonuç beklentileri daha yüksek [90]. Psikolojik danışma sürecine dair beklentiler, danışanların önceki yardım alma deneyimleriyle de ilişkilendirilmiştir. Kakhnovets [91] ve Kenney [92] bu konuda önemli çalışmalar yapmışlardır. Daha önceki süreçlerde psikolojik yardım almış bireylerin, danışma sürecinin işleyişine daha aşina olmaları ve yanlış düşüncelere daha az sahip olmaları nedeniyle farklı beklentilere sahip olabilecekleri düşünülmektedir [91]. Tinsley ve arkadaşları ise, psikolojik yardım almamış bireylerin, psikolojik yardımın faydaları konusunda düşük beklentilere sahip olabileceğini ifade etmiştir [93]. Psikolojik yardım alma deneyimi olanların, bu yardımı almaya yönelik tutumlarının daha önce yardım almayanlara göre daha olumlu olduğu bilinmektedir. Atik ve Yalçın [94], Türküm [73] ve Vogel ve Wester [83] tarafından yapılan araştırmalar, daha önceki süreçlerde psikolojik yardım alan bireylerin psikolojik yardım aramaya ve almaya yönelik tutumlarının, deneyimi olmayanlara göre daha olumlu olduğunu ortaya koymuştur.

2.6.3. Psikolojik yardım arama modelleri

Psikolojik yardım arayışını anlamak için literatürde farklı modeller bulunmaktadır. Her bir model, bireylerin psikolojik yardım arama sürecini açıklamak ve bu davranışların altında yatan nedenleri kavramak için tasarlanmıştır.

Cramer'in yardım arama modeli:

Hess'in araştırmasında elde ettiği sonuçlar, psikolojik yardım arama davranışları üzerine derinlemesine bir ışık tutmaktadır [95]. Bu sonuçlar şunlardır:

1. Araştırmada, düşük sosyal desteğin bireylerin kendilerini açma davranışlarını azalttığı tespit edilmiştir. Sınırlı sosyal çevreye sahip insanların paylaşım yapma eğilimlerinin düşük olması, bu bireylerin özel bilgilerini açığa çıkarma konusunda tereddüt yaşamaları anlamına gelebilir. Bu durum, onların sosyal çevreden az ya da hiç destek almamalarına ve sonuç olarak psikolojik yardım arama eğilimlerinin düşük olmasına yol açabilir.
2. Stres, psikolojik yardım arama sürecinde önemli bir faktördür ve sosyal destekle doğrudan ilişkilidir. Düşük sosyal desteğe sahip bireyler, duygusal yoğunlukları

daha şiddetli yaşayabilir ve stresle baş etmekte daha fazla zorlanabilirler. Bu, sosyal desteğin bireyin stresle başa çıkma yeteneği üzerindeki etkisini vurgular.

3. Yoğun stres altında olan bireyler, yardım alma davranışından kaçınma eğilimi gösterebilir. Stresin kaynağı olan faktörlerin gizlenmesi, kişinin daha negatif stres etkileriyle karşı karşıya kalmasına neden olabilir. Bu durum, sosyal desteğin ve kendini ifade etmenin önemini bir kez daha gözler önüne serer.
4. Araştırma, problemlerin ve stresörlerin gizlenmesinin, yardım arama ve danışma davranışlarını azalttığını ortaya koymuştur. Bireylerin yardım arama sürecinde açık olmalarının önemini vurgular.
5. Araştırma, stresin negatif etkilerinin yüksek algılandığı durumlarda, yardım alma davranışında artış beklendiğini göstermektedir. Bireylerin stresle başa çıkma yeteneklerinin, psikolojik yardım arama eğilimlerini nasıl etkileyebileceğine dair önemli bir bulgudur.
6. Olumlu bir psikolojik yardım alma tutumunun geliştirilmesi, bireylerin bu yönde adım atmalarını kolaylaştırabilir. Bu, psikolojik destek arayışını teşvik eden faktörler arasında önemli bir yere sahiptir.

Cramer'in modelinin etkinliği ve uygulanabilirliği, farklı yaş grupları üzerinde yapılan bir dizi araştırmayla test edilmiştir. Bu araştırmalar, genellenebilir psikolojik faktörler, etnik ve kültürel uyum, yemek yeme düzensizlikleri ve madde bağımlılığı gibi çeşitli alanlarda gerçekleştirilmiştir. Liao ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışma, Asya Amerikan/Asya ve Kafkas kökenli öğrenciler üzerinde yapılmış ve Cramer'in modelinin geçerliliğini destekleyen sonuçlar elde edilmiştir [96]. Bu araştırmada, kendini saklama davranışının incelenen örneklemde belirgin bir düzeyde olduğu gözlemlenmiştir.

Deane ve Todd'un modeli:

Deane ve Todd'un modeline göre, psikolojik yardım alma eğilimi ile kişisel tutum arasında belirgin bir pozitif ilişki vardır. Bu modelde, bireylerin tedaviye yönelik tutumları çeşitli faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Bu faktörler arasında damgalanma korkusu, zorlanma kaygıları, imaj endişeleri ve terapistle duyulan güven gibi alt boyutlar yer almaktadır. Bu alt boyutların her biri, kişinin psikolojik yardım arama sürecine ve tedaviye karşı tutumuna farklı şekillerde etki etmektedir. Hess'in çalışmasında, daha önce danışmanlık deneyimi olan bireylerin yardım arama konusunda daha istekli oldukları ve tedaviye yönelik korkularının daha az olduğu belirtilmiştir [95].

Planlanmış davranış modeli:

Ajzen tarafından geliştirilen ve Fishbein ve Ajzen'in eylem teorisinin bir uzantısı olan bu yaklaşım, bireylerin niyet, özel normlar ve tutumlarını temel alarak istemli davranışları açıklamayı amaçlamaktadır [97]. Bu teorik çerçeve, bireylerin yardım arama niyetlerini derinlemesine anlamak için önemli bir araçtır. Bununla birlikte, algılanan davranışsal kontrol modelinin de bu süreçte dikkatlice incelenmesi gerekmektedir. Madden ve arkadaşlarının çalışmaları, bu modelin belirli problemler için özel faydalar sunabileceğini göstermiştir [98]. Skogstad ve arkadaşları 500 erkek mahkûm üzerinde gerçekleştirdikleri araştırmada, mahkûmların spesifik suçlara yönelik bilinçli eğilimlerinde, eylemle ilgili normlar, tutumlar, ikna ve algıların önemli olduğu bulgularına ulaşmıştır [99]. Bu araştırma, geliştirilen tutumların ve eylemlerin algılanışında etnik köken, eğitim, sosyal destek ve yaş gibi faktörlerin önemini ortaya koymuştur.

2.6.4. Hemşirelerde psikolojik yardım alma

Hemşirelerde psikolojik yardım alma konusu, sağlık alanında çalışan profesyonellerin ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi açısından büyük öneme sahiptir. Hemşirelerin iş yerinde maruz kaldıkları zorluklar, onların psikolojik sağlamlıklarını etkileyebilir ve bu durum, psikolojik yardım alma ihtiyacını beraberinde getirebilir [100]. Hemşireler, mesleki yaşamları boyunca çeşitli stres kaynakları ve zorluklarla karşılaşır ve bu durumlar onların psikolojik sağlamlığını etkileyebilir. Hemşirelerin işyerinde psikolojik şiddet deneyimleri ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki bu alanda önemli bir araştırma odağı haline gelmiştir [101].

Hemşirelerin ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi, baş etme becerileri, sosyal destek, psikolojik dayanıklılık, öz-etkinlik, umut ve iyimserlik kavramları üzerinden ele alınmaktadır [102]. Bu faktörler, hemşirelerin stresle başa çıkma kapasitelerini ve genel refah düzeylerini artırmada kritik bir rol oynamaktadır. Örneğin, hemşireler arasındaki psikolojik şiddet ve tepkileri üzerine yapılan bir araştırma [103], işyerinde şiddetin hemşirelerin psikolojik dayanıklılığını olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu bağlamda hemşirelerin psikolojik yardım almaya yönelik tutumlarının ve bu tutumları etkileyen faktörlerin ayrıntılı olarak araştırılması oldukça önemlidir. Bakım verenlerin psikolojik yardım aramasını etkileyen faktörler arasında benlik saygısı, öz değer ve psikolojik yardım alıyor olmaları yer almaktadır [104]. Üniversite öğrencilerinin sorun alanlarını ve psikolojik yardım arama eğilimlerini inceleyen bir çalışmanın bulguları, yardım arama

niyetinin sosyal damgalanma, tedavi korkusu, beklenen faydalar ve algılanan riskler gibi faktörlerle bağlantılı olduğunu ortaya koydu [78].

2.7. Hemşirelerde Deprem Sonrası Travma Düzeyi ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum

Deprem gibi doğal afetler sonrasında hemşirelerin travma düzeyleri ve psikolojik yardım alma süreçleri üzerine odaklanan araştırmalar önem taşımaktadır. Bu bağlamda, Prati ve Pietrantonio'nun yaptığı meta analiz çalışması, deprem sonrası hemşirelerin travma düzeyleri ve psikolojik yardım alma süreçleri arasındaki ilişkiyi aydınlatmaktadır [105]. Bu çalışmada, iyimser olma, sosyal destek ağları ve stresle baş etme stratejileri gibi değişkenlerin travma sonrası büyümeye olan etkileri 103 farklı araştırmanın bulguları üzerinden incelenmiştir. Araştırmanın sonuçları, bu değişkenlerin hemşirelerin deprem sonrası travma düzeylerini ve psikolojik yardım arama davranışlarını anlamlı şekilde etkilediğini göstermektedir. Özellikle din ve olumlu değerlendirme (positive reappraisal) stratejileri, bu bağlamda en etkili değişkenler olarak öne çıkmaktadır. Sosyal destek ve sosyal destek arama, maneviyat ve iyimser olma ise hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyleriyle orta düzeyde ilişkisine rastlanmıştır. Bu bulgular, hemşirelerin deprem sonrası travma ile başa çıkma süreçlerinde psikolojik yardım arama davranışlarının, iyimserlik, sosyal destek ve maneviyat gibi faktörlerle şekillendiğini göstermektedir. Araştırmada, etki büyüklüğünün travmadan sonra geçen zaman, cinsiyet veya travma sonrası büyüme çeşidi açısından anlamlı farklılıklar göstermediği belirtilmiştir. Bu sonuçlar, hemşirelerin deprem sonrası travma düzeylerinin ve psikolojik yardım alma süreçlerinin, bireysel farklılıklardan bağımsız olarak, belirli değişkenler tarafından etkilendiğini göstermektedir.

2.8. Bakım Kavramı

İnsanlar, yaşamlarının her aşamasında, doğumdan itibaren çeşitli bakım ihtiyaçlarıyla karşı karşıyadır. Özellikle sağlık sorunlarıyla mücadele eden hastalar için iyileşmenin temelinde bakım yatar. Bakım, bir nesneye veya başka bir kişiye bakmak veya onunla ilgilenmek anlamına gelir [106]. Hemşirelik mesleği, bakımın özünü oluşturur. Hemşirelik bakımı bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde, hastalandıklarında sağlıklarının iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır [107]. Diğer bir tanımla, hemşirelik bakımı, "hemşirenin, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına göre mevcut ya da potansiyel sağlık problemlerini belirlemeye, karar

vermeye, bu kararları uygulamaya, sonuçları değerlendirmeye ve bireyin kendi gereksinimlerini karşılayabilecek düzeye ulaşmasına yardımcı olma süreci" olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç hem yardım edici hem de savunucu bir ilişki türünü içerir ve etik ile yasal sorumlulukları barındırır [108]. Cortis ve Kendrick, hemşirelik bakımını, bireyler üzerinde etki yaratma, dokunma, merhamet gösterme ve bakım alan kişiyle empati kurma şeklinde tanımlamışlardır [109].

Hemşirelik bakım soyut ve somut olmak üzere iki farklı açıdan ele alınabilir. Soyut boyut; duygular, mesleki etik ve mesleki değerler gibi duygusal kavramları içermektedir. Öte yandan somut yönler arasında ise bilimsel bilgi ve beceriler, teknolojiden yararlanma yeteneği ve pratik eylemler yer almaktadır. Hemşireler uzmanlık ve deneyimlerini hastaların fiziksel bakım ihtiyaçlarını sanat ve bilim yoluyla karşılamak için kullanırken, aynı zamanda hastaların değerlerine ve duygularına duyarlı davranırlar. Bakımın soyut ve somut yönleri bakım hizmetlerinin bütünlüğünü oluşturur. Bir boyutun eksik kalması, bakımın tam anlamıyla sunulmadığı anlamına gelir [110, 111]. Sunulan bakım hizmetinin kaliteli ve etkin bir şekilde sunulması durumunda ise, hastaların hastanede yatış sürelerinin azalacağı, iş gücü kaybının azalacağı, maliyetlerin düşeceği ve ortaya çıkabilecek komplikasyonların azalacağı beklenir. Tüm bunların sonucunda da hasta memnuniyetinin artacağı beklenir [112].

2.8.1. Bakım davranışı

İnsan davranışları, toplumsal kurallar, gözlem ve taklit, hareketler, tutumlar ve etkileşimler tarafından şekillendirilir. Bu davranışlar, özellikle sağlık alanında, hemşirelik mesleğinin temelini oluşturur. Hemşireler, bakım davranışları yoluyla hastaların ihtiyaçlarını anlamaya ve onlara etkili bir şekilde yardımcı olmaya çalışırlar. Bu süreç, hastaların beklentilerinin doğru bir şekilde belirlenmesini ve bu beklentilerin karşılanmasını gerektirir, ki bu da hasta memnuniyetini artırır [113].

Bakım davranışlarına ilişkin bilinen en önemli teorisyenlerden biri Jean Watson'dır. Watson'a göre, bakım davranışlarının temel unsurları arasında dokunma, hastaya tam anlamıyla var olma, insan merkezli bir yaklaşım, hastalarla doğrudan ve samimi iletişim, yüz yüze ve göz kontağı kurarak konuşma, duyarlılık, rahatlatıcı konuşmalar, nezaket, yardımseverlik, doğru ve net bilgilendirme, manevi destek gibi etkenler yer alır. Watson, bu etkenlerin hastalar üzerindeki olumlu etkilerine dikkat çekerek, hemşirelik uygulamalarında bu unsurların önemini vurgulamıştır [114].

Hemşirelik, temelde bakıma odaklanan bir meslek dalıdır ve bu yönüyle diğer meslek gruplarından ayrılır. Bu mesleğin temelinde yatan, hastalara yönelik şefkatli ve etkili bakım yaklaşımlarıdır. Hemşireliğin bu özgün özelliği, onu diğer sağlık disiplinlerinden ayıran bir niteliktir [115].

2.8.2. Bakım kavramının bileşenleri

Bakım, çok yönlü ve geniş bir alanı kapsayan bir terimdir. Bu kavram, hemşirenin yetkinliği, davranışları ve bilgi düzeyi gibi unsurlarla derinlemesine ilişkilidir. Hemşirenin bu üç temel bileşeni, hastaların alacağı bakımın kalitesini doğrudan etkiler [116, 117].

Bakımda hemşirenin bilgisi

Hastaları tanımak ve anlamak

Hemşirelik pratiğinin temel taşlarından biridir. Bilmek, kişileri, onların dünyasını ve deneyimlerini anlamayı ifade eder. Bu süreç, hemşirelerin hastaları tanımasını ve onlarla etkili bir ilişki kurmasını gerektirir. Bu etkileşim, hemşirelere hastalarının ihtiyaçlarını daha iyi anlamaları ve onlara uygun bakım sunmaları için gerekli bilgileri sağlar [118].

Swanson'ın Bakım Kuramı, hemşirelerin hastalarını tanıma sürecini daha iyi anlamalarına yardımcı olur. Kurama göre, bu tanıma aşaması, hasta ve hemşire arasında güçlü bir bağ kurar, hastanın iyileşme sürecini hızlandırır, yaşadığı zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olur ve hemşireye olan güvenini artırır [119].

Hemşirelik mesleğinde, gün içerisinde çok sayıda hastayla etkileşimde bulunulur. Hastaları ne kadar iyi tanımak, hemşirelik bakımının kalitesini ve etkinliğini belirleyen önemli bir unsurdur. Peplau'nun 'Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler' adlı kitabında, hemşirelerin hastalarla olan ilişkilerinin önemi ve bu ilişkilerin nasıl geliştirilebileceği üzerine yoğunlaşmıştır [117].

Peplau'nun 'Kişilerarası İlişkiler Modeli', dört aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalardan biri olan tanımlama aşaması, planlama ve hedef belirleme sürecidir. Bu aşamada, hastaların duygularını ifade etmelerine olanak tanınmalı ve onlar olumlu bir şekilde yönlendirilmelidir. Bu süreç, hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için hayati öneme sahiptir [120].

Teknoloji kullanımı

Üniversite eğitiminden itibaren, hemşireler gelişen teknolojiye uyum sağlayabilmek için gerekli eğitimleri almaktadır. Teknolojinin artan kullanımıyla hasta takibi daha sistematik ve kolay bir hale gelmiş, bu takip işlemleri artık bilgisayar sistemleri üzerinden

yürütölmeye başlanmıştır. Bu durum, daha düzenli ve etkin bir bakım sürecini mümkün kılmaktadır. Teknoloji alanındaki sürekli gelişmelerle birlikte, hemşirelerin de bu yeniliklere adapte olmaları ve sağlık sektöründe kullanılan yeni cihaz ve sistemleri öğrenmeleri beklenmektedir. Bu doğrultuda gerekli eğitimler düzenlenmektedir [121].

Bakımda hemşirenin becerisi:

Hemşirelik ve hasta arasındaki etkileşim

Hemşirelik, sağlık sektöründe kritik bir rol oynar. Bu meslek, hastaların sağlıklarını koruma ve iyileştirmelerini sağlamak, gerektiğinde rehabilitasyon süreçlerini yürütmekle sorumludur. Ancak, hemşirelik sadece tıbbi işlemlerden ibaret değildir; aslında, bu mesleğin temelinde, hastalarla etkin bir şekilde iletişim kurma becerisi yatar. Hemşireler, hastalarla olan iletişimlerinde beden dili, ses tonu ve sözcük seçimlerine dikkat ederler [122].

Bakım sürecindeki etkileşim sadece bilgi aktarımı değil, aynı zamanda terapötik bir etkiye de sahiptir. Hastalarla etkileşim, sadece fiziksel değil, psikolojik ve duygusal iyileşmeyi de destekler. Kaçmaz ve Çam bu durumu, hemşire-hasta etkileşiminin, hastalar için iyileştirici bir müdahale olarak kabul edilmesi gerektiğini vurgulayarak açıklar. Bu etkileşim, hastanın ihtiyaçlarının anlaşılmasını ve giderilmesini merkeze alır [123].

Koruma ve savunma rolü

Hemşirelik mesleğinin temel taşlarından biri, savunuculuktur. Savunuculuk, hastaların sorularını cesaretle sormalarını teşvik etmek, onların sorunlarına duyarlı olmak ve zamanlarını hastalarına adamayı öğretmektir. Öncelikli hedef, hastaları kendi ihtiyaçlarını bağımsız bir şekilde karşılayabilecek duruma getirmektir. Hemşirelerin görevleri arasında, hastaların güvenli bir ortamda bulunmalarını sağlamak, bakım süreçlerinde doğru kararlar alabilmelerine destek olmak, hastaların haklarını korumak ve onları yeterli bilgi ile donatmak, ayrıca tehlikeli durumlarda hastaları korumak ve onların haklarını savunmak yer alır [124].

Bakımda hemşirenin davranışı:

Hemşirelik, kapsamlı bir bakım anlayışını gerektirir. Bu anlayış, hastalara destek olmak, onlarla etkin iletişim kurmak, dokunsal temas sağlamak ve onları derinlemesine anlamak gibi uygulamaları içerir. Hemşireler bu bakım yöntemlerini, hastaların yanı sıra hasta yakınlarına da uygularlar. Hasta yakınlarının streslerini hafifletmek ve onlara güvenli bir ortam sunmak da hemşirelerin önemli görevlerinden biridir [125].

Hastanın yanında olmak

Hastaların hastaneye yatış süreci sıklıkla endişe ve korku ile doludur. Tedavi süreçlerinin nasıl ilerleyeceği ve iyileşme konusundaki belirsizlikler, anksiyetelerinin artmasına sebep olabilir. Bu durumda, hemşirelerin hastaların yanında olmaları ve onlara destek vermeleri temel görevlerdendir. Hastanın anksiyete düzeyini tespit etmek ve onların bu duygularla başa çıkabilmelerini sağlamak büyük öneme sahiptir. Hemşireler, bu zorlu dönemde hastalara sosyal destek sunarak ve yanlarında olduklarını hissettirerek hastaların kaygılarını hafifletir. Bu yaklaşım, hemşirenin hastaya olan güvenini artırır ve hasta ile hemşire arasında daha güçlü bir ilişki kurulmasına yardımcı olur. Hemşire, bu durumda hastanın bakımında daha etkili bir rol oynar ve hastanın iyileşme sürecine katkıda bulunur [126].

Temas

Hemşireler için temas, hastaya güven verme, ilgilenme ve destek olma gibi önemli mesajlar taşıyan bir araçtır. Hastalar çeşitli zorluklarla karşılaştıklarında, hemşirenin dokunuşu onların rahatlamasına ve bakım süreçlerine olumlu katkıda bulunmasına yardımcı olur. Dokunmanın varlığı, hemşire ve hasta arasındaki ilişkinin güçlenmesinde kilit bir rol oynar. Bu güçlü ilişki, hemşirenin hastanın özel dünyasına daha yakın bir şekilde girmesine ve böylece hastaya daha etkin bir destek ve yüksek kalitede bakım sunmasına olanak tanır [127].

2.8.3. Hemşirelik bakımının özellikleri

Bakım, insanın varoluşsal bir özelliği olarak kapsayıcı ve evrensel bir niteliğe sahiptir. Bu, bir bireye etki yapmak, ona dokunmak ve onunla empati kurmak anlamına gelir. Hemşirelik mesleği, bu temel insani özellik üzerine inşa edilmiştir. Hemşireler, şefkat gösterme ve bakım hizmeti alana karşı empati yapma yetenekleriyle diğer insanlara hizmet etme motivasyonuna sahiptirler. Bu, karşılıklı düşünce alışverişinin yapıldığı, kişiler arası ilişkilerdeki bir dinamik ve terapötik bir süreçtir [109].

Hemşirelik bakımı, hastaların iyileşme sürecinde hayati bir rol oynar. Hastaların, özellikle stresli ve zor zamanlarında, hemşirelik girişimleriyle rahatlık ve konfor sağlanması gereklidir. Bakım verilirken, hastaların mahremiyeti, psikolojik durumu ve özel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır [128].

Hemşirelik bakımının olmazsa olmaz beş özelliği merhamet, bilgi, beceri, güven ve taahhüttür. Bu özellikler, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur ve hastaların

iyileşme sürecine katkıda bulunur. Genel olarak, hemşirelik bakımı ahlaki bir boyut barındırır, etik ilkeleri içerir ve bilgi ile yeteneklerin yanı sıra bilimsel teknikleri de içermelidir. Bu unsurlar, sağlık koruyucu davranışları destekler ve sonuç olarak hasta memnuniyetini artırır [129].

2.8.4. Bakımı etkileyen faktörler

Hemşirelik bakımı, yalnızca tıbbi bir uygulama değil, aynı zamanda birden fazla boyutu olan insan hizmetidir. Bu bakımın temelinde, hemşirelerin mesleki ve bireysel özellikleri yer alırken, bakım sosyal, ekonomik ve kurumsal gibi birçok farklı faktörden etkilenmektedir [106]. Bu faktörlerin her biri, hemşirelik hizmetinin kalitesini ve kapsamını doğrudan veya dolaylı olarak şekillendirir. Özellikle hemşirelerin kişisel ve mesleki nitelikleri, sunulan bakımın kalitesini belirleyen anahtar unsurlardandır. Hemşirelerin kişilik özellikleri, mesleki davranışları ve yaklaşımları, hasta bakımında merkezi bir role sahiptir. Gösterdikleri nezaket, merhamet, ilgi ve anlayış, hemşirelerin hastalarla kurdukları ilişkinin niteliğini belirler. Ayrıca, sahip oldukları bilgi ve becerilerin hasta memnuniyetine doğrudan etkisi vardır [130].

Eğitim seviyesi de hemşirelik bakımının kalitesi üzerinde büyük bir etki yapar. Hemşirelik eğitimi, hemşirelerin bilgi ve beceri düzeyini belirleyen kritik bir faktördür. Lisans düzeyinde eğitim görmüş hemşirelerin bakım kalitesinin, eğitim seviyesi daha düşük olanlara kıyasla daha yüksek olduğu açıktır. Eğitimin azaltılması veya bakımın daha az eğitilmiş bireylere devredilmesi, bakım kalitesinde düşüşe yol açmaktadır [106].

Hemşirelerin mesleklerine olan bağlılıkları ve motivasyon düzeyleri de sunulan bakımın kalitesinde belirleyici bir rol oynar. Kaliteli bir bakım sağlamak için, hemşirelerin işlerinden memnun olmaları ve yüksek bir motivasyona sahip olmaları gerekmektedir [131]. Literatürde yer alan bir araştırmada, çalışma koşullarının, iletişim zorluklarının, hemşirelerin asli görevleri dışında işler yapmalarının ve motivasyon eksikliklerinin, sundukları bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir [132].

Ülkedeki siyasi kararlar ve sağlık politikaları da hemşirelik bakımını doğrudan etkileyen önemli faktörlerdendir. Farklı eğitim düzeylerine sahip hemşirelerin (sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans) aynı işi yapmaları, farklı ücretler alması ve aynı kalitede bakım sunmalarının beklendiği durumlar, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini etkileyebilir. Günümüzde, hemşirelerin kadrolu, sözleşmeli, taşeron gibi

çeşitli istihdam şekilleri, aralarında eşitsizlik yaratmakta, iş güvencesini azaltmakta ve bu durumlar sonucunda hemşirelik bakımının kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir [106].

Çok sayıda araştırma, hemşirelerin hastalarına verdikleri bakımı genellikle olumlu bir şekilde değerlendirdiklerini ortaya koymaktadır. Ancak, hemşirelerin yüksek kaliteli bakım sunma çabaları, bazı zorluklar nedeniyle engellenebilmektedir. Özellikle, yüksek hasta sayısı, yetersiz hemşire kadrosu ve ağır iş yükü gibi faktörler, hemşirelerin bakım algısını ve dolayısıyla sunulan bakımın kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir [110].

2.9. Hemşirelerde Deprem Sonrası Travma Düzeyi, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum ve Bakım Davranışı Arasındaki İlişki

Depremler ve benzeri afetler, sağlık profesyonelleri üzerinde derin psikolojik etkiler bırakabilir. Bu durum, özellikle travmatik olaylara doğrudan maruz kalan ve bu olayların etkileriyle yüzleşen hemşireler için geçerlidir. Araştırmalar, deprem sonrası ortaya çıkan psikiyatrik semptomların, hemşirelerin hem kişisel hem de profesyonel yaşamlarını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir [133].

Travmatik olaylar sonrasında hemşirelerde görülen ikincil travmatik stres (ITS), yani hastaların yaşadığı travmaların onlarda da benzer psikolojik etkilere yol açması, yaygın bir durumdur. Bu durum, hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarını ve mesleki tatminlerini de etkileyebilir [134]. Bunun yanında, hemşirelerin yaşadığı travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikolojik sorunlar onların mesleki performansını ve hastalara bakım sunma kapasitelerini etkileyebilir [135].

Hemşirelerin psikolojik yardım almaya yönelik tutumları, kendilerini ve hastalarını korumak için kritik bir rol oynar. Hemşirelerin, psikolojik destek arayışındaki engelleri ve bu hizmetlere erişimdeki zorlukları anlamak, onların ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilmek adına önemlidir [51, 136]. Hemşirelerin travma sonrası stres düzeyleri ve psikolojik yardım almaya yönelik tutumları, hasta bakımı üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olabilir. Hemşirelerin bu stresle başa çıkabilme kapasiteleri, hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini etkileyebilir [137].

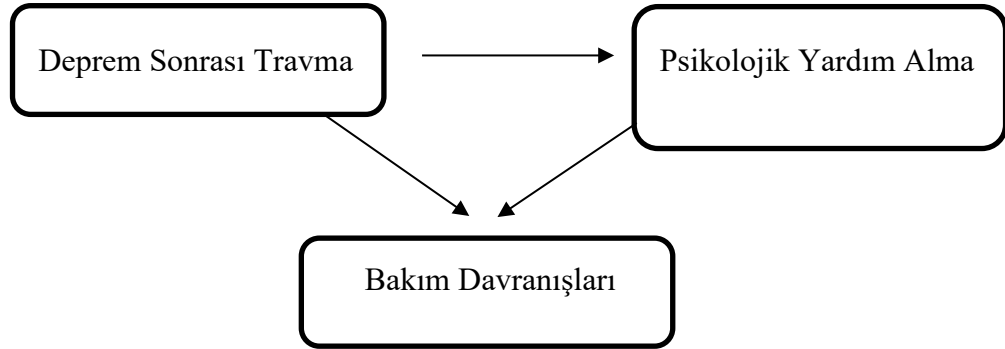
3. MATERİYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Malatya İl Merkezi'nde bulunan Battalgazi Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan hemşirelerde deprem sonrası travma düzeyi, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ve bakım davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla kesitsel, tanımlayıcı ve ilişkisel tasarımda yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, nicel bir yaklaşım benimseyerek gerçekleştirilmiştir. Bu yaklaşım, olay ve fenomenleri sayısal değerlerle ifade edebilme, ölçebilme ve gözlemleyebilme özelliğine sahiptir, böylece araştırmanın nesnel bir temele oturmasını sağlar. Çalışmada yer alan hemşireler için tanıtıcı bilgi formu, deprem sonrası travma düzeyi, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ve bakım davranışı ile ilgili bilgilerin toplanmasının temel sebebi, hemşirelerin genel özelliklerini ve alanlardaki durumlarını detaylı bir şekilde ortaya koymaktır. Anket kullanımının esas amacı ise, hemşirelerin psikolojik yardım almaya ilişkin tutumları ile bakım davranışı düzeyleri arasındaki ilişkiyi tespit etmektir. Bu kapsamda, belirlenen amaç doğrultusunda aşağıdaki model oluşturulmuştur.



Şekil 3.1. Araştırma modeli

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Malatya İl Merkezi'nde bulunan Battalgazi Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan hemşireler ile Kasım 2023-Şubat 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Doğu Anadolu bölgesindeki bir il merkezinde bulunan devlet hastanesinde klinik ve idari birimlerde aktif olarak çalışan hemşireler oluşturmıştır. *G Power 3.1.9.7. programı kullanılarak 0.20 etki büyüklüğü, 0.05 hata payı, 0.80 güç ve % 99 güven aralığı ile araştırma örneklemini 204 kişi olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada, araştırmaya katılmayı kabul eden ve belirlenen tarihlerde kliniklerde görev yapan tüm hemşirelere ulaşmak amaçlanmıştır. Bu nedenle 294 mevcut hemşiresi olan hastanede toplamda 253 kişiye ulaşılmıştır.

3.5. Veri Toplama Tekniği

Veri toplama aracı olarak seçilen yöntem ankettir. Kullanılan veri toplama araçları doğrudan bilgiye ulaşılması, kısa sürede yapılabilmesi ve uygulanmasının kolaylığı açısından seçilmiştir. Anketler hemşirelerle bire bir iletişim kurularak ve yüz yüze sorular cevaplanarak toparlanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler Sosyodemografik bilgi formu, Deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği (DSTDBÖ), Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği (PYAİTÖ-KF) ve Bakım davranışları ölçeği -24 (BDÖ-24) olmak üzere 4 farklı veri toplama formu ile toplanmıştır.

Sosyodemografik bilgi formu: Bu form araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan kişisel ve mesleki bilgileri içeren 15 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır (EK-1).

Deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği: Tanhan ve Kayri tarafından geliştirilen Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği [138], deprem sonrası meydana gelebilecek travma belirtilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır (EK2). Bu ölçek, 20 farklı maddeyi içeren bir ölçektir. Ölçek içerisinde “davranışsal problemler, heyecansal sınırlılık, duyuşsal, bilişsel yapı ve uyku problemleri” olmak üzere 5 alt boyut yer almaktadır. Ölçek, beşli Likert derecelendirme sistemini kullanarak değerlendirilmektedir. Bu derecelendirme sistemi, katılımcıların cevaplarını "hiç katılmıyorum", "az katılıyorum", "orta düzeyde katılıyorum", "çok katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" şeklinde ifade etmelerine olanak tanır. Bu ölçek, bireylerin deprem etkilerine verdikleri yanıtları ölçmek için kullanılır. Dolayısıyla, ölçekten elde

edilen puanların artması, bireylerin depremin etkilerinden daha fazla etkilendiğini göstermektedir. Yani, yüksek puanlar deprem sonrası etkilenme düzeyinin arttığını ifade ederken, düşük puanlar ise daha az etkilenme düzeyini yansıtmaktadır. Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek için iç tutarlık katsayısı hesaplanmıştır ve bu değer 0,87 olarak bulunmuştur. Yani, ölçek maddeleri arasındaki iç tutarlık oldukça yüksektir. Bizim yaptığımız çalışmada ise Cronbach Alpha değeri 0,93 olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği-kısa form: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği, Fischer ve Farina [139] tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (EK3). Orijinal versiyonunda 29 madde bulunurken [140], daha sonraki çalışmalarda kısaltılmış bir versiyonu geliştirilmiş ve bu versiyon 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri, katılımcıların tutumlarını 4'lü derecelendirme tarzında ifade etmelerine olanak tanır ve bu derecelendirme "Katılıyorum (4)" ile "Katılmıyorum (1)" arasında değişen seçenekleri içerir. Ölçekte yer alan 2, 8, 9 ve 10. maddeler, puanlama açısından ters bir yöntem kullanır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 27'dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar psikolojik yardım almaya ilişkin daha olumlu tutumları yansıtmaktadır. Bu ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları, Topkaya tarafından gerçekleştirilmiştir [141]. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısı olarak hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0.76'dır. Bizim yaptığımız çalışmada ise Cronbach Alpha değeri 0,73 olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Bakım davranışları ölçeği-24: Bakım Davranışları Ölçeği, hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek amacıyla kullanılan bir araçtır (EK4). İlk olarak Wolf tarafından geliştirilmiş olup toplam 75 madde içermekteydi [142]. Daha sonra Wu ve arkadaşları tarafından bu ölçek revize edilerek 24 madde ve 4 alt boyut şeklinde düzenlenmiştir [143]. Bu alt boyutlar; güvence (8 madde), bilgi-beceri (5 madde); saygılı olma (6 madde) ve bağlılık (5 madde) şeklindedir. Hemşirelerin bakım kalitesi algılama düzeyini ölçmek amacıyla kullanılan bu ölçek, yanıtları 6'lı Likert tipi bir skalada (asla - her zaman) değerlendirmektedir. Toplam ölçek puanı hesaplanırken tüm maddelerin puanları toplanmakta ve bu toplam puan 24'e bölünerek 1-6 arasında bir değer elde edilmektedir. Benzer şekilde, alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanmakta ve elde edilen puan, madde sayısına bölünerek 1-6 arasında bir alt boyut ölçek puanı elde edilmektedir. Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Kurşun ve Kanan tarafından gerçekleştirilmiştir [144]. Ölçeğin Cronbach alfa değeri, yüksek güvenirlik göstergesi olan

0.96 olarak belirlenmiştir. Bizim yaptığımız çalışmada ise Cronbach Alpha değeri 0,99 olarak saptanmıştır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Ölçekler ve alt boyutlarına ait güvenilirlik analizi sonuçları

Ölçek	Cronbach- α katsayısı	Madde sayısı
Deprem Sonrası Travma Düzeyi	0.93	20
Davranış problemleri	0.63	4
Heyecansal sınırlılık	0.88	5
Duyuşsal	0.64	4
Bilişsel yapılandırma	0.86	4
Uyku problemleri	0.87	3
Psikolojik Yardım Almaya İlişin Tutum	0.82	10
Bakım Davranışı	0.99	24
Güvence	0.97	8
Bilgi-Beceri	0.96	5
Saygılı Olma	0.94	6
Bağlılık	0.93	5

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler Kasım 2023- Şubat 2024 tarihleri arasında hemşirelerin mesai içerisinde uygun oldukları zamanlarda ve klinikte iş akışını engellemeyecek şekilde, yüz yüze görüşme tekniği ve soru-cevap şeklinde, 10-15 dk. içerisinde toplanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları (± 2) ile hesaplanmıştır.

Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili Grupların Karşılaştırılmasında	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney U Analizi
Çoklu Grupların Karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Spearman Korelasyon Analizi	
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasında	Basit Doğrusal Regresyon Analizi	
Verilerin Normallik Dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

* Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Tablo 3.3. İç geçerlilik katsayıları

Ölçek	Cronbach α
Davranış Problemleri	0.624
Heyecansal Sınırlılık	0.884
Duyuşsal	0.635
Bilişsel Yapılandırma	0.860
Uyku Problemleri	0.870
Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği	0.927
Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği- Kısa Form	0.688
Güvence	0.922
Bilgi-Beceri	0.887
Saygılı Olma	0.900
Bağlılık	0.898
Bakım Davranışları Ölçeği-24	0.967

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.4'te sunulmuştur.

Tablo 3.4. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Davranış Problemleri	253	0.309	0.153	-0.422	0.305
Heyecansal Sınırlılık	253	0.476	0.153	-0.624	0.305
Duyuşsal	253	0.193	0.153	0.065	0.305
Bilişsel Yapılandırma	253	-0.226	0.153	-0.860	0.305
Uyku Problemleri	253	0.452	0.153	-0.914	0.305
Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği	253	0.137	0.153	-0.707	0.305
Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği- Kısa Form	253	-0.568	0.153	1.131	0.305
Güvence	253	-0.850	0.153	0.012	0.305
Bilgi-Beceri	253	-1.193	0.153	0.527	0.305
Saygılı Olma	253	-0.919	0.153	0.622	0.305
Bağlılık	253	-0.958	0.153	1.413	0.305
Bakım Davranışları Ölçeği-24	253	-0.942	0.153	0.783	0.305
Yaş	253	0.896	0.153	-0.084	0.305

* Tüm veriler normal dağılmaktadır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıklarından biri; çalışmanın sadece Malatya ilindeki Battalgazi Devlet Hastanesinde yapılmış olmasıdır. Araştırmanın tek bir merkezde yapılması ve değerlendirmede kullanılan ölçeklerin öz bildirime dayalı olması bu çalışmanın sınırlılığıdır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar, bu araştırma grubuna genellenebilir.

3.10. Etik İzin

Araştırmanın yapılabilmesi için Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 473 sayı nolu, 10/11/2023 tarihli etik kurul onayı alındı (EK-5). Araştırma verilerini toplamadan önce; araştırma grubu seçim kriterlerine uyan hemşirelere araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak araştırmaya ilişkin soruları yanıtlandıktan sonra yazılı rızaları alınarak “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi (EK-6)” yerine getirildi. Araştırmada kullanılacak olan ölçekler için yazılı izinler alınmıştır (Ek-7).

3.11. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Çalışmaya katılmaya istekli olmak
- Hemşire olmak
- Depremi yaşamış ve sonrası süreçte aktif çalışıyor olmak.

3.12. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Hemşirelik mesleği dışındaki diğer meslek gruplarından birine dahil olmak
- Veri toplama sürecinde izinli veya çalışmıyor olmak

4. BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. *Katılımcıların sosyodemografik özellikleri*

		n	%		
Cinsiyet	Kadın	189	74.7		
	Erkek	64	25.3		
Medeni Durum	Bekâr	125	49.4		
	Evli	123	48.6		
	Diğer	5	2.0		
Eğitim Durumu	Lise	11	4.3		
	Ön Lisans	25	9.9		
	Lisans	192	75.9		
	Yüksek Lisans	25	9.9		
Yaşanılan Yer	Köy	13	5.1		
	İlçe merkezi	18	7.1		
	İl merkezi	222	87.7		
Çocuk Durumu	Evet	112	44.3		
	Hayır	141	55.7		
Çocuk Sayısı	1	37	33.0		
	2	55	49.1		
	3	16	14.3		
	4	4	3.6		
Bakmakla Yükümlü Olunan Birinin Varlığı	Evet	40	15.8		
	Hayır	213	84.2		
Çalışma Süresi	0-1 yıl arası	79	31.2		
	2-3 yıl arası	9	3.6		
	4-5 yıl arası	13	5.1		
	6-10 yıl arası	56	22.1		
	11- 20 yıl arası	68	26.9		
	20 yıldan daha fazla	28	11.1		
Çalışılan Bölüm	Yoğun Bakım	59	23.3		
	Acil Servis	90	35.6		
	Ameliyathane	12	4.7		
	Servisler	72	28.5		
	Diğer(Sterilizasyon Ünitesi, İdari Birimler)	20	7.9		
Çalışılan Pozisyon	Hemşire	234	92.5		
	Sorumlu hemşire	19	7.5		
Çalışma Vardiyası	08:00-16:00	65	25.7		
	08:00-24:00	26	10.3		
	08:00-08:00	162	64.0		
Depremde Evini Kaybetme	Evet	49	19.4		
	Hayır	204	80.6		
Şu an Barınılan Yer	Kendi Evim	118	46.6		
	Kira	106	41.9		
	Konteyner	10	4.0		
	Diğer (Yakınının Evi, Pansiyon)	19	7.5		
Depremde Aileden Birini Kaybetme	Evet	14	5.5		
	Hayır	239	94.5		
Kimi Kaybettiği	Baba	1	7.1		
	Kardeş	1	7.1		
	Diğer (Teyze, Hala, Amca, Kuzen)	12	85.7		
Deprem Sonrası Psikolojik Destek Alma	Evet	11	4.3		
	Hayır	242	95.7		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	253	22.00	56.00	31.79	7.81

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi katılımcıların %74.7’si kadındır, %49.4’ü bekârdır, %75.9’u lisans mezunu ve %87.7’si il merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıların %55.7’sinin çocuğu yoktur, %49.1’inin iki çocuğu vardır, %84.2’sinin bakmakla yükümlüğü olduğu kimse yoktur ve %31.2’sinin çalışma süresi 0-1 yıl arasındadır. Katılımcıların %35.6’sı acil serviste çalışmaktadır, %92.5’i hemşire pozisyonunda çalışmaktadır, %64’ünün çalışma vardiyası 08:00-08:00’dır ve %80.6’sı depremde evini kaybetmemiştir. Katılımcıların %46.6’sı kendi evinde barınmaktadır, %94.5’i depremde aileden birini kaybetmemiştir, depremde aile bireylerinden en az birini kaybeden kişilerin %85.7’si depremde diğer (Teyze, Hala, Amca, Kuzen) yakınlarından birini kaybetmiştir ve %95.7’si deprem sonrası psikolojik destek almamıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 31.79 ± 7.81 ’dir.

Çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Çalışmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Davranış Problemleri	253	4.00	20.00	8.82	3.20
Heyecansal Sınırlılık	253	5.00	25.00	12.13	5.37
Duyuşsal	253	4.00	20.00	10.73	3.45
Bilişsel Yapılandırma	253	4.00	20.00	13.11	4.55
Uyku Problemleri	253	3.00	15.00	7.44	3.71
Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği	253	20.00	100.00	52.24	16.68
Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği- Kısa Form	253	4.00	27.00	18.74	4.50
Güvence	253	1.00	6.00	5.22	0.73
Bilgi-Beceri	253	1.00	6.00	5.47	0.63
Saygılı Olma	253	1.00	6.00	5.13	0.77
Bağlılık	253	1.00	6.00	5.01	0.85
Bakım Davranışları Ölçeği-24	253	1.00	6.00	5.20	0.69

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi katılımcılar Davranış Problemleri alt boyutundan 8.82 ± 3.20 , Heyecansal Sınırlılık alt boyutundan 12.13 ± 5.37 , Duyuşsal alt boyutundan 10.73 ± 3.45 , Bilişsel Yapılandırma alt boyutundan 13.11 ± 4.55 , Uyku Problemleri alt boyutundan 7.44 ± 3.71 ve Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği toplamından 52.24 ± 16.68 puan almışlardır.

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi katılımcılar Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplamından 18.74 ± 4.50 puan almışlardır.

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi katılımcılar Güvence alt boyutundan 5.22 ± 0.73 , Bilgi-Beceri alt boyutundan 5.47 ± 0.63 , Saygılı Olma alt boyutundan 5.13 ± 0.77 , Bağlılık alt

boyutundan 5.01 ± 0.85 ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplamından 5.20 ± 0.69 puan almışlardır.

Sosyodemografik özelliklere göre Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunulmuştur.



Tablo 4.3. Sosyodemografik özelliklere göre deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması

		n	Davranış Problemleri		Heyecansal Sınırlılık		Duyuşsal		Bilişsel Yapılandırma		Uyku Problemleri		DSTDBÖ	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	189	9.08	3.16	12.72	5.53	11.04	3.54	13.77	4.34	7.78	3.83	54.39	16.74
	Erkek	64	8.05	3.18	10.39	4.47	9.83	3.03	11.19	4.62	6.44	3.17	45.89	14.89
	Test ve Önemlilik		t=2.264 p=0.024		t=3.380 p=0.001		t=2.443 p=0.015		t=4.041 p=0.000		t=2.780 p=0.006		t=3.607 p=0.000	
Medeni Durum	Bekar	125	8.38	3.23	10.95	4.99	10.09	3.36	11.99	4.44	6.67	3.44	48.08	15.59
	Evli	123	9.24	3.15	13.35	5.46	11.42	3.42	14.35	4.33	8.25	3.82	56.62	16.58
	Diğer	5	9.60	2.30	11.60	7.09	9.80	4.02	10.80	5.26	6.80	4.15	48.60	21.22
Test ve Önemlilik		F=2.466 p=0.087		F=6.463 p=0.002		F=4.964 p=0.008		F=9.610 p=0.000		F=5.915 p=0.003		F=8.753 p=0.003		
Eğitim Durumu	Lise	11	8.82	3.16	9.82	5.00	10.73	3.74	12.55	5.35	8.18	4.40	50.09	18.88
	Ön Lisans	25	8.68	3.04	12.16	5.44	10.48	3.68	13.60	5.25	7.92	4.33	52.84	18.55
	Lisans	192	8.89	3.22	12.22	5.39	10.85	3.49	13.18	4.40	7.43	3.59	52.57	16.38
Yüksek Lisans	25	8.48	3.34	12.40	5.45	10.08	2.90	12.36	4.76	6.76	3.78	50.08	16.85	
Test ve Önemlilik		F=0.136 p=0.939		F=0.717 p=0.543		F=0.412 p=0.745		F=0.393 p=0.758		F=0.563 p=0.640		F=0.234 p=0.873		
Yaşanılan Yer	Köy	13	8.38	3.01	13.92	6.41	11.62	4.44	13.38	5.38	7.62	3.80	54.92	19.44
	İlçe merkezi	18	8.00	2.70	12.50	5.90	11.11	3.88	13.00	4.73	6.72	4.27	51.33	17.63
	İl merkezi	222	8.91	3.24	12.00	5.27	10.65	3.36	13.11	4.50	7.49	3.67	52.16	16.50
Test ve Önemlilik		F=0.809 p=0.446		F=0.835 p=0.435		F=0.596 p=0.552		F=0.029 p=0.972		F=0.370 p=0.691		F=0.196 p=0.822		
Çocuk Olma	Sahibi Evet	112	9.03	3.24	13.23	5.51	11.19	3.43	14.20	4.52	8.37	3.82	56.01	17.00
	Hayır	141	8.66	3.16	11.26	5.11	10.37	3.45	12.26	4.40	6.71	3.46	49.25	15.85
	Test ve Önemlilik		t=0.908 p=0.365		t=2.950 p=0.003		t=1.882 p=0.061		t=3.445 p=0.001		t=3.610 p=0.000		t=3.263 p=0.001	
Çocuk Sayısı	1	37	8.97	3.35	11.81	5.32	10.57	3.57	13.22	4.35	7.46	3.21	52.03	15.99
	2	55	9.25	3.01	14.07	5.42	11.73	3.20	14.82	4.14	8.84	3.99	58.71	16.02
	3	16	9.13	3.88	13.81	6.07	11.25	3.71	15.13	5.40	9.44	4.18	58.75	20.54
4	4	6.00	1.63	12.50	5.74	9.25	3.59	11.00	6.16	6.00	3.83	44.75	19.09	
Test ve Önemlilik		F=1.270 p=0.288		F=1.340 p=0.265		F=1.297 p=0.279		F=1.859 p=0.141		F=1.950 p=0.126		F=1.908 p=0.133		
Bakmakla Yükümlü Olunan Birinin Varlığı	Evet	40	9.20	2.94	13.15	5.46	11.25	3.83	13.88	4.40	7.63	4.12	55.10	17.62
	Hayır	213	8.75	3.24	11.94	5.35	10.63	3.38	12.97	4.57	7.41	3.64	51.70	16.48
	Test ve Önemlilik		t=0.815 p=0.416		t=1.309 p=0.192		t=1.035 p=0.302		t=1.153 p=0.250		t=0.338 p=0.736		t=1.183 p=0.238	

Tablo 4.3. (Devam) *Sosyodemografik özelliklere göre deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması*

Çalışma Süresi	0-1 yıl arası	79	8.32	3.40	10.56	5.04	10.04	3.10	12.09	4.27	6.57	3.10	47.57	15.49
	2-3 yıl arası	9	8.78	4.44	11.78	6.50	9.44	3.75	9.67	4.56	5.89	3.06	45.56	17.83
	4-5 yıl arası	13	8.46	2.90	9.38	4.25	8.69	3.17	10.69	4.70	5.00	2.83	42.23	15.15
	6-10 yıl arası	56	9.75	2.78	13.29	5.30	10.98	3.73	13.63	4.32	8.05	3.69	55.70	16.27
	11- 20 yıl arası	68	9.01	3.14	13.44	5.34	11.38	3.46	14.15	4.51	8.28	4.23	56.26	17.19
	20 yıldan daha fazla	28	8.11	2.99	12.46	5.43	11.96	3.17	14.71	4.49	8.29	3.63	55.54	15.18
	Test ve Önemlilik		F=1.728 p=0.129	F=3.561 p=0.004	F=3.179 p=0.008	F=4.390 p=0.001	F=3.798 p=0.002	F=4.208 p=0.001						
Çalışılan Bölüm	Yoğun Bakım	59	8.56	3.06	12.08	6.20	10.86	3.74	12.20	4.48	7.29	4.09	51.00	18.28
	Acil Servis	90	8.44	3.42	11.82	5.34	10.51	3.19	12.88	4.51	7.00	3.42	50.66	16.06
	Ameliyathane	12	9.83	3.04	13.92	3.03	11.58	2.43	15.58	3.03	8.42	3.32	59.33	9.94
	Servisler	72	9.15	3.11	12.49	4.88	11.19	3.35	13.96	4.39	7.82	3.64	54.61	15.88
	Diğer (Sterilizasyon Ünitesi, İdari Birimler)	20	9.50	2.89	11.30	5.84	9.15	4.26	12.35	5.50	7.95	4.36	50.25	19.66
	Test ve Önemlilik		F=1.135 p=0.341	F=0.601 p=0.662	F=1.685 p=0.154	F=2.348 p=0.055	F=0.829 p=0.508	F=1.268 p=0.283						
Çalışılan Pozisyon	Hemşire	234	8.78	3.21	12.03	5.38	10.68	3.55	13.02	4.62	7.31	3.67	51.83	16.87
	Sorumlu hemşire	19	9.32	2.98	13.32	5.35	11.32	1.97	14.32	3.37	9.05	3.89	57.32	13.41
	Test ve Önemlilik		t=-0.700 p=0.485	t=-1.000 p=0.318	t=-1.243 p=0.224	t=-1.566 p=0.131	t=-1.977 p=0.049	t=-1.382 p=0.168						
Çalışma Vardiyası	08:00-16:00	65	9.18	2.90	12.00	4.55	10.54	3.47	13.26	4.33	7.71	3.73	52.69	14.94
	08:00-24:00	26	8.92	3.98	12.38	6.18	10.85	3.32	12.50	4.16	7.38	3.60	52.04	18.06
	08:00-08:00	162	8.66	3.18	12.14	5.57	10.79	3.49	13.15	4.71	7.35	3.74	52.09	17.20
	Test ve Önemlilik		F=0.637 p=0.530	F=0.048 p=0.953	F=0.138 p=0.871	F=0.276 p=0.759	F=0.223 p=0.800	F=0.032 p=0.969						
Depremde Evini Kaybetme	Evet	49	8.80	2.84	12.65	5.23	11.41	3.92	13.47	4.70	6.90	3.38	53.22	15.32
	Hayır	204	8.83	3.28	12.00	5.41	10.57	3.32	13.03	4.52	7.57	3.78	52.00	17.01
	Test ve Önemlilik		t=-0.064 p=0.949	t=0.757 p=0.450	t=1.532 p=0.127	t=0.607 p=0.544	t=-1.145 p=0.253	t=0.459 p=0.647						
Şu an Barınılan Yer	Kendi Evim	118	8.69	3.13	12.06	5.22	10.80	3.18	13.19	4.26	7.36	3.56	52.08	15.22
	Kira	106	9.13	3.23	12.09	5.71	10.85	3.75	13.00	4.75	7.63	3.89	52.71	18.37
	Konteyner	10	8.60	4.01	12.50	5.36	10.00	3.56	13.20	5.27	6.50	3.31	50.80	18.53
	Diğer (Yakınının Evi, Pansiyon)	19	8.05	3.01	12.58	4.73	10.05	3.47	13.26	5.06	7.42	4.03	51.37	15.64
	Test ve Önemlilik		F=0.785 p=0.503	F=0.068 p=0.977	F=0.446 p=0.720	F=0.040 p=0.989	F=0.326 p=0.807	F=0.073 p=0.975						

Tablo 4.3. (Devam) *Sosyodemografik özelliklere göre deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması*

Depremde Aileden Birini Kaybetme	Evet	14	9.57	4.16	16.29	5.80	12.50	3.76	13.71	4.79	7.79	3.79	59.86	19.24
	Hayır	239	8.78	3.14	11.89	5.26	10.63	3.42	13.08	4.54	7.42	3.71	51.80	16.45
Test ve Önemlilik			t=0.902 p=0.368		t=3.024 p= 0.003		t=1.982 p= 0.049		t=0.507 p=0.613		t=0.355 p=0.723		t=1.765 p=0.079	
Kaybedilen Kişi	Baba	1	4.00	.	5.00	.	9.00	.	6.00	.	4.00	.	28.00	.
	Kardeş	1	4.00	.	12.00	.	10.00	.	6.00	.	3.00	.	35.00	.
	Diğer (Teyze, Hala, Amca, Kuzen)	12	10.50	3.73	17.58	4.96	13.00	3.84	15.00	3.81	8.50	3.61	64.58	16.27
	Test ve Önemlilik		F=2.604 p=0.119		F=3.369 p=0.072		F=0.730 p=0.504		F=4.773 p= 0.032		F=1.668 p=0.233		F=3.591 p=0.063	
Deprem Sonrası Psikolojik Destek Alma	Evet	11	10.36	3.38	13.45	6.01	11.64	1.91	14.73	3.80	8.82	4.35	59.00	14.90
	Hayır	242	8.75	3.18	12.07	5.35	10.69	3.51	13.04	4.57	7.38	3.68	51.93	16.72
Test ve Önemlilik			t=1.641 p=0.102		t=0.835 p=0.405		t=0.888 p=0.375		t=1.204 p=0.230		t=1.258 p=0.210		t=1.377 p=0.170	

Davranış Problemleri alt boyutu;

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi cinsiyete göre Davranış Problemleri alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların puan ortalaması daha yüksektir. Medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışma süresi, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Davranış Problemleri alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Heyecansal Sınırlılık alt boyutu;

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, çocuk sahip olma, çalışma süresi ve depremde aileden birini kaybetme durumuna göre Heyecansal Sınırlılık alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların, çocuğu olanların ve depremde aileden birini kaybedenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); evlilerin puanlarının, bekârlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); 0-1 yıldır çalışanların puanlarının, 6-10 yıl ve 11-20 yıl çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi eğitim durumu, yaşanılan yer, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Heyecansal Sınırlılık alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Duyuşsal alt boyutu;

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi ve depremde aileden birini kaybetme durumuna göre Duyuşsal alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların ve depremde aileden birini kaybedenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); evlilerin puanlarının, bekarlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); 4-5 yıldır çalışanların puanlarının, 6-10 yıl, 11-20 yıl ve 20 yıldan fazla süredir çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi eğitim durumu, yaşanılan yer, çocuk durumu, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Duyuşsal alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bilişsel Yapılandırma alt boyutu;

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, çalışma süresi ve kimi kaybettiği durumuna göre Bilişsel Yapılandırma alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların, çocuğu olanların ve kaybedilen kişiye göre tablo incelendiğinde, diğer kişileri kaybedenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); evlilerin puanlarının, bekârlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); 4-5 yıldır çalışanların puanlarının, 6-10 yıl, 11-20 yıl ve 20 yıldan fazla süredir çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi eğitim durumu, yaşanılan yer, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Bilişsel Yapılandırma alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Uyku Problemleri alt boyutu;

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, çalışma süresi ve çalışılan pozisyon durumuna göre Uyku Problemleri alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların, çocuğu olanların ve sorumlu hemşire olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); evlilerin puanlarının, bekârlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); 4-5 yıldır çalışanların puanlarının, 6-10 yıl, 11-20 yıl ve 20 yıldan fazla süredir çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi eğitim durumu, yaşanan yer, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışılan bölüm, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Uyku Problemleri alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği toplamı;

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu ve çalışma süresine göre Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların ve çocuğu olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); evlilerin puanlarının, bekârlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma süresine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); 4-5 yıldır çalışanların puanlarının, 6-10 yıl, 11-20 yıl ve 20 yıldan fazla süredir çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi eğitim durumu, yaşanan yer, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Sosyodemografik özelliklere göre Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunulmuştur.

Tablo 4.4. *Sosyodemografik özelliklere göre psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği-kısa form puanlarının karşılaştırılması*

		n	Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	189	19.56	4.05	t=4.783	0.000
	Erkek	64	16.31	4.90		
Medeni Durum	Bekâr	125	18.17	4.42	F=2.707	0.069
	Evli	123	19.39	4.36		
	Diğer	5	17.00	7.91		
Eğitim Durumu	Lise	11	18.45	5.34	F=1.751	0.157
	Ön Lisans	25	16.84	5.06		
	Lisans	192	19.01	4.39		
	Yüksek Lisans	25	18.68	4.11		

Tablo 4.4. (Devam) *Sosyodemografik özelliklere göre psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği-kısa form puanlarının karşılaştırılması*

Yaşanılan Yer	Köy	13	16.23	4.95	F=2.689	0.070
	İlçe merkezi	18	17.83	5.99		
	İl merkezi	222	18.96	4.30		
Çocuk Sahibi Olma	Evet	112	19.21	4.42	t=1.473	0.142
	Hayır	141	18.37	4.54		
Çocuk Sayısı	1	37	19.03	4.69	F=1.002	0.395
	2	55	19.76	4.38		
	3	16	17.63	3.84		
	4	4	19.50	4.36		
Bakmakla Yükümlü Olunan Birinin Varlığı	Evet	40	18.53	4.48	t=-0.328	0.743
	Hayır	213	18.78	4.51		
Çalışma Süresi	0-1 yıl arası	79	18.49	4.45	F=1.617	0.156
	2-3 yıl arası	9	18.89	1.96		
	4-5 yıl arası	13	18.62	6.14		
	6-10 yıl arası	56	19.02	4.30		
	11- 20 yıl arası	68	19.59	4.24		
	20 yıldan daha fazla	28	16.82	5.05		
Çalışılan Bölüm	Yoğun Bakım	59	18.86	5.13	F=2.604	0.037
	Acil Servis	90	17.69	4.52		
	Ameliyathane	12	20.08	4.03		
	Servisler	72	19.81	3.83		
	Diğer (Sterilizasyon Ünitesi, İdari Birimler)	20	18.45	4.12		
Çalışılan Pozisyon	Hemşire	234	18.76	4.59	t=0.214	0.831
	Sorumlu hemşire	19	18.53	3.29		
Çalışma Vardiyası	08:00-16:00	65	18.91	3.76	F=0.201	0.818
	08:00-24:00	26	19.12	5.88		
	08:00-08:00	162	18.61	4.54		
Depremde Evini Kaybetme	Evet	49	18.29	4.56	t=-0.785	0.433
	Hayır	204	18.85	4.49		
Şu an Barınılan Yer	Kendi Evim	118	18.91	4.30	F=1.830	0.142
	Kira	106	19.00	4.26		
	Konteyner	10	18.30	3.40		
	Diğer (Yakınının Evi, Pansiyon)	19	16.47	6.73		
Depremde Aileden Birini Kaybetme	Evet	14	18.36	6.31	t=-0.326	0.744
	Hayır	239	18.76	4.39		
Kaybedilen Kişi	Baba	1	10.00	.	F=1.081	0.373
	Kardeş	1	16.00	.		
	Diğer (Teyze, Hala, Amca, Kuzen)	12	19.25	6.27		
Deprem Sonrası Psikolojik Destek Alma	Evet	11	20.64	4.59	t=1.434	0.153
	Hayır	242	18.65	4.48		

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi cinsiyet ve çalışılan bölüme göre Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların puan ortalaması daha yüksektir.

Çalışılan bölüme göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); acil serviste çalışanların puanlarının, servislerde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yer, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışma süresi, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme, kaybedilen kişi ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Sosyodemografik özelliklere göre Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Sosyodemografik özelliklere göre bakım davranışları ölçeği-24 ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması

		n	Güvence		Bilgi-Beceri		Saygılı Olma		Bağlılık		Bakım Davranışları Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	189	5.27	0.72	5.49	0.62	5,18	0.77	5.07	0.85	5.25	0.69
	Erkek	64	5.09	0.76	5.40	0.67	4.96	0.76	4.81	0.81	5.07	0.70
	Test ve Önemlilik		t=1.646 p=0.101		t=1.001 p=0.318		t=1.955 p=0.052		t=2.116 p= 0.035		t=1.841 p=0.067	
Medeni Durum	Bekâr	125	5.23	0.71	5.41	0.68	5.14	0.79	5.02	0.87	5.20	0.72
	Evli	123	5.21	0.72	5.53	0.60	5.11	0.77	5.00	0.84	5.21	0.68
	Diğer	5	5.55	0.66	5.64	0.30	5.33	0.70	5.20	0.75	5.44	0.56
Test ve Önemlilik		F=0.511 p=0.600		F=1.255 p=0.287		F=0.226 p=0.798		F=0.140 p=0.870		F=0.290 p=0.749		
Eğitim Durumu	Lise	11	5.62	0.39	5.73	0.40	5.47	0.61	5.40	0.61	5.56	0.43
	Ön Lisans	25	5.28	0.79	5.35	0.71	5.14	0.83	4.94	0.93	5.19	0.78
	Lisans	192	5.20	0.73	5.47	0.63	5.12	0.77	5.00	0.85	5.19	0.68
	Yüksek Lisans	25	5.18	0.81	5.54	0.72	5.04	0.86	5.00	0.87	5.18	0.77
	Test ve Önemlilik		F=1.231 p=0.299		F=0.993 p=0.397		F=0.818 p=0.485		F=0.841 p=0.473		F=0.986 p=0.400	
Yaşanılan Yer	Köy	13	5.13	0.70	5.56	0.43	5.10	0.61	5.02	0.61	5.19	0.57
	İlçe merkezi	18	5.45	0.67	5.60	0.65	5.32	0.66	5.20	0.65	5.43	0.56
	İl merkezi	222	5.22	0.74	5.46	0.65	5.12	0.79	5.00	0.88	5.19	0.71
	Test ve Önemlilik		F=0.918 p=0.401		F=0.503 p=0.605		F=0.540 p=0.584		F=0.475 p=0.622		F=0.684 p=0.506	
Çocuk Durumu	Evet	112	5.21	0.72	5.55	0.55	5.14	0.73	5.02	0.76	5.23	0.64
	Hayır	141	5.24	0.75	5.42	0.70	5.13	0.81	5.00	0.92	5.20	0.74
	Test ve Önemlilik		t=-0.281 p=0.779		t=1.721 p=0.087		t=0.148 p=0.882		t=0.159 p=0.874		t=0.328 p=0.743	
Çocuk Sayısı	1	37	5.37	0.60	5.72	0.35	5.30	0.66	5.17	0.71	5.38	0.53
	2	55	5.13	0.75	5.47	0.59	5.04	0.78	4.95	0.79	5.14	0.68
	3	16	5.10	0.85	5.53	0.62	5.16	0.73	5.08	0.80	5.20	0.72
	4	4	5.34	0.83	5.25	0.82	5.00	0.68	4.50	0.48	5.06	0.61
	Test ve Önemlilik		F=1.010 p=0.391		F=2.095 p=0.105		F=1.027 p=0.384		F=1.306 p=0.276		F=1.211 p=0.309	

Tablo 4.5. (Devam) Sosyodemografik özelliklere göre bakım davranışları ölçeği-24 ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması

Bakmakla Yüklümlü Olunan Birinin Varlığı	Evet	40	5.32	0.63	5.47	0.64	31.23	4.36	25.48	3.61	5.27	0.63
	Hayır	213	5.21	0.75	5.48	0.64	30.71	4.72	24.98	4.37	5.20	0.71
Test ve Önemlilik			t=0.854 p=0.394	t=-0.109 p=0.913	t=0.642 p=0.521	t=0.673 p=0.501	t=0.644 p=0.520					
Çalışma Süresi	0-1 yıl arası	79	5.28	0.70	5.37	0.72	5.18	0.74	5.08	0.80	5.24	0.67
	2-3 yıl arası	9	5.58	0.51	5.69	0.52	5.50	0.57	5.44	0.77	5.56	0.53
	4-5 yıl arası	13	5.24	0.70	5.63	0.51	5.12	0.77	5.08	0.74	5.25	0.65
	6-10 yıl arası	56	5.22	0.75	5.54	0.55	5.14	0.76	5.01	0.84	5.23	0.66
	11- 20 yıl arası	68	5.09	0.76	5.46	0.66	5.02	0.88	4.84	0.97	5.09	0.78
	20 yıldan daha fazla	28	5.30	0.80	5.53	0.60	5.15	0.73	5.09	0.76	5.26	0.68
	Test ve Önemlilik		F=1.039 p=0.395	F=0.930 p=0.462	F=0.781 p=0.564	F=1.204 p=0.308	F=0.914 p=0.473					
Çalışılan Bölüm	Yoğun Bakım	59	5.35	0.57	5.45	0.62	5.30	0.59	5.18	0.65	5.32	0.56
	Acil Servis	90	5.07	0.80	5.45	0.67	4.94	0.86	4.81	0.92	5.06	0.75
	Ameliyathane	12	5.26	0.45	5.37	0.49	5.18	0.33	4.97	0.68	5.20	0.41
	Servisler	72	5.33	0.70	5.57	0.59	5.28	0.76	5.16	0.85	5.33	0.68
	Diğer (Sterilizasyon Ünitesi, İdari Birimler)	20	5.18	0.99	5.37	0.77	4.95	0.95	4.93	1.01	5.10	0.89
	Test ve Önemlilik		F=1.865 p=0.117	F=0.693 p=0.597	F=3.101 p=0.016	F=2.452 p=0.047	F=2.045 p=0.089					
Çalışılan Pozisyon	Hemşire	234	5.25	0.72	5.49	0.62	5.15	0.77	5.03	0.84	5.23	0.67
	Sorumlu hemşire	19	4.91	0.90	5.31	0.82	4.86	0.84	4.74	0.92	4.93	0.87
	Test ve Önemlilik		t=1.945 p=0.053	t=0.954 p=0.352	t=1.594 p=0.112	t=1.469 p=0.143	t=1.846 p=0.066					
Çalışma Vardiyası	08:00-16:00	65	5.28	0.78	5.51	0.67	5.21	0.76	5.14	0.86	5.28	0.73
	08:00-24:00	26	5.21	0.71	5.32	0.74	4.98	0.94	4.85	1.09	5.10	0.80
	08:00-08:00	162	5.21	0.72	5.49	0.61	5.12	0.76	4.99	0.80	5.20	0.66
	Test ve Önemlilik		F=0.227 p=0.797	F=0.945 p=0.390	F=0.791 p=0.454	F=1.202 p=0.302	F=0.628 p=0.535					
Depremde Evini Kaybetme	Evet	49	5.27	0.70	5.57	0.57	5.24	0.70	5.18	0.73	5.31	0.64
	Hayır	204	5.22	0.74	5.45	0.65	5.11	0.79	4.97	0.87	5.18	0.71
	Test ve Önemlilik		t=0.398 p=0.691	t=1.180 p=0.239	t=1.068 p=0.286	t=1.580 p=0.115	t=1.082 p=0.280					

Tablo 4.5. (Devam) Sosyodemografik özelliklere göre bakım davranışları ölçeği-24 ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması

Şu an Barınılan Yer	Kendi Evim	118	5.19	0.76	5.43	0.67	5.08	0.80	4.97	0.88	5.16	0.72
	Kira	106	5.26	0.70	5.49	0.62	5.15	0.75	5.01	0.81	5.23	0.66
	Konteyner	10	5.23	0.80	5.44	0.73	5.42	0.80	5.26	0.86	5.32	0.77
	Diğer (Yakınının Evi, Pansiyon)	19	5.30	0.77	5.71	0.43	5.21	0.78	5.11	0.94	5.32	0.70
	Test ve Önemlilik			F=0.259 p=0.855		F=1.105 p=0.348		F=0.711 p=0.546		F=0.433 p=0.730		F=0.467 p=0.705
Depremde Aileden Birini Kaybetme	Evet	14	5.30	0.93	5.56	0.73	5.19	0.85	5.06	0.84	5.28	0.81
	Hayır	239	5.22	0.72	5.47	0.63	5.13	0.77	5.01	0.85	5.21	0.69
	Test ve Önemlilik			t=0.397 p=0.692		t=0.495 p=0.621		t=0.291 p=0.772		t=0.205 p=0.838		t=0.375 p=0.078
Kimi Kaybettiği	Baba	1	3.88	.	5.60	.	4.50	.	4.40	.	4.50	.
	Kardeş	1	6.00	.	6.00	.	6.00	.	5.60	.	5.92	.
	Diğer (Teyze, Hala, Amca, Kuzen)	12	5.36	0.88	5.52	0.78	5.18	0.86	5.07	0.88	5.29	0.82
	Test ve Önemlilik			F=1.654 p=0.235		F=0.179 p=0.838		F=0.766 p=0.488		F=0.470 p=0.637		F=0.751 p=0.495
Deprem Sonrası Psikolojik Destek Alma	Evet	11	5.55	0.64	5.51	-	5.29	0.69	5.18	0.73	5.40	0.65
	Hayır	242	5.21	0.74	5.47	0.64	5.13	0.78	5.00	0.86	5.20	0.70
	Test ve Önemlilik			t=1.471 p=0.143		t=0.181 p=0.857		t=0.681 p=0.496		t=0.677 p=0.499		t=0.922 p=0.357

Güvence alt boyutu;

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, çocuk durumu, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışma süresi, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Güvence alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bilgi-Beceri alt boyutu;

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, çocuk durumu, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışma süresi, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Bilgi-Beceri alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Saygılı Olma alt boyutu;

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi çalışılan bölüme göre Saygılı Olma alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Çalışılan bölüme göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); acil serviste çalışanların puanlarının, yoğun bakım ve servislerde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, çocuk durumu, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışma süresi, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Saygılı Olma alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bağlılık alt boyutu;

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi cinsiyet ve çalışılan bölüme göre Bağlılık alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınların puan ortalaması daha yüksektir.

Çalışılan bölüme göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan iler analizde (LSD); acil serviste çalışanların puanlarının, yoğun bakım ve servislerde çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, çocuk durumu, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışma süresi, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Bağlılık alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplamı:

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, çocuk durumu, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışma süresi, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği-kısa form ve bakım davranışları ölçeği-24 arasındaki ilişkinin incelenmesi

Spearman Korelasyon Analizi (N=253)													
		DSTDBÖ					BDÖ						
Ölçekler		Davranış Problemleri	Heyecansal Sınırlılık	Duyuşsal	Bilişsel Yapılandırma	Uyku Problemleri	DSTDBÖ	PYAİTÖ	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	BDÖ
DSTDBÖ	Davranış Problemleri	r	1	0.645**	0.460**	0.570**	0.568**	0.776**	0.222**	-0.031	-0.049	-0.033	-0.035
		p		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.620	0.440	0.605	0.528
	Heyecansal Sınırlılık	r	1	0.614**	0.652**	0.587**	0.881**	0.241**	-0.031	-0.040	-0.022	0.002	-0.025
		p		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.621	0.531	0.727	0.976	0.694
	Duyuşsal	r		1	0.632**	0.441**	0.763**	0.217**	-0.008	-0.015	-0.010	0.021	-0.005
		p			0.000	0.000	0.000	0.001	0.901	0.817	0.869	0.742	0.937
	Bilişsel Yapılandırma	r			1	0.625**	0.862**	0.293**	-0.046	0.020	-0.015	0.011	-0.013
		p				0.000	0.000	0.000	0.463	0.751	0.815	0.865	0.832
	Uyku Problemleri	r				1	0.782**	0.121	-0.015	-0.060	0.009	0.013	-0.011
		p					0.000	0.054	0.815	0.343	0.889	0.832	0.868
BDÖ	DSTDBÖ	r					1	0.272**	-0.034	-0.033	-0.018	0.004	-0.023
		p						0.000	0.595	0.602	0.781	0.949	0.720
	PYAİTÖ	r						1	0.098	0.044	0.180**	0.119	0.126*
		p							0.122	0.483	0.004	0.059	0.046
	Güvence	r							1	0.715**	0.848**	0.814**	0.941**
		p								0.000	0.000	0.000	0.000
	Bilgi-Beceri	r								1	0.687**	0.674**	0.813**
		p									0.000	0.000	0.000
	Saygılı Olma	r									1	0.927**	0.953**
		p										0.000	0.000
BDÖ	Bağlılık	r										1	0.936**
		p											0.000
BDÖ		r											1
		p											

*p<0.05, **p<0.001

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi **Davranış Problemleri** alt boyut puanı ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Davranış Problemleri alt boyut puanı arttıkça Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı da artmaktadır. Davranış Problemleri alt boyut puanı ile Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık alt boyutları ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi **Heyecansal Sınırlılık** alt boyut puanı ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Heyecansal Sınırlılık alt boyut puanı arttıkça Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form toplam puanı da artmaktadır. Heyecansal Sınırlılık alt boyut puanı ile Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık alt boyutları ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi **Duyuşsal** alt boyut puanı ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Duyuşsal alt boyut puanı arttıkça Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı da artmaktadır. Duyuşsal alt boyut puanı ile Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık alt boyutları ve Bakım Davranışları Ölçeği- 24 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi **Bilişsel Yapılandırma** alt boyut puanı ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Bilişsel Yapılandırma alt boyut puanı arttıkça Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı da artmaktadır. Bilişsel Yapılandırma alt boyut puanı ile Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık alt boyutları ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi **Uyku Problemleri** alt boyut puanı ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı, Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık alt boyutları ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6 görüldüğü gibi **Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği** toplam puanı ile Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı, Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık alt boyutları ve Bakım Davranışları Ölçeği - 24 toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi **Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form** toplam puanı ile Saygılı Olma alt boyut ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı arttıkça Saygılı Olma alt boyut ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanı da artmaktadır. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form toplam puanı ile Güvence, Bilgi-Beceri ve Bağlılık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği ve Bakım Davranışları Ölçeğine İlişkin Regresyon Analizleri

Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçek puanının, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa form ve Bakım Davranışları-24 Ölçek puanına etkisini gösterir regresyon analizi Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. *Deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeğinin, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği-kısa form ve bakım davranışları-24 ölçek puanı üzerindeki etkisi*

Bağımsız değişken	Bağımlı değişken	B	Std. Hata	(β)	t	P	R	R ²	F	p	
Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği	Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği	0.073	0.016	0.272	4.475	>0.001	0.272	0.074	20.027	>0.001	
	Bakım Davranışları Ölçeği	Güvence	-0.001	0.003	-0.034	-0.532	0.595	0.34	0.001	0.284	0.595
		Bilgi-Beceri	-0.001	0.002	-0.033	-0.522	0.602	0.33	0.001	0.273	0.602
		Saygılı Olma	-0.001	0.003	-0.018	-0.279	0.781	0.018	0.000	0.078	0.781
		Bağlılık	0.000	0.003	0.004	0.064	0.949	0.004	0.000	0.004	0.949
	Bakım Davranışları Ölçeği	-0.001	0.003	-0.023	-0.359	0.720	0.023	0.001	0.129	0.720	

Kurulan regresyon modelinde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olduğunda kurulan regresyon modeli anlamlıdır. İlişkiye yönelik yapılan regresyon analize göre; Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçek puanının Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form puanı üzerindeki etkisini ölçen B değeri 0.073’tür. Bu, Deprem Sonrası Travma Düzeyindeki 1 birimlik artışın Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumda

ortalama 0.073 birimlik bir artışa yol açtığını gösterir. R^2 değeri 0.074'tür, yani bağımsız değişken (Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği), bağımlı değişkendeki (Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form) varyansın %7.4'ünü açıklamaktadır. Buna göre Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği $p < 0.05$ olduğundan, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

Anlamlılık düzeyi $p > 0.05$ olduğu için kurulan regresyon modeli anlamlı değildir. İlişkiye yönelik yapılan regresyon analize göre; Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçek puanının Bakım Davranışları Ölçeği-24 puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. B değeri -0.001, t değeri -0.359 ve p değeri 0.720 olarak raporlanmıştır, bu da sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını gösterir ($p > 0.05$).

Güvence Alt Boyutu: Deprem Sonrası Travma Düzeyi'nin Güvence alt boyutu üzerindeki etkisi anlamlı değildir ($B = -0.001$, $p = 0.595$).

Bilgi-Beceri Alt Boyutu: Deprem Sonrası Travma Düzeyi'nin Bilgi-Beceri alt boyutu üzerindeki etkisi anlamlı değildir ($B = -0.001$, $p = 0.602$).

Saygılı Olma Alt Boyutu: Deprem Sonrası Travma Düzeyi'nin Saygılı Olma alt boyutu üzerindeki etkisi anlamlı değildir ($B = -0.001$, $p = 0.781$).

Bağlılık Alt Boyutu: Deprem Sonrası Travma Düzeyi'nin Bağlılık alt boyutu alt boyutu üzerindeki etkisi anlamlı değildir ($B = 0.000$, $p = 0.949$).

Tablo 4.8. Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği-kısa form ölçek puanının bakım davranışları ölçeği-24 puanı üzerindeki etkisi

Bağımsız değişken	Bağımlı değişken	B	Std. Hata	(β)	t	P	R	R^2	F	p
Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği	Bakım Davranışları Ölçeği	0.019	0.010	0.126	2.007	0.046	0.126	0.016	4.026	0.046
	Güvence	0.016	0.010	0.098	1.553	0.122	0.098	0.010	2.411	0.122
	Bilgi-Beceri	0.006	0.009	0.044	0.702	0.483	0.044	0.002	0.493	0.483
	Saygılı Olma	0.031	0.011	0.180	2.903	0.004	0.180	0.032	8.425	0.004
	Bağlılık	0.023	0.012	0.119	1.900	0.059	0.119	0.014	3.611	0.059

Kurulan regresyon modelinde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olduğunda kurulan regresyon modeli anlamlıdır. İlişkiye yönelik yapılan regresyon analize göre; Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form puanının Bakım Davranışları Ölçeği-24 puanı üzerindeki etkisini ölçen B değeri 0.019'tir. Bu durum psikolojik yardım almaya yönelik tutumundaki 1 puanlık artışın, bakım davranışlarında ortalama 0.019 puanlık bir artışa

neden olacağını gösterir. R^2 değeri 0.016 'tür, yani bağımsız değişken (Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form), bağımlı değişkendeki (Bakım Davranışları Ölçeği-24) varyansın %1.6'ını açıklamaktadır. Buna göre Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğini-Kısa Form $p < 0.05$ olduğundan, Bakım Davranışları Ölçeği-24 puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

Güvence Alt Boyutu: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum'un Güvence alt boyutu üzerindeki etkisi anlamlı değildir. ($B = 0.016$, $p = 0.122$).

Bilgi-Beceri Alt Boyutu: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum'un Bilgi-Beceri alt boyutu üzerindeki etkisi anlamlı değildir. ($B = 0.006$, $p = 0.483$).

Saygılı Olma Alt Boyutu: Kurulan regresyon modelinde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olduğunda kurulan regresyon modeli anlamlıdır. İlişkiye yönelik yapılan regresyon analize göre; Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form puanının Saygılı Olma Alt Boyutu üzerindeki etkisini ölçen B değeri 0.031'tir. Bu durum psikolojik yardım almaya yönelik tutumundaki 1 puanlık artışın, bakım davranışlarında ortalama 0.031 puanlık bir artışa neden olacağını gösterir. R^2 değeri 0.032 'dir, yani bağımsız değişken (Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form), bağımlı değişkendeki (Saygılı Olma Alt Boyutu) varyansın %3.2'ini açıklamaktadır. Buna göre Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form $p < 0.05$ olduğundan, Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Saygılı Olma Alt Boyut puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir.

Bağlılık Alt Boyutu: Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum'un Bağlılık alt boyutu üzerindeki etkisi anlamlı değildir. ($B = 0.023$, $p = 0.059$).

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Araştırmanın istatistiksel analizlerinden elde edilen bulgulara göre;

Sosyodemografik Özellikler:

- Hemşirelerin %74.7'sinin kadın, %49.4'ünün bekâr, %75.9'unun lisans mezunu, %87.7'sinin il merkezinde yaşadığı, %55.7'sinin çocuğunun olmadığı, %84.2'sinin bakmakla yükümlü olduğu kimsenin olmadığı, %31.2'sinin çalışma süresinin 0-1 yıl arasında olduğu, %35.6'sının acil serviste çalıştığı, %92.5'inin hemşire pozisyonunda çalıştığı, %64'ünün çalışma vardiyasının 08:00-08:00 arasında olduğu, %80.6'sının depremde evini kaybetmediği, %46.6'sının kendi evinde barındığı, %94.5'inin depremde aileden birini kaybetmediği, depremde en az bir yakınını kaybedenlerin %85.7'sinin depremde diğer (Teyze, Hala, Amca, Kuzen) yakınlarından birini kaybettiği, %95.7'sinin deprem sonrası psikolojik destek almadığı ve yaş ortalamasının 31.79 ± 7.81 olduğu (Tablo 4.1)

Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği:

- Hemşirelerin Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği puan ortalaması 52.24 ± 16.68 'dir. Davranış Problemleri puan ortalamasının 8.82 ± 3.20 , Heyecansal Sınırlılık puan ortalamasının 12.13 ± 5.37 , Duyuşsal puan ortalamasının 10.73 ± 3.45 , Bilişsel Yapılandırma puan ortalamasının 13.11 ± 4.55 ve Uyku Problemleri puan ortalamasının ise 7.44 ± 3.71 olduğu (Tablo 4.2),
- Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve çalışma süresine göre Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği (DSTDBÖ) puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 4.3) belirlenmiştir.
- Hemşirelerin davranış problemleri puan ortalamalarında cinsiyete göre istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 4.3),
- Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma süresi, depremde birini kaybetmeye göre heyecansal sınırlılık puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p < 0.05$) (Tablo 4.3),

- Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, depremde birini kaybetmeye göre duyuşsal puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.3),
- Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma süresi, kaybedilen kişiye göre bilişsel yapılandırma puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.3),
- Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma süresi, çalışılan pozisyona göre uyku problemleri puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.3),
- Hemşirelerin eğitim durumu, yaşanan yer, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde evini kaybetme, kimi kaybettiğı ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeğı (DSTDBÖ) puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.3)

Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğı-Kısa Form:

- Hemşirelerin Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeğı – Kısa Form puan ortalaması 18.74 ± 4.50 'dir.
- Hemşirelerin medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yer, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışma süresi, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde evini kaybetme, kimi kaybettiğı ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeğı – kısa form puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.4),
- Hemşirelerin cinsiyete göre psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeğı – kısa form puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p>0.05$) (Tablo 4.4)

Bakım Davranışları Ölçeğı-24:

- Hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeğı-24 toplamından 5.20 ± 0.69 puan almışlardır. Ayrıca katılımcı hemşireler Güvence alt boyutundan 5.22 ± 0.73 , Bilgi-Beceri alt boyutundan 5.47 ± 0.63 , Saygılı Olma alt boyutundan 5.13 ± 0.77 , Bağlılık alt boyutundan 5.01 ± 0.85 puan ortalamasının olduğu (Tablo 4.2),

- Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yer, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan birinin varlığı, çalışma süresi, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şuan barınılan yer, depremde evini kaybetme, kimi kaybettiği ve deprem sonrası psikolojik destek alma durumuna göre psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği - kısa form, güvence, bilgi-beceri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.5),
- Hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre saygılı olma ve bağlılık puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.5)

Spearman korelasyon analizi:

- Hemşirelerin davranış problemleri, heyecansal sınırlılık, duyuşsal, bilişsel yapılandırma puan ortalamaları ile psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği-kısa form toplam puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.6)
- Hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği toplam puanı ve davranış problemleri, heyecansal sınırlılık, duyuşsal, bilişsel yapılandırma, uyku problemleri puan ortalamaları ile güvence, bilgi-beceri, saygılı olma, bağlılık puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.6),
- Hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği toplam puanı ve davranış problemleri, heyecansal sınırlılık, duyuşsal, bilişsel yapılandırma, uyku problemleri puan ortalamaları ile bakım davranışları ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.6)
- Hemşirelerin Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form toplam puanı ile Saygılı Olma alt boyut ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 toplam puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.6),
- Hemşirelerin Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği – Kısa Form toplam puanı ile güvence, bilgi-beceri ve bağlılık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.6),

Basit doğrusal regresyon analizleri:

- Hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği toplam puanının bakım davranışları-24 ve bakım davranışları ölçeği alt boyutları toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı ($p > 0.05$) (Tablo 4.7),

- Hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği toplam puanının psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği-kısa form toplam puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu ($B = 0.073$, $p < 0.001$) (Tablo 4.7),
- Hemşirelerin psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği – kısa form'un bakım davranışları ölçeği-24 güvence, bilgi-beceri ve bağlılık alt boyutları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı ($p > 0.05$) (Tablo 4.8),
- Hemşirelerin Psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği – kısa formun bakım davranışları ölçeği-24 toplam puanı ve bakım davranışları ölçeği-24'ün saygı alt boyutu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu ($B = 0.031$, $p = 0.004$), (Tablo 4.8) belirlenmiştir.

5.2. Tartışma

Hemşirelerde deprem sonrası travma düzeyi, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ve bakım davranışı ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmada;

Bu çalışmaya elde edilen bulgular doğrultusunda katılımcı hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği puan ortalaması 52.24 ± 16.68 puanı ile orta düzeydedir. Literatürde, Kardaş ve Tanhan yaptıkları çalışmaya katılan katılımcıların ($23,126 \pm 15,033$) puanı ile deprem sonrası travma düzeylerinin düşük düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir [145]. Bu durumu Kardaş ve Tanhan yaptıkları çalışmanın depremden bir buçuk yıl sonra yapılmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir [145]. Bu çalışmada tespit edilen deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği ve alt boyutlarına ait puan ortalamalarının, Kardaş ve Tanhan'da yaptığı çalışmasından yüksek çıkması verilerin depremden hemen sonra toplanmasından kaynaklandığı görülmektedir [145].

DSTDBÖ alt boyutlarının puan ortalamalarına göre en yüksek bilişsel yapılandırma, en düşük ise uyku problemleri alt boyutunda bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen bulgular, deprem sonrası travma tepkilerinin çeşitli psikolojik boyutlarda nasıl değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Araştırma sonuçları, DSTDBÖ alt boyutları içerisinde, puan ortalamalarına göre bilişsel yapılandırmanın en yüksek, uyku problemlerinin ise en düşük olduğunu göstermiştir. Bu, deprem sonrası travmanın, bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde çeşitli etkiler yaratabileceğini ve bu etkilerin alt boyutlara göre farklılık gösterebileceğini gösterir. Literatürde, travmanın bireyler üzerindeki etkilerinin çok yönlü olduğu ve çeşitli psikolojik boyutlarda kendini gösterebileceği belirtilmiştir [146]. Özellikle heyecansal sınırlılık, bireylerin travmatik

olaylara tepkilerinde sıkça karşılaşılan bir durumdur ve yüksek stres seviyeleri, anksiyete ve duygusal tepkilerle ilişkilendirilir [147]. Karabacak Çelik'in çalışmasında, en yüksek alt boyutun bilişsel yapı olduğu, en düşük alt boyutun ise uyku problemleri olduğu tespit edilmiştir [7]. Tüccar ve Yavuz'un yaptıkları çalışmada, deprem sonrası travma düzeyi ölçeği içerisinde yer alan alt boyutlardan en yüksek ortalamanın bilişsel yapı alanında olduğu buna karşın en düşük ortalamanın duyuşsal alanda olduğu tespit edilmiştir [148]. Uyku problemleri alt boyutunun en düşük puan ortalamasına sahip olması, deprem sonrası dönemde bireylerin uyku düzenlerinin nispeten daha az etkilendiğini gösterebilir. Ancak, uyku problemlerinin varlığı ve travma sonrası psikolojik sağlık üzerindeki etkileri geniş çapta kabul görmüştür [149]. Bu, uyku problemlerinin travma sonrası tepkiler içinde farklı bir dinamiğe sahip olabileceğini ve araştırmanın metodolojisine veya ölçüm araçlarının duyarlılığına bağlı olarak farklılık gösterebileceğini işaret edebilir.

Bu çalışmanın bulguları, hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyini belirleme ölçeği toplam puanının yanı sıra davranışsal problemleri, heyecansal sınırlılık, duyuşsal ve bilişsel yapılandırma ve uyku problemleri açısından cinsiyetler arası anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Farklılığın olduğu tüm alanlarda kadınların ortalama puanı, erkeklerden daha yüksektir. Bu sonuç, yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir [148, 150, 151]. Tolin ve Foa tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında, kadınların travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) geliştirme olasılığının erkeklerden iki kat daha fazla olduğu bildirilmiştir [151]. Bu, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir araya gelerek kadınların travmaya karşı daha hassas bir tepki geliştirdiğini göstermektedir. Tüccar ve Yavuz'un çalışmasında, heyecansal sınırlılık ve uyku problemi alanları hariç diğer tüm alanlarda kadınların travma düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [148]. Davranış problemleri ve duygusal sınırlılıklar konusunda cinsiyet temelli farklılıklar, sosyal ve kültürel beklentilerle de ilişkilendirilebilir. Eagly ve Crowley tarafından yapılan bir çalışma, kadınların genellikle daha empatik ve duygusal olarak ifade edici olduğunu, erkeklerin ise daha baskın ve bağımsız davranma eğiliminde olduğunu belirtmektedir [152]. Bu, cinsiyetin psikolojik tepkiler üzerinde önemli bir modülatör olabileceğini göstermektedir. Deprem sonrası bilişsel yapılandırma problemleri ve uyku problemleriyle ilgili olarak, Holmes ve Rahe tarafından geliştirilen stres teorisi, yaşanan travmatik olayların bireyin bilişsel süreçlerini ve uyku düzenini bozabileceğini öne sürmektedir [153]. Bu, bireyin olayı işleme kapasitesini aşan bir stres seviyesine maruz kalmasıyla açıklanabilir. Bu bağlamda, kadınların ve erkeklerin yaşadıkları stresi işleme

biçimleri arasındaki farklar, gözlemlenen cinsiyet farklılıklarını daha da açıklayabilir. Sonuç olarak, bu çalışma, deprem gibi travmatik olayların ardından bireylerin psikolojik sağlığı üzerindeki etkilerinin cinsiyete göre farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Kadınların hem biyolojik hem de sosyo-kültürel faktörler nedeniyle, bu tür olaylardan daha fazla etkilendiği görülmektedir.

Araştırmanın sonuçları, medeni durumun deprem sonrası travma düzeyleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmada, uyku problemleri, bilişsel yapılandırma, duyuşsal ve heyecansal sınırlılık puan ortalamalarının medeni duruma göre farklılık gösterdiği, davranış problemleri ortalamasının ise medeni duruma göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Farklılığın olduğu tüm alanlarda, evlilerin puanlarının bekarlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Tüccar ve Yavuz'un çalışmasında, duyuşsal ve uyku problemleri alanında anlamlı bir farklılık olduğu ve bu farklılıkta evlilerin bu alanda yaşadığı problemlerin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [148]. Evli bireylerin, bekarlara kıyasla, travma sonrası daha yüksek düzeylerde psikolojik sıkıntı yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu bulgular, sosyal destek sistemlerinin ve medeni durumun, bireylerin travmatik olaylardan etkilenme biçimlerinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Literatürde, sosyal destek sistemlerinin stresle başa çıkma mekanizmalarında önemli bir tampon görevi gördüğü belirtilmektedir [154]. Ancak, evli bireylerin daha yüksek travma düzeyleri yaşaması paradoksal görünebilir. Bu durum, evli bireylerin eşlerini ve çocuklarını koruma baskısı altında daha fazla stres yaşayabileceğini göstermektedir. Ayrıca, bir aile üyesinin travması diğer aile üyelerine de yansarak, evli bireylerde travma sonrası belirtilerin daha yoğun yaşanmasına yol açabilir [155]. Bu bulgular, medeni durumun ve sosyal destek sistemlerinin travma sonrası iyileşme sürecindeki karmaşık rolünü vurgular. Örneğin, Norris ve Kaniasty tarafından yapılan bir çalışma, sosyal destek sağlamanın ve almanın, travma sonrası adaptasyon sürecinde kritik olduğunu belirtmektedir [156]. Evli bireyler için bu hem bir destek kaynağı hem de ek bir stres faktörü olabilir. Sonuç olarak, bu araştırma, medeni durumun deprem gibi travmatik olaylardan etkilenme biçimleri üzerinde önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Evli bireylerin travma düzeylerinin bekarlardan daha yüksek olması, aile dinamiklerinin ve sosyal destek sistemlerinin travma sonrası iyileşme sürecindeki karmaşıklığını ortaya koymaktadır.

Araştırmada, hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyi belirleme ölçeği toplam puan ortalamasının çocuk sahipliğine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmada

ayrıca, heyecansal sınırlılık, bilişsel yapılandırma, uyku problemleri puan ortalamalarının çocuk sahipliğine göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırmada, çocuk sahibi olanların, çocuğu olmayanlara kıyasla deprem sonrası travma düzeyleri anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar, çocuk sahibi olmanın, bireylerin travma sonrası psikolojik tepkileri üzerinde önemli bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Literatürde, çocuk sahibi olmanın, bireylerin stres ve travmaya tepkilerini etkileyebileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Örneğin, Dykstra ve Hagestad tarafından yapılan bir çalışma, çocuk sahibi bireylerin, çocuklarının refahı ve güvenliği konusunda endişe duymalarının, bu bireylerin stres düzeylerini artırabileceğini öne sürmektedir [157]. Ayrıca, çocuk sahibi olmanın, bireylerin yaşadıkları travmatik olayları işleme ve bu olaylara tepki verme biçimlerini değiştirebileceği belirtilmektedir [158]. Bu, çocuk sahibi bireylerin, çocuklarını koruma içgüdüsü ve onlara olan sorumlulukları nedeniyle, travma sonrası daha fazla psikolojik baskı altında olabileceklerini göstermektedir. Ancak, davranış problemleri alanında, iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Bu ise, travma sonrası psikolojik tepkilerin çeşitliliğini ve karmaşıklığını, aynı zamanda bireysel farklılıkların etkisini göstermektedir.

Bu çalışmada, işe yeni başlayan hemşirelerin deprem sonrası travma düzeylerinin daha düşük olduğu, çalışma süresi fazla olanların ise travma düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu, çalışma süresi arttıkça, hemşirelerin travma ile ilişkili stresle daha fazla karşılaştıklarını ve bu durumun travma düzeylerini artırabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu, McFarlane ve Bryant tarafından yapılan çalışmada, TSSB'nin zamanla artabileceğini ve kronikleşebileceğini gösteren bulgularla paralellik göstermektedir [159]. Davranış problemleri açısından, 2-10 yıl arası çalışan hemşirelerin en yüksek ortalama sahip olmasına rağmen, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu, mesleki deneyim ile davranış problemleri arasında doğrudan bir ilişkinin olmadığını gösterebilir. Ancak, davranış problemlerinin varlığı ve bunların mesleki stresle ilişkisi, hemşirelik literatüründe sıkça tartışılan bir konudur [160]. Heyecansal sınırlılıkta, 2-3 yıldır çalışanların puan ortalamasının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Duyuşsal ve bilişsel yapılandırma alt boyutlarında 4-5 yıldır çalışanların puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular, hemşirelerin zamanla artan stres ve travma karşısında duygusal ve bilişsel olarak daha fazla etkilendiklerini göstermektedir [161]. Uyku problemleri puan ortalamasında, 4-5 yıldır çalışanların en düşük puan ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu, hemşirelerin mesleki yaşam süreleri

arttıkça uyku problemlerinin arttığını gösterir. Bu sonuç, Germain ve arkadaşlarının çalışmasında elde edilenlerle benzerlik göstermektedir [162].

Bu araştırmada, hemşirelerin deprem sonrası travma düzeyi belirleme ölçeği puan ortalamasının çalışılan bölüme göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Araştırmada, çalışılan bölüme göre davranış problemleri, heyecansal sınırlılık, duyuşsal, bilişsel yapılandırma, uyku problemleri puan ortalamalarının da anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar, sağlık çalışanlarının karşılaştıkları stres ve travma düzeylerinin çalışma alanlarına bağlı olarak değişebileceğini gösterse de [161]. Bu çalışmanın bulguları farklı çalışma alanlarında görev yapan hemşirelerin benzer düzeylerde travma ve psikolojik sağlık sorunları yaşadığını göstermektedir. Lai ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde, hemşirelerin yoğun stres altında çalıştıklarını ifade ederek bunun onların sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Bu, sağlık çalışanlarının genel olarak yüksek stres altında çalıştığını ve bu stresin farklı çalışma alanlarında benzer etkiler yaratabileceğini düşündürmektedir [163].

Bu araştırmada, hemşirelerin heyecansal sınırlılık ve duyuşsal puan ortalamalarının, depremde aileden birinin kaybedilme durumuna göre farklılık gösterdiği ve aileden birini kaybedenlerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, çeşitli çalışmalarda benzer bulgularla desteklenmiştir. Öncelikle, Wenchuan depremi sonrasında aile fonksiyonlarının incelendiği bir çalışmada, aile üyelerini kaybeden bireylerin daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşadığı belirtilmiştir [164]. Ayrıca, Sichuan depremi sonrası hemşirelerin psikolojik durumlarını araştıran bir çalışmada, ciddi maddi kayıplar yaşayan ve sağlık durumu kötü olan hemşirelerin psikolojik sıkıntı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur [165]. Bir başka çalışmada, çocuğunu kaybeden annelerin psikolojik semptomlarının, yeni bir çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [166]. Benzer şekilde, Büyük Doğu Japonya Depremi'nde aile üyelerini kaybeden bireylerin travma sonrası stres belirtileri daha şiddetli olmuştur [167].

Bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda katılımcı hemşirelerin psikolojik yardım almaya yönelik puan ortalamaları 18.74 ± 4.50 puanı ile düşük düzeyde bulunmuştur. Bu sonuç, toplumun psikolojik yardım hizmetlerine yönelik genel tutumunu ve bu hizmetlerin kullanımına ilişkin eğilimlerini anlamak açısından önem taşır. Psikolojik yardım almaya yönelik tutumlar, bireylerin bu hizmetleri arama ve kullanma olasılığını doğrudan etkileyebilir ve bu nedenle, psikolojik sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin etkin kullanımı konusunda kritik bir faktördür [168]. Literatürde, psikolojik

yardım arama davranışlarının sosyal damgalama, kişisel inançlar ve kültürel faktörler gibi çeşitli etmenler tarafından etkilendiği belirtilmiştir [169]. Bu çalışmanın sonucu, bu faktörlerin etkisini daha da araştırmak ve psikolojik yardım arama eğilimlerini desteklemek için müdahaleler geliştirmek açısından bir temel sunar. Ortalama tutum puanının düşük düzeyde olması, toplumda psikolojik yardım hizmetlerine yönelik eğilimin güçlendirilmesi ve olası engellerin aşılması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu gösterir. Psikolojik yardım hizmetlerine yönelik tutumların güçlendirilmesi, bireylerin psikolojik sorunlarla başa çıkma kapasitelerini artırabilir ve toplumun genel psikolojik sağlığını iyileştirebilir. Bu nedenle, psikolojik yardım hizmetlerinin desteklenmesi ve bu hizmetlere yönelik pozitif tutumlarının teşvik edilmesi, psikolojik sağlık politikaları ve programlarında öncelikli bir alan olmalıdır [170].

Bu araştırmada, hemşirelerin psikolojik yardım almaya ilişkim tutum ölçeği – kısa form puan ortalamasının cinsiyete göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Çalışmada, kadınların puan ortalaması erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, cinsiyetin psikolojik yardım almaya yönelik tutumlar üzerindeki etkisini ve toplumda bu hizmetlere yönelik algıların cinsiyete bağlı değişkenliğini ortaya koymaktadır. Psikolojik yardım arama davranışları ve bu davranışlara yönelik tutumlar, birçok faktör tarafından etkilenebilir, bunlar arasında cinsiyet de önemli bir yer tutar [171]. Yapılan bir çalışmada, kadınların psikolojik sorunlarla başa çıkmak için dış yardım arama konusunda erkeklere göre daha istekli olduğu ve psikolojik yardım almaya daha olumlu baktıkları bildirilmiştir [172].

Bu araştırmada, hemşirelerin psikolojik yardım almaya ilişkim tutum ölçeği – kısa form puan ortalamasının çalışılan bölüme göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Acil serviste çalışanların puanlarını servislerde çalışanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sağlık sektöründe çalışan bireyler, yoğun stres ve duygusal zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır ve bu durum, psikolojik yardım hizmetlerine olan ihtiyacı artırmaktadır [163].

Bu araştırmada, katılımcı hemşirelerin bakım davranışları ölçeği-24 puan ortalamaları 5.20 ± 0.69 ile yüksek düzeydedir. Erenoğlu ve arkadaşları [112] tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin bakım davranışları algılarının (5.38 ± 0.50) yüksek olduğunu, Dündar ve arkadaşları [173] yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin profesyonel değerlere ve etik konulara fazla önem verdiklerini göstermektedir. Bu bulgular, literatürdeki benzer çalışmalarla da desteklenmektedir.

Bu araştırmada bakım davranışı ölçeği puan ortalamasının cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşanan yer, çocuk durumu, çocuk sayısı, bakmakla yükümlü olunan

birinin varlığı, çalışma süresi, çalışılan bölüm, çalışılan pozisyon, çalışma vardiyası, depremde evini kaybetme, şu an barınılan yer, depremde aileden birini kaybetme, kimi kaybettiği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir. Kurşun [174] ve Çil Eyi [175] tarafından yapılan çalışmalarda da hemşirelerin cinsiyet, yaş, evlilik durumu ve çocuk sahibi olma gibi bazı sosyo-demografik özelliklerinin hemşirelik bakım kalitesi algılarını etkilemediği saptanmıştır.

Bu çalışma, hemşirelerin temel sorumluluklarından olan bakım sürecinde hastalarına karşı güvence, bilgi ve beceri, saygı ve bağlılık gibi bakım davranışlarının temel unsurlarında yüksek performans sergilediklerini gösterir. Bu sonuçlar, etkili bakım davranışlarının hasta memnuniyeti, tedaviye uyum ve genel sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini destekleyen önceki çalışmalarla uyumludur [176-177]. Örneğin, Mercer ve arkadaşlarının çalışması, hemşirelerin empati ve güvence göstermelerinin hasta memnuniyetini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir [177]. Aynı şekilde, Stewart tarafından yapılan bir araştırma, hemşirelerin hastalarına yeterli bilgi ve beceri sağlamasının, hastaların tedavi süreçlerini daha iyi anlamalarına ve bu süreçlere aktif olarak katılmalarına yardımcı olduğunu ortaya koymuştur [178].

Bu çalışmanın bulguları, hemşirelerin eğitiminde ve profesyonel gelişim programlarında “güvence, bilgi-beceri, saygılı olma ve bağlılık” olmak üzere dört temel bakım davranışı boyutuna odaklanılmasının önemini vurgular. Coulehan ve arkadaşlarının belirttiği gibi, hemşirelerin hastalarıyla olan etkileşimlerinde daha saygılı ve bağlı davranışlar sergilemeleri, hastaların sağlık hizmeti deneyimlerini iyileştirebilir ve sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir [179].

Bu çalışmada, hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre saygılı olma ve bağlılık puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Acil serviste çalışan hemşirelerin saygılı olma ve bağlılık puan ortalamalarının yoğun bakım ve servislerde çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırmada ayrıca, kadın hemşirelerin bağlılık puan ortalamasının erkek hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular çeşitli çalışmalarda benzer sonuçlarla desteklenmiştir. Acil serviste çalışan hemşirelerin daha düşük bağlılık ve saygılı olma puanlarına sahip olması, bu bölümde çalışmanın getirdiği yoğun stres ve iş yüküyle ilişkilendirilebilir. Yapılan bir çalışmada, acil serviste çalışan hemşirelerin yüksek iş stresi ve iş yükü nedeniyle mesleki bağlılıklarının olumsuz etkilendiği belirlenmiştir [180]. Yoğun bakım ve servislerde çalışan hemşirelerin ise daha yüksek bağlılık ve saygılı olma puanlarına sahip olmaları, bu

bölümlerdeki iş koşullarının daha istikrarlı ve yönetilebilir olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, bu bölümlerde çalışan hemşirelerin daha fazla destek ve takdir gördüğü, bu durumun da mesleki bağlılıklarını artırdığı belirtilmiştir [181]. Kadın hemşirelerin bağlılık puanlarının erkek hemşirelerden daha yüksek olması ise toplumsal cinsiyet rollerinin bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Kadın hemşirelerin, bakım verme ve duygusal destek sağlama rollerine daha yatkın olmaları, mesleki bağlılıklarını artıran faktörlerden biridir [182].

Bu araştırmada, hemşirelerin deprem sonrası travma belirleme düzeyi ölçeği toplam puanının psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği- kısa form toplam puanı üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 4.7) Bu bulgu, çeşitli çalışmalarda benzer sonuçlarla desteklenmiştir. Deprem sonrası psikolojik yardım arama tutumlarının değerlendirilmesi, travmanın şiddeti ve TSSB belirtileri ile ilişkilidir. Örneğin, Takaoka ve arkadaşları, Japonya'daki deprem ve tsunami sonrasında TSSB riski taşıyan bireylerin, mental sağlık profesyonellerinden yardım arama davranışlarının daha aktif olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada, deprem sonrası travma belirleme ölçeği puanı yüksek olan hemşirelerin, psikolojik yardım arama konusunda daha olumlu bir tutum sergiledikleri bulunmuştur [183]. Benzer şekilde, Casacchia ve arkadaşlarının çalışmasında, L'Aquila depremi sonrası yardım arayan bireylerde akut stres bozukluğu (ASD) ve psikolojik sıkıntı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, travma belirleme ölçeği puanları yüksek olan bireylerin psikolojik yardım arama eğilimleri de daha yüksek bulunmuştur [184]. Yine, Zhen ve arkadaşlarının çalışmasında, 2008 Wenchuan depremi sonrası Kızılhaç hemşirelerinde TSSB ve depresyon belirtilerinin, travma belirleme ölçeği puanları ile pozitif korelasyon gösterdiği ve bu hemşirelerin psikolojik yardım arama tutumlarının olumlu olduğu belirtilmiştir [185].

Bu araştırmada, hemşirelerin davranış problemleri, heyecansal sınırlılık, duyuşsal ve bilişsel yapılandırma puan ortalamaları ile psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Karabacak Çelik tarafından yapılan araştırmada, deprem sonrası travmanın alt boyutlarıyla bireylerin genel iyilik hali arasında negatif ilişkiler saptamıştır. Bu ilişkiler özellikle davranışsal ve heyecansal sınırlılık, duyuşsal problemler ve uyku problemleri açısından dikkate değerdir [7]. Taşcı ve Özsoy'un Elazığ'da 2020 yılında meydana gelen deprem üzerine yaptıkları çalışma, depremin bireyler üzerindeki uzun vadeli psikolojik etkilerini ve risk faktörlerini ortaya koymaktadır [186]. Araştırma sonuçlarına göre, deprem tecrübesi

yaşayanların, yaşamayanlara kıyasla peritratmatik dissosiyasyon ve travma sonrası stres ölçeklerinde daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir. Ayrıca, Sönmez'in çalışması depremi, özellikle anksiyete, depresyon, bedensel semptomlar, dissosiyatif bozukluklar, cinsel işlev problemleri ve uyku düzeni bozuklukları gibi psikolojik bozulmalar yaşanabileceğini ortaya koymaktadır [137]. Kurt ve Gülbahçe tarafından yapılan bir başka çalışma ise Van depremini deneyimlemiş öğrencilerin travma sonrası stres seviyelerini çeşitli sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırmalı olarak incelemiştir [187]. Bu çalışmada, öğrencilerin travmatik stres belirtileri üzerinde sosyodemografik faktörlerin etkileri belirlenmiştir ve depremin ardından geçen yedi yıl boyunca psikolojik etkilerin devam ettiği saptanmıştır. Zhou ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği araştırmada, sosyal destek, benlik saygısı ve umut gibi faktörlerin travma sonrası stres bozukluğu düzeyleri ile olan ilişki olduğu bildirilmiştir [188] Ayrıca, Uchida ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışma, travma sonrası stres bozuklukları ile bireylerin genel iyi oluş düzeyleri arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur [52]. Bu bulgular, deprem sonrası müdahalelerin ve destek sistemlerinin, bireylerin travma sonrası iyileşme süreçlerinde kritik bir rol oynadığını göstermektedir.

Bu araştırmada Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği ve alt boyutları olan Davranış Problemleri Heyecansal Sınırlılık, Duyuşsal, Bilişsel Yapılandırma, Uyku Problemleri ile Bakım Davranışları Ölçeği -24 ölçeği ve alt boyutları Güvence, Bilgi-Beceri, Saygılı Olma, Bağlılık alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Bu araştırmada, hemşirelerin psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği toplam puanı ile bakım davranışları ölçeği toplam puanı arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Tablo 4.8) Araştırmada, hemşirelerin saygılı olma puan ortalaması ile psikolojik yardım almaya ilişkin tutum puanları arasında da benzer şekilde pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, hemşirelerin psikolojik destek hizmetlerine yönelik olumlu tutumlarının, profesyonel bakım davranışları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, psikolojik yardım alma tutumları ile bakım davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir [189]. Bir diğer çalışmada, bireylerin psikolojik yardım arama niyetleri ile güvence, bilgi ve beceri, saygılı olma ve bağlılık arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir [169]. Liao ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma, kültürel faktörlerin ve sosyal desteğin, bireylerin psikolojik yardım arama niyetleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu ortaya

koymaktadır [165]. Aiken ve arkadaşları, hemşirelerin iş tatmini ve hasta bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve psikolojik destek mekanizmalarının, hemşirelerin iş tatminini ve dolayısıyla hasta bakımı kalitesini artırdığını bulmuştur [190]. Bu, psikolojik yardım almaya yönelik pozitif tutumların, hemşirelerin profesyonel performanslarını iyileştirebileceğini gösterir. Ek olarak, Gray-Toft ve Anderson tarafından yapılan bir çalışma, hemşirelerin iş stresi ve iş tatmini arasındaki ilişkiyi incelemiş ve psikolojik destek hizmetlerinin, stres yönetiminde önemli bir rol oynayarak hemşirelerin iş tatminini artırabileceğini bulmuştur [191]. Bu, psikolojik yardım almaya yönelik pozitif tutumların, profesyonel bakım davranışlarına katkıda bulunabileceğini gösteren bir başka örnektir.

Bu araştırmada, hemşirelerin psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ölçeği toplam puanının bakım davranışı ölçeği toplam puanı ile saygılı olma alt boyutundan alınan puanı pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bu bulgu, hemşirelerin psikolojik yardım alma konusundaki tutumlarının, bakım davranışları ve mesleki saygı düzeyleri üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, literatürdeki benzer çalışmalarla da desteklenmektedir. Çalışmalar, hemşirelerin psikolojik yardım alma tutumlarının, genel iş performanslarını ve mesleki bağlılıklarını artırdığını ortaya koymaktadır. Lee ve arkadaşlarının çalışmasında, depresyon ve yardım arama tutumlarının, hemşirelerin iş performansı üzerinde önemli bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, psikolojik yardım arama tutumları olumlu olan hemşirelerin bakım davranışlarının daha iyi olduğu ve saygılı olma alt boyutunda daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur [192]. Benzer şekilde, Çankaya ve Duman çalışmasında, psikolojik yardım arama tutumlarının, hemşirelerin bakım kalitesi ve hasta ilişkileri üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir [193]. Psikolojik yardım arama konusunda olumlu tutumlar sergileyen hemşirelerin, daha iyi bakım davranışları sergiledikleri ve mesleki saygı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir [193]. Son olarak, Yılmaz ve Yüksel'in çalışmasında, psikolojik yardım alma tutumlarının, hemşirelerin bakım davranışları ve mesleki saygı düzeyleri üzerinde doğrudan bir etkisi olduğu belirtilmiştir. Psikolojik yardım arama konusunda olumlu tutumlara sahip hemşirelerin, hasta bakımında daha etkili ve saygılı oldukları tespit edilmiştir [194].

5.3. Öneriler

Bu araştırma sonuçlarından yola çıkılarak sunulabilecek öneriler şu şekildedir;

- Çalışmanın devlet hastanesinde gerçekleştiği göz önüne alındığında, gelecekteki

araştırmaların özel hastanelerde çalışan hemşirelerle yapılması önerilmektedir. Bu kapsamda, kamu ve özel hastanelerde çalışan hemşireler arasında karşılaştırmalar yapılabilir.

- Sağlık kurumları, özellikle kadın hemşireler ve evli veya çocuk sahibi olan personel için psikolojik destek hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmalıdır.
- Deprem gibi afet durumlarının ardından, hemşirelerin yaşadıkları travmayı azaltmak için hızlı ve etkili psikolojik müdahale programları geliştirilmelidir.
- Hemşirelere yönelik, travma sonrası stres yönetimi, psikolojik dayanıklılık ve kendine yardım stratejileri üzerine eğitim programları düzenlenmelidir.
- Psikolojik yardım almaya ilişkin olumlu tutumlar geliştirmek amacıyla bilgilendirme kampanyaları ve farkındalık programları gerçekleştirilmelidir.
- Hemşirelerin iş yükü ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik adımlar atılmalıdır. Özellikle yoğun bakım, ameliyathane ve acil servis gibi stresli çalışma alanlarında destekleyici önlemler artırılmalıdır.
- Mesleki deneyime göre farklılaşan travma ve stres düzeyleri göz önünde bulundurularak, deneyimli hemşirelere yönelik özel destek grupları oluşturulmalıdır.
- Çocuk sahibi hemşireler için, çalışma saatleri ve vardiyaların düzenlenmesinde esneklik sağlanmalı ve çocuk bakımı konusunda ek destekler sunulmalıdır.

KAYNAKÇA

- [1] Kardaş, F. (2013). Van Depremi Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Travma Sonrası Büyüme ve Umutsuzluk Belirtilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- [2] Özkan, B. ve Çetinkaya Kutun, F. (2021). “Afet Psikolojisi”. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 8(3), 249-256.
- [3] Sabuncuoğlu, O., Çevikaslan, A. ve Berkem, M. (2003). “Marmara Depreminden Etkilenen İki Ayrı Bölgede Ergenlerde Depresyon, Kaygı ve Davranış”. Klinik Psikiyatri, 6, 189-197.
- [4] Aykut, S. ve Soner-Aykut, S. (2020). “Kovid-19 Pandemisi ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Temelinde Sosyal Hizmetin Önemi”. Toplumsal Politika Dergisi, 1(1), 56-66.
- [5] Dinar, C. ve Alkar, Ö. Y. (2021). “Psikolojik yardım alma tutumunun incelenmesi: Psikoloji öğrencileri ve genel popülasyonun karşılaştırılması”. Türk Psikoloji Yazıları, 24(48), 71-89.
- [6] Teke, C. (2017) Pozitif Mental Sağlık Ölçeği’nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [7] Karabacak Çelik, A. (2023). “Deprem Sonrası Travma Belirtileri, Umut ve İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”. TRT Akademi, 8(18), 574-591.
- [8] Bush, J. N. (2009). “Compassion Fatigue: Are You at Risk?” Oncology Nursing Forum, 36, 24-28.
- [9] Najjar, N., Davis, W. L., Beck-Coon, K. and Doebbeling, C.C. (2009). “Compassion Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-Care Providers”. Journal of Health Psychology, 14, 267-277.
- [10] Perry, B., Toffner, G., Merrick, T. and Dalton, J. (2011). “An Exploration of the Experience of Compassion Fatigue in Oncology Nurses”. Canadian Oncology Nursing Journal, 21, 91-105.
- [11] İşçi, C. (2008). “Deprem Nedir ve Nasıl Korunuruz?”. Yaşar Üniversitesi E-Dergisi, 3(9), 959.
- [12] Yılmaz, A. (2012). “Türkiye’de Afetlerde Karşılaşılan Sorunlar”. Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 1(1), 61-81.
- [13] Yıldız, B. ve Akkoyun, A. Z. (2023). “Deprem Sonrası Psikiyatrik Destek”. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 8, 817-820.

- [14] Uğurluoğlu, D. ve Erdem, R. (2019). “Travma Geçiren Bireylerin Spiritüel İyi Oluşlarının Travma Sonrası Büyümeleri Üzerine Etkisi”. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21(3), 833-858.
- [15] American Psychological Association (2013). Trauma. Washington, DC: American Psychological Association.
- [16] World Health Organization (2018). Post-Traumatic Stress Disorder. (11th Revision). Geneva: World Health Organization.
- [17] Özten, E. ve Sayar, G. H. (2015). “Eşik Altı Travma Sonrası Stres Bozukluğu”. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(4), 348-355.
- [18] İnci, F. and Boztepe, H. (2013). “Post Traumatic Growth: If Something Not Killing Could Be Strengthened?”. Journal of Psychiatric Nursing, 4(2), 80-85.
- [19] Akcan, G. (2018). Travmanın Psikolojik Bileşenleri Post Travmatik Stres Bozukluğu. Ankara: Turaz Akademi.
- [20] Katip, C. (2021). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtileri, Temel Psikolojik İhtiyaçlar, İrrasyonel İnanışlar ve Duygudurum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- [21] Kurt, E. (2019). Van Depremini Yaşayan Öğrencilerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- [22] Yılmaz, B. (2006). Arama-Kurtarma Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkili Değişkenler. Doktora Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [23] Ursano, R. J., Zhang, L., Li, H., Johnson, L., Carlton, J., Fullerton, C. S. and Benedek, D. M. (2009). “Post-Traumatic Stress Disorder and Traumatic Stress: From Gene to Community and Bench to Bedside”. Brain Research, 1293, 2-12.
- [24] Özen, Y. (2018). “An Evaluation on Psychological Disorders after Trauma”. The Journal of Social Science, 2(4), 136-159.
- [25] Aker, A. T. (2012). “Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım”. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği.
- [26] Özden, M. Ş. (2013). Depreme Bağlı Travmatik Stres ve Depresyon Belirtilerinin Göç ve Sosyal Destek Kaybı ile İlişisine Yönelik Çok Faktörlü Bir İnceleme. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [27] Sarman, A. (2012). Elazığ ili Karakoçan İlçesinde Yaşanan Yıkıcı Deprem Sonrasında, Depremi Yaşayan İlköğretim Çağı Çocuklarda Kaygı Düzeyi, Depresyon

Belirtileri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [28] Aydın, R. (2016). Travmaya Maruz Kalmış Kişilerde Travmatik Stres Belirtileri ile Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Diyarbakır Sur Örnekleme. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [29] Aslan, A. A., Sarı, B. A. ve Kuruoğlu, A. (2012). “Depresif Duygudurumdan Major Depresyona Klinik Spektrum”. Klinik Psikiyatri, 15, 56-64.
- [30] Hocaoglu, Ç. ve Helvacı-Çelik, F. (2016). “Major Depresif Bozukluk’ Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme”. Çağdaş Tıp Dergisi, 6(1), 51-66., 6(1), 51-66.
- [31] Arıcı, N. (2014). Travmatik Yas Sorununda Aile Dayanıklılığı Programının Kadınlardaki Travma Sonrası Stres, Yas ve Aile Dayanıklılığı Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya: Sakarya Üniversitesi.
- [32] Arıcı-Özcan, N. ve Kaya, M. (2019). “Travmatik Yas Sorununda Aile Dayanıklılığı Programı’nın Kadınların Travma Sonrası Stres, Yas ve Aile Dayanıklılığı Düzeylerine Etkisi”. Eğitim ve Bilim, 44(197), 121-138.
- [33] Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (4. Baskı). (Çev.: E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Birliği Yayınları.
- [34] Bolu, A., Erdem, M. and Öznur, T. (2014). “Post Traumatic Stress Disorder”. Anatolian Journal of Clinical Investigation, 8(2), 98-104.
- [35] Erdoğan, H. (2015). Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Depresyon Anksiyete ve Stres İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [36] Oflaz, F., Özcan, C. T. ve Taştan, S. (2010). “Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları”. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(1), 1-6.
- [37] Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (11. Baskı). Ankara: Tuna Matbaacılık.
- [38] Dominguez-Gomez, E. and Rutledge, D.N. (2009). “Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses”. Journal of Emergency Nursing, 35(3), 199-203.
- [39] Conrad, D. and Kellar-Guenther, Y. (2006). “Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Colorado Child Protection Workers”. Child Abuse & Neglect, 30, 1071–1080.
- [40] Ergin, D., Celasin, N., Akış, Ş. Altan, Ö., Bakırlıoğlu, Ö. ve Bozkurt, S. (2009). “Dâhili Kliniklerde Görev Yapan Hemşirelerin Tükenme ve Empatik Beceri Düzeyleri

ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(11), 49-64.

- [41] Ardıç, K. ve Polatçı, S. (2009). “Tükenmişlik Sendromu ve Madalyonun Öbür Yüzü: İşle Bütünleşme”. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 32(22), 21-46.
- [42] Jaber, F. and Al-Zoubi, M. (2012). “The Relationship Between Work Burnout and Employees’ Mental Health as Measured by GHQ-28: A Field Study Using a Sample of University Lecturers”. International Journal of Business and Management, 7(24), 44-51.
- [43] Patrick, K. (2007). “Burnout in Nursing.” Australian Journal of Advanced Nursing, 24(3), 43-48.
- [44] Ward-Griffin, C., St-Amant, O. and Brown, J. B. (2011). “Compassion Fatigue within Double Duty Caregiving: Nurse-Daughters Caring for Elderly Parents”. The Online Journal of Issues in Nursing, 16(1).
- [45] Beddoe, E. A. and Murphy, O. S. (2004). “Does Mindfulness Decrease Stress and Foster Empathy Among Nursing Students?” Journal of Nursing Education, 43(7), 305-317.
- [46] Özen, S., Antar, S. ve Özkan, M. (2007). “Çocukluk Çağı Travmalarının Umutsuzluk, Sigara ve Alkol Kullanımı Üzerine Etkisi; Üniversite Son Sınıf Öğrencilerini İnceleyen Bir Çalışma”. Düşünen Adam, 20(2), 79-87.
- [47] Pakdemir, M. (2012). Çatışma Yaşanan Bölgelerdeki Üniversite Gençlerinin Umutsuzluk Düzeylerinin Yordanmasında Travmatik Yaşantılar, Sosyal Destek ve Dünyaya İlişkin Varsayımların Rolü ve Çatışma Yaşanmayan Bölgelerdeki Üniversite Gençleri ile Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [48] Scher, C. D. and Resick, P. A. (2005). “Hopelessness as a Risk Factor for Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms Among Interpersonal Violence Survivors”. Cognitive Behaviour Therapy, 34(2), 99-107.
- [49] Artar, M. (2003). “Depremi Yaşayan Ergenlerin Gelecek Beklentilerinin İçeriği”. Kriz Dergisi, 11(3), 21-27.
- [50] Dürü, Ç. (2006). Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyümenin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi ve bir model önerisi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [51] Shepherd, D., McBride, D. and Lovelock, K. (2017). “First Responder Well-Being Following the 2011 Canterbury Earthquake”. Disaster Prevention and Management: An International Journal, 26(3), 286-297.

- [52] Uchida, Y., Takahashi, Y. and Kawahara, K. (2014). "Changes in Hedonic and Eudaimonic Well-Being After a Severe Nationwide Disaster: The Case of the Great East Japan Earthquake". *Journal of Happiness Studies*, 15, 207-221.
- [53] Diener, E. (1984). "Subjective Well-Being". *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- [54] Ryff, C. D. (1989). "Happiness is Everything, or is it? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being". *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- [55] Veronese, G., Pepe, A., Jaradah, A., Al Muranak, F. and Hamdouna, H. (2017). "Modelling Life Satisfaction and Adjustment to Trauma in Children Exposed to Ongoing Military Violence: An Exploratory Study in Palestine". *Child Abuse & Neglect*, 63, 61-72.
- [56] Özdemir, O., Boysan, M., Ozdemir, P. G. and Yilmaz, E. (2015). "Relationships between Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Dissociation, Quality of Life, Hopelessness, and Suicidal Ideation Among Earthquake Survivors". *Psychiatry Research*, 228(3), 598-605.
- [57] Kızıldağ, S., Zorbaz, S. D., Gençtanırım, D. ve Arıcı, F. (2012). "Hacettepe Üniversitesi Öğrencilerinin Psikolojik Danışma Yardımı Almaya ve Bu Yardımın Sunulduğu Birimlere İlişkin Görüşleri". *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 8(3), 185-196.
- [58] Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. and Ciarrochi, J. (2005). "Young People's Help-Seeking for Mental Health Problems". *Australia e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251.
- [59] Koç, M., Avşaroğlu, S. ve Sezer, A. (2004). "Üniversite Öğrencilerinin Akademik Başarıları ile Problem Alanları Arasındaki İlişki". *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11, 483-498.
- [60] Atkinson, N. W. (2007). *Chinese and North American College Students' Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help: Gender and Ethnic Comparisons*. Master Thesis. California: Humboldt State University.
- [61] Türküm, S. (2001). "Stresle Başa Çıkma Biçimi, İyimserlik, Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri ve Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumlar Arasındaki İlişkiler: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma". *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 1-16.
- [62] Çapa, Y. ve Çil, N. (2000). "Öğretmen Adaylarının Öğretmenlik Mesleğine Yönelik Tutumlarının Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi". *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18, 67-73.
- [63] Kağıtçıbaşı, Ç. (1985). *İnsan ve İnsanlar*. İstanbul: Sermet Matbaası.
- [64] Pehlivan, H. (1997). "Tutumların Doğası ve Öğretimi". *Çağdaş Eğitim*, 233, 46-48.

- [65] Mivilli, M. L. and Constantine, M. G. (2006). "Socio-Cultural Predictors of Psychological Help Seeking Attitudes and Behavior Among Mexican American College Students". *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 12, 420-432.
- [66] Ülken, E. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Alma Tutumlarının Bağlanma Stilleri, Kişilik Özellikleri ve Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi.
- [67] Yelpeze, İ. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Alma Tutumlarının İncelenmesi. Doktora Tezi. Ankara: Anadolu Üniversitesi.
- [68] Kushner, M. G. and Sher, K. J. (1991). "The Relation of Treatment Fearfulness and Psychological Service Utilization: An Overview". *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(3), 196-203.
- [69] Fischer, E. H. and Turner, J. I. (1970). "Orientations to Seeking Professional Help: Development and Research Utility of an Attitude Scale". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35(1), 79-90.
- [70] Rickwood, D. J., Deane, F. P. and Wilson, C. J. (2007). "When and How Do Young People Seek Professional Help for Mental Health Problems?". *Medical Journal of Australia*, 187(S7).
- [71] Blumenthal, R. and Endicott, J. (1996). "Barriers to Seeking Treatment for Major Depression". *Depression and Anxiety*, 4(6), 273-278.
- [72] Acun Kapıkıran, N. ve Kapıkıran, Ş. (2013). "Psikolojik Yardım Aramada Kendini Damgalama Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik". *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(40), 131-141.
- [73] Türküm, A. S. (2000). "Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumları ve Kendini Açma Eğilimleri". *Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(2), 205-220.
- [74] Özbay, Y., Terzi, Ş., Erkan, S. ve Çankaya, Z. C. (2011). "Üniversite Öğrencilerinin Profesyonel Yardım Arama Tutumları, Cinsiyet Roller ve Kendini Saklama Düzeyleri". *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 1(4), 59-71.
- [75] Cihangir-Çankaya, Z. ve Terzi, Ş. (2012). "Üniversite Öğrencilerinin Yaşadıkları Problemler ve Psikolojik Yardım Arama Gönüllükleri". *Eğitim ve Bilim*, 37(164), 94-107.
- [76] Aydın, M. (2017). "Lisans Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Aramaya Gönüllüklerinin İncelenmesi". *Yıldız Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 76-94.
- [77] Topkaya, N. (2014). "Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumu Yordamada Cinsiyet, Psikolojik Yardım Alma Nedeniyle Kendini Damgalama ve Sosyal Damgalanma". *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 14(2), 1-17.

- [78] Topkaya, N. ve Meydan, B. (2013). “Üniversite Öğrencilerinin Problem Yaşadıkları Alanlar, Yardım Kaynakları ve Psikolojik Yardım Alma Niyetleri”. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3(1), 25-37.
- [79] Andrews, G., Issakidis, C. and Carter, G. (2001). “Shortfall in Mental Health Service Utilization”. British Journal of Psychiatry, 179, 417-425.
- [80] Wisch, A. F., Mahalik, J. R., Hayes, J. A. and Nutt, E. A. (1995). “The Impact of Gender Role Conflict and Counseling Technique on Psychological Help Seeking in Men”. Sex Roles, 33(1), 77-89.
- [81] Ayaydın, F. S. ve Özbay, Y. (2003). Üniversite öğrencilerinin problem alanları, problemlerinin düzeyleri, problem çözme becerileri ve yardım arama davranışları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. VII. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 09-11 Temmuz 2003, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- [82] Kırımlı, F. (2007). Lise Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Alma Tutumlarını Etkileyen Etmenler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [83] Vogel, D. L. and Wester, S. R. (2003). “To Seek Help or not to Seek Help: The Risks of Self-Disclosure”. Journal of Counseling Psychology, 50, 351-361.
- [84] Meydan, B. ve Lüleci, B. (2013). “Eğitim Fakültesi Öğrencilerinde Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutumun Yordayıcısı Olarak Önceki Psikolojik Yardım Alma Deneyimi, Algılanan Sosyal Destek ve Yalnızlık”. Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi, 3(4), 45-56.
- [85] Vogel, D. L., Wade, G. N., Wester, S. R., Larson, L. and Hackler, A. H. (2007). “Seeking Help from a Mental Health Professional: The Influence of One’s Social Network”. Journal of Clinical Psychology, 63(3), 23-245.
- [86] Koydemir-Özden, S. and Erel, Ö. (2010). “Psychological Help-Seeking: Role of Sociodemographic Variables, Previous Help-Seeking Experience and Presence of a Problem”. Procedia Social and Behavioral Sciences, 5, 688–693.
- [87] Tinsley, H. E. A. (2008). “Asian American Students’ Cultural Values, Stigma, and Relational Self-Construct: Correlates of Attitudes Toward Professional Help Seeking”. Journal of Mental Health Counseling, 30(2), 157-172.
- [88] Moore-Thomas, C. and Lent, R. W. (2007). “Middle School Students’ Expectations About Counseling”. Professional School Counseling, 10(4).
- [89] Westcot Barich, A. (2002). “Client Expectations about Counseling”. G. S. Tryon (Ed.), Counseling Based on Process Research: Applying What We Know (ss. 27-65). Boston: Allyn ve Bacon.
- [90] Hardin, S. I. and Yanico, B. J. (1983). “Counselor Gender, Type of Problem, and Expectations About Counseling”. Journal of Counseling Psychology, 30(2), 294-297.

- [91] Kakhnovets, R. (2011). "Relationships Among Personality, Expectations About Counseling, and Help-Seeking Attitudes". *Journal of Counseling and Development*, 89, 11-19.
- [92] Kenney, G. E. (1994). "Multicultural Investigation of Counseling Expectations and Preferences". *Journal of College Student Psychotherapy*, 9(1), 21-39.
- [93] Tinsley, H. E. A., Brown, M. T., Aubin, T. M. and Lucek, J. (1984). "Relation between Expectancies for a Helping Relationship and Tendency to Seek Help from a Campus Provider". *Journal of Counseling Psychology*, 31, 149-160.
- [94] Atik, G. and Yalçın, İ. (2011). "Help-Seeking Attitudes of University Students: The Role of Personality Traits and Demographic Factors". *South African Journal of Psychology*, 41(3), 328-338.
- [95] Hess, T. R. (2010). *Differential Help Seeking Among College Students*. Doctoral Thesis. Phoenix: Arizona State University.
- [96] Liao, H., Rounds, J. and Klein, A. G. (2005). "A Test of Cramer's (1999) Help-Seeking Model and Acculturation Effects with Asian and Asian American College Students". *Journal of Counseling Psychology*, 52, 400-411.
- [97] Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- [98] Madden, T. J., Ellen, P. S. and Ajzen, I. (1992). "A Comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action". *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 3-9.
- [99] Skogstad, P., Deane, F. P. and Spicer, J. (2006). "Social-Cognitive Determinants of Help Seeking for Mental Health Problems Among Prison Inmates". *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16, 43-59.
- [100] Yu, F., Raphael, D., Mackay, L., Smith, M. and King, A. (2019). "Personal and Work-Related Factors Associated with Nurse Resilience: A Systematic Review". *International Journal of Nursing Studies*, 93, 129-140.
- [101] Gündoğdu, F., Ulaş, A., Taş, E., Çardak, V., Şandır, İ. Y., Durmaz, M. ve Ecer, M. S. (2023). "Hemşirelerin İş Yerinde Yaşadıkları Psikolojik Şiddet ile Psikolojik Sağlamlılıkları Arasındaki İlişki". *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 6(3), 608-616.
- [102] Çam, O. ve Büyükbayram, A. (2017). "Hemşirelerde Psikolojik Dayanıklılık ve Etkileyen Faktörler". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 118-126.
- [103] Bayer, E. ve Dal, A. (2018). "Hemşirelerde Psikolojik Şiddet ve Verilen Tepkiler Üzerine Bir Araştırma". *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(4), 459-481.

- [104] Sezer, S. ve Gülleroğlu, D. (2016). “Psikolojik Yardım Arama Tutumlarını Yordayan Değişkenler: Kendini Damgalama, Özsaygı, Psikolojik Yardım Almış Olma”. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(1), 75-93.
- [105] Prati, G. and Pietrantonio, L. (2009). “Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-analysis”. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364-388.
- [106] Gül, Ş. (2019). “Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler”. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 129-134.
- [107] Birimoğlu, C. ve Ayaz, S. (2015). “Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları”. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(3), 40-48.
- [108] Göçmen Baykara, Z. (2014). “The Concept of Nursing Care”. *Turkish Journal of Bioethics*, 92-99.
- [109] Cortis, J. D. and Kendrick, K. (2003). “Nursing Ethics, Caring and Culture”. *Nursing Ethics*, 10(1), 77-88.
- [110] Gül, Ş. ve Dinç, L. (2018). “Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi”. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(3), 192-208.
- [111] Kolay, N. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhamet ile Bakım Davranışları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [112] Erenoğlu, R., Can, R. ve Tambağ, H. (2019). “Hemşirelik Bakım Davranışları ve Bakım Davranışları ile İlgili Faktörler; Doğumevi Örneği”. *Sağlık ve Toplum*, 29(1), 79-88.
- [113] Şanal, S. (2020). Pediatri Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Bakım Davranışları Üzerindeki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [114] Küçükşarı, T. (2020). Hemşirelikte Personel Güçlendirmenin İş Performansı ve Bakım Davranışları ile İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- [115] Uzelli Yılmaz, D., Korhan, E. A. ve Khorshid, L. (2017). “Bir Palyatif Bakım Kliniğinde Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi”. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 14(3), 2968-2980.
- [116] Aydın, H. (2013). Acil Serviste Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [117] Göğüş, F. (2016). Cerrahi Hastaların ve Cerrahi Hemşirelerinin Bakım Davranışı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [118] Gursoy, E. and Saglam, H. Y. (2021). "Factors Affecting Sexual Health-Seeking Behaviors of Young People". Journal of Public Health, 1-12.
- [119] Karaca, P. P. ve Oskay, Ü. Y. (2017). "Düşük Bakımında Swanson'ın Bakım Teorisi". Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(3), 228-232.
- [120] Baysan Arabacı, L. and Taş, G. (2019). "Effect Of Using Peplau's Interpersonal Relation Nursing Model In The Care of A Juvenile Delinquent". Journal of Psychiatric Nursing, 10(3).
- [121] Ulupınar, F. and Toygar, Ş. A. (2020). "The Use of Technology in Nursing Education and Sample Practices". Fiscaeconomia, 4(2), 524-537.
- [122] Tan, M. ve Polat, H. (2020). "Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi". Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (3), 451-457.
- [123] Kaçmaz, E. D. ve Çam, M. O. (2019). "Psikiyatri Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Düzeylerinin İncelenmesi". Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10(1), 65-74.
- [124] Tanrıverdi, G. (2019). "Halk Sağlığı Hemşireliği İçin Kültürlerarası Hemşirelik Neden Önemli?". Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 5(3), 1-5.
- [125] Elçelik, U. E. (2021). Yoğun Bakım Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Son Dönem Hasta Bakımında Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntıların Bakım Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir: Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- [126] Dağlı, D. A., Büyükbayram, A. ve Arabacı, L. B. (2020). "Covid-19 Tanısı Alan Hasta ve Ailesine Psikososyal Yaklaşım". İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(2), 191-195.
- [127] Turner, J. G., Clark, A. J., Gauthier, D. K. and Williams, M. (1998). "The Effect of Therapeutic Touch on Pain And Anxiety in Burn Patients". Journal of Advanced Nursing, 28(1), 10-20.
- [128] Yılmaz, E., Çeçen, D., Toğaç, H. K., Mutlu, S., Kara, H. ve Aslan, A. (2018). "Ameliyat Sürecindeki Hastaların Konfor Düzeyleri ve Hemşirelik Bakımları". Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(1), 3-9.
- [129] Durukan, E. (2019). Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışları ve Çalışma Koşulları. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [130] Karaca, A. ve Durna, Z. (2018). “Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler”. Sağlık ve Toplum, 28(2), 16-23.
- [131] Dinç, L. (2009). “Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler”. Haccettepe Tıp Dergisi, (40), 113-119
- [132] Karadağ, S. ve Taşçı, S. (2005). “Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler”. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 13-21.
- [133] Akça Taşçı, G. ve Özsoy, F. (2021). “Deprem Travmasının Erken Dönem Psikolojik Etkileri ve Olası Risk Faktörleri”. Cukurova Tıp Dergisi, 46(2), 488-494.
- [134] Nehir, S. ve Güngör, N. (2019). “Hemşirelerin Psikososyal Sorunlarının ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi”. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(3), 174-181.
- [135] Kebapçı, A. ve Akyolcu, N. (2011). “Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerde Çalışma Ortamının Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi”. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 11(2), 16-27.
- [136] Sakarya, D. ve Güneş, C. (2013). “Van Depremi Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi”. Kriz Dergisi, 21(1), 25-32.
- [137] Sönmez, M. B. (2022). “Depremin Psikolojik Etkileri, Psikolojik Destek ve Korkuyla Baş Etme”. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Dergisi, 21, 337-343.
- [138] Tanhan, F. ve Kayri, M. (2013). “Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 13(2), 1013-1025.
- [139] Fischer, E. H. and Farina, A. (1995). “Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A Shortened Form and Considerations for Research”. Journal of College Student Development, 36(4), 368-373.
- [140] Fischer, E. H. and Farina, A. (1970). “Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form”. Journal of College Student Development.
- [141] Topkaya, N. (2011). “Psikolojik Yardım Alma Niyetinin Sosyal Damgalanma, Tedavi Korkusu, Beklenen Yarar, Beklenen Risk ve Tutum Faktörleriyle Modellenmesi”. Doktora Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [142] Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A. and Ambrose, M. S. (1994). “Dimensions of nurse caring.” Image: The Journal of Nursing Scholarship, 26(2), 107-111.
- [143] Wu, Y., Larrabee, J. H. and Putman, H. P. (2006). “Caring Behaviors Inventory: A Reduction of the 42-item Instrument.” Nursing Research, 55(1), 18-25.

- [144] Kurşun, Ş. ve Kanan, N. (2012). “Bakım Davranışları Ölçeği-24’ün Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 229-235.
- [145] Kardaş, F. ve Tanhan, F. (2018). “Van Depremini Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Travma Sonrası Stres, Travma Sonrası Büyüme ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi”. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 1-36.
- [146] Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E. and Kaniasty, K. (2002). “60,000 Disaster Victims Speak: Part I. An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981–2001”. *Psychiatry*, 65(3), 207-239.
- [147] Creamer, M., Burgess, P. and Pattison, P. (1992). “Reaction to Trauma: A Cognitive Processing Model”. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 452.
- [148] Tüccar, E. and Yavuz, E. (2023). “Psychosocial Investigation of the Effects of Kahramanmaraş Pazarcık Earthquake (February 6, 2023) on Individuals”. *Journal of Migration and Political Studies*, 1, 54-77.
- [149] Babson, K. A., Sauer, S. E. and McCallum, E. B. (2012). “Sleep Disturbances: Implications for Cannabis Use, Cannabis Use Cessation, and Cannabis Use Treatment”. *Current Addiction Reports*, 1(2), 109-114.
- [150] Liu, Y., Ying, Z., Asuna, A., Yoshihide, O. and Hiko, T. (2015). “Gender-Based Seasonality of Suicide in Japan, 2005-2012”. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP1999-NP2007.
- [151] Tolin, D. F. and Foa, E. B. (2006). “Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research”. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.
- [152] Eagly, A. H. and Crowley, M. (1986). “Gender and Helping Behavior: A Meta-Analytic Review of the Social Psychological Literature”. *Psychological Bulletin*, 100(3), 283-308.
- [153] Holmes, T. H. and Rahe, R. H. (1967). “The Social Readjustment Rating Scale”. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- [154] Cohen, S. and Wills, T. A. (1985). “Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis”. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- [155] Figley, C. R. (1995). *Those who Treat the Traumatized*. Brunner/Mazel.
- [156] Norris, F. H. and Kaniasty, K. (1996). “Received and Perceived Social Support in Times of Stress: A Test of the Social Support Deterioration Deterrence Model”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511.

- [157] Dykstra, P. A. and Hagestad, G. O. (2007). "Childlessness and Parenthood in Two Centuries: Different Roads—Different Maps?" *Journal of Family Issues*, 28(11), 1518–1532.
- [158] Cohan, C. L., Cole, S. W. and Lynch, P. (2009). "Warmth, Attachment, and Health: The Role of Oxytocin in Maternal and Romantic Love Attachment". *Biological Psychology*, 81(3), 143-152.
- [159] McFarlane, A. C. and Bryant, R. A. (2007). "Post-Traumatic Stress Disorder in Occupational Settings: Anticipating and Managing the Risk". *Occupational Medicine*, 57(6), 404-410.
- [160] Mealer, M., Jones, J. and Moss, M. (2017). "A Qualitative Study of Resilience and Posttraumatic Stress Disorder in United States ICU Nurses". *Intensive Care Medicine*, 43(9), 1445-1453.
- [161] Adams, R. E., Boscarino, J. A. and Figley, C. R. (2006). "Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study". *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
- [162] Germain, A., Buysse, D. J. and Nofzinger, E. A. (2008). "Sleep-specific Mechanisms Underlying Posttraumatic Stress Disorder: Integrative Review and Neurobiological Hypotheses". *Sleep Medicine Reviews*, 12(3), 185-195.
- [163] Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N. and Hu, S. (2020). "Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019". *JAMA Network Open*, 3(3), e203976-e203976.
- [164] Cao, X., Jiang, X., Li, X., Lo, M. and Li, R. (2013). "Family Functioning and Its Predictors Among Disaster Bereaved Individuals in China: Eighteen Months after the Wenchuan Earthquake". *PLoS ONE*, 8. doi: 10.1371/journal.pone.0060738
- [165] Liao, J., Ma, X., Gao, B., Zhang, M., Zhang, Y., Liu, M. and Li, X. (2019). "Psychological Status of Nursing Survivors in China and Its Associated Factors: 6 Years after the 2008 Sichuan Earthquake". *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2301-2311.
- [166] Xu, Y., Herrman, H., Bentley, R., Tsutsumi, A. and Fisher, J. (2014). "Effect of Having a Subsequent Child on the Mental Health of Women Who Lost a Child in the 2008 Sichuan Earthquake: A Cross-Sectional Study". *Bulletin of the World Health Organization*, 92(5), 348-55. doi:10.2471/BLT.13.124677.
- [167] Harigane, M., Nakajima, S., Takebayashi, Y., Maeda, M., Nakano, H., Yasumura, S., Yabe, H., Ohira, T. and Kamiya, K. (2022). "Posttraumatic Stress Response Following the Loss of Significant Close Others in the Great East Japan Earthquake: Fukushima Health Management Survey". *Journal of Traumatic Stress*.
- [168] Corrigan, P. W. (2004). "How Stigma Interferes With Mental Health Care". *American Psychologist*, 59(7), 614-625.

- [169] Vogel, D. L., Wade, N. G. and Haake, S. (2006). "Measuring the Self-Stigma Associated with Seeking Psychological Help". *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325-337.
- [170] Komiya, N., Good, G. E. and Sherrod, N. B. (2000). "Emotional Openness as a Predictor of College Students' Attitudes Toward Seeking Psychological Help". *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 138.
- [171] Addis, M. E. and Mahalik, J. R. (2003). "Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking". *American Psychologist*, 58(1), 5-14.
- [172] Rickwood, D. and Braithwaite, V. (1994). "Social-Psychological Factors Affecting Help-Seeking for Emotional Problems". *Social Science & Medicine*, 39(4), 563-572.
- [173] Dündar, T., Özsoy, S., Toptaş, B. ve Aksu, H. (2019). "Hemşirelikte Mesleki Değerler ve Etkileyen Faktörler". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(1), 11-19.
- [174] Kurşun, Ş. (2010). Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [175] Çil Eyi, S. (2012). Ameliyat Sırasında Uygulanan Hasta Bakımının Hasta ve Hemşireler Tarafından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [176] Leach, M. J. (2005). "Rapport: A Key to Treatment Success". *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 11(4), 262-265.
- [177] Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D. and Watt, G. C. (2009). "The Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure: Development and Preliminary Validation and Reliability of an Empathy-Based Consultation Process Measure". *Family Practice*, 21(6), 699-705.
- [178] Stewart, M. A. (1995). "Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review". *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- [179] Coulehan, J. L., Platt, F. W., Egner, B., Frankel, R., Lin, C. T., Lown, B. and Salazar, W. H. (2001). "Let Me See if I Have This Right: Words That Help Build Empathy". *Annals of Internal Medicine*, 135(3), 221-227.
- [180] Mrayyan, M. and Al-Faouri, I. (2008). "Nurses' Career Commitment and Job Performance: Differences Across Hospitals". *Nursing Leadership*, 21(2), e101-e117.
- [181] Gardner, D. (1992). "Career Commitment in Nursing". *Journal of Professional Nursing*, 8(3), 155-160.

- [182] Wolf, Z. and Hoerst, B. J. (2007). "Professional Commitment in RN-BSN and Basic BSN Students: Program Evaluation". *Nurse Educator*, 32, 61-65.
- [183] Takaoka, K., Niitsu, T., Suzuki, S., Kono, A., Nakazato, M. and Shimizu, E. (2017). "The Association of Posttraumatic Stress Disorder Risk with Help-Seeking Behavior: A Cross-Sectional Study of Earthquake and Tsunami Survivors in Japan". *Traumatology*, 24, 123-130.
- [184] Casacchia, M., Bianchini, V., Mazza, M., Pollice, R. and Roncone, R. (2012). "Acute Stress Reactions and Associated Factors in the Help-Seekers after the L'aquila Earthquake". *Psychopathology*, 46, 120-130.
- [185] Zhen, Y., Huang, Z., Jin, J., Deng, X., Zhang, L. and Wang, J. (2012). "Posttraumatic Stress Disorder of Red Cross Nurses in the Aftermath of the 2008 Wenchuan China Earthquake". *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), 63-70.
- [186] Taşçı, G. A. ve Özsoy, F. (2021). "Deprem Travmasının Erken Dönem Psikolojik Etkileri ve Olası Risk Faktörleri". *Çukurova Tıp Dergisi*, 46(2), 488-494.
- [187] Kurt, E. ve Gülbahçe, A. (2019). "Van Depremini Yaşayan Öğrencilerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Düzeylerinin İncelenmesi". *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23(3), 957-972.
- [188] Zhou, X., Wu, X. and Zhen, R. (2018). "Self-Esteem and Hope Mediate the Relations Between Social Support and Post-Traumatic Stress Disorder and Growth in Adolescents Following the Ya'an Earthquake". *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(1), 32-45.
- [189] Gürsoy, O. ve Gizir, C. A. (2018). "Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Yardım Almaya Yönelik Tutumları: Sosyal Damgalanma, Kendini Damgalama, Öznel Sıkıntıları Açma, Benlik Saygısı ve Cinsiyetin Rolü". *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 8(49), 137-155.
- [190] Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. and Silber, J. H. (2022). "Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction". *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- [191] Gray-Toft, P. and Anderson, J. G. (1981). "Stress Among Hospital Nursing Staff: Its Causes and Effects". *Social Science & Medicine*, 15(5), 639-647.
- [192] Lee, E., Jeong, Y. M. and Yi, S. (2020). "Nurses' Attitudes Toward Psychiatric Help for Depression: The Serial Mediation Effect of Self-Stigma and Depression on Public Stigma and Attitudes Toward Psychiatric Help". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 5073.
- [193] Çankaya, P. and Duman, Z. (2010). "Evaluation of Nursing Students' Attitudes Towards Seeking Psychological Help and Factors Affecting Their Attitudes". *Nurse Education Today*, 30(8), 784-788.

- [194] Yılmaz, E. and Yüksel, A. (2021). “Correlation Between Depression, Psychological Well-Being, and Attitudes Toward Psychological Help Seeking in Surgical Patients”. *Annals of Medical Research*, 26(9), 1926-1931.



EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Bilgi Formu

1.Yaşınız

2.Cinsiyetiniz? Kadın () Erkek () Diğer ()

3.Medeni durumunuz? Bekar () Evli () Diğer ()

4.Eğitim durumunuz?

Lise () Önlisans () Lisans () Yüksek L. () Doktora ()

5. Yaşadığınız yer? Köy () İlçe Merkezi () İl Merkezi ()

6.Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()

Evet ise kaç tane? Bir () İki () Üç () Dört () Beş () Daha fazla (.....)

7.Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz biri var mı?

Evet () Hayır ()

8.Hemşirelik mesleğinde kaçınıcı yılınız?

0-1 yıl () 2-3 yıl () 4-5 yıl () 6-10 yıl () 11-20 yıl () 20 yıl üstü ()

9.Hastanede hangi bölümde çalışmaktasınız?

Yoğun Bakım () Acil Servis () Ameliyathane () Servisler () Diğer (.....)

10.Hastanede hangi pozisyonunda çalışmaktasınız?

Hemşire () Sorumlu Hemşire () Süpervizör Hemşire () Hemşirelik Bakım Hizmetleri Müdürlüğü ()

11.Genellikle hangi vardiya düzeninde çalışmaktasınız?

08:00-16:00 () 08:00-24:00 () 16:00-08:00 () 08:00-08:00 ()

12.Depremde evinizi kaybettiniz mi? Evet () Hayır ()

13.Şu anda barınmakta olduğunuz yer?

Kendi Evim () Kira () Çadır () Konteyner () Diğer (.....)

14.Depremde aile fertlerinizden birini kaybettiniz mi?

Evet () Hayır () (Cevabınız Evet ise) Eş () Çocuk () Anne ()

Baba () Kardeş () Diğer (.....)

15.Deprem sonrası dönemde psikolojik destek aldınız mı?

Evet () Hayır ()

Ek-2. Deprem Sonrası Travma Düzeyini Belirleme Ölçeği (DSTDBÖ)

Aşağıda yaşadığınız bir depremten sonra ortaya çıkmış olabilecek bazı belirtiler verilmiştir. Bu belirtileri deprem sonrası süreçte hayatınızda ne kadar sıklıkla yaşadığınızı ölçek üzerinde işaretleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Orta düzeyde katılıyorum	Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. İştah kaybı yaşıyorum.					
2. Daha öfkeli/sinirli biri oldum.					
3. Kâbuslar görüyorum					
4. Deprem olacak diye kapalı ortamlara giremiyorum.					
5. Geleceğe ilişkin güven duygumu yitirdim.					
6. Artık hayatın hiçbir anlamı yokmuş gibi geliyor.					
7. Yaşadıklarım sonrasında yaşama isteğim azaldı.					
8. Deprem sonrasında hayatımda yaptıklarım ile ilişkin pişmanlıklarım arttı.					
9. Kendimi çok çaresiz/güçsüz hissediyorum.					
10. Yardıma muhtaç olmam onurumu kırıyor					
11. Deprem sonrasında davranışlarıma/ilişkilerime daha çok dikkat etmeye başladım.					
12. Hayatımın değerini daha çok anladım.					
13. Çok duygusallaştım/ durup dururken ağlıyorum					
14. Çocuklarım/Annem-babam/tanıdıklarım/arkadaşlarım için kaygılanıyorum.					
15. Her an deprem olacakmış düşüncesiyle tedirginim					
16. Deprem görüntüleri gözümün önüne geliyor.					
17. Geleceğe ilişkin kaygılanıyorum.					
18. Uykumdan aniden uyanıyorum.					
19. Uykuya dalmakta güçlük çekiyorum.					
20. Daha az uyuyorum.					

Ek-3. Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum Ölçeği-Kısa Form

Lütfen, ölçeğin maddelerinde yer alan ifadelerle katılma düzeyinizi, her maddenin karşısında bulunan numaralardan birini yandaki düzeylere göre işaretleyerek belirtiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Akıl sağlığımda bir bozulma olduğunu düşünürsem, ilk tercihim bir uzmandan yardım almak olur.	1	2	3	4
2.Sorunlar hakkında bir psikologla konuşma fikri, bana, duygusal çatışmalardan kurtulmanın kötü bir yolu gibi geliyor.	1	2	3	4
3.Hayatımın bu döneminde ciddi bir duygusal kriz yaşasam, psikoterapi olarak rahatlayabileceğimden eminim.	1	2	3	4
4.Bir kişinin, gerektiği hâlde bir uzmandan yardım almadan çatışmalarıyla ve korkularıyla baş etmeyi istemesi takdir edilecek bir tutumdur.	1	2	3	4
5.Uzun bir süre endişeli veya üzgün olsam, psikolojik yardım almayı isterim.	1	2	3	4
6.Gelecekte psikolojik danışma almayı isteyebilirim.	1	2	3	4
7.Duygusal bir sorunu olan kişinin bunu tek başına çözmesi mümkün değildir; bu sorununu, bir uzmandan yardım olarak çözebilir.	1	2	3	4
8.Gerektirdiği para ve zaman açısından psikoterapinin değeri benim için şüphelidir.	1	2	3	4
9.Kişi, sorunlarını kendi çözmelidir; psikolojik danışma almak başvurulacak son çare olmalıdır.	1	2	3	4
10.Kişisel ve duygusal sorunlar, başka birçok şey gibi, genellikle kendi kendine çözülürler.	1	2	3	4

Ek-4. Bakım Davranışları Ölçeği-24

	Asla (1)	Hemen hemen asla (2)	Bazen (3)	Genellikle (4)	Çoğu zaman (5)	Her zaman (6)
1.Hastayı dikkatle dinleme						
2.Hastayı eğitme ya da bilgilendirme						
3.Hastaya bir birey olarak davranma						
4.Hastaya zaman ayırma						
5.Hastaya destek olma						
6.Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7.Hastanın gelişimine yardım etme / destek olma						
8.Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9.Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10.Hastaya güven verme						
11.Profesyonel mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12.Araç-gereci beceriyle kullanma						
13.Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14.Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15.Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16.Hastaya istekle gitme						
17. Hastayla konuşma						
18.Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19.Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20.Hastanın çağrısına hemen yanıt verme						
21.Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22.Hastaya ilgi gösterme						
23.Hastanın tedaviye ilaçlarını zamanında uygulama						
24.Hastanın semptomlarını hafifletme						

Ek-6. Hemşireler İçin Aydınlatılmış Onam Formu

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ

Sizi Adıyaman Üniversitesi tarafından “**Hemşirelerde Deprem Sonrası Travma Düzeyi, Psikolojik Yardım Almaya İlişkin Tutum ve Bakım Davranışı İlişkisi**” 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.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Bu çalışma hemşirelerde deprem sonrası travma düzeyi, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ve bakım davranışı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz; **bu çalışma herhangi bir cezaya ya da size zarar verecek bir duruma yol açmayacaktır.** Bu araştırma kapsamında herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05XX XXX XX XX numaralı telefondan 'Remzi ÇATALCA'ya başvurabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

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

Gönüllünün:

Adı – Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları Yapan Araştırmacının:

Adı- Soyadı: Remzi ÇATALCA

İmzası: