

**BEZMÎÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERDE DUYGUSAL ZEKÂ ve AFETE MÜDAHALE  
ÖZ-YETERLİLİK İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ahmet Doğan KUDAY**

**Afet Yönetimi Anabilim Dalı  
Afet Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN**

**HAZİRAN 2022**

**BEZMÎÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERDE DUYGUSAL ZEKÂ ve AFETE MÜDAHALE  
ÖZ-YETERLİLİK İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ahmet Doğan KUDAY  
205325007**

**Afet Yönetimi Anabilim Dalı  
Afet Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN**

**HAZİRAN 2022**

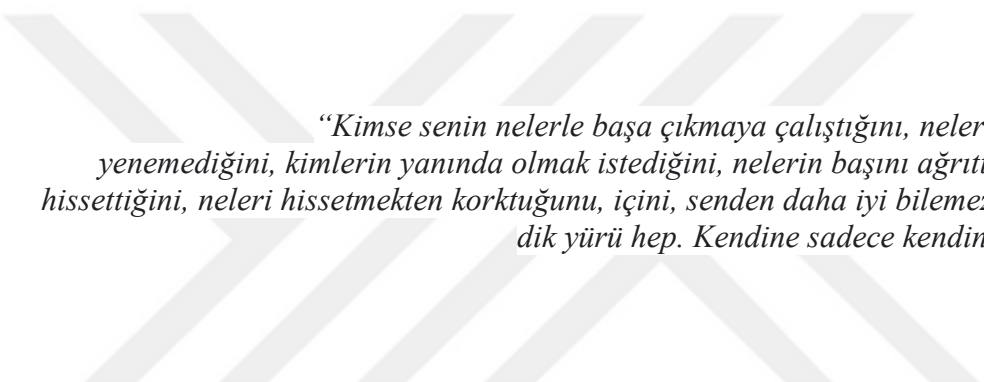
Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 205325007 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Ahmet Doğan KUDAY, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "HEMŞİRELERDE DUYGUSAL ZEKÂ ve AFETE MÜDAHALE ÖZ-YETERLİLİK İLİŞKİSİ" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

**Tez Danışmanı :** **Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN** .....  
Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi

**Jüri Üyeleri :** **Prof. Dr. Meltem GÜRSU** .....  
Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi

**Dr. Öğr. Üyesi Cüneyt ÇALIŞKAN** .....  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

**Teslim Tarihi** :  
**Savunma Tarihi** : 22 Haziran 2022



*“Kimse senin nelerle başa çıkmaya çalıştığını, neleri yendiğini, yenemediğini, kimlerin yanında olmak istediğini, nelerin başını ağrıttığını, neler hissettiğini, neleri hissetmekten korktuğunu, içini, senden daha iyi bilemez. O yüzden dik yürü hep. Kendine sadece kendin lazımsın.”*

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bana yüksek öğrenimin değerini aşıl原因an, bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, tez çalışmasının planlanmasında ve gerçekleştirilmesinde güçlü desteğini esirgemeyen, mesleki değerlerini her zaman örnek alacağım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN'a, bilgi ve desteğiyle yol gösterici katkılarda bulunan Öğr. Gör. Mehmet Halil ÖZTÜRK'e, araştırma sürecine gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm meslek arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim. Özellikle hayatım boyunca beni her zaman destekleyen, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, en büyük destekçim olan aileme sonsuz teşekkür ederim.

Haziran 2022

Ahmet Doğan KUDAY

## **BEYAN**

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

**Ahmet Doğan KUDAY**

## **İÇİNDEKİLER**

	<u>Sayfa</u>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iii</b>
<b>BEYAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>ŞEKİL LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>1</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>3</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	<b>5</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>7</b>
2.1 Afet ve İlgili Kavramlar .....	7
2.1.1 Afet türleri ve sınıflandırmaları .....	8
2.1.1.1 Doğa kaynaklı afetler .....	10
2.1.1.2 İnsan/teknoloji kaynaklı afetler .....	10
2.1.2 Afet yönetimi .....	12
2.1.2.1 Zarar azaltma evresi .....	14
2.1.2.2 Hazırlık evresi .....	14
2.1.2.3 Müdahale evresi .....	15
2.1.2.4 İyileştirme evresi .....	15
2.2 Afet Hemşireliği.....	16
2.2.1 Afet hemşirelerinin sorumlulukları .....	18
2.2.1.1 Afet öncesi hazırlık evresi.....	18
2.2.1.2 Afet dönemi yanıt evresi .....	19
2.2.1.3 Afet dönemi iyileşme evresi.....	20
2.2.2 Afet hemşireliği eğitimi .....	22
2.2.3 Dünya’da afet hemşireliği eğitimi.....	24
2.2.4 Türkiye’de afet hemşireliği eğitimi.....	25
2.3 Öz-Yeterlilik .....	28
2.3.1 Yüksek ve düşük öz-yeterlilik düzeyleri.....	30
2.3.2 Hemşirelikte öz-yeterlilik.....	32
2.3.3 Hemşirelikte afete müdahale öz-yeterliliği .....	33
2.4 Duygusal Zekâ .....	35
2.4.1 Zekâ.....	35
2.4.2 Zekâ teorileri .....	36
2.4.3 Zekânın gelişimi.....	38
2.4.4 Duygu .....	39
2.4.5 Duygusal zekâ .....	42
2.4.6 Hemşirelik açısından duygusal zekâ .....	44
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>47</b>
3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli .....	47
3.2 Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri .....	47
3.3 Araştırmanın Değişkenleri .....	49
3.4 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	50
3.5 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	50
3.6 Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri .....	51

3.7 Verilerin Toplanması .....	51
3.8 Veri Toplama Araçları .....	51
3.8.1 Sosyodemografik bilgi formu .....	52
3.8.2 Afete müdahale öz-yeterlilik ölçeği (AMÖYÖ) .....	52
3.8.3 Gözden geçirilmiş Schutte duygusal zekâ ölçeği (GGSDZÖ).....	53
3.9 Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	53
3.10 Araştırmanın Etik Yönü ve Uygulanması .....	54
3.11 Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları .....	55
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>56</b>
4.1 Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	56
4.2 Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Puan Ortalamaları .....	59
4.3 Sosyodemografik Özelliklere Göre GGSDZÖ'nün Dağılımı .....	60
4.4 Hemşirelerin Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları.....	69
4.5 Sosyodemografik Özelliklere Göre AMÖYÖ'nün Dağılımı .....	70
4.6 GGSDZÖ ve AMÖYÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular .....	79
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>82</b>
5.1 GGSDZÖ'nün Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tartışma.....	82
5.2 AMÖYÖ'nün Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tartışma.....	85
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>88</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>94</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>114</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>123</b>

## KISALTMALAR

<b>AFAD</b>	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
<b>AMÖYÖ</b>	: Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği
<b>CRED</b>	: Afetlerin Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EI/EQ</b>	: Duygusal Zekâ
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>EM-DAT</b>	: Acil Durum Veritabanı
<b>FEMA</b>	: Federal Acil Durum Yönetim Kurumu
<b>GGSDZÖ</b>	: Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği
<b>ICN</b>	: Uluslararası Hemşireler Konseyi
<b>IQ</b>	: Bilişsel Zekâ
<b>JNA</b>	: Japon Hemşireler Birliği
<b>JHU</b>	: Johns Hopkins Üniversitesi
<b>KBRN</b>	: Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer
<b>NLP</b>	: Nörolingüistik Programlama
<b>SBF</b>	: Sağlık Bilimleri Fakülteleri
<b>SPSS</b>	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
<b>STK</b>	: Sivil Toplum Kuruluşları
<b>SYO</b>	: Sağlık Yüksek Okulları
<b>TDK</b>	: Türk Dil Kurumu
<b>UMKE</b>	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
<b>YÖK</b>	: Yüksek Öğretim Kurumu
<b>UKCC</b>	: Birleşik Krallık Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Ziyareti Merkez Konseyi

## TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 2. 1.</b> Afet Türleri.....	9
<b>Tablo 4. 1.</b> Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar.....	56
<b>Tablo 4. 2.</b> Mesleki Özelliklere İlişkin Dağılımlar.....	57
<b>Tablo 4. 3.</b> Yaşanılan Afetlere İlişkin Dağılımlar .....	58
<b>Tablo 4. 4.</b> Görev Alınan Afetlere İlişkin Dağılımlar .....	59
<b>Tablo 4. 5.</b> GGSDZÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Dağılımlar .....	59
<b>Tablo 4. 6.</b> Yaşa Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	60
<b>Tablo 4. 7.</b> Cinsiyete Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	61
<b>Tablo 4. 8.</b> Medeni Duruma Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	61
<b>Tablo 4. 9.</b> Çocuk Sayısına Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	62
<b>Tablo 4. 10.</b> Aile Tipine Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	62
<b>Tablo 4. 11.</b> Gelir Durumuna Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	63
<b>Tablo 4. 12.</b> Eğitim Durumuna Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	64
<b>Tablo 4. 13.</b> Çalıştığı Kuruma Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	65
<b>Tablo 4. 14.</b> Çalıştığı Birime Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	66
<b>Tablo 4. 15.</b> Çalışma Süresine Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	67
<b>Tablo 4. 16.</b> Afet Yaşama Durumuna Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	68
<b>Tablo 4. 17.</b> Afette Görev Alma Durumuna Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	68
<b>Tablo 4. 18.</b> AMÖYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Dağılımlar .....	69
<b>Tablo 4. 19.</b> Yaşa Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	70
<b>Tablo 4. 20.</b> Cinsiyete Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	71
<b>Tablo 4. 21.</b> Medeni Duruma Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	71
<b>Tablo 4. 22.</b> Çocuk Sayısına Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	72
<b>Tablo 4. 23.</b> Aile Tipine Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	72
<b>Tablo 4. 24.</b> Gelir Durumuna Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	73
<b>Tablo 4. 25.</b> Eğitim Durumuna Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	73
<b>Tablo 4. 26.</b> Çalıştığı Kuruma Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	74
<b>Tablo 4. 27.</b> Çalıştığı Birime Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	75
<b>Tablo 4. 28.</b> Çalışma Süresine Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	76
<b>Tablo 4. 29.</b> Afet Yaşama Durumuna Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	77
<b>Tablo 4. 30.</b> Afette Görev Alma Durumuna Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	77
<b>Tablo 4. 31.</b> Ölçekler Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları .....	79
<b>Tablo 4. 32.</b> Ölçekler Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları .....	81
<b>Tablo 6. 1.</b> Hipotez Test Sonuçlarına İlişkin Sonuçlar.....	91

## ŞEKİL LİSTESİ

	<b><u>Sayfa</u></b>
Şekil 2.1. 1986 Çernobil Afeti .....	11
Şekil 2.2. Afet Yönetimi Döngüsü.....	13
Şekil 2.3. Afete Müdahale Evresi .....	15
Şekil 2.4. Jenning Afet Hemşireliği Modeli .....	26



## HEMŞİRELERDE DUYGUSAL ZEKÂ ve AFETE MÜDAHALE ÖZ-YETERLİLİK İLİŞKİSİ

### ÖZET

Bu araştırma, hemşirelerin duygusal zekâ düzeylerinin afete müdahale öz-yeterlilikleriyle olan bağlantısının literatüre kazandırılması amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi'nde görev yapan 390 ve İstanbul UMKE'de görev yapan 689 hemşire olmak üzere toplam 1079 hemşire, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 565 hemşire oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak 14 maddelik "Sosyodemografik Bilgi Formu", 41 maddelik "Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği (GGSDZÖ)" ve 19 maddelik "Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği (AMÖYÖ)" uygulanmıştır. Verilerin analizinde sayı/yüzde, ortalama, Student's t-test, Mann-Whitney U, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır.

Çalışma grubunun %66,7'si (n=377) kadın, %33,3'ü (n=188) erkektir. Hemşirelerin %25,7'si (n=145) 24 yaşın altında, %39,8'i (n=225) 25-34 yaş aralığında, %34,5'i (n=195) 35 yaş ve üzerindedir. Hemşirelerin %56,5'i (n=319) evli, %43,5'i (n=246) bekar. Hemşirelerin %39,8'inin (n=225) çocuğu yokken, %34,7'sinin (n=196) bir çocuğu, %25,5'inin (n=144) iki ve daha fazla çocuğu vardır. Hemşirelerin %66,4'ü (n=375) çekirdek, %33,6'sı (n=190) geniş aileye sahiptir. Hemşirelerin %28,7'sinin (n=162) geliri giderden fazla, %38,9'unun (n=220) geliri giderle eşit ve %32,4'ünün (n=183) geliri giderden azdır. Hemşirelerin %25,0'i (n=141) lise, %11,3'ü (n=64) ön lisans, %41,4'ü (n=234) lisans, %14,7'si (n=83) yüksek lisans ve %7,6'sı (n=43) doktora mezundur. Hemşirelerin %88,1'i (n=498) en az bir afet ile karşılaşmış ve %79,8'i (n=451) en az bir doğal afette görev almıştır.

Çalışma bulguları; hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, gelir durumu ve daha önce afet yaşama durumuna göre GGSDZÖ ve AMÖYÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki görülmediğini ( $p>0.05$ ) göstermiştir. Eğitim durumu, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, meslekte çalışma süresi ve daha önce afette görev alma durumuna göre GGSDZÖ ve AMÖYÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir ilişki görüldüğü ( $p<0.05$ ) saptanmıştır. Çocuk sayısı ile toplam GGSDZÖ ortalama puanıyla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bununla birlikte, afet yaşama durumuna göre GGSDZÖ ve AMÖYÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmezken, afette görev alma durumuna göre anlamlı ilişki görülmüştür ( $p<0.05$ ). Yapılan korelasyon ve regresyon analizi sonucunda duygusal zekâ ile afete müdahale öz-yeterlilik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ( $r=0,885$ ,  $p<0,05$ ) ve duygusal zekâ ölçeğinin afete müdahale öz-yeterliliği pozitif yönde anlamlı bir şekilde etkilediği ( $\beta =1,660$ ,  $p<0,05$ ) bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda; duygusal zekâ düzeyi ve afete müdahale öz-yeterliliği düşük olan hemşirelerin bu alanda geliştirilmesi gereken grup olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin lisansüstü eğitimlerinin desteklenmesi, eğitim ve kurs programlarının geliştirilmesi, afet hemşireliğinin özel dal olmasının sağlanması, hastanenin acil ve diğer birimlerinde çalışan hemşirelerin beceri ve klinik tecrübe kazanmalarına fırsat sağlayacak çalışma programlarının oluşturulması, tatbikatlar düzenleyerek hemşirelerin deneyim kazanmalarının sağlanması, STK ve gönüllülük hizmetlerinin desteklenmesi önerilmektedir. Gelecekteki araştırmalar için hemşirelerde duygusal zekâ ve afete müdahale öz-yeterliliğin farklı evren ve örneklem üzerinde tekrarlanarak araştırılması ve hemşirelerde duygusal zekâ ve afete müdahale öz-yeterliliklerinin geliştirilmesinin faydalarının belirlenmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Afet Hemşireliği, Duygusal Zekâ, Öz-Yeterlilik, Müdahale

## **THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTIONAL INTELLIGENCE AND DISASTER RESPONSE SELF-EFFICACY IN NURSES**

### **SUMMARY**

This research was made in order to bring the relationship between the emotional intelligence levels and the disaster response self-efficacy levels of nurses to the literature. The population of the research consisted of a total of 1079 nurses, 390 nurses of whom worked at Istanbul Bezmîâlem Vakıf University and 689 nurses of whom worked at Istanbul UMKE and the sample consisted of 565 nurses who agreed to participate in the research. As data collection tools, 14-item “Sociodemographic Information Form”, 41-item “Revised Schutte Emotional Intelligence Scale” and 19-item “Disaster Response Self-Efficacy Scale” were applied. Number/percentage, mean, Student’s t-test, Mann-Whitney U, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis, correlation and regression analysis were used in the analysis of the data.

66.7% (n=377) of the study group was female and 33.3% (n=188) was male. 25.7% (n=145) of the nurses were under the age of 24, 39.8% (n=225) were between the ages of 25-34, and 34.5% (n=195) were aged 35 and over. 56.5% (n=319) of the nurses were married and 43.5% (n=246) were single. While 39.8% (n=225) of the nurses had no children, 34.7% (n=196) had one child and 25.5% (n=144) had two or more children. 66.4% (n=375) of the nurses have nuclear families and 33.6% (n=190) have extended families. The income of 28.7% (n=162) of the nurses is more than the outgoings, the income of 38.9% (n=220) is equal to the outgoings, and the income of 32.4% (n=183) is less than the outgoings. 25.0% (n=141) of the nurses graduated from high school, 11.3% (n=64) had an associate degree, 41.4% (n=234) of nurses had a bachelor's degree, 14.7% (n=83) had a master's degree and 7.6% (n=43) had a doctorate degree. 88.1% of nurses (n=498) experienced at least one disaster and 79.8% (n=451) served in at least one disaster.

The findings of the study showed that there was no significant relationship between the MSEIS and DRSES sub-dimensions and total score averages according to the nurses' age, gender, marital status, family type, income status and previous disaster experience ( $p>0.05$ ). It was determined that there was a significant relationship ( $p<0.05$ ) between the MSEIS and DRSES sub-dimensions and total score averages according to educational status, institution of worked, unit of worked, length of service and take charge in disaster. A statistically significant difference was found between the number of children and the mean score of the total MSEIS ( $p<0.05$ ). On the other hand, while there was no significant relationship between the MSEIS and DRSES scores according to the disaster experience, a significant relationship was observed according to the status of taking part in the disaster ( $p<0.05$ ). As a result of the correlation and regression analysis, it was found that there is a positive and significant relationship between emotional intelligence and disaster response self-efficacy ( $r=0.885$ ,  $p<0.05$ ) and the emotional intelligence scale had a positive and significant effect on disaster response self-efficacy ( $\beta =1.660$ ,  $p<0.05$ ).

In line with these results; nurses with low emotional intelligence level and disaster response self-efficacy level should be considered as the group that needs improvement in this area. It is recommended to support nurses' postgraduate education, to develop training and course programs, to ensure that disaster nursing is a private branch, to create work programs that will allow nurses working in the emergency and other units of the hospital to gain skills and clinical experience, to enable nurses to gain experience by organizing exercises, and to support NGO and volunteer services. For future research, it is recommended to investigate emotional intelligence and disaster response self-efficacy in nurses repeatedly on different universes and samples, and to determine the benefits of developing emotional intelligence and disaster response self-efficacy in nurses.

**Keywords:** Disaster Nursing, Emotional Intelligence, Self-efficacy, Response

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde her yıl meydana gelen çeşitli afetler sebebiyle insanlar mağdur olmakta ve hayatını kaybetmektedir. Afetler, toplumun başa çıkma işlevinin yetersiz olduğu, toplumun hepsi veya belirli kesimleri için normal yaşantıyı ve insan eylemlerini kesintiye uğratan fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıplara sebebiyet veren olaylardır [1]. Afetler Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (CRED)'nin Acil Durum Veritabanı (EM-DAT) raporlarına göre 2021 yılında 101,8 milyon kişiyi etkileyen, 10,492 ölümlle sonuçlanan ve yaklaşık 252 milyar ABD doları değerinde ekonomik kayba neden olan 432 afet meydana gelmiştir [2].

Afet hallerinde, etkisi altında kalan topluluğa profesyonel bir yardım sağlanmalıdır [3]. Eski çağlardan günümüze kadar uzanan bir geçmişi olan, topluma hizmet vermek üzere doğan hemşirelik mesleği topluma en yakın grup olarak karşımıza çıkmakta ve hemşireler, afet yönetiminin bütün evrelerinde çok önemli görevler üstlenmektedir [4].

Hemşireler, alanıyla ilgili bulunduğu konumda hemşirelik bakımını planlayan ve uygulayan, diğer sağlık ekipleriyle koordineli bir şekilde çalışan, mesleki ve yasal düzenlemelerle kurumunda aktif rol alan kişilerdir [5]. Afet hemşireleri, afet yönetiminin her aşamasında interaktif katılım sağlayarak, afetten muzdarip olanlara en yüksek seviyede bakım sağlamaktadır [6]. Afet gibi olağanüstü ve zor durumlarda yaralılara gereken bakımı sunabilmek için hemşireler yeterli düzeyde eğitime ve mesleki yetkinliklere sahip olmalıdır [7]. Afet konusunda yetkinliğe sahip olan hemşireler, afet kaynaklı mortalite ve morbidite oranlarının minimum seviyeye indirilmesinde kritik rol oynamaktadır [8]. Fakat hemşirelerin bilgi, beceri ve yetkinlikle sahip olacakları başarı sadece teorik bilgilerle sağlanamamaktadır. Bunların yanı sıra iletişim becerileri, empati, stres yönetimi ve problem çözme gibi hususlar da önem kazanmaktadır [9]. Bu durum duygusal zekâ kavramını gündeme getirmektedir.

Goleman, duygusal zekâyı; “*kendi duygularımızı ve başkalarının duygularını tanımak ve anlamak, kendimizi motive etmek ve ilişkilerimizde duygularımızı doğru yönetmekle ilgili yetenek*” olarak tanımlamaktadır [10]. Duygusal zekâsı yüksek olan insanlar, kendi duygularının farkında olup duygularını kontrol edebilmekte, problemleri kolay bir şekilde çözebilmekte ve mesleki yaşamlarını kolaylaştırabilmektedir [11]. Duygusal zekâsı yüksek olan hemşireler de daha etkili iletişim kurabilmekte, stresten daha az etkilenmekte, duygusal farkındalık sayesinde daha efektif bir şekilde hizmet verebilmekte, problemleri doğru bir şekilde saptayıp, üstesinden gelebilmektedir [12].

Evans ve Allen [13], kendi duygularını tanıyan, kendine güvenen ve azimli olan hemşirelerin duygusal zekâ seviyesinin yüksek olduğu bildirmiştir. Hemşirelerdeki duygusal zekânın, hastaların bakım kalitesini etkileyeceği de aşıkardır. Nitekim uluslararası çalışmalar duygusal zekâ düzeyi yüksek olan hemşirelerin daha etkin bir şekilde hasta bakımı sağladıklarını ortaya koymuştur [14-19].

Literatür incelendiğinde hemşirelerin duygusal zekâ, afete müdahale, afete hazırlık ve öz-yeterlilik konusunda ayrı ayrı yapılmış çalışmaların mevcut olduğu gözlemlenmiştir. Ancak mesleki öz-yeterlilik ve duygusal zekâ konusunu birlikte inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma ile hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ile mesleki öz-yeterlilikleri arasında ilişki kurularak afet ikliminin iyileştirilmesi, hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ile öz-yeterlilikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Afet ve İlgili Kavramlar

Afet yönetimi disiplini olayları kapsam ve genişliklerine göre birbirinden ayırmak için kullanılan üç farklı kavram bulunmaktadır. Bunlar; olay, acil durum ve afet kavramlarıdır.

Yerleşim yerlerinde gündelik hayatı, kurum ve kuruluşların çalışma kapasitesini kesintiye uğratmayan, çok sınırlı zarar verme kapasitesinde olan durumlara olay denir. Olaylar, çoğunlukla yerel imkânların yeterli olduğu durumlardır ve ilk müdahale sonucu kontrol altına alınabilmektedir [20]. Acil durum ise; toplumun hepsinin ya da belli kesimlerinin normal yaşantısını ve eylemlerini kesintiye uğratan, ivedilikle müdahalede bulunmayı gerektiren ancak yerel imkânlar ile üstesinden gelinebilecek olayların oluşturduğu bir kriz durumudur.

Afet kavramı; bela, yıkım, büyük felaket anlamına gelen Arapça kökenli bir kelimedir [21]. İngilizcesi “disaster” anlamına gelen afet kavramı; dis (istenmeyen) ve astro (yıldızlar) kelimelerinden oluşmaktadır. Kötü yıldızların felakete ve uğursuzluklara neden olduğunu düşündüklerinden dolayı Antik Çağ dönemindeki insanların bu kelimeyi kullandıkları bilinmektedir. Afet; *“toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay”*dır [22].

Literatürde afet olgusunun birçok tanımı yapılmıştır. Ergünay, *“Toplumun başa çıkma işlevinin yetersiz olduğu, toplumun hepsi veya belirli kesimleri için normal yaşantıyı ve insan eylemlerini kesintiye uğratan fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıplara sebebiyet veren olaylar”* olarak tanımlamaktadır [1]. Türk Dil Kurumu ise *“çeşitli doğa olaylarının neden olduğu yıkım”* olarak tanımlamaktadır [23].

Afetler sosyal hayatı derinden etkileyen olaylardır. Afetler bireyleri, kurumları ve doğayı etkilemekte, hatta tahribata yol açabilmektedir. Bu sebepten dolayı afetlere, “*bir toplumun acil müdahale yeteneğinin en üst seviyede ölçülmesi*” de denilebilmektedir [24]. Bir olayı afet olarak nitelendirmek için, olayın ani ve hızlı gelişmesi, insanlarda ve yerleşim yerlerinde çok fazla kayba neden olması, mevcut imkânların yeterli düzeyde olmaması ve dış yardıma ihtiyaç duyulması gerekmektedir. Bu nedenle afet olgusuna bir olay olarak değil, olayın oluşturduğu sonuç olarak bakılmaktadır.

### **2.1.1 Afet türleri ve sınıflandırmaları**

Literatürde farklı afet sınıflandırmaları mevcuttur. Genellikle ortaya çıkma hızlarına ve nedenlerine göre iki başlıkta incelenmektedir. Nedenlerine göre afetler ikili veya üçlü sınıflamaya tabi tutulmaktadır. Bu araştırmada afetler; doğa kaynaklı ve insan/teknoloji kaynaklı afetler olarak iki grupta sınıflandırılmıştır (Tablo 2.1)

#### **A) Oluşum Sürelerine Göre Afetler:**

- i. Yavaş Gelişen Afetler (kuraklık, küresel ısınma, vb.)
- ii. Ani Gelişen Afetler (deprem, hortum, vb.)

#### **B) Nedenlerine Göre Afetler:**

- i. Doğa Kaynaklı Afetler (deprem, sel, heyelan, vb.)
- ii. İnsan/Teknoloji Kaynaklı Afetler (savaşlar, terör olayları, vb.)

Doğa kaynaklı afetler dünyanın varlığından günümüze dek yaşanırken; insan kaynaklı afetler insanlığın varlığı ile başlamış ve teknolojinin gelişmesi ile daha yaygın hale gelmiştir. Bu sebepten dolayı insan kaynaklı afetlere teknoloji kaynaklı afetler de denilmektedir. Günümüzde teknolojiye yaşanan gelişmeler sonucunda, kuraklık ve sel gibi doğa kaynaklı afetlerde azalma görülürken, insan/teknoloji kaynaklı afetlerde ise artış görülmektedir.

**Tablo 2. 1 : Afet Türleri**

Doğa Kaynaklı Afetler			İnsan/Teknoloji Kaynaklı Afetler	
JEOLOJİK	KLİMATOLOJİK	BİYOLOJİK	SOSYAL	TEKNOLOJİK
Deprem	Sıcak Dalgası	Erozyon	Yangınlar	Maden Kazaları
Heyelan	Soğuk Dalgası	Orman Yangınları	Savaşlar	Biyolojik,nükleer kimyasal silahlar ve kazalar
Kaya Düşmesi	Kuraklık	Salgınlar	Terör Saldırıları	Sanayi Kazaları
Volkanik Patlamalar	Dolu	Böcek İstilasası	Göçler	Ulaşım Kazaları
Çamur Akıntıları	Hortum			
Tsunami	Yıldırım			
	Kasırga			
	Tayfun			
	Sel			
	Siklonlar			
	Tornado			
	Tipi			
	Çığ			
	Aşırı Kar Yağışları			
	Asit Yağmurları			
	Sis			
	Buzlanma			
	Hava Kirliliği			
	Orman Yangınları			

### **2.1.1.1 Doğa kaynaklı afetler**

Doğa kaynaklı afetler; insanların ikamet ettiği yerleşim yerlerinde meydana gelen, başladıktan sonra önlenemeyen, toplumun gündelik yaşantısını kesintiye uğratan, çok sayıda ölüme neden olan ve yerel imkânlarla atlatılamayacak doğa olaylarının sonucu olarak görülen yıkımlardır. Doğa kaynaklı afetlere deprem, sel, tsunami, fırtına, hortum gibi olaylar örnek olarak verilebilmektedir.

Doğa kaynaklı afetler ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, farklı türlerde görülebilmektedir. Doğa kaynaklı afetleri ani ve yavaş gelişen olarak iki gruba ayırdığımızda, yavaş gelişen doğa kaynaklı afetlerde en çok kuraklık ve kıtlık görülürken; ani gelişen doğa kaynaklı afetlerde ise en çok deprem ve sel görülmektedir.

Meydana gelen bir doğa kaynaklı afet, başka bir afetin oluşmasını tetikleyebilmektedir. Örneğin; depremlerden sonra tsunamilerin görülmesi veya aşırı kar yağışı sonrasında çığ oluşumunun gerçekleşmesi bu duruma bir örnektir.

Deprem, çığ, sel gibi istenmeyen doğa olayları yerleşim yerlerini etkilemektedir. Bu doğa olaylarının oluş şekli ve etkileri ne kadar farklı olsa da yerleşim yerlerinde yaşayan insanlar için can ve mal kaybına neden olmaktadır [26]. Doğa kaynaklı afetler tabii olmayan hareketler sonucunda var olup, çok sayıda can ve mal kaybına neden olduğundan tarih boyunca insanlığın merak konusu olmuştur [27].

### **2.1.1.2 İnsan/teknoloji kaynaklı afetler**

İnsan/teknoloji kaynaklı afetler, doğrudan insan faktörüyle ilişkili olan ancak doğa ile aralarında bir sebep-sonuç ilişkisi kurulamayan afetlerdir. Kimyasal ve nükleer kazalar, trafik kazaları, yangın, salgın hastalıklar, savaş ve terörizm bu tür afetler arasındadır.

Teknolojinin gelişmesi insan yaşamını kolaylaştırmak için pek çok avantaj sağlasa da insan hayatını tehlikeye sokan yeni riskler de yaratmıştır. Bu sebepten ötürü insan kaynaklı afetlere, teknoloji kaynaklı afetler de denilmektedir. Üretimde kimyasal ve biyolojik hammaddelerin kullanılması, nükleer reaktörlerin sayısının artırılması, silah endüstrisinin geliştirilmesi vb. durumlar bir yandan hayatımızı kolaylaştırırken, öte yandan hayatımızı tehlikeye de sokmaktadır.

Kimyasal maddelerle uğraşan profesyonel meslek grupları kimyasal kazalar açısından büyük risk grubu içerisindedir. Nükleer kazalar ise daha büyük yıkımlara neden olabilecek afetlerdir. Günümüze kadar dünyada dört büyük nükleer afet yaşanmıştır. Bunlar; 1979'da Amerika'da, 1986'da Çernobil'de, 1999'da Tokyo'da ve 2011'de Fukushima'da meydana gelmiştir. Nükleer kazalar sona ermiş olsa da vermiş oldukları zararlı etkileri uzun yıllar boyunca geniş bir bölgede devam etmiştir. Örneğin; Karadeniz bölgesinde Çernobil Faciası'nın etkileri hala devam etmekte olup, artan kanser prevalansının sebebi bu nükleer kazaya yordanmaktadır (Şekil 2.1).



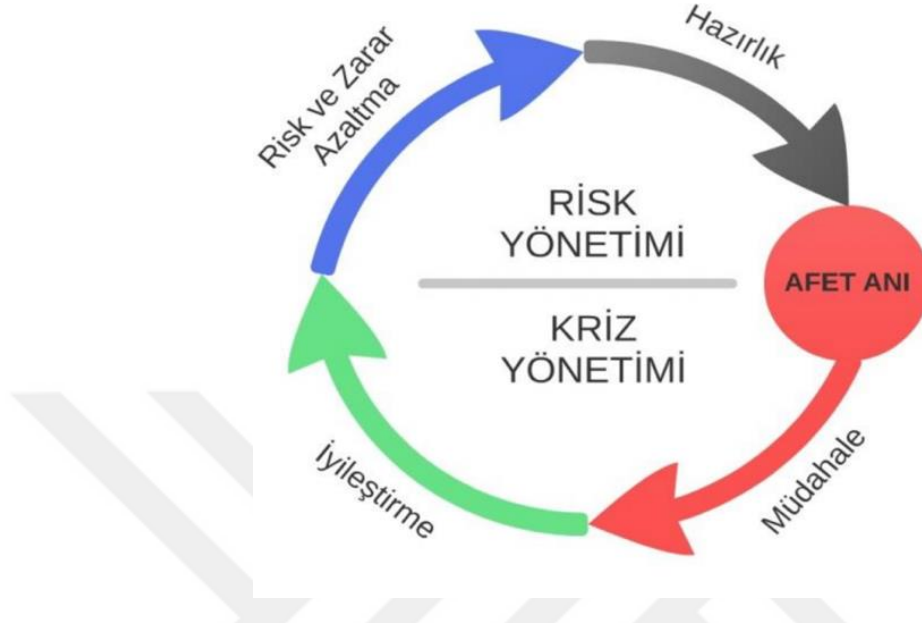
**Şekil 2.1.** 1986 Çernobil Afeti [28]

### 2.1.2 Afet yönetimi

Afet yönetimi; afetlerin oluşumuna zemin hazırlayan risklerin belirlenip azaltılması, mal, mülk ve çevreyi koruma amaçlı birtakım hazırlıkların düzenlenmesi, afetzedeleri kurtarma ve gündelik hayata daha iyi ve güvenli bir şekilde dönmek için müdahale çalışmalarının yürütülmesini içeren, sürdürülebilir kalkınmayı amaçlayan, organize bir şekilde çalışmaların sürdürüldüğü faaliyetlerinin bütünüdür. Başka bir tanımla afet yönetimi; afetin önlenmesi, risklerin azaltılması veya yok edilmesi, afetten önce ve sonra gerekli etkinliklerin planlanması, koordine edilmesi ve yürütülmesi için tüm kurum ve kuruluşların kaynakları ortak amaçlar doğrultusunda kullandığı bir yönetim biçimidir [29].

Afet yönetimi; genellikle afet öncesi (risk yönetimi) ve afet sonrası (kriz yönetimi) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Afet öncesi dönemde risk belirleme, zarar azaltma, planlama, eğitim, tatbikat, erken uyarı sistemleri yer alırken; afet sonrası dönemde acil yardım çalışmaları, arama ve kurtarma, yeniden inşa ve rehabilitasyon çalışmaları yer almaktadır. Afet yönetimi sürecindeki bu çalışmalara bakıldığında her iki evrenin de bir bütünün parçaları olduğu görülmektedir. Bu yüzden afet yönetimi; çok yönlü, çok disiplinli ve dinamik bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Afet yönetimi temel olarak zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme olmak üzere dört evreden oluşmaktadır (Şekil 2.2). Bu evreler döngüsel bir ilişki çerçevesinde her zaman birbirini takip etmek zorundadır. Bu evrelerin her birinde planlama ve risk azaltma çalışmaları söz konusudur. Afet öncesi risk yönetim çalışmaları süreç gerektiren bir olgudur ve değişen risklere karşı düzenli olarak geliştirilmeli, etkin bir şekilde yürütülmelidir. Afet sonrası yürütülen çalışmalardan kazanılan tecrübeler ile de bir sonraki afetten daha az zararla kurtulabilmek için tekrardan risk yönetimine geçilmelidir. Risk yönetim evresine gereken önem verilmediği takdirde kriz yönetiminin başarılı olması çok zordur. Üstelik risk yönetimi yapılmaksızın sadece kriz yönetimine odaklanılması ilkel, etkisiz, güvensiz ve yanlış bir yönetim olarak kabul edilmektedir [30].



**Şekil 2.4.** Afet Yönetimi Döngüsü [31]

Yaşanma sıklığının yüksek olması ve toplumdaki yıkıcı etkileri nedeniyle her ülkenin afet olayları karşısında uygun afet yönetimi stratejileri geliştirmesi gerekmektedir. Afet yönetimi, afetlerin önlenmesi ve zararların azaltılması için afet öncesi, afet anı ve afet sonrası yapılması gerekenlerin belirlenmesi, afetten etkilenen bireyler için gerekli sağlık bakım hizmetlerinin sağlanması ve güvenli bir çevrenin sürdürülmesi amacıyla olası olumsuz etkilerin düzenlenmesidir. Başarılı bir afet yönetimi için afet yönetim planının açık şekilde belirlenmiş olması zorunludur [32,33].

Afet yönetimi planının geliştirilmesinde polis, itfaiye, acil kurtarma ekipleri, sağlık personelleri, sivil savunma ekipleri vb. çeşitli sektörlerin işbirliğine ve multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç vardır [34]. Afetler hangi nedenle olursa olsun ölüm, yaralanma, sakatlanma ve hastalanma gibi doğrudan sağlıkla ilgili olaylarla sonuçlandığından sağlık sektörü, üzerinde en çok durulan alandır. Sağlık profesyonelleri içinde özellikle acil çalışanları, ruh sağlığı çalışanları, halk sağlığı çalışanları ve hemşireler afet yönetim planına dahil edilmektedir.

Etkili bir afet yönetimi, sadece tehlikeden kaçınmakla sınırlı değildir. Afet yönetimi afetlere hazırlıklı olmanın, zararı azaltmanın ve bu afetlere tepki vermenin yanı sıra toplulukları afet öncesi duruma getirmeye odaklanmaktadır [35]. Başarılı bir afet yönetimi için afet yönetim planının açık ve anlaşılır şekilde hazırlanmasının ve hazırlanan bu plana göre masabaşı veya saha tatbikatlarının yapılmasının yanında afet yönetimi planında görevli tüm ekip üyelerinin görevlerinin bilincinde ve sorumluluğunda olması oldukça önem arz etmektedir.

#### **2.1.2.1 Zarar azaltma evresi**

Afetler meydana gelmeden önce etkilerini azaltma ve/veya yok etmeye yönelik risk ve tehlike analizi gibi yapılması gereken bütün çalışmaları içeren evredir. Bu evrede can ve mal kayıplarını en aza indirmek, zarar görülebilirliği azaltmak, toplumun güvenlik kapasitesini arttırmak amaçlanır. Bu sebeple zarar azaltma çalışmaları, bütünlük afet yönetiminin ilk adımı olarak kabul edilmektedir [30]. Nitekim, etkin bir zarar azaltma politikası gerçekleştirilmediği durumda takip eden evrelerin yönetilebilmesi daha da zorlaşacaktır.

#### **2.1.2.2 Hazırlık evresi**

Hazırlık evresi, daima olası bir afete karşı hazırlıklı olmayı hedeflemektedir. Tehlikeli bir olayın olumsuz etkilerinin en aza indirgenmesini, kriz sonrası iyileştirme çabalarının kolaylaştırılmasını, arama ve kurtarma çalışmalarının kapasitesinin arttırılmasını, eğitim ve tatbikat gibi çalışmaları kapsamaktadır. Afete hazırlık konusunda her ülke farklı stratejiler benimsemekte ve bu stratejiler doğrultusunda belirli kuruluşlar görev almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde afetlerden sorumlu Federal Acil Durum Yönetim Kurumu (FEMA) iken ülkemizde ise AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) görev almaktadır.

### 2.1.2.3 Müdahale evresi

Müdahale evresindeki amaç; afet sonucunda hayatı tehdit altında olan canlıların hayatlarını kurtarmak ve onlara yardım etmektir. Bu evrede kriz sonrası durumu bir an önce kontrol etmek için ilgili tüm kurum ve kuruluşlar faaliyet göstermektedir. Olay yeri yönetimi, arama ve kurtarma faaliyetleri, enkaz kaldırma, ilkyardım, ihtiyaçların belirlenmesi, geçici barınma, yiyecek ve giyecek dağıtımı, hasar tespiti, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi gibi faaliyetleri içermektedir. Bu süreçte kesintisiz bir iletişim ve haberleşmenin sağlanması da büyük önem taşımaktadır (Şekil 2.3)



Şekil 2.7. Afete Müdahale Evresi [36]

### 2.1.2.4 İyileştirme evresi

İyileştirme evresi; kriz durumuna müdahale edildikten sonra başlayan, kriz yönetiminde yürütülen faaliyetlerin gözden geçirildiği, eksikliklerin tespit edildiği, hataların sorgulandığı evredir. Bu evrede afetzedeler tedavi edilir, psikolojik rehabilitasyon sağlanır, hasar görmüş yapılar yeniden inşa edilir. Amaç; normal yaşantıya ve sosyal yaşama dönüş süresini kısaltmaktır.

## 2.2 Afet Hemşireliği

Dünya genelinde yaşanan doğa ve insan kaynaklı afetler son zamanlarda artış göstererek meydana geldiği her yerde tüm toplumu etkilemeye devam etmekte, yüksek morbiditeye, mortaliteye ve ekonomik kayıplara sebep olmaktadır [37-39].

Afetlerin beklenmedik bir şekilde aniden ortaya çıkması, halk sağlığını ve toplumun refahını tehlikeye atması nedeniyle hızlı ve etkin bir sağlık müdahalesine gerek duyulmaktadır [40,41]. Nitekim, afetlerin hızla artması toplum tarafından beklenen ve kaliteli bir şekilde sunulması gereken sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı da arttırmaktadır. Bu nedenle afetlerde sağlık kurum ve kuruluşları kritik bir rol üstlenmektedir [42].

Afetler kendine özgü, benzersiz ve özel durumlar olduğundan, afet durumlarında sağlık hizmetlerinin efektif ve sürekli bir şekilde sürdürülmesi gerekmektedir. Bu nedenle afet yönetiminde sağlık profesyonellerinin iş birliğine ihtiyaç duyulmaktadır. Afetin türü ve süresi, mortalite ve morbidite oranları açısından oldukça elzemdir ve sunulacak hizmetin kalitesi ve hızı açısından da önemli bilgiler vermektedir. Bu bakımdan bir afet sonrası sağlık hizmeti vermek; sağkalım oranlarının yükselmesini, mortalite oranlarının düşmesini ve insanların refahının artmasını etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır [43,44].

Sağlık sektöründe en geniş grubu oluşturan hemşireler, bu sorunlarla ilk ilgilenen profesyoneller arasındadır [45-50]. Sağlık çalışanları içerisinde hemşirelerin sayıca fazla olması [51], afet yönetimine katılımlarının ve rollerinin önemini vurgulamaktadır.

Flornce Nightingale'in Kırım Savaşı'nda ön saflarda yer alarak, yaralılara müdahale etmesi modern hemşireliğin başlangıcı olarak kabul edilmiştir. O zamanlardan bu yana afet hemşireliğinin istikrarlı bir şekilde geliştiği ve hemşirelerin afetlerde aktif olarak görev aldığı görülmektedir [52-54].

Hemşireler, afetlerle ilk karşılaşan kişi olmaları ve hastalarla önemli miktarda zaman geçirmeleri nedeniyle afet yönetiminde hayati bir rol oynamaktadırlar [55]. Ayrıca afet süreci boyunca arama ve kurtarma çalışmalarında, yaralanmaları ve sakatlıkları önlemede, komplikasyonları ve mortaliteyi azaltmada önemli bir rol üstlenmektedir [56]. Bu nedenle afet döngüsünün tüm aşamalarında hemşirelik hizmetlerinden yararlanılması gerekmektedir [57].

Hemşirelerin halk sağlığı, epidemiyoloji, farmakoloji, sosyoloji, psikoloji, iletişim, iş birliği ve problem çözme süreci gibi konularda yeterli bilgi ve becerilere sahip olmaları afetlerdeki etkinliklerini arttırmaktadır [51,58]. Hemşireler afet durumlarında oluşabilecek tehlikeleri, riskleri ve özellikle yaşamı tehdit edici zararları en aza indirmek amacıyla afet süreci boyunca yardım ve bakım süreçlerinde aktif olarak görev almaktadır [59]. Çalışmalar, acil durum ve afetin tüm aşamalarında hemşirelerin daha fazla esneklik, uyum, yetenek gösterdiklerini ve ayrıca ekip çalışmasında daha başarılı olduğunu belirtmiştir [60]. Hsu vd., bir afet sırasında hemşirelerin varlığının mortalite ve morbidite oranlarını %70'ten %50'ye indirebileceğini göstermiştir [61].

Afetlerin sebep olduğu sağlık sorunları ve zararları en aza indirmek amacıyla multidisipliner bir yaklaşım içinde çalışırken, ihtiyaç duyulan bilgi ve becerilerin sistematik bir biçimde kullanılması “afet hemşireliği” kavramını ortaya çıkarmıştır. Ohara vd. [62], afet hemşireliğini; “*hemşirelik faaliyetlerine ilişkin afetle ilgili özel bilgi ve becerilerin sistematik ve esnek kullanımı ve faaliyetlerin geniş oranda sağlığa olan etkilerinin ve hayati tehlike içeren risklerin minimize edilmesi amacıyla, diğer alanlarla iş birliği içinde yürütülmesi gereken faaliyetler*” şeklinde, Chapman ve Arbon ise “*diğer meslek gruplarıyla iş birliği içinde afetlerin fiziksel ve ruhsal etkilerini azaltan eylemleri gerçekleştirmek amacıyla, hemşirelerin ihtiyaç duyduğu özel bilgi ve becerilerin düzenli olarak uygulanması*” olarak tanımlamıştır [63].

Afet hemşireliğinin temel amacı; afetten etkilenen birey ve toplumun sağlığını maksimum kapasitesine ulaştırmaktır. Hemşireler; afet planlaması, sağlık eğitimi, triyaj, kazazedelerin bulunması, ölümlerin nakledilmesi, hastalıkların sürveyansı, hastalıkları önleme, psikolojik destek sağlama, barınakların yönetimi, kazazedelerin rehabilitasyon için sevk edilmesi, psikososyal ihtiyaçlarının araştırılması, afete müdahalenin değerlendirilmesi gibi görevleri yerine getirmektedir [57].

Afet hemşireliği, afetle ilgili hemşirelik konusunda çeşitli bilgi ve becerileri sistematik ve esnek bir şekilde kullanmakta ve diğer uzmanlıklarla iş birliği içinde, afetlerin neden olduğu sağlık tehlikelerini ve hayatı tehdit eden zararları azaltmak için çok çeşitli faaliyetleri teşvik etmektedir [64]. Bu nedenle hemşireler hem müdahale ekipleri için hem de afet sonuçları için kritik öneme sahiptir [65].

### **2.2.1 Afet hemşirelerinin sorumlulukları**

Afet hemşireliği, afet sonrası acil bakım ve ilk yardım hizmetlerinin sunulmasının yanı sıra afet yönetiminin tüm aşamalarında yer almasının da gerekli olması nedeniyle ayrı bir uzmanlık alanı haline gelmiştir [66]. Afet hemşireleri yalnızca afete maruz kalmış afetzedelere değil, sağlıklı bireylere de bakım sağlamaktadır. Afet hemşireleri afet yönetiminde triyaj ve akut bakım gibi görevlerde aktif çalışmakla birlikte, afet yönetimine toplumsal katılımın sağlanması, afet bölgesinde hastalıkların taranması, acil ihtiyaçların saptanması, sağlık eğitimi ve psikolojik destek verilmesi gibi birçok görevi üstlenmektedir [49,54]. Şensoy ve Nahcıvan [67], Kızılay'da görev yapan hemşirelerin büyük çoğunluğunun afet öncesi, sırası ve sonrasında görev almanın hemşirelerin rolü olduğuna inandıklarını tespit etmiştir. Afetlerdeki hemşirelik uygulamaları afet öncesi hazırlık evresi, afet dönemi yanıt evresi ve afet sonrası iyileşme evresi olarak üçe ayrılabilir [51].

#### **2.2.1.1 Afet öncesi hazırlık evresi**

Afet öncesi hazırlık evresinde afet meydana gelmeden önce afetin olası etkilerini azaltmak için bir afet yönetim planı yapılmaktadır. Bu dönemde gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin amacı; afetlerin toplumdaki risk ve zararlarını azaltmaktır [68].

Etkin bir hazırlık, iyi organize edilmiş bir afet planının temelini oluşturmaktadır [69]. Hastaneler, sivil toplum kuruluşları, polis, medya, itfaiyeciler ve kurtarma ekipleri gibi tüm temel kurum ve kişilerin bu süreçte koordineli olması gerekmektedir [58]. Görevli kuruluşların rol ve sorumluluklarının net bir şekilde belirlenmesi, personelin afet öncesi eğitiminin verilmesi, iletişim ve müdahale planının geliştirilmesi, gerekli malzemelerin temini ve ek kaynakların belirlenmesi gerekmektedir [70,71]. Ayrıca afet oluştuğunda doğru ve erken müdahalenin yapılması için nitelikli personel ve kullanılacak tıbbi araç gereçlerin neler olduğu, bunların nasıl kullanılacağına ilişkin düzenlemelerin de yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte fırtına, sel baskınları gibi meteorolojik kökenli doğal afetlerin önceden uyarısı mümkün olduğundan, afet öncesi hazırlık evresinde toplumun gerekli tedbirleri alması için erken uyarılması da gerekmektedir. Bu evrede geçmişte tecrübe edilen deneyimlerden yararlanılmalı, toplumun afet geçmişi ve sağlık sisteminin nasıl etkilendiği bilinmelidir. Bu doğrultuda gerekli ihtiyaçlar belirlenebilmekte ve eksiklikler listelenebilmektedir [71]. İnsanların büyük bir kısmı afete hazırlıklı olma konusunda eksik olduğundan çeşitli eğitimler ve tatbikatlar düzenlenmeli, böylece toplumsal farkındalık artırılmalıdır [72]. Afetin müdahale ve iyileştirme aşamalarındaki gösterilen başarı, hazırlık aşamasında yapılan çalışmalara bağlı olduğu unutulmamalıdır. [32].

### **2.2.1.2 Afet dönemi yanıt evresi**

Afetin ilk saatlerinde krize ilk müdahale edenler; bölgesel afet acil yönetim ekipleri, tıbbi personel ve toplum gönüllülerinden oluşmaktadır [73]. Bu aşama akut müdahalenin yapıldığı ve acil tıbbi ihtiyaçların karşılandığı dönemdir. Bu evrede afetlere bağlı olarak toplumda meydana gelebilecek hastalık ve ölümlerin zamanında ve etkin müdahalelerle azaltılması amaçlanmaktadır [71]. Bu doğrultuda üzerinde durulması gereken konular; kurtarma, ilk yardım ve acil müdahaledir. Akut müdahale dönemi olayın ciddiyetine ve şiddetine göre değişmekle birlikte genellikle 24-96 saat sürmektedir [74].

Afet bittikten hemen sonra afet hemşiresi kurtarma ekipleriyle birlikte hızlı bir şekilde kurtarma çalışmalarına başlamaktadır. Bu çalışmalar kapsamında öncelikle triyaj yapılmaktadır. Triage, yaralıların yaralanma türlerine ve mevcut durumlarına göre sınıflandırılması, acil müdahale, tedavi ve tahliye açısından hangilerinin en acil olduğunun belirlenmesi sürecidir [75]. Hemşireler doğru triyaj ile yaralıların durumunu belirleyerek mümkün olabildiğince çok kişinin hayatını kurtarmaya vesile olmaktadır [51, 76-78]. Hemşirelerin triyaj prosedürlerini bu açıdan anlamaları kritik önem taşımaktadır. Triage'den sonra ilk öncelik yaralıları alandan uzaklaştırmaktır. Mevcut ulaşım araçları, hava ve yol koşulları, afet bölgesi ile hastaneler arasındaki mesafe dahil olmak üzere tahliye süreci boyunca hemşireler tarafından birçok husus göz önünde bulundurulmalıdır [68]. Afet hemşireleri tahliyenin hemen ardından toplumun mevcut durumunu ve ihtiyaçlarını değerlendirerek gıda temini, sanitasyon, barınma, psikolojik destek sağlama ve toplumdaki bulaşıcı hastalıkların erken teşhisinde görev almaktadır [32,69].

Afet sonrası stresin beraberinde getirdiği psikolojik durum, akut bir hastalığın (hipoglisemi, hipertansiyon vb.) en erken belirtileri olabilmektedir. Hemşireler bu belirti ve semptomları tanıyabilmeli ve buna uygun olarak bakım verebilmelidir [78]. Ayrıca afetzedelerin enfeksiyonlara yatkın olduğu unutulmayarak, bu doğrultuda dikkatli bir şekilde uygun bir bakım gerçekleştirilmelidir [76].

Ayrıca afetlerde hastanelere nakledilen yaralılara etkin bir şekilde müdahale edilebilmesi için hastanelerin olası bir afet durumuna karşı hazırlanmış bir afet planının olması, planın düzenli olarak kontrol edilmesi ve hastanelerle iş birliği yapacak kurumların önceden belirlenmiş olması da bu evrede fayda sağlamaktadır [76,79].

### **2.2.1.3 Afet dönemi iyileşme evresi**

Afetlerin yıkıcı etkilerinin ortadan kalktığı, yaşamın normale dönmeye başladığı yeniden yapılanma ve rehabilitasyon dönemi iyileşme evresi olarak adlandırılmaktadır. Bu evrede öncelikli amaç; hasar gören sistemleri en kısa sürede normale döndürmek, gelecekteki olası afetler için bir yönetim stratejisi geliştirmek,

personelleri ve toplumu güçlendirmektir [32,80]. İyileşme evresinde sakatlık, yaralanma, enfeksiyon riski gibi sağlık sorunlarının yanı sıra anksiyete, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu gibi ruhsal sorunlar da görülebilmektedir. Ayrıca barınma, gıda temini, çevre güvenliği gibi temel ihtiyaçların karşılanması da önem arz etmektedir.

Afetin toplum üzerindeki yıkıcı etkilerini onarma ve iyileştirmeyi içerdiğinden, bu evrede afet hemşirelerinin sorumluluğu hazırlık ve müdahale evrelerinden daha fazladır [71,80]. Bu aşamada afet hemşireleri; afet sonrası bakıma muhtaç kişilerin bakımını üstlenmek, ruh sağlığı problemleri için yardım sağlamak, ölü hayvanlar gibi çevre sağlığını tehlikeye atacak durumları yönetmek ve hastalıkların sürveyansı gibi işlevleri yürütmekle sorumludur.

Afet mağdurları arasındaki ruh sağlığı sorunları iyileşme evresinde önemli bir yere sahiptir. Umutsuzluk, depresyon, tükenmişlik, posttravmatik stres bozukluğu bu ruh sağlığı sorunlarına örnek olarak verilebilmektedir [71,80]. Hemşireler bu evrede bireyleri dikkatle dinlemeli, duygu ve düşüncelerini ifade etmelerinde yardımcı olmalı, ilerleyen süreçte gerçekleri kabul etmelerine ve sorunlarıyla baş etme mekanizmaları oluşturmalarına yardımcı olmak için destek olmalıdır [69,71,80,81].

Hemşirelerin hatırlaması gereken bir diğer önemli faktör ise afetler sırasında kendilerinin de tükenmişlik sendromu, stres ve umutsuzluk yaşayabilecek olmasıdır. Afetler, afete maruz kalanlar üzerinde olumsuz etkisi olan travmatik olaylardır. Afeti yaşaması veya afet sonrası olay yerine gelmesi sonucu travmaya maruz kalan sağlık personelinin afet sırasında soğukkanlı olması ve sağlık hizmeti vermeye devam etmesi beklenir. Bu nedenle başta hemşireler olmak üzere bütün sağlık personelleri soğukkanlı kalarak kendi endişe ve hassasiyetlerini yönetebilmesi için eğitilmelidir [41].

Bir afet durumunda hemşirelerin sağlık hizmeti verebilmesi için gerekli afet eğitimini almış olması gerekmektedir. Eğitim almamış hemşireler, doğru hazırlanmış bir afet planına, uygun ve yeterli donanıma rağmen verimsiz çalışabilmektedir [82]. Afetlerde sağlık hizmetleri konusunda yeterli eğitimi olmayan hemşirelerin yaşadıkları stres nedeniyle hizmet sağlarken yapacağı herhangi bir hata afetzedelerin sakat kalmasına hatta ölümüne neden olabilmektedir. Bu nedenle; üniversitelerin hemşirelik bölümlerinde okuyan öğrencilerin afetler konusunda bilinçlendirilmesi, hazırlıklı ve donanımlı hale getirilmesi, afetlerde insanların zarar görme potansiyelini azaltmaya yardımcı olacaktır.

Geçmişteki deneyimler, afet hemşireliği hizmetlerinde tecrübeli ve yüksek düzeyde yetkinliğe sahip hemşirelere ihtiyaç duyulduğunu göstermiştir [44]. Bu nedenle, hemşirelerin afetle ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi, önem ve gereklilik açısından tartışılmazdır [83,84]. Nitekim mortalite ve morbiditeyi azaltma çabalarında hemşirelerin afetlere hazırlıklı olmalarının ve hemşirelik eğitimlerinin önemi göz ardı edilememektedir [85]. Hemşirelerin bu olağandışı durumlara nasıl hazırlandıklarını anlamak ve hemşire müdahalelerine hazırlıklı olmak için teknik becerileri geliştirmek elzemdir [86].

### **2.2.2 Afet hemşireliği eğitimi**

Hemşirelerin belirli bir eğitim düzeyine sahip olması ve yeteneklerine göre bu standartları karşılamaya hazır olmaları gerekmektedir [46,49,87,88]. Dolayısıyla hemşirelerin afetlere başarılı bir şekilde müdahalede bulunabilmeleri için bu faaliyetlerde yer alması gerekmektedir [89]. Başarılı bir afet yönetimine katkıda bulunmak ve afetzedelere bakım sağlamak için hemşirelerin afet disiplininin bileşenleri hakkında temel bir bilince ve eğitime sahip olmaları gerekir [38,81,90].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), hemşireler için ders olarak afet hemşireliğinin eklenmesini vurgulayarak hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesi gerektiğini bildirmiştir [92]. 2008 yılında DSÖ, afete hazırlığın lisans

hemşirelik eğitimine entegre edilmesini ve afet hemşireliği becerilerine dayalı bir müfredatın geliştirilmesini önermiştir [87]. Bu kapsamda ICN, DSÖ ile iş birliği içinde “Afet Hemşireliği Yeterlikleri Çerçevesini” oluşturmuş ve bütün hemşirelerden bu yetkinlikleri göstermelerini istemiştir [74]. ICN tarafından Afet Hemşireliği Yeterlikleri Çerçevesi’nde bütün hemşirelerin afete hazırlık, afetlerden korunma, afet müdahale ve afet sonrasında bilgi ve becerilerini kullanmak için temel yetkinliklere sahip olmaları gerektiği vurgulanmıştır.

Afet Hemşireliği Yeterlikleri Çerçevesi; önleme/azaltma yeterlikleri, hazırlık yeterlikleri, tepki yeterlikleri ve iyileşme/rehabilitasyon yeterlikleri olmak üzere dört başlık altında toplanmaktadır. Önleme/azaltma yeterlikleri; risk azaltma, hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, politika geliştirme ve planlamayı kapsarken, hazırlık yeterlikleri; etik uygulama, hukuki uygulama ve hesap verebilirlik, iletişim ve bilgi paylaşımı, eğitim ve hazırlığı, tepki yeterlikleri; topluluğun bakımı, bireylerin ve ailelerin bakımı, psikolojik bakım, savunmasız bireylere bakım ve iyileşme/rehabilitasyon yeterlikleri ise uzun süreli bireysel, aile ve toplum rehabilitasyonu konularını kapsamaktadır [74].

Afet Hemşireliği Yetkinlikleri Çerçevesi’ni takiben bazı araştırma enstitüleri farklı meslek grupları, afet türleri ve afet bölgeleri için araştırmalar yapmıştır [52]. Örneğin, genel ve uzman hemşirelerde [59,93], toplum hemşirelerinde [94], afet hemşireliği yetkinlik araştırmaları üzerine çalışmalar gerçekleştirmiştir [95]. Bu çalışmaların çoğu, afet hemşireliği yeterliliğinin çerçevesinin ve bir afet hemşireliği müfredatının oluşturulmasına ve bunların öğretim etkilerinin değerlendirilmesine katkıda bulunmuştur.

Literatürde ayrıca hemşirelik öğrencilerine afet hemşireliği eğitimi vermenin, gelişmiş sağlık hizmetleri ve afetle ilgili maliyetlerin azalması gibi olumlu sonuçlar doğuracağına da vurgu yapılmaktadır [64]. Bu anlamda afet hemşireliği ve yönetimi

alanındaki eğitimlerin ve bu eğitimlerin etkinliğinin ortaya çıkarılması bu alandaki önemli bir araştırma önceliği olarak belirtilmektedir.

### **2.2.3 Dünya’da afet hemşireliği eğitimi**

Dünya’da afetlere en hazır ülkelerden biri olan Japonya, afet hemşireliği eğitimi konusunda da öncü bir ülke rolünü üstlenmiştir. Japonya’da afet hemşireliği 1990’ların sonundan itibaren hemşire eğitimine dahil edilmiştir. Ayrıca hemşirelik okulundan mezun olan hemşirelerin Japon Hemşireler Birliği’ne (JNA) gönüllü olarak katılarak afet hemşireliği eğitimi alması ile afet hemşiresi unvanı alındığı bilinmektedir [96].

Lisans ve yüksek lisans eğitimlerinin yanında özellikle 2011 Tōhoku depremi ve tsunamisi sonrasında Dünya Afet Hemşireliği Derneği ve Japon Felaket Derneği Başkanı Dr. Aiko Yamamoto; Kochi Üniversitesi, Hyogo Üniversitesi, Chiba Üniversitesi ve Tokyo Üniversitesi’nin hemşire, profesör ve bölüm başkanları ile afet hemşireliğinde müdahale konusunda bir doktora programı başlatmıştır [97].

Bunların yanında ABD, İngiltere, Avustralya ve bazı Avrupa ülkelerinde de lisans, yüksek lisans ve sürekli eğitime afet hemşireliği dersleri de eklenmiştir [74,81,98]. ABD’de afet yönetimi alanlarında hemşireleri daha iyi hazırlayabilmek için birçok hemşirelik okulu, afetlere ilişkin eğitim, sertifika ve yüksek lisans programları geliştirmiştir [66]. 1970’lerin başlarında hemşirelik eğitim müfredatına afet hemşireliği konuları dahil edilmiş ve o tarihlerde hemşirelik öğrencilerine afetler ve hemşirelerin rolü hakkında temel bilgilerin aktarıldığı sınırlı bir içerikle eğitim verilmiştir. 1990’ların sonlarında müfredat afet hazırlık eğitimi de dahil edilerek yenilenmiştir. Özellikle 11 Eylül 2001 tarihindeki terör saldırısı, afetlere yönelik olarak hem tüm sağlık profesyonellerinin eğitimine hem de afet hemşireliği eğitimine olan ihtiyacı gözler önüne sermiştir [74].

Rochester Üniversitesi, Amerika'daki hemşireleri acil durum hazırlığı ve yanıtında lider olarak yetiştirmek için bir yüksek lisans programı hazırlayan ilk hemşirelik okuludur. Program acil müdahale ve afet yönetimi ile ilgili programları tasarlamak, uygulamak ve değerlendirmek için gereken liderlik becerilerinin geliştirilmesine odaklanmaktadır. Sağlık tesislerinde acil müdahale ve afet yönetiminde hemşire liderlerinin hazırlanmasına yönelik bir başka önder de 2005 yılında bu alanda iki yüksek lisans programı açan Johns Hopkins Üniversitesi (JHU) hemşirelik okuludur. Ayrıca Adelphi Üniversitesi, acil hemşirelik ve afet yönetimi alanlarında yüksek lisans ve doktora derecelerinde eğitim vermeye başlamıştır. Bu üniversiteleri Columbia Üniversitesi ve Pittsburg Üniversitesi izlemektedir [53].

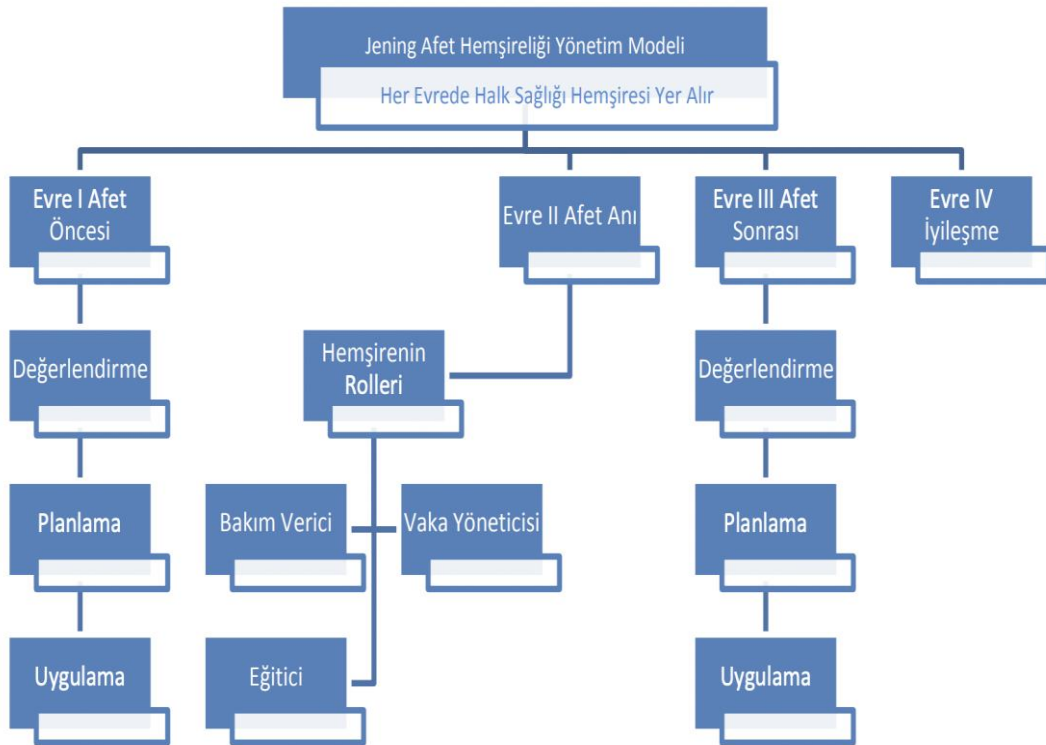
Çin'deki Hong Kong Polytechnic Üniversitesi, 2011 yılında Sichuan Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ile birlikte afet hemşireliği üzerine ortak bir doktora programı başlatmıştır. Çin'de, Yanbian Üniversitesi ve Johns Hopkins Üniversitesi hemşirelik okulu, ilk yardım ve afete müdahale yetkinliği ile ilgili uluslararası bir iş birliği eğitim programının öncülüğünü yapmıştır [99]. 2008'deki Wenchuan depreminden sonra, bazı tıp fakülteleri afet hemşireliği kursları açmış ve bazı hastaneler afet hemşiresi eğitim programları geliştirmiştir [100,101].

Ürdün, İran ve Avustralya'da ise afet hemşireliği eğitimine yeni yeni önem verilmekte olup çalışmalar başlatılmıştır [6, 102, 103]. Pek çok ülkede afet hemşireliği eğitimleri hemşirelik lisans müfredatlarına dahil edilmiş olmasının yanında bu alanda yüksek lisans ve doktora programları da açılarak afet hemşireliği artık özel dal hemşireliği olarak kabul edilmiştir.

#### **2.2.4 Türkiye'de afet hemşireliği eğitimi**

Afetlerde hemşirelerin çok sayıda ölü ve yaralıyla sınırlı kaynaklarla uğraşabilmesi, bu olağandışı durumlarda hemşirelik müdahalelerini yapmaya hazır olması çok önemlidir. Fakat Türkiye'de afet hemşireliği ve afet yönetimi eğitimi bilimsel olarak olması gerektiği şekilde verilememektedir. Bu tür olaylara etkili bir şekilde cevap vermek için, afet hemşireliği eğitimi sırasında kullanılan modeller rehberlik

edebilmektedir. Hemşirelerin afete hazırlığı ve yanıtını inceleyen afet hemşireliği alanında model sayısı ise istenilen düzeyde değildir [104]. Bu kapsamda literatürde ön plana çıkan eğitim modeli ise; Jenning'in geliştirdiği Afet Hemşireliği ve Yönetim modelidir. Jenning'in afet hemşireliği yönetim modeli, doğrudan hemşire öğrenciler için geliştirilmiş olup, afet yönetiminin her bir evresinde; hemşirenin görevlerini açıklamaktadır. Bu yönüyle model, diğer afet yönetim modellerinden ayrılmaktadır. Afet hemşireliğini öğrencilere anlatmak ve afet yönetimi konusunda bilgilenmelerini sağlamak amacıyla geliştirilmiş bir modeldir. Türkiye'de de bu modelin hemşirelerin çalışma alanlarında afetlere ilişkin planlamalar yapmalarında ve afetleri yönetmelerinde yardımcı olacağı düşünülmüştür ve hemşirelik müfredatında afet hemşireliği dersinin daha etkin yürütülmesinde temel model olup olamayacağının incelenmesi amaçlanmıştır. Türkiye'de de Jenning'in afet hemşireliği ve yönetim modeli afet hemşireliği eğitiminde kullanılmıştır, ancak afet durumunda uygulanacak bölgesel bir hemşirelik modeli bulunmamaktadır [39,105].



Şekil 2.8. Jenning Afet Hemşireliği Modeli [39]

Afet hemşireliği birçok ülkede özel dal hemşireliği olarak bulunmasına rağmen henüz Türkiye’de böyle bir özel hemşirelik alanı bulunmamaktadır. Ülkemizde hemşirelik lisans eğitimi Hemşirelik Fakülteleri, Sağlık Bilimleri Fakülteleri ve Sağlık Yüksek Okullarının bünyesinde yer almaktadır. Hemşirelik eğitimi veren kurumlarda müfredat özellikleri farklılık göstermekte olup klasik, entegre ve probleme dayalı öğretim modellerini içermektedir.

Afet hemşireliğine yönelik eğitimler çoğunlukla acil hemşireliği ve halk sağlığı hemşireliği alanlarının konuları içinde yer almaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, hemşirelik lisans öğrencilerinin özellikle yaşadıkları bölgedeki afetler hakkında bilgi sahibi oldukları, fakat Dünya’daki diğer afetlere çok fazla hâkim oldukları ve kendilerini yetersiz hissettikleri görülmüştür [106].

Türkiye’deki lisans seviyesinde hemşirelik eğitimi veren fakülte ve yüksekokullarda Afet Hemşireliği, Temel Afet Bilgisi, Afet Yönetimi, Doğal Afetler ve Afet Yönetimi, Kaza ve Afetlerden Korunma, Afetlerde Hemşirelik Bakımı ve İlk Yardım, Afetlerde Hemşirelik, Afet Kültürü, Afetlerde Sağlık Hizmetleri gibi dersler bulunmaktadır [107]. Afet hemşireliği eğitimleri incelendiğinde derslerin isimleri birbirine yakın gibi görünse de hem eğitimi veren kişilerin branşlarının hem de ders içeriklerinin farklı olması sebebiyle Türkiye’de afet hemşireliği konusunda lisans eğitiminde bir standardizasyonun olmadığı, afet hemşireliğine yönelik bir eğitim modelinin bulunmadığı ve lisans düzeyinde afet ile ilgili eğitimlerin sınırlı kaldığı görülmektedir. Ülkemizde afet hemşireliğine yönelik bir model olmadığından dolayı, hemşireler afet durumlarında gönüllü olarak çalışmaktadırlar. Lisans eğitiminden sonra meslek sürecinde ise Sağlık Bakanlığı veya vakıfların verdiği yangın, kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer (KBRN) ajanlar, dekontaminasyon vb. eğitimler ise temel düzeyde müdahale konularını içermektedir [42].

Lisansüstü programlar incelendiğinde afet hemşireliğine özel bir lisansüstü eğitim programı bulunmadığı, fakat multidisipliner afet yönetimi programlarına hemşirelerin de müracaat edebildiği görülmüştür. Hemşirelerin afetlerdeki rollerine ilişkin yasal düzenlemelere bakıldığında ise net bir düzenleme olmadığı görülmektedir. Hemşirelik Yönetmeliği incelendiğinde sadece başhemşirenin görevleri içinde *“olağanüstü durumlarda afet planı doğrultusunda ilgili birimlerle iş birliği içinde acil planlamaları yapar, protokol geliştirir ve/veya gerekli durumlarda uygulamaya koymak için ekip hazırlar”* ifadesi yer almaktadır [108].

### **2.3 Öz-Yeterlilik**

İngilizce’de “self-efficacy” olarak tanımlanan öz-yeterlilik terimi; psikoloji, sosyoloji, halk sağlığı, tıp, hemşirelik ve ilgili diğer birçok alanda üzerine çalışılmış ve hakkında yüzlerce makale yayınlanmıştır. Öz-yeterlilik kavramı ilk kez Amerikalı bir psikolog olan Albert Bandura tarafından ortaya konulmuştur. Bandura’nın sosyal öğrenme teorisinde anahtar bir ifade olarak ifade edilen öz-yeterlilik; *“bireyin belirli bir görevi başarıyla yerine getirme, hedeflerine ulaşma ve zorlukların üstesinden gelebilme yeteneği ile ilgili inançları”* olarak tanımlanmaktadır [109-111]. Bandura’nın öz-yeterlilik ile ilgili bir diğer tanımı ise *“çeşitli olayların üstesinden gelebilmek için gerekli davranışların ne kadar iyi sergilenebileceği ile ilgili kişisel yargılar”* dır [112-113]. Bu bağlamda öz-yeterlilik algısı; kişilerin kendileri için belirledikleri hedefleri, bu hedefleri gerçekleştirmek için ne kadar çaba göstereceklerini, engeller karşısında ne kadar uzun süre dayanabileceklerini ve başarısızlığa nasıl tepki vereceklerini etkilemektedir. Farklı bir tabirle, bireyin kendi yeteneklerini ve kapasitesini daha objektif olarak değerlendirmesini sağlayan, bireyin stresle başa çıkma derecesinin bir yansıması olarak kabul edilmektedir.

Öz-yeterlilik inançları, insanların motivasyon ve davranışlarının önemli bir parçasını oluşturmakta ve sadece bir inanç olmakla kalmamaktadır. Bireyin yaşamlarını değiştirebilecek eylemleri de etkileyerek kendi yeteneklerini ve potansiyelini objektif şekilde değerlendirmesine yardımcı olan bir araç olarak da görülmektedir.

Öz-yeterlilik aynı zamanda bireyin kendine güven düzeyini de açıklamaktadır. Bu kapsamda, öz-yeterlilik bakımından kişinin sahip olduğu becerilerin miktarından ziyade kişinin sahip olduğu bu beceriler ile neler yapabileceğine ilişkin inancının ne olduğu daha fazla önem arz etmektedir [114].

Bandura'ya göre kişinin etkili bir şekilde sonuca ya da yüksek performansa ulaşabilmesi için gerekli beceri ve yeteneklere sahip olması en önemli etkidir [115]. Ayrıca Bandura'ya göre kişilerin sahip oldukları öz-yeterlilik inançlarının yüksek olması bireysel çabaları ve iş devamlılıkları üzerinde de olumlu etkilere sahiptir. Bu olumlu etkiler çalışanların performanslarını ve çalışma sonuçlarını da olumlu yönde etkileyecektir [110].

Kişilerin uzman oldukları konuda daha fazla gelişmeleri, zor hedef ve görevler belirleyerek bu hedef ve görevlere sıkıca bağlanmaları öz-yeterlilik hakkında olumlu bir inanç ile mümkün olmaktadır. Yani kişinin öz-yeterlilik inançlarının olumlu olması, olumsuz bir durum karşısında pes etmelerine engel teşkil etmekte, hatta gayretlerini arttırarak bu olumsuzluğun üzerine gitmeleri hususunda kişiyi teşvik etmektedir [112].

İstenen bir sonucu elde etme yeteneklerini değerlendirmek için insanlar daha önce neler başardıklarını, kendi fikirlerini ve şu anda nasıl hissettiğini düşünmektedirler. Öz-yeterlilik, insanların ne yapmayı seçtiklerini ve eylemlerinin sonuçlarını nasıl ele aldıklarını etkilemektedir. Bunlar, kendine özgü ortamlarda kendine özgü beklentileri veya öz-yeterliliklerinin seviyelerini yansıtmaktadır.

Öz-yeterlilik, özgüvenden veya özsaygıdan daha spesifik, daha sınırlı ve genellikle daha kolay geliştirilmektedir. Aynı zamanda öz-yeterlilik, insanların belirli bir görevi ne kadar etkili bir şekilde yerine getireceklerinin, özgüvenlerinden veya özsaygılarından çok daha güçlü bir yol göstericidir.

Öz-yeterlilik, insan faaliyetlerinin yordayıcı faktörlerinden biridir. Öz-yeterlilik; insan davranışını doğrudan, bireyin motivasyon ve düşünce kalıplarını ise dolaylı olarak etkilemektedir [116]. Öz yeterlilik, bireyin belirli bir durumu veya görevi başarmak için ne kadar ve ne süreyle çaba sarf ettiği ile ilgilidir.

Öz-yeterlilik inançları, insanların hangi faaliyetlere katılmak istedikleri, ne kadar çaba sarf etmeleri gerektiği ve faaliyetler zorlaşırsa, devam etmek isteyip istemedikleri konusunda karar vermelerine yardımcı olmaktadır [117]. Locke vd., [118] bireylerin yaşadıkları zorluklara rağmen gayret göstermelerinin ve hayatlarına büyük bir azimle devam etmelerinin altında yatan sebebin, bireylerin öz-yeterlilik inançlarının yüksek olmasına bağlamışlardır.

### **2.3.1 Yüksek ve düşük öz-yeterlilik düzeyleri**

Bandura [119], öz-yeterlilik inançları yüksek olan bireylerin, ortaya çıkan bir sorun karşısında çözüm arayışlarında daha sabırlı olduğu ve daha yüksek bilişsel başarı düzeylerine sahip oldukları gözlemlemiştir. Aynı şekilde öz-yeterliliği yüksek olan insanlar, problemleri etkili bir şekilde çözme yeteneğine sahip olduklarına inanma eğilimindedirler [120]. Bir kişi başarılı olmak için gerekenlere sahip olduğunu düşünmüyorsa, durumla başa çıkma girişiminde bulunma olasılığı düşük olacaktır [109].

Güçlü bir öz-yeterlilik duygusu, bireyin başarısı ve kişisel refahı hususunda temel oluşturmaktadır [121]. Öz-yeterliliği yüksek olan bir kişi zorlukları kaçınılması gereken tehditler yerine üstesinden gelinmesi gereken şeyler olarak görmektedir. Bu insanlar başarısızlıktan daha hızlı kurtulabilmekte, başarısızlığı çaba eksikliğine yordamakta ve tehdit edici durumları kontrol edebilmektedir. Bunlar daha düşük stres seviyeleri ve daha düşük depresyona yatkınlık ile ilişkilendirilmiştir [122]. Buna karşılık, düşük öz-yeterlilik duygusuna sahip kişiler, zor görevleri kişisel tehditler olarak görmekte ve onlardan çekinmektedirler. Zor görevler, sahip olduklarından çok eksik oldukları becerilere bakmalarına neden olmaktadır. Bir başarısızlıktan sonra

kendi yeteneklerine olan inançlarını kaybetmeleri kolay olmaktadır. Düşük öz yeterlilik, daha yüksek stres ve depresyon düzeyleriyle ilişkilendirilebilmektedir [122].

Öz-yeterliliği yüksek kişiler, düşük öz-yeterliliğe sahip kişilerle kıyaslandığında, zorlu bir görevi başarmak için daha fazla çaba gösterdikleri ve daha kararlı oldukları belirlenmiştir [123]. Yüksek düzeyde bir öz-yeterlilik, insanları çok çalışmaya ve aksiliklere karşı direnmeye yönlendirmektedir. Nitekim Thomas Edison, ilk ampülü geliştirmeden önce sonunda başarılı olabileceğine inanarak binlerce başarısız prototipi test etmiştir. Fakat, yaşadığı sayısız başarısızlıklara rağmen yüksek bir öz-yeterlilik sergilemiştir. Bu nedenle yüksek öz-yeterlilik, üretkenlik ve performansta iyileşmeyle de ilişkilendirilmektedir [109,124-126].

Yüksek öz-yeterlilik, insanların görevle ilgilenmemek gibi mazeretler aramak yerine varsayımlarını ve stratejilerini geliştirmeye çabalamasına neden olmaktadır. Fark yaratabileceğinin bilincinde olan insanlar kendilerini iyi hissetmekte ve bu nedenle inisiyatif almaktadır; kendilerini çaresiz algılayan insanlar mutlu olmamakta ve harekete geçmek için motive olmamaktadır. Yüksek öz-yeterlilik, çalışanların ilgili bilgileri toplama, sağlam kararlar verme ve özellikle zaman baskısı altında olduklarında uygun önlemleri alma kapasitesini arttırmaktadır. Bu tür yetenekler, örneğin bir hastanede çalışırken öfkeli hasta ve hasta yakınlarıyla ilgilenmeyi içeren işlerde paha biçilmezdir. Buna karşılık, düşük öz-yeterlilik, problem çözmenin kalitesini baltalayan düzensiz analitik düşünceye yol açabilmektedir.

İnsanlar, kendilerini rahatsız edici olayları yönetemediklerini veya çok değer verdikleri şeyleri elde edemediklerini düşündüklerinde endişeli veya depresif olmaya meyillidirler. Dolayısıyla öz-yeterlilik, stres ve mesleki tükenmişlik yaşantısı ile de ilişkilidir. Spesifik olarak düşük öz-yeterlilik, kişinin işinin zorlukları ve talepleriyle daha etkili bir şekilde nasıl başa çıkacağını öğrenme yeteneği konusunda kolaylıkla bir çaresizlik ve umutsuzluk duygusuna yol açabilmektedir. Bu gerçekleştiğinde,

düşük öz-yeterlilik sıkıntılı ve moral bozucu olabilmekte, bu da çok yetenekli bireylerin bile etkili bir şekilde performans göstermesini engellemektedir.

Kısacası öz-yeterlilik; bir kişinin etkinlik seçimini etkiler, zor olduğu düşünülen görevleri önler ve yönetilebilir olarak kabul edilen faaliyetleri içerir. Sonuç olarak bir kişinin öz-yeterliliği ne kadar yüksek olursa, belirli bir görev alanındaki başarı konusunda o kadar kendine güvenecektir [127].

Fakat öz-yeterlilik konusundaki inançlar, kişinin gerçekte sahip olduğu kapasite ya da becerileri yansıtmamakta, belirli koşullar altındaki kapasitesi ile ilgili inançlarını ifade etmektedir [128]. Burada vurgulanması gereken bir diğer konu, kişilerin gerçekte sahip oldukları beceriler ile öz-yeterlilik inancı arasındaki ilişkinin farklılıklar gösterebileceğidir. Başka bir deyişle, bir kişi herhangi bir işi yapabilecek beceriye gerçekte sahip olmasına rağmen, bu konudaki öz-yeterlilik inancı düşük düzeyde olabilmektedir. Bu durumda birey bu inancın bir sonucu olarak ya başarısız olacak ya da ilgili eylemi hiç gerçekleştirmeyecektir [113].

Öte yandan bu durumun tersi de söz konusu olabilmektedir. Yani kişi gerekli becerilere sahip olmamakla birlikte, öz yeterlilik inancı yüksek olabilmektedir. Bu durum, kişinin başarılı olma ihtimalini güçlendirebilir ya da eyleme geçme konusunda kişiyi harekete geçirebilir. Ancak bu durum başarıyı garantilemez. Bu noktada, sonuçlarla ilgi beklenti düzeyi ile kişinin gerekli özelliklere sahip olup olmaması da önem taşımaktadır [109].

### **2.3.2 Hemşirelikte öz-yeterlilik**

Hemşirelerin performansını etkileyen öz-yeterlilik algısı özellikle son yıllarda yoğun bir şekilde araştırılmaktadır. Hemşirelerin öz-yeterlilik algıları, başarıları yönünden önemli bir gösterge olarak vurgulanmaktadır. Lee ve Ko [129], hemşirelerin öz-yeterliliklerinin kendi performansları üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik

yaptıkları çalışmada, hemşirelerin öz-yeterlilik inançlarının yükselmesinin kendi performanslarına da doğrudan yansıdığı sonucuna varmışlardır.

Literatürde, hemşirelerin öz-yeterlilik düzeyi ile yeteneklerine ilişkin düşük [130], orta [131,132] ve yüksek [133] düzeyde bulan çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca hemşirelerin öz-yeterliliğinin düşük düzeyde olmasının mesleki güdülenmelerini de etkileyebileceği belirtilmektedir [130]. Hemşirelerin yüksek düzeyde güdülenmiş olmaları, mesleğe ilişkin kuramsal bilgi ve becerilerin kazanımını olumlu etkileyerek, mesleğin uygulanma aşamasında yüksek kalitede hasta bakımı verilmesini sağlayacaktır. Ayrıca hemşirelerin, gelecekte hastaneler veya sağlık kurumlarında yönetici olma olanaklarının artırılması için de öz-yeterliliklerinin yüksek olması ve olumlu güdülenmelerinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda; hemşirelerin öz-yeterlilik inanç düzeylerinin kendi performansları üzerinde önemli bir etkisi bulunduğu söylenebilmektedir.

Hemşire yetkinliği; *“mesleğini dünyadaki çeşitli koşullar altında istenen sonuçlarla gerçekleştirmesi, temel klinik beceriler, bilimsel bilgi ve ahlak gelişiminin entegrasyonu ve bilgi, beceri, tutum ve değerleri bütünleştirme kapasitesi”* olarak tanımlanmıştır [134-136]. Hemşirelerin karşılaştığı sorunlarla baş etmesi ve çözümler üretmesi için gereken güce sahip olduğunu bilmesi, örgütlerin etki kalitesinin gelişmesini sağlayacaktır. Hastanelerin örgütsel hedeflerine ulaşmasında ve değişmesinde önemli rol oynayan hemşirelerin öz-yeterlilikleri öğrencilik sürecine dayanan çok boyutlu bir olgu olarak değerlendirilmektedir [137,138].

### **2.3.3 Hemşirelikte afete müdahale öz-yeterliliği**

Literatürde hemşirelerin afet yönetimi konusundaki yeterlilik düzeylerini ölçen birkaç değerlendirme aracı da bulunmaktadır. Tichy vd. [139], hemşirelerin afetlere hazırlık durumunu değerlendirmek için 6'lı Likert ölçeğinde, 3 faktör ve 68 maddeden oluşan (25 madde afet öncesi hazırlık, 16 madde zarar azaltma, 6 madde afet müdahalesinin bilgi alma aşaması ve 21 madde demografik veriler) bir afete hazırlık değerlendirme

aracı geliştirmiştir. Al Thobaity vd. [36] tarafından afet hemşireliği temel yetkinlikleri için ICN afet hemşireliği çerçevesine dayanan, 10'lu Likert leğinde, 3 faktör ve 42 maddeden oluşan (29 madde afet hemşireliğinin temel yetkinlikleri, 8 madde afet hemşireliğini geliştirmenin önündeki engeller ve 5 madde afet yönetiminde hemşire rolleri) bir ölçek geliştirilmiştir.

Hong-Yan Li vd. tarafından 2017 yılında geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlanması Koca vd. [19] tarafından gerçekleştirilen "Afete Müdahale z-Yeterlilik leği" ise 3 alt boyut ve 19 maddeden (yerinde kurtarma yetkinliği, afette psikolojik hemşirelik yetkinliği ve afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliliği) oluşmuştur. Huang ve Liu [140], hemşirelerin çoğunun afet kurtarmaya katılma konusunda kendinden emin olmadığını ve afet kurtarma becerilerinin düşük olduğunu belirtmiştir. Nitekim, afet müdahalesine duyulan güven ve isteklilik, afet müdahale yetkinliğinden etkilenmektedir [141,142].

Afet hemşireliği yetkinlikleri, nleme/zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme/rehabilitasyondan oluşan dört aşamayı içermektedir [74]. En çok ihtiyaç duyulan yetkinlikler afet müdahalesi ile ilgilidir [143]. Afete müdahale aşamasında, hemşireler hayat kurtarmak, mağdurların ihtiyaçlarını karşılamak ve afetin neden olduğu sağlık üzerindeki uzun vadeli etkiyi azaltmak için çaba gösterir [74]. Fakat, afet hemşireliği ile ilgili ölçeklerin çoğu afete hazırlık veya afet temel yetkinlikleri ile ilgilidir ve yalnızca birkaçı afet müdahalesi konusunu ele almaktadır [139,144-147].

ICN erevesine göre afet müdahale yetkinlikleri toplumun bakımı, bireylerin ve ailelerin bakımı, psikolojik bakım ve savunmasız nüfusların bakımı olmak üzere dört alandan oluşmaktadır [74]. Yin vd., afet müdahalesi için ulaşım, acil durum yönetimi (rneğin, hemostaz, bandajlama, sabitleme, elle taşıma), gözlem ve izleme, triyaj, spesifik enfeksiyonu kontrol etme, psikolojik krize müdahale, kardiyopulmoner resüsitasyonu ve hasta bakım kaydı gibi temel hemşirelik becerilerini önermiştir [148]. Luo vd. ise, hemşirelerinin afet bilgisi, risk değerlendirmesi, acil durum müdahaleleri,

psikolojik stresle başa çıkma, bulaşıcı hastalık kontrolü ve kişisel nitelikler olmak üzere altı afet müdahalesi ve yönetimi alanında yetkinliğe sahip olması gerektiğini belirtmiştir [145].

## 2.4 Duygusal Zekâ

### 2.4.1 Zekâ

Zekâ kavramı üzerine olan çalışmalar canlılar içinde en üstün zekâlı varlıklar insanlar olduğundan, çoğunlukla insanlar üzerinde incelenmektedir. Zekâ, insanlara mantık yürütebilme, neden-sonuç ilişkisi kurabilme, yeni fikirler düşünebilme yetilerini sağlamaktadır. Zekâ, günümüzde değişimin ve gelişimin temel aracıdır ve pek çok disiplinin için büyük önem arz etmektedir. İçinde bulunulan dönem, kültürel farklar ve beynin işleyişi hakkında bilimsel gelişmeler etkisiyle literatürde zekâ kavramı üzerine yıllarca tartışmalar yapılmış ve zekâ kavramının pek çok farklı tanımı yapılmıştır.

TDK zekâyı; “*insanın düşünme, akıl yürütme, objektif gerçekleri algılama, yargılama ve sonuç çıkarma yeteneklerinin tamamı*” olarak tanımlamıştır [23]. Yörükoğlu ve Öktem [149, 150]; “*zihnin öğrenme, öğrenilenden yararlanabilme, yeni durumlara uyabilme ve yeni çözüm yolları bulabilme yeteneği*” olarak, Gardner; “*bireyin gerçek hayatta karşılaştığı problemleri çözme, çözmek için yeni problemler oluşturma ve bireyin kendi kültüründe değer bulan bir şeyi yapma ya da bir hizmeti sunma yeteneği*” [151], David Wechsler ise; “*bireyin akılcı düşünmesini, amaca yönelik eyleme geçmesini ve çevreyle uyumunu sağlayan bilişsel potansiyelin tümü*” olarak tanımlamıştır [152].

Günümüzde zekâ ile beyin arasında çok yakın bir ilişki olduğu görülmektedir. Birçok bilim adamı bazı spesifik eylemlerden beynin sağ veya sol loblarının sorumlu olduğunu söylemiştir. Sağ lob, matematiksel fonksiyonları yönetme, simgeleri tanıma ve anlama gibi genellikle sözsüz işlevleri yönetmektedir. Sol lob ise yön bulma, yapısal biçimleri tanıma gibi işlevleri yürütmektedir. Fakat her iki lob birbirinden

tamamen bağımsız çalışmayıp, aksine birbirleriyle uyumlu bir biçimde etkileşimde bulunmaktadırlar [153].

#### **2.4.2 Zekâ teorileri**

Zekâ kavramı soyut bir kavram olduğundan tanımının yapılması ve sınırlarının çizilmesi hususunda birçok bilim adamı tarafından çeşitli fikirler ortaya atılmıştır. Bu nedenle standart bir zekâ kuramı ve testi amaçlanmış olsa da genel geçer kabul görülen bir kuram oluşturulamamıştır. Fakat zekâ üzerine ortaya konulan fikirlerin çoğunda matematik, mekanik ve dil gibi yeteneklerle problemleri çözme durumları ölçüt alınmıştır.

20. yüzyılın başlarında yaşamış olan İngiliz psikolog Charles Spearman, zekânın zihinsel enerjinin her eylemin kaynağı olduğunu bildirmiştir. Ayrıca zeki bir insanın her alanda başarılı olduğunu ve zekice davranışlar sergilediğini öne sürmüştür. Bir alanda başarılı olan bir insanın, diğer alanlarda da genel olarak başarılı olduğunu savunmuştur. Spearman kuramına göre; olayları hızlı kavramanın, doğru kararlar vermenin, ilgi çekici konularda konuşmanın ve pek çok durumda zekice davranmanın zeki insanın özellikleri arasında olduğu kabul edilmektedir [154].

Louis Leon Thurstone ise Spearman'ın genel zekâ kuramına karşı çıkmış ve zekânın belli sayıda birincil yeteneğe bölünebileceğini bildirmiştir. Bu farklı yetenekleri bulmak amacıyla birçok madde içeren farklı testler hazırlamış ve bu testler arasında korelasyon çalışmaları ve faktör analizleri uygulamıştır. Bu çalışmayı birçok kez yapan Thurstone, 1930'larda insanlar arasındaki zihinsel farklılıkların bağımsız yedi faktörden (sözel anlama, sözel akıcılık, sayısal yetenek, uzamsal yetenek, birleştirici hafıza, algılama hızı ve genel muhakeme) kaynaklandığını öne sürmüştür. Spearman'dan farklı olarak bu yedi zihinsel yeteneğin birbirlerinden bağımsız oldukları ve bu birincil zihinsel yetenekler birlikte ele alındıklarında genel zekâyı oluşturduğu görüşünü belirtmiştir. Sayısal yeteneği oldukça gelişmiş bir kişinin sözel yeteneğinin çok düşük seviyede olabileceğini savunmuştur [155].

Raymond Bernard Cattell, Louis Leon Thurstone'a karşı bir görüş savunmuş ve zekâyı kristalize zekâ ve akışkan zekâ kümeleri olmak üzere iki zihinsel yetenek kümesine ayırarak incelemiştir. Akışkan zekâ kümesi, görsel uzaysal yetenekleri, görsel ayrıntıları fark etme yeteneğini ve ezber belleğini içermektedir. Akışkan zekâ testlerindeki başarı deneyim ve eğitimden çok az etkilenmektedir. Kristalize zekâ ise, mantık yürütme, sözel ve sayısal becerileri ifade etmektedir. Sözel ve sayısal beceriler okul ortamında vurgulanan becerilerdir. Bu nedenle, kristalize zekâ testlerinde başarı, deneyim ve eğitimden büyük ölçüde etkilenmektedir [155].

İsviçreli psikolog olan Jean Piaget ise “uyum kuramı” olarak öne sürdüğü çalışmalarında, zekâyı insanın çevreye uyum sağlama yeteneği olarak tanımlamış ve bireyin çevreye uyum sağlayabildiği kadar zeki olduğunu öne sürmüştür. Bu uyum test ile ölçülemeyeceğinden Piaget, zekâ testlerine karşı çıkmıştır [153].

Robert Stenberg, gerçek yaşamda etkili performans için gereken becerilerin, geleneksel zekâ testlerinin ölçtüğü beceriler kadar önemli olduğunu belirtmiştir. 1985-1986 yıllarında geliştirdiği “üçlü zekâ kuramı” ile insan zekâsının daha önce bahsedilmeyen farklı becerilerini ortaya koymuştur. Bu zekâ kuramı içinde bileşenli zekâ, deneyimsel zekâ ve bağlamsal zekâ yer almaktadır [155].

Edward Thorndike, zekâyla ilgili çalışmalarında, sosyal, soyut ve mekanik olmak üzere zekânın üç genel boyutuna değinmiştir. Ayrıca zâkanın seviye, genişlik ve sürat terimleri ile ifade edilebilecek üç yönü bulunduğunu iddia etmiştir [153].

Howard Gardner ise zekâyı, birbirlerinden göreceli olarak bağımsız, farklı yeteneklerden oluşan çoklu bir kavram olarak değerlendirmiştir. “Proje Sıfır” çalışmaları sonucunda insanların sözel ve matematiksel zekâlarının yanı sıra, başka zekâ alanlarına da sahip olduğunu belirtmiştir [155]. Geliştirmiş olduğu “Çoklu Zekâ Kuramı”nda bireysel farklılıkların zekâ açısından önemini vurgulamaktadır. Kuramın merkezinde zeki olmanın tek bir yolunun değil, birden çok yolunun olduğu önermesi

yer almaktadır. Yapmış olduğu çalışmalar sonucunda yedi farklı zekâ türünden bahsetmiştir. Bunlar; müziksel-ritmik zekâ, bedensel kinestetik zekâ, mantıksal-matematiksel zekâ, sözel-dilsel zekâ, görsel-uzaysal zekâ, kişiler arası zekâ ve içsel zekâdır [154].

Guilford, zihin yapısını inceledikten sonra zekâyı 120 faktörlü olarak tanımlamıştır. Geliştirmiş olduğu kuramda zihinsel becerileri; içerik, işlemler ve ürünler olmak üzere üç boyutta ele almıştır. Bu sınıflamaları da kendi içinde aşamalı olarak alt bölümlere ayırmıştır. İçerik boyutu; şekilsel, sembolik, anlamsal ve davranışsal olmak üzere dört alt basamakta, işlem boyutu; algı, bellek, yaratıcı düşünme, geleneksel düşünme ve değerlendirme olmak üzere beş alt basamakta, ürün boyutu ise; birimler, sınıflar, ilişkiler, sistemler, çevirimler ve doğurgular olmak üzere altı alt basamakta sınıflamıştır [156].

### **2.4.3 Zekânın gelişimi**

Zekâ üzerine yapılan çalışmalarda yaş, kalıtsal ve çevresel faktörlerin kişinin zekâsını etkilediği görülmektedir [157]. Nitekim insanlar olgunlaşmamış bir zekâyla dünyaya gelmekte ve ömür boyu devam eden bir öğrenme süreci içerisinde hem kişisel hem de bilişsel gelişimi ve olgunlaşması sağlanmaktadır.

Zekâ, yaşa bağlı olarak gelişim göstermektedir. En hızlı gelişim dönemi ilk iki yılda görülmektedir. Nitekim başlangınçta sadece birkaç refleks gösterebilen insan, iki yıl sonunda desteksiz bir şekilde yürüyebilmekte, neden-sonuç ilişkisi kurabilmekte, problemleri çözebilmekte, basit planlama ve hatırlama eylemlerini gerçekleştirebilmektedir. Yaş artışıyla birlikte öğrenmedeki başarı azalmakta, fakat öğrenilen bilgiler kaybolmamaktadır. Aksine geçmiş tecrübelerden edinilen bilgiyi kullanmadaki yetenek artmaktadır [154].

Zekânın kalıtsal özelliğiyle ilgili yapılan çalışmalarda ise genellikle ikizlerden faydalanılmaktadır. Birlikte büyüyen ikizler üzerinde yapılan bir çalışmada ikizlerin zekâ puanları birbirine oldukça yakın çıkmıştır [155]. Bir başka araştırmada ise, bebekken evlat edinilen çocukların zekâları üvey ve doğal ebeveynlerinin zekâları ile karşılaştırılmış ve zekâ puanlarının doğal ebeveynlerinkine daha çok benzediği görülmüştür [157]. Bunun gibi pek çok araştırma, kalıtımın zekâ gelişiminde önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Fakat örnek çalışmalarda görüldüğü üzere zekâyı yalnızca kalıtımla açıklamak yeterli olmamakta, çevre konusu da büyük önem arz etmektedir [154].

İnsanlar çevreleriyle sürekli etkileşimde bulunmaktadır. Çevre, insanları henüz anne karnındayken etkilemeye başlamaktadır. Nitekim, ekonomik yetersizlik içinde olan hamile kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, ek gıda verilen annelerin çocuklarının zekâ puanları ek gıda verilmeyen annelerin çocuklarının zekâ puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır [155].

Yapılan çalışmalar kalıtım ve çevrenin zekâ üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Fakat zekânın gelişimini sadece kalıtımsal özelliklere veya çevresel faktörlere bağlamak doğru değildir. Kişinin yüksek düzeyde bir zekâyla dünyaya gelmesi kalıtım sonucudur; fakat çevrenin zekâ gelişimindeki etkisi de elzemdir [150].

#### **2.4.4 Duygu**

Duygu, Latince’de “motus anima” olarak tanımlanmaktadır. Motus anima, “harekete geçiren ruh” anlamına gelmekte, duyguların gücüne ve derinliğine işaret etmektedir [158]. Kelime anlamı itibariyle hareket bildirdiğinden, duyguların harekete yönelttiği kabul edilmektedir. Duygular, yaşamla baş edebilmemiz için acil planlar yapmamızı sağlamaktadırlar. Dolayısıyla duyguların bizi beklenmedik durumlara karşı koruduğu söylenebilmektedir [10].

Duygunun sözlükteki karşılığı, “herhangi bir zihin, his, tutku çalkantısı ya da devinimi; herhangi bir şiddetli ya da uyarılmış zihinsel durum”dur [23]. Ayrıca, “yoğunluk ve sürece değişen, bazen kendini bir davranış içinde ifade eden, çevreye uyma ya da uymamayı motive etmek için işlevsellik gösteren, olumlu ya da olumsuzluk hissinin, bilinç ötesi ya da bilinçli bir durumu” olarak da tanımlanmaktadır [159].

Goleman’a göre duygu kavramı; bir his ve bu hisse özgü belirli düşünceler, psikolojik ve biyolojik haller ve bir dizi hareket eğilimini ifade etmektedir. Young ise; içinde bulunan ortamın algılanmasıyla ortaya çıkan, iç organları harekete geçiren, bedende, davranışta ve bilinçte kendisini belirten süreç olarak tanımlamaktadır [160]. Cooper ve Sawaf’a göre ise duygular; bireyin içinde yükselen değerleri harekete geçiren ve davranışları şekillendiren enerji akımları olup, dışa doğru yayılarak başkalarını etkilemektedir [161].

Her insanın yaşamında şekillenen değerler ve anlamlar sistemi bulunmaktadır. Duygular hem kişisel hem de meslek hayatımızda bu değer ve anlamlar sisteminin oluşmasında oldukça büyük öneme sahiptir. Ayrıca varlığımızın temelini oluşturarak, hayatımıza anlam katmaktadırlar [158]. Bu bakımdan bireylerin deneyimledikleri duygular, onları diğerlerinden ayıran temel farklılıklar olarak kabul edilmektedir. Aile, toplumsal baskılar, kültür gibi faktörler bireyleri benzer davranışlara ve düşüncelere itebilmektedir. Fakat belirli olaylar meydana geldiğinde, baskı ve zorlamayla aynı duyguların paylaşılması mümkün değildir. Dolayısıyla her birey birbirinden farklıdır ve duygular bu farklılığın önemli bir göstergesidir [154].

Bireyler farklı durumlarda değişen yoğunluk seviyelerinde çeşitli duygular yaşamaktadır. Bu duyguların iyi veya kötü olarak sınıflandırılması, kötü olarak nitelendirilen duygulardan kaçınmaya çalışılması yaygın bir hatadır. Bütün duygular harekete geçirme, mücadele etme ve motive etmede gerekli olduğundan hayati önem taşımaktadır. Duygular, kişinin olayları tamamen özümsemesini, doğru izlenimlere sahip olmasını ve mantıklı kararlar vermesine olanak tanımaktadır. Mantıklı olmak,

kişinin duygusal yaşamıyla bağlantılıdır. Sağlıklı bir duygusal yaşamı olan kişiler mantıklı karar vermekte ve uygun davranışlarda bulunmaktadır. Bu bakımdan duygular mantığın tamamlayıcısı olarak da görülmektedir [158].

Duygular, fizyolojik ve sosyal ihtiyaçlar tarafından tetiklenmektedir. Örneğin, yemek yeme ihtiyacı kişinin aç kalması sonucunda görülmektedir. Açlık duygusu kişiyi yemek yemediği sürece rahatsız etmekte ve kişiyi yemek yeme konusunda uyarmaktadır. Bu durum duyguların kişisel bir alarm sistemi gibi çalıştığını göstermektedir [154].

Duyguların bir diğer önemli etkisi de bedenimiz üzerinde olmasıdır. Yaşanılan duygulara göre vücudumuzda farklı fizyolojik tepkiler görülmektedir. Örneğin öfke ve korku durumlarında nabzın yükselmesi, adrenalin hormonunun salgılanması ve göz bebeklerinin büyümesi, mutluluk ve sevgi durumlarında parasempatik sinir sisteminin aktive olup dinginlik ve huzur hissedilmesi, tikslenme durumlarında mide bulantısı yaşanması, üzüntü durumunda metabolizmanın yavaşlaması bu duruma örnek olarak verilebilmektedir [10].

İletişimde başarılı olmak için de duyguların ifadesi oldukça önemlidir [162]. Nitekim, bireyler iletişim kurarken duyguları bir araç olarak kullanmaktadır. Sosyal ortamlarda pek başarılı olmayan kişiler genelde duygularını ifade etmekte zorlanan kişilerdir. İnsanlar reddedilme ve dışlanma korkusu nedeniyle duygularını bastırarak ifade etmekten kaçınmaktadır. Fakat duyguları bastırmak yerine ifade etmek ilişkileri güçlendirmekte ve kişinin nasıl hissettiği konusunda karşı tarafı bilgilendirmektedir. Bu bakımdan olumsuz olsa dahi duyguların ifade edilmesi önemlidir. Nitekim çalışmalar duyguların empati, dürüstlük, ilişki kurma ve sürdürme gibi becerileri harekete geçirdiğini göstermiştir [154,158]. Bu durum duyguların birleştirici ve bireyler arası ilişkileri geliştirici yönünü de tanımlamaktadır.

#### 2.4.5 Duygusal zekâ

İngilizce’de “Emotional Intelligence” olarak adlandırılan duygusal zekâ kavramı gittikçe ilgi ve kabul gören bir görüş haline gelmiştir. Bilişsel açıdan zeki olarak kabul edilen bireylerin, sosyal hayatta başarısız olduklarının gözlenmesiyle birlikte yapılan çalışmalar bu eksikliğin kaynağının duygusal zekâ olduğunu göstermiştir. Bu nedenle duygusal zekâ üzerine olan çalışmalar, insanların yaşamlarının her alanında başarılı olmadıklarının saptanmasıyla birlikte başlamıştır [163].

Duygusal zekânın tarihsel gelişimi 1900’lü yıllara dayanmaktadır.1920 yılında Thorndike’in sosyal zekâyı insanların ilişkilerinde başkalarını anlama, yönetme, ilişki kurma ve ilişkileri yürütmede başarılı olma kapasitesi olarak tanımlayıp, zekânın duygusal yönüne değinmesiyle başladığı kabul edilmektedir. 1958 yılında ise David Wechsler, zekânın kişisel, sosyal ve duygusal faktörler gibi zihinsel olmayan faktörlerinin de olduğunu, bu faktörlerin zekânın bir parçası olduğunu öne sürmüş ve bu faktörlerin kişinin başarılı olması için gerekli olduğunu belirtmiştir. Wechsler, aksi taktirde kişinin toplam zekâsının tahmin edilemeyeceğini ileri sürmüştür [164]. 1983 yılında Gardner “Çoklu Zekâ Kuramı” ile zekânın bilişsel olmayan yönüne atıfta bulunmuştur. 1970-1989 yılları arasındaki dönemde ise zekâ ve duygu kavramları birlikte ele alınarak kapsamlı araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde duyguların ne olduğu ne zaman ortaya çıktığı ve düşünce üzerine etkileri araştırılmaya başlanmıştır. Terim olarak “duygusal zekâ” kavramı nadir olarak kullanılmış olsa da tanımı yapılmamıştır [165]. Geniş kapsamlı olarak ilk kez 1990 yılında Peter Salovey ve John Mayer tarafından ortaya koyulmuştur. 1990 yılında yayımlanan makalelerinde duygusal zekâyı “*bireyin kendisinin ve diğerlerinin duygularını gözlemleyebilme, ayırt edebilme ve bu bilgiyi düşünce ve hareketlerini yönlendirmede kullanabilme kapasitesi*” olarak tanımlamışlardır [166].

Mayer ve Salovey, duygusal zekânın sadece sosyal ilişkiler içerisindeki duygular hakkında sonuç çıkarmayı içermemesi, bunun yanında içsel duygular hakkında da sonuç çıkarmayı içermesinden dolayı sosyal zekâdan daha geniş olduğunu ve Gardner'ın kişisel zekâ kavramıyla da örtüştüğünü ileri sürmüşlerdir. Söz konusu makalenin ardından Mayer ve Salovey duygusal zekânın ölçülebilmesi amacıyla bir ölçek geliştirmiştir. Daha sonra 1995 yılında David Goleman “Duygusal Zekâ: Neden IQ'dan daha önemlidir?” adlı kitabında rasyonel ve zihinsel olmak üzere iki zihnimizin olduğunu ve her iki zihnin de hatıraları depoladığı, tercihlerimizi ve hareketlerimizi etkilediğini belirtmiştir. Goleman, hayattaki başarının %80'ini duygusal zekâyâ bağlamıştır [10]. Böylece duygusal zekâ kavramı en çok bu dönemde popülerlik kazanmış ve geniş alanlara yayılmıştır [167].

Goleman, Salovey ve Mayer'ın 1990'daki tanımını temel almakla birlikte, duyguları anlama ve ifade etmeye dayanan belli başlı sosyal beceriler ve iletişim unsurları gibi ilavelerle duygusal zekâ kavramının içeriğini genişletmiştir [168]. Kitabında duygusal zekâyı, “*kendini motive etme, aksiliklere rağmen yoluna devam edebilme, dürtüleri kontrol ederek kişisel tatmini erteleyebilme, ruh halini düzenleyebilme, sıkıntıların düşünmeyi engellemesine izin vermeme, kendini başkasının yerine koyabilme ve umut besleme*” gibi hususlarla tanımlamıştır [10].

Bunun yanında bu dönemde çeşitli araştırmalar gerçekleştirilmiş ve yeni ölçüm araçları geliştirilmiştir [169]. Bar-On 1988'deki doktora tezinde bir envanter geliştirmiştir. Bu envanterle duygusal ve sosyal fonksiyonların kişinin psikolojik anlamda iyi durumda olması üzerindeki etkisini test etmeyi amaçlamıştır. Burada envanter sonucunda elde edilen değeri ifade etmek amacıyla tezde “duygusal katsayı” kavramını kullanmıştır. Bar-On duygusal zekâyı “*kişinin çevresinden gelen istek ve baskıların üstesinden gelebilmesini sağlayan kişisel, duygusal ve sosyal beceriler dizini*” olarak tanımlamaktadır [170]. Reuvon Bar-On, gerçek zeki insanı, sadece bilişsel zekâyâ değil, aynı zamanda duygusal zekâyâ da sahip olan kişi olarak tanımlamaktadır [171].

Cooper ve Sawaf [172] duygusal zekâyı; “*duyguların gücü ve hızlı algılanışı, insan enerjisi, bilgisi, ilişkileri ve etkisinin bir kaynağı olarak duyumsama, anlama ve etkin bir biçimde kullanma yeteneği*” olarak ifade ederken, Konrad ve Hendl [173]; duygusal zekâyı, “*kim olduğunu bilmek, kendi duygularını tanımak, kendini motive edebilmek, hayal kırıklığına uğradığında iyimser kalabilmek, empati yapabilmek, yani başka insanların görüş açısından bakabilme ve ilişkilerde sosyal olabilme kabiliyeti*” olarak ifade etmektedir.

Duygusal zekâ duyguları bastırmak, duyguları kontrol altında tutmak, her zaman iyi olmak demek değildir. Duygusal zekâ doğru duyguları doğru zamanda doğru şekilde kullanmaktır [174]. Ayrıca duygusal zekâ doğuştan kazanılan bir yetenek değildir, sonradan öğrenilebilir ve geliştirilebilir [154]. Yeni davranış biçimlerinin zamanla yerleşmekte ve kişinin bir parçası olmakta olduğu bilindiğinden, duygusal zekânın da ömür boyu yaşadıklarımızla gelişeceği söylenebilmektedir [175].

Beceren [176], duygusal zekânın geliştirilmesi için kişinin kendisini tanıması, duygularını kontrol edebilmesi, iletişim becerilerini geliştirmesi, eleştiriye açık olması, problem çözücü olması, insanlarla ilgilenmesi ve kişinin kendisini başkalarına karşı açık tutması gerektiğini bildirmiştir. Bu bakımdan duygusal zekânın gelişmesi zaman alıcı bir süreçtir ve kişinin istekli olmasını ve çaba göstermesini gerektirmektedir.

#### **2.4.6 Hemşirelik açısından duygusal zekâ**

Hemşireler üzerindeki duygusal zekâ kavramının önemi her geçen gün daha fazla artmaktadır [14,177,178]. Nitekim, hemşirelik mesleğini duygulara atıf vermeden tanımlamak imkansızdır. Duygular hemşireler için çok değerli bir ipucudur. Hemşireler hasta bakımı esnasında mutluluk, hayal kırıklığı, sıkıntı, öfke gibi pek çok duygu yaşayabilmektedir. Duygularını fark etmesi, ne hissettiğini anlaması, nasıl bir duygusal yanıt vereceğini hissetmesi hemşirelerin beden ve duygularıyla ilişki içinde olmasını sağlamaktadır [179].

Hemşirelerin kendi duygularını anlaması, bakım verdiği hastaların da duygularını da anlamasını sağlamaktadır [180]. Böylece hemşireler çalıştığı kurumda bir sağlık profesyoneli olduğunu, amacının hasta bireylere bakım vermek olduğunu, duygusal gerilimi ekibine ve hastaya yansıtmaması gerektiğini hatırlamaktadır [76,181].

Hemşireler hastalarla iyi bir iletişim kurabilmek, hastaları anlayabilmek ve hastalara etkin bir şekilde hizmet verebilmek için duygularını yönetebilmeli, empati yapabilmeli ve kendini motive edebilmelidir [13,182,183]. Kendi duygularının farkında olan hemşireler, yaşamlarını ona göre şekillendirebilmekte, daha efektif bir şekilde hasta bakımı verebilmekte ve daha az tükenmişlik yaşamaktadır [180,184]. Akerjordet ve Severinsson [14] ve Reeves [185], hemşirelerin hastaların fizyolojik ve duygusal ihtiyaçlarına uygun yaklaşım sergileyebilmeleri için duygusal zekâlarının geliştirilmesi gerektiğini bildirmiştir. Nitekim hemşireler hataların sadece fizyolojik değil duygusal gereksinimlerine de dikkat etmelidir.

Duygusal zekâ, hemşirelerin meslek hayatındaki başarısını gösteren önemli bir unsurdur. Araştırmalar, duygusal zekâsı yüksek olan hemşirelerin uyum içinde çalıştığını göstermektedir [183,186-188]. Landa vd. [17], duygusal zekâsı yüksek olan hemşirelerin pozitif ilişkiler kurduğunu, problem çözme becerilerinin arttığını bildirmiştir. Hemşirelerde duygusal zekâ ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da duygusal zekâ becerilerinin hemşirelerin iş doyumunu arttırdığını ve stresle daha iyi baş edebildiklerini belirtmektedir [189-193].

Frank [194], tedavinin bir robot tarafından da gerçekleştirilebileceği, bakımın ise anlayışlı ve empatik insan söylemleri ve eylemleriyle gerçekleştiğini bildirmiş ve bakımı tedaviden ayırmıştır. Nitekim hastane ortamlarında bakımsız tedavinin moral bozucu etkileri herkes tarafından bilinmektedir. Özenle yapılan tedavi herkes tarafından takdir edilmekte, özen gösterilmeden, bir nesne gibi davranılan tedavide ise kişiler mutsuz olmakta, hemşirelerden ilgi ve gülümseme beklemektedir.

Sağlık hizmetinde hemşireler hastaların morelini yükseltmek için eşsiz bir fırsata sahiptir. Fakat bu durum yüksek seviyede bir öz-farkındalığı gerektirmektedir [195]. Bu durum sadece bir anlayış, kültür, empati ile ortaya çıkmamaktadır. Bu durum duygusal zekâyâ süreki vurgu yapılarak geliştirilebilmektedir.

Geleneksel eğitim programlarında hemşirelerin duygularını gizlemesi, mesafeyi koruması teşvik edilmiştir. Bu durum hastaların kaygılarından bir miktar koruma sağlarken daha az resmi hemşire-hasta ilişkileriyle sonuçlanmıştır [196,197]. Günümüzde ise açık iletişim şeklinde hemşire-hasta ilişkilerinin önemi vurgulanmaya başlanmıştır. Hasta bakımında bütüncül bir yaklaşım benimsenmiş, hemşirelik bakımında daha yakın ilişkiler ve süreklilik dile getirilmiştir.

Birleşik Krallık Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Ziyareti Merkez Konseyi (UKCC), hemşire-hasta ilişkilerinde ortaklık kavramını desteklemekte ve hastaların kendi bakımlarıyla ilgili kararlara daha fazla dahil olmasını teşvik etmektedir [198]. Güvene dayalı ilişkilerin geliştirilmesi için hemşirelerin hastalarla iyi ilişkiler kurabilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece hastalar iyileşmeleriyle ilgili kişisel ve hassas konuları tartışabileceklerini hissetmektedir.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli**

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde hemşirelerin öz-yeterlilik ve duygusal zekâ düzeyleri konusunda ayrı ayrı yapılmış çalışmaların mevcut olduğu görülmektedir. Ancak afete müdahale öz-yeterlilik ve duygusal zekâ konusunu birlikte ele alan çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu araştırmada afete müdahalede görev alan hemşirelerin duygusal zekâlarının afete müdahale öz-yeterlilikleri ile ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır. Mesleki öz-yeterlilikleriyle duygusal zekâ düzeyleri arasında ilişki kurularak afet ikliminin iyileştirilmesi, ileride afete müdahalede hemşirelerin görevlendirilmeleri konusunda oluşturulacak kurum politikasına katkı sağlanması ve dolayısıyla literatüre faydalı bir çalışma olması amaçlanmıştır. Koca vd. [19] tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği (AMÖYÖ) ve Tatar vd. [18] tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan “Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği” kullanılarak hemşirelere uygulanması yönünden tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2 Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri**

Araştırmanın amacından yola çıkarak 5 adet araştırma sorusu belirlenmiştir. Belirlenmiş olan araştırma soruları şu şekilde ifade edilmiştir:

- Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyi ne seviyededir?
- Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterliliği ne seviyededir?
- Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri demografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri demografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
- Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyi ile afete müdahale öz yeterlilik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Bu çalışmanın hipotezleri konuyla ilgili literatür dayanak alınarak geliştirilmiştir. Araştırma hipotezleri şu şekildedir;

**H1:** Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyi ile afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

**H2:** Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri demografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

- **H2.1** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.2** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.3** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.4** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri çocuk sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.5** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri aile tipine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.6** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.7** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.8** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri çalıştığı kuruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.9** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri çalıştığı birime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.10** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.11** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri afet yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H2.12** : Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri afette görev alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**H3:** Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri demografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir.

- **H3.1** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.2** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.3** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.4** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri çocuk sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.5** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri aile tipine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.6** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.7** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.8** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri çalıştığı kuruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.9** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri çalıştığı birime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.10** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.11** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri afet yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.
- **H3.12** : Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri afette görev alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

### 3.3 Araştırmanın Değişkenleri

#### **Bağımsız Değişken:**

- Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri
- Hemşirelerin afette görev alma durumu

#### **Bağımlı Değişken:**

- Hemşirelerin afete müdahale öz yeterlilik düzeyi
- Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyi

### 3.4 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Mayıs 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde, Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde ve İstanbul UMKE'de yapıldı. Veriler hastanelerde ve UMKE'de görev yapan hemşirelerle araştırmacı tarafından online ve yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı.

### 3.5 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan 390, Afetlerde Acil Sağlık Hizmetleri Birimi (UMKE)'de görev yapan 689 hemşire olmak üzere toplam 1079 hemşire oluşturmaktadır. Araştırma örneklemine girecek hemşire sayısı evreni bilinen örneklem hesabıyla bulundu (Şekil 3.1). Minimum örneklem büyüklüğü tip 1 hata payı %5, güven aralığı %95 alınarak 283 hemşire olarak hesaplandı. Araştırmaya dahil edilecek hemşireler basit rastgele örnekleme seçildi. Araştırmanın sonunda toplam 734 hemşire çalışmaya alındı.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

**Şekil 3. 1.** Evreni bilinen örneklem hesabı

**N** = Evrendeki birey sayısı

**n** = Örneklem alınacak birey sayısı

**p** = İncelenecek olayın görülüş sıklığı

**q** = İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı

**t** = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

**d** = Olayın görülüş sıklığına göre örneklem hatası

### **3.6 Araştırmaya Dahil Olma ve Dışlanma Kriterleri**

Araştırma kapsamına alınacak katılımcıların;

1. 18 yaş ve üzerinde olmak,
2. İletişim güçlüğü bulunmamak,
3. Hemşire olarak görev yapıyor olmak,
4. Araştırmaya katılmaya gönüllü olması kriterleri göz önüne alındı.

Araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılamayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmeyen kişiler araştırma dışında tutuldu.

### **3.7 Verilerin Toplanması**

Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Hastanesinde görevli 390 hemşire bulunmaktadır. 390 hemşirenin 238'ine ulaşıldı, 238 hemşireye yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından anket uygulandı. Anket uygulamasında, çeşitli gerekçelerle 9 hemşire araştırmaya katılmayı reddettiği ve 16 hemşire anket sorularına eksik cevap verdiği için araştırma dışı kaldı. Afetlerde Acil Sağlık Hizmetleri Birimi (UMKE)'nde görevli 689 hemşire bulunmaktadır. 689 hemşirenin 496'sına ulaşıldı, 496 hemşireye anket yöntemi ile araştırmacı tarafından anket uygulandı. Anket uygulamasında, çeşitli gerekçelerle 53 hemşire araştırmaya katılmayı reddettiği ve 91 hemşire anket sorularına eksik cevap verdiği için araştırma dışı kaldı. Bu doğrultuda toplamda 565 hemşireden hemşirenin anket yanıtları değerlendirmeye alındı. Araştırmacı tarafından, tüm hemşirelere çalışmanın amacı açıklandı, bilgilendirme yapıldı ve sözlü onamları alındı. Verilerin toplanması için bir hemşireye yaklaşık 10 dakika zaman ayrıldı.

### **3.8 Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında 14 maddelik Sosyodemografik Bilgi Formu, 41 maddelik Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği (GGSDZÖ) ve 19 maddelik Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği (AMÖYÖ) kullanıldı.

### **3.8.1 Sosyodemografik bilgi formu**

Sosyodemografik Bilgi Formu, literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, 14 maddeden oluşmaktadır. Bu formda katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, gelir durumu, eğitim durumu, çalıştığı kurum, çalıştığı birim, meslekte çalışma süresi, daha önce bir afetle karşılaşma durumu, herhangi bir afetle karşılaşıldı ise hangi afet türü olduğu, daha önce bir afette görev alma durumu, bir afette görev aldıysa hangi afet türü olduğu ile ilgili sorular yer almaktadır (Ek: F).

### **3.8.2 Afete müdahale öz-yeterlilik ölçeği (AMÖYÖ)**

2017 yılında Hong-Yan Li vd. [199] tarafından geliştirilen, Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 2018 yılında Koca vd. [19] tarafından yapılan Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği (AMÖYÖ), 5'li Likert ölçeğinin (1=Kendime hiç güvenim yok, 2=Temelde kendime güvenim yok, 3=Biraz kendime güvenim var, 4=Temelde kendimden eminim, 5=Kendime güvenim tam) kullanıldığı üç alt boyuttan oluşmaktadır (Ek: G). Yerinde kurtarma yetkinliğini içeren 11 madde, afette psikolojik hemşirelik yeterliliğini içeren 4 madde ve afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliliğini içeren 4 madde olmak üzere toplam 19 madde bulunmaktadır. Ölçekte ters yönlü madde bulunmamaktadır. Ölçeğin en düşük puanı 19, en yüksek puanı ise 95 olarak değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan afete müdahale öz-yeterliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach alfa kat sayısı 0,96 olarak belirlenmiş fakat ölçeğin kesme puanları için mevcut bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin cronbach alfa kat sayısı 0,967 olarak belirlenmiştir. Bu durumda AMÖYÖ'nün oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

### **3.8.3 Gözden geçirilmiş Schutte duygusal zekâ ölçeği (GGSDZÖ)**

1998 yılında Schutte vd. [168] tarafından geliştirilen 33 maddelik Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği daha sonra 2004 yılında Austin vd. [200] tarafından 3 bölüm ve 41 madde şeklinde revize edilmiştir. İyimserlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi Alt Boyutu 12 madde, Duyguların Kullanımı Alt Boyutu 6 ve Duyguların Değerlendirilmesi Alt Boyutu 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tatar vd. [18] tarafından yapılmıştır. 5'li Likert tipinin kullanıldığı (1 puan=Kesinlikle Katılmıyorum, 2 puan= Katılmıyorum, 3 puan=Kararsızım, 4 puan=Katılıyorum ve 5 puan=Tamamen Katılıyorum) ölçekten alınan toplam puandaki yükselme hemşirelerin duygusal zekâ düzeylerinin yükseldiğini göstermektedir (Ek: H). Ölçeğin 1., 2., 5., 7., 9., 11., 15., 16., 18., 19., 21., 27., 29., 30., 31., 32., 33., 36., 37., 38. soruları 1' den 5'e doğru düz, 3., 4., 6., 8., 10., 12., 13., 14., 17., 20., 22., 23., 24., 25., 26., 28., 34., 35., 39., 40., 41. soruları ise 5' ten 1' e doğru ters şekilde puanlanmaktadır. Ölçeğin en düşük puanı 41, en yüksek puanı ise 205 olarak değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan duygusal zekâ düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach alfa kat sayısı 0,82 olarak belirlenmiş fakat ölçeğin kesme puanları için mevcut bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0,725 olarak belirlenmiştir. Bu durumda GGSDZÖ'nün oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

### **3.9 Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen bulgular SPSS 25.0 programıyla değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanıldı. Normal dağılıma uygun verilerin analizinde parametrik testler (Student's t-test ve One-Way ANOVA testi), normal dağılıma uygun olmayan verilerin analizinde nonparametrik testler (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testi) kullanıldı. Araştırmada duygusal zekâ puanları ile afete müdahale öz-yeterlilik puanları arasındaki ilişki korelasyon ve regresyon analizi ile araştırıldı. Elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında ve anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

Bağımsız değişkenlere ilişkin alt seçeneklerin işaretlenme sıklığına bakıldı ve istatistiksel anlamda yeterli sıklıkta olmayan gruplar, uygun gruplarla birleştirildi. Buna göre;

- “Medeni durum” değişkenine göre ‘evli’, ‘bekar’, ‘boşanmış’ şeklindeki kategoriler birleştirilerek ‘evli’ ve ‘bekar’ kategorileri oluşturuldu.
- “Çocuk sayısı” değişkenine göre ‘0’, ‘1’, ‘2-3’ ve ‘3 çocuktan fazla’ şeklindeki kategoriler birleştirilerek ‘0’, ‘1’ ve ‘2 veya daha fazla’ kategorileri oluşturuldu.

### **3.10 Araştırmanın Etik Yönü ve Uygulanması**

- “Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği” nin, çalışmada kullanılması için Özlem Çağan’dan e-mail yoluyla izin alındı (Ek: A).
- “Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği”nin, çalışmada kullanılması için Arkun Tatar’dan e-mail yoluyla izin alındı (Ek: B).
- Araştırmanın yürütülebilmesi için Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Rektörlüğü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul’undan 19/08/2021 tarih ve 28698 sayılı etik onayı alındı (Ek: C).
- Araştırmanın yürütülebilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim ve Tescil Birimi’nden 10/03/2022 tarih ve 54354 sayılı etik onayı alındı (Ek: D).
- Araştırmaya dahil birimlerde, hemşireler araştırma hakkında bilgilendirildi, çalışmanın amacı açıklandı ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair online ve sözlü olarak onamları alındı (Ek: E).

### 3.11 Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yönleri;

- Araştırmanın 12 aylık bir dönemi kapsayacak şekilde uzun bir sürece yayılması,
- Araştırmacının araştırmayı kendi doğal ortamında yürüterek sürecin içerisinde yer alması,
- Araştırma sürecinin aynı kurumda çalışan bir uzman tarafından izlenmesi ve araştırmanın süreçlerine katkıda bulunması,
- Hemşirelerin duygusal zekâ ve afete müdahale öz-yeterliliğine ilişkin çalışmalar ulusal ve uluslararası alanda az sayıda olduğundan, bu araştırmanın konuya olan ilgiyi artıracığı ve daha fazla çalışma yapılmasını sağlayacağı düşünülmüş araştırmanın güçlü yönleri olarak sıralanabilir.

Araştırmanın sınırlılıkları;

- Araştırmada kullanılan ölçekler, İstanbul ili Bezmîâlem Vakıf Üniversitesi'nde ve Afetlerde Acil Sağlık Hizmetleri Birimi (UMKE)'nde çalışan hemşireleri kapsamakta olup diğer kurumlarda çalışan hemşireler üzerinde test edilmemesi,
- Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre belirlenmiş olup, veriler hemşirelerin anket formundaki sorulara verdikleri cevaplarla sınırlı olması,
- Çalışma grubunun bazı demografik özellikler bakımından dengeli dağılım göstermemesi araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, mesleki özellikleri, Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği puan ortalamaları, Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları, sosyodemografik özelliklerine göre Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği ve Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

##### 4.1 Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

**Tablo 4. 1 : Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Dağılımlar**

Değişkenler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	188	33,3
Kadın	377	66,7
<b>Yaş</b>		
24 yaş altı	145	25,7
25-34 yaş arası	225	39,8
35 yaş üstü	195	34,5
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	319	56,5
Bekar	246	43,5
<b>Çocuk Sayısı</b>		
0	225	39,8
1	196	34,7
2 ≤	144	25,5
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	375	66,4
Geniş Aile	190	33,6
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir Giderden Fazla	162	28,7
Gelir Giderle Eşit	220	38,9
Gelir Giderden Az	183	32,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Lise	141	25,0
Önlisans	64	11,3
Lisans	234	41,4
Yüksek Lisans	83	14,7
Doktora	43	7,6
<b>Toplam</b>	565	100

Araştırma %66,7'si (n=377) kadın, %33,3'ü (n=188) erkek olmak üzere toplam 565 hemşire ile yapılmıştır. Hemşirelerin %25,7'si (n=145) 24 yaşın altında, %39,8'i (n=225) 25-34 yaş aralığında, %34,5'i (n=195) 35 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Hemşirelerin %56,5'i (n=319) evli, %43,5'i (n=246) bekaardır. Hemşirelerin %39,8'inin (n=225) çocuğu yokken, %34,7'sinin (n=196) bir çocuğu, %25,5'inin (n=144) iki ve daha fazla çocuğu bulunmaktadır. Hemşirelerin %66,4'ü (n=375) çekirdek, %33,6'sı (n=190) geniş aileye sahiptir. Hemşirelerin %28,7'sinin (n=162) geliri giderden fazla, %38,9'unun (n=220) geliri giderle eşit ve %32,4'ünün (n=183) geliri giderden azdır. Ayrıca çalışmaya katılan hemşirelerin %25,0'i (n=141) lise, %11,3'ü (n=64) ön lisans, %41,4'ü (n=234) lisans, %14,7'si (n=83) yüksek lisans ve %7,6'sı (n=43) doktora mezunudur (Tablo 4.1).

**Tablo 4. 2:** Mesleki Özelliklere İlişkin Dağılımlar

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çalıştığı Kurum</b>		
Devlet Hastane	135	23,9
Özel Hastanesi	106	18,8
Vakıf Hastanesi	219	38,8
112/UMKE	105	18,6
<b>Çalıştığı Birim</b>		
Servis	115	20,4
Acil	151	26,7
Ameliyathane	80	14,2
112/UMKE	105	18,6
Diğer	114	20,2
<b>Çalışma Süresi</b>		
1 - 3 yıl	91	16,1
4 - 6 yıl	131	23,2
7 - 9 yıl	112	19,8
10 yıl ve üzeri	231	40,9
<b>Toplam</b>	<b>565</b>	<b>100</b>

Hemşirelerin %23,9'unun (n=135) devlet hastanesinde, %18,8'inin (n=106) özel hastanede, %38,8'inin (n=219) vakıf hastanesinde, %18,6'sı (n=105) ise 112/UMKE kurumlarında çalıştığı bulundu. Hemşirelerin %20,4'ü (n=115) serviste, %26,7'si (n=151) acilde, %14,2'si (n=80) ameliyathanede, %18,6'sı (n=105) 112/UMKE'de, %20,2'si (n=114) ise diğer birimlerde çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin meslekteki çalışma süreleri incelendiğinde; %16,1'inin (n=91) 1-3 yıl, %23,2'sinin (n=131) 4-6 yıl, %19,8'inin (n=112) 7-9 yıl, %40,9'unun (n=231) 10 yıl ve üzerinde olduğu saptandı (Tablo 4.2).

**Tablo 4. 3 : Yaşanılan Afetlere İlişkin Dağılımlar**

Değişkenler		n	%
<b>Daha önce afet yaşama durumu</b>	Evet	498	88,1
	Hayır	67	11,9
<b>• Yaşanılan afetler (n= 1693)</b>	Deprem	463	27,3
	Sel	326	19,3
	Yangın	272	16,1
	Heyelan	112	6,6
	Çığ	22	1,3
	Salgın	498	29,4
<b>Toplam</b>		1693	100

Hemşirelerin %88,1'i (n=498) şüana kadar en az bir afet ile karşılaştıklarını belirtirken, %11,9'u (n=67) herhangi bir afet ile karşılaşmadıklarını belirtti. Hemşirelerin %27,3'ü (n=463) deprem, %19,3'ü (n=326) sel, %16,1'i (n=272) yangın, %6,6'sı (n=112) heyelan, %1,3'ü (n=22) çığ ve %29,4'ü (n=498) salgın afetlerini yaşadıklarını ifade etti (Tablo 4.3).

**Tablo 4. 4 : Görev Alınan Afetlere İlişkin Dağılımlar**

Değişkenler		n	%
Daha önce afette görev alma durumu	Evet	451	79,8
	Hayır	114	20,2
•Görev alınan afetler (n= 1468)	Deprem	376	25,6
	Sel	320	21,8
	Yangın	209	14,2
	Heyelan	97	6,6
	Çığ	39	2,7
	Salgın	427	29,1
<b>Toplam</b>		1468	100

Hemşirelerin %79,8'i (n=451) şüana kadar en az bir afette görev aldıklarını belirtirken, %20,2'si (n=114) herhangi bir afette görev almadıklarını belirtmiş olup, %25,6'sı (n=376) deprem, %21,8'i (n=320) sel, %14,2'si (n=209) yangın, %6,6'sı (n=97) heyelan, %2,7'si (n=39) çığ ve %29,1'i (n=427) salgın afetlerde görev aldıklarını ifade etti (Tablo 4.4).

#### 4.2 Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde hemşirelerin GGSDZÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin veriler sunulmaktadır.

**Tablo 4. 5 : GGSDZÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Dağılımlar**

	n	Min-Max	$\bar{x}\pm SS$	Cronbach Alfa
<b>GGSDZÖ</b>				
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	565	44-56	50,56±3,52	0,783
Duyguların Kullanımı	565	11-18	13,34±1,83	0,296
Duyguların Değerlendirilmesi	565	19-31	24,10±2,55	0,778
<b>Toplam</b>	565	116-145	130,76±6,10	0,725

Yapılan betimsel analiz sonucunda hemşirelerin Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği'nin iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi alt boyutundan aldıkları ortalama puan  $50,56\pm 3,52$  olarak bulunurken, duyguların kullanımı alt boyutundan aldıkları ortalama puan  $13,34\pm 1,83$ , duyguların değerlendirilmesi alt boyutundan aldıkları ortalama puan  $24,10\pm 2,55$  ve toplam GGSDZÖ ortalama puan ise  $130,76\pm 6,10$  olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en yüksek ve en düşük puanlar doğrultusunda hemşirelerin GGSDZÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ölçek puan ortalamasının üzerinde görülmektedir. Bununla birlikte ölçeğin tamamının Cronbach alfa değeri 0.725 olarak belirlenmiştir. İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0.783, Duyguların kullanımı alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0.296, duyguların değerlendirilmesi alt boyutunun Cronbach alfa değeri ise 0.778 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5).

#### 4.3 Sosyodemografik Özelliklere Göre GGSDZÖ'nün Dağılımı

**Tablo 4. 6 : Yaşa Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

GGSDZÖ	Yaş	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	24 yaş altı	145	50,41±3,45	,209	,812
	25-34 yaş arası	225	50,58±3,59		
	35 yaş üstü	195	50,66±3,50		
Duyguların kullanımı	24 yaş altı	145	13,10±1,69	1,859	,157
	25-34 yaş arası	225	13,38±1,67		
	35 yaş üstü	195	13,48±2,08		
Duyguların değerlendirilmesi	24 yaş altı	145	24,01±2,59	,681	,507
	25-34 yaş arası	225	24,26±2,64		
	35 yaş üstü	195	24,00±2,42		
<b>Toplam</b>	24 yaş altı	145	130,26±6,12	,700	,497
	25-34 yaş arası	225	130,86±5,49		
	35 yaş üstü	195	131,02±6,74		

Tablo 4.6'da görüleceği üzere yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre hemşirelerin yaşları ile GGSDZÖ ve alt boyutlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 7 : Cinsiyete Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

GGSDZÖ	Cinsiyet	n	$\bar{x}\pm SS$	Sıra Ortalaması	Mann-Whitney U	
					U	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	Erkek	188	50,70±3,61	293,09	33542,00	,293
	Kadın	377	50,49±3,48	277,97		
Duyguların kullanımı	Erkek	188	13,46±2,08	282,54	35352,00	,961
	Kadın	377	13,28±1,70	283,23		
Duyguların değerlendirilmesi	Erkek	188	24,28±2,41	300,67	32116,00	,067
	Kadın	377	24,01±2,62	274,19		
<b>Toplam</b>	Erkek	188	131,25±6,26	300,14	32215,00	,077
	Kadın	377	130,52±6,01	274,45		

Tablo 4.7’de görüleceği üzere, yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre hemşirelerin GGSDZÖ ve alt boyutlarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 8 : Medeni Duruma Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

GGSDZÖ	Medeni Durum	n	$\bar{x}\pm SS$	Sıra Ortalaması	Mann-Whitney U	
					U	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	Evli	319	50,69±3,43	287,34	37851,500	,466
	Bekar	246	50,40±3,63	277,37		
Duyguların kullanımı	Evli	319	13,47±1,95	290,32	36902,500	,202
	Bekar	246	13,17±1,65	273,51		
Duyguların değerlendirilmesi	Evli	319	24,00±2,51	277,74	37560,00	,379
	Bekar	246	24,24±2,61	289,82		
<b>Toplam</b>	Evli	319	130,95±6,05	286,54	38108,00	,556
	Bekar	246	130,52±6,17	278,41		

Tablo 4.8 incelendiğinde, yapılan Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre hemşirelerin medeni durumları ile GGSDZÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 9 : Çocuk Sayısına Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

GGSDZÖ	Çocuk Sayısı	n	$\bar{x}\pm SS$	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis	
					H	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	0	225	50,31±3,60	271,08	2,102	,350
	1	196	50,77±3,49	292,65		
	2≤	144	50,67±3,43	288,49		
Duyguların kullanımı	0	225	13,19±1,67	274,78	2,752	,253
	1	196	13,45±1,78	297,87		
	2≤	144	13,43±2,11	275,61		
Duyguların değerlendirilmesi	0	225	23,99±2,57	273,61	1,804	,406
	1	196	24,09±2,41	283,66		
	2≤	144	24,30±2,71	296,77		
<b>Toplam</b>	0	225	129,96±6,10	260,52	7,347	<b>,025*</b>
	1	196	131,10±5,95	294,27		
	2≤	144	131,55±6,20	302,78		

\*p<0.05

Yapılan Kruskal Wallis analizi sonucunda hemşirelerin çocuk sayısı ile toplam GGSDZÖ ortalama puanıyla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür (p<0,05). Bulunan anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post-hoc testi uygulanmıştır. Bulunan sonuçlara göre 2 veya daha fazla çocuğu olan hemşirelerin toplam GGSDZÖ ortalama puanı, hiç çocuğu olmayan hemşirelere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9).

**Tablo 4. 10 : Aile Tipine Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

GGSDZÖ	Aile Tipi	n	$\bar{x}\pm SS$	F	t	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	Çekirdek	375	50,52±3,63	6,308	-,427	,670
	Geniş	190	50,65±3,30			
Duyguların kullanımı	Çekirdek	375	13,33±1,80	,498	-,150	,881
	Geniş	190	13,36±1,89			
Duyguların değerlendirilmesi	Çekirdek	375	24,09±2,56	,028	-,156	,876
	Geniş	190	24,13±2,55			
<b>Toplam</b>	Çekirdek	375	130,64±6,14	,404	-,647	,518
	Geniş	190	131,00±6,04			

Tablo 4.10 incelendiğinde, yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre hemşirelerin aile tipleri ile GGSDZÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 11 : Gelir Durumuna Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

GGSDZÖ	Gelir Durumu	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	Gelir giderden fazla	162	50,41±3,61	,545	,580
	Gelir giderle eşit	220	50,75±3,34		
	Gelir giderden az	183	50,46±3,65		
Duyguların kullanımı	Gelir giderden fazla	162	13,43±1,88	1,693	,185
	Gelir giderle eşit	220	13,45±1,92		
	Gelir giderden az	183	13,14±1,68		
Duyguların değerlendirilmesi	Gelir giderden fazla	162	23,98±2,52	,252	,777
	Gelir giderle eşit	220	24,15±2,70		
	Gelir giderden az	183	24,16±2,39		
<b>Toplam</b>	Gelir giderden fazla	162	130,49±6,36	1,748	,175
	Gelir giderle eşit	220	131,35±5,74		
	Gelir giderden az	183	130,29±6,26		

Tablo 4.11’de görüleceği üzere, yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşirelerin gelir durumları ile GGSDZÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 12 :** Eğitim Durumuna Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

GGSDZÖ	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	Lise	141	50,29±3,72	,826	,509
	Önlisans	64	50,28±3,78		
	Lisans	234	50,81±3,37		
	Yüksek Lisans	83	50,33±3,44		
	Doktora	43	50,97±3,38		
Duyguların kullanımı	Lise	141	12,79±1,45	6,765	,000*
	Önlisans	64	13,17±1,84		
	Lisans	234	13,41±1,88		
	Yüksek Lisans	83	13,90±1,97		
	Doktora	43	13,95±1,92		
Duyguların değerlendirilmesi	Lise	141	23,73±2,41	2,850	,023*
	Önlisans	64	23,60±2,54		
	Lisans	234	24,17±2,55		
	Yüksek Lisans	83	24,62±2,69		
	Doktora	43	24,69±2,58		
<b>Toplam</b>	Lise	141	129,51±5,73	4,386	,002*
	Önlisans	64	129,39±6,83		
	Lisans	234	131,10±5,92		
	Yüksek Lisans	83	132,18±6,15		
	Doktora	43	132,32±6,06		

\*p<0.05

Tablo 4.12’de görüleceği üzere, yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşirelerin eğitim durumları ile duyguların kullanımı alt boyutu, duyguların değerlendirilmesi alt boyutu ve toplam GGSDZÖ ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Bulunan anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post-hoc testi uygulanmıştır. Bulunan sonuçlara göre;

- Lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu hemşirelerin duyguların kullanımı alt boyutunun lise mezunlarına göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu,
- Yüksek lisans ve doktora mezunlarının lise ve önlisans mezunlarına göre duyguların değerlendirilmesi alt boyutunun anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu,
- Yüksek lisans mezunlarının toplam GGSDZÖ ortalama puanının ise lise ve önlisans mezunlarına göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4. 13 : Çalıştığı Kuruma Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

GGSDZÖ	Çalıştığı Kurum	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	Devlet Hastanesi	135	50,48±3,51	1,290	,277
	Özel Hastane	106	50,67±3,64		
	Vakıf Hastanesi	219	50,30±3,65		
	112/UMKE	105	51,10±3,08		
Duyguların kullanımı	Devlet Hastanesi	135	13,34±1,90	5,594	<b>,001*</b>
	Özel Hastane	106	13,22±1,69		
	Vakıf Hastanesi	219	13,10±1,66		
	112/UMKE	105	13,97±2,08		
Duyguların değerlendirilmesi	Devlet Hastanesi	135	24,17±2,62	1,496	,215
	Özel Hastane	106	24,36±2,47		
	Vakıf Hastanesi	219	23,83±2,39		
	112/UMKE	105	24,33±2,85		
<b>Toplam</b>	Devlet Hastanesi	135	130,86±6,18	6,987	<b>,000*</b>
	Özel Hastane	106	130,78±6,12		
	Vakıf Hastanesi	219	129,66±5,87		
	112/UMKE	105	132,92±5,95		

\*p<0.05

Tablo 4.13'de görüleceği üzere, yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşirelerin çalıştığı kurum ile duyguların kullanımı alt boyutu ve toplam GGSDZÖ ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Farklılığı tespit etmek amacıyla yapılan post-hoc testi sonucunda;

- 112/UMKE'de çalışan hemşirelerin duyguların kullanımı alt boyutlarının özel ve vakıf hastanesinde çalışan hemşirelerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu,
- 112/UMKE'de çalışan hemşirelerin toplam GGSDZÖ ortalama puanlarının devlet, vakıf ve özel hastanede çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4. 14 : Çalıştığı Birime Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

GGSDZÖ	Çalıştığı Birim	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	Servis	115	50,73±3,69	1,326	,259
	Acil	151	50,58±3,37		
	Ameliyathane	80	50,15±3,91		
	112/UMKE	105	51,10±3,08		
	Diğer	114	50,16±3,60		
Duyguların kullanımı	Servis	115	13,20±1,70	5,416	,000*
	Acil	151	13,45±1,87		
	Ameliyathane	80	12,85±1,45		
	112/UMKE	105	13,97±2,08		
	Diğer	114	13,11±1,77		
Duyguların değerlendirilmesi	Servis	115	24,16±2,36	1,136	,339
	Acil	151	24,29±2,45		
	Ameliyathane	80	23,73±2,59		
	112/UMKE	105	24,33±2,85		
	Diğer	114	23,85±2,55		
<b>TOPLAM</b>	Servis	115	130,66±5,81	7,058	,000*
	Acil	151	131,31±6,00		
	Ameliyathane	80	128,91±6,21		
	112/UMKE	105	132,92±5,95		
	Diğer	114	129,44±5,95		

\*p<0.05

Tablo 4.14’de görüleceği üzere, çalıştığı birime göre hemşirelerin duyguların kullanımı alt boyutu ve toplam GGSDZÖ ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Farklılığa sebep olan grubu bulmak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda;

- 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin servis, ameliyathane ve diğer birimde çalışanlara göre duyguların kullanımı alt boyutu istatistiksel olarak yüksek çıkmıştır.
- Acil çalışanlarının ameliyathanede çalışanlara göre, 112/UMKE’de çalışanların da servis, ameliyathane ve diğer birimdekilere göre toplam GGSDZÖ ortalama puanı istatistiksel olarak yüksek çıkmıştır.

**Tablo 4. 15 : Çalışma Süresine Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

GGSDZÖ	Çalışma Süresi	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	1-3 yıl	91	50,28±3,81	,923	,429
	4-6 yıl	131	50,25±3,67		
	7-9 yıl	112	50,87±3,39		
	10 yıl ve üzeri	231	50,70±3,37		
Duyguların kullanımı	1-3 yıl	91	13,02±1,54	2,811	<b>,039*</b>
	4-6 yıl	131	13,10±1,68		
	7-9 yıl	112	13,49±1,76		
	10 yıl ve üzeri	231	13,54±2,02		
Duyguların değerlendirilmesi	1-3 yıl	91	23,72±2,57	4,550	<b>,004*</b>
	4-6 yıl	131	23,68±2,56		
	7-9 yıl	112	23,68±2,56		
	10 yıl ve üzeri	231	24,17±2,53		
<b>TOPLAM</b>	1-3 yıl	91	129,16±6,02	6,271	<b>,000*</b>
	4-6 yıl	131	129,61±5,92		
	7-9 yıl	112	131,94±5,74		
	10 yıl ve üzeri	231	131,48±6,20		

\*p<0.05

Tablo 4.15'te görüleceği üzere, yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşirelerin çalışma süresi ile duyguların kullanımı, duyguların değerlendirilmesi alt boyutları ve toplam GGSDZÖ ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Bulunan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post-hoc testi sonuçlarına göre;

- Meslekte 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin duyguların kullanımı alt boyutunun meslekte 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışan hemşirelerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu,
- Meslekte 7-9 yıl çalışan hemşirelerin duyguların değerlendirilmesi alt boyutunun meslekte 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu,
- Meslekte 7-9 yıl ve 10 yıl üzeri çalışan hemşirelerin toplam GGSDZÖ ortalama puanlarının 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4. 16 :** Afet Yaşama Durumuna Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

GGSDZÖ	Afet Yaşama Durumu	n	$\bar{x}\pm SS$	F	t	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	Evet	498	50,63±3,54	,955	1,329	,185
	Hayır	67	50,02±3,29			
Duyguların kullanımı	Evet	498	13,29±1,85	,139	-1,899	,058
	Hayır	67	13,74±1,81			
Duyguların değerlendirilmesi	Evet	498	24,05±2,50	2,764	-1,465	,143
	Hayır	67	24,53±2,93			
<b>TOPLAM</b>	Evet	498	130,80±5,93	10,158	,353	,725
	Hayır	67	130,47±7,27			

Yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre hemşirelerin afet yaşama durumu ile GGSDZÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.16.).

**Tablo 4. 17 :** Afette Görev Alma Durumuna Göre GGSDZÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

GGSDZÖ	Afette Görev Alma Durumu	n	$\bar{x}\pm SS$	F	t	p
İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi	Evet	451	50,87±3,51	,579	4,183	<b>,000*</b>
	Hayır	114	49,35±3,28			
Duyguların kullanımı	Evet	451	13,28±1,79	2,881	1,511	,131
	Hayır	114	13,57±1,97			
Duyguların değerlendirilmesi	Evet	451	24,09±2,44	10,329	-,135	,893
	Hayır	114	24,14±2,95			
<b>TOPLAM</b>	Evet	451	131,12±5,64	25,070	2,384	<b>,018*</b>
	Hayır	114	129,33±7,52			

\*p<0.05

Yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre hemşirelerin afette görev alma durumu ile iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.000$ ;  $p<0.05$ ) Buna göre; daha önce afette görev alan hemşirelerin iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi puan ortalamaları ( $50,87\pm3,51$ ), afette görev almayan hemşirelerin iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi puan ortalamalarına ( $49,35\pm3,28$ ) göre anlamlı olarak daha fazladır. Bununla birlikte hemşirelerin afette görev alma durumu ile toplam GGSDZÖ ortalama puanı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,018$ ;  $p<0.05$ ). Buna göre; daha önce afette görev alan hemşirelerin toplam GGSDZÖ ortalama puanı ortalamaları ( $131,12\pm5,64$ ), afette görev almayan hemşirelerin toplam GGSDZÖ ortalama puanlarına ( $129,33\pm7,52$ ) göre anlamlı olarak daha fazladır (Tablo 4.17).

#### 4.4 Hemşirelerin Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamaları

Bu bölümde hemşirelerin AMÖYÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin veriler sunulmaktadır.

**Tablo 4. 18 :** AMÖYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Dağılımlar

	n	Min-Max	$\bar{x}\pm SS$	Cronbach Alpha
<b>AMÖYÖ</b>				
Yerinde kurtarma yetkinliği	565	33-55	$45,34\pm7,66$	0,974
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	565	12-20	$16,97\pm2,60$	0,915
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	565	9-20	$17,26\pm2,68$	0,945
<b>Toplam</b>	565	57-95	$79,57\pm11,44$	0,967

Yapılan betimsel analiz sonucunda hemşirelerin Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği'nin yerinde kurtarma yetkinliği alt boyutundan aldıkları ortalama puan  $45,34 \pm 7,66$  olarak bulunurken, afette psikolojik hemşirelik yeterliği alt boyutundan aldıkları ortalama puan  $16,97 \pm 2,60$ , afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği alt boyutundan aldıkları ortalama puan  $17,26 \pm 2,68$  ve toplam afete müdahale öz-yeterlilik ortalama puanı ise  $79,57 \pm 11,44$  olarak bulunmuştur. Bununla birlikte ölçeğin tamamının Cronbach alfa değeri  $0,967$  olarak belirlenmiştir. Yerinde kurtarma yetkinliği alt boyutunun Cronbach alfa değeri  $0,974$ , afette psikolojik hemşirelik yeterliği alt boyutunun Cronbach alfa değeri  $0,915$ , afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği alt boyutunun Cronbach alfa değeri ise  $0,945$  olarak belirlenmiştir (Tablo 4.18).

#### 4.5 Sosyodemografik Özelliklere Göre AMÖYÖ'nün Dağılımı

**Tablo 4. 19 :** Yaşa Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

AMÖYÖ	Yaş	n	$\bar{x} \pm SS$	F	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	24 yaş altı	145	$44,89 \pm 7,59$	,617	,540
	25-34 yaş arası	225	$45,76 \pm 7,57$		
	35 yaş üstü	195	$45,18 \pm 7,84$		
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	24 yaş altı	145	$16,75 \pm 2,58$	,802	,449
	25-34 yaş arası	225	$17,10 \pm 2,57$		
	35 yaş üstü	195	$16,98 \pm 2,65$		
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	24 yaş altı	145	$16,99 \pm 2,81$	2,456	,087
	25-34 yaş arası	225	$17,56 \pm 2,36$		
	35 yaş üstü	195	$17,11 \pm 2,88$		
<b>Toplam</b>	24 yaş altı	145	$78,64 \pm 11,39$	1,166	,312
	25-34 yaş arası	225	$80,42 \pm 11,12$		
	35 yaş üstü	195	$79,29 \pm 11,82$		

Tablo 4.19'da görüleceği üzere, yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre hemşirelerin yaşları ile afete müdahale öz-yeterlilik ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4. 20 : Cinsiyete Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

AMÖYÖ	Cinsiyet	n	$\bar{x}\pm SS$	Sıra Ortalaması	Mann-Whitney U	
					U	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	Erkek	188	45,94±7,67	296,31	32936,00	,169
	Kadın	377	45,04±7,65	276,36		
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	Erkek	188	17,06±2,72	291,10	33915,00	,392
	Kadın	377	16,92±2,54	278,96		
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	Erkek	188	17,20±2,84	283,88	35273,500	,926
	Kadın	377	17,29±2,59	282,56		
<b>TOPLAM</b>	Erkek	188	80,20±11,60	293,09	33541,00	,298
	Kadın	377	79,26±11,36	277,97		

Tablo 4.20’de görüleceği üzere, yapılan Mann Whitney U sonuçlarına göre hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik ölçeği ve alt boyutları arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 21 : Medeni Duruma Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

AMÖYÖ	Medeni Durum	n	$\bar{x}\pm SS$	Sıra Ortalaması	Mann-Whitney U	
					U	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	Evli	319	45,46±7,50	284,06	38898,00	,860
	Bekar	246	45,18±7,88	281,62		
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	Evli	319	16,96±2,55	281,55	38774,500	,805
	Bekar	246	16,98±2,66	284,88		
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	Evli	319	17,18±2,83	282,17	38973,00	,887
	Bekar	246	17,35±2,46	284,07		
<b>TOPLAM</b>	Evli	319	79,60±11,29	283,60	39045,00	,920
	Bekar	246	79,54±11,65	282,22		

Tablo 4.21 incelendiğinde, yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre hemşirelerin medeni durumları ile afete müdahale öz-yeterlilik ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 22 : Çocuk Sayısına Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

AMÖYÖ	Çocuk Sayısı	n	$\bar{x}\pm SS$	Sıra Ortalaması	Kruskal Wallis	
					H	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	0	225	44,44±7,90	265,91	4,134	,127
	1	196	45,86±7,78	293,97		
	2≤	144	46,02±7,02	294,76		
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	0	225	16,67±2,66	265,27	4,690	,096
	1	196	17,16±2,50	293,38		
	2≤	144	17,17±2,60	296,58		
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	0	225	17,01±2,64	264,44	5,290	,071
	1	196	17,44±2,58	293,07		
	2≤	144	17,39±2,84	298,29		
<b>TOPLAM</b>	0	225	78,13±11,66	263,14	5,586	,061
	1	196	80,47±11,46	294,95		
	2≤	144	80,59±10,89	297,77		

Tablo 4.22’de görüleceği üzere, yapılan Kruskal Wallis analizi sonucunda hemşirelerin çocuk sayısı ile afete müdahale öz-yeterlilik ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 23 : Aile Tipine Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

AMÖYÖ	Aile Tipi	n	$\bar{x}\pm SS$	F	t	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	Çekirdek	375	45,23±7,79	1,185	-,477	,634
	Geniş	190	45,55±7,43			
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	Çekirdek	375	16,97±2,60	,004	,021	,983
	Geniş	190	16,96±2,60			
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	Çekirdek	375	17,29±2,56	1,294	,435	,664
	Geniş	190	17,19±2,89			
<b>TOPLAM</b>	Çekirdek	375	79,50±11,60	1,331	-,213	,832
	Geniş	190	79,72±11,14			

Tablo 4.23 incelendiğinde, yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre hemşirelerin aile tipleri ile afete müdahale öz-yeterlilik ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 24 : Gelir Durumuna Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

AMÖYÖ	Gelir Durumu	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	Gelir giderden fazla	162	44,94±7,92	1,855	,157
	Gelir giderle eşit	220	46,11±7,17		
	Gelir giderden az	183	44,76±7,96		
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	Gelir giderden fazla	162	16,76±2,62	1,674	,188
	Gelir giderle eşit	220	17,21±2,46		
	Gelir giderden az	183	16,85±2,73		
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	Gelir giderden fazla	162	17,06±2,87	,607	,546
	Gelir giderle eşit	220	17,33±2,59		
	Gelir giderden az	183	17,34±2,60		
<b>TOPLAM</b>	Gelir giderden fazla	162	78,77±11,75	1,654	,192
	Gelir giderle eşit	220	80,66±10,76		
	Gelir giderden az	183	78,97±11,90		

Tablo 4.24'de görüleceği üzere, yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşirelerin gelir durumları ile afete müdahale öz-yeterlilik ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 25 : Eğitim Durumuna Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

AMÖYÖ	Eğitim Durumu	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	Lise	141	44,41±7,67	1,873	,114
	Önlisans	64	44,17±8,23		
	Lisans	234	45,50±7,51		
	Yüksek Lisans	83	46,77±7,59		
	Doktora	43	46,46±7,39		
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	Lise	141	16,67±2,77	3,041	<b>,017*</b>
	Önlisans	64	16,35±2,77		
	Lisans	234	17,01±2,51		
	Yüksek Lisans	83	17,66±2,44		
	Doktora	43	17,30±2,27		
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	Lise	141	17,13±2,64	,694	,596
	Önlisans	64	16,85±2,62		
	Lisans	234	17,39±2,53		
	Yüksek Lisans	83	17,45±3,08		
	Doktora	43	17,20±2,86		
<b>TOPLAM</b>	Lise	141	78,22±11,54	2,151	,073
	Önlisans	64	77,39±12,63		
	Lisans	234	79,91±11,02		
	Yüksek Lisans	83	81,89±11,51		
	Doktora	43	80,97±10,69		

\* $p<0.05$

Tablo 4.25 incelendiğinde, yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşirelerin eğitim durumları ile afette psikolojik hemşirelik yeterliği alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Bulunan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post-hoc testi uygulanmıştır. Bulunan sonuçlara göre; yüksek lisans mezunlarının afette psikolojik hemşirelik yeterliği alt boyutunun lise ve önlisans mezunlarına göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 4. 26 : Çalıştığı Kuruma Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

TOPLAM	Çalıştığı Kurum	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	Devlet Hastanesi	135	45,20±7,66	3,986	<b>,008*</b>
	Özel Hastane	106	45,83±7,66		
	Vakıf Hastanesi	219	44,24±7,70		
	112/UMKE	105	47,29±7,25		
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	Devlet Hastanesi	135	16,84±2,56	3,903	<b>,009*</b>
	Özel Hastane	106	17,09±2,67		
	Vakıf Hastanesi	219	16,65±2,62		
	112/UMKE	105	17,67±2,41		
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	Devlet Hastanesi	135	17,25±2,51	3,592	<b>,014*</b>
	Özel Hastane	106	17,46±2,48		
	Vakıf Hastanesi	219	16,87±2,78		
	112/UMKE	105	17,87±2,74		
<b>TOPLAM</b>	Devlet Hastanesi	135	79,31±11,45	4,975	<b>,002*</b>
	Özel Hastane	106	80,39±11,59		
	Vakıf Hastanesi	219	77,77±11,33		
	112/UMKE	105	82,84±10,85		

\* $p<0,05$

Tablo 4.26’da görüleceği üzere yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşirelerin çalıştığı kurum ile yerinde kurtarma yetkinliği, afette psikolojik hemşirelik yeterliği, afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği ve toplam AMÖYÖ ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yapılan Post-hoc testi sonucunda; 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin yerinde kurtarma yetkinliği, afette psikolojik hemşirelik yeterliği, afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği ve toplam afete müdahale öz-yeterlilik ortalama puanının vakıf hastanesinde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4. 27 : Çalıştığı Birime Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

AMÖYÖ	Çalıştığı Birim	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	Servis	115	45,44±7,71	4,032	<b>,003*</b>
	Acil	151	45,90±7,43		
	Ameliyathane	80	43,50±8,21		
	112/UMKE	105	47,29±7,25		
	Diğer	114	43,99±7,50		
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	Servis	115	16,86±2,63	4,290	<b>,002*</b>
	Acil	151	17,19±2,52		
	Ameliyathane	80	16,26±2,63		
	112/UMKE	105	17,67±2,41		
	Diğer	114	16,64±2,66		
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	Servis	115	17,16±2,60	3,275	<b>,011*</b>
	Acil	151	17,50±2,50		
	Ameliyathane	80	16,88±2,76		
	112/UMKE	105	17,87±2,74		
	Diğer	114	16,73±2,75		
<b>TOPLAM</b>	Servis	115	79,46±11,31	4,955	<b>,001*</b>
	Acil	151	80,60±11,14		
	Ameliyathane	80	76,65±12,06		
	112/UMKE	105	82,84±10,85		
	Diğer	114	77,36±11,26		

\*p<0.05

Tablo 4.27’de görüleceği üzere çalıştığı birime göre hemşirelerin yerinde kurtarma yetkinliği, afette psikolojik hemşirelik yeterliği, afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliliği alt boyutu ve toplam AMÖYÖ ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Farklılığa sebep olan grubu bulmak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda;

- 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin yerinde kurtarma yetkinliği, afette psikolojik hemşirelik yetkinliği ve toplam AMÖYÖ ortalama puanı ameliyathane ve diğer birimlerde çalışanlara göre,
- 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği diğer birimlerde çalışanlara göre yüksek bulunmuştur.
- Diğer grupların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 4. 28 : Çalışma Süresine Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

AMÖYÖ	Çalışma Süresi	n	$\bar{x}\pm SS$	F	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	1-3 yıl	91	43,83±8,27	4,269	<b>,005*</b>
	4-6 yıl	131	44,03±7,73		
	7-9 yıl	112	46,69±7,39		
	10 yıl ve üzeri	231	46,01±7,34		
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	1-3 yıl	91	16,62±2,61	3,210	<b>,023*</b>
	4-6 yıl	131	16,58±2,69		
	7-9 yıl	112	17,50±2,55		
	10 yıl ve üzeri	231	17,06±2,53		
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	1-3 yıl	91	16,84±2,66	1,346	,258
	4-6 yıl	131	17,19±2,23		
	7-9 yıl	112	17,58±2,95		
	10 yıl ve üzeri	231	17,31±2,77		
<b>TOPLAM</b>	1-3 yıl	91	77,30±12,17	4,086	<b>,007*</b>
	4-6 yıl	131	77,81±11,35		
	7-9 yıl	112	81,79±11,20		
	10 yıl ve üzeri	231	80,39±11,08		

\*p<0.05

Tablo 4.28’de görüleceği üzere yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda hemşirelerin yerinde kurtarma yetkinliği, afette psikolojik hemşirelik yeterliği alt boyutları ve toplam AMÖYÖ ortalama puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Bulunan anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Post-hoc testi sonuçlarına göre;

- 7-9 yıl çalışan hemşirelerin 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışan hemşirelere göre yerinde kurtarma yetkinliği daha yüksek bulunmuştur.
- 7-9 yıl çalışan hemşirelerin 4-6 yıl çalışan hemşirelere göre afette psikolojik hemşirelik yeterliliği daha yüksek bulunmuştur.
- 7-9 yıl çalışan hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik ortalama puanları 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4. 29 : Afet Yaşama Durumuna Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Afet Yaşama Durumu		n	$\bar{x}\pm SS$	F	t	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	Evet	498	45,54±7,55	2,933	1,698	,090
	Hayır	67	43,85±8,40			
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	Evet	498	16,99±2,56	3,063	,655	,513
	Hayır	67	16,77±2,87			
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	Evet	498	17,26±2,66	1,053	-,065	,949
	Hayır	67	17,28±2,82			
AMÖYÖ	Evet	498	79,80±11,22	7,442	1,140	,258
	Hayır	67	77,91±12,93			

Tablo 4.29 incelendiğinde, yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre hemşirelerin afet yaşama durumu ile afete müdahale öz-yeterlilik ölçeği ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4. 30 : Afette Görev Alma Durumuna Göre AMÖYÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Afette Görev Alma Durumu		n	$\bar{x}\pm SS$	F	t	p
Yerinde kurtarma yetkinliği	Evet	451	46,05±7,27	10,620	4,064	,000*
	Hayır	114	42,52±8,51			
Afette psikolojik hemşirelik yeterliği	Evet	451	17,16±2,50	,922	3,530	,000*
	Hayır	114	16,21±2,83			
Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği	Evet	451	17,39±2,66	,010	2,359	,019*
	Hayır	114	16,73±2,70			
AMÖYÖ	Evet	451	80,61±10,85	10,595	3,955	,000*
	Hayır	114	75,47±12,75			

\* $p<0.05$

Tablo 4.30’da görüleceği üzere, yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre hemşirelerin afette görev alma durumu ile yerinde kurtarma yetkinliği, afette psikolojik hemşirelik yeterliği, afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği alt boyutları ve toplam AMÖYÖ ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Buna göre;

- Daha önce afette görev alan hemşirelerin yerinde kurtarma yetkinliği puan ortalamaları ( $46,05\pm7,27$ ), afette görev almayan hemşirelerin yerinde kurtarma yetkinliği puan ortalamalarına ( $42,52\pm8,51$ ) göre,
- Daha önce afette görev alan hemşirelerin afette psikolojik hemşirelik puan ortalamaları ( $17,16\pm2,50$ ), afette görev almayan hemşirelerin afette psikolojik hemşirelik puan ortalamalarına ( $16,21\pm2,83$ ) göre,
- Daha önce afette görev alan hemşirelerin afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği puan ortalamaları ( $17,39\pm2,66$ ), afette görev almayan hemşirelerin afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği puan ortalamalarına ( $16,73\pm2,70$ ) göre,
- Daha önce afette görev alan hemşirelerin toplam AMÖYÖ ortalamaları ( $80,61\pm10,85$ ), afette görev almayan hemşirelerin toplam AMÖYÖ ortalamalarına ( $75,47\pm12,75$ ) göre daha fazladır.

Bir diğer ifade ile afette görev alan hemşirelerin, afette görev almayan hemşirelere göre afete müdahale öz-yeterliliği daha yüksektir.

#### 4.6 GGSDZÖ ve AMÖYÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

**Tablo 4. 31 :** Ölçekler Arasındaki Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

		İyimsizlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi	Duyguların Kullanılması	Duyguların Değerlendirilmesi	GGSDZÖ	Yerde Kurtarma Yetkinliği	Afette Psikolojik Hemşirelik Yetkinliği	Afette Üstlenilen Rolün Niteliği ve Uyum Yeterliliği	AMÖTÖ
<b>İyimsizlik/Ruh Halinin Düzenlenmesi</b>	R	1	-0,56	-,054	,477*	,528**	,446**	,226**	,508**
	p		,185	,200	,000	,000	,000	,000	,000
<b>Duyguların Kullanılması</b>	R	-0,56	1	,207**	,638**	,442**	,421**	,296**	,461**
	p	,185		,000	,000	,000	,000	,000	,000
<b>Duyguların Değerlendirilmesi</b>	R	-,054	,207**	1	,541**	,436**	,406**	,338**	,463**
	p	,200	,000		,000	,000	,000	,000	,000
<b>GGSDZÖ</b>	R	,477*	,638**	,541**	1	,862,**	,767**	,569**	,885**
	p	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
<b>Yerde Kurtarma Yetkinliği</b>	R	,528**	,442,**	,436**		1	,720**	,488**	,948**
	p	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
<b>Afette Psikolojik Hemşirelik Yetkinliği</b>	R	,446**	,421**	,406**	,767**	,720**	1		,868**
	p	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
<b>Afette Üstlenilen Rolün Niteliği ve Uyum Yeterliliği</b>	R	,226**	,296**	,338**	,569**	,488**	,675**	1	,715**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000
<b>AMÖYÖ</b>	R	,508**	,461**	,463**	,885**	,948**	,868**	,715**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

\*\*Korelasyon  $p < 0,01$  düzeyinde anlamlıdır.

Araştırmada hemşirelerin afete müdahale öz-yeterliliği ve duygusal zekâ düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman'ın korelasyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4.31’de görüldüğü üzere yapılan Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre;

- GGSDZÖ’nün iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi alt boyutu ile AMÖYÖ’nün yerinde kurtarma yetkinliği alt boyutu arasında ( $r=0,528$ ), afette psikolojik hemşirelik yeterliği alt boyutu arasında ( $r=0,446$ ), afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği alt boyutu arasında ( $r=0,226$ ) ve toplam AMÖYÖ ortalama puanı arasında ( $r=0,508$ ) anlamlı ( $p<0.01$ ) bir ilişki bulunmuştur.
- GGSDZÖ’nün duyguların kullanılması alt boyutu ile AMÖYÖ’nün yerinde kurtarma yetkinliği alt boyutu arasında ( $r=0,442$ ), afette psikolojik hemşirelik yeterliği alt boyutu arasında ( $r=0,421$ ), afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği alt boyutu arasında ( $r=0,296$ ) ve toplam AMÖYÖ ortalama puanı arasında ( $r=0,461$ ) anlamlı ( $p<0.01$ ) bir ilişki bulunmuştur.
- GGSDZÖ’nün duyguların değerlendirilmesi alt boyutu ile AMÖYÖ’nün yerinde kurtarma yetkinliği alt boyutu arasında ( $r=0,436$ ), afette psikolojik hemşirelik yeterliği alt boyutu arasında ( $r=0,406$ ), afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği alt boyutu arasında ( $r=0,338$ ) ve toplam AMÖYÖ ortalama puanı arasında ( $r=0,463$ ) anlamlı ( $p<0.01$ ) bir ilişki bulunmuştur.
- Toplam GGSDZÖ puanı ile toplam AMÖYÖ puanı arasından güçlü düzeyde pozitif ( $r=0,885$ ) ve anlamlı ( $p<0.01$ ) bir ilişki bulunmuştur.

Bu duruma göre iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi, duyguların kullanımı ve duyguların değerlendirilmesi ve toplam duygusal zekâ düzeyi pozitif yönde değişim gösterdiğinde, afete müdahale öz-yeterlilik düzeyi de artış göstermektedir.

**Tablo 4. 32 : Ölçekler Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları**

	Standardize Edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar			R	R <sup>2</sup>
	$\beta$	Std. Hata.	$\beta$	t	p		
Sabit	-137,444	4,806		-28,596	,000		
AMÖYÖ	1,660	,037	,885	45,201	<b>,000*</b>	,885	,784

Bağımlı değişken: GGSDZÖ

\*p<0,05

Duygusal zekâ düzeyinin afete müdahale öz-yeterliliği ne derece etkilediğini tespit etmek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucuna göre; duygusal zekâ ölçeğinin, afete müdahale öz-yeterliliği pozitif yönde anlamlı bir şekilde etkilediği ( $\beta=1,660$ ,  $p<0.05$ ) ve duygusal zekâ düzeyinin afete müdahale öz-yeterlilik değişkeninin varyansının %78,4'ünü açıklayabildiği görülmektedir (Tablo 4.32).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde elde edilen bulgular GGSDZÖ'nün ve AMÖYÖ'nün sosyodemografik özelliklerine göre 2 başlık altında tartışılmıştır.

### 5.1 GGSDZÖ'nün Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tartışma

Çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi  $50,56 \pm 3,52$ , duyguların kullanımı  $13,34 \pm 1,83$ , duyguların değerlendirilmesi  $24,10 \pm 2,55$  ve toplam duygusal zekâ puan ortalaması  $130,76 \pm 6,10$  olarak bulunmuştur. Duygusal zekâ ölçeğinin her bir boyutundan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanların ortalamalarına bakılarak yapılan değerlendirmede hemşirelerin toplam duygusal zekâ ve alt boyut puanları, ortalamaların üzerinde bulunmuştur. Literatürde hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri ile afete müdahale öz-yeterlilikleri arasında bir çalışmaya rastlanılmadığından, karşılaştırmalar benzer çalışmalar üzerinden yürütülmüştür. Literatür incelendiğinde; Büyükbayram [201]'in İzmir'de aktif olarak çalışan hemşirelerde üzerinde, Demir [202]'in Ankara'da çalışan hemşireler üzerinde ve Kuşaklı [203]'nin İstanbul ilinde farklı statülerde çalışan yönetici hemşireler üzerinde yaptığı çalışmaların bulguları, araştırmamızın bulgularını desteklediği görülmektedir [201-203].

Hemşirelerin toplam duygusal zekâ becerilerinin iyi olması kendilerini iyi tanıdıklarını, özgüvenli olduklarını, duygularının farkında olduklarını, çevresiyle empati yapabildiklerini, yaşamlarında olumlu düşündüklerini, iyi ilişkiler kurabildiklerini ve hayattan zevk aldıklarını göstermektedir [205]. Ayrıca hemşirelerin hedeflere ulaşma konusunda engellere rağmen azimli ve umutlu oldukları da söylenebilmektedir [206].

Hemşirelerin yaşa, cinsiyete, medeni duruma ve maddi duruma göre duygusal zekâ puanında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Literatürdeki yaş ve duygusal zekâ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara bakıldığında duygusal zekâ düzeyinin yaşa [16, 169, 207-212] göre değişkenlik göstermediği ve anlamlı bir farka rastlanmadığı bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar yaşın duygusal zekâ ile ilişkisi olmadığını ve kişinin çabaları doğrultusunda geliştiğini kabul edilmiştir. Bu bakımdan literatürdeki çalışmalar; yaş ve duygusal zekâ ilişkisi yönünden çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda duygusal zekânın cinsiyete [169, 207, 213] göre değişkenlik göstermediği ve anlamlı bir farka rastlanmadığı bulunmuştur. Güllüce ve İşcan [217], İşmen [218], Tekin [2019], Burgan [220], Mandell ve Pherwani [221] ve Özdenk [222] tarafından üniversite öğrencileri, sporcular, proje yönetimi uygulayıcılar gibi çeşitli alanlarda gerçekleştirilen çalışmalar kadınların duygusal zekâlarının erkeklerden anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu, Bakan ve Güler [223] tarafından yapılan çalışma erkeklerin duygusal zekâlarının kadınların düzeyine göre yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte literatürde Özdemir ve Özdemir [224], Rahman vd. [225], Yaşlıoğlu vd. [226] ve Demir [227] tarafından akademik ve idari personel, sağlık meslek lisesi öğrencileri gibi alanlarda yapılan çalışmalar da cinsiyet değişkeni açısından kişilerin duygusal zekâlarında anlamlı farklılıklar gözlemlenmediğini göstermiştir. Bakıldığı zaman cinsiyet ile duygusal zekâ ilişkisi açısından literatürde farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Fakat Goleman [10], cinsiyet ve duygusal zekâ ilişkisini birbiriyle örtüşen iki çan eğrisi olarak ifade edip; bir erkeğin bir kadın kadar ya da daha iyi empati yapabileceğini, bir kadının da bir erkek kadar ya da daha iyi stresle baş edebileceğini bildirmiştir. Bu bakımdan Goleman'ın tanımı, bu araştırma sonuçlarını desteklemektedir.

Ayrıca literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde Akın [207], Cerit [209] ve Güngörmüş [213] tarafından üst ve alt kademe yöneticileri, hemşireler ve hemşirelik öğrencileri arasında yapılan çalışmalar duygusal zekâ düzeyinin medeni duruma göre; Kızıl [2014] tarafından eğitim bilimleri fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan çalışma duygusal zekâ düzeyinin maddi duruma göre; Kuzu [2015] ve Karataş [216] tarafından

hemşire ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalar duygusal zekâ düzeyinin aile tipine [göre değişkenlik göstermediği ve anlamlı bir farka rastlanmadığı bulunmuştur. Bu çalışmalar da, araştırmanın bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda lise mezunu hemşirelerin lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelere göre duygusal zekâ düzeyleri düşük bulunmuştur. Nitekim, öğrenim düzeyinin artmasıyla duygusal zekâ puanlarının da artması beklenen bir durumdur. Öğrenim düzeyi arttıkça duygusal zekâ puanlarının da artması eğitimin yarattığı farkındalıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür incelemesinde Aysel [154] ve Kuşaklı [203,228]'nın Türkiye Tarım Kredi Kooperatifleri çalışanları ve yönetici hemşireler üzerinde yaptığı çalışmalarda olduğu gibi bu bulgular da çalışmayı desteklemektedir. Hemşirelerin duygusal zekâ becerilerinin eğitim seviyesine göre pozitif yönde değişmesi, eğitim seviyesinin duygusal zekâ becerilerinin kazandırılması ve geliştirilmesinde önemli olduğunu göstermektedir.

Bununla birlikte meslekte çalışma süresi 10 yılın üzerinde olan hemşirelerin 1-3 yıl ve 4-6 yıl olan hemşirelere göre duygusal zekâ düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Quoidbach ve Hansenne [229]'nin çalışmasında olduğu gibi meslekte çalışma süresinin duygusal zekâ üzerinde etkili olduğunu gösteren birçok çalışmaların olduğu görülmektedir. Meslekte çalışma süresine bağlı olarak duygusal zekâ puanlarındaki görülen bu artış, duygusal zekânın deneyimle ve yaşam boyu gelişebilen bir özellik olduğunu destekler niteliktedir. Hemşirelerin meslekte çalışma süresi arttıkça hastaları tanıma ve anlama, duygularını etkili kullanma potansiyelleri artmakta, buna bağlı olarak da duygusal zekâ puanları artabilmektedir. Meslekte çalışma süresine bağlı olarak gözlemlenen bu farkın nedeni, meslekte çalışma süresinin hastaları daha yakından tanımaya olanak vermesiyle açıklanabilir. Bu durum mesleki deneyimin duygusal zekâ düzeyini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olan hemşirelerin, çalıştıkları kurumla kendilerini özdeşleştirmeleri ve bağlılık düzeylerinin görece yüksek olması duygusal zekâ düzeylerinin yüksek düzeyde olmasının nedeni olarak düşünülmektedir.

Çalıştığı kurum ve birime göre, 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin diğer kurum ve birimlerde çalışanlara göre duygusal zekâ ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. Mert [240]’in İstanbul 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde çalışan ATT ve paramediklerin üzerinde yapmış olduğu çalışmada, 112’de görev alan sağlık çalışanlarının zor koşullar ve üzücü durumlarla karşılaştıklarında stresle baş etme konusunda daha yetkin olduklarını, daha vicdanlı tutum ve davranış sergilediklerini belirtmiştir. Bununla birlikte Acil Sağlık Hizmetleri’nde çalışma koşullarının ağır ve yıpratıcı olması, üzücü olaylarla çok sık karşılaşılması çalışanlarda duygusal açıdan çöküntülere yol açmasına rağmen, çalışanların zor durumda olanlara yardım etme konusunda daha istekli olduklarını belirtmiştir. Ayrıca 112/UMKE çalışanlarının hastalarla daha kısa süre zaman geçirmeleri dezavantaj gibi görülse de hastayla ilk temasa geçen kişi olmaları, hastanın aciliyetine konsantre olmaları, gönüllü olarak hizmet etmeleri, hastaları daha yakından tanımalarını ve hastaların duyguları üzerinde daha etkili olmalarını sağladığı düşünülmektedir. Bu nedenden dolayı 112/UMKE kurum ve birimlerinde çalışan hemşirelerin duygusal zekâ düzeylerinin yüksek olduğu, bu kişilerin iletişimde başarılı olduğu ve stresle iyi mücadele edebildikleri söylenebilmektedir.

## **5.2 AMÖYÖ’nün Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Tartışma**

Araştırmamızda hemşirelerin yerinde kurtarma yetkinliği puanı  $45,34 \pm 7,66$ , afette psikolojik hemşirelik yeterliği puanı  $16,97 \pm 2,60$ , afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği puanı  $17,26 \pm 2,68$  ve AMÖYÖ toplam puanı  $79,57 \pm 11,44$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin toplam AMÖYÖ ve alt boyutları puanları, ortalamaların üzerinde olduğu bulunmuştur. Literatürde Labrague vd. [241], Bülbül [242] ve Yang vd. [244]’in afete müdahale düzeyleri ölçen çalışmaları incelendiğinde, hemşirelerin AMÖYÖ ve alt boyut puanları çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bulgularımızda, hemşirelerin yerinde kurtarma yetkinlikleri, afette psikolojik hemşirelik yeterlikleri ve afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliklerinin yüksek olduğu saptandı. Hemşirelerin mesleğine ilişkin bilgi ve becerilerdeki niteliklerinin iyi düzeyde oluşunun, eğitim döneminde terapötik iletişim, davranış bilimleri, psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği gibi dersleri almalarının bu hususta etkin bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Li vd. [199], Labrague vd. [241] ve Bülbül [242] tarafından hemşire ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda, araştırma grubunun büyük bir çoğunluğunun genç yaş aralığında, kadın, evli ve lisans mezunu olması açısından çalışmamızla uyum gösterdiği saptanmıştır.

Araştırmamızda, eğitim seviyesinin yükselmesi ile afette psikolojik hemşirelik yetkinliği puanlarının arttığı bulunmuştur. Bu durum farklı ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Eğitim ve öğretim programlarının etkin olması hemşirelerin afete müdahale yetkinliklerini arttırmaktadır [142]. Nitekim yüksek eğitim düzeyinde olan hemşirelerin yetkinliklerin daha fazla olması beklenen bir sonuçtur [244].

Araştırmamızda, AMÖYÖ toplam puanları incelendiğinde daha önce en az bir afet deneyimi olan hemşirelerin, deneyimi olmayan hemşirelerden daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Daha önce bir afet deneyimine sahip olan hemşirelerinin sayısının fazla olması afet yönetimini olumlu etkileyen bir unsur olarak ortaya çıkacaktır. Literatürde konuyla ilgili benzer ve farklı sonuçlar gözlemlenmektedir. Labrague [241] hemşirelerin en az bir afet yaşamasının afete müdahale konusundaki yetkinliklerini pozitif yöne etkilediğini belirtmiştir. Hemşirelerin afet deneyimi arttıkça, afette sergileyeceği becerilerinin artacağı düşünülmektedir. Bu bakımdan bu çalışmada daha önce afette görev alan hemşirelerin AMÖYÖ toplam puanlarının yüksek bulunmasının nedeni buna yordandır.

Çalıştığı kurum ve birime göre, 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin diğer kurum ve birimlerde çalışanlara göre afete müdahale öz-yeterlilik puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. 112/UMKE gibi genellikle hastane öncesi ve kriz anına ilk müdahale eden hemşirelerin kısa sürede hızlı karar verme yeteneklerinin gelişmiş olması ve diğer birimde çalışanlara göre az personelle çok sorumluluğa sahip olması bu farklılıkların nedeni olarak düşünülmektedir. Afet durumlarında sağlık hizmetlerinin yapı taşını oluşturan 112/UMKE personellerinin afet konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olması, olası afet durumunda etkin organizasyonun sağlanmasına, olay yeri triajının veya tıbbi ihtiyaç tespitlerinin doğru yapılmasına, afet müdahale süresinin kısılması gibi olumlu durumların ortaya çıkmasına zemin hazırlayacaktır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin duygusal zekâ düzeylerinin ve afete müdahale öz-yeterliliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Ölçeklerden alınabilecek en yüksek ve en düşük puanlar doğrultusunda hemşirelerin toplam duygusal zekâ ve afete müdahale puanları ortalamaların üzerinde bulunmuştur.
2. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, gelir durumu, afet yaşama durumu değişkenlerine göre GGSDZÖ ve AMÖYÖ toplam ve alt boyut ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.
3. Hemşirelerin çocuk sayısı ile toplam GGSDZÖ ortalama puanıyla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken ( $p<0,05$ ), AMÖYÖ ortalama puanıyla anlamlı bir ilişki görülmemiştir. 2 veya daha fazla çocuğu olan hemşirelerin toplam GGSDZÖ ortalama puanı hiç çocuğu olmayan hemşirelere göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.
4. Hemşirelerin eğitim durumuna göre GGSDZÖ ve AMÖYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür. Karşılaştırmalar sonucunda;
  - a. Lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu hemşirelerin duyguların kullanımı alt boyutu lise mezunlarına göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu,
  - b. Yüksek lisans ve doktora mezunlarının lise ve önlisans mezunlarına göre duygularının değerlendirilmesi alt boyutunun anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu,
  - c. Yüksek lisans mezunlarının toplam GGSDZÖ ortalama puanının lise ve önlisans mezunlarına göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- d. Yüksek lisans mezunlarının afette psikolojik hemşirelik yeterliği alt boyutunun lise ve önlisans mezunlarına göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.
5. Hemşirelerin çalıştığı kuruma göre GGSDZÖ ve AMÖYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür. Karşılaştırmalar sonucunda;
- a. 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin duyguların kullanımı alt boyutlarının özel ve vakıf hastanesinde çalışan hemşirelerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu, toplam GGSDZÖ ortalama puanlarının ise devlet, vakıf ve özel hastanede çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu,
- b. 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin toplam AMÖYÖ puan ortalaması ve afette psikolojik hemşirelik yeterliği, afette psikolojik hemşirelik yeterliği ve afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği alt boyutu puanlarının vakıf hastanesinde çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmüştür.
6. Hemşirelerin çalıştığı birime göre GGSDZÖ ve AMÖYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür. Karşılaştırmalar sonucunda;
- a. 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin duyguların kullanımı alt boyutu servis, ameliyathane ve diğer birimde çalışanlara göre,
- b. Acilde çalışan hemşirelerin GGSDZÖ ortalama puanı ameliyathanede çalışanlara göre, 112/UMKE’de çalışanların ise servis, ameliyathane ve diğer birimdekilere göre,
- c. 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin yerinde kurtarma yetkinliği, afette psikolojik hemşirelik yetkinliği ve toplam AMÖYÖ ortalama puanı ameliyathane ve diğer birimlerde çalışanlara göre,
- d. 112/UMKE’de çalışan hemşirelerin afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği diğer birimlerde çalışanlara göre toplam istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.
7. Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre GGSDZÖ ve AMÖYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür. Karşılaştırmalar sonucunda;

- a. Meslekte 10 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin duyguların kullanımı alt boyutunun meslekte 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışan hemşirelerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu,
  - b. Meslekte 7-9 yıl çalışan hemşirelerin duyguların değerlendirilmesi alt boyutunun meslekte 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu,
  - c. Meslekte 7-9 yıl ve 10 yıl üzeri çalışan hemşirelerin toplam GGSDZÖ ortalama puanlarının 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.
  - d. 7-9 yıl çalışan hemşirelerin 1-3 yıl ve 4-6 yıl çalışan hemşirelere göre yerinde kurtarma yetkinliği ve afete müdahale öz-yeterlilik ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur.
  - e. 7-9 yıl çalışan hemşirelerin 4-6 yıl çalışan hemşirelere göre afette psikolojik hemşirelik yeterliliği daha yüksek bulunmuştur.
8. Hemşirelerin daha önce afette görev alma durumuna göre GGSDZÖ ve AMÖYÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür. Karşılaştırmalar sonucunda;
- a. Daha önce afette görev alan hemşirelerin iyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi ve toplam GGSDZÖ ortalama puanları, afette görev almayan hemşirelere göre anlamlı olarak daha fazla olduğu,
  - b. Daha önce afette görev alan hemşirelerin yerinde kurtarma yetkinliği, afette psikolojik hemşirelik yeterliliği, afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliliği alt boyutları ve toplam AMÖYÖ ortalamaları afette görev almayan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur.
9. Yapılan Pearson korelasyon ve regresyon analizi sonucunda GGSDZÖ ve AMÖYÖ arasında güçlü düzeyde pozitif ( $r=0,885$ ) ve anlamlı ( $p<0.01$ ) bir ilişki bulunduğu, duygusal zekâ düzeyinin afete müdahale öz-yeterliliği pozitif yönde etkilediği ( $\beta=1,660$ ,  $p<0.05$ ) ve duygusal zekâ düzeyinin afete müdahale öz-yeterlilik değişkeninin varyansının %78,4'ünü açıklayabildiği görülmektedir.

10. Tablo 5.1’de görülebileceği gibi, araştırma kapsamında toplamda 25 hipotez test edilmiştir;

**Tablo 6. 1.** Hipotez Test Sonuçlarına İlişkin Sonuçlar

Hipotezler	Açıklama	Test
H1	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyi ile afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.	<b>Desteklendi*</b>
H2.1	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H2.2	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H2.3	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H2.4	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri çocuk sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>
H2.5	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri aile tipine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H2.6	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H2.7	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>
H2.8	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri çalıştığı kuruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>
H2.9	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri çalıştığı birime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>
H2.10	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>
H2.11	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri afet yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H2.12	Hemşirelerin duygusal zekâ düzeyleri afete görev alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>
H3.1	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H3.2	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H3.3	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H3.4	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri çocuk sayısına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H3.5	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri aile tipine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H3.6	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri gelir durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H3.7	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>
H3.8	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri çalıştığı kuruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>
H3.9	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri çalıştığı birime göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>
H3.10	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>
H3.11	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri afet yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	Desteklenmedi
H3.12	Hemşirelerin afete müdahale öz-yeterlilik düzeyleri afete görev alma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi*</b>

Hemşirelerin duygusal zekâ ve afete müdahale düzeylerinin incelendiği araştırma sonuçlarına dayalı olarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Duygusal zekânın gelişimi için öncelikle hemşirelerin kendi bireysel özelliklerini, güçlü ve zayıf yönlerini tanımaları ve olaylar karşısında duygusal tepkilerini değerlendirmesi sağlanmalıdır.
2. Hemşirelik okullarında duygusal zekâ becerilerini geliştirmeye yönelik konular ders programına eklenmeli ve konuyla ilgili seminer, konferans, panel vb. faaliyetler düzenlenmelidir.
3. Hemşirelerin duygusal zekâ becerilerini geliştirmeye yönelik farkındalık eğitimi, duygusal zekâ beceri eğitimi, NLP (Nöro Linguistik Programlama) gibi duygusal yeteneklere hitap eden kurs programları düzenlenmelidir.
4. Hemşirelerin pozitif kişiler arası ilişkiler kurabilmesi, problem çözme becerilerinin artması ve stresi azaltma konusunda uygun stratejiler kullanabilmeleri için; stresle başa çıkma, sorun çözme, iletişim teknikleri ve ekip çalışması konularında hizmet içi eğitim programlar düzenlenmelidir.
5. Ülkemizde görülebilen afet çeşitliliği ve sayısı fazla olduğu göz önünde bulundurulduğunda hemşirelik öğrencilerinin afetler ve afet yönetiminde hemşirelerin sorumluluklarına ilişkin ders veya eğitim alabilmeleri için afet hemşireliği dersinin müfredata dahil edilmesi önerilmektedir.
6. Tüm dünyada kabul gören bir gereklilik olarak, hemşirelerin afet sürecinde aktif rol alabilmesi için afet hemşireliği özel dalının açılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

7. Lisans ve lisansüstü mezunu olan hemşirelerin duygusal zekâ ve afete müdahale düzeyleri yüksek olduğu bulgusuna dayanarak hemşirelerin lisansüstü eğitimleri desteklenmelidir.
8. Meslekte çalışma süresi fazla olan hemşirelerin duygusal zekâ ve afete müdahale düzeylerinin yüksek olduğu bulgusuna dayanarak, bu hemşirelerin meslekte çalışma süresi az olan hemşirelere rehberlik etmeleri ve mentorluk sağlamaları önerilmektedir.
9. Daha önce afette görev alma deneyimine sahip olmayan hemşirelerin duygusal zekâ ve afete müdahale düzeylerinin daha önce deneyime sahip olan hemşirelere göre daha düşük olması nedeniyle, tatbikatlar düzenleyerek bu hemşirelerin deneyim kazanmaları sağlanmalıdır.
10. Hemşirelerin duygusal zekâ ve afete müdahale becerilerinin geliştirilmesi için STK ve gönüllülük hizmetleri daha fazla desteklenmeli, hemşireler bu konuda motive edilmelidir.
11. Araştırmada sosyodemografik değişkenler ile ölçekler arasındaki farklılıkların nedenlerinin ve etkilerinin belirlenmesi için çalışmanın örneklemini genişletilerek daha geniş çaplı araştırmalar yapılmalıdır.
12. Afet hemşireliği alanında hemşirelerin duygusal zekâ ve afete müdahale becerilerinin geliştirilebilir bir beceri olduğu unutulmadan, duygusal zekâ ve afete müdahale düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalarda “Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği” ve “Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği”nin kullanılması, çalışmanın farklı evren ve örneklem üzerinde tekrarlanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- [1] **Ergünay, O.** (2007). Türkiye'nin Afet Profili, TMMOB Afet Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Ankara: Mattek Matbaacılık.
- [2] **CRED.** (2022) Disasters in numbers 2021. Brussels: 31.10.2021 tarihinde [https://cred.be/sites/default/files/2021\\_EMDAT\\_report.pdf](https://cred.be/sites/default/files/2021_EMDAT_report.pdf) adresinden erişildi.
- [3] **Wright, N. A. & Foster, L.** (2018). Improving disaster response through the science of work. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 31, 112–120.
- [4] **Al Thobaity, A., Plummer, V., Williams, B.** (2017). What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International emergency nursing*, 31: 64-71.
- [5] **Uyer G.** (2000). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı*. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
- [6] **Zarea, K., Beiranvand, S., Sheini Jaber, P., Nikbakhti Nasrabadi A.** (2014). Disaster nursing in Iran: Challenges and opportunities. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 17(4):190-196.
- [7] **Banajah, S.** (2018). Critiquing Disaster Nursing Competencies in Relation to International Standards Writhing Resilient Health Care System in Saudi Arabia. *Journal of US-China Public Administration*, 15(4): 181-197.
- [8] **Yüksel, S.** (2018). Afetlerde Hastane ve Acil Birim Hazırlığı. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics*, 4(3):16-22.
- [9] **Atilla, G., Çarıkçı, İ. H. & Erdem, R.** (2013). Hastanelerde duygusal zekâ-hasta memnuniyeti ilişkisi: Isparta il merkezi örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 101-119.
- [10] **Goleman D.** (2006). *Duygusal Zekâ Neden IQ'dan Daha Önemlidir?* Editör: O Deniztekin Çev: B S Yüksel, 30. Baskı, İstanbul: Varlık Yayınları
- [11] **Aslan, Ş.** (2009). *Duygusal Zekâ ve Dönüşümcü Etkileşimci Liderlik*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- [12] **Deshpande S. ve Joseph J.** (2009). “Impact of Emotional Intelligence, Ethical Climate, And Behavior of Peers on Ethical Behavior of Nurses”, *Journal of Business Ethics*, 85: 403–410
- [13] **Evans D. & Allen H.** (2002). Emotional Intelligence: Its role in training. *Nursing Times*, 98, 41–42.

- [14] **Akerjordet K. & Severinsson E.** (2004). Emotional Intelligence in Mental Health Nurses Talking About Practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(3), 164-170.
- [15] **Feather R.** (2009). Emotional Intelligence in Relation to Nursing Leadership: Does it Matter? *Journal of Nursing Management*, 17, 376-382.
- [16] **Köksal A.** (2003). *Ergenlerde Duygusal Zekâ İle Karar Verme Stratejileri Arasındaki İlişki*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- [17] **Landa, J.M.A, Zafra, E.L. and Martos, M.P.B.** (2008). The Relationship Between Emotional Intelligence, Occupational Stress and Health in Nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (6), 888-901.
- [18] **Tatar, A., Tok, S., & Saltukoğlu, G.** (2011). Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni- Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21(4), 325-338.
- [19] **Koca, B., Çağan, Ö., & Türe Yılmaz, A.** (2020). Validity and Reliability Study of the Turkish Version of the Disaster Response Self Efficacy Scale in Undergraduate Nursing Students. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , vol.11, no.3, 515-521.
- [20] **İSTAMP.** (2014). 09.10.2021 tarihinde <http://www.guvenliyasam.org/wp-content/uploads/2016/02/ISTAMP.pdf> adresinden erişildi.
- [21] **Yılmaz, M.** (2004). Dönem Kaymakamlık Kursu Ders Notları, İçişleri Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığı, Ankara, 88.
- [22] **AFAD.** Açıklamalı Afet Yönetimi Terimler Sözlüğü, 12.10.2021 tarihinde <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu> adresinden erişildi.
- [23] **Türk Dil Kurumu Sözlükleri.** (2021). 13.10.2021 tarihinde <https://sozluk.gov.tr> adresinden erişildi.
- [24] **March, G.** (2002). Natural Disasters and The Impacts On Health, The University of Western Ontario Faculty of Medicine and Dentistry Summer Student with ICLR.
- [25] **AFAD.** (2021). 13.10.2021 tarihinde [www.afad.gov.tr](http://www.afad.gov.tr) adresinden erişildi.

- [26] **Kızıloğlu, F.M., Okurođlu, M., Örüng, İ.** (2006). Kırsal yerleşimler ve doğal afetler, *GOÜ Ziraat Fakóltesi Dergisi*, 23 (2).
- [27] **Akar, S.** (2013). Doğal Afetlerin Kamu Maliyesi Üzerine Etkisi: Türkiye Örneği, *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 21.
- [28] **Arkeofili.** (2021) 10.12.2021 tarihinde <https://arkeofili.com/cernobil-nukleer-felaket-hakkındaki-gercekler> adresinden erişildi.
- [29] **Ergünay, O.** (2008). Afet Yönetiminde Kurumsal Yapılanma ve Mevzuat Nedir? Nasıl Olmalıdır?, *İstanbul Depremini Beklerken Sorunlar ve Çözümler Bildiriler Kitabı*, 20 Eylül 2008 CHP İstanbul Deprem Sempozyumu, İstanbul.
- [30] **Kadioğlu, M.** (2017). *Afet yönetimi: Beklenmeyeni beklemek, en kötüsünü yönetmek*. İstanbul: Marmara Belediyeler Birliği Kültür Yayınları.
- [31] **Gülnerman, A., Tezer, A., Göksel, Ç.** (2014). Kriz Yönetiminde Konumsal Tabanlı Bir İletişim Modeli Önerisi ve Mevcut Uygulamalarla Karşılaştırılması, 5. Uzaktan Algılama-Cbs Sempozyumu (UZAL-CBS 2014), 14-17 Ekim 2014, İstanbul
- [32] **Putra, A., Petpichetian, W., Manewat, K.** (2011). Rewiew: Public health nurses' roles and competencies in disaster management. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1): 1-14.
- [33] **Yamamoto, A.** (2008). Education and research on disaster nursing in Japan. *Prehospital and Disaster Medicine*, 23(1): 6-7.
- [34] **Savage, C., Kub, J.** (2009). Public health and nursing: A natural partnership. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6: 2843–2848.
- [35] **Al Thobaity, A., Williams, B., Plummer, V.** (2016). A new scale for disaster nursing core competencies: Development and psychometric testing. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19 (1), 11-19
- [36] **TRT.** (2022). 10.01.2022 tarihinde <https://www.trthaber.com/haber/gundem/afet-ve-acil-durum-mudahale-hizmetleri-yonetmeligi-yururlukte-658251.html> adresinden erişildi.
- [37] **Usher, K. & Mayner, L.** (2010). Disaster nursing: a descriptive survey of Australian undergraduate nursing curricula. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14, 75–80.
- [38] **Zhou, W.J., Turale, S., Stone, T. & Petrini, M.** (2014). Chinese nurses' relief experiences following two earthquakes: implications for disaster education and policy development. *Nursing Education in Practice*. doi: 10.1016/j.nepr.2014.06.011

- [39] **Kalanlar, B.** (2013). Afet Hemşireliği ve Yönetimi'nin Hemşire Öğrencilere Öğretimi: Jennings'in Hemşirelikte Afet Yönetim Modeli'nin Kullanılması. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Türkiye – Ankara.
- [40] **Slepski, L.** (2005). Emergency preparedness: concept development for nursing practice. *Nurs. Clin. North Am.* 40, 419–430.
- [41] **Altıntaş K., H. (ed.), Eryılmaz M.** (2013). Kitlemel travmalarda olay yeri organizasyonları. Acil ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetimi, Ankara, s: 59-66, ISBN: 978-975-491-360-6.
- [42] **Vatan, F., Salur, D.** (2010). Yönetici hemşirelerin hastanelerdeki deprem afet planları konusundaki görüşlerinin incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(1): 32-44.
- [43] **Khankeh, H., Mohammadi, H., Ahmadi, F.** (2007). Health care services at time of natural disasters: a qualitative study. *IJN* 20, 85–96.
- [44] **Jennings-Sanders, A.** (2004). Teaching disaster nursing by utilizing the Jennings Disaster Nursing Management Model. *Nurse Education in Practice*, 4, 69– 76.
- [45] **Yamamoto, A.** (2004). Disaster nursing in a ubiquitous society. *Jpn. J. Nurs. Sci.* 1, 57– 63.
- [46] **Slepski, L. A.** (2007). Emergency preparedness and professional competency among health care providers during hurricanes Katrina and Rita: Pilot study results. *Disaster Management & Response*, 5, 99– 110.
- [47] **Veenema, T.** (2013). Disaster Nursing and Emergency Preparedness for Chemical, Biological, and Radiological Terrorism and Other Hazards. Springer, New York.
- [48] **Weiner, E., Irwin, M., Trangenstein, P. & Gordon, J.** (2005). Emergency pre- paredness curriculum in Nursing Schools in the United States. *Nursing Education Perspectives*, 26 (6), 334–339.
- [49] **Magnaye, B., Lindsay, M., Ann, M., GilbertI, R., Heather, J.** (2011). The role, preparedness and management of nurses during disasters. *E-Int. Sci. Res. J.* 3, 269–294.
- [50] **Kaplan, B., Connor, A., Ferranti, E., Holmes, L., Spencer, L.** (2012). Use of an emergency preparedness disaster simulation with undergraduate nursing students. *Public Health Nurs.* 29, 44–51.

- [51] **Demirbaş, H., Sezer, A., Ergun, A.** (2013). Afet yönetiminde halk sağlığı hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *F.N. Hem. Dergisi*. 21 (2): 122- 128.
- [52] **Chan, S. S. S., Chan, W. S., Cheng, Y. J., Fung, O. W. M., Lai, T. K. H., Leung, A. W. K., Leung, K. L. K., Li, S. J., Yip, A. L. K., Pang, S. M. C.** (2010). Development and evaluation of an undergraduate training course for developing international council of nurses disaster nursing competencies in China. *Journal of Nursing Scholarship*, 42 (4), 405-413.
- [53] **Littleton-Kearney, M.T. & Slepki, L.A.** (2008). Directions for disaster nursing education in the United States. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 20 (1), 103–109.
- [54] **Jakeway, C.C., La Rosa, G., Cary, A., Schoenfisch, S.** (2008). The role of public health nurses in emergency preparedness and response: A position paper of the association of state and territorial directors of nursing. *Public Health Nursing*, 25(4): 353–361.
- [55] **Conlon, L., Wiechula, R.** (2011). Preparing nurses for future disasters the Sichuan Experience. *Australas Emerg Nurs J*, 14: 246—50.
- [56] **Kako, M., Ranse, J., Yamamoto, A., Arbon, P.** (2004). What was the role of nurses during the 2011 Great East Earthquake of Japan? An integrative review of the Japanese literature. *Prehospital and Disaster Medicine*, 29(3), 275-279.
- [57] **Agency FEM.** (2012). *Disaster Recovery: Disaster Planning and Management*. 09.02.2022 tarihinde <http://www.essaytown.com/paper/disasterrecovery.com> adresinden erişildi.
- [58] **Truglio-Londrigan, M., Lewenson, B. S.** (2010). Nursing education and public health nursing, *Public Health Nursing: Practicing Population-Based Care*, Jones and Barlett Learning, United States, 359-382.
- [59] **Gebbien, K. M., Qureshi, K.** (2002). Emergency and disaster preparedness: core competencies for nurses: What every nurse should but may not know. *American Journal of Nursing*, 102(1), 46-51.
- [60] **Jackson A.** (2011). Should Australian disaster team deployments include a nurse leader? *Australas Emerg Nurs J*, 14:S7.
- [61] **Hsu EB, Jenckes MW, Catlett CL, Robinson KA, Feuerstein C, Cosgrove SE, Green GB, Bass EB.** (2004). Effectiveness of hospital staff mass-casualty incident training methods: a systematic literature review. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19 (03), 191-199.

- [62] **Ohara, M., Miura.M., Ito, T., Kuroda, Y., Sakai, A., Yamazaki,T., Itagaki C.** (2009). The present situation of disaster nursing education at nursing colleges and universities in Asian region. *Japan Society of Disaster Nursing*, 1-13,
- [63] **Chapman K, Arbon P.** (2008). Are nurses ready? Disaster preparedness in the acute setting. *Australas Emerg Nurs J*, 11:135—44.
- [64] **Jennings-Sanders, A., Frisch, N. & Wing, S.** (2005). Nursing students' perceptions about disaster nursing. *Disaster Management and Response*, 3 (3), 80–85.
- [65] **Petrini, M.A.** (2014). Mitigation, resilience and nursing. *Nursing & Health Sciences*, 16 (1), 1–2.
- [66] **Kalanlar, B., Kubilay, G.** (2015). Afetlerde Toplum Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Afet Hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* .23 (1), 57-65
- [67] **Şensoy, F., Nahcivan, N.** (2012). Türk Kızılay'ında çalışan hemşirelerin afetlere hazırlık durumları. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 2-6 Ekim 2012 içinde (s.863-867) Bursa
- [68] **Beachley, M.** (2000). Nursing in a disaster. Smith, C.M., Maurer, F.A. (Ed.). *Community Health Nursing Theory and Practice*, 2nd ed., Saunders Company, United States, 424-444.
- [69] **Powers, R.** (2010). Introduction to disaster and disaster nursing. Daily, E. (Ed.), *International Disaster Nursing*, *Cambridge University Press*, New York, 1-12,
- [70] **Çakmak, H., Aker, A.T., Can Öz, Y., Er Aydın, R.** (2010). Kocaeli ili 112 acil yardım birimlerinde çalışan personelin Marmara depreminden etkilenme ve olası afete hazırlık durumunun saptanması. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2: 83-88.
- [71] **Hasmilller, S. B.** (2006). Disaster. Staphone, M., Lancaste, J., Thomas, L. (Ed.). *Foundation of Nursing in The Comunnity Oriented Practice*, 2nd ed., Mosby, China, 255-272.
- [72] **Landesman, Y. L ve ark.** (2003). Roles and responsibilities of public health in disaster preparedness on response. Novick, L. F. Marr, S. J. (Eds.). *Public Health Issues in Disaster Preparedness Focus On Bioterrorism*. 1-14,
- [73] **5747 Sayılı Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezleri Yönetmeliği.** (2022). *T.C. Resmî Gazete*, 27851, 19 Şubat 2011.

- [74] **ICN.** (2009). World Health Organization and International Council of Nurses. ICN Framework of Disaster Nursing Competencies. International Council of Nurses, Geneva, Switzerland
- [75] **Olgun, N., Kuğuoğlu, S., Eti Aslan, F.** (2004). Triaj: Acil bakımda önceliklerin belirlenmesi ve pediatrik triajın önemi, Şelimen, D. (Ed.), Acil Bakım, Genişletilmiş 3. Baskı, Yüce Yayım, İstanbul, 59-86.
- [76] **Özdemir, C. L., Sarıkamış, E.** (2006). Ankara ilinde üniversite hastanelerinin doğal afetlere ilişkin hazırlığı. *Dahili Tıp Bilimleri*, 1(1): 19–26.
- [77] **Wall, BM.** (2015). Disaster nursing and community responses: A historical perspective. *Nursing History Review*, 23, 11-27
- [78] **Taskıran, G., Baykal, UT.** (2017). Nurses' preparedness for disasters in Turkey: Literature review. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences* 4(2), 47-56
- [79] **Türkdemir, A.H.** (2018). Afetler ve Kitlesel Yaralanmalar. Özel, G., Özel, AB., Özcan, C.(ed). İlk ve Acil Yardım Teknikerliği Paramedik Kitabı İçinde (s:826-830). Güneş Tıp Kitabevleri
- [80] **Basavanthappa, B.T.** (2008). Disaster Nursing. Community Health Nursing, 2 nd ed., DOI: 10.5005/jp/books/10159
- [81] **Veenema, T.G.** (2006). Expanding educational opportunities in disaster response and emergency preparedness for nurses. *Nursing Education Perspectives*, 27(2), 93-99
- [82] **Altıntaş K.H.** (2005). Afet tıbbında öğretim ve eğitim. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 36: 139-146.
- [83] **Langan, J., James, D.** (2005). Preparing Nurses for Disaster Management New Delhi. Pearson Prentice Hall.
- [84] **Bridges, E.** (2003). Military and disaster nursing. *Crit. Care Nurs. Clin. North Am.* 15, xiii–xiv.
- [85] **Yang, T.** (2008). Disaster education: an important task in school education. *Chinese Education Journal*, 1002–4808 (in Chinese).
- [86] **Wetta-Hall, R., Fredrickson, D., Ablah, E., Cook, D., Molgaard, C.** (2006). Knowing who your partners are: terrorism-preparedness training for nurses. *J. Contin. Educ. Nurs.* 37, 106–112.

- [87] **Rebmann, T.** (2006). Defining bioterrorism preparedness for nurses: concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 54, 623–632.
- [88] **Thomas, V., Inglesby, M.D.** (2011). Progress in disaster planning and preparedness since 2001. *JAMA* 306, 1372–1373.
- [89] **Yamamoto, A.** (2013). Development of disaster nursing in Japan, and trends of disaster nursing in the world. *Jpn. J. Nurs. Sci.* 10, 162–169.
- [90] **Hilton, C. & Allison, V.** (2004). Disaster preparedness: an indictment for action by nursing educators. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 35 (2), 59–65
- [91] **ICN.** (2006). World Health Organization and International Council of Nurses. Position statement: Nurses and disaster preparedness, Geneva, Switzerland
- [92] **World Health Organization** (2008). Integrating Emergency Preparedness and Response into Undergraduate Nursing Curricula. WHO Press, Geneva, Switzerland.
- [93] **Jorgensen, A. M., Mendoza, G. J., Henderson, J. L.** (2010). Emergency preparedness and disaster response core competency set for perinatal and neonatal nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 6(39), 450-467.
- [94] **Yang, Y. N., Luo, Y.** (2010). Study on construction of evaluation index system for disaster preparedness and coping capacity of community nurses. *Chinese Nursing Research*, 24(4A), 855-858
- [95] **Polivka, B. J., Stanley, S. A. R., Gordon, D., Taulbee, K., Kieffer, G., McCorkle, S. M.** (2008). Public health nursing competencies for public health surge events. *Public Health Nursing*, 25(2), 159-165.
- [96] **Yamamoto, A.** (2009). Disaster nurse education in Japan. *Chinese Nursing Management*, 9(5), 19-20
- [97] **Rauch KD,** Nursing in Disasters UCSF, 2013.
- [98] **Chaffee, M. W.** (2005). Hospital response to acute-onset disasters: the state of the science in 2005. *Nursing Clinics of North America*, 40, 565-577.
- [99] **Li, C.Y., Robinson, C.** (2009). The research of disaster response training system for nurses. *Chinese Nursing Management*, 9(5), 11-13
- [100] **Shi, X. F., Zhao, Q. X., Sha, G. S., Dong, X. W.** (2014). Action learning applied to disaster training for emergency nurses. *Chinese General Practice Nursing*, 12(26), 2473-2474.

- [101] Wang, L., Cheng, Y. J., Cheng, S. S., Peng, M. C., Cheng, H., Zhang, F. Y. (2010). Design and practice for disasters nursing curriculum. *Chinese Journal of Nursing*, 45(5), 456-457.
- [102] Al Khalaileh M.A, E. Bond & Alasad J. A. (2012). Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Nursing*, 20(1):14-23.
- [103] Usher, K., Mayner, L. (2011). Disaster nursing: A descriptive survey of Australian undergraduate nursing curricula. *Australian Emergency Nursing Journal*, 14(2), 75-80.
- [104] Persiridis, T., Apostolara, P. (2010). Critical review transcultural nursing as atheoretical framework in support of disaster nursing, *Hellenic Journal of Nursing Science*, 2(1), 25-29.
- [105] Pourvakhshoori N, et al. (2017). Nursing in disasters: A review of existing models. *International emergency nursing*, 31:58-63
- [106] Öztekin SD, et al. (2015). Undergraduate nursing students' perceptions about disaster preparedness and response in Istanbul, Turkey and Miyazaki, Japan: A cross-sectional study. *Japan Journal of Nursing Science*, 2015; 12(2):145-53.
- [107] Erdoğan Ö. (2018). Afet Hemşireliği Eğitimi. Öztekin SD, editör. Afet Hemşireliği. Ankara: Türkiye Klinikleri.
- [108] 27515 Sayılı Hemşirelik Yönetmeliği. (2022). *T.C. Resmî Gazete*, 8 Mart 2010.
- [109] Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84(2): 191-215.
- [110] Heslin, P.A., & Klehe, U.C. (2006). Self-efficacy. In S. G. Rogelberg (Ed.), *Encyclopedia of Industrial/Organizational Psychology* (Vol. 2, pp. 705-708). Thousand Oaks: Sage.
- [111] McCauley, D. M., Weymouth, B. B., Feinberg, M. E., & Fosco, G. M. (2019). Evaluating school and peer protective factors in the effects of interparental conflict on adolescent threat appraisals and self-efficacy. *Journal of Adolescence*, 71, 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.12.005>
- [112] Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).

- [113] **Özerkan, E.** (2007). Öğretmenlerin Öz-Yeterlik Alguları ile Öğrencilerin Sosyal Bilgiler Benlik Kavramları Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [114] **Bandura, A.** (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- [115] **Spector, P. E.** (2008). *Introduction: on making a life in the organizational sciences. Journal of Organizational Behavior, 29(6), 731–732.*doi:10.1002/job.535
- [116] **Latikka, R., Turja, T., & Oksanen, A.** (2019). Self-Efficacy and Acceptance of Robots. *Computers in Human Behavior, 93*(April), 157–163. DOI: 10.1016/j.chb.2018.12.017.
- [117] **Goodwin, E.V.** (2016). *The Effects of Male Leadership on Workplace Gender Identity, Self-Efficacy, and Career Aspirations of Women Working in College Athletics* (Doctoral Dissertation). Miami University, Ohio.
- [118] **Locke, E. A., Motowidlo, S. J., & Bobko, P.** (1986). Using self-efficacy theory to resolve the conflict between goal-setting theory and expectancy theory in organizational behavior and industrial/organizational psychology. *Journal of Social and Clinical Psychology, 4*, 328-338.
- [119] **Bandura, A.** (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- [120] **Chang, Y.-s., Chen, M. Y.-C., Chuang, M.-J., & Chou, C.-h.** (2019). Improving creative self-efficacy and performance through computer-aided design application. *Thinking Skills and Creativity, 31*, 103–111
- [121] **Chen, Gilad & Gully, Stan & Eden, Dov.** (2004). General Self-Efficacy and Self-Esteem: Toward Theoretical and Empirical Distinction between Correlated Self-Evaluations. *Journal of Organizational Behavior, 25*. 375 - 395. 10.1002/job.251.
- [122] **Bandura, A.** (2010). "Self-Efficacy", *The Corsini Encyclopedia of Psychology, American Cancer Society*, pp. 1-3. ISBN 978-0-470-47921-6.
- [123] **Lunenburg F.C.** (2011). Self-Efficacy in the Workplace: Implications for Motivation and Performance. *International Journal of Management, Business, and Administration, 14*: 1-6.
- [124] **Gist, M. E. & Mitchell, T. R.** (1992). Self-efficacy: A theoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management Review, 17(2)*, 183-211.

- [125] **Rottmann, N., Dalton, S. O., Christensen, J., Frederiksen, K. & Johansen, C.** (2010). Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: A longitudinal study. *Quality of Life Research*, 19(6), 827-836.
- [126] **Singh, P. & Bussey, K.** (2011). Peer victimization and psychological maladjustment: The mediating role of coping self-efficacy. *Journal of Research on Adolescence*, 21(2), 420-433.
- [127] **Kotaman, H.** (2008). Öz-yeterlik inancı ve öğrenme performansının geliştirilmesine ilişkin yazın taraması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 111-133.
- [128] **Evers, W.J.G., Brouwers, A. ve Tomic, W.** (2002). Burnout and Self-Efficacy: A Study on Teachers Beliefs When Implementing An Innovative Educational System in the Netherlands, *British Journal of Educational Psychology*, 72: 227-243.
- [129] **Lee T.W. & Ko Y.K.** (2010). Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*66(4), 839–848.
- [130] **Zhang, Z.-J., Zhang, C.-L., Zhang, X.-G., Liu, X.-M., Zhang, H., Wang, J. & Liu, S.** (2015). Relationship between self-efficacy beliefs and achievement motivation in student nurses. *Chinese Nursing Research*, 2(2-3), 67-70.
- [131] **Bilgiç, Ş., Temel, M. & Çelikkalp, Ü.** (2017). Hemşirelik öğrencilerinin öğrenilmiş güçlülük, öz yeterlilik ve umut düzeylerinin değerlendirilmesi: Tekirdağ örneği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(3), 117-126.
- [132] **Kassem, A. H.** (2015). Bullying behaviors and self efficacy among nursing students at clinical settings: Comparative study. *Journal of Education and Practice*, 6(35), 25-36.
- [133] **Priesack, A. & Alcock, J.** (2015). Well-being and self-efficacy in a sample of undergraduate nurse students: A small survey study. *Nurse Education Today*, 35(5), e16-20.
- [134] **Benner, P.** (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402– 407
- [135] **Epstein, R.,Hundert, E.** (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal of the American Medical Association*, 287(2):226–235.

- [136] **Meretoja, R., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H.** (2004). Nurse Competence Scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2): 124–133.
- [137] **Apaydın K.** (2007). Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetmel ve Organizasyonel Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- [138] **Yavuz, E. K.** (2020). *Yönetici hemşirelerin kişilik özellikleri ve çatışma yönetim stratejileri arasındaki ilişki* (Yüksek Lisans Tezi). İstinye Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul, Türkiye.
- [139] **Tichy, M., Bond, A. E., Beckstrand, R. L., Heise, B.** (2009). Nurse practitioners perception of disaster preparedness education. *American Journal of Nurse Practitioners*, 13(1), 10-22.
- [140] **Huang, L. H., Liu, Y. B.** (2011). Investigation of the medical staff's professional skill of disaster rescue. *Chinese Hospitals* 15(4), 24-26
- [141] **Liu, X. W., Fung, O., Loke, A. Y.** (2012). Experience of nursing after earthquake relief. *Chinese Nursing Research*, 26(7C), 1935-1938.
- [142] **Mitani, S., Kuboyama, K., Shirakawa, T.** (2003). Nursing in sudden-onset disasters: factors and information that affect participation. *Prehospital and Disaster Medicine*, 18(4), 359-364.
- [143] **Loke, A. Y., Fung, O. W. M.** (2014). Nurses' competencies in disaster nursing: implications for curriculum development and public health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 3289-3303.
- [144] **Baack, S., Alfred, D.** (2013). Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 281-287.
- [145] **Luo, Y., Liu, L., Huang, W. Q., Yang, Y. N., Deng, J., Yin, C. H., Ren, H., Wang, X. Y.** (2013). A disaster response and management competency mapping of community nurses in China. *Iranian Journal of Public Health*, 42(9), 941-949.
- [146] **Chen, T. F., Chou, K. R., Liao, Y. M., Ho, C. H., Chung, M. H.** (2014). Construct validity and reliability of the Chinese version of the Disaster Preparedness Evaluation Tool in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1132-1143.
- [147] **Al Thobaity, A., Plummer, V., Innes, K., Copnell, B.** (2015). Perceptions of knowledge of disaster management among military and civilian nurses in Saudi Arabia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18 (3), 156-164.

- [148] Yin H., He H., Arbon P. & Zhu J. (2011). A survey of the practice of nurses' skills in Wenchuan earthquake disaster sites: implications for disaster training. *Journal of Advanced Nursing* 67(9), 2231–2238.
- [149] Yörükoğlu, A. (2004). "Zekâ Nedir?". *Çocuk Ruh Sağlığı*. İstanbul: Özgür Yayınları. ss. s. 105-106.
- [150] Öktem, F. (2001). Zekâ Kavramı, *Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi*, Y:2, S:22.
- [151] Campbell, L. ve Campbell, B., Dickinson, D. (1996). *Teaching and Learning Through Multiple Intelligences*. Needham Heights, MA: Allyn&Bacon Press.
- [152] Cherniss, C. (2000). Emotional intelligence: What it is and why it matters (p. 15). Rutgers University, Graduate School of Applied and Professional Psychology.
- [153] Başaran, İ. E. (2000). *Örgütsel Davranış: İnsanın Üretim Gücü*, 3.b., Ankara.
- [154] Aysel, L. (2006). *Liderlik ve Duygusal Zekâ*, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- [155] Morris C. G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak:Psikolojiye Giriş*, çev. H. Belgin Ayvaşık ve Melike Sayıl, Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- [156] TZV. (2022). Türkiye Zekâ Vakfı, 03.03.2022 tarihinde <http://www.tzv.org.tr> adresinden erişildi.
- [157] Güney, S. (2000). *Davranış Bilimleri*, 2.b., Ankara: Nobel Yayınları.
- [158] Cooper, R.K. & Sawaf, A. (1997). *Executive EQ: Emotional intelligence in leadership and organizations*. New York: Grosset/Putnum
- [159] Mumcuoğlu, Ö. (2002). Bar-On Duygusal Zekâ Testi'nin Türkçe Dilsel Eşdeğerlik, Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, İstanbul.
- [160] Cüceloğlu, D. (1993). *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*, 4.b., İstanbul: Remzi Kitabevi.
- [161] Ural, A. (2001). Yöneticilerde Duygusal Zekânın Üç Boyutu, *Dokuz Eylül Üniversitesi S.B.E Dergisi*, C: 3, S:2, ss.209-219
- [162] Matthews, D. W. "Expressing Feelings", North Caroline State University Press, (Haziran 2005)

[163] Şahinkaya, B. (2006). Yöneticilik ve Liderlikte Duygusal Zekâ, Fen Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.

[164] Cherniss, C. (1998). Social and Emotional Learning for Leaders, *Educational Leadership*, Vol. 17, pp.26-30.

[165] Mayer, J.D., Caruso, D.R, Salovey, P. (2000), Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for an Intelligence, *Intelligence*, Vol.27/4, pp.267-298

[166] Salovey P, Mayer J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9 (3): 185-221

[167] Arıcıoğlu, M. A. (2002). Yönetimsel Başarının Değerlemede Duygusal Zekânın Kullanımı: Öğrenci Yurdu Yöneticileri Bağlamında Bir Araştırma, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Akdeniz Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*, S: 4, 2002, ss.26-42

[168] Schutte, Nicola S. et al., (1998). Development and Validation of Measure of Emotional Intelligence, *Personality and Individual Differences*, Vol 25, pp.167-177

[169] Bar-On, R., (1997a). The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical Manual, Multi-Health Systems, Canada,

[170] Bar-On, R., (1997b), Development of the Bar-On EQ-i: A Measure of Emotional and Social Intelligence, *American Psikologlar Birliği Toplantısı Sunumu*, Chicago.

[171] Acar, F. (2002). Duygusal Zekâ ve Liderlik, *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12, 53-68

[172] Cooper, R. K., Sawaf, A., (2000). Liderlikte Duygusal Zekâ, Sistem Yayıncılık, İstanbul.

[173] Konrad, S. ve Hendl, C. (2005). Duygularla Güçlenmek: Duygusal Zekâ Sayesinde Başarılı Bir Hayat, Meral Taştan (Çev.), İstanbul: Hayat Yayınları.

[174] Acar, F.T. (2001). Duygusal Zekâ Yeteneklerinin Göreve ve İnsana Yönelik Liderlik Davranışları İle İlişkisi: Banka Şube Müdürleri Üzerine Bir Alan Araştırması, Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

[175] Çatak, İ. (2002). Duygusal Zekâ Gelişebilir: Kendini Keşfet, Çevrene Hissettir, Kaynak Dergisi, Sayı:9

[176] Beceren, E. (2002). Duygusal Zekâ, Personal Excellence, Nisan, İstanbul: Rota Yayın Yapım Tanıtım.

- [177] Yedikardaşlar, C. (2009). Hemşirelerin Çatışma Yönetimi Stratejilerinde Duygusal Zekânın Rolü. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- [178] Rego A., Goinho L., Mcqueen A., Cunha M.P. (2010). Emotional Intelligence and Caring Behaviour in Nursing. *The Service Industries Journal*, 30(9), 1419- 1437.
- [179] Canbulat, S. (2007). Duygusal Zekânın Çalışanların İş Doyumları Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- [180] Özcan, A. (2006). Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim (2. Bs.). Ankara: Sistem Ofset Basım.
- [181] Birol, L. (1997). Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım (3.bs). İzmir: Etki Matbaacılık.
- [182] McQueen, A. (2003). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1): 101–108.
- [183] Cadman C., Brewer J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6): 321- 324.
- [184] Aslan, Ş. ve Özata, M. (2008). Duygusal Zekâ ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkilerin Araştırılması: Sağlık Çalışanları Örneği. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30, 77-97.
- [185] Reeves A. (2005). Emotional Intelligence: Recognizing and Regulating Emotions. *AAOHN Journal*, 53(4):172-176.
- [186] Bellack J. P. (1999). Emotional intelligence: A missing ingredient? *Journal of Nursing Education*, 38(1), 3-4.
- [187] Freshwater D. ve Stickley T. (2004). The Heart of The Art: Emotional Intelligence in Nursing Education. *Nursing Inquiry*, 11, 91–98.
- [188] Simpson RL, Keegan AJ. (2002). How connected are you? Employing emotional intelligence in a high-tech world. *Nursing Administration Quaterly*, 26:80-6.
- [189] Lee M. Ve Lee S. (2008). The Influence Of Emotional Intelligence And Organizational Climate For Nurse Job Satisfaction, *Journal Of Business Administration*, 4(1), 1-10
- [190] Güleryüz G., Guney S., Eren M.A. ve ark. (2008), The Mediating Effect Of Job Satisfaction Between Emotional İntelligence And Organisational Commitment Of

Nurses: A Questionnaire Survey, *International Journal Of Nursing Studies*, 45, 1625–1635.

[191] **Ioannidou, F., Konstantikaki, V.** (2008). Empathy and emotional intelligence: What is it really about? *International Journal of Caring- Sciences*, 1(3): 118–123.

[192] **Zeidner, M., Matthews, G., Roberts, R. D.** (2004). Emotional intelligence in the workplace: A critical review. *Applied Psychology*, 53(3): 371–399

[193] **Yılmaz, S.** (2007). Duygusal zekâ ve akademik başarı arasındaki ilişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Atatürk Üniversitesi Sos- yal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.

[194] **Frank A.** (1991). At the will of the body. Reflections on illness. New York: Houghton.

[195] **Mason D.J., Backer B.A. & Georges C.A.** (1991). Towards a feminist model for the political empowerment of nurses. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 72–77.

[196] **Menzies I.E.P.** (1960). A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Human Relations*, 13, 95–121.

[197] **Williams A.** (2000). A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 33(5), 660–667.

[198] **United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting** (2002). Report of the Higher Level of Practice Pilot and Project. London, UKCC

[199] **Li, H.-Y., Bi, R.-X., & Zhong, Q.-L.** (2017). The development and psychometric testing of a Disaster Response Self-Efficacy Scale among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 59, 16–20. doi:10.1016/j.nedt.2017.07.009

[200] **Austin, E. J., Saklofske, D. H., Huang, S. H. ., & McKenney, D.** (2004). Measurement of trait emotional intelligence: testing and cross-validating a modified version of Schutte et al.'s (1998) measure. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 555–562.

[201] **Büyükbayram, A.** (2009). Hemşirelerin İş Doyumunda Duygusal Zekânın Rolü. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

[202] **Demir A.** (2003). Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Stres Oluşturan Faktörlerin İrdelenmesi. *Toplum ve Hekim*, 18(4): 300-307.

- [203] **Kuşaklı B.** (2008). Yönetici Hemşirelerin Duygusal Zekâ Yetenekleri ve Liderlik Davranışları. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- [204] **Gür, E. Y., Altınayak, S. Ö., & Apay, S. E.** (2019). Duygusal zekânın cinsiyet değişkeni açısından incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 35-42.
- [205] **Baltaş Z.** (2006). Duygusal Zekâ İnsanın Dünyasını Aydınlatan ve İşine Yansıyan Işık. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- [206] **Onay M. ve Uğur B.** (2011). Sağlıkta Memnuniyetin Sessiz Sihri: Duygusal Zekâ. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 23-34.
- [207] **Akın, M.** (2004). İşletmelerde Duygusal Zekânın Üst Kademe Yöneticiler ile Astları Arasındaki Çatışmalar Üzerindeki Etkileri. Doktora tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- [208] **Aksu, M.** (2010). Servis Sorumlu Hemşirelerin Transformasyonel Liderlik Davranışları ve Duygusal Zekâlarının İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [209] **Cerit, E.** (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Duygusal Zekâ Düzeyleri. Yüksek lisans tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- [210] **Dusseldorp L.R., Meijel B.K. ve Derksen J.J.** (2009). Emotional Intelligence of Mental Health Nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 555-562.
- [211] **Eroğlu, B.** (2012). İlköğretim Okullarındaki Yöneticilerin Liderlik Stilleri ile Duygusal Zekâları Arasındaki İlişki. Yüksek lisans tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- [212] **Kaya, H. ve Keçeci A.** (2004). Bir Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Duygusal Düzeyleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1), 52
- [213] **Güngörmüş, T.** (2011). Hemşirelerin Duygusal Zekâları ile İş Yaşamında Yaşadıkları Yalnızlık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- [214] **Kızıl Z.** (2012). Eğitim Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Duygusal Zekâlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Ankara Üniversitesi, Ankara
- [215] **Kuzu A.** (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Duygusal Zekâ ve İletişim Becerilerinin Eşdeğer Öğrenim Gören Öğrencilerle Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Düzce Üniversitesi, Düzce.

- [216] **Karakaş, S.A. ve Küçüköğlü, S.** (2011). Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Zekâ Düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 8-13.
- [217] **Güllüce, A.L. ve İşcan, Ö.F.** (2010). Mesleki tükenmişlik ve duygusal zekâ arasındaki ilişki. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 5(2), 7-29.
- [218] **İşmen, A. E.** (2001). Duygusal zekâ ve problem çözme. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 13(13), 111–124.
- [219] **Tekin, M.G.** (2014). Üniversite öğrencilerinin psikolojik iyi olma duygusal zekâ ve sosyal iyi olma düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- [220] **Burgan, D.S.** (2013). A study of emotional intelligence levels of abilities of project management practitioners. Unpublished doctoral thesis, Indiana Wesleyan University.
- [221] **Mandell, B., Pherwani, S.** (2003). Relationship between Emotional Intelligence and Transformational Leadership Style. *Journal of Business and Psychology*. 17(2):387- 404.)
- [222] **Özdenk, S.** (2015). Bireysel ve takım sporuyla uğraşan sporcular ile spor yapmayan bireylerin duygusal zekâ ve liderlik özelliklerinin incelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- [223] **Bakan, İ., & Güler, B.** (2017). Duygusal zekânın, yaşam doyumu v e akademik başarıya etkileri ve demografik özellikler bağlamında algı farklılıkları. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19 (33): 1-11.
- [224] **Özdemir, Y., ve Özdemir, A.** (2007). Duygusal zekâ ve çatışma yönetimi stratejileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi: üniversitede çalışan akademik ve idari personel üzerine uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 393-410
- [225] **Rahman, S., Ferdousy, S., & Uddin, A.** (2012). Exploring the relationships between emotional intelligence, leadership styles, and gender: an empirical study. *SIU Journal of Management*, 2(2), 27-57.
- [226] **Yaşlıoğlu, M. M., Pekdemir, I., & Toplu, D.** (2013). Duygusal zekâ ve çatışma yönetimi yöntemleri arasındaki ilişki ve bu ilişkide lider üye etkileşiminin rolü. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 11(22), 220, 2013.

[227] **Demir, A.** (2016). Sağlık meslek lisesi öğrencilerinin problem çözme süreci, zekâ ve tutumlarının incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir.

[228] **Kuşaklı, B. Y., & Bahçecik, N.** (2012). Yönetici hemşirelerin duygusal zekâ yetenekleri ve liderlik davranışları. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(2), 112-119.

[229] **Quoidbach J. ve Hansenne M.** (2009), The Impact Of Trait Emotional Intelligence On Nursing Team Performance And Cohesiveness, *Journal Of Professional Nursing*, 25:1, 23–29.

[230] **İşmen, E.** (2004). Duygusal Zekâ ve Aile İşlevleri Arasındaki İlişki, *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, C.7, ss.55-75.

[231] **Girgin, G.** (2009) Öğrencilerinde Duygusal Zekânın Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, *KKTC Milli Eğitim Dergisi*, S.3, ss.1-12.

[232] **Erdoğdu, Y.** (2008). Duygusal Zekâ'nın Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, C.7, S.23, ss.62-76.

[233] **Tambağ, H., Kaykunoğlu, M., Gündüz, Z., Demir, Y.** (2014). Hemşirelik Öğrencilerinin Duygusal Zekâ Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, C.11, S1, ss.41-46.

[234] **Yeniçeri, E.N., Yıldız, E., Seydaoğulları, A., Güleç, S., Çetin, E. S., & Baldemir, E.** (2015). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Duygusal Zekâ ve Empati İlişkisi, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, C.19, S.2, ss. 99-107.

[235] **Abay, A.** (2009). İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerin Psikolojik Şiddet Algıları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

[236] **Eğerci, T. Ç.** (2009). İlköğretim Okullarında Görev Yapan Öğretmenlerin Maruz Kaldıkları Psiko-şiddetin (Mobbingin) Örgütsel Güven Düzeyine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

[237] **Tanoğlu, Ş. Ç.** (2006). İşletmelerde Yıldırmanın (Mobbing) Değerlendirilmesi ve Bir Yüksek Öğrenim Kurumunda Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

[238] **Çalışkan, O.** (2005). Turizm İşletmelerinde Çalışanlara Yapılan Psiko-şiddet Davranışları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.

[239] **Işık, E.** (2007). İşletmelerde Mobbing Uygulamaları ile İş Stresi İlişkisine Yönelik Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul

[240] **Mert, O.** (2016). 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan acil tıp teknisyenleri ve paramediklerin duygusal zekâ ile örgütsel vatandaşlık davranışı düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

[241] **Labrague, L. J., Kamanyire, J. K., Achora, S., Wesonga, R., Malik, A., & Al Shaqsi, S.** (2021). Predictors of disaster response self-efficacy among nurses in Oman. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 61, 102300. doi:10.1016/j.ijdr.2021.102300

[242] **Bülbül, E.** (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Durumlarının Değerlendirilmesi. *Journal of Emergency Aid and Disaster Science*, 2 (1), 45-49

[243] **Zeth, A.H.M., Suprayitno, G., Rahayu, E.S., Sulustiyani, S.** (2022). Self-Efficacy and Emergency Preparedness in Indonesia. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(G), 270-274.

[244] **Yang, Y. N., Xiao, L. D., Cheng, H. Y., Zhu, J. C., Arbon, P.** (2010). Chinese nurses' experience in the Wenchuan earthquake relief. *International Nursing Review*, 57(2):217-223.

## **EKLER**

**EK A** : Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği İzni

**EK B** : Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği İzni

**EK C** : Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Etik Kurul Kararı

**EK D** : İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Etik Kurul Kararı

**EK E** : Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**EK F** : Sosyodemografik Bilgi Formu

**EK G** : Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği

**EK H** : Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği

## EK A



Özlem Çağan

Ynt: AFETE MÜDAHALE ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ HK.

Kime: Ahmet Kuday

Merhaba Ahmet,

Öncelikle çalışmanızda başarılar dilerim. "Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği"ni " kullanmanıza memnuniyetle izin veriyorum.

İyi çalışmalar dilerim.

Dr.Öğr.Üyesi Özlem ÇAĞAN

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Meşelik Kampüsü,26480 Eskişehir  
Tel: +90 222 239 37 50/1521

Ahmet Kuday <[dogankuday@icloud.com](mailto:dogankuday@icloud.com)>, 5 Haz 2021 Cmt, 02:37 tarihinde şunu yazdı:

[Ahmet Kuday adlı kişiye ait metnin Daha Fazlasını Gör](#)



Afete Müdahale  
Öz-yet...(1).doc

## EK B



**Arkun Tatar**

Ynt: Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zeka leği Hk.

Kime: Ahmet Kuday

Ahmet,

Ekledim.

İyi alışmalar,

7 Haziran 2021 Pazartesi 00:56:18 GMT+3 tarihinde, Ahmet Kuday <[dogankuday@icloud.com](mailto:dogankuday@icloud.com)>şunu yazdı:

[Ahmet Kuday](#) adlı kişiye ait metnin **Daha Fazlasını Gr**



GG  
Schutte41Tr.doc

## EK C

Evrak Tarih ve Sayısı: 19.08.2021-28698



T.C.  
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-54022451-050.05.04-28698  
Konu : Etik Kurul Kararı - Özcan ERDOĞAN

19.08.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN  
Afet Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı - Afet Yönetimi Anabilim Dalı Başkanı

2021/316 numaralı "Hemşirelerde Duygusal Zeka ve Afete Müdahale Öz-Yeterlilik İlişkisi" başlıklı başvurunuz Üniversitemiz Etik Kurullar Birimi' nin 17.08.2021 tarihli, 17 sayılı Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul toplantısında değerlendirilmiş olup, mevcudun oybirliğiyle onaylanmasına karar verilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi arz/rica ederim.

Prof.Dr. Semra ÖZÇELİK  
Başkan V.

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Doğrulama Kodu :BSV4BF37U2 Pin Kodu :82742 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5394&cD=BSV4BF37U2&cS=28698>  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Fatih / İstanbul Bilgi için: Zübeyde ÖZDEMİR  
Telefon No:0 (212) 523 22 88 Faks No:0 (212) 533 23 26 Unvan: Memur  
e-Posta:info@bezmialem.edu.tr İnternet Adresi:www.bezmialem.edu.tr



**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

## EK D

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.03.2022-54354



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.01  
Konu : Ahmet Doğan KUDAY'ın Başvurusu  
Hk.

### BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE


İlgi : 16/02/2022 tarihli ve 71211201-54022451-730.08.03.09.01-E.50837 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Üniversiteniz Afet Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan Ahmet Doğan KUDAY'ın, Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN danışmanlığında yürüteceği "**Hemşirelerde Duygusal Zekâ ve Afete Müdahale Öz-Yeterlilik İlişkisi**" başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumlarda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **03.03.2022 tarih ve 2022/06 sayılı** kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği konusunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Müdür a.  
Başkan

## EK E

 <b>BEZMÎÂLEM</b> VAKIF ÜNİVERSİTESİ 1845	<b>BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b>			
	Doküman Kodu: ÜNV-GOAEK-FRM-002	Yayın Tarihi: 17.09.2019	Revizyon No: 01	Revizyon Tarihi: 19.02.2020

### KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Çalışma araştırmacımız kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

### SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

**ADI** : Ahmet Doğan KUDAY  
**GÖREVİ** : Yüksek Lisans Öğrencisi  
**TELEFON** : 0530 114 01 12

### ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

<b>Gönüllü Adı Soyadı</b>		<b>Tarih ve İmza</b>	
<b>Telefon</b>			

<b>Vasi (var ise) Adı Soyadı</b>		<b>Tarih ve İmza</b>	
<b>Telefon</b>			

<b>Görüşme Tanığı Adı Soyadı</b>		<b>Tarih ve İmza</b>	
<b>Telefon</b>			

<b>Araştırmacı Adı Soyadı</b>		<b>Tarih ve İmza</b>	
<b>Telefon</b>			

## EK F

Bu anket Bezmialem Vakıf Üniversitesi Afet Yönetimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Ahmet Doğan KUDAY tarafından Hemşirelerdeki Duygusal Zekâ Düzeyi ile Afete Müdahale Öz-Yeterlilik arasındaki ilişkinin düzeyini araştırma amacı taşıyan bir çalışma için kullanılacaktır. Bu anket çalışmasında hiçbir kişisel bilgi istenmeyecek ve anket sonuçları amacı dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. Yaklaşık 5 dakikalık bir süre zarfında tamamlanabilecek bu anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde "**Sosyodemografik Bilgi Formu**", ikinci bölümde "**Duygusal Zekâ Ölçeği**" ve üçüncü bölümde "**Afete Müdahale Öz-Yeterlilik Ölçeği**" yer almaktadır. Araştırmanın bilimsel ve güvenilir olması, sizin vereceğiniz cevapların samimiyetine bağlıdır. Lütfen, anket formunu doldururken hiçbir soruyu atlamadan ve size en uygun ifadeyi belirtiniz. Ayıracağımız değerli zaman için teşekkür ederim.

Soru ve önerileriniz için: dogankuday@gmail.com

### 1. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

#### 1. CİNSİYET

Erkek  Kadın

#### 2. YAŞ

24 yaş altı  25 – 34 yaş arası  35 yaş üstü

#### 3. MEDENİ DURUM

Evli  Bekar  Boşanmış

#### 4. ÇOCUK SAYISI

0  1  2 – 3  3 çocuktan fazla

#### 5. AİLE TİPİ

Çekirdek  Geniş

#### 6. GELİR DURUMU

Gelir Giderden Fazla  Gelir Giderle Eşit  Gelir Giderden Az

#### 7. EĞİTİM DURUMU

Lise  Ön Lisans  Lisans  Yüksek Lisans  Doktora

#### 8. ÇALIŞTIĞINIZ KURUM

Devlet Hastanesi  Özel Hastane  Vakıf Hastanesi  112/UMKE

#### 9. ÇALIŞTIĞINIZ BİRİM

Servis  Acil  Ameliyathane  112-UMKE  Diğer

#### 10. TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ

1-3 yıl  4-6 yıl  7-9 yıl  10 yıl ve üzeri

#### 11. DAHA ÖNCE BİR AFET YAŞADINIZ MI ?

Evet  Hayır

#### 12. NE TÜR BİR AFET YAŞADINIZ?

Deprem  Sel  Yangın  Heyelan  Çığ  Biyolojik/Salgın

#### 13. DAHA ÖNCE BİR AFETTE GÖREV ALDINIZ MI ?

Evet  Hayır

#### 14. NE TÜR BİR AFETTE GÖREV ALDINIZ?

Deprem  Sel  Yangın  Heyelan  Çığ  Biyolojik/Salgın

## EK G

<b>Boyut Maddeleri</b>	1 Kendime hiç güvenim yok	2 Temelde kendime güvenim yok	3 Biraz kendime güvenim var	4 Temelde kendimden eminim	5 Kendime güvenim tam
<b>Yerinde kurtarma yetkinliği</b>					
1. Afetin yarattığı göreceli hasarı tespit edebilirim					
2. Yaraları doğru ve hızlı bir şekilde değerlendirebilirim					
3. Afetten sonra ortaya çıkabilecek bulaşıcı hastalık veya akut zehirlenme gibi salgın durumlarını değerlendirebilirim.					
4. Kronik hastalar ve engelliler gibi hassas grupları tanıyabilirim					
5. Triaj uygulayabilirim					
6. Debridman, hemostaz, bandajlama ve sabitleme yapabilirim					
7. Transfer anında yaralıyı kaldırabilirim					
8. Yaralıyı nakil edebilirim					
9. Acil durum kurtarma tekniklerini uygulayabilirim					
10. Kritik hastaların yoğun bakımı ve hemşirelik bakımını yapabilirim					
11. Afet bölgesinde bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü yapabilirim					
<b>Afette psikolojik hemşirelik yeterliği</b>					
12. Afetzedelerin ilk psikolojik değerlendirmesini yapabilirim					
13. Afetten sonra ortaya çıkabilecek Post travmatik stres bozukluğu, depresyon ve anksiyete gibi yaygın psikiyatrik ve psikolojik sorunları tanıyabilirim					
14. Afetzedelere temel psikolojik tedaviyi sağlayabilirim					
15. Afet bölgesinde psikiyatrik ve psikolojik tedavi ihtiyacı olan afetzedelerin sevkini yapabilirim					
<b>Afette üstlenilen rolün niteliği ve uyum yeterliği</b>					
16. Kendi psikolojik durumumu ayarlayarak çalışma ortamına hızlı bir şekilde uyum sağlayabilirim					
17. Diğer ekip üyeleriyle iletişim kurarak işbirliğine dayalı iyi bir ilişki oluşturabilirim					
18. Afettede ve akrabalarıyla etkin bir şekilde iletişim kurup iyi bir hemşirehasta ilişkisi oluşturabilirim					
19. İnsancıl bir yaklaşımla, empati ve sevgiyle mesleki etik kurallara uyabilirim					

## EK H

Aşağıda çeşitli durumlara ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Lütfen ifadeyi okuduktan sonra size uyma derecesini sağ taraftaki kutucuklardan birini işaretleyerek belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Kişisel sorunlarımı başkaları ile ne zaman paylaşacağımı bilirim.					
2. Bir sorunla karşılaştığım zaman benzer durumları hatırlar ve üstesinden gelebilirim.					
3. Genellikle yeni bir şey denerken başarısız olacağımı düşünürüm.					
4. Bir sorunu çözmeye çalışırken ruh halimden etkilenmem.					
5. Diğer insanlar bana kolaylıkla güvenirlere.					
6. Diğer insanların beden dili, yüz ifadesi gibi sözel olmayan mesajlarını anlamakta zorlanırım.					
7. Yaşamımdaki bazı önemli olaylar neyin önemli neyin önemsiz olduğunu yeniden değerlendirmemeyol açtı.					
8. Bazen konuştuğum kimsenin ciddi mi olduğunu yoksa şaka mı yaptığını anlayamam.					
9. Ruh halim değiştiğinde yeni olasılıkları görürüm.					
10. Duygularımın yaşam kalitem üzerinde etkisi yoktur.					
11. Hissettiğim duyguların farkında olurum.					
12. Genellikle iyi şeyler olmasını beklemem.					
13. Bir sorunu çözmeye çalışırken mümkün olduğunca duygusallıktan kaçınıyorum.					
14. Duygularımı gizli tutmayı tercih ederim.					
15. Güzel duygular hissettiğimde bunu nasıl sonlandıracağımı bilirim.					
16. Başkalarının hoşlanabileceği etkinlikler düzenleyebilirim.					
17. Sosyal yaşamda neler olup bittiğini sıklıkla yanlış anlarım.					
18. Beni mutlu edecek uğraşlar bulmaya çalışırım.					
19. Başkalarına gönderdiğim beden dili, yüz ifadesi gibi sözsüz mesajların farkındayım.					
20. Başkaları üzerinde bıraktığım etkiyle pek ilgilenmem.					
21. Ruh halim iyiyken sorunların üstesinden gelmek benim için daha kolaydır.					
22. İnsanların yüz ifadelerini bazen doğru anlayamam.					
23. Yeni fikirler üretmem gerektiğinde duygularım işimi kolaylaştırır.					
24. Genellikle duygularımın niçin değiştiğini bilmem.					
25. Ruh halimin iyi olması yeni fikirler üretmeme yardımcı olmaz.					
26. Genellikle duygularımı kontrol etmekte zorlanırım.					
27. Hissettiğim duyguların farkındayım.					
28. İnsanlar bana, benimle konuşmanın zor olduğunu söylerler.					
29. Üstlendiğim görevlerden iyi sonuçlar alacağımı hayal ederek kendimi güdülerim.					
30. İyi bir şeyler yaptıklarında insanlara iltifat ederim.					
31. Diğer insanların gönderdiği sözel olmayan mesajların farkına varırım.					
32. Bir kişi bana hayatındaki önemli bir olaydan bahsettiğinde ben de aynısını yaşamış gibi olurum.					
33. Duygularımda ne zaman bir değişiklik olsa aklıma yeni fikirler gelir.					
34. Sorunları çözüm biçimim üzerinde duygularımın etkisi yoktur.					
35. Bir zorlukla karşılaştığım zaman umutsuzluğa kapılırım çünkü başarısız olacağıma inanırım.					
36. Diğer insanların kendilerini nasıl hissettiklerini sadece onlara bakarak anlayabilirim.					
37. İnsanlar üzgünken onlara yardım ederek daha iyi hissetmelerini sağlarım.					
38. İyimser olmak sorunlar ile baş etmeye devam edebilmem için bana yardımcı oluyor.					
39. Kişinin ses tonundan kendini nasıl hissettiğini anlamakta zorlanırım.					
40. İnsanların kendilerini neden iyi ya da kötü hissettiklerini anlamak benim için zordur.					
41. Yakın arkadaşlıklar kurmakta zorlanırım					

## ÖZGEÇMİŞ

**Ad-Soyad** : Ahmet Doğan KUDAY

**Doğum Tarihi ve Yeri** :

**E-posta** :

## ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans:** 2019, Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi
- **Yükseklisans:** 2022, Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi, Afet Yönetimi Anabilim Dalı, Afet Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı

## MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

- 2017 – (devam ediyor) : Paramedik, Sağlık Bakanlığı, İstanbul Acil Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü

## YÜKSEK LİSANS TEZİNDEN TÜRETİLEN YAYINLAR, SUNUMLAR ve PATENTLER:

- Kuday, A.D., Erdoğan, Ö. (2022). Hemşirelerin Duygusal Zekâ Düzeyi Afete Müdahale Öz-Yeterlilik İçin Önemli Mi? *4.Ulusal Sağlık Hizmetleri Kongresi, Bildiri Özetleri Kitabı*, 10-12 Haziran, İstanbul.

## DİĞER YAYINLAR, SUNUMLAR ve PATENTLER:

- Erdoğan, Ö., Kuday, A.D. (2021). ALTERNATİF TURİZM: AFET TURİZMİ. 5. *Uluslararası Batı Asya Turizm Araştırmaları Kongresi, Bildiri Özetleri Kitabı*, 24-26 Eylül, Van, (112-114). ISBN: 978-625-8009-05-7.
- Demirtuğ, A.S., Kuday, A.D. (2021). Antroposen Çağı'nda Kentleşme ve İklim Değişikliğine Karşı Sürdürülebilirlik, 3. *Uluslararası Afet ve Dirençlilik Kongresi*, 5-7 Kasım, Ankara, (259-260). ISBN: 978-625-00-0458-6.