



Türk Hemşireler Derneği Dergisi

Journal of Turkish Nurses Association

Cilt: 3

İÇİNDEKİLER

Sayı: 2

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Annelerin Emzirmeyi Sonlandırmaya Yönelik Uyguladıkları Geleneksel Yöntemlerin Belirlenmesi

Burcu SELVİ ÇALIŞKAN, Serap BALCI

Sayfa: 89 - 98

COVID-19 sürecinde örgütsel güvenin hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları üzerine etkisi

Dilek YILMAZ, Şeyma DEMİR, Merve KAYALIOĞLU, Yasemin YILDIRIM USTA

Sayfa: 99 - 112

Hemşirelik Öğrencilerinin Tek Sağlık ve 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin Ulaşılabilirliği Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi

Nagihan İLASLAN, Merve ÇAKAR, Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN

Sayfa: 113 – 126

DERLEME

COVID-19 Pandemisinde riskli gruplarda tele-tıp ve tele-hemşirelik

Nurgül ARPAG, Hamdiye Banu KATRAN, Sevgi GÜR

Sayfa: 127 - 135

Endoskopi Ünitelerinde COVID-19 Önlemleri ve Hemşirenin Rolü

Nuray AKYÜZ, Hamdiye Banu KATRAN

Sayfa: 136 - 143

Palyatif Bakım Hemşireliğinde Bir Spiritüel Bakım Yaklaşımı: Acıyı Anlamlandırmak

Yasemin ESKİGÜLEK, Sultan KAV

Sayfa: 144 – 155

OLGU SUNUMU

Neuman'ın Sistemler Modeli ve Henderson'ın Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi

Işığında COVID-19 Tanılı İki Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Belma AY, Hafize SAVAŞ, Kamile AKARSU, Nihal YILDIZ EMRE, Hülya BULUT

Sayfa: 156 - 168

Değerli Meslektaşlarımız ve Türk Hemşireler Derneği Dergisi'nin değerli okurları;

2023 yılını karşılamaya hazırlandığımız şu günlerde, 15 yıl aradan sonra yayın hayatına yeniden dönen Türk Hemşireler Derneği Dergisi'nin 3.cildinin 2. sayısını yayınlamaktan mutluluk duyuyoruz. Türkiye'de hemşirelik mesleğinin çatı örgütü olan Türk Hemşireler Derneği, klinisyenden, akademisyene, kamudan özel sektörde aktif olarak hizmet veren meslektaşlarımızı, hemşirelik öğrencilerini ve mesleğe ve topluma paha biçilmez hizmetleri olduğuna gönülden inandığımız emeklilerimizi kapsamsızı açısından önemli bir konumdadır. Bizler Türk Hemşireler Derneği'nin yönetim pozisyonlarında bulunan hemşireler olarak, Türk Hemşireler Derneği'nin durmakta olduğu bu önemli noktanın farkındalığını ve toplum sağlığı için bu kadar önemli ve büyük bir grubun gereksinimlerine karşılık vermenin sorumluluğunu her an hissediyoruz. Bu farkındalık ve sorumlulukla, Türkiye'de hemşirelerin çatı meslek örgütü olan Türk Hemşireler Derneği'nin, hemşirelik mesleğinin, toplumun sağlığının bilimsel yönüne katkı, hatta yön veren bilimsel bir organı olmasını son derece önemsiyoruz.

Dergimiz editörlerimizin ve yayın kurulunda emek veren meslektaşlarımızın yoğun çabasıyla, bilimsel çalışmalarını yayımlanması için dergimize gönderen meslektaşlarımızın katkısıyla ve yayınların değerlendirme sürecinde emeklerini esirgmeden hakemlik görevini üstlenen meslektaşlarımızın destekleriyle üç yıldır yayın hayatına devam etmektedir. Akademik puanlama sisteminin yayın hayatına yeni başlayan bilimsel dergileri oldukça dezavantajlı bir konumda bıraktığı ülkemizde, dergimizin yayın hayatına devam etmesini sağlayan tüm meslektaşlarımıza teşekkür ediyoruz. Meslektaşlarımızın desteği ile Türk Hemşireler Derneği Dergisinin geçmişte olduğu gibi uluslararası tanınırlığı ve saygınlığı olan bir dergi olacağına inanıyoruz. Ancak dergimiz kritik bir dönemecin eşliğindedir ve meslektaşlarımızın desteğine olan gereksinimi daha da artmıştır. 2023 yılında 3 sayı çıkarmayı planladığımız dergimize yayınlarınızı göndererek destek olmanızı umut ediyor, tüm meslektaşlarımıza ve okurlarımıza saygılar sunuyoruz.

THD Genel Merkez

Azize ATLI ÖZBAŞ

Değerli okuyucularımız,

Türk Hemşireler Derneği Dergisi (THDD)'nin 2022 yılı ikinci sayısını çıkarmaktan büyük bir mutluluk duyuyoruz. Bilindiği gibi Türk Hemşireler Derneği'nin amacı; hemşirelik mesleğinin toplum yararına üst düzeyde nitelikli ve güvenilir hizmet verecek özerk bir sağlık mesleği olması için çalışmaktır. Nitelikli sağlık hizmetin sunulmasında toplumun öncelikli gereksinimleri doğrultusunda bilimsel çalışmaların yapılması ve paylaşılması önemli bir gerekliliktir. Türk Hemşireler Derneği Dergisi'nin varlık nedeni hemşirelik mesleğinin gelişimine katkı sağlayacak bilimsel çalışmaları meslektaşlarımızla buluşturmadır. Bu sayımız üç araştırma, üç derleme ve bir olgu sunumunu içermektedir. Dergimize gönderdiğiniz yayınlar arttıkça daha fazla güçleneceğimizi bir kez daha hatırlatmak istiyoruz. Zorlu bir yılı daha geride bırakırken 2023 yılının tüm meslektaşlarımız için şiddetten uzak, çalışma koşullarının düzeldiği umut, sağlık, huzur ve mutluluk dolu bir yıl olmasını dileriz.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Azize Karahan

THDD Editörü

Annelerin Emzirmeyi Sonlandırmaya Yönelik Uyguladıkları Geleneksel Yöntemlerin Belirlenmesi

Determination of Traditional Methods Used by Mothers for Finalization Breastfeeding

Burcu Selvi Çalışkan¹, Serap Balcı²

Öz

Amaç: Araştırma, annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecinde uyguladıkları geleneksel yöntemlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmanın evreni, İstanbul'daki bir Aile Sağlığı Merkezine (ASM) kayıtlı ve iki yaşında çocuğu olan annelerdir. Araştırmada örneklem hesabına gidilmemiş olup, Mayıs-Ağustos 2014 tarihleri arasında ASM'ye başvuran iki yaşında çocuğu olan ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 100 anne örnekleme oluşturmuştur. Veriler "Veri Toplama Formu" kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

Bulgular: Annelerin %66.0'sı 26-35 yaş aralığında olduğu ve %79.0'unun emzirmeyi sonlandırma ile ilgili bir eğitim almadıkları bulundu. Annelerin çocuklarını süten keserken çoğunlukla zorluk yaşadıkları (%55.0) ve bunlara bağlı geleneksel yöntem kullandıkları (%45.0) saptandı. Annelerin sıklıkla kullandıkları geleneksel yöntemlerin sırasıyla; salça/ketçap sürme (%37.8), sözel ifadeler kullanma (uf, kaka-pis oldu, acıdı vb.) (%20.0), saç/yün yapıştırma (%17.8), bant/sakız yapıştırma (%15.6), sirke/limon/ekşi sürme (%15.6) olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Annelerin çoğunlukla emzirmeyi sonlandırmaya ilişkin eğitim almadıkları ve bunu yaparken daha sıklıkla geleneksel yöntemler uyguladıkları belirlenmiştir. Bu nedenle hemşireler ve ebelerin emzirmenin uygun şekilde ve zamanında sonlandırılması konusunda, annelere rehberlik ve danışmanlık yapmaları gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Emzirme, geleneksel yöntem, emzirmenin sonlandırılması

Abstract

Aim: This research was conducted to determine the traditional methods of mothers weaning their babies.

Material and Methods: The study was conducted in cross-sectional and descriptive, 100 mothers with a two-year-old child in a Family Health Center in Istanbul. Data were collected by using face to face interview technique.

Results: It was found that 66.0% of the mothers were between the ages of 26-35 and 79.0% did not receive any training about ending breastfeeding. It was found that mothers experienced their function when weaning their children (55.0%) and used traditional methods (45.0%). Traditional methods frequently used by mothers are respectively; Applying tomato paste/ketchup (37.8%), using verbal expressions (uf, poop-it was dirty, it hurt etc.) (20.0%), sticking hair/wool (17.8%), sticking tape/gum (15.6%), vinegar/lemon/sour applying (15.6%) such as it was determined.

Conclusion: Nurses should provide guidance and counseling to mothers on proper and timely termination of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, traditional method, weaning

¹ Uzman Hemşire, Üsküdar Devlet Hastanesi, İstanbul, Türkiye. ORCID: 0000-0002-1190-4924

² Doçent Doktor, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ORCID: 0000-0001-8915-6690

Sorumlu Yazar: Doç. Dr. Serap Balcı E-posta: serap.balci@iuc.edu.tr

*Bu araştırma, 37. Pediatri Günleri ve 16. Pediatri Hemşireliği Günleri Sempozyum'unda poster bildiri olarak sunulmuştur (8 – 11 Nisan 2015, İstanbul, Türkiye).

Geliş Tarihi: 5 Temmuz 2022, Kabul Tarihi: 3 Ekim 2022

Giriş

Anne sütü, yenidoğanın büyüme ve gelişmesinde ihtiyacı olan tüm sıvı, besin ve enerji öğelerini içeren, enfeksiyonlara karşı koruyan, biyoyararlılığı yüksek, sindirimi kolay olan doğal ve en ideal besindir.^{1,2} Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün önerisine göre “bebeklerin doğumdan hemen sonra emzirmeye başlatılması, ilk altı ay sadece anne sütü verilmesi ve altıncı aydan sonra uygun besinlerle beraber emzirmenin iki yaş ve ötesine kadar devam ettirilmesi” bebeklerin yaşama sağlıklı başlangıcı için önemlidir.³

UNICEF ve DSÖ'ne göre dünyadaki bebeklerin %41'i ilk altı ay sadece anne sütü, %45'i ise iki yaşına kadar anne sütü almıştır.⁴ Ülkemizde ise Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre ilk ay sadece anne sütüyle beslenen bebeklerin oranı %41.0 iken, ortanca emzirme süresi 16.7 ay'dır.⁵ Dünyada ve Ülkemizde annelerin bebeklerini anne sütü ile beslenme oranlarının istenilen düzeyde olmadığı ve bu nedenle erken dönemde emzirmenin desteklenmesinin önemi vurgulanmaktadır.⁶

Emzirmenin desteklenmesi kadar doğru bir yöntemle anne ve bebeğin uygun olduğu zamanda emzirmenin sonlandırılması da son derece önemlidir.⁷ Emzirmenin sonlandırılmasının birkaç yolu vardır; birdenbire, yavaş yavaş ya da çocuğun isteğine göre planlanmaktadır.⁸ Bebek ve annenin hazır olduğu bir zamanda, genellikle sonraki emzirmenin atlanmasıyla emzirmenin sonlandırılma süreci başlatılır ve bu durum, bebek tamamen memeyi bırakana kadar devam edilir.⁹ Seyahat, hastalık gibi ailedeki olağan dışı durumlarda emzirmenin sonlandırılması sürecinin başlatılmaması önerilmektedir. Ayrıca babanın veya ailenin yakın çevresindekilerin anneye desteği bu sürecin daha kolay olmasında önemli rol olmaktadır.¹⁰

Dünyanın her yerinde değişik düzeylerde emzirmenin sonlandırılmasında geleneksel uygulamalar yöreden yöreye, aileden aileye, kişiden kişiye farklılık göstererek varlığını sürdürmüştür. Özellikle Ülkemizin binlerce yıllık izlerini taşıyan Anadolu Kültürü'ne ait geleneksel uygulamalar günümüzde halen önemini korumaktadır.¹¹ Bu uygulamalardan bazıları bebeğini kendisinden uzaklaştırma, emzik veya biberona alıştırma, meme ucuna biber sürme, memeye süpürge sapı koyma, memeye pamuk veya bant yapıştırma.¹²⁻¹⁵ Emzirmenin erken dönemde uygun olmayan yöntemler ile sonlandırılması, hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkileri (cezalandırılma hissi, güvensizlik, yeme bozuklukları vb.) olması nedeniyle, erken dönemde sonlandırmanın önüne geçilmesi ve sonlandırma kararının doğru bir şekilde verilmesi son derece önemlidir.¹⁶ Annelerin bebeklerini sağlıklı bir şekilde büyütebilmeleri için emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve sonlandırılması sürecinde

annelere gerekli destek, danışmanlık ve eğitim planlamalarında ebe ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir.¹⁷

Araştırma Soruları

- Annelerin emzirmeyi sonlandırmada yaşadıkları zorluklar nelerdir?
- Annelerin emzirmeyi sonlandırmada kullandıkları geleneksel yöntemler nelerdir?
- Annelerin yaşı ve eğitim düzeyi emzirmeyi sonlandırmalarında geleneksel yöntem uygulama durumlarını etkilemekte midir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecinde uyguladıkları geleneksel yöntemlerin belirlenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, İstanbul'daki bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı ve iki yaşında çocuğu olan anneler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem hesabına gidilmemiş olup, Mayıs-Ağustos 2014 arasında ASM'ye başvuran iki yaşında çocuğu olan ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 100 anne örnekleme oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- İki yaşında bebeği olan,
- Emzirme deneyimi olan,
- Türkçe bilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü anneler araştırmaya alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplamada, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı^{10,18,19} oluşturulan annelere ait sosyo-demografik özelliklerini, emzirmeyi sonlandırma sürelerini, yaşadıkları zorlukları ve kullandıkları geleneksel yöntemleri sorgulayan 16 soruluk "Veri Toplama Formu" kullanılmıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra Mayıs-Ağustos 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplanmadan önce annelerle birebir görüşülerek araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere ile Aile Sağlığı Merkezi'nde, annelerin kendilerini rahat ifade edebileceği bir görüşme odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 10-15 dakika sürede araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, ilgili üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan (Sayı: 26, Tarih: 22.05.2014) yasal izinler alınmıştır. Araştırmaya alınacak annelere

öncelikle araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Ardından anneler araştırmaya gönüllü olduklarına dair “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” ile hem sözlü hem de yazılı onamları alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 25.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde) yanı sıra verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık en az $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma Mayıs-Ağustos 2014 tarihleri arasında tek merkezde yürütülmüş olup, kuruma kayıtlı annelerden elde edilen ve veri toplama formundaki sorular ile sınırlıdır. Değerlendirmeler, annelerin verdikleri yanıtlara dayanılarak yapılmıştır, tüm annelere genellenmemelidir.

Bulgular

Annelere ait tanıtıcı özelliklerin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Annelerin %66.0’sı 26-35 yaş aralığında olup, çoğunlukla eğitim düzeyinin ilköğretim mezunu olduğu (%48.0), aktif olarak çalışmadığı (%90.0), aile tipinin çekirdek aile olduğu (%90.0), iki çocuğa sahip oldukları (%47.0) bulunmuştur.

Tablo 1. Annelere ait tanıtıcı özelliklerin dağılımı (N=100)

Özellikler	n	%	
Anne Yaşı	18-25 yaş	15	15.0
	26-35 yaş	66	66.0
	36 yaş ve üstü	19	19.0
Anne Eğitim Düzeyi	İlköğretim	48	48.0
	Lise	28	28.0
	Üniversite	24	24.0
Anne Çalışma Durumu	Çalışıyor	10	10.0
	Çalışmıyor	90	90.0
Aile Tipi	Çekirdek aile	90	90.0
	Geleneksel aile	10	10.0
Ailede Çocuk Sayı	1	30	30.0
	2	47	47.0
	3 ve üstü	23	23.0

Tablo 2’de annelerin emzirmeyi sonlandırma ile ilgili bilgi ve uygulamaların dağılımı verilmiştir. Araştırmada annelerin %79.0’unun emzirmeyi sonlandırma ile ilgili bir eğitim almadıkları ve çocuklarını süttten keserken çoğunlukla zorluk yaşadıkları (%55.0) ve bu zorlukların sırasıyla; çocukta ağlama nöbetleri (%47.3), anne memesinde şişlik (%45.5), çocukta sürekli emme isteği (%43.6), çocukta huzursuzluk (%40.0) ve çocukta gece uykusuzluğu (%25.5) gibi şikayetlerinin olduğu saptanmıştır. Annelerin %45.0’inin emzirmeyi sonlandırmada geleneksel yöntem kullandığı ve bu yöntemlerin sırasıyla; salça/ketçap sürme (%37.8), sözel ifadeler kullanma (uf, kaka-pis oldu, acıdı vb.) (%20.0), saç/yün yapıştırma (%17.8), sirke/limon/ekşi sürme (%15.6), bant/sakız yapıştırma (%15.6) gibi uygulamalar olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Annelerin emzirmeyi sonlandırma ile ilgili bilgi ve uygulamalarının dağılımı (N=100)

Özellikler		n	%
Emzirmeyi Sonlandırma İle İlgili Bilgi Alma Durumu	Evet	21	21.0
	Hayır	79	79.0
Bilgiyi Nereden Aldığı (n=21)*	Ebe-Hemşire	10	47.6
	Hekim	9	42.9
	İnternet	4	19.0
	Arkadaş	4	19.0
	Aile (Birinci Derece)	3	14.3
Emzirmeyi Sonlandırma Nedeni	Yeterli olduğunu düşündüğüm için ben bıraktım	38	38.0
	Sütüm azaldığı için bebek doymadı	30	30.0
	Ek gıdaları almadığı için emzirmeyi kestim	17	17.0
	Gebe kalınca ben bıraktım	8	8.0
	Hastalığım için devam edemedim	7	7.0
Emzirmeyi Sonlandırmada Zorluk Yaşama Durumu	Evet	55	55.0
	Hayır	45	45.0
Emzirmeyi Sonlandırmada Yaşanılan Zorluklar (n=55)*	Çocukta ağlama nöbetleri	26	47.3
	Anne memesinde şişlik	25	45.5
	Çocukta sürekli emme isteği	24	43.6
	Çocukta huzursuzluk	22	40.0
	Çocukta gece uykusuzluğu	14	25.5
Emzirmeyi Sonlandırmada Geleneksel Yöntem Kullanma Durumu	Evet	45	45.0
	Hayır	55	55.0
Emzirmeyi Sonlandırmada Kullandığı Geleneksel Yöntemler (n=45)*	Salça/Ketçap sürme	17	37.8
	Sözel ifadeler (uf, kaka-pis)	9	20.0
	Saç/Yün yapıştırma	8	17.8
	Bant/ Sakız yapıştırma	7	15.6
	Sirke/Limon/Ekşi sürme	7	15.6
	Acı/Biber sürme	6	13.3
	Tuz sürme	3	6.7
	Sabır taşı sürme	3	6.7
	Kırmızı boya/Oje sürme	2	4.4
	Siyah boya/Kömür sürme	2	4.4
	Diş macunu sürme	2	4.4
	Peçete/Pamukla kapatma	2	4.4
Kahve sürme	1	2.2	

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırmada annelerin eğitim düzeyi ve yaşı değişkenlerine göre geleneksel yöntem uygulama durumları bakımından anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$; Tablo 3).

Tablo 3. Annelerin yaşı ve eğitim düzeyleri ile geleneksel yöntem uygulama durumunun karşılaştırılması (N=100)

Anne Yaşı ve Eğitim Düzeyi		Geleneksel Yöntem				χ^2 P
		Evet (n=45)		Hayır (n=55)		
		n	%	n	%	
Anne Yaşı	18-25 yaş	6	40.0	9	60.0	1.605 0.222
	26-35 yaş	28	42.4	38	57.6	
	36 yaş ve üstü	11	57.9	8	42.1	
Anne Eğitim Düzeyi	İlköğretim	18	37.5	30	62.5	2.165 0.190
	Lise	15	53.6	13	46.4	
	Üniversite	12	50.0	12	50.0	

χ^2 =Pearson Ki-Kare testi

Tartışma

Anne sütü ile besleme bebeğin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde son derece önemlidir.²⁰ İdeal beslenmenin dışında emzirme anne ile bebek aralarındaki sevgi bağının kurulduğu, güçlendiği ve birbirleri için anlamlarını keşfettikleri dönemdir.⁹ UNICEF ve DSÖ'nün "Emzirme: Sürdürülebilir Kalkınma İçin Bir Anahtar" sloganı ile emzirmenin bebek sağlığını sürdürme ve geliştirmenin temeli olduğunu belirtmiştir.²¹ Dolayısıyla emzirmenin sonlandırılması hem anne hem de bebek için oldukça zor bir süreçtir.⁷ Bu bağlamda annelerin bebeklerini erken dönemde emzirmenin sonlandırılmasının engellenmesi, sonlandırma kararının doğru zamanda verilmesi, tercih edilecek yöntemin de anne ve bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkiler içermemesi önemlidir.¹⁶

Araştırmada annelerin çoğunluğu emzirmeyi sonlandırma ile ilgili bir eğitim almadıkları ve çoğunluğunun emzirmenin sonlandırılmasında hem annede hem de bebekte çeşitli sorunlarla (ağlama nöbetleri, huzursuzluk, memede şişlik vb.) karşılaştıkları saptanmıştır. Ürdün'de (2022) annelerin emzirmenin sonlandırılmasında kullandıkları yöntemlerin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada annelerin çoğunluğunun emzirme sonlandırma ile ilgili eğitim almadıkları ve bu süreçte annelerin suçluluk, hastalık korkusu ve özgüven eksikliği duyguları ile başa çıkmada zorlandıkları görülmüştür.²² Alsaç ve Polat'ın (2018) çalışmasında ise annelerin çoğunluğunun emzirmeyi sonlandırma ile ilgili eğitim almadığı, çoğunun bu süreçte yalnız baş etmeye çalıştıkları ve zorluklar yaşadıkları tespit edilmiştir. Altunel ve Özaydın'ın (2022) yapmış olduğu çalışmada annelerin çoğunluğu

emzirmeyi sonlandırma süreci hakkında bilgi aldığı ve bu bilginin dörtte bir oranında sağlık çalışanı tarafından edinildiği saptanmıştır. Ayrıca çalışmada geleneksel yöntem kullanımı ile emzirmenin sonlandırılmasında zorluk yaşama arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.²³ Araştırma sonuçları literatürdeki çalışmalarla tutarlılık göstermektedir. Bunun nedeninin annelerin emzirmenin sonlandırılmasında sağlık profesyonelleri tarafından eğitim almamasına bağlı olarak bu süreçte anne ve bebeklerin farklı sorunlar ile karşı karşıya kalmasına ve zorluk yaşamalarına neden olmuş olabilir. Bu süreci doğru bir şekilde yönetmek için annelerin özellikle ebe ve hemşireler tarafından emzirmenin sonlandırılması konusunda eğitim verilmesi ve desteklenmesi son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada annelerin yaklaşık yarısının geleneksel yöntem kullandıkları saptanmıştır. Bazı çalışmalara göre annelerin emzirmeyi sonlandırmada %16.3²⁴, %25.5¹², %39.2²³ oranlarında geleneksel yöntem kullandıkları bildirilmiştir. Geleneksel yöntem kullanma sıklığı araştırmada ve belirtilen çalışmalarda farklı olsa da bu oranlar azımsanmayacak düzeydedir. Araştırmamızdaki sonuç literatürden yüksek bulunmuştur. Bu farklılık çalışmaya alınan ailelerin sosyo-demografik özelliklerine bağlı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda annelerin emzirmeyi sonlandırmada sıklıkla salça/ketçap sürme, sözel ifadeler kullanma (uf, kaka-pis oldu, acıdı vb.), saç/yün yapıştırma, sirke/limon/ekşi sürme, bant/sakız yapıştırma gibi uygulamalar yaptıkları saptanmıştır. Literatürde annelerin emzirmeyi sonlandırmada kullandıkları geleneksel yöntemler incelediğinde; annelerin göğüslerine tadı kötü olan bir madde sürme (ketçap, salça, biber, katran, kara, aleovera, kahve, vazelin)²²⁻²⁶ annelerin göğüslerini bir madde ile kapama (bant, saç, oje, ruj gibi kırmızı madde, süpürge sapı)^{9,12-14} çocuklarına sözel ifadeler kullanma (acıyor, uf oldu vb.)¹¹ ya da çocuğu biberon veya emziğe alıştırmaya^{9,12,16} ve çocuğu evden uzaklaştırma¹¹ gibi uygulamalar yaptıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan tüm çalışmalarda annelerin emzirmeyi sonlandırmasına yönelik bazen benzer bazen de farklı uygulamalar yaptıkları görülmüştür. Bu geleneksel yöntemlerin bebek ve anne sağlığı açısından sakıncalı olabileceği durumlara (alerji, çocukta korku, ağlama krizleri vb.) neden olabilme olasılığına karşı annelerin emzirmenin sonlandırılmasında desteklenmesi ve doğru yönlendirilmesi değerlidir.

Araştırmanın sonucuna göre annelerin yaş ve eğitim düzeylerinin emzirmeyi sonlandırmada geleneksel yöntem kullanımlarını etkilemediği belirlenmiştir. Gök Uğur ve ark. (2018)'nin yaptıkları çalışmada annelerin yaşı ve eğitim düzeyinin emzirmeyi sonlandırmada geleneksel yöntem kullanma durumlarını etkilemediği fakat çalışma durumunun geleneksel yöntem kullanımında etkili olduğu bulunmuştur.¹² Agboado ve ark. (2010) annelerin sosyo-demografik özelliklerinin bebeklerini süttten kesme uygulamalarını etkilemediğini

saptanmıştır.²⁷ Altunel ve Özyaydın'ın (2022) yaptıkları çalışmada annelerin yaşı, eğitim düzeyinin ve çalışma durumlarının emzirmeyi sonlandırmada geleneksel yöntem kullanma arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.²³ Araştırmanın sonucu yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Bu sonuç annelerin eğitim düzeyi ve yaşı ne olursa olsun bu yöntemleri çoğunlukla uyguladıklarını göstermektedir. Bu nedenle bu konuda tüm annelere emzirmenin sonlandırılmasında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması önemlidir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmada, annelerin neredeyse yarısının emzirmeyi sonlandırmada geleneksel yöntem kullanmakta, çoğunluğu emzirmeyi sonlandırmaya ilişkin bilgi almamış ve emzirmeyi sonlandırmada uygulanan en sık geleneksel yöntem memeye salça/ketçap sürmedir. Ayrıca annelerin yaş ve eğitim düzeyleri emzirmeyi sonlandırmada geleneksel yöntem uygulama durumlarını etkilememektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, Aile Sağlığı Merkezlerinde emzirmenin desteklenmesi kadar uygun şekilde ve zamanında sonlandırılması konusunda sağlık profesyonelleri tarafından annelere bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Ayrıca emzirmenin sonlandırılması konusunda mevcut çalışmalara destek sağlanarak daha geniş örnekleme olan kanıta dayalı çalışmalarla katkıda bulunulması önerilir.

Teşekkür: Araştırmanın verilerinin toplanmasında katkı sağlayan Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan hemşirelere ve annelere çok teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Erenel AŞ, Toprak FÜ, Gölbaşı Z, Aksu SP, Gürcüoğlu EA, Uçar T, Vural G. Sağlık personelinin anne sütü bankalarına ilişkin bilgi ve görüşlerinin belirlenmesine yönelik çok merkezli bir çalışma. GMJ. 2017;28(2):107-111.
2. Doare KL, Holder B, Bassett A, Pannaraj PS. Mother's milk: A purposeful contribution to the development of the infant microbiota and immunity. Front Immunol. 2018 Feb;9:361. doi:10.3389/fimmu.2018.00361.
3. WHO. (2017). Global guidance on ending the in appropriate promotion of foods for infants and young children. [15.01.2022]. Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260137/1/978924151347_0-eng.pdf?ua=1.
4. World Health Organization. Global breastfeeding scorecard, 2018 enabling women to breastfeed through better policies and programmes. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press; 2018.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, temel bulgular. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2019.
6. Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F, Erkaya R. Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. GÜSBD. 2017; 6(3):80-91.
7. Cunniff A, Spatz D. Mothers' weaning practices when infants breastfeed for more than one year. MCN Am J Matern Child Nurs. 2017;42(2):88-94. doi:10.1097/NMC.0000000000000310.

8. Özen H, Gökçe S. Soru ve cevaplarla çocuk beslenmesi. İstanbul: İstanbul Akademi Yayınevi; 2015.
9. Dinç A, Dombaz İ, Dinç D. 6-18 ay bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütüne ilişkin geleneksel uygulamaları. BAUN Sağlık Bil Derg. 2015; 4(3):125-130. doi:10.5505/bsbd.2015.40316.
10. Peker Gürel P. Polikliniğimize başvuran 6 ay- 12 ay arası çocukların annelerinin; anne sütü ile beslenme ve emzirme konusunda bilgi düzeyinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi [Doktora tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
11. Baş NG, Karatay G, Arıkan D, Baş K. Tunceli’de geçmişten bugüne bebeklerde görülen bazı sağlık sorunları ve annelerin baş etme yöntemleri. Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;5(10):22-32.
12. Gök Uğur H, Şahin A, Aydın D, Kabadaş E. Annelerin bebeklerini anne sütünden ayırırken kullandıkları geleneksel yöntemlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2018;71(3):217-23. doi:10.4274/atfm.41736.
13. Gürarlan Baş N, Karatay G, Arıkan D. Weaning practices of mothers in eastern Turkey. J Pediatr (Rio J). 2018;94(5):498-503. doi:10.1016/j.jpmed.2017.06.019.
14. Abu Hamad BA, Sammour HK. Weaning practices of mothers attending United Nations Relief and Works Agency health centres in the Gaza Governorates. J Adv Nurs. 2013;69(4):773-781. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06057.x
15. Aliyu I, Duru C, Lawal T, Mohammed A. Breastfeeding and weaning practices among Nigerian women. J Med Investig. Pract. 2014;9(4):140-143. doi:10.4103/9783-1230.157054.
16. Yıldız İ, Gölbaşı Z. Sivas ilinde annelerin emzirmeyi sonlandırmak için kullanılan geleneksel yöntemleri bilme ve kullanma durumlarının incelenmesi. HUHMFAD. 2019;6(1):20-27. doi:10.31125/hunhemsire.544113.
17. Arça G, Işık HK. Anne sütü ve emzirmeye ilişkin ebe ve hemşirenin rolü. SBÜ Hemşirelik Dergisi. 2019;1(3):221-228.
18. Hisar KM, Uçan S. Emzirmeyi sonlandırmada annelerin uyguladıkları geleneksel yöntemlerin etkinliğinin değerlendirilmesi. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 27-31 Ekim 2013, Antalya, syf. 599.
19. Gökdemirel S, Bozkurt G, Gökçay G, Bulut A. Çalışan annelerin emzirme sürecinde yaşadıkları: niteliksel bir çalışma. Çocuk Dergisi. 2008;8(4):221-234.
20. Mutlu B, Yıldız S, Balcı S, Erkut Z. 1-2 yaş grubu çocuğu olan annelerin beslenme konusundaki uygulamaları. DBHAD. 2017;9:65-77.
21. Horta BL, Victora CG, and World Health Organization. Short-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review on The Benefits of Breastfeeding on Diarrhoea and Pneumonia Mortality. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
22. Abu Shosha GM. Weaning practices of Jordanian mothers: A qualitative study. Health Soc Care Community. 2022 Feb;30(2):612-621. doi:10.1111/hsc.13165.
23. Altunel Ü, Özaydın, T. Annelerin emzirmeyi sonlandırma yöntemleri ve sonlandırma kararlarını etkileyen faktörler. STED. 2022;31(4):271-280. doi:10.17942/sted.969580.
24. Alsaç SY, Polat S. Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bilgi ve uygulamaları. FNJN. 2018;26(1):11-20. doi: 10.26650/FNJN.387152.

25. Nabag FO, Karim AA, Mohamed A, Ahmed NM. Effectiveness of nutrition education program on mothers knowledge towards breast-feeding and weaning practices of children in Omdurman Pediatric Hospital. *SJST*. 2018;19(1):27-39.
26. Gonah L, Mutambara J. Determinants of weaning practices among mothers of infants aged below 12 months in Masvingo, Zimbabwe. *Ann Glob Health*. 2016;82(5):875–884. doi:10.1016/j.aogh.2016.10.006.
27. Agboado G, Michel E, Jackson E, Verma A. Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire. *BMC Pediatrics*. 2010;10:2-10.

COVID-19 sürecinde örgütsel güvenin hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları üzerine etkisi

The effect of organizational trust on nurses' attitudes towards their caregiver roles in the COVID-19

Dilek Yılmaz¹, Şeyma Demir², Merve Kayalıoğlu³, Yasemin Yıldırım Usta⁴

Öz

Amaç: Bu araştırma, COVID-19 sürecinde örgütsel güvenin, hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Türkiye genelinde hastanelerin hemşire kadrosunda çalışan ve çevrim içi anket ile katılım sağlayan 195 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri Örgütsel Güven Ölçeği ve Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Çalışma bulgularımız doğrultusunda, hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları COVID-19 pandemi sürecinde yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ile çalışma arkadaşlarına, kuruma ve yöneticiye güven düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve çalışma arkadaşlarına güven ilişkisi düzeyinin daha güçlü olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Pandemi sürecinde, hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ile çalışma arkadaşlarına, kuruma ve yöneticiye güven düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve çalışma arkadaşlarına güven düzeyinin daha güçlü olduğu bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: COVID-19, hemşirelik bakımı, güven

Abstract

Aim: This research was conducted to examine the effect of organizational trust on nurses' attitudes towards their caregiver roles during the COVID-19.

Materials and Methods: The research was conducted with 195 nurses working in the nurse staff of hospitals throughout Turkey and participating in an online questionnaire. The data were collected by using the Organizational Trust Scale and Nurses' Attitudes towards Caregiver Roles.

Results: In line with our study findings, nurses' attitudes towards their caregiver roles were found to be high during the COVID-19 pandemic. It was found that there was a positive relationship between the attitudes of nurses towards their caregiver roles and their level of trust in their colleagues, the institution and the manager, and the level of trust in their colleagues was stronger. ($p < 0.05$).

Conclusion: It has been found that there is a positive relationship between nurses' attitudes towards their caregiver roles and their level of trust in their colleagues, institution and managers during the pandemic process, and the level of trust in their colleagues is stronger.

Keywords: COVID-19, nursing care, trust

¹ Uzman Hemşire, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu, Türkiye. ORCID: 0000-0003-4441-0813

² Araştırma Görevlisi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bolu, Türkiye. ORCID: 0000-0003-4112-9161

³ Uzman Hemşire, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu, Türkiye. ORCID: 0000-0003-3527-0927

⁴ Profesör Doktor, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bolu, Türkiye. ORCID: 0000-0003-2378-4875

Sorumlu Yazar: Arş. Gör. Şeyma Demir, E-posta: seymademir@ibu.edu.tr

Geliş Tarihi: 2 Mayıs 2022, Kabul Tarihi: 18 Ekim 2022

Giriş

Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) pandemisi, ilk günden itibaren dünyada bireylerin, ailelerin, toplulukların günlük yaşamlarında değişiklikler yapması, insanları sosyal ve ekonomik baskı altına alması nedeniyle sağlık ve sosyal bakım sistemleri üzerindeki yükü arttırmıştır.¹ Sağlık çalışanları, bulaştırıcılığı oldukça yüksek olan COVID-19'a daha fazla maruz kalmaları nedeniyle şüphesiz en önemli risk grubudur.^{2,3} Özellikle sağlık sisteminin en büyük meslek topluluğunu oluşturan hemşireler, pandemi boyunca sistemi ayakta tutan temel bileşen olmuştur.^{4,5} Ancak, virüs sağlık çalışanları için öngörülemeyen riskler oluşturmuş, enfekte hastalarla uzun süreli maruziyet nedeniyle COVID-19'a karşı en savunmasız gruplardan biri konumuna getirmiştir.^{3,6} Sağlık çalışanları arasında bulaşıcılığın yayılımı ile artan iş gücü kaybı ve iş yükü, uzun çalışma saatleri, yorgunluk, sınırlı sayıda koruyucu ekipman ve yetersiz destek hizmetleri fiziksel ve psikososyal problemler oluşturmuştur.^{3,7} Böyle bir ortamda, enfekte hastaların duydukları bakım gereksinimlerinin farklılaşması hemşirelere yeni sorumluluklar yüklemiş, bakım verici rolleri sağlık iş gücünün kilit noktası haline gelmiştir.⁴ Dolayısıyla, pandemi ile mücadelede giderek karmaşıklaşan çalışma koşulları ve değişen rutinler hemşirelerin örgütsel güven ihtiyaçlarını arttırmıştır.

Örgütsel güven, çalışanın örgüt içerisinde verilen desteğe yönelik bakış açısı, örgüt yöneticisinin sözünde durarak personelin ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilmesidir.⁸ Yeterli örgütsel güven, çalışanın motivasyonunu yükselterek iletişimi güçlendirir, ekip içindeki uyumu ve paylaşımı artırarak huzurlu bir çalışma ortamına olanak sağlar.⁹ Yapılan çalışmalar, yüksek düzeyde örgütsel güvene sahip kurum çalışanlarının artmış örgütsel bağlılık ve özdeşleşme ile birlikte yüksek mesleki öz yeterlilik hissettikleri, daha fazla iş doyumuna sahip olduklarını göstermiştir.⁹⁻¹¹ Pandemi sorumlulukları ve etkin rolleri artan hemşirelerin bir örgütsel güven düzeylerinin azalması işten ayrılma niyetiyle birlikte bakım verici rollerini yerine getirmede isteksizlik veya bakımı ihmal etme gibi davranışlara yol açabilir. Böylece, hemşirelerin çalıştıkları kurumda örgütsel güven ortamının varlığını hissetmeleri bakım verici rolleri üzerine tutumlarını etkileyebilir ve mesleki sorumluluklarını yerine getirmede önemli bir etken olabilir.^{3,6,9,10} Pandemi ile birlikte artan COVID-19 literatürünün detaylı taramasında araştırmacılar tarafından örgütsel güven ve hemşirelerin bakım verici rolleri arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, çalışma COVID-19 sürecinde örgütsel güvenin hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları üzerindeki etkisini inceleyen ilk çalışma olması açısından önemlidir.

Araştırma soruları;

1. COVID-19 sürecinde çalışan hemşirelerin örgütsel güven düzeyleri nasıldır?
2. COVID-19 sürecinde çalışan hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ne düzeydedir?
3. COVID-19 sürecinde hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri örgütsel güven ve bakım verici rollerine ilişkin tutum düzeylerini etkiler mi?
4. COVID-19 sürecinde örgütsel güvenin hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları üzerine etkisi var mı?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Şekli

Araştırma, COVID-19 sürecinde örgütsel güvenin hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yürütülmüştür.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 25 Eylül 2020 ile 25 Şubat 2021 tarihleri arasında Türkiye genelinde hastanelerin hemşire kadrosunda çalışan ve çevrim içi anket ile katılım sağlayan hemşireler ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye’de hastanelerin hemşire kadrosunda çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada bir örneklem seçimine gidilmemiş olup, 25 Eylül 2020 ile 25 Şubat 2021 tarihleri arasında çevrim içi ankete ulaşabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve anketi eksiksiz olarak dolduran hemşireler araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Veriler toplandıktan sonra, 195 gönüllü katılımcıdan elde edilen veriler G-power güç analizi programı ile analiz edilmiş ve araştırmanın istatistiksel gücü hesaplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni olan hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve bağımsız değişkeni örgütsel güven ile kurulan çoklu doğrusal regresyon modelinin regresyon katsayısına (R^2) dayalı olarak, %95 güven aralığında, 0.21 etki büyüklüğü ile 195 kişilik örneklem 0.80 temsil gücüne ulaşmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Örgütsel Güven Ölçeği (ÖGÖ)” ve “Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği (HBRTÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

1. “*Kişisel Bilgi Formu*” araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olup, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan kurum, çalışma birimi, kurumdaki pozisyonu, çalışma yılı, çalışma şekli olmak üzere toplamda 8 sorudan oluşmaktadır.^{9, 10, 14}

2. “*Örgütsel Güven Ölçeği (ÖGÖ)*” 1994 yılında geliştirilmiş ve hemşireler için geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Altuntaş ve Baykal tarafından yapılmıştır.¹² Ölçeğin 43 maddesi ve yöneticiye güven, kuruma güven, çalışma arkadaşlarına güven olmak üzere üç alt boyutu vardır. Ölçek 6’lı Likert tipte (kesinlikle katılıyorum-6, katılıyorum-5, kısmen katılıyorum-4, kısmen katılmıyorum-3, katılmıyorum-2, kesinlikle katılmıyorum-1) derecelendirilmektedir. Her bir alt boyutundan alınan ortalama puanlar yükseldikçe (4 ve üzeri) güven düzeyinin arttığı, ortalama puan azaldıkça (3 ve altında) güven düzeyinin azaldığı şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı 0.96 bulunmuş, bu çalışmada 0.84 ile 0.97 arasında değişen alt boyutlarla birlikte genel ÖGÖ alfa katsayısı 0.97 olarak hesaplanmıştır.

2. “*Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği (HBRTÖ)*” Koçak ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 16 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır: (1) hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve hemşirenin danışmanlık rolüne ilişkin tutumu, (2) hemşirenin bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutumu, (3) hemşirenin tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutumu. Beşli likert tipteki ölçek (kesinlikle katılmıyorum-1, katılmıyorum-2, kısmen katılıyorum-3, katılıyorum-4, tamamen katılıyorum-5) hemşirelerin maddelere verdikleri ortalama puanlar hesaplanarak değerlendirilmektedir. Değerlendirmede, ölçekten alınan ortalama puan arttıkça bakım verici rolünü getirme düzeyi artmakta, ölçekten alınan puan azaldıkça ise bakım verici rolünü yerine getirme düzeyi azalmaktadır.¹³ Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuş; mevcut çalışmada ise 0.78 ile 0.97 arasında değişen alt boyutlarla birlikte genel HBRTÖ’nün alfa katsayısı 0.96 değerini almıştır.

Verilerin toplanması

Araştırmada veriler, üç bölüm halinde bir çevrim içi yanıtlanabilir şekilde hazırlanan anket formunun bağlantısı, araştırmacıların sosyal medya hesapları üzerinden paylaşıldı. Hemşireler tarafından anket formu süre tutularak dolduruldu ve hemşirelerin ortalama 12 dakikada anket formunu doldurdukları belirlendi. Elde edilen veriler, şifreli bir bilgisayar aracılığıyla saklandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 18.0 for Windows (SPSS, Chicago, IL, USA) paket programı aracılığıyla analiz edildi. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde ile gösterildi. Araştırmanın bağımlı (hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları) ve bağımsız değişkenleri (örgütsel güven ve hemşirelerin tanıtıcı özellikleri) skewness ve kurtosis değerlerinin incelenmesi ile normal dağılım varsayımını karşıladığı için, sürekli veriler ortalama ve standart sapma ile gösterildi. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları

ve örgütsel güven ile hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ikili gruplar için bağımsız iki örneklem t testi, üç ve daha fazla olan gruplarda tek yönlü varyans analizi kullanılarak karşılaştırıldı. Varyans analizi grup karşılaştırmaları Tukey post-hoc analizi ile yapıldı. Örgütsel güvenin hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları üzerindeki etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi enter method kullanılarak belirlendi. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (Karar no: 2020/158) ve COVID-19 araştırmaları kapsamında Türkiye Cumhuriyeti Bilimsel Araştırma Platformu üzerinden bakanlık onayı alınmıştır. Hemşireler çevrim içi anket formu üzerinden çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışma öncesi form üzerinde bulunan bilgilendirilmiş olur formu butonunu işaretlemeleri istenmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu 40 yaş altında ($n = 167$, %85.7), kadın ($n = 160$, %82.1), lisans mezunu ($n = 129$; %66.2) ve devlete bağlı bir sağlık kuruluşunda çalışmaktadır ($n = 181$, %92.8). Hemşirelerin %27.2'sinin yoğun bakımda ve %71.8'inin klinik hemşiresi olarak çalıştığı, çoğunun en az beş yıl mesleki deneyimi olduğu ($n = 153$, %78.5) ve geç-gündüz vardiya şeklinde çalıştığı saptanmıştır ($n = 139$, %71.3) (Tablo 1).

Tablo 2, hemşirelerin örgütsel güven ve bakım verici rollerine ilişkin tutum düzeylerinin tanımlayıcı istatistiklerini göstermektedir. Tabloda hemşirelerin algılarına göre, ÖGÖ toplam puan ortalaması 3.54 ± 0.93 bulunmuştur. ÖGÖ'nün yöneticiye güven, kuruma güven ve çalışma arkadaşlarına güven alt boyutlarına ilişkin puanlarının ortalaması sırasıyla 3.51 ± 1.26 (1-6 puan), 2.81 ± 1.20 (1-6 puan) ve 4.29 ± 0.95 (1-6 puan)'tir. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumuna yönelik olarak, HBRTÖ'nün toplam puan ortalaması 63.86 ± 12.20 bulunmuştur. HBRTÖ'nün öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve danışmanlık rolüne ilişkin tutum alt boyut puan ortalaması 27.75 ± 5.54 (7-35 puan), bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutum alt boyut puan ortalaması 16.61 ± 3.26 (4-20 puan), tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutum alt boyut puan ortalaması 19.49 ± 3.83 (5-25 puan) olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin örgütsel güven ve bakım verici rollerine ilişkin tutum düzeylerini etkileyen değişkenlerin karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir. 30 yaş altı (3.70 ± 0.89) ve beş yıldan daha az süre mesleki deneyimi olan hemşirelerin (3.84 ± 0.95) örgütsel güven toplam puan ortalaması karşılaştırma gruplarına göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Benzer şekilde, 30 yaş altı ve beş yıldan daha az süre mesleki deneyimi olan hemşirelerin

yöneticiye güven (3.08 ± 1.14 ve 3.93 ± 1.22 , sırasıyla) ve çalışma arkadaşlarına güven alt boyut puan ortalaması daha yüksek iken (4.46 ± 0.80 ve 4.61 ± 0.64 , sırasıyla); kadınların alt boyutlar arasında yalnızca yöneticiye güven puan ortalaması erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (3.61 ± 1.27 ; $p < 0.05$). Kuruma güven alt boyut puan ortalamasının sorumlu hemşire ile yönetici hemşirelerde diğer karşılaştırma gruplarına göre daha yüksek olduğu hesaplanmıştır (3.24 ± 1.20 ve 3.72 ± 1.24 , sırasıyla) ($p < 0.05$).

Tablo 1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n = 195)

Tanıtıcı özellikler	n (%)
Yaş	
30 yaş altı	83 (42.6)
31-40 yaş	84 (43.1)
40 yaş üzeri	28 (14.3)
Cinsiyet	
Kadın	160 (82.1)
Erkek	35 (17.9)
Eğitim durumu	
SML*	19 (9.7)
Önlisans	20 (10.3)
Lisans	129 (66.2)
Lisansüstü	27 (13.8)
Çalışılan kurum	
Devlet hastanesi	61 (31.3)
Eğitim ve araştırma hastanesi	97 (49.7)
Üniversite hastanesi	23 (11.8)
Özel hastane	14 (7.2)
Çalışma birimi	
Dahili birimler	40 (20.5)
Cerrahi birimler	34 (17.4)
Yoğun bakım	53 (27.2)
Acil servis	20 (10.3)
Poliklinik	26 (13.3)
Yönetim birimi	22 (11.3)
Kurumdaki pozisyonu	
Klinik hemşire	140 (71.8)
Sorumlu hemşire	30 (15.4)
Eğitim ya da kalite hemşiresi	14 (7.2)
Yönetici hemşire	11 (5.6)
Çalışma yılı	
5 yıldan az	42 (21.5)
5-10 yıl	74 (38.0)
10 yıldan fazla	79 (40.5)
Çalışma şekli	
Gündüz	55 (28.2)
Gece	1 (0.5)
Gündüz ve gece	139 (71.3)

*Sağlık Meslek Lisesi

Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutum puan ortalamaları yalnızca çalışılan birim açısından anlamlı farklılık göstermiştir. Buna göre, dahili birimlerde çalışan hemşirelerin

HBRTÖ toplam puan ortalaması diğer karşılaştırma gruplarına göre anlamlı ve yüksek bulunmuştur (67.33 ± 7.64 ; $p = 0.006$). Alt boyut puan ortalamalarına göre, dahili birimlerde çalışan hemşirelerin hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve hemşirenin danışmanlık rolüne ilişkin tutumu (29.32 ± 3.81), bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutumu (15.21 ± 4.23) ve tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutumunun (20.62 ± 2.43) cerrahi birimlerde çalışanlara kıyasla daha yüksek ve anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutumu alt boyut puan ortalaması (17.32 ± 2.22) cerrahi birimlerde çalışanlara kıyasla daha yüksek ve anlamlı olarak hesaplanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 2. Hemşirelerin örgütsel güven ve bakım verici rollerine ilişkin tutum düzeyleri

	Ort.	SS	Min.	Max.	Cronbach's alpha
Örgütsel Güven Ölçeği					
Yöneticiye güven	3.51	1.26	1	6	0.98
Kuruma güven	2.81	1.20	1	6	0.95
Çalışma arkadaşlarına güven	4.29	0.95	1	6	0.94
Toplam puan	3.54	0.93	1	6	0.97
HBRTÖ					
Hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve hemşirenin danışmanlık rolüne ilişkin tutumu	27.75	5.54	7	35	0.93
Hemşirenin bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutumu	16.61	3.26	4	20	0.90
Hemşirenin tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutumu	19.49	3.83	5	25	0.84
Toplam puan	63.86	12.20	16	80	0.96

HBRTÖ = Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği

Ort = Ortalama; SS = Standart Sapma; Min= Minimum; Max= Maksimum

Tablo 4 örgütsel güvenin hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları üzerine etkisinin çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Tabloda HBRTÖ, hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve hemşirenin danışmanlık rolüne ilişkin tutumu, bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutumu ve tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutumu için kurulan dört regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Yöneticiye güven, kuruma güven ve çalışma arkadaşlarına güven bağımsız değişkenlerinin, birlikte, dört modelin sırasıyla %21, %18, %20 ve %21'ini açıkladığı saptanmıştır. Çalışma arkadaşlarına güven bağımsız değişkeninin genel HBRTÖ ($\beta = 38.68$; $t = 10.46$) hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve hemşirenin danışmanlık rolüne ilişkin tutumu ($\beta = 2.31$; $t = 5.34$), hemşirenin bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutumu ($\beta = 1.47$; $t = 5.87$) ve hemşirenin tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutumu ($\beta = 1.70$; $t = 5.83$) üzerinde bağımsız öngörücü değişken olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 3. Hemşirelerin örgütsel güven ve bakım verici rollerine ilişkin tutum düzeylerini etkileyen faktörlerin karşılaştırılması

Değişken*	Örgütsel Güven				Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum			
	Toplam	A1	A2	A3	Toplam	B1	B2	B3
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş								
30 yaş altı	3.70±0.89 ^a	3.77±1.14 ^a	2.90±1.20	4.46±0.80 ^a	64.19±10.55	27.90±5.01	16.70±2.90	19.59±3.13
31-40 yaş	3.43±1.08	3.41±1.38	2.74±1.21	4.24±1.00	64.04±12.89	27.73±5.77	16.65±3.41	19.64±4.11
40 yaş üzeri	3.19±0.95 ^b	3.08±1.14 ^b	2.74±1.19	3.95±1.14 ^b	62.36±14.78	27.39±6.47	16.18±3.89	18.79±4.82
F/p	3.31/ 0.039 ^{a>b}	3.68/ 0.027 ^{a>b}	0.44/0.644	3.26/ 0.041 ^{a>b}	0.25/0.779	0.09/0.914	0.28/0.755	0.56/0.571
Cinsiyet								
Kadın	3.57±1.02	3.61±1.27	2.87±1.20	4.26±0.98	64.06±12.51	27.92±5.70	16.63±3.33	19.50±3.88
Erkek	3.25±0.87	3.08±1.15	2.51±1.17	4.45±0.83	62.97±10.76	27.00±4.73	16.49±2.97	19.49±3.67
t/p	- 1.72/0.086	-2.28/ 0.024	1.64/0.102	1.11/0.270	0.48/0.635	0.89/0.376	0.24/0.812	0.02/0.988
Çalışma birimi								
Dahili birimler	3.50±0.89	3.45±1.19	2.79±1.11	4.38±0.77	67.33±7.64 ^a	29.32±3.81 ^a	17.38±2.03 ^a	20.62±2.43 ^a
Cerrahi birimler	3.55±1.32	3.72±1.52	2.73±1.28	4.11±1.41	59.12±16.30 ^b	25.79±7.14 ^b	15.21±4.23 ^b	18.12±5.21 ^b
Yoğun bakım	3.65±0.68	3.75±0.98	2.79±1.05	4.39±0.71	65.96±7.58	28.64±3.49	17.32±2.22 ^c	20.00±2.64
Acil servis	3.43±0.99	3.28±1.34	2.71±1.26	4.56±0.55	60.10±13.36	26.05±6.04	15.75±3.61	18.30±4.17
Poliklinik	3.17±1.25	2.97±1.51	2.62±1.41	4.24±1.24	60.31±16.81	25.85±7.69	15.92±4.44	18.44±5.05
Yönetim birimi	3.62±0.95	3.63±1.09	3.30±1.24	3.98±0.74	67.45±9.78	29.59±4.38	17.23±2.79	20.64±3.00
F/p	0.90/0.484	1.73/0.130	0.93/0.465	1.24/0.293	3.39/ 0.006 ^{a>b}	3.45/ 0.005 ^{a>b}	3.02/ 0.012 ^{a>b; c>b}	3.08/ 0.011 ^{a>b}
Kurumdaki pozisyonu								
Klinik hemşire	3.46±1.02	3.47±1.33	2.63±1.15 ^a	4.34±0.99	63.64±12.43	27.64±5.69	16.64±3.30	19.35±3.91
Sorumlu hemşire	3.67±0.93	3.63±1.07	3.24±1.20 ^b	4.24±0.93	62.53±13.14	27.10±5.75	16.03±3.56	19.40±4.15
Eğitim/kalite hemşiresi	3.84±0.83	3.55±1.12	2.90±1.15	3.84±0.83	67.71±10.25	30.07±4.45	17.21±3.02	20.43±3.08
Yönetici hemşire	3.89±0.92	3.77±1.08	3.72±1.24 ^c	4.33±0.52	65.45±8.49	28.09±3.88	16.91±2.26	20.45±2.73
F/p	0.93/0.427	0.30/0.827	6.42/ 0.003 ^{b>a; c>a;}	1.20/0.310	0.66/0.578	0.99/0.388	0.50/0.680	0.58/0.629
Çalışma yılı								
5 yıldan az	3.84±0.95 ^a	3.93±1.22 ^a	2.94±1.25	4.61±0.64 ^a	66.19±8.59	28.55±4.32	17.21±2.30	20.43±2.55
5-10 yıl	3.54±0.84	3.57±1.12	2.79±1.06	4.31±0.80	64.24±10.87	28.08±5.02	16.61±2.94	19.55±3.37
10 yıldan fazla	3.32±1.12 ^b	3.24±1.36 ^b	2.75±1.30	4.10±1.16 ^b	62.27±14.67	27.03±6.48	16.28±3.91	18.94±4.67
F/p	3.87/ 0.023 ^{a>b}	4.40/ 0.014 ^{a>b}	0.35/0.705	4.01/ 0.020 ^{a>b}	1.48/0.229	1.25/0.290	1.13/0.325	2.11/0.127

Ort±SS = Ortalama ± Standart sapma, A1 = Yöneticiye güven; A2 = Kuruma güven; A3 = Çalışma arkadaşlarına güven, B1 = Hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve hemşirenin danışmanlık rolüne ilişkin tutumu; B2 = Hemşirenin bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutumu; B3 = Hemşirenin tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutumu SML = Sağlık Meslek Lisesi *İstatistiksel açıdan anlamlı değişkenler (p < 0.05)

Tablo 4. Örgütsel güvenin hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları üzerine etkisi

Regresyon Modeli-1	Örgütsel Güven	β	t	p	R ²	p*
HBRTÖ-Toplam puan	Sabit	38.68	10.46	0.000	0.21	0.000
	Yöneticiye güven	0.81	0.84	0.348		
	Kuruma güven	- 0.35	- 0.40	0.690		
	Çalışma arkadaşlarına güven	5.43	5.85	0.000		
Regresyon Modeli-2						
Hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve hemşirenin danışmanlık rolüne ilişkin tutumu	Sabit	17.12	9.91	0.000	0.18	0.000
	Yöneticiye güven	0.39	0.98	0.326		
	Kuruma güven	- 0.22	- 0.54	0.587		
	Çalışma arkadaşlarına güven	2.31	5.34	0.000		
Regresyon Modeli-3						
Hemşirenin bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolüne ilişkin tutumu	Sabit	10.00	10.02	0.000	0.20	0.000
	Yöneticiye güven	0.34	1.46	0.146		
	Kuruma güven	- 0.31	- 1.32	0.188		
	Çalışma arkadaşlarına güven	1.47	5.87	0.000		
Regresyon Modeli-4						
Hemşirenin tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutumu	Sabit	11.34	9.74	0.000	0.21	0.000
	Yöneticiye güven	0.09	0.35	0.726		
	Kuruma güven	0.20	0.73	0.466		
	Çalışma arkadaşlarına güven	1.70	5.83	0.000		

HBRTÖ = Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği

*Modelin istatistiksel anlamlılık düzeyi

Tartışma

COVID-19 pandemisiyle birlikte ortaya çıkan acil durum, sağlık bakım hizmetlerinin işleyiş ve yürütülmesinde ani ve beklenmeyen değişiklikler meydana getirmiştir. İlk günden itibaren pandemi, sağlık bakım sistemi için hızlı uyum ve sağlık çalışanlarının üstün çaba ve özverisini gerektiren bir süreç olmuştur. Sağlık bakımının ana kaynağını oluşturan hemşireler, bu süreçte hastalığa karşı savunmasız kaldıkları bir bakım ortamında kendi sağlıkları için endişelenirken, bir yandan da enfekte hastaların farklılaşan ve karmaşık bakım ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmıştır.^{6,7} Tüm bunlara ek olarak artan fiziksel ve mental yorgunluk hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarını da olumsuz etkileyebilmektedir. Yeterli kurumsal destek ve güven ortamı ile karakterize örgütsel güvenin sağlanmasının bu olumsuz koşulların aşılmasında etkili olabileceği düşünülebilir. Dolayısıyla, COVID-19 sürecinde örgütsel güvenin hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılmış olan bu çalışmadan elde edilen bulgular mevcut literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada hemşirelerin bakış açısına göre, örgütsel güven düzeylerinin orta derecede olduğu saptanmıştır. Ayrıca, hemşirelerin en fazla çalışma arkadaşlarına, orta düzeyde yöneticilerine ve en az kuruma güven duydukları saptanmıştır. COVID-19 pandemisinden bağımsız şekilde, ülkemizde yapılan önceki araştırma bulguları ile uyumlu sonuçlar elde

edilmiştir.^{14,16} Polat ve Ay (2020)'ın çalışmasında ise, yöneticilere çalışma arkadaşlarından daha fazla güven duyulduğu, kuruma güvenin yine en az düzeyde olduğu görülmüştür.¹⁷ Önceki çalışmalarla kıyaslandığında, daha düşük örgütsel güven düzeyine ulaşılmış olsa da, kuruma veya yöneticilere güven algısının düşük olduğu yönünde ortak bir fikir birliği bulunduğu da söylenebilir.^{14,16} Türk Hemşireler Derneği, COVID-19 Mevcut Durum Analizi Raporu-12'de bakım ortamlarında gerekli koruyucu ekipmanların ve eğitim faaliyetlerinin yeterli olmadığını, uzun çalışma saatleri, beslenme ve dinlenme ihtiyaçlarının karşılanmasında engeller meydana geldiğini bildirmiştir. Aynı raporda, hemşirelerin sağlık ekibi içerisinde diğer ekip üyelerinin görevlerini de üstlenmek zorunda bırakıldıkları ve ekonomik koşulların beklenen şekilde iyileştirilmemesi gibi olumsuz faktörlerle karşılaştığı vurgulanmıştır.¹⁸ Bu olumsuz koşulların ve iş motivasyonunu etkileyebilen engelleyici faktörlerin hemşirelerin kuruma ve yöneticiye güven düzeylerine olumsuz yansıdığı ileri sürülebilir. Araştırmanın bulguları, pandemiyle birlikte mevcut zor koşulları birlikte paylaşan hemşirelerin birbirlerine karşı olan yüksek güven duygusunun daha görünür ve önemli hale geldiğini de göstermiştir.

Bakım verme hemşireliğin önemli rollerinden biridir ve hemşirelerin otonomilerini en çok kullandıkları roldür.^{13,19} İyi bir bakım verici rolü sergilendiğinde, artan bakım kalitesiyle birlikte hasta sonuçları iyileştirilmekte, hemşirelerin iş doyumunu ve verimliliği artmakta, sağlık bakım sisteminin kalitesi yükselmektedir.¹³ COVID-19'la mücadelede hasta bakımları sırasında artan kaygı ve belirsizlik hemşirelerin rollerini sürdürmelerini güçleştirmektedir.^{6,7,20} Sağlık bakım sisteminin işleyişi açısından, hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının ölçülmesi önemlidir. Bu doğrultuda, araştırmada hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin genel tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır. Ayrıca, HBRTÖ'nün alt boyut puan ortalamaları, çalışmaya katılan hemşirelerin öz bakım, tedavi, hastayı koruma, eğitim, danışmanlık gibi bakım rollerini bütüncül yaklaşımla sergilediklerini, mesleki değerlerine sahip çıktıklarını ve bu rollere ilişkin tutumlarının olumlu yönde olduğunu göstermiştir. COVID-19 döneminde yapılan diğer bir çalışma, HBRTÖ puan ortalamaları için benzer sonuçlar bildirmiştir.²⁰ Pandemi dönemi öncesi Altınbaş ve İster (2020) ile Yılmaz ve ark. (2017)'nin yapmış oldukları çalışma sonuçları da mevcut bulgular ile tutarlı sonuçlar göstermiştir.^{19,21} Bu sonuç, COVID-19 pandemisinde olumsuz koşullar ve imkanlar dahilinde, sağlık bakım sisteminin büyük yükünü taşımalarına rağmen, hemşirelerin bakım verici rollerini özveri ve büyük çabalarla yerine getirmeye devam ettiklerini göstermektedir.

Araştırmada, yaş grubu fazla olanların, daha fazla mesleki deneyim süresine sahip hemşirelerin, klinik hemşiresi olarak görev yapanların ve erkek hemşirelerin karşılaştırma gruplarına göre örgütsel güven algısının düşük olduğu görülmüştür. Baş (2020)'ın da ifade

ettiği gibi, mesleğin ilk yıllarında meslekten ve kurumdan yüksek beklenti, kariyer hedeflerine ulaşma ve psikolojik doyum yaşama örgütsel güveni yükseltebilirken, ilerleyen zamanlarda bu beklentiler karşılanmadığında güven algısının azalmasıyla sonuçlanabilir.¹⁴ Diğer yandan, COVID-19 pandemisi, artan sorumluluk duygusu ve iş yüküyle beraber psikososyal sorunları da beraberinde getirerek, hemşirelerin hem yönetim ve kurumsal iletişim süreçlerinde hem de hasta bakım algılarında değişiklikler oluşturmuştur.^{2,6} Öyle ki, daha fazla mesleki deneyime sahip hemşirelerin bu kriz anını yönetmek için artan sorumluluk duygusu ve işgücü ile bakıma öncülük ettikleri bir dönemde, sağlık ve yönetsel karar süreçlerine katılımlarının desteklenmesi, iş yükünün hafifletilmesi için kurumsal düzenlemelerin yapılması, yetişmiş hemşirelerin sağlık sistemine yeterli sayıda dahil edilmesi gibi artan beklentilerinin karşılanmadığı görülmüştür. Yine, hastalarla ve bakım verenler ile doğrudan etkileşimde olan klinik hemşirelerin örgütsel güven algıları, zorlu çalışma koşullarının iyileştirilmemesi, pandemide sağlık ekipmanlarının istenik düzeyde karşılanmaması, maaş artırımlarının beklentileri karşılamaması, hemşire yöneticilerin bir lider gibi davranmamaları ve çalışanları yeterince temsil etmemeleri nedeniyle beklendik şekilde düşük çıktığı söylenebilir. Dolayısıyla, çalışmanın bulgularında görüldüğü gibi, güven algısının en düşük olduğu alanlar yöneticiye güven ve kuruma güven alt boyutları olmuştur. Cinsiyetin örgütsel güvenle ilişkisinde, erkeklerin daha olumlu cevaplar verdiği görülse de, çalışma örnekleminin yalnızca %17.9'luk bir bölümünü oluşturmuş olmaları konuya ilişkin net bir açıklama yapılmasını yetersiz kılabilir. Diğer yandan, Baş (2020)'ın çalışmasıyla paralel şekilde, gece vardiyalı ve uzun çalışma saatlerinin olduğu bir mesleğin sürdürülmesinde kadınların aile içindeki rol ve sorumluluklarını istenik düzeyde gerçekleştirememeleri örgütsel güven algılarını olumsuz etkilemiş olabilir. Yine de, cinsiyete dayalı derinlemesine yapılacak araştırmaların bu farklılıkları net şekilde ortaya çıkarmada destekleyici olabileceği söylenebilir.

Araştırmada, hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumu yalnızca çalışma birimiyle ilişkili olup, dahili birimlerde çalışan hemşirelerin daha yüksek tutum sergilediği görülmüştür. Yoğun bakım üniteleri ya da dahili birimlerde yatan hastaların durumlarının kritik ya da komplike olması, bağımlılık düzeylerinin yüksek olması, hastanede kalış sürelerinin fazla olması gibi nedenlerden dolayı hemşirelerin bakım verici rollerinin bu birimlerde daha fazla ön plana çıktığı düşünülmektedir. Araştırma bulgularına bakıldığında, dahili birimlerde çalışan hemşirelerin, hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi, danışmanlık, bireyi koruma ve haklarına saygılı olma ve tedavi sürecindeki rollerine ilişkin; yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ise bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rollerine ilişkin tutumlarının cerrahi birimlerde çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. COVID-19 hastalığının

tedavisinin cerrahi bir girişim gerektirmemesi ve bazı hastalar için yoğun bakım ortamı gerektirmesi bu çalışmanın sonucuyla bağdaşmaktadır. Ayrıca, pandemi sürecinde dahi hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının yüksek çıkması hemşirelerin mesleki profesyonelliğini ortaya koymuştur.

Hastanın öz bakım gereksinimlerinin giderilmesi ve hemşirenin danışmanlık rolü, bireyi koruma ve haklarına saygılı olma rolü ve tedavi sürecindeki rolüne ilişkin tutumları ile hemşirelerin çalışma arkadaşlarına, kuruma ve yöneticiye güven düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüş ve çalışma arkadaşlarına güven ilişki düzeyi daha güçlü bulunmuştur. Kuzey Kore ve Singapur'da gerçekleştirilen bir vaka analizinde sosyal güvenin COVID-19 salgınının yayılımının azalmasına ve kontrol altına alınmasına katkı sağladığı sonucu, bu çalışma ile uyumlu bir sonuç göstermiştir.²² Böylece, pandemi süresince hemşireler bakım verme rolünü tüm zor şartlar altında yerine getirirken, olağan bir durum olarak destek beklediği kurum ve yöneticilerinden tam olarak destek göremediğini, iş arkadaşlarından daha fazla destek aldığı ve sosyal bir güven içinde olduğunu düşündürmüştür. Yöneticiye ve kuruma güven düzeyleri ile hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları arasındaki ilişkiyi, pandemi sürecinin getirmiş olduğu iş ortamında fiziksel şartların kötü olması, çalışanlar ile etkin bir iletişim kuramama, çalışma ortamlarının özgür olmamasının hemşireler üzerinde yarattığı baskı ve otonomilerinin engellenmesi gibi faktörlerin olumsuz etkilediği düşünülmüştür. Sağlık çalışanlarının sürekli iletişim halinde olup, yakın ilişkiler kurması, birbirlerine destek olmaları ve pandemi sürecini birlikte yönetmeleri de çalışma arkadaşlarına güven düzeyi ile pozitif ilişkileri açıklayabilir. Oysa ki, literatürde sağlık alanında kaliteli bir hizmet için hemşire ve yönetici arasındaki güveninin geliştirilmesi ve iletişimin iyileştirilmesinin önemli olduğu, dolayısıyla kurum kültürünün güvene, adalete ve saygıya değer veren özellikleri içermesi gerektiği, bu konuda yöneticiye de önemli görevler düştüğü belirtilmektedir.²³

Hemşirelerin COVID-19 pandemi sürecinde daha verimli ve kaliteli bir bakım verebilmeleri için öncelikle profesyonelce yönetilmeleri ve çalıştıkları kuruma, yöneticilerine ve çalışma arkadaşlarına güven duymaları gerekmektedir. Hemşirelerin bakım verici rolüne ilişkin tutumlarıyla, çalışma arkadaşlarına güven düzeyi arasındaki ilişkinin yöneticiye ve kuruma güven düzeyine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin pandemi döneminde birlikte çalıştığı arkadaşlarına olan yüksek güven düzeyinin, hemşirelik bakımına olumlu yansımalarının olduğunu düşündürmüştür. Yönetici ve kurumların bu konuda farkındalık kazanması ve hemşirelerin güven düzeyini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunması, hem hemşirelik bakımının hem de hasta memnuniyetinin artmasında önemli rol bir oynayacağı söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Pandemide, hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarını etkileyen faktörlerden biri olduğu düşünülen örgütsel güven düzeyinin önemi bu çalışmanın bir sonucu olarak ortaya konulmuştur. Ayrıca çalışmada, hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin genel tutumlarının olumlu olduğu bulunmuş; bu tutumları ile çalışma arkadaşları, kurum ve yöneticiye güven düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu ve çalışma arkadaşlarına güven ilişkisi düzeyinin daha güçlü olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın bulguları doğrultusunda, hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumlarının pandemi sürecinde de yüksek olduğu görülmüştür. Bu tutumu etkileyeceği düşünülen örgütsel güven düzeyinin daha yüksek olduğu durumlarda, hemşirelerin bu rollerine ilişkin tutumlarının daha da artacağı ve hasta bakım kalitesinin yükseleceği düşünülmektedir. Bu nedenle, örgütsel güven düzeyinin yüksek olması hemşirelerin çalışma performansını ve motivasyonunu olumlu yönde etkileyebilir. Birden fazla sağlık meslek üyesinin bir arada çalıştığı ve ekip çalışmasının vazgeçilemez olduğu sağlık sektöründe örgütsel güvenin yüksek olması için iyi bir iletişim ve iş birliği oldukça önemlidir. Yöneticiler ve çalışanlar arasında açık bir iletişim ve işbirliğinin sağlanması, bakım kalitesinin ve hasta doyumunun artmasında önemli bir yer tuttuğu ileri sürülebilir. Ayrıca çalışma ortamında güven kaynaklı iyi bir iletişimin olması, iş ortamında stresi ve tükenmişliği azaltabilir, çalışanların daha yaratıcı ve verimli olmalarını da sağlayabilir.

Kaynaklar

1. World Health Organization, 2020. COVID-19 strategy update [updated 2020 April 14; cited 2020 July 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/COVID-19-strategy-update>
2. Aksoy YE, Koçak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. Arch Psychiatr Nurs. 2020;34(5):427-433. doi: 10.1016/j.apnu.2020.07.011
3. Moseley JM, Burns D, Heil J, He K, Stolarski A, Whang E, et al. Nursing perspectives on their COVID-19 pandemic preparedness. J Nurs. 2020;7:3. doi: 10.7243/2056-9157-7-3
4. Kiyat İ, Karaman S, İşcan Ataşen G, Elkan Kiyat Z. Yeni koronavirüs (COVID-19) ile mücadelede hemşirelik. THDD. 2020;1(1):81-90.
5. Newby JC, Mabry MC, Carlisle BA, Olson DM, Lane BE. Reflections on nursing ingenuity during the COVID-19 pandemic. J Neurosci Nurs. 2020 Oct;52(5):E13-E16. doi: 10.1097/JNN.0000000000000525
6. Kackin O, Ciydem E, Aci OS, Kutlu FY. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. Int J Soc Psychiatry. 2021;67(2):158-167. doi:10.1177/0020764020942788
7. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

8. Mishra J, Morrissey MA. Trust in employee/employer relationships: A survey of West Michigan managers. *Public Pers Manag.* 1990;19(4):443-486. doi: 10.1177/009102609001900408
9. Kerkez M, Erci B. COVID-19 geçiren hemşirelerin örgütsel güven algılarının mesleki öz yeterlilikleri üzerine etkisi. *Halk Sağ Hem Der.* 2021;3(3): 184-197. doi: 10.54061/jphn.991540
10. Altaş SS. Sağlık çalışanlarının örgütsel özdeşleşme, örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve örgütsel destek algıları arasındaki ilişkiler. *İAD.* 2021;13(1):875-891. doi: 10.20491/isarder.2021.1171
11. Türe A, Akkoç İ. Hemşirelerde çalışma ortamında algılanan güvenin iş doyumunu düzeylerine etkisi. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi.* 2020;5(2):139-155.
12. Altuntaş S, Baykal Ü. Örgütsel Güven Ölçeği'nin hemşirelikte geçerlik-güvenirliliği. *İÜFN Hem Derg.* 2010;18(1):10-18.
13. Koçak C, Ayla Albayrak A, Büyükkayacı Duman N. Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine ilişkin Tutum Ölçeği geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlilik çalışması. *HEAD.* 2014;1(3):16-21.
14. Baş E. Hemşirelerin değerlendirmesiyle hastanelerde örgütsel güven düzeyi [Yüksek lisans tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.
15. Halıcı M, Söyük S, Gün İ. Sağlık çalışanlarında örgütsel güven. *YEAD.* 2015;13(3):180-198. doi: 10.11611/JMER648
16. Tangi ME. Hemşirelerin örgütsel güven düzeyinin örgütsel çekicilik ve algılanan örgütsel destek ile ilişkisinin değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2019.
17. Polat S, Ay F. Do individual and vocational features affect nurses' job satisfaction and organizational trust levels? *Arch Health Sci Res.* 2020;7(2):167-77. doi: 10.5152/archhealthscires.2020.19041
18. Türk Hemşireler Derneği. COVID-19 Mevcut Durum Analizi Raporu [Internet]. 05.05.2021 [Erişim Tarihi: 13 Eylül 2021]. Erişim adresi: <https://www.thder.org.tr/uploads/files/12-rapor.pdf>
19. Altınbaş Y, İster ED. Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve bireyselleştirilmiş bakım algıları. *STED.* 2020;29(4):246-254. doi: 10.17942/sted.621856
20. Kaplan E, Aktaş MC, Kaya H. COVID-19 pandemi korkusu ile hemşirelerin bakım verici rolüne ilişkin tutumları arasındaki ilişki. *SBÜHD.* 2021;3(3):135-140. doi: 10.48071/sbuhemsirelik.997960
21. Yılmaz DU, Dilemek H, Yılmaz D, Korhan EA, Çelik E, Rastgel H. Attitudes and related factors for nurses in caregiving roles. *Int. Refereed J. Nurs. Res.* 2017;10:83-100. doi: 10.17371/UHD2017.2.05
22. Kye B, Hwang SJ. Social trust in the midst of pandemic crisis: Implications from COVID-19 of South Korea. *Res Soc Stratif Mobil.* 2020;68:100523. doi: 10.1016/j.rssm.2020.100523
23. Mullarkey M, Duffy A, Timmins F. Trust between nursing management and staff in critical care: a literature review. *Nurs. Crit. Care.* 2011;16(2):85-91. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00404.x

Hemşirelik Öğrencilerinin Tek Sağlık ve 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin Ulaşılabilirliği Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi

Determination of the Nursing Students' Opinion About the One Health and the Accessibility of the 2030 Sustainable Development Goals

Nagihan İlaslan¹, Merve Çakar², Nuriye Yıldırım Şişman³

Öz

Amaç: Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin Tek Sağlık yaklaşımının benimsediği insan, hayvan ve çevre sağlığı etkileşimi ve sağlığın gelişimi için 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin ulaşılabilirliği hakkındaki görüşlerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bir devlet üniversitesinin sağlık bilimleri fakültesinde üçüncü ve dördüncü sınıf düzeyinde öğrenim gören 239 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirilen tanımlayıcı tipteki araştırmada, veriler Tanımlayıcı Özellikler Formu, İnsan, Hayvan ve Çevre Sağlığı Etkileşimine Yönelik Anket Formu ve 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin Ulaşılabilirliği Hakkında Görüş Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maximum) yararlanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada, öğrencilerin %85.4'ünün daha önce Tek Sağlık yaklaşımını duymadığı belirlenmiştir. Ancak öğrencilerin Tek Sağlık yaklaşımının benimsediği sağlık anlayışını ortaya koyan ifadelere en düşük %71.1 ve en yüksek %95.8 düzeyinde tamamen katıldıkları saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin, insan, hayvan ve çevre sağlığının gelişimi için 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin ulaşılabilirliğini en düşük %38.1 ve en yüksek %68.6 düzeyinde uzun vadeli olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir.

Sonuç: Hemşirelik öğrencilerinin insan, hayvan ve çevre sağlığının karşılıklı etkileşiminin önemini anlamalarına fırsat sağlayacak Tek Sağlık yaklaşımı ve 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin hemşirelik eğitimi içerisine dahil edilmesi, multidisipliner uygulama alanları oluşturulması ve yapılacak çalışmalarla literatürün zenginleştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, hemşirelik öğrencisi, sürdürülebilir kalkınma, tek sağlık

Abstract

Aim: The study aims to determine the opinion of nursing students about the human, animal and environmental health interaction adopted by the One Health approach and the accessibility of the 2030 Sustainable Development Goals for health development.

Material and methods: In the descriptive study carried out with 239 nursing students studying at the third and fourth grade in a health sciences faculty of a state university, the data were collected with the Descriptive Characteristics Form, the Questionnaire Form for the Interaction of Human, Animal and Environmental Health, and the Opinion Form on the Accessibility of the 2030 Sustainable Development Goals. Descriptive statistics (number, percentage, mean, standard deviation, minimum-maximum) were used in the analysis of the data.

Results: In the study, it was determined that 85.4% of the students had not heard of the One Health approach before. However, it was determined that the students completely agreed with the statements that reveal the

¹Araştırma Görevlisi, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye. ORCID: 0000-0001-7895-040X

²Araştırma Görevlisi Doktor, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye. ORCID: 0000-0001-6251-4427

³Doçent Doktor, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye. ORCID: 0000-0003-3745-3751

Sorumlu Yazar: Arş. Gör. Nagihan İlaslan, E-posta: nagihanilaslan@duzce.edu.tr

Geliş Tarihi: 28 Temmuz 2022, Kabul Tarihi: 5 Ekim 2022

understanding of health adopted by the One Health approach at the lowest level of 71.1% and the highest level of 95.8%. In addition, the students evaluated the national accessibility of the 2030 Sustainable Development Goals for the development of human, animal and environmental health as long-term at the lowest level of 38.1% and the highest 68.6%.

Conclusion: It is suggested that the One Health approach and 2030 Sustainable Development Goals, which will provide an opportunity for nursing students to understand the importance of mutual interaction between human, animal, and environmental health, should be included in nursing education. Also, multidisciplinary practices should be created and the literature should be enriched with further studies on the subject.

Keywords: Nursing, nursing student, one health, sustainable development

Giriş

Bilimsel bilgi ve sanatın birlikte yer bulduğu hemşirelik mesleği, insanı biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel boyutları ile birlikte bütüncül olarak ele almaktadır.¹ Bu bütüncül anlayışın gerekliliğini ortaya koyacak şekilde, Koronavirüs enfeksiyon hastalığı 2019 (COVID-19), insan yaşamının ekosistem içerisindeki diğer canlılarla olan karşılıklı etkileşimi doğrultusunda ele alınması gerektiğini hatırlatmıştır.²⁻⁵ Dolayısıyla birey, aile, topluluk ve toplum düzeyinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için, sağlık kavramını insan, hayvan ve çevre sağlığını kapsayacak şekilde değerlendiren yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.^{6,7} Bu ihtiyaca yönelik olarak ise, insan sağlığını, aynı ekosistem içinde yaşayan hayvan ve bitkiler gibi diğer canlıların sağlığı ile birlikte ele alan Tek Sağlık yaklaşımı önemli görülmektedir.⁵

Tek Sağlık yaklaşımı, insanı yaşadığı ekosistemdeki diğer canlılarla birlikte ele alarak halk sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesi için birçok farklı meslek grubunun birlikte çalışmasını gerektiren bir yaklaşımdır.⁷ Küresel ısınma, biyolojik çeşitlilikte azalma, göçler, savaşlar, COVID-19 pandemisi gibi insan yaşamını etkileyen küresel sorunlar ile karşı karşıya kalınan yirmi birinci yüzyılda, Tek Sağlık yaklaşımının göz önünde bulundurulmasının gelecekte sıklık ve şiddetinin artacağı tahmin edilen yeni tanımlanacak enfeksiyon hastalıkları, iklim değişiminden kaynaklanan zoonozlar gibi birçok sorunun çözümüne de katkı sağlayacağı vurgulanmaktadır.^{3,8-10} Mevcut ve gelecekteki olası sağlık sorunlarının çözümünde ihtiyaç duyulan küresel ortaklığın oluşturulması ve sürdürülmesinde ise, 2015 yılında Birleşmiş Milletler (BM) Tarafından kabul edilen ve sağlık ve sürdürülebilirlik ilişkisini ortaya koyan 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2030 SKH) rehber olma özelliğini korumaktadır.^{11,12} Ancak COVID-19 pandemisinin küresel boyutta insan yaşamında oluşturduğu etkinin, belirlenmiş olan hedeflere ulaşımı yavaşlatabileceği belirtilmektedir. Bu doğrultuda hedeflerin yeniden gözden geçirilerek önceliklerin belirlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.¹² Belirlenen

hedeflere ulaşma sürecinde ise sağlığı bütüncül boyutta değerlendiren Tek Sağlık yaklaşımının gerekliliği üzerinde durulmaktadır.¹³

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde öncü bir ses olarak nitelendirilen hemşirelerin, bakım süreçlerine bütüncül sağlık anlayışlarını entegre edebilmelerine gereksinim duyulmaktadır. Ancak bu gereksinimin karşılanabilmesi için hemşirelerin eğitim süreci içerisinde ilgili yeterlilikleri kazanabilmelerine fırsat sağlayan eğitimsel içeriğin müfredatta yer bulması, ulusal ve uluslararası hemşirelik birlikleri tarafından gerekliliğin vurgulanmasına ihtiyaç duyulmaktadır.¹⁴ Literatür incelendiğinde hemşirelik dışı bilim alanlarında Tek Sağlık yaklaşımının sıklıkla iklim değişikliği³, zoonotik hastalıklar¹⁵, aşılama¹⁶ gibi birçok konuda uygulama sonuçlarını ortaya koyan çalışmalara ulaşılmaktadır.^{17,18} Ancak Tek Sağlık yaklaşımı ve bu yaklaşımın işlevsel hale getirilmesinde rehber konumunda olan 2030 SKH'yi hemşirelik öğrencileri açısından ele alan çalışmalara ulaşılamamaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin eğitim süreçleri içerisinde Tek Sağlık yaklaşımı konusunda bilgi ve farkındalık kazanımı, herkes için sağlığın geliştirilmesi konusundaki rol ve sorumluluklarını eyleme dönüştürürken dünya üzerindeki tüm türlerin sağlığını gözetmelerine ve sağlığın belirleyicilerini bütüncül biçimde değerlendirebilmelerine imkan sağlayacaktır.¹⁷

Buradan hareketle araştırma, üçüncü ve dördüncü sınıf düzeyinde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin, Tek Sağlık yaklaşımının benimsediği insan, hayvan ve çevre sağlığı etkileşimi ve sağlığının geliştirilmesinde 2030 SKH'nin ulaşılabilirliği hakkındaki görüşlerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçların, bütüncül sağlık yaklaşımlarının hemşirelik eğitimindeki yeri ve gereksinimi hakkında farkındalık gelişimine katkı sağlayacağı ve literatüre kazandırılan tanımlayıcı verilerin yapılacak ileri çalışmaların şekillendirilmesine hizmet edeceği düşünülmektedir. Konu ile ilgili gelişen farkındalığın, hemşirelik alanında sağlığın aynı ekosistemi paylaşan tüm canlıların karşılıklı etkileşimi tarafından şekillenen bir olgu olarak yeniden şekillenmesine yardımcı olacağı öngörülmektedir. Birçok sağlık kuruluşu tarafından vurgulanan ancak hemşirelik alanında henüz kendine yer bulamayan Tek Sağlık yaklaşımının hemşirelik eğitim ve uygulamalarına entegre edilmesi, her biri geleceğin sağlık profesyoneli adayı olan hemşirelik öğrencilerinin sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda ulusal ve uluslararası politika gelişiminde aktif rol almalarını kolaylaştırabilir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 2020-2021 eğitim öğretim yılı güz döneminde bir devlet üniversitesinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, 2020-2021 eğitim öğretim yılında bir devlet üniversitesinin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde öğrenim gören ve mezuniyete yakın olmaları sebebi ile bütüncül sağlık anlayışını benimsemeleri beklenen 186 üçüncü sınıf ve 171 dördüncü sınıf olmak üzere toplam 357 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup, araştırmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama formunu eksiksiz dolduran 239 hemşirelik öğrencisi (125 kişi 3.sınıf öğrencisi, 114 kişi 4.sınıf öğrencisi, araştırmaya katılım oranı: %67) ile araştırma tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan Tanımlayıcı Özellikler Formu, İnsan, Hayvan ve Çevre Sağlığı Etkileşimine Yönelik Anket Formu ve 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin Ulaşılabilirliği Hakkında Görüş Formu kullanılarak toplanmıştır.

Tanımlayıcı özellikler formu

Form öğrencilerin yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, ailenin yaşadığı yer, ailenin çalıştığı iş sektörü, Tek Sağlık yaklaşımını daha önce duyma durumunu sorgulayan 6 sorudan oluşmaktadır.^{13,18,19} Formun anlaşılabilirliği ve işlevliliğinin sağlanması için araştırmanın yapıldığı üniversitede görevli 3 hemşirelik eğitimcilerinden görüş alınmıştır.

İnsan, hayvan ve çevre sağlığı etkileşimine yönelik anket formu

Tek Sağlık yaklaşımının benimsediği insan, hayvan ve çevre sağlığı etkileşimi hakkında hemşirelik öğrencilerinden bilgi toplamayı sağlayacak geçerliliği ve güvenilirliği ortaya koyulmuş ölçme araçlarının bulunmaması sebebi ile, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuş form 2 soru, 17 ifade içermektedir.^{13,18,19} Sorularda öğrencilere insan, hayvan ve çevre sağlığının birlikte değerlendirilmesi gereken alanlara ve işbirliği yapması gereken meslek gruplarına yönelik düşünceleri sorulmuştur. İfadelerde ise öğrencilerin Tek Sağlık yaklaşımının benimsediği insan, hayvan ve çevre sağlığının karşılıklı etkileşimine ilişkin oluşturulmuş 17 ifadeye katılım durumlarını tamamen katılıyorum, orta derecede katılıyorum, katılmıyorum seçenekleri ile belirtmeleri istenmiştir. Formun kapsam geçerliğinin sağlanması için araştırmanın yapıldığı üniversitede görevli 3 hemşirelik eğitimcilerinden görüş alınmıştır.

2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin ulaşılabilirliği hakkında görüş formu

Formda öğrencilerden insan, hayvan ve çevre sağlığının gelişimi için 17 hedeften oluşan 2030 SKH'nin ulaşılabilirliğini kısa vadede, uzun vadede ve ulaşılamaz seçenekleri ile

değerlendirmeleri istenmiştir.^{13,18,19} Formun anlaşılabilirliği ve işlerliğinin sağlanması için araştırmanın yapıldığı üniversitede görevli 3 hemşirelik eğitimcisinden görüş alınmış olup, 2030 SKH'nin evrensel kabul görmüş olması dolayısı ile formdaki hedef ifadeleri uzman görüşüne sunulmamıştır.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verileri 2020-2021 eğitim öğretim yılı güz döneminde, Google Form uygulaması kullanılarak çevrimiçi ortamda toplanmıştır. Bu doğrultuda veri toplama araçları araştırmacılar tarafından çevrimiçi ortama aktarılmış ve çalışmaya katılım bağlantısı öğrencilere mail aracılığı ile gönderilmiştir. Öğrenciler katılım bağlantısına ulaştıklarında öncelikle çalışmanın amacı, çalışmanın gönüllülük ilkesi çerçevesinde yürütüldüğü gibi açıklamalar bulunan bilgilendirilmiş onam sayfasına ulaşmışlardır. Bilgilendirilmiş onam sayfasında araştırmaya katılım onayı veren öğrenciler veri toplama formlarına ulaşmış olup, öğrencilerin veri toplama formlarını doldurabilmeleri için gereken zamanın yaklaşık 20 dakika olacağı öngörülmüştür. Çalışmaya katılım bağlantısı 2020-2021 öğretim yılında 3 ay süresince aktif halde tutulmuş olup, sonrasında araştırmacılar tarafından bağlantıya ulaşım engellenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çevrimiçi ortama aktarılmış formlar aracılığı ile toplanan araştırma verilerinin analizi, veriler çevrimiçi ortamdan Statistical Package for Social Sciences 21.0 paket programına aktararak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin yaşları dışındaki tanımlayıcı özelliklerine, insan, hayvan ve çevre sağlığının birlikte değerlendirilmesi gereken alanlara ve işbirliği yapması gereken meslek gruplarına yönelik düşüncelerine, Tek Sağlık yaklaşımının benimsediği sağlık anlayışına ilişkin oluşturulmuş ifadeler ve 2030 SKH'nin ulaşılabilirliğine yönelik veriler sayı ve yüzdelik değerleri kullanılarak sunulmuştur. Tanımlayıcı özellikler arasında bulunan yaşa ilişkin veriler ise ortalama, standart sapma, minimum ve maximum değerleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için araştırmanın yapıldığı üniversitenin Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'ndan yazılı izin ve Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay (karar sayısı: 2020/205) alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan öğrencilerden Bilgilendirilmiş Onam Formu aracılığı ile yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri, araştırma ekibinin eğitimci olarak görev aldığı eğitim kurumunda öğrenim gören sınırlı sayıda öğrenciden elde edilmiş olup, sonuçlar örneklem dışına genellenemez. Araştırmada, veri toplama süreci öğrencilerin ilgili formları işaretleyerek dolduracakları şekilde

planlanmış olup, COVID-19 pandemisi dolayısıyla öğrencilerin yüz yüze eğitimlerine ara verilmesi sebebi ile veriler çevrimiçi ortamda toplanmıştır. Araştırma konusu ile ilgili verilerinin toplanmasında geçerliği ve güvenilirliği ortaya koyulmuş ölçme araçlarının bulunmaması sebebi ile araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.33 ± 1.28 (min.=20-max.=28) olup, %83.3'ünün kadın olduğu, %52.3'ünün üçüncü sınıf düzeyinde öğrenim gördüğü, %56.5'inin ailesinin şehir merkezinde yaşadığı ve %52.3'ünün ailesinin tarım-hayvancılık, sanayi, ticaret ve hizmet sektörü dışındaki alanlarda çalıştığı saptanmıştır. Öğrencilerin neredeyse tamamına yakını (%85.4) daha önce Tek Sağlık yaklaşımını duymadığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=239)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	199	83.3
Erkek	40	16.7
Yaş	Mean±SD*	Min-Max.**
	21.33 ± 1.28	20 - 28
Sınıf	n	%
3.sınıf	125	52.3
4.sınıf	114	47.7
Ailenin Yaşadığı Yer		
Köy	28	11.7
Kasaba/İlçe	76	31.8
Şehir merkezi	135	56.5
Ailenin Çalıştığı İş Sektörü		
Tarım ve hayvancılık	33	13.8
Sanayi	23	9.6
Ticaret	25	10.5
Hizmet (sağlık, eğitim vb)	33	13.8
Diğer	125	52.3
Tek Sağlık Yaklaşımını Daha Önce Duyma Durumu		
Duydum	35	14.6
Duymadım	204	85.4

* Mean±SD= Ortalama±Standart Sapma, **Min-Max=Minimum-Maksimum

İnsan, hayvan ve çevre sağlığının birlikte değerlendirilmesi gereken çalışma alanları olarak öğrencilerin en yüksek düzeyde sırasıyla %13.3'ünün gıda güvenliğini, %11.8'inin hayvan kaynaklı enfeksiyonları, %11.2'sinin çevre kirliliğini, %11.0'ının antimikrobiyal direnci; işbirliği yapması gereken meslek grupları olarak ise %13.3'ünün hemşireyi, %12.7'sinin doktoru, %9.1'inin veterineri, %9.0'unun mikrobiyologu ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin İnsan, Hayvan ve Çevre Sağlığı Etkileşimi İle İlgili Çalışma Alanları ve Meslek Grupları Hakkındaki Görüşleri (n=239)

Özellikler	n	%
İnsan, Hayvan ve Çevre Sağlığının Birlikte Değerlendirildiği Alanlara Yönelik Görüşler (n = 1285)*		
Gıda güvenliği	170	13.3
Hayvan kaynaklı enfeksiyonlar	152	11.8
Çevre kirliliği	144	11.2
Antimikrobiyal direnç	141	11.0
Biyogüvenlik	108	8.4
Tarımsal uygulamalar	98	7.6
İklim değişikliği	91	7.1
Kentleşme	85	6.6
Nesli tükenmekte olan canlılar	80	6.2
Endüstrileşme	77	6.0
Göç hareketleri	70	5.4
Küresel seyahat ve ticaret	69	5.4
İnsan, Hayvan ve Çevre Sağlığı İle İlgili Meslek Gruplarına Yönelik Görüşler (n = 1695)*		
Hemşire	226	13.3
Doktor	216	12.7
Veteriner	155	9.1
Mikrobiyolog	153	9.0
Eczacı	133	7.8
Bitki bilim uzmanı	130	7.7
Diyetisyen	128	7.6
Çevre bilim uzmanı	125	7.4
Fizyoterapist	118	7.0
Ebe	108	6.4
Diş hekimi	107	6.3
Orman mühendisi	96	5.7

*Birden fazla cevap verildiği için n artmıştır.

Öğrencilerin insan, hayvan ve çevre sağlığı etkileşimine yönelik ifadeler hakkında yaptıkları değerlendirmeler incelendiğinde ise, öğrencilerin çoğunluğunun verilen ifadelerin tümüne %71.1 ile %95.8 arasında değişen oranlarda tamamen katıldıkları belirlenmiştir (Tablo 3).

Çalışmaya katılan öğrencilerin insan, hayvan ve çevre sağlığının gelişimi için 2030 SKH'nin ulaşılabilirliğine ilişkin yaptıkları değerlendirmeler incelendiğinde, öğrencilerin hedefleri %38.1 ile %68.6 arasında değişen oranlarda uzun vadede ulaşılabilir olarak değerlendirdikleri saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 3. Öğrencilerin İnsan, Hayvan ve Çevre Sağlığı Etkileşimine Yönelik İfadeler ile İlgili Değerlendirmeleri (n=239)

İfadeler	Tamamen katılıyorum		Orta derecede katılıyorum		Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%
1.Ekosistemi oluşturan tüm canlılar birbirleri ile etkileşim içerisindedir.	195	81.6	43	18.0	1	0.4
2.Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için insan, hayvan ve diğer tüm canlılar arasındaki karşılıklı etkileşime önem verilmelidir.	183	76.6	49	20.5	7	2.9
3.İnsan, hayvan ve çevre etkileşimi birçok meslek grubunun birlikte çalışmasını gerektirir.	213	89.1	24	10.0	2	0.8
4.Hayvan kaynaklı bulaşıcı hastalıklar ile (SARS, Corona virüs, MERS, H5N1, Ebola) mücadelede tüm canlıları birlikte ele alan bütüncül sağlık yaklaşımları gereklidir.	193	80.8	45	18.8	1	0.4
5.Türler arası hastalık bulaşının önlenmesi ve tedavisine yönelik halk sağlığı çalışmaları planlanmalıdır.	205	85.8	33	13.8	1	0.4
6.Türler arası hastalık kaynaklarının ve geçiş yollarının daha iyi anlaşılabilmesi için karşılaştırmalı tıp ve çevre araştırmaları yapılmalıdır.	209	87.4	27	11.3	3	1.3
7.Türler arası hastalıkların önlenmesi ve kontrol edilmesi için yeni teşhis yöntemleri, ilaçlar ve aşuların geliştirilmesi ve bunların değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	216	90.4	22	9.2	1	0.4
8.Tüm canlıları birlikte ele alan bütüncül sağlık yaklaşımları doğal kaynakların sürdürülebilirliği için gereklidir.	198	82.8	38	15.9	3	1.3
9.Tüm canlıları birlikte ele alırken işbirliği yapan disiplinlerin rol ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	206	86.2	31	13.0	2	0.8
10.Eğitim programlarının içeriklerine insan, hayvan ve çevre etkileşimini vurgulayan yaklaşımlar dahil edilmelidir.	195	81.6	37	15.5	7	2.9
11.Tüm canlıları birlikte ele alırken işbirliği yapan mesleki alanlarda öğrenim gören öğrencilere multidisipliner çalışma deneyimleri sunulmalıdır.	203	84.9	33	13.8	3	1.3
12.İnsan-hayvan-çevre etkileşiminin gözlemlenmesine imkan sağlayan öğretim uygulamaları içerisinde saha çalışmalarına yer verilmelidir.	205	95.8	31	13.0	3	1.3
13.Tüm canlıları birlikte ele alan sağlık yaklaşımları eğitim müfredatlarına eklenerek uzmanlık alanları oluşturulmalıdır.	178	74.5	54	22.6	7	2.9
14.Eğitim kurumları arasında insan, hayvan ve çevre etkileşimi ile ilgili farkındalığın artırılmasına yönelik eğitimsel işbirlikleri oluşturulmalıdır.	216	90.4	19	7.9	4	1.7
15.Tüm canlıları birlikte ele alan bütüncül sağlık yaklaşımlarının yaygınlaştırılması insan-hayvan ve çevre sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için yapılan harcamaları azaltacaktır.	170	71.1	65	27.2	4	1.7
16.Tüm canlıları birlikte ele alan bütüncül sağlık yaklaşımlarına yönelik ulusal ve uluslararası politikalar geliştirilmelidir.	197	82.4	35	14.6	7	2.9
17.İnsan, hayvan ve çevre etkileşimine yönelik bilgi paylaşımının sağlanması amacıyla konferanslar, kongreler düzenlenmeli ve basın ve sosyal medya araçları kullanılmalıdır.	205	85.8	30	12.6	4	1.7

Tablo 4. Öğrencilerin İnsan, Hayvan ve Çevre Sağlığının Gelişimi İçin 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin Ulaşılabilirliği Hakkındaki Görüşleri (n=239)

Hedefler	Kısa Vadede Ulaşılabilir		Uzun Vadede Ulaşılabilir		Ulaşamaz	
	n	%	n	%	n	%
1.Yoksulluğu sona erdirmek	61	25.5	91	38.1	87	36.4
2.Sürdürülebilir tarım yoluyla açlığı sona erdirmek, gıda güvenliği ve beslenmeyi sağlamak	55	23.0	154	64.4	30	12.6
3.Her yaşta ve herkes için sağlıklı yaşam olanağı sunarak refah düzeyini arttırmak	74	31.0	137	57.3	28	11.7
4.Kapsayıcı ve eşitlikçi kaliteli eğitim sunmak ve herkes için yaşam boyu öğrenme fırsatları oluşturmak	68	28.5	130	54.4	41	17.2
5.Cinsiyet eşitliğini sağlamak ve kadın ve kız çocuklarını güçlendirmek	62	25.9	143	59.8	34	14.2
6.Herkes için su ve sanitasyonun ulaşılabilirliğini ve sürdürülebilirliğini sağlamak	68	28.5	151	63.2	20	8.4
7.Herkes için uygun fiyatlı, güvenilir, sürdürülebilir ve modern enerjiye erişimi sağlamak	77	32.2	120	50.2	42	17.6
8.Herkes için sürdürülebilir, kapsayıcı ekonomik büyümeyi ve tam ve üretken istihdamı teşvik etmek	65	27.2	130	54.4	44	18.4
9.Esnek altyapı oluşturmak, kapsayıcı ve sürdürülebilir sanayileşmeyi ve yeniliği teşvik etmek	59	24.7	161	67.4	19	7.9
10.Ülkeler arasında ve içindeki eşitsizliği azaltmak	45	18.8	106	44.4	88	36.8
11.Yerleşim alanlarını kapsayıcı, güvenli, esnek ve sürdürülebilir hale getirmek	62	25.9	162	67.8	15	6.3
12.Sürdürülebilir tüketim ve üretim kalıplarını oluşturmak	79	33.1	149	62.3	11	4.6
13.İklim değişikliği ve etkileriyle mücadele için acil önlemler almak	85	35.6	136	56.9	18	7.5
14.Sürdürülebilir kalkınma için okyanus, deniz ve deniz kaynaklarını korumak ve sürdürülebilir şekilde kullanmak	76	31.8	143	59.8	20	8.4
15.Karasal ekosistemlerin sürdürülebilir kullanımını korumak ve iyileştirmek, ormanları sürdürülebilir bir şekilde yönetmek, çölleşmeyle mücadele etmek ve biyolojik çeşitlilik kaybını durdurmak	66	27.6	152	63.6	21	8.8
16.Sürdürülebilir kalkınma için barışçıl ve kapsayıcı toplumları teşvik etmek, herkes için adalet erişim imkanı sağlamak ve her düzeyde etkili, hesap verebilir ve kapsayıcı kurumlar oluşturmak	79	33.1	121	50.6	39	16.3
17.Sürdürülebilir Kalkınma için küresel ortaklığı kurmak ve buna yönelik uygulamaları güçlendirmek	61	25.5	164	68.6	14	5.9

Tartışma

Çalışma sonucunda, mezuniyete yakın olan üçüncü ve dördüncü sınıf düzeyindeki hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunun insan, hayvan ve çevre sağlığının karşılıklı olarak birbirini etkilediğini savunan Tek Sağlık yaklaşımını daha önce duymadığı saptanmıştır. Bu sonucun, hemşirelik eğitim müfredatı içerisinde bütüncül hemşirelik bakımı ve uygulamalarına yer verildiği bilinmekle birlikte, müfredatta sağlık kavramını insan, hayvan ve paylaştıkları ortak çevre sağlığını da göz önüne alarak daha geniş bir bakış açısı ile değerlendiren ve gelişmekte olan Tek Sağlık yaklaşımının yer bulmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.^{20,21}

Hemşirelik alanında konu ile ilgili literatüre ulaşılamamakla birlikte, çalışma sonucuna benzer şekilde tıp eğitimi müfredat içeriğinin de Tek Sağlık yaklaşımı entegrasyonu açısından yetersiz olduğu vurgulanmaktadır. Ancak Tek Sağlık yaklaşımının, uzun yıllardır halk sağlığı birlikleri tarafından vurgulandığı ve veterinerlik biliminin Tek Sağlık yaklaşımını eğitim müfredatının merkezi bir parçası haline getirdiği bilinmektedir.¹⁷ Sağlık profesyonelleri arasında niceliksel olarak en büyük iş gücünü oluşturan hemşirelerin, hem bölgesel hem de küresel düzeyde halk sağlığını koruma ve geliştirme sorumluluğu göz önünde bulundurulduğunda, multidisipliner çalışmalara olan ihtiyaç önem kazanmaktadır.^{6,22,23} Çalışma kapsamında da hemşirelik öğrencilerinin Tek Sağlık yaklaşımını hemşire, doktor, veteriner gibi mesleklerin işbirliğini gerektiren bir alan olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Dolayısıyla hemşirelerin halk sağlığı sorunlarına yönelik multidisipliner ortaklıklar kurarak küresel düzeyde etki oluşturabilmeleri ve çözüm önerileri içerisine hemşirelik bakış açısını yansıtabilmeleri için Tek Sağlık yaklaşımı konusunda bilişsel ve duyuşsal yeterlilik kazanmalarının yararlı olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda kazanılacak yeterliliklerin hemşirelerin geleceğin sağlık bakım vizyonunda lider bir ses olabilmelerini kolaylaştıracağına inanılmaktadır.¹⁴

Öğrencilerin insan, hayvan ve çevre sağlığının birlikte değerlendirilmesi gereken alanlara (gıda güvenliği, hayvan kaynaklı enfeksiyonlar, çevre kirliliği vb) yönelik görüşleri incelendiğinde, çok boyutlu bir bakış açısı ortaya koydukları belirlenmiştir. Aynı zamanda öğrencilerin insan, hayvan ve çevre sağlığı etkileşimine yönelik verilen ifadelerin tümüne yüksek düzeyde katıldıkları tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin neredeyse hiçbirinin daha önce Tek Sağlık yaklaşımını duymadığı düşünüldüğünde ise, bu sonuç üzerinde hemşirelik bakımının bütüncül bir anlayışa sahip olması dolayısıyla, hemşirelik eğitim süreci boyunca öğrencilere sağlığı bütüncül değerlendirme yeterliliğinin kazandırılmasının etkisi olabileceği düşünülmektedir.²⁴⁻²⁶ Bu çıkarımı destekler nitelikte, T.C. Sağlık Bakanlığı (2021) tarafından yayınlanan Hemşirelikte Temel Yetkinlikler Kılavuzu incelendiğinde, tanımlanan yetkinliklerden birisi olan profesyonellik kriterleri arasında bireyin her zaman bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesinin yer aldığı dikkat çekmektedir.²⁷ Ancak eğitim süreci içerisinde Tek Sağlık yaklaşımına yer verilmesi, hemşireliğin insanı merkeze alan bakım anlayışını insanın yaşadığı ekosistemdeki tüm canlıların sağlığını ele alacak şekilde genişletebilir. Tek Sağlık yaklaşımı gibi küresel sağlık yaklaşımlarının hemşirelik eğitime dahil edilmesine rehberlik etmek amacıyla hemşireliğin temel değer ve ilkelerini yansıtabilen küresel sağlık yetkinliklerinin tanımlanmasına yönelik çalışmaların hız kazandığı dikkat çekmektedir.²⁸⁻³⁰ Özellikle son yıllarda içerik temelli

eğitimden ziyade kazanılması gereken yetkinliklere dayalı hemşirelik eğitimine olan gerekliliğin vurgulandığı göz önüne alındığında ise³¹; hemşirelik eğitiminde Tek Sağlık yaklaşımına yer verilmesinin bütüncül bakım, savunuculuk, iş birliği, sürdürülebilirlik gibi hemşirelerin sahip olması gereken temel ilke ve değerlerin öğrenciler tarafından benimsenmesini kolaylaştıracağı düşünülmektedir.²⁹

Çalışmaya katılan öğrencilerin insan, hayvan ve çevre sağlığının gelişimi için 2030 SKH'lerin ulaşılabilirliğine yönelik görüşleri incelendiğinde ise, öğrencilerin çoğunluğunun hedeflerin tümünü uzun vadede ulaşılabilir olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Benzer şekilde, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2019) tarafından Türkiye'nin 2030 SKH'lere ulaşımında bulunduğu noktayı ortaya koyan raporunda, hedeflere göre değişmekle birlikte dünya ortalamasında ya da dünya ortalamasının üzerinde olduğu ve hedeflere ulaşımında uzun vadede çeşitli projelerin desteklenmeye devam ettiği ifade edilmektedir.¹⁹ Öğrencilerin görüşlerinin, son yıllarda sayıları artarak devam eden savaşlar, göç hareketleri, doğal afetler, salgın hastalıklar ve bunların yüksek düzeyde hissedilen etkilerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Birleşmiş Milletler Genel Sekreterliği tarafından 2019 yılında yayımlanan raporda ise, hedeflere ulaşımı amaçlayan evrensel değişimin gereken hızda ve ölçekte ilerlemediğinin altı çizilmektedir.³² BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi altında kurulan ve 2030 SKH'lerin küresel düzeyde düzenli takip sorumluluğunu üstelenen Yüksek Düzeyli Siyasi Forum'unun raporları incelendiğinde ise, 2030 SKH'lerinin ülkelerin gündemine alınma durumunun ekonomik boyuttaki gelişmişlik düzeyine göre değiştiği dikkat çekmektedir.³³ Ancak hedeflere ulaşım ekonomik gelişmişlik düzeyi fark etmeksizin tüm dünya ülkelerinin ortak çabasını gerektirmektedir. Küresel boyutta mücadele edilen COVID-19 pandemisi ise bu gerekliliği bir kez daha gözler önüne sermiş olup, 2030 SKH'lere ulaşabilme yolunda kolaylaştırıcı yaklaşımlardan biri olabilecek Tek Sağlık yaklaşımının benimsenmesine olan ihtiyacın vurgulandığı dikkat çekmektedir.^{8,11,12}

Sonuç ve Öneriler

Çalışmaya katılan üçüncü ve dördüncü sınıf düzeyindeki hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun Tek Sağlık yaklaşımını daha önce duymadıkları ve Tek Sağlık yaklaşımını hemşirelerin de aralarında olduğu multidisipliner bir çalışma alanı olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Öğrenciler, buldukları öğrenim düzeyleri dikkate alındığında insan, hayvan ve çevre sağlığı etkileşimine yönelik ifadeler büyük oranda katıldıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca öğrencilerin çoğunluğu 2030 SKH'lerini uzun vadede ulaşılabilir olarak değerlendirmişlerdir. Çalışma sonuçları doğrultusunda, hemşireliğin ilke ve değerleri ile ilişkisi kurularak Tek Sağlık yaklaşımı ve 2030 SKH'lerin hemşirelik eğitim müfredatı içerisine dahil edilmesi

önerilmektedir. Ancak entegrasyon süreci için bütüncül sağlık anlayışları ve 2030 SKH'lerin zaman içerisinde hangi noktaya evrileceğinin izlenmesi gerekli olabilir. Aynı zamanda çalışma kapsamındaki öğrenciler tarafından Tek Sağlık yaklaşımının multidisipliner bir alan olarak değerlendirildiği hatırlandığında, öğrencilerin Tek Sağlık yaklaşımı ve 2030 SKH'lerin hemşirelik bakımı içindeki yeri ve önemini anlayabilmelerini desteklemek adına veterinerlik ve doğa bilimi gibi alanlarla multidisipliner uygulamaların gerçekleştirilmesi yararlı olacaktır. Ayrıca konu hakkında çalışmaların yapılarak, kanıta dayalı bilgiler ile literatürün zenginleştirilmesi önerilmektedir.

Etik Kurul Onayı: Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar no: 2020/205, Karar tarihi: 21.09.2020).

Çıkar Çatışması: Bu çalışmanın yapılması, yazılması ve/veya yayınlanması ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Araştırma kamu, ticari veya diğer sektörlerdeki hiçbir finansman kurumundan belirli bir hibe almamıştır.

Katılımcı Onamı: Çalışmaya katılan öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları: Yazarların çalışmaya katkıları şu şekildedir; fikir/kavram: Nİ, MÇ; tasarım: Nİ, MÇ, NYŞ; denetleme/danışmanlık: NYŞ; veri toplama ve işleme: Nİ, MÇ; analiz ve yorum: NYŞ; kaynak taraması: Nİ, MÇ; makale yazımı: Nİ, MÇ, NYŞ; eleştirel düşünme ve değerlendirme: Nİ, MÇ, NYŞ.

Teşekkür: Yazarlar araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilere teşekkürlerini sunar.

Kaynaklar

1. Arcega J, Autman I, De Guzman B, Isidienu L, Olivar J, O'Neal M et al. The human touch: Is modern technology decreasing the value of humanity in patient care? Crit Care Nurs Q. 2020;43(3):294-302. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000314.
2. De Garine-Wichatitsky M, Binot A, Morand S, Kock R, Roger F, Wilcox BA et al. Will the COVID-19 crisis trigger a One Health coming-of-age? Lancet Planet Health. 2020;4(9):377-378. doi:10.1016/S2542-5196(20)30179-0.
3. Ossebaard HC, Lachman P. Climate change, environmental sustainability and health care quality. Int J Qual Health Care. 2021;33(1):036. doi: 10.1093/intqhc/mzaa036.
4. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. J Autoimmun. 2020;109:102433. doi:10.1016/j.jaut.2020.102433.
5. Organization For Animal Health, One Health [Internet]. 2020. [09.04.2021]. Erişim adresi: <https://www.oie.int/en/forthe-media/onehealth/>
6. Bonilla-Aldana DK, Dhama K, Rodriguez-Morales AJ. Revisiting the one health approach in the context of COVID-19: A look into the ecology of this emerging disease. Adv Anim Vet Sci. 2020;8(3):234-237. doi:10.17582/journal.aavs/2020/8.3.234.237.

7. World Health Organization, One Health [Internet]. 2017. [09.04.2021]. Erişim adresi: <https://www.who.int/features/qa/one-health/en/>
8. Amuasi JH, Walzer C, Heymann D, Carabin H, Huong LT, Haines A et al. Calling for a COVID-19 One Health Research Coalition. *Lancet*. 2020;395(10236):1543-1544. doi:10.1016/S0140-6736(20)31028-X.
9. Myers SS. Planetary health: Protecting human health on a rapidly changing planet. *Lancet*. 2017;390(10114):2860-2868. doi:10.1016/S0140-6736(17)32846-5.
10. Sawyer A, Free T, Martin J. Metagenomics: Preventing future pandemics. *Biotechniques*. 2021;70(1):1-4. doi:10.2144/BTN-2020-0166.
11. Tonne C. Lessons from the COVID-19 pandemic for accelerating sustainable development. *Environ Res*. 2021;193:110482. doi:10.1016/j.envres.2020.110482.
12. Naidoo R, Fisher B. Reset sustainable development goals for a pandemic world. *Nature*. 2020;583:198-201.
13. Queenan K, Garnier J, Rosenbaum N, Buttigieg S, De Meneghi D, Holmberg M et al. Roadmap to a One Health agenda 2030. *CAB Reviews*. 2017;12(014):1-12. doi:10.1079/PAVSNNR201712014.
14. International Council of Nurses, Nursing the World to Health - ICN announces theme for International Nurses Day [Internet]. 2021. [28.04.2021]. Erişim adresi: <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-announces-international-nurses-day-theme-2021>
15. Sikakulya FK, Mulisya O, Munyambalu DK, Bunduki GK. Ebola in the Eastern Democratic Republic of Congo: One Health approach to infectious disease control. *One Health*. 2020;9(100117):1-4. doi:10.1016/j.onehlt.2019.100117.
16. Beyene TJ, Fitzpatrick MC, Galvani AP, Mourits MC, Revie CW, Cernicchiaro N et al. Impact of One-Health framework on vaccination cost-effectiveness: A case study of rabies in Ethiopia. *One Health*. 2019;8(100103):1-12. doi:10.1016/j.onehlt.2019.100103.
17. Rabinowitz PM, Natterson-Horowitz BJ, Kahn LH, Kock R, Pappaioanou M. Incorporating one health into medical education. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):1-7. doi:10.1186/s12909-017-0883-6.
18. Togami E, Gardy JL, Hansen GR, Poste GH, Rizzo DM, Wilson ME et al. Core competencies in One Health education: What are we missing? *NAM Perspect*. 2018;4:1-12.
19. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Değerlendirme Raporu. 2019 [Internet]. [28.04.2021]. Erişim adresi: http://www.surdurulebilirKalkinma.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/03/SurdurulebilirKalkinma-Amaclari-Değerlendirme-Raporu_13_12_2019-WEB.pdf
20. Rashwan ZI, El Sheshtawy OR, Abdelhaleim GE, Eweida RS, Khamis GM. Scenario-based clinical training: Bridging the gap between intern-students' anxiety and provision of holistic nursing care for preterm neonates. *Nurse Educ Pract*. 2021;54:103121. doi:10.1016/j.nepr.2021.103121.
21. Soriano GP, Aranas FCT, Tejada RSO. Caring behaviors, spiritual, and cultural competencies: A holistic approach to nursing care. *Bedan Research Journal*. 2019;4:98-115.
22. Porta CM, Disch J, Grumdahl N. Nursing disruption for achieving Sustainable Development Goals by 2030. *Nurs Adm Q*. 2019;43(4):1-11. doi:10.1097/NAQ.0000000000000363.
23. Rosa WE, Dossey BM, Watson J, Beck DM, Upvall MJ. The United Nations Sustainable Development Goals: The ethic and ethos of holistic nursing. *J Holist Nurs*. 2019;37(4):381-393. doi:10.1177/0898010119841723.

24. Eriksson I, Lindblad M, Möller U, Gillsjö C. Holistic health care: Patients' experiences of health care provided by an Advanced Practice Nurse. *Int J Nurs Pract.* 2018;24(1):e12603. doi:10.1111/ijn.12603.
25. Frisch NC, Rabinowitsch D. What's in a definition? Holistic nursing, integrative health care, and integrative nursing: Report of an integrated literature review. *J Holist Nurs.* 2019;37(3):260-272. doi:10.1177/0898010119860685.
26. Mandal L, Seethalakshmi A, Rajendrababu A. Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nurs Philos.* 2020;21(1):e12257. doi:10.1111/nup.12257.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hemşirelikte Temel Yetkinlikler Kılavuzu [Internet]. 2021. [09.04.2021]. Erişim adresi: <https://www.thder.org.tr/uploads/files/temel-yetkinlikler-klavuzu.pdf>
28. Dawe R, Pike A, Kidd M, Janakiram P, Nicolle E, Allison J. Enhanced skills in global health and health equity: Guidelines for curriculum development. *Can Med Educ J.* 2017;8(2):48-60.
29. Torres-Alzate H. Nursing global health competencies framework. *Nurs Educ Perspect.* 2019;40(5):295-299. doi:10.1097/01.NEP.0000000000000558.
30. Warren N, Breman R, Budhathoki C, Farley J, Wilson LL. Perspectives of nursing faculty in Africa on global health nursing competencies. *Nurs Outlook.* 2015;64(2):179-185. doi:10.1016/j.outlook.2015.11.016.
31. Barton AJ, Murray TA, Spurlock DR. An open letter to members of the nursing education community. *J Nurs Educ.* 2020;59:183. doi:10.3928/01484834-20200323-01.
32. United Nations Sustainable Development Knowledge Platform, Report of the Secretary-General on SDG Progress [Internet]. 2019. [23.05.2021]. Erişim adresi: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24978Report_of_the_SG_on_SDG_Progress_2019.pdf
33. United Nations Sustainable Development Knowledge Platform, Voluntary National Reviews [Internet]. 2021. [23.05.2021]. Erişim adresi: <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>

COVID-19 Pandemisinde riskli gruplarda tele-tıp ve tele-hemşirelik Tele-medicine and tele-nursing in risky groups in the COVID-19 Pandemic

Nurgül Arpag¹, Hamdiye Banu Katran², Sevgi Gür³

Öz

Bu derlemede, COVID-19 pandemisinde özellikle riskli gruplarda tele-tıp ve tele-hemşirelik kullanımına ilişkin mevcut durumu değerlendirmek amaçlanmıştır. Son 20 yılda teknolojiye paralel olarak sağlık hizmetlerinin sunumu değişikliğe uğramış ve bu durum hem tıbbi tedavi hem de hemşirelik bakımı uygulamalarına yansımıştır. Hemşirelik süreci kapsamında ele alınan tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme süreçleri sanal bağlantılar aracılığıyla gerçekleştirilebilir hale gelmiştir. Tele-hemşirelik, tele-tıp sisteminin bir alt bileşeni olup, bireyin bilgilerini kontrol etme, değerlendirme, yönlendirme ve iyilik haline katkıda bulunmak üzere bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasını ifade etmektedir. COVID-19'a maruz kalma ve bulaş riski açısından yüksek riskli gruplar içerisinde yer alan onkoloji hastaları, gebeler, kronik hastalığı olanlar ve solid organ nakilli hastaların takip, tedavi, kontrol, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde tele-tıp ve tele-hemşirelik sisteminden faydalanılması önerilmekle birlikte, yapılmış çalışmalarda hasta sonuçlarına da olumlu etkisi olduğu görülmektedir. Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü de COVID-19 pandemisi ile mücadelede tele-tıp hizmetlerinin kullanımını desteklemektedir. Tüm dünyayı ve ülkemizi etkisi altına alan COVID-19 pandemisi sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda iletişim teknolojilerinin ve medya araçlarının kullanılması gerekliliğini getirmiş, tele-tıp ve tele-hemşirelik kullanımına olan ihtiyacı artırmıştır. Pandemi sürecinde risk grubunda bulunan hastaların tedavi, bakım ve izleminin uzaktan yapılmasına olanak sağlayan tele-tıp ve tele-hemşirelik sisteminin geliştirilmesi yanı sıra kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: COVID-19, tele-hemşirelik, tele-tıp

Abstract

This review, it is aimed to evaluate the current situation regarding the use of tele-medicine and tele-nursing, especially in risky groups, in the COVID-19 pandemic. In the last 20 years, parallel to the developments in technology, the provision of health services has changed and this situation has been reflected in both medical treatment and nursing care practices. Diagnosis, planning, application and evaluation processes, which are handled within the scope of the nursing process, have become possible through virtual connections. Tele-nursing is a sub-component of the telemedicine system and refers to the use of information and communication technologies to control, evaluate, direct and contribute to the individual's information. It is recommended to use tele-medicine and tele-nursing systems in the follow-up, treatment, control, training and consultancy services of oncology patients, pregnant women, those with chronic diseases and solid organ transplant patients, who are among the high-risk groups in terms of exposure and transmission risk to COVID-19. However, studies have shown that it has a positive effect on patient outcomes. In addition, the World Health Organization (WHO) supports the use of telemedicine services in the fight against the COVID-19 pandemic. The COVID-19 pandemic, which affected the whole world and our country, brought the necessity of using communication technologies and media tools in the delivery of healthcare services and increased the need for the use of tele-medicine and tele-nursing. It is recommended that

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ORCID: 0000-0002-7774-3844

² Doktor Öğretim Üyesi Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ORCID: 0000-0001-5095-6316

³ Öğretim Görevlisi Doktor, Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Konya, Türkiye. ORCID: 0000-0002-6925-3351

Sorumlu Yazar: Dr. Öğr. Üyesi Hamdiye Banu Katran, E-mail: banu-katran@hotmail.com

Geliş Tarihi: 28 Mart 2022, Kabul Tarihi: 5 Kasım 2022

the tele-medicine and tele-nursing system, which allows the treatment, care, and monitoring of patients in the risk group during the pandemic process, to be carried out remotely, as well as to expand its use.

Keywords: COVID-19, tele-medicine, tele-nursing

Giriş

Son 20 yıldır sağlık hizmetlerine teknolojik gelişmelerin etkisi her geçen gün artarak devam etmekte ve iş yapma biçimleri üzerinde fark yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinde geleneksel hasta değerlendirme, bakım planlama ve tedavi uygulamalarının yanı sıra sanal bağlantılar üzerinden “Tele-tıp” ile hizmet verilebilir alanlar oluşmaktadır.¹⁻³ Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde tıp “hastalıkları iyileştirmek, hafifletmek veya önlemek amacıyla başvuru alan teknik ve bilimsel çalışmaların tümü” olarak tanımlanırken, “Tele-tıp” ise “tele” ön eki ile tıp çalışmalarının telekomünikasyon teknolojileri aracılığı ile uzaktan gerçekleştirildiği anlamındadır.⁴⁻⁷ Telekomünikasyon araçlarının kullanımıyla sağlık profesyonelleri hastalarla görsel ve işitsel iletişim sağlayabilmektedir. Bilim ve teknoloji alanındaki bu hızlı gelişmeler aynı zamanda hemşirelik uygulamalarında da etkisini göstermektedir.³ COVID-19 pandemisinin kontrol altına alınmasında temas yolu ile bulaş riski göz önüne alındığında özellikle riskli grupların (gebeler, organ nakli gerçekleştirilen bireyler, onkoloji hastaları vb.) bakım ve tedavisinin sürdürülmesinde alternatif sağlık hizmetlerinin sunumunda tele-tıp ve tele-hemşirelik uygulamalarının gerekliliği ve önemi ön plana çıkmaktadır.⁸ Sağlık hizmetlerinin geleceğinde önemli yer tutacağı vurgulanan tele-tıbbın COVID-19 pandemisi öncesinde kullanımının düşük düzeyde olmasına karşın şiddetli akut solunum sendromu ile ilişkili koronavirüs (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus- SARS-CoV) ve Orta Doğu solunum sendromu koronavirüsü (Middle East respiratory syndrome coronavirus-MERS-CoV) gibi geçmiş dönem salgınlarında yararlı olduğu kanıtlanmıştır.⁹⁻¹¹ Bu derlemede amaç; COVID-19 pandemisi nedeniyle özellikle riskli gruplarda tele-tıp ve tele-hemşirelik uygulamalarına kullanımı ile ilgili mevcut durumu değerlendirmektir.

Tele-tıp

Dünyada 1950’li, Türkiye’de ise 2000’li yıllardan sonra gündeme gelen tele-tıp sistemine ilişkin düzenlemeler, 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan eylem planıyla aşamalı olarak uygulamaya geçirildi.³ Ülkemizde 2015 yılında “Tele Sağlık Servisi Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yürürlüğe girerken, 2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan genelge ile “e-Nabız, tele-tıp ve tele-radyoloji sistemi” kullanılmaya başlandı.¹² Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tele-tıbbı “sağlık tesislerinde geleneksel sağlık hizmetlerinin dışında telekomünikasyon ve sanal teknolojinin kullanımı ile hizmet sunulması”

olarak tanımlanmaktadır.⁷ Kronik hastalığı olanlar başta olmak üzere, hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında tele-tıp kullanımı önerilmekte ve hızla yaygınlaşmaktadır.^{3,13} Sağlık profesyonellerinin tele-tıp teknolojisine erişmesindeki güçlükler, mesai saatleri içinde yürütülen hizmetlere ek olarak tele-tıp uygulamalarına zaman ayrılamaması ayrıca yöntemin tüm tıbbi durumlar için uygun olmaması, tele-tıp sisteminin sınırlılıkları olarak kabul edilmektedir.^{7,14} Tele-tıp kullanımının dünya çapında artmasına karşın hastaların dijital platformların kullanımını bilmemesi ve erişememesi, veri gizliliğinin sağlanamaması, hekim veya hemşire ile iletişim yetersizliği karşılaşılan güçlükler ve endişe kaynakları olarak ifade edilmektedir.^{7,15} İnternet kullanım oranları 2019 yılında 55-64 yaş grubu bireylerde %42,6, 65-74 yaş grubu bireylerde ise %19,8 olduğu bildirilmektedir.¹⁶ Bu nedenle özellikle ileri yaş grubu hastalarda tele-tıp hizmetlerinin telefon temelli olarak yürütülmesi önerilmektedir.¹⁵ COVID-19 pandemisinde tele-tıp, riskli grupların tedavi ve bakım hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesinde kişiden kişiye bulaş riskini de azaltarak hizmetin sunumuna olanak sağlayan güvenli bir uygulama olmuştur. Bu bakımdan sadece hastalar için değil, sağlık çalışanları için de faydalı olan tele-tıp, pandemi döneminde hastaların tedavi ve bakımının sürdürülmesini, enfeksiyonlardan korunmayı, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran hasta odaklı bir yaklaşımdır.¹⁷⁻²⁰

Tele-hemşirelik

Tele-hemşirelik, tele-tıp sistemi içerisinde sesli, görüntülü görüşme ve video aktarımını sağlayabilen iletişim araçlarının kullanımını içeren bir sistemdir. Tele-hemşirelik, 1999 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association - ANA) tarafından, “iletişim teknolojileri kullanılarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme, bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik faaliyetidir” tanımıyla onaylanmıştır. Uluslararası Hemşireler Birliği (The International Council of Nurses-ICN) de tele-hemşireliği “hasta bakımını geliştirmek için hemşirelikte iletişim teknolojilerinin kullanılması” olarak tanımlanmaktadır.⁶ Amerikan Ayaktan Bakım Hemşireliği Akademisi (American Academy of Ambulatory Care Nursing-AAACN) tele-hemşirelik uygulamasını ayaktan bakım hemşireliğinin alt uzmanlık alanı olarak kabul ederken, hemşirelik bakımına ilişkin standartları da yayınlamıştır.^{6,21} Tele-hemşirelik, özellikle yüksek risk grubunda olan ve/veya kronik hastalığı bulunan bireylerin bilgilerini kontrol etme, değerlendirme, eğitim ve yönlendirme ile iyileşme süreçlerine katkıda bulunmak üzere bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasını ifade etmektedir. Tele-hemşirelik hizmetleri, uygulayıcı hemşirelerin öncelikle güçlü klinik deneyimlerinin bulunması, sistemin kullanımı konusunda eğitimlerinin tamamlanması ve ekip çalışmasına yatkınlığını gerektirmektedir.^{6,21-23} COVID-19 pandemisinde tedavi sonrası

düzenli izlem gereksinimi olan hastaların bakım ve danışmanlık hizmetlerinin aksatılmadan sürdürülmesinin yanı sıra psikolojik destek sağlanmasında en etkili ve güvenli yöntemin tele-hemşirelik olduğu vurgulanmaktadır.²⁴

Riskli hasta gruplarında tele-tıp ve tele-hemşirelik

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 hastalığı için risk teşkil eden hastalıklar; “halen immünsüpressif tedavi alanlar, metastatik ve/veya kemoterapi/radyoterapi alan kanser hastaları, kornea nakli hariç solid organ nakli, kemik iliği/kök hücre nakli yapılan hastalar, kronik obstrüktif veya destrüktif akciğer hastalığı veya status astmatikus hikayesi olan hastalar, insüline bağlı diyabet ve komplike (serebrovasküler, koroner, böbrek, polinöropati) insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus hastaları, komplike hipertansiyon (serebrovasküler, böbrek, konjestif kalp yetmezliği), dekompanse kalp yetmezliği, akut koroner sendrom geçiren hastalar, kronik karaciğer ve böbrek yetmezliği olan hastalar, serebrovasküler hastalık (inme, kanama) geçiren hastalar” olarak bildirilmiştir.²⁵

Özellikle 21. yüzyılın ilk yarısından itibaren konuşulan tele-tıp sistemi pandemi sürecinde bulaş riskinden korunması gerekli riskli hasta gruplarında daha da önemli hale gelmiştir.^{4,7} COVID-19 pandemisinde riskli hasta gruplarında tele-tıp sistemi kullanımı dijital dönüşüm ve yeniliklerin uygulamaya geçirilmesine, iletişim teknolojilerinin ve medya araçlarının kullanımında artışa neden olmuştur.²⁶ DSÖ de COVID-19 pandemisi ile mücadelede tele-tıp hizmetlerinin kullanımını önermiş ve desteklemiştir.²⁷

Riskli hasta grupları içerisinde yer alan onkoloji hastalarının sık takip edilmesi gereği, hastaların hastanelerde COVID-19’a maruz kalma ile bulaş riskini artırdığından özellikle bu hastaların korunmasına yönelik olarak sağlık kuruluşlarına başvurularının, dolayısı ile temasın azaltılması önerilmiştir.²⁸ Bu nedenle COVID-19 pandemisi onkoloji hastalarının kontrol, tarama ve araştırmalarına olumsuz etki etmiştir.²⁹ Pandemi sürecinde onkoloji hastalarında fiziksel mesafeyi korumak ve poliklinik randevularını azaltmak açısından tele-tıp sistemi önem kazanmıştır.¹⁵ Onkoloji hastalarında takip, destekleyici bakım, eğitim ve evde bakım vericilerin palyatif bakım desteğinin sağlanmasında tele-tıp sisteminin kullanımı önerilmektedir.²⁸

Brezilya’da 77 meme kanserli hasta ile pandemi döneminde yapılan rutin takip ve taramalar esnasında tele-tıp sisteminin kullanıldığı bir araştırmada, eşit hizmet alma ile sosyo-ekonomik özellikler, ileri yaş, eğitim düzeyi ve teknolojiyi kullanabilme etkenleri bakımından eşitsizliklerin bulunduğu belirtilmektedir. Buna karşın araştırmanın sonucunda hastaların %58’inde yüz yüze takibe gerek kalmadan takip ve tedavilerinin yürütüldüğü bildirilmektedir.¹⁵ COVID-19 pandemisinde onkoloji hastalarının takiplerinde tele-tıp sisteminin kullanıldığı bir başka araştırmada ise, hastaların %88,5’inde başarılı sonuçlar alındığı bildirilmektedir.

Pandemi sürecinde, onkoloji hastalarında klinik araştırmalara dahil edilen hastaların takibinde tele-tıp sisteminin güvenilir bir araç olarak kullanılmaya başlandığı belirtilmektedir.²⁸

Diğer bir riskli grupta bulunan gebelerde COVID-19'un yeterli örneklem olmamasına karşın %86'sında hafif, %9'unda şiddetli ve %5'inde kritik seyrettiği bildirilmektedir.³⁰ Gebelik sırasında anneden bebeğe koronavirüs bulaşması ile ilgili kesin bir veri bulunmamakla birlikte amniyotik sıvısı, umblikal kord kanı, anne sütü hatta yenidoğan boğaz kültüründe de virüse rastlanmadığı belirtilmektedir.³¹ Pandemi sürecinde gebeler hastaneye başvurmaktan çekinmekte, bu çekince takiplerinin aksamasına, riskli durumlarda sağlık kuruluşuna başvuruda gecikmelerine, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülememesine yol açarken aynı zamanda sorunun çözümü olarak tele-tıp sistemine duyulan gereksinimi de artırmıştır. Tele-hemşirelik, gebelere eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu ve sürdürülmesini sağlamak üzere kullanılmıştır. Uygulama sırasında hemşirenin temas gerektirmeden bireye ulaşmasının yanı sıra, gebe açasından da sağlık kurumundaki risklerle karşılaşmadan hizmet alabilmesini sağlamıştır.⁷ Bir meta-analiz çalışmasında gebelerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin video konferans yöntemiyle sürdürmenin faydaları bulunduğu bildirilmektedir.³² Pandemi sürecinde gebe kadınlarda özellikle doğuma hazırlık, emzirme ve yeni doğan bakımı gibi eğitimlerinin sürdürülmesinde tele-hemşirelik sisteminin kullanımı önerilmektedir.⁷

Riskli grupta yer alan diyabet hastalarının, kan glikoz takibi, oral anti diyabetik ilaç ya da insülin doz düzenlemeleri, gelişebilecek akut veya kronik komplikasyonların takibi, beslenme, egzersiz gibi konulara ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden faydalanabilmek için sağlık kuruluşuna kontrole gitmeleri gerekmektedir.³³ Uluslararası Diyabet Federasyonu, 2019 yılında dünya üzerinde 463 milyon yetişkin diyabet hastası olduğunu bildirirken 2045 yılında yaklaşık 700 milyon diyabet hastası olacağını öngörmektedir.³⁴ Pandemi süreci öncesinde yapılmış bir araştırmada tele-tıp sistemi kullanımının diyabet hastalarında HbA1C değerini düşürmede etkili olduğu bildirilmektedir.³³ Pandemi sürecinde diyabet hastalarının yetersiz fiziksel aktivitede bulunması nedeniyle kilo artışı, stres ile kan glikoz kontrollerinin sağlanması güçleşmiş olup, tele-tıp sisteminden yararlanılması önerilmektedir.³⁵

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada, pandemi sürecinde uygulanan kısıtlamaların bireylerin fiziksel aktivite kapasitesini %39 düşürdüğu ve kalp-damar hastalıkları açasından da riskli hale geldiği belirtilmektedir. Bu nedenle tele-sağlık hizmetleri kapsamında kalp-damar hastalıklarından korunmaya öncelik verilmesi gerektiği belirtilmektedir.³⁶ COVID-19 pandemisinde uygulanan kısıtlamaların yetersiz fiziksel aktivite sonucunda kalp-damar hastalıklarına ilişkin morbidite ve mortalite oranlarının da artışına neden olacağı tahmin edilmektedir. Bu bağlamda kalp ve damar hastalığı olan bireylerde hipertansiyon, ritim

bozuklukları, ilaç kullanımını, kalp damar cerrahisi geçiren hastalarda kardiyak rehabilitasyon amacıyla tele-tıp ve tele-hemşirelik sisteminin kullanımının önemine vurgu yapılmaktadır.³⁷ Riskli gruplar kapsamında ele alınan başka bir grup ise solid organ nakli nedeniyle immünsüpresif tedavi gören hastalar olup COVID-19 hastalığının görülme sıklığının normal popülasyondan farklı olmadığı³⁸ ancak hastalığın daha ağır seyrettiği belirtilmektedir.³⁷ Solid organ nakli olan hastalarda mortalitenin %5-67 arasında olduğu bildirilirken³⁹, pandemi nedeniyle kadavradan nakil oranlarının ABD’de %51, İspanya’da %87, Fransa’da %91 azaldığı da belirtilmektedir.⁴⁰ Organ nakilli hastaların takibi, desteklenmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesi bakımından tele-hemşirelik sisteminin hasta sonuçlarına olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

COVID-19 pandemi sürecinde özellikle riskli grupların izlem, tedavi ve bakım hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesinde tele-tıp ve tele-hemşirelik sisteminin önem kazandığı görülmektedir. Tele-tıp ve tele-hemşirelik sisteminin, pandemi döneminde özellikle bulaş riski yüksek olan hastalarda sağladığı faydalar ve kolaylıklar nedeniyle kullanımının artmakta olduğu da bildirilmektedir.^{7,15} Bu sistemler ayrıca kurumlara maliyet etkin hizmet sunumu olanağı da sağlamakta olduğundan pandemi dönemi dışında da öncelikle tercih edilebilecek yöntemler olarak düşünülmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir. Tele-tıp ve tele-hemşirelik sisteminin kanıtlanabilir fayda analizleri ile takip edilmesi ve geliştirilmesine yönelik daha fazla araştırma yapılması, kurum yöneticilerinin uygun politika ve yöntemleri belirlemesi, uygulamaya aktarımı ve değerlendirmesi önem kazanmaktadır.^{15-24,26-41} Geleceğe yönelik olarak sağlık çalışanları için tele-tıp ve tele-hemşirelik sistemlerine yönelik eğitimlerin oluşturulması yanı sıra, sağlık kuruluşlarında ekipman, istihdam ve organizasyonların yapılması, veri gizliliği ile etik gerekliliklere uygun düzenlemelerin oluşturulması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Korhonen ES, Nordman T, Eriksson K. Technology and its ethics in nursing and caring journals: An integrative literature review. *Nurs Ethics*. 2015;22(5):561–576.
2. Davis TM, Olf C. Tele-ICU today: Connecting care through innovation. *Nursing2020 Critical Care*. 2015;10(5):15-18.
3. Pazar B, Taştan S, İyigün E. Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2015;11(1):1-4.
4. Alkan A, Mirici M. COVID - 19 Pandemisinde Öğrendiklerimiz, Gelecek Öngörüler ve Yarının Planlanması. Editör: Ak G. ve Yılmaz Ü. COVID-19 pandemisinde tele medicine [Internet]. TÜSAD, [Erişim tarihi: Mayıs 29, 2021]. Erişim adresi:<https://solunum.org.tr/yayinlar/list/881/COVID-19-pandemisinde-ogrendiklerimiz-gelecek-ongoruleri-ve-yarinin-planlanmas.html>.

5. Shaw DK. Overview of telehealth and its application to cardiopulmonary physical therapy. *Cardiopulm Phys Ther J*. 2009;20(2):13-18.
6. Cloyd B, Thompson J. Virtual Care Nursing: The Wave of the Future. *Nurse Leader*. 2020;18(2):147-150.
7. Kızılkaya T, Hancıoğlu Aytaç S, Yazıcı S. COVID - 19 pandemisinde gebelik dönemi ve tele sağlık. *EGEHFD*. 2020;36(3):189-198.
8. Korku C. Use of Telemedicine in COVID-19 Pandemia. *Hacettepe Journal of Health Administration*. 2021;24(3):619-632.
9. Mehrotra A, Wang B, Snyder G. Telemedicine: What should the post-pandemic regulatory and payment landscape look like? [Internet]. August 2020 [Erişim Tarihi: 26 Ekim 2022]. Erişim adresi: https://www.senate.mn/committees/2021-2022/3095_Committee_on_Health_and_Human_Services_Finance_and_Policy/Commonwealth%20Fund_Telemedicine.pdf
10. Mouchtouris N, Lavergne P, Montenegro TS, Gonzalez G, Baldassari M,... & Evans J. J. Telemedicine in neurosurgery: Lessons learned and transformation of care during the COVID-19 pandemic. *World Neurosurgery*. 2020;140:e387-e394.
11. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: A call to action. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2020;6(2):e18810.
12. Çapacı M, Özkaya S. The use of telemedicine during COVID - 19 pandemic. *Anadolu Klin*. 2020;1:260-262.
13. Ay F. Elektronik hasta kayıtları: Güvenlik, etik ve yasal sorunlar. *AUBTD-B*. 2008;9(2):165-175.
14. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K. Ethical practice in telehealth and telemedicine. *JGIM*. 2017;32:1136-1140.
15. Sonagli M, Cagnacci NR, Magnani Leite FP, Alves Makdissi FB. The use of telemedicine to maintain breast cancer follow-up and surveillance during the COVID- 19 pandemic. *J of Surg Oncol*. 2021;123(2):371-374.
16. Selim S, Balyaner İ. Türkiye’de hane halkının sahip olduğu bilişim teknolojileri ürünleri sayısını belirleyen faktörlerin araştırılması: bir sayma veri modeli investigation of the factors determining the number of information technology products owned by households: a count data model. *MAKU SOBED*. 2017;9(22):428-454.
17. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: A systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-9.
18. Lee I, Kovarik C, Tejasvi T, Pizarro M, Lipoff JB. Telehealth: Helping your patients and practice survive and thrive during the COVID-19 crisis with rapid quality implementation. *JAAD*. 2020;82(5):1213-1214.
19. Jordan V. Coronavirus (COVID-19): Remote care through telehealth. *J Prim Health Care*. 2020;12(2):184-185.
20. Aslani N, Garavand A. The role of telemedicine to control COVID-19. *Iran J Clin Infect Dis*. 2020;15:e102949.
21. Altuntaş EY. Sağlık hizmetleri uygulamalarında dijital dönüşüm. [Internet]. Eğitim Yayınevi. 2019. [Erişim Tarihi: 26 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=HWezDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=Altunta%C5%9F+EY.+Sa%C4%9F1%C4%B1k+Hizmetleri+Uygulamalar%C4%B1nda+Dijital+D%C3%B6nüşüm+D%C3%B6nüşüm+C5%9F%C3%BCm+->

- +Google+Kitaplar&ots=iXyvtzzKhO&sig=lmekuvbWc0c5ppdNrugPzh4TAsE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
22. Bilik Ö. Kalça protezi uygulanmış hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisi. [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
 23. Valanis B, Tanner C, Moscato SR, Shapiro S, Izumi S, David M et.al. A model for examining predictors of outcomes of telephone nursing advice. *J Nurs Admin.* 2003;33:91-95.
 24. Purabdollah M, Ghasempour M. Tele-nursing new opportunity for nursing care in COVID-19 pandemic crisis. *Iran J Public Health.* 2020; 49(1):130-131.
 25. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. COVID-19 Hastalığı için Risk Grubunda Olan Kronik Hastalıklar. [Internet]. [Erişim Tarihi: 22 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR-65809/COVID-19-hastaligi-icin-risk-grubunda-olan-kronik-hastaliklar.html>
 26. Lakkireddy DR, Chung MK, Gopinathannair R, Patton KK, Gluckman TJ, Turagam M et.al. Guidance for cardiac electrophysiology during the COVID - 19 pandemic from the Heart Rhythm Society COVID - 19 Task Force; Electrophysiology Section of the American College of Cardiology; and the Electrocardiography and Arrhythmias Committee of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation.* 2020;141(21):e823-e831.
 27. Fagherazzi G, Goetzinger C, Rashid MA, Aguayo GA, Huiart L. Digital health strategies to fight COVID - 19 worldwide: challenges, recommendations, and a call for papers. *J Med Internet Res.* 2020;22(6):e19284.
 28. Seven M, Moraitis AM. The Challenges of Cancer Care in the Time of the COVID - 19 Pandemic. *Cancer Nurs.* 2020;43(5):427-428.
 29. Gonçalves BT, Baiocchi G. Telemedicine and cancer research during the COVID - 19 pandemic. *J Surg Oncol.* 2021;123(1):359-360.
 30. Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, Miller R, Martinez R, Bernstein K et.al. COVID - 19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;2(2):1-7.
 31. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu W, Zhang W et.al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID - 19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet.* 2020;395(10226):809-815.
 32. Penny AR, Bradford NK, Langbecker D. Registered nurse and midwife experiences of using videoconferencing in practice: A systematic review of qualitative studies. *JCN.* 2017;27(5-6):e739-752.
 33. Zhai Y, Zhu W, Cai Y, Sun D, Zhao J. Clinical- and cost-effectiveness of telemedicine in type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2014;93(28):e312.
 34. Sciberras J, Camilleri LM, Cuschieri S. The burden of type 2 diabetes pre-and during the COVID - 19 pandemic – a review. *J Diabetes Metab Disord.* 2020;19(2):1357-1365.
 35. Lim ST, Yap F, Chin X. Bridging the needs of adolescent diabetes care during COVID-19: a nurse-led telehealth initiative. *J Adolesc Health.* 2020;67(4):615-617.
 36. Neubeck L, Hansen T, Jaarsma T, Klompstra L, Gallagher R. Delivering healthcare remotely to cardiovascular patients during COVID - 19: A rapid review of the evidence. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2020;19(6):486-494.
 37. Koçak Z. COVID - 19 pandemisinde telesağlık uygulamaları Editör: Çakmak HD. COVID - 19 pandemisinde kardiyovasküler hastalıklı hasta sağlığı ve tele sağlık uygulamaları. 2020;83-89.

38. Akdur A, Karakaya E, Ayvazoğlu Soy EH, Alshalabi O, Kirnap M, Arslan H et.al. Coronavirus Disease (COVID - 19) in Kidney and Liver Transplant Patients: A Single-Center Experience. *Exp Clin Transplant.* 2020;18(3):270-274.
39. Fung M, Babik JM. COVID - 19 in Immunocompromised Hosts: What We Know So Far. *CID.* 2021;72(2):340-350.
40. Rodrigo E, Minambres E, Gutiérrez-Baños JL, Valero R, Belmar L, Ruiz JC. COVID - 19–related collapse of transplantation systems: A heterogeneous recovery? *Am J Transplant.* 2020;20(11):3265–3266.
41. Costa AP, de Andrade ZB, Huf ACR, Souza AEFC, Bertoncetto KCG, de Jesus SC et. al. Nursing Technologies in Brazil: A Review. *J Nurs Health Sci.* 2020;6(2):30-40.

Endoskopi Ünitelerinde COVID-19 Önlemleri ve Hemşirenin Rolü

COVID-19 Measures in Endoscopy Units and the Nurse's Role

Nuray Akyüz¹, Hamdiye Banu Katran²

Öz

Tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisinde başlangıçta acil durumlar hariç, planlı endoskopik girişimler durma noktasında iken, günümüzde tekrar eski haline gelmiş ve elektif endoskopik uygulamalar yapılmaya başlanmıştır. Pandemi dönemlerinde hasta ve çalışan güvenliği açısından enfeksiyon kontrolüne yönelik önlemlerin alınması gereklidir. Ekibin önemli bir üyesi olan endoskopi hemşiresi, hastanın endoskopi ünitesine kabulünden taburculuğuna kadar olan dönemde gerekli tüm önlemleri almak ve uygulamaktan sorumludur. Pandeminin etkinliğini kaybettiği günümüzde endoskopi ünitelerinde sürecin nasıl yürütüleceğine dair uygulamalarda farklılıklar bulunmaktadır. Bu derlemede amaç, COVID-19 hastalarının endoskopik tanı ve tedavi uygulamaları öncesi, sırası ve sonrası dönemde alınması gereken önlemleri literatür ışığında irdelemektir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, endoskopi, hemşirelik, önlemler, pandemi

Abstract

In the COVID-19 pandemic, which affects the whole world, planned endoscopic interventions, except for emergencies, but nowadays they have become obsolete and elective endoscopic interventions have begun to be performed. It is necessary to take precautions for infection control in terms of patient and employee safety during pandemic periods. The endoscopy nurse, who is an important member of the team, is responsible for taking and applying all necessary precautions from the patient's admission to the endoscopy unit until discharge. Today, when the pandemic has lost its effectiveness, there are differences in the practices of how the process will be carried out in endoscopy units. The aim of this review is to examine the precautions to be taken before, during and after the endoscopic diagnosis and treatment of COVID-19 patients in the light of the literature.

Key words: COVID-19, endoscopy, nursing, pandemic, precautions

¹Doçent Doktor, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ORCID:0000-0002-1552-4136

²Doktor Öğretim Üyesi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ORCID: 0000-0001-5095-6316

Sorumlu Yazar: Doç. Dr.Nuray Akyüz, E-mail: nuray.akyuz@iuc.edu.tr.

Geliş Tarihi: 15 Nisan 2022, Kabul Tarihi: 20 Eylül 2022

Giriş

Dünyada ve ülkemizde iki yılı aşkın süredir COVID-19'un (SARS-CoV-2) etkisini yıkıcı bir şekilde göstermesi, vaka sayılarının artması, birçok kişinin hayatını kaybetmesi ve hastanelerin dönemsel olarak pandemi hastanesine dönüşmesi ile sağlık hizmetlerinin olağan süreçleri de son derece olumsuz etkilenmiştir. Bulaş açısından yüksek risk oluşturması nedeniyle bu durum planlı cerrahi girişimlerin de seyrinin bozulmasına neden olmuştur.^{1,2} Bu süreçte hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının enfeksiyon risklerini azaltabilmek için elektif ameliyatlara ve endoskopik işlemler ertelenmiştir.^{1,3,4} Ancak, acil koşullarda gerçekleştirilmesi gereken acil endoskopi gibi girişimlerin ertelenmesi mümkün olmadığından, hasta ve çalışan güvenliği açısından COVID-19 pandemisi boyunca sağlık hizmetlerinin devam ettirilebilmesi için enfeksiyon kontrolüne yönelik önlemlerin alınması gereklidir.^{1,3,5}

Endoskopi hemşiresi, hastanın endoskopi ünitesine kabulünden taburculuğuna kadar tüm süreçlerde enfeksiyon önlemlerinin alınmasından ve doğru şekilde uygulanmasından sorumludur.⁶ Pandemi sürecinde hemşireler için süreçleri nasıl sürdüreceğine dair yol gösterici birçok rehber ya da protokol yayınlanmış olsa da, uygulamada farklılıklar bulunmaktadır.⁷ Bu derlemede amaç, COVID-19 hastalarının endoskopik tanı ve tedavi uygulamaları öncesi, sırası ve sonrası dönemde alınması gereken önlemleri literatür ışığında irdelemektir.

COVID-19'un gastrointestinal sistem üzerine etkisi

COVID-19 etkisini her ne kadar öncelikle solunum sisteminde gösterse de, hastanede tedavi gören hastalarda gastrointestinal (Gİ) semptomlar için prevalans %53 olarak bildirilmiştir.⁸ Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) COVID-19'lu ilk vakanın hastaneye 2 gün boyunca süren öksürük, yorgunluk, mide bulantısı ile başvurduğu; kusmayı takiben diyare olduğu ve bir dışkı örneği yoluyla teşhisin konulduğu bilinmektedir.⁹ Gİ semptomlarının varlığı başlangıçta mortalite dahil olmak üzere daha kötü klinik sonuçlarla ilişkilidir.¹⁰ Ancak sonraki veriler ilk gözlemlerle çelişmektedir.⁸ Pandeminin başlarında Gİ semptomlar ile ilgili bildirilen bir vaka raporunda COVID-19'un doğrudan bir sonucu olarak iskemik kolit olasılığına dikkat çekilmiştir.¹¹ Çin'de 95 olgunun incelendiği bir vaka serisi çalışmasında SARS-CoV-2 ile enfekte hastalarda kolondan alınan biyopsi örneklerinde viral RNA'sının tespit edildiği bildirilmiştir.¹² New York'ta 84 COVID-19 pozitif vakadan oluşan çok merkezli bir vaka serisi incelemesinde, vakaların %31'inde özofajit, peptik ülser hastalığı veya gastrit ve %8'inde kolit ile benzer şekilde tanımlanmıştır.¹³ İtalya'da endoskopik cerrahi uygulanan 38 hastadan oluşan başka bir vaka serisi çalışmasında, %37'sinde özofajit, peptik ülser veya eroziv gastrit saptanmış, 5 hastada (%13) iskemik veya hemorajik kolit geliştiği bildirilmiştir.¹⁴ ABD'de yapılan bir başka çalışmada; Gİ kanaması ve büyük lezyonları olan COVID-19 hastalarının

viral yaralanmadan ziyade gastroduodenal ve rektal ülserler gibi kritik hastalıklarla ilişkili olduğu tespit edilmiştir.¹⁵ Ancak tüm bu çalışmalarda, incelenen popülasyondaki farklılıklar nedeniyle COVID-19 hastalarındaki Gİ semptomlar belirsizliğini korumaktadır. Ek olarak, mevcut çalışmalar daha genelleştirilebilir, veriler değişen coğrafi bölgelerden ve uygulama ortamlarından edinilerek güncellenebilir.

Gastrointestinal semptomların belirlenmesinde endoskopik girişimler, solunum yetmezliği ve/veya kritik hastalığı olan hastalarda COVID-19 açısından riskli olabilir. Solunum partiküllerinin olası aerosolizasyonuna maruz kalma yoluyla sağlık çalışanları için de bir tehdit unsuru olabilir. Bu nedenle COVID-19 ile enfekte hastalar için risk-fayda oranına ilişkin değerlendirmelerin dikkatle yapılması ve önlemlerin hasta-çalışan güvenliği açısından özenle gerçekleştirilmesi son derece önemlidir.¹⁶

COVID-19 Pandemisi

COVID-19'un hızla yayılması, elektif endoskopilerin ertelenmesine neden olmuştur. Ancak, hastalar ve sağlık çalışanlarını mümkün olduğunca koruyarak ve en düşük riskle endoskopik girişimlerin devam etmesi gerekmektedir. Ekip içinde önemli bir rolü olan endoskopi hemşirelerinin, kurumların kendi pandemi protokolleri ve literatür doğrultusunda bu süreçleri etkin bir şekilde yürütmede sorumlulukları bulunmaktadır. Aşılamanın yaygınlaşması ve dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de alınan toplumsal ve bireysel önlemler ile COVID-19 pandemisi ile ilgili geline nokta, toplumsal yaşam eskisine oranla daha az etkilenmekte, aynı şekilde sağlık hizmetleri de normale dönmektedir. Birinci öncelik, hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliği olmalıdır.^{3,4,13}

Endoskopi Öncesi, Sırası ve Sonrası Yapılması Gerekenler:

Endoskopi yapılacak hastalar işlem öncesi 48-72 saat içinde bir COVID-19 soru formu ile taranmalıdır. Sağlık çalışanları da belirtiler açısından her iş günü benzer şekilde taranmalıdır. Hastaların ve çalışanların mutlaka beden sıcaklığı ölçülmeli; COVID-19'dan şüphelenilirse hemen alandan uzaklaştırılmalı ve karantinaya alınmalıdır. Test istenmeli, sonucuna ve ülkenin sağlık politikasına uygun gerekli uygulamalar gerçekleştirilmelidir.¹⁶⁻²²

Endoskopi Öncesi;

- Oda temizliği ve hazırlığının (alet, ekipman vb.) yeniden yapılması sağlanmalıdır.
- Kişisel koruyucu ekipmanları (KKE) giyerken veya çıkarırken uygun el hijyeni sağlanmalıdır.
- Personel endoskopi ünitesine girmeden önce saat, yüzük, küpe, kolye ve diğer takıları çıkarmalı, yüz kozmetik ürünleri kullanmamalıdır.

- Tüm yeni işe başlayan sağlık çalışanları birimin ihtiyaçlarına göre yönlendirilmeli ve eğitilmelidir. COVID-19 protokolü, uygun el hijyeni, uygun KKE takma/giyme - çıkarma tekniği ve imha yöntemi konularında eğitilmeli, protokoller değiştikçe eğitimler tekrarlanmalıdır.
- Hastalar ünite dışında bekleme alanlarında veya dış alanda/arabalarında bekletilmelidir.
- Hastalar tek başına ya da sadece bir aile bireyi/yakını ile üniteye gelmelidir.
- Hastalar sıraları geldiğinde doğrudan işlem odasına alınmalı, aile üyesi/refakatçi ünitenin dışında bekletilmeli, işlem sonrası hastalarını teslim almaları sağlanmalıdır.
- Bekleme odasındaki sandalyeler sosyal mesafe kurallarına göre yeniden düzenlenmelidir (Bu kapasite %50-75 oranında azaltabilir).
- Mümkünse üniteye giriş çıkışlar ayrı olmalıdır.
- Bilgilendirilmiş izin formunu imzalama, sigorta işlemleri ve ödeme ayrıntıları gibi evrak işleri mümkünse uzaktan tamamlanmalıdır. Teması en aza indirmek için tele-sağlık hizmetlerinden yararlanılabilir.
- Bireyler arasında 2 metre veya daha fazla mesafe bırakılması kuralı uygulanmalıdır.

Endoskopi sırasında;

- Hastalar ve çalışanlar cerrahi yüz maskesi takmalı, mümkünse N95 maske kullanılmalıdır.
- Endoskopi ekibinin tüm üyeleri işlem sırasında mutlaka önlük, eldiven giymeli, bone ve yüz/göz koruyucu takmalıdır. Bunları çıkarırken de hem kendilerini hem de etrafı kontamine etmemek adına kurallara uygun olarak çıkarmalıdır. Gİ endoskopik girişimlerde N95 maske (veya eşdeğer veya daha yüksek filtreleme özelliği olan maske) takmalı, bu mümkün değilse Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) önerisine göre standart cerrahi maskelerden iki tane kullanılmalıdır.
- Teminde sıkıntı olması durumunda N95 solunum maskelerinin yeniden kullanılması söz konusu olabilir. Bunların yeniden kullanım konusunda ne tür işlemlerden geçirileceği, nasıl takılacağı, çıkarılacağı, dekontamine edileceği ve saklanacağı konusunda rehberler hazırlanmalıdır.

Endoskopi sonrası;

- Endoskopist, endoskopi hemşireleri ve işlemde görev alan diğer sağlık çalışanları işlemden sonra uygun bir şekilde KKE çıkarmalı, ellerini yıkamalı ve sonrasında rapor vb. işleri halletmelidir.

- Endoskopi odasında gerektiğinde kullanılmak üzere nebulizatör bulunmalı, oksijen maskeleri hasta kendine gelinceye kadar yerinde bırakılmalı, işlem sonrası yenisi ile değiştirilmelidir.
- Hastanın güvenli ve hızlı bir şekilde endoskopi sonrası izlem ve dinlenme alanına transferi yapılmalıdır.
- Hasta ve refakatçisi taburculuk sonrası dikkat etmesi gerekenler konusunda uyarılmalıdır (endoskopi sonucu, izlemi, uygun mesafe ve koruyucu önlemler vb.).
- Kurum politikasına göre hasta izlemi için telefon görüşmeleri yapılmalıdır.¹⁶⁻²²

Hasta ve ailesi taburculuk sonrası hastanın COVID-19 testi pozitif çıkarsa veya aşağıdakilerden herhangi biri gelişirse hemen kuruma geri dönüş yapmaları konusunda bilgilendirilmelidir.^{13,14}

İşlemden sonraki 14 gün içinde ortaya çıkabilecek belirtiler:

- 38⁰C veya daha yüksek ateş,
- Öksürük,
- Nefes darlığı, nefes almada zorluk, göğüs ağrısı,
- Boğaz ağrısı,
- Koku veya tat alma duyusu kaybı,
- Yeni başlayan yorgunluk veya enerji eksikliği,
- Yeni başlayan mide bulantısı ve kusma,
- Yeni başlayan diyare,
- Herhangi bir yeni veya olağandışı semptom varlığında hızlıca işlemin yapıldığı kuruma başvurusu ve bildirim yapılmalıdır.¹⁶⁻²²

Temizlik İşlemi

- Endoskop ve eklentileri için standart dekontaminasyon ve yüksek düzey dezenfeksiyona ek bir işlem önerilmemektedir.
- Endoskopların temizlik ve dezenfeksiyonundan sorumlu hemşirelerin uygun KKE kullanmaları sağlanmalıdır (eldiven, gömlek, yüz koruyucu, bone ve maske). (N95 solunum maskelerinin kullanılmasını gerektiren bir öneri bulunmamaktadır. Temini mümkünse takılabilir).
- Endoskopi işlem odasında yüksek temaslı ve yatay yüzeylerin temizliğinde Çevre Koruma Ajansı (Environmental Protection Agency-EPA) kayıtlı hastane sınıfı dezenfektan solüsyonları ve mendilleri kullanılmalıdır.

- Tüm yüzeyler (masalar, tezgâhlar), klavyeler, bilgisayar fareleri, telefonlar, kapı kolları, musluklar vb. sık temas edilen yüzeyler günde en az iki kez dezenfekte edilmelidir.
- İşlem aralarında işlem odası uygun bir şekilde temizlenmelidir.
- Tuvaletler mümkünse her hastadan sonra temizlenmelidir.
- Endoskopi ünitesinin “gün sonu temizliği” için standart işlemlerde herhangi bir değişiklik önerilmemekle birlikte, kurum politikalarına uygun genel temizliğin yapılması sağlanmalıdır.¹⁶⁻²²

Sonuç ve Öneriler

Dünyayı olumsuz bir şekilde etkileyen COVID-19 pandemisinde acil ve ertelenmesi mümkün olmayan endoskopik girişimlerde, hastalığın bulaşmasını ve komplikasyonların gelişmesini önlemek için işlem öncesi, sırası ve sonrası dönemde gerekli tüm önlemler alınmalıdır. Endoskopi ekibi içinde önemli bir role sahip olan endoskopi hemşireleri kurum protokolleri doğrultusunda, koruyucu ekipman ve kaynakların akılcı kullanımı ve sürecin yönetimine ilişkin konularda etkin görev almalıdır. Bu derlemenin, pandemi sürecinde endoskopi işlemi öncesi, sırası ve sonrası dönemde alınması gereken önlemlere ilişkin öneriler sunması nedeniyle literatüre katkı sağlayacağı ve özellikle hemşirelik uygulamalarına rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Çelik B, Yasak K, Turhan Damar H, Çakır Umar D, Ögce F. COVID-19 salgınında ameliyathane ve vaka yönetimi. *J Anatolia Nurs Heal Sci.* 2020; 23(2): 331-342. **doi:** 10.17049/ataunihem.728544.
2. Karaca AS, Özmen MM, Uçar AD, Yastı AÇ, Demirer S. General surgery operating room practice in patients with COVID-19. *Turkish Journal of Surgery-Bilimsel Tıp Yayınevi.* 2020; 36(1): I-V. **doi:** 10.5578/TURKJSURG.202001.
3. Gök AFK, Eryılmaz M, Özmen MM, Alimoğlu O, Ertekin C, Kurtoğlu MH. Recommendations for trauma and emergency general surgery practice during COVID-19 pandemic. *Turkish Association of Trauma and Emergency Surgery.* 2020; 26: 335–342. **doi:** 10.14744/tjtes.2020.79954.
4. de Caro F, Hirschmann TM, Verdonk P. Returning to orthopaedic business as usual after COVID-19: strategies and options. *Knee Surgery, Sport Traumatol Arthrosc.* 2020. **doi:** 10.1007/s00167-020-06031-3.
5. Ortega R, Gonzalez M, Nozari A, Canelli R. Personal protective equipment and COVID-19. *N Engl J Med.* 2020; 382(26): e105-e105. **doi:** [10.1056/NEJMvem2014809](https://doi.org/10.1056/NEJMvem2014809).
6. Karadağ M. Cerrahi hemşireliği. Karadağ M, Bulut H Editör (ler). Kavram haritası ve akış şemalı cerrahi hemşireliği. Ankara: Vize Yayıncılık; 2019. s. 451-464.
7. Coimbra R, Edwards S, Kurihara H, Bass GA, Balogh ZJ, Tilsed J, et al. European society of trauma and emergency surgery (ESTES) recommendations for trauma and emergency surgery preparation during times of COVID-19 infection. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2020; 46(3): 505–510. **doi:** [10.1007/s00068-020-01364-7](https://doi.org/10.1007/s00068-020-01364-7).
8. Elmunzer BJ, Spitzer RL, Foster LD, Merchant AA, Howard EF, Patel VA et al. Digestive manifestations in patient hospitalized with COVID-19. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2020; in press.

9. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, et al. First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *N Engl J Med.* 2020; 382: 929–936.
10. Pan L, Mu M, Yan P, Sun Y, Wang R, Yan J, et al. Clinical characteristics of COVID-19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross-sectional multicenter study. *Am J Gastroenterol.* 2020; 115: 766–773.
11. Carvalho A, Alqusairi R, Adams A, Paul M, Kothari N, Peters S, et al. SARS-CoV-2 Gastrointestinal infection causing hemorrhagic colitis: implications for detection and transmission of COVID-19 disease. *Am J Gastroenterol.* 2020; 115: 942–946.
12. Lin L, Jiang X, Zhang Z, Huang S, Zhang Z, Fang Z, et al. Gastrointestinal symptoms of 95 cases with SARS-CoV-2 infection. *Gut.* 2020; 69(6): 997–1001.
13. Blackett JW, Kumta NA, Dixon RE, Davis Y, Nagula S, DiMaio CJ, et al. Characteristics and outcomes of patients undergoing endoscopy during the COVID-19 pandemic: A multicenter study from New York City. *Dig Dis Sci.* 2020; 66(8): 2545-2554.
14. Massironi S, Viganò C, Dioscoridi L, Filippi E, Pagliarulo M, Manfredi G, et al. Endoscopic findings in patients infected with 2019 novel coronavirus in lombardy. *Italy Clinical Gastroenterol and Hepatol.* 2020; 18(10): 2375–2377.
15. Martin TA, Wan DW, Hajifathalian K, Tewani S, Shah SL, Mehta A, et al. Gastrointestinal bleeding in patients with coronavirus disease 2019: a matched case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2020. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000805>.
16. Kuftinec G, Elmunzer BJ, Amin S. The role of endoscopy and findings in COVID-19 patients, an early North American Cohort. *BMC gastroenterology.* 2021; 21(1): 1-7.
17. Hennessy B, Vicari J, Bernstein B, Chapman F, Khaykis I, Littenberg G, et al. Guidance for resuming GI endoscopy and practice operations after the COVID-19 pandemic. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2020; 92(3): 743-747.
18. Kongkam P, Tiankanon K, Ratanalert S, Janthakun V, Kitiyakara T, Angsuwatcharakon P. et al. The practice of endoscopy during the COVID-19 pandemic: recommendations from the Thai association for gastrointestinal endoscopy (TAGE) in collaboration with the endoscopy nurse society (Thailand). *Siriraj Medical Journal.* 2020; 72(4): 283-286.
19. Feuerstein JD, Levy N, Zucco L, Levy LA, Sawhney M, Ramachandran SK. Management of a COVID-19 patient in the endoscopy suite. *VideoGIE.* 2020; 5(8): 327-330.
20. Furfaro F, Vuitton L, Fiorino G, Koch S, Allocca M, Gilardi D, et al. SFED recommendations for IBD endoscopy during COVID-19 pandemic: Italian and French experience. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology.* 2020; 17(8): 507-516.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, güncel dönemde COVID-19 ilişkili izolasyon ve karantina uygulamaları. 14 Ocak 2022, (Erişim: 18.03.2022). Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/42333/0/covid-19gunceldonemdecovid19iliskiliizolasyonvekarintinauygulamaları-2pdf.pdf> Ankara
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, COVID-19 pandemisinde sağlık kurumlarında çalışma rehberi ve enfeksiyon kontrol önlemleri. 9 Mart 2021, (Erişim: 18.03.2022). Erişim adresi:

<https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40282/0/covid19-saglikkurumlarindacalismarehberiveenfeksiyonkontrolonlemleripdf.pdf>

Palyatif Bakım Hemşireliğinde Bir Spiritüel Bakım Yaklaşımı: Acıyı Anlamlandırmak **A Spiritual Care Approach in Palliative Care Nursing: Finding Meaning in Suffering**

Yasemin Eskigülek¹, Sultan Kav²

Öz

Palyatif bakım hastaları fiziksel ağrının yanı sıra psikososyal ve spiritüel yönlerden de varoluşsal düzeyde acı deneyimlemektedir. Birey, çektiği acıya anlam kazandırdığında yaşam kalitesi artmakta ve hastalık süreciyle baş etmesi kolaylaşmaktadır. Hemşireler, bireye spiritüel destek sağlamada önemli role sahiptir. Bu derlemede palyatif bakım hastalarında spiritüel bakımın önemini vurgulamak ve bu alanda çalışan hemşirelere, bireyin acısını anlamlandırmada yardımcı olabilecek yöntemleri açıklamak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Acı, anlam, hemşirelik, logoterapi, palyatif bakım

Abstract

Palliative care patients experience existential suffering in terms of psychosocial and spiritual aspects as well as physical pain. If an individual finds meaning in suffering, his quality-of-life increases, and it becomes easier to cope with disease process. Nurses have an important role in providing spiritual support to patients. In this review, it is aimed to emphasize the importance of spiritual care in palliative care patients and to explain the methods that can help nurses working in this field for finding meaning in suffering.

Keywords: Logotherapy, meaning, nursing, suffering, palliative care

¹Öğretim Görevlisi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.
ORCID: 0000-0001-7237-5598

² Profesör Doktor, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye.
ORCID: 0000-0003-0361-7498

Sorumlu Yazar: Uzman Hemşire, Yasemin Eskigülek, E-posta: yaseminuslu12@gmail.com

Geliş Tarihi: 8 Haziran 2022, Kabul Tarihi: 18 Ekim 2022

Giriş

Palyatif bakım hemşiresi, yaşamı tehdit edici bir hastalığa sahip bireyin ve ailesinin yaşam kalitesini artırmak amacıyla bakım sunan multidisipliner ekibin bir üyesidir¹. Palyatif bakım hemşireliğinin temelini, yaşamının sonuna kadar hastanın en temel gereksinimlerini karşılamak, desteklemek ve konforunu sağlamak oluşturmaktadır². Hemşire, bu hedeflere ulaşmada modern hemşirelik rollerini kullanarak bireyin ve ailesinin psikososyal ve spiritüel bakımına da destek olur^{3,4}. Hemşire, bireyin yaşam kalitesini artırma, sağlığını koruma ve yükseltme amacıyla bakım vermenin yanı sıra hasta bireyle kurduğu iletişim ve verdiği bakımın doğası itibarıyla spiritüel bakım vermede önemli bir role sahiptir^{5,6}. Yapılan çalışmalarda hemşire ve hekimlerin, spiritüel bakım sunmanın zor ve iş yükünün fazla olması; bu konuda yeterli eğitime, zamana ve özel alana sahip olmamaları nedeniyle istedik düzeyde spiritüel bakım veremedikleri gösterilmiştir⁷⁻¹¹. Buna rağmen palyatif bakım hastalarının yoğun spiritüel distres yaşadıkları¹²; hastalığı anlamlandırmakta ve kabullenmekte zorlandıkları, suçluluk ve yalnızlık duygusunun yanı sıra gelecek kaygısı ve kontrol kaybı deneyimledikleri¹³, yaşamı anlamlandırmaya ihtiyaç duydukları¹⁴, yeterli spiritüel bakım alamadıklarında daha fazla depresif semptom bildirdikleri¹⁵ saptanmıştır. Selman ve arkadaşlarının 9 farklı ülkeden palyatif bakım hastaları ve bakım vericileriyle yaptıkları çalışmada katılımcılar, spiritüel problemlerine yönelik bir destek alamadıklarını, sağlık personelinin bu konuyu öncelikli olarak değerlendirmedeğini ve zaman ayıramadığını belirtmiştir¹³. Pujol, Jobin ve Beloucif'in ileri evre kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada katılımcılar, spiritüel problemlerinin hastanede çözülmesini beklemeseler de spiritüel gereksinimlerinin en azından kendi kimliklerinin bir parçası olarak görülmesini arzu ettiklerini bildirmiştir¹⁶.

Bireyin spiritüel gereksinimlerinin karşılanmaması, bireyin iyilik halinde ve yaşam kalitesinde düşüşe, anksiyete ve depresyon riskinde artışa yol açmaktadır^{15,17,18}. Logoterapi, yaşamda anlam bulmaya yardımcı olarak bireyin spiritüel gereksinimlerinin karşılanmasında ve ayrıca depresyon, obsesif-kompulsif bozukluklar ve anksiyete gibi medikal durumların çözümünde kullanılan bir yöntemdir¹⁹. Logoterapi, bunların yanı sıra madde kötüye kullanımı, post-travmatik stres bozukluğu, ileri evre kanser ve diğer kronik hastalıklarda görülen ölüm korkusu, umutsuzluk gibi semptomlarla baş etmede kullanılmaktadır²⁰. Meta-analizlerde, logoterapiyi temel alan anlam merkezli girişimlerin ileri evre kanser ve yaşam sonu bakım hastaları başta olmak üzere diğer bazı kronik hastalıklarda yaşamı ve acıyı anlamlandırarak yaşam kalitesini artırdığı ve psikolojik stresi azalttığı, spiritüel iyilik halini artırdığı gösterilmiştir^{21,22}. Acı bireyin biyolojik, psikososyal ve spiritüel bütünlüğünü tehdit eden ve baş edemediği durumlarda ortaya çıkan, fiziksel ağrıyı içermesine rağmen yalnızca bununla sınırlı

olmayan aşırı distress olarak ifade edilebilir²³. Palyatif bakım hastalarında acının kaynağı hastalık sürecinin belirsizliği ve uygulanan tedavilerin yanı sıra üretkenliğini, sosyal ilişkilerini, rollerini sürdürmemeye gibi günlük yaşantısını tehdit eden süreçler de olabilir. Acının anlamlandırılması ve bireyin acısını ifade etmesine olanak sağlanması palyatif bakım gerektiren hastalıkla baş etmede yararlıdır^{23,24}.

Temelini bakım vermenin oluşturduğu hemşirelikte, bireyin spiritüel gereksinimlerini destekleyen uygulamalar, bireyin yaşam kalitesine katkıda bulunarak bakımın niteliğini artırmaktadır. Bu derlemenin amacı, palyatif bakım hastalarında spiritüelitenin önemini vurgulamak ve spiritüel bakımda bireyin otantikliğini ortaya çıkararak acıyı anlamlandırmada kullanılabilecek yöntemleri açıklamaktır.

Spiritüel

Spiritüel bireyin fiziksel, emosyonel, entelektüel ve sosyal boyutlarının ötesinde yaşama bakışını belirleyen, kişiye özgü bir değer sistemidir²⁵. Spiritüel kavramı, sıklıkla inanç boyutu yerine kullanılsa da aslında hem inancı hem de yaşamın tüm fiziksel boyutlarının ötesini içeren kapsayıcı bir terim²⁵ olup bireyin değerlerini, aidiyet duygusunu, manevi gücünü kullanarak yaşamında amaç ve anlam bulmasına olanak sağlayan bir öz aşkınlık yolculuğudur^{26,27}. Bu yolculuk, bireyin yaşamındaki acı, kayıp ve belirsizliklerle baş etmesini kolaylaştırarak uyum sağlamasına, psikolojik sağlamlığının artmasına ve iyileşmesine katkıda bulunur^{28,29}. Bu nedenle, başta palyatif bakım hastaları olmak üzere bakım gereksinimi duyan tüm bireylerin spiritüel bakımına destek olunarak bu katkılardan yararlanılması önemlidir.

Palyatif Bakım Hemşireliğinde Spiritüel Bakım

Spiritüel bakım, bireyin onurunu yücelten ve şefkatle sunulan, birey yaşam sonu dönemde bile olsa kendisinde bir iyileşme ve sağlıklı olma duygusu uyandıran ilişki olup bireyi biyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel yönleriyle ele alan holistik yaklaşımın ve palyatif bakımın bir bileşenidir^{30,31}. Hemşirelikte spiritüel bakım, bireyin itibarına saygı duymayı, hemşire ile hasta arasındaki ilişkide koşulsuz kabullenme ve sevgiyi kapsayan, umut ve huzuru destekleyen; hemşirenin yaşamın aşkınlık boyutunun farkında olmasını gerektiren sezgisel, dinamik ve iyileştirici bir süreci ifade eder^{32,33}. İyileşme süreci, bireyin acı verici olaylara yüklediği anlamları kendi bütünlük algısıyla harmanlayarak aştığı, öznel bir deneyimdir³⁴. Aşkınlık ise bireyin benliğini ve evreni, mevcut sınırların ötesinde bir perspektifte algılama süreci olup spiritüel bakımın temelini oluşturmaktadır^{26,27,35}. Spiritüel bakımın amacı, bireyin yaşamındaki anlamı sürdürmesine destek olarak spiritüel iyilik halini sağlamaktır³⁶. Spiritüel iyilik hali, bireyin, hastalığın getirdiği emosyonel ve fiziksel problemlere karşı toleransını artırmakta, ağrı ve strese azalmaya yol açmaktadır^{26,37}.

Hemşire, spiritüel bakım vermek için gözlem, sorgulama veya spiritüel gereksinimleri belirleme araçlarını kullanarak değerlendirme yoluyla bireyin spiritüel distres düzeyini ve bununla ilişkili risk faktörlerini belirlerken birey, ailesi ve multidisipliner sağlık ekibiyle iş birliğini de sürdürerek holistik yaklaşımın gerekliliklerini yerine getirir³⁶. Hemşire bu süreçte aktif dinleme, dokunma, göz teması kurma yoluyla bireyin yanında olduğunu hissettirmeye, mahremiyetini ve itibarını korumaya özen göstermelidir. Birey, bu terapötik ilişki yoluyla diğer insanlarla anlamlı ilişki kurabilir, dini ritüellerini yerine getirebilir ve gevşeme egzersizleri veya yoga gibi uygulamalarla iç dünyasını rahatlatılabilir, değer ve inançlarını yaşayarak spiritüel gereksinimlerini karşılayabilir^{36,38}. Tüm bunlar, günlük pratikte kolaylıkla uygulanabilecek girişimlerdir. Bunların yanı sıra spiritüel bakım sürecinde bireyin biricikliğini ortaya çıkaran, anlam merkezli girişimler de bulunmaktadır. Anlam merkezli girişimler, yaşamdaki anlamı temel alarak bireyin bu anlama ulaşmasını kolaylaştıran ve bu yolla spiritüel iyilik haline katkıda bulunan yaklaşımlardır²¹.

Yaşamdaki Anlam

Yaşamdaki anlam, en genel tanımıyla, bireyin hayatını değerli kılan, güçlüklerle baş etmesini kolaylaştıran ve amaçları doğrultusunda yaşamını yönlendirmesini sağlayan öznel bir gereksinimdir^{39,40}. İnsanın kendini ve dünyayı anlama ve anlamlandırma çabası, insanlık tarihi kadar eskidir. Binlerce yıllık insanlık tarihi göz önüne alındığında yaşamın anlamına ilişkin görüş ve önermelerin çeşitliliği kaçınılmaz olsa da konuya ilişkin yazılı kaynaklar, Alman filozof Novalis'in Aydınlanma Çağında (18. yüzyıl) sarf ettiği "Dünya, anlamını yitirdi. Harfler arasında sıkışıp kaldık", ifadelerine kadar uzanan 250 yıllık bir geçmişe sahiptir. Novalis, bu sözleriyle Aydınlanma Çağının simgesi haline gelen Ansiklopedide kelimelerin istedik derinliği verememesinden yakınırken "mekanik" açıklamaların dünyayı anlamlandırmada yetersiz olduğunu da belirtmiştir⁴¹. Bu süreç sonrasında yaşamdaki anlama ilişkin tartışmalar ivme kazansa da esas dönüm noktası Avusturyalı nörolog ve psikiyatrist Viktor E. Frankl tarafından geliştirilen varoluşçu analiz ve logoterapi yaklaşımı olmuştur⁴¹⁻⁴⁶.

Logoterapi ve Otantik Varoluş

Logoterapi, anlam yoluyla iyileşme anlamına gelen, bireyi biyo-psiko-spiritüel boyutlarıyla bir bütün olarak ele alan ve psikoterapinin Üçüncü Viyana Okulu olarak da adlandırılan, Frankl tarafından geliştirilmiş bir ekoldür⁴⁷⁻⁵⁰. Çocukluk çağlarından beri yaşamın anlamını sorgulayan Frankl, gençlik dönemlerinde sırasıyla Freud'un haz istenci ve Adler'in güç istenci düşüncelerinden etkilenmiş olsa da bunların yaşamın motivasyonu değil yalnızca anlamını bulmanın bir yan ürünü olabileceğini ileri sürerek "anlama" odaklanmıştır. Bu görüşlerini suisit önleme merkezlerinde, psikiyatri hastanelerinde ve gençlik merkezlerinde test etmiş ve

insanların bir amacı olduğunda yaşama daha sıkı tutunduklarını gözlemlemiştir. Temelini attığı logoterapiyle, yaşamın en anlamsız olabileceği Nazi toplama kamplarından sağ çıkabildiği gibi oradaki diğer mahkumlara da “her insanın çok özel bir görevi olduğu ve bunu yerine getirmek için bir seçeneği olduğunu” göstererek yardımcı olmuştur^{19,43,47,49,51,52}. Frankl, yaşamdaki esas motivasyonun anlam istenci olduğunu ve bireyin otantik varoluşunu keşfetmesiyle kendini gerçekleştirerek yaşamını anlamlı kılabileceğini belirtmektedir^{49,51}. Otantik kişi yaşamın geçiciliğini bilen, bu nedenle benliğinin sorumluluğunu anın anlamına göre yönlendirip seçimlerini özgürce yapan ve bu seçimlerin sonuçlarını taşıyan, kendine karşı dürüst olan bireydir^{49,51,53}. Bu nedenle otantik kişide hem yaşamın sonsuz olmayışı hem de varoluşunun sorumluluğunu üstlenme gerekliliği nedeniyle sürekli bir anksiyete söz konusu olup bu durum logoterapinin temel aldığı varoluşçu felsefenin de ana hususlarından^{50,54,55}. Her ne kadar varoluşçu yaklaşımlar birbirinden farklı olsa da varoluşçu felsefenin temelinde varoluşun özden önce geldiği görüşü yatmaktadır. Bu varoluş, insana özgü olup insan önce dünyada fiziksel olarak var olmakta, bundan sonra da insana özgü ve kendini biricik kılan özellikler kazanarak özüne ulaşmaktadır^{50,53}. İnsanın varoluşu, dünyada fiziksel olarak var olmanın yanı sıra diğer canlılardan farklı olarak bir var olma bilincine sahip olmasından kaynaklandığı için özünü anlayabilmek için fenomenolojiden yararlanılmaktadır. Fenomenoloji, bir fenomenin sübjektif bilinç düzeyinde daha iyi anlaşılmasına yardımcı olan bir yöntem ve felsefedir⁵⁶. Benzer şekilde logoterapide de fenomenoloji, bireyin tüm önyargılardan arınmış biçimde kendini anlama ve varoluşunu yorumlama yöntemi olarak kullanılmaktadır⁵⁰.

Logoterapide insanın varoluşunun özü sorumluluktur ve yaşam hangi koşulda olursa olsun son nefese kadar anlamlıdır. Yaşamı anlamlı kılmak, bireyin yaşamdan ne beklediği yerine yaşamın bireyden neyi beklediği sorusuna yanıt vermekle mümkündür^{50,51}. Bu soruyu yanıtlamak için anlamın ne olduğunu bilmek gerekir. Frankl, anlamı anlık ve nihai olmak üzere ikiye ayırmıştır. Frankl’a göre yaşamın anlamı kişiden kişiye, durumdan duruma her saniye değişebildiği için anlık/durumsaldır ve bu nedenle anın anlamına odaklanmıştır. Nihai anlam ise bireyin anlayabilmesinin ötesindedir, çünkü insanın yaşamı hem olanaklar bakımından sınırlıdır hem de bir sonu vardır. Nihai anlam, bireyin anlık/durumsal anlamlarının bütünü olup yaşamı sona erdiğinde dünyada bıraktığı kişilik izleridir^{47,57,58}. Yaşam her durumda insanın önüne seçenekler sunar ve birey, otantik varoluşuna uygun seçenekleri özgürce seçtiğinde yaşamını anlamlandırmış olur. Bu süreç, bireyin spiritüel boyutuyla ilişkili olsa da dini inanç bakımından bir zorlamaya yol açmamak amacıyla logoterapide “noetik boyut” olarak adlandırılmaktadır^{48,51,59}.

Noetik boyut fiziksel ve psikolojik boyuttan farklı olarak bireyin varoluşunu irdelediği, seçimlerini yaptığı ve tutumunu belirlediği boyuttur. İnsan, günün her anında karşısına çıkan durumlar arasında seçimler yapmak zorundadır. Bu seçimler beslenme, alışveriş yapma, çalışma gibi günlük yaşam rutinlerinin yanı sıra kişiler arası çatışmalar, kaza ve hastalıklar gibi kaçınılmaz veya değiştirilemez bir kader karşısındaki tutumunu da içerir. Birey seçimlerini yapmada özgürdür, ancak seçimlerinin sonuçlarına ilişkin sorumluluğu da üstlenmelidir. Bireyin seçimi, otantikliğini sürdürmesine olanak sağladığı sürece sorumluluğunu taşımak kolaydır. Fakat her seçim, bireyin otantikliğini korumayabilir. Bireyin vicdan krizi, değer çatışması, varoluşsal ve ahlaki değerlerinde engellenme, anlamsızlık veya ümitsizlik hislerini taşımasına yol açan seçimleri otantikliğini tehdit eder. Bu nedenle seçimlerin sorumluluğunun iki yönü vardır. Bunlardan biri, hayatın sorduğu her bir sorunun, bir diğer deyişle seçim yapmamız gereken her bir durumun yalnızca bir tek doğru cevabı olması nedeniyle otantikliğimizi korumak için doğru tercih yapma sorumluluğu; diğeri de yaptığımız tercihlerin sonuçlarını üstlenme sorumluluğudur^{48,59-61}. Ancak özgürlük ve sorumluluğun objektif temelleri vardır. Bunlar normatif etik değerler, ahlaki ilkeler ve akla yatkınlıktır⁶¹.

Birey, yaşamının anlamına uygun olmayan seçimler yapması gerektiğinde, bu seçiminin sonucunda diğer insanlar tarafından başarılı görülse bile anlam istenci karşılanmadığı için anlamsızlık duygusu, bir diğer ifadeyle varoluşsal boşluk yaşar. Bu varoluşsal boşluk duygusu, bireyi anlamı bulmaya iten bir farkındalığa götürse de uzun vadede distres ve depresyona kadar uzayabilen bir dizi soruna yol açabilmektedir^{19,51,62}. Frankl'a göre yaşam bireylere her zaman seçimlerinden tatmin olacakları soruları sormaz. Bazı bireyler seçimlerinin sonucunda sevinç, başarı, mutluluk gibi duygularla anın anlamına ulaşabilseler de bu durum tüm insanlara genelleştirilemez. Fakat acı, suçluluk duygusu ve yaşamın geçiciliği tüm insanların kaçınamayacağı deneyimler olup Frankl bunları trajik üçleme olarak adlandırmıştır. Yaşamın geçiciliği ölümün hatırlatıcısı; acı kaçınılmaz ve değiştirilemez bir kader karşısında çekilen manevi ıstırap; suçluluk ise kontrol edebileceğimiz durumlarda verdiğimiz hatalı kararların yol açtığı duygudur^{47,51,59}. Logoterapi, trajik üçlemeye çözüm olarak bireyin potansiyelini en iyi biçimde ortaya çıkarmak için trajik optimizmi önermektedir. Trajik optimizm bireyin çektiği acıyı bir başarı hikayesine dönüştürmesi, suçluluk duygusunu daha iyi hale gelmek için bir değişim noktası olarak görmesi ve yaşamın geçiciliğini sorumlu eylemlerde bulunmak için bir motivasyon olarak kullanması olarak ifade edilebilir⁵¹.

İnsanın varoluşsal anlamdaki en büyük acılarından biri, ölmeden önce ölüme yakın olduğunun farkındalığından kaynaklanmaktadır⁶³. Palyatif bakım hastalarının ölüm kaygısı ve hastalığın getirdiği sorunlar nedeniyle varoluşsal acı yaşadıkları bilinmektedir⁶⁴. Yaşam son

nefese kadar anlamlı olduğuna göre palyatif bakım gerektiren hastalığa sahip bireyler, yaşamın anlamını nasıl keşfedebilir? Frankl, anlamı keşfetmenin yolunun yaratıcı değerler, deneyim değerleri ve tutum değerlerinin anlaşılmasından geçtiğini belirtmektedir^{47,57}.

Yaratıcı değerler bireyin çalışma, eylemde bulunma gibi yaratıcı faaliyetleriyle dünyaya kattığı değerler bütünüdür. Deneyim değerleri bireyin kültür, doğa, sanat eylemlerine katılma gibi deneyimleri yoluyla estetik ve güzellik duygularını yaşadığı, bir diğer ifadeyle dünyadan aldığı değerlerdir. Tutum değerleri ise bireyin değiştirilemez bir kader veya kaçınılmaz bir durum karşısında takındığı tavırlar bütünüdür^{47,57,65}. Birey, kaçınılmaz bir acıda anlam bulursa o acıyı çekmeyi biricik görevi olarak görmeye başlar. Frankl'a göre bir insanın elinden her şey alınabilir, ancak tutumunu seçme özgürlüğü alınmaz. Bu özgürlük sayesinde konsantrasyon kampındaki kader arkadaşları, ölüme doğru onurlu bir yürüyüşle gitmişlerdir. Acı, inançla veya bireyin çektiği acıya bakış açısının değiştirilmesiyle anlam kazanabilir^{47,51}. Bu değişim logoterapi tekniklerinden düşünce odağını değiştirme (derefleksiyon) ve tutum modülasyonu ile gerçekleştirilebilir. Tutum modülasyonu, bireyin kayıplarına odaklanmak yerine mevcut şartlarda özgür ve sorumlu olduğu alanlara yönelmesidir. Tutum değişikliğinin yolu suçluluk duygusunun geleceğe ilişkin tutarlı kararlar almada kullanılmasından; acının, yaşamın son anına kadar "yaşamın anlamına" bir diğer deyişle yaşamı değerli kılacak amaçlara ulaşılmasında ve sorumlulukların taşınmasında yararlanılmasından; ölümün de yaşam halen devam ettiği için her yeni günün çok değerli olarak planlanmasından geçmektedir. Logoterapi, bir çocuğunu kaybeden bir annenin "yaşayan iki çocuğunuz daha var" şeklinde teselli edilmek yerine hayatta olan çocuklarının kendisine ihtiyacı olduğunun hatırlatılmasını gereksindiğini kabul eder. Ayrıca iyileşmesi güç bir hastalığa bağlı yaşadığı depresif semptomlar nedeniyle yapabileceği günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekten kaçınan bireye, çektiği acıya odaklanmak yerine gerçekleştirebileceği, seçme özgürlüğüne sahip olduğu şeyleri yapabilmesi ve bu yolla "hastalığın" kendini tanımlamasına izin vermemesi ve yaşadığı acıya meydan okuması yönünde cesaret vermenin, bireyin sağlıklı olan noetik boyutunu güçlendireceğini öngörür. Frankl'ın yaklaşımına göre yaşam, bireylere mutluluk değil anlam borçludur. Hayatın anlamı bazen sabah uyanabilmek, boş bir yolda özgürce otomobil kullanabilmek veya istediği bir yemeği yiyebilmekten sevdiği biriyle görüşmeye, hoşlanmadığı bir işte çalışırken profesyonelliğini sürdürerek tutum değerlerini korumaktan tanımadığı birine bir iyilik yapmaya veya bir vakıf kurarak ihtiyaç duyan insanlara fayda sağlamaya kadar geniş bir aralıkta bulunabilir^{47,50,51,66,67}.

Aşağıdaki örnekler, acıya bakış açısını değiştirmeye yardımcı olabilecek bazı yolları göstermektedir.

Frankl, ileri evre kanser nedeniyle kliniğinde yatmakta olan bir hemşirenin çektiği acının hastalıktan değil çalışmaya devam edecek gücü olmadığından kaynaklandığını saptar. Hemşireye her gün belirli saatler boyunca çalışmanın hemen herkesin yapabileceği bir şey olduğunu, fakat çalışamayacak kadar güçsüz olduğu halde çalışmaya bu kadar istekli olabilecek kişi sayısının çok az olabileceğini, kendisinin de bu birkaç kişiden biri olduğunu söyler⁵⁷. Bir doktor, Frankl'a gelerek iki yıl önce eşini kaybettiğini fakat acısını hala unutmadığı için depresif olduğunu söyler. Frankl, doktora ölen kişi eşi değil de kendisi olsaydı eşinin ne durumda olacağını sorar. Doktor, bu soruya “çok acı çekerdi” cevabına Frankl “bu durumda eşinize iyilik yapıyorsunuz, onun yerine bu acıyı siz çekiyorsunuz” şeklinde yanıt verir. Bunun üzerine doktor, Frankl'a teşekkür ederek odadan ayrılır⁵⁷.

On yedi yaşında geçirdiği bir kaza sonucu kuadriplejik kalan bir genç, Frankl'a yazdığı mektupta hayatının anlam ve amaç dolu olduğunu, vücudunda kırılan yerin kendisi değil boynu olduğunu, bu durumun yalnızca diğer insanlara yardım edebilme becerilerini geliştirmesine engel olduğunu ve bu acıyı çekmemiş olsaydı bu kadar gelişemeyeceğini ifade etmiştir⁵⁹. Yukarıda verilen örnekler bireylerin acıya farklı açılardan bakabildiklerinde bu acıya bir anlam ve amaç yükleyerek acıyı baş edilebilir hale getirebildiklerini göstermektedir. Hastalığı olan bireylerin yalnızca fiziksel ağrılarının hafifletilmesi yeterli değildir, yakınmalarının duyulması da gerekir⁵⁹. Hemşire hasta bireyi dinleyerek, acısına tanık olarak, spiritüel destek sağlayarak acının anlamlandırılmasına yardımcı olabilir⁶⁷. Hemşirenin rolü, hasta bireyin hastalığını anlamlandırmasına veya bu gerçeği kabullenmesine yardımcı olmaktır⁶⁸.

Sonuç ve Öneriler

Palyatif bakım gerektiren bir hastalığa sahip olmak, beraberinde varoluşsal sorgulamalar ve acı çekmeyi de getirmektedir. Bireyin acısına anlam kazandırıldığında, çekilen acı bir sıkıntıdan çok, daha yüce bir amaç için katlanılması gereken bir görev haline gelmektedir. Bu yüce amaç, bireyin “uğruna yaşamaya değerine” inandığı herhangi bir neden olabilir. Bireyin acısı spiritüel gücünü kullanarak veya acıya bakış açısını değiştirerek azaltılabilir. Hemşirelerin yaşamın anlamının önemini ve yaşamdaki anlamı keşfetme yollarını bilmesi, palyatif bakım hastalarının varoluşsal problemlerinin çözümünde yardımcı olarak bakım kalitesini artırabilir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2018
2. Sekse RJT, Hunskaar I, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. J Clin Nurs. 2018 Jan;27(1-2):21-38. doi: 10.1111/jocn.13912.

3. Aydemir Gedük E. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018; 5(2): 253-258.
4. Yıldırım Y. Palyatif bakımda hemşirelik çalışmaları. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics. 2017; 10(1):49-56.
5. Nissen RD, Viftrup DT, Hvidt NC. The process of spiritual care. Front Psychol. 2021 Sep 7; 12:674453. doi: 10.3389/fpsyg.2021.674453.
6. Green C. A Philosophical Model of the nature of nursing. Nurs Res. 2018 Mar/Apr;67(2):93-98. doi: 10.1097/NNR.0000000000000247.
7. Bar-Sela G, Schultz MJ, Elshamy K, Rassouli M, Ben-Arye E, Doumit M, et al. Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. Palliat Support Care. 2019 Jun;17(3):345-352. doi: 10.1017/S147895151800055X.
8. Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. J Pain Symptom Manage. 2014 Sep;48(3):400-10. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.09.020.
9. Farahani AS, Rassouli M, Salmani N, Mojen LK, Sajjadi M, Heidarzadeh M, et al. Evaluation of health-care providers' perception of spiritual care and the obstacles to its implementation. Asia Pac J Oncol Nurs. 2019 Apr-Jun;6(2):122-129. doi: 10.4103/apjon.apjon_69_18.
10. Adib-Hajbaghery M, Zehtabchi S, Fini IA. Iranian nurses' professional competence in spiritual care in 2014. Nurs Ethics. 2017 Jun;24(4):462-473. doi: 10.1177/0969733015600910.
11. Tao Z, Wu P, Luo A, Ho TL, Chen CY, Cheng SY. Perceptions and practices of spiritual care among hospice physicians and nurses in a Taiwanese tertiary hospital: a qualitative study. BMC Palliat Care. 2020 Jul 1;19(1):96. doi: 10.1186/s12904-020-00608-y.
12. Bandeali S, des Ordon AR, Sinnarajah A. Comparing the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients with non-cancer and cancer diagnoses in a tertiary palliative care setting. Palliat Support Care. 2020 Oct;18(5):513-518. doi: 10.1017/S1478951519001020.
13. Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P, et al; InSpirit Collaborative. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. Palliat Med. 2018 Jan;32(1):216-230. doi: 10.1177/0269216317734954.
14. Bonavita A, Yakushko O, Morgan Consoli ML, Jacobsen S, Mancuso RLL. Receiving spiritual care: experiences of dying and grieving individuals. Omega (Westport). 2018 Mar;76(4):373-394. doi: 10.1177/0030222817693142.
15. Pearce MJ, Coan AD, Herndon JE 2nd, Koenig HG, Abernethy AP. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. Support Care Cancer. 2012 Oct;20(10):2269-76. doi: 10.1007/s00520-011-1335-1.
16. Pujol N, Jobin G, Beloucif S. 'Spiritual care is not the hospital's business': a qualitative study on the perspectives of patients about the integration of spirituality in healthcare settings. J Med Ethics. 2016 Nov;42(11):733-737. doi: 10.1136/medethics-2016-103565.
17. Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. Ann Oncol. 2012 Apr;23 Suppl 3:49-55. doi: 10.1093/annonc/mds088.

18. Chaar EA, Hallit S, Hajj A, Aaraj R, Kattan J, Jabbour H, Khabbaz LR. Evaluating the impact of spirituality on the quality of life, anxiety, and depression among patients with cancer: an observational transversal study. *Support Care Cancer*. 2018 Aug;26(8):2581-2590. doi: 10.1007/s00520-018-4089-1.
19. Längle A. From Viktor Frankl's logotherapy to existential analytic psychotherapy. In Van Deurzen E, Craig E, Längle A, Schneider KJ, Tantam D, Plock S (Eds.), *The Wiley world handbook of existential therapy* (pp. 309–323). Wiley Blackwell. 2019
20. Thir M, Batthyány, A. Logotherapy and existential analysis. Switzerland: Springer, 2016. s. 53-74.
21. Kang KA, Han SJ, Lim YS, Kim SJ. Meaning-centered interventions for patients with advanced or terminal cancer: a meta-analysis. *Cancer Nurs*. 2019 Jul/Aug;42(4):332-340. doi: 10.1097/NCC.0000000000000628.
22. Vos J, Vitali D. The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: a metaanalysis. *Palliat Support Care*. 2018 Oct;16(5):608-632. doi: 10.1017/S1478951517000931.
23. Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982 Mar 18;306(11):639-45. doi: 10.1056/NEJM198203183061104.
24. Ellis J, Cobb M, O'Connor T, Dunn L, Irving G, Lloyd-Williams M. The meaning of suffering in patients with advanced progressive cancer. *Chronic Illn*. 2015 Sep;11(3):198-209. doi: 10.1177/1742395314565720.
25. Laukhuf G, Werner H. Spirituality: the missing link. *J Neurosci Nurs*. 1998 Feb;30(1):60-7. doi: 10.1097/01376517-199802000-00007.
26. Lephherd L. Spirituality: Everyone has it, but what is it? *Int J Nurs Pract*. 2015 Oct;21(5):566-74. doi: 10.1111/ijn.12285.
27. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs*. 2002 Sep;39(5):500-9. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x.
28. Lalani, N. Meanings and interpretations of spirituality in nursing and health. *Religions* 2020; 11(9), 428. doi: 10.3390/rel11090428
29. Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. *Nurs Sci Q*. 2005 Apr;18(2):157-62. doi: 10.1177/0894318405274828.
30. Puchalski CM. Spirituality as an essential domain of palliative care: Caring for the whole person, *Progress in Palliative Care*, 2012;20(2), 63-65, doi: 10.1179/0969926012Z.000000000028
31. Jasemi M, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Keogh B. A concept analysis of holistic care by hybrid model. *Indian J Palliat Care*. 2017 Jan-Mar;23(1):71-80. doi: 10.4103/0973-1075.197960.
32. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *Int Nurs Rev*. 2014 Jun;61(2):211-9. doi: 10.1111/inr.12099.
33. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. *J Holist Nurs*. 2005 Mar;23(1):19-33. doi: 10.1177/0898010104272010.
34. Egniew TR. The meaning of healing: transcending suffering. *Ann Fam Med*. 2005 May-Jun;3(3):255-62. doi: 10.1370/afm.313.
35. Piedmont R. Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality. *J. Rehabil*. 2001; 67(1):4-14.
36. Caldeira S, Timmins F. Implementing spiritual care interventions. *Nurs Stand*. 2017 Apr 19;31(34):54-60. doi: 10.7748/ns.2017.e10313.

37. Harrad R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed.* 2019 Mar 28;90(4-S):44-55. doi: 10.23750/abm.v90i4-S.8300.
38. Ghorbani M, Mohammadi E, Aghabozorgi R, Ramezani M. Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review. *Support Care Cancer.* 2021 Mar;29(3):1165-1181. doi: 10.1007/s00520-020-05747-9.
39. Czekierda K, Banik A, Park CL, Luszczynska A. Meaning in life and physical health: systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev.* 2017 Dec;11(4):387-418. doi: 10.1080/17437199.2017.1327325.
40. Martela F, Steger MF. The three meanings of meaning in life: distinguishing coherence, purpose, and significance, *The Journal of Positive Psychology*, 2016;11(5):531-545, doi: 10.1080/17439760.2015.1137623
41. Landau I. Why has the question of the meaning of life arisen in the last two and a half centuries? *Philosophy Today.* 1997; 41(2):263-270.
42. Gildea WL. On the meaning of life. *Proceedings of the Aristotelian Society.* June 1892; os2(1):65-77.
43. Metz, T. The meaning of life (second revised edition). In Zalta EN (ed) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy.* Metaphysics Research Lab, Stanford University, 2021 winter.
44. Wellmon, C. Touching Books: Diderot, Novalis, and the Encyclopedia of the Future. *Representations.* 2011;114(1), 65–102. doi: 10.1525/rep.2011.114.1.65
45. Debats DLHM. Measurement of personal meaning: the psychometric properties of the life regard index. In Wong PT, Fry PS, editors, *The Human Quest for Meaning.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1998. p. 237 – 256
46. Steger MF, Kashdan TB, Sullivan BA, Lorentz D. Understanding the search for meaning in life: personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *J Pers.* 2008 Apr;76(2):199-228. doi: 10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x.
47. Kimble MA, Ellor JW. Logotherapy: an overview, *J. Relig. Gerontol.* 2001;11(3-4): 9-24, doi: 10.1300/J078v11n03_03
48. Costello SJ. The spirit of logotherapy. *Religions.* 2016; 7(1):3-14 doi:10.3390/rel7010003
49. Längle, A. The Viennese school of existential Analysis. The search for meaning and affirmation of life. In Barnett L, Madison G (eds). *Existential therapy: Legacy, vibrancy, and dialogue.* New York: Routledge, 2012, 159-170.
50. Frankl VE. Logotherapy and existentialism. *Psychother.: Theory Res. Pract.* 1967;4(3):138–142
51. Frankl VE. *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy* 4th ed. Boston: Beacon Press, 1992.
52. Piccirillo RA. "Logotherapy and the Holocaust: Uniting Human Experience in Extremity and Normality." *Inquiries Journal/Student Pulse*, 2010;2(09). Retrieved from <http://www.inquiriesjournal.com/a?id=289>
53. Sartre JP, Baskin W. *Essays in existentialism: the humanism of existentialism.* Secaucus, N.J.: Citadel Press, 1965.
54. Längle A. The existential and fundamental motivations structuring the motivational process. In Leontiev DA (ed). *Motivation, consciousness and self-regulation.* NY: Nova science publishers, 2011, s. 27-42.
55. Golomb, J. *In search of authenticity: from Kierkegaard to Camus (The problems of modern European thoughts series).* Taylor & Francis e-Library, 2005.

56. Qutoshi SB. Phenomenology: A philosophy and method of inquiry. *Journal of Education and Educational Development*. 2018; 5(1):215-222
57. Frankl VE. On logotherapy and existential analysis. *The American Journal of Psychoanalysis*. 1958; 18(1):28–37.
58. Okan N, Ekşi H. Spirituality in logotherapy, spiritual psychology and counseling. 2017; 2(2):43-164.
59. Beuselinck B. The meaning of suffering or the meaning of life despite suffering. In: Devos, T. (eds) *Euthanasia: searching for the full story*. Springer, Cham, 2021. doi:10.1007/978-3-030-56795-8_7
60. Reitingner C. Viktor Frankl's logotherapy from a philosophical point of view. *Existential Analysis*. 2015; 26(2):344-355.
61. Wong, PTP. From Viktor Frankl's logotherapy to the four defining characteristics of self-transcendence. Paper presented at the research working group meeting for Virtue, Happiness, and the Meaning of Life Project, Columbia, SC. 2016 December.
62. Schulenberg SE, Hutzell RR, Nassif C, Rogina JM. Logotherapy for clinical practice. *Psychotherapy (Chic)*. 2008 Dec;45(4):447-63. doi: 10.1037/a0014331.
63. Kim M. Finding meaning in life threatening illness. *Korean J Hosp Palliat Care*. 2020; 2(23):39-43.
64. Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2011 Mar;41(3):604-18. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010.
65. Devoe D. Viktor Frankl's logotherapy: The search for purpose and meaning. *Inquiries J Pulse*. 2012; 4(7):1-8.
66. Indinger S.M.O.P. Meaning is what is meant-Victor Frankl's logotherapy. *InterAction* 2010;2(1):21-47
67. Deal B. Finding meaning in suffering. *Holistic Nursing Practice*, 2011; 25(4):205-210.
68. Travelbee J. To find meaning in illness. *Nursing*: December 1972;2(12):6-8.

Neuman'ın Sistemler Modeli ve Henderson'ın Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi Işığında COVID-19 Tanılı İki Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care Of Two COVID-19 Patients In The Light Of Neuman Systems Model and Henderson's Theory Of 14 Basic Needs In Nursing Care: A Case Report

Belma Ay Kılıçaslan¹, Hafize Savaş², Kamile Akarsu³, Nihal Yıldız Emre⁴, Hülya Bulut⁵

Öz

Tüm dünyayı etkisi altına alan ve modern zamanların en büyük salgınlarından biri olarak kabul edilen yeni tip Coronavirus hastalığı, SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Şiddetli solunum yetmezliği olan hastalar, komplikasyonların yönetimi ve solunumu fonksiyonlarının desteklemesi için yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilmektedir. Bu çalışmada Türkiye'deki bir üniversite hastanesinde COVID-19 nedeniyle şiddetli solunum yetmezliği sendromu gelişen ve yoğun bakımda tedavi uygulanan ilk iki hastanın hemşirelik süreci tartışılmıştır. COVID-19 pozitif tanısı alan her iki hasta, yüksek ateş, yorgunluk, nefes darlığı, öksürük, diyare ve aritmi semptomları ile kliniğe başvurmuşlardır. Çalışmamızda olguların hemşirelik bakımında Neuman'ın 'Sistemler Modeli' ve Henderson'ın 'Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi' olmak üzere iki farklı model kullanılmıştır. Yoğun bakım ünitelerindeki nitelikli hemşirelik bakımının etkisinin tartışılmaz olduğu düşünülmektedir. Nitelikli hemşirelik bakımına rehberlik eden hemşirelik modelleri, disipline özgü araştırmalara, mesleki eğitime ve bakım uygulamalarına yön vererek mesleki özerkliğin gelişimine katkıda bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID -19, hemşirelik, hemşirelik modelleri, yoğun bakım ünitesi

Abstract

Novel coronavirus (COVID-19) is one of the worst pandemics that has taken hold of the whole world. The new disease is an infectious disease caused by the SARS-CoV-2 virus. Patients with severe respiratory failure are treated in intensive care units to manage complications and support respiratory function. In this study, the nursing process of the first two patients who developed severe respiratory failure syndrome due to COVID-19 and were treated in the intensive care unit in a university hospital in Turkey were discussed. Both patients with a positive diagnosis of COVID-19 applied to the clinic with symptoms of high fever, fatigue, shortness of breath, cough, diarrhea and arrhythmia. In our study, two different models were used in the nursing care of the cases, namely Neuman's 'Systems Model' and Henderson's '14 Basic Needs Theory in Nursing Care'. It is thought that the effect of qualified nursing care in ICU rate is indisputable. Nursing models that guide qualified nursing care contribute

¹ Öğretim Görevlisi, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Ankara, Türkiye. ORCID: 0000-0003-0561-0628

² Araştırma Görevlisi, Lokman Hekim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye. ORCID: 0000-0002-0256-2475

³ Öğretim Görevlisi, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Ankara, Türkiye. ORCID: 0000-0001-5616-3499

⁴ Araştırma Görevlisi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye. ORCID: 0000-0003-0038-6081

⁵ Profesör Doktor, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye. ORCID: 0000-0001-8241-989X

Sorumlu Yazar: Öğr. Gör. Belma Ay Kılıçaslan E-mail: belmaay1@gmail.com

*Bu çalışma 27-29 Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleşen EORNA Virtual Congress 2021'de sözel bildiri olarak sunulmuştur

Geliş Tarihi: 5 Temmuz 2022, Kabul Tarihi: 3 Ekim 2022

to the development of professional autonomy by giving direction to discipline-specific research, vocational training and care practices.

Keywords: COVID-19, intensive care units, nursing, nursing models

Giriş

Hemşirelikte modellerin kullanımı, standart hasta bakımının sağlanması, bakımın kalitesinin artırılması ve devamlılığı, hemşireler arasında gelişebilecek anlaşmazlıkların önlenmesi, ortak bir dilin oluşması, bakımın uygulanması ve değerlendirilmesinde rehber niteliğinde olması gibi pek çok yarar sağlamaktadır.^{1,2} Model kullanımının en önemli yararlarından biri hemşirelerin tıbbi uygulamalardan ziyade bağımsız rollerine odaklanabilmelerini mümkün kılması ve böylece hemşirelerin özerkliğini artırmasıdır.³ Bu nedenle hemşirelerin bakım ve uygulamalarında model kullanımına yer vermesi gerekmektedir.

Çin'in Wuhan kentinde başlayarak bütün dünyayı etkisi altına alan Koronavirüs (COVID-19) salgını, Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir pandemi olarak ilan edilmiştir.⁴ Şiddetli akut solunum sıkıntısı sendromuna yol açması nedeniyle solunum desteğine ve yoğun bakıma gereksinim duyulan COVID-19 hastalarında, nitelikli hemşirelik bakımının etkisinin büyük olduğu tartışılmaz bir gerçektir.⁵ Günümüzde COVID-19 pandemisinde bütüncül, bireye özgü ve insan odaklı bir hemşirelik bakımının sunulmasının önemi vurgulanmaktadır.⁶

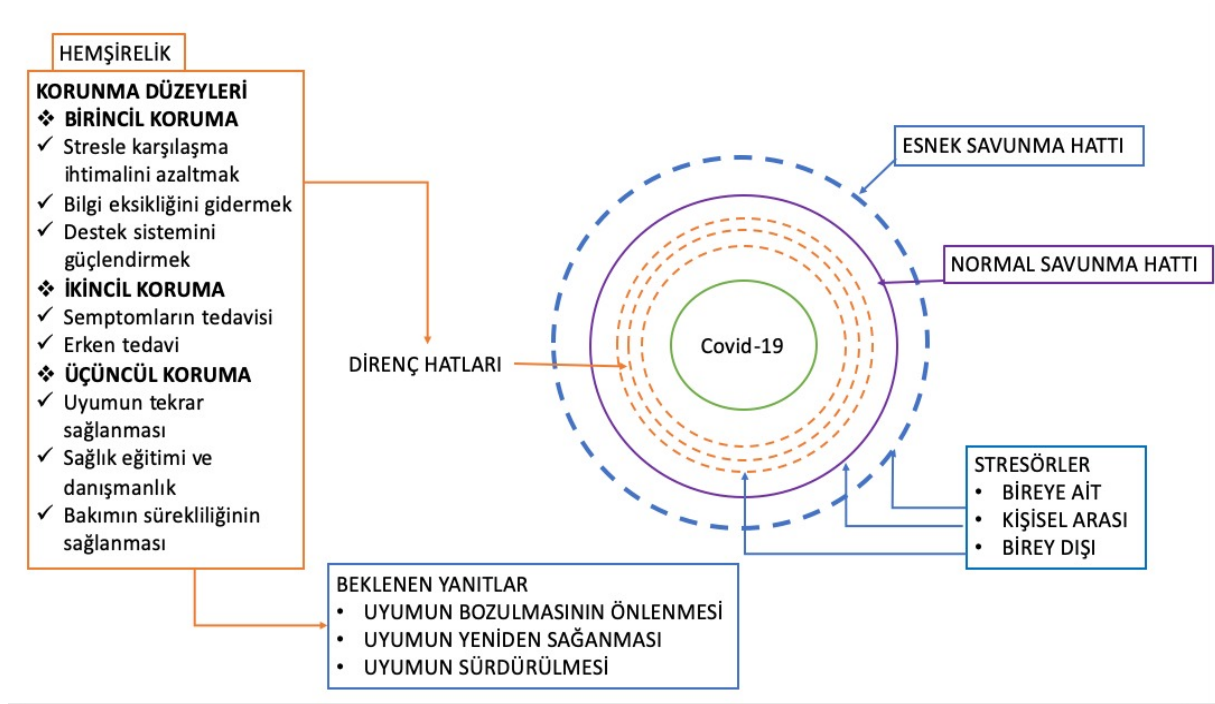
Nitelikli hemşirelik bakımına rehberlik eden hemşirelik modelleri, disipline özgü araştırmalara, mesleki eğitime ve bakım uygulamalarına yön vererek mesleki özerkliğin gelişimine katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada COVID-19 tanılı iki yoğun bakım hastasının bakımında Neuman'ın 'Sistemler Modeli' ve Henderson'ın 'Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi' olmak üzere iki farklı model kullanılmıştır.

Neuman'ın Sistemler Modeli

Betty Neuman'ın 'Sistemler Modeli' ne göre birey çevresiyle sürekli etkileşim halinde ve değişim durumundadır. Modelin temelinde, bireyin ve toplumun stres yaratan faktörlere karşı verdiği tepki ve hemşirenin birincil, ikincil ve üçüncül önleme ile hemşirelik sürecini başlatması vardır (Şekil 1).⁷

COVID-19 pandemisi dünyayı bir anlamda kaosa sürükleyen, bireylerin çevresiyle etkileşimlerini değiştiren, hayatı durma noktasına getiren ve 'sosyal mesafe' gibi içerisinde birçok stresörü beraberinde getirmiştir. İçerisinde bu kadar bilinmeyenlerin olduğu, hastalığın sonuçlarının, tedavisinin, uzun dönem etkilerinin bilinmediği bir süreçte bu hastalığı yaşayan bireylerin büyük bir psikolojik stres altında kaldıkları yadsınamaz bir durumdur.⁸ Özellikle

COVID-19 nedeniyle yoğun bakımda yatan hastaların yaşadıkları stresörlerin tanımlanması ve çözümlenmesi hemşirelik bakımında önem taşımaktadır.⁹ Neuman'ın Sistemler Modeli, hemşirenin hasta bakımını gerçekleştirirken stres kaynaklarını nasıl yönetebileceğini ve bakım sonuçlarını nasıl değerlendirebileceğini gösteren bir rehber niteliğindedir.^{7,9}



Şekil 1: Neuman'ın Sistemler Modeli

Henderson'ın Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi

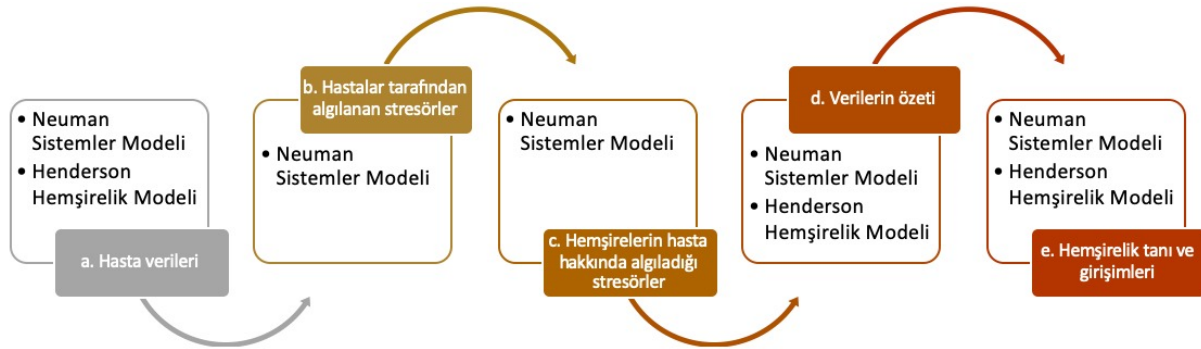
Henderson hemşirelik bakımının, insan olmanın 14 temel gereksinimini karşılayarak sürdürülmesi gerektiğini savunur.¹⁰ Henderson'ın teorisine göre hemşirelik bakımı bireyin bağımsızlığını sürdürmesini sağlayan fizyolojik, psikolojik, manevi, sosyo-kültürel bileşenleri içermektedir. Henderson'ın hemşirelik tanımının dikkat çeken yönü uygulamaya yönelik olmasıdır. Bu teorinin temel fonksiyonu, hemşirenin verdiği bakım ile hastanın bağımlılık durumundan bağımsızlık durumuna geçmesine yardımcı olmaktır. Farklı alanlarda ve bakım ortamlarında çalışan hemşireler yaptıkları uygulamalarda Henderson'ın tanımını ve kavramlarını kullanarak uygulamalarını geliştirebilirler.¹¹

COVID-19'un hastayı fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilediği bilinmektedir.¹² COVID-19 nedeniyle yoğun bakımda yatan hastalar yaşadıkları fizyolojik problemler ve izolasyon önlemleri nedeniyle bazı gereksinimlerini kendi başına karşılayamayabilir. Bu nedenle hasta günlük yaşam aktivitelerinde bakım vericiye bağımlı olabilmektedir.¹³ Henderson'ın kuramında "hemşirelik" kavramı bireyin temel gereksinimlerini karşılayarak

bağımsız hale gelmesinde yardım etme biçimi olarak tanımlanmaktadır.¹¹ Bu bağlamda hemşireler COVID-19 hastalığı sürecinde hastaların iyilik haline kavuşmaları ve bağımlılıktan bağımsızlığa geçmeleri için gerekli hemşirelik bakımını planlamalıdır.

Olgu Sunumu

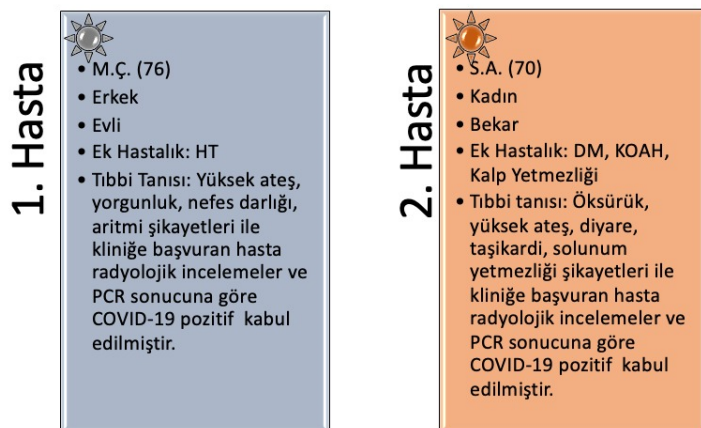
COVID-19 fizyolojik etkileri ile birlikte büyük bir stres faktörüdür.¹⁴ Bu olgu sunumunda hem fizyolojik hem de psikolojik stres faktörlerini tartışmak amacıyla hemşirelik sürecinin aşamalarında Neuman Sistemler Modeli ve Henderson Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gerekseim Teorisi birlikte kullanılmıştır. Modellerin kullanım aşamalarını gösteren akış şeması Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2: Olgu Akış Şeması

a. Hasta Bilgileri

Türkiye'deki bir üniversite hastanesinin Nisan 2020 tarihindeki ilk iki COVID-19 pozitif hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta ve yakınları bilgilendirildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Hastaların ortalama entübasyon süresi 22 gün ve ortalama yoğun bakım süreleri 26 gündür. Hastalar yoğun bakım sürecinde, antiviral, steroid ilaçlar ve plazma transfüzyonu gibi medikal yöntemler, prone pozisyonu gibi konvensiyonel ARDS prosedürleri ile yüksek akımlı oksijen cihazı ve mekanik ventilatörlerde takip edilmiştir. Hasta bilgileri Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3: Hasta Bilgileri

Tablo 1: Verilerin Özetlenmesi

A. KİŞİSEL FAKTÖRLER	1. Hasta	2. Hasta
1. Fizyolojik		
Solunum Sistemi	Dispne Saturasyon düşüklüğü (<%85) Hastaneye yatıştan 1 gün sonra entübe edildi.	Öksürük Solunum güçlüğü Hastaneye yatıştan 3 gün sonra entübe edildi.
Beslenme Vücut Atıklarının Boşaltılması	Enteral beslenme (+) İdrar output normal Üriner katater (+)	Enteral beslenme (+) Saatlik idrar çıkışı 40cc/saat'den < Üriner katater (+) Diyare (+)
Hareket ve Pozisyon	Prone pozisyonu (10 gün) Mobilizasyon (yatak dışı)	Prone pozisyonu (12 gün) Mobilizasyon (yatak içi)
Uyku ve Dinlenme Uygun Giysi ve Giyinme Vücut Sıcaklığının Korunması Vücut Bütünlüğünü Sağlamak	Sedasyon Hasta önlüğü (+) Hipertermi (38,1 °C) Soğuk kompresyon (+) Mukozal Membran Basınç Yarası (+) Braden Skalası:14 puan	Sedasyon Hasta önlüğü (+) Hipertermi (38,6 °C) Soğuk kompresyon (+) Evre 1 Basınç Yarası (+) (Gluteal Bölge) Braden Skalası:14 puan
Güvenli Çevre	Düşme Riski (+) İtaki Puanı: 12	Düşme Riski (+) İtaki Puanı: 13
2. Psikolojik ve Gelişimsel		
İletişim	Koruyucu giysiler, solunum sıkıntısı ve sosyal izolasyon iletişimi zorlaştırmıştır.	Koruyucu giysiler, solunum sıkıntısı ve sosyal izolasyon iletişimi zorlaştırmıştır.
Öğrenme	Bilgi Eksikliği	Bilgi Eksikliği
3. Manevi		
İnanç ile Dua Etmek	-	Dua
4. Sosyo-Kültürel		
Başarı	Benlik saygısında azalma	-
Eğlence	-	-
B. KİŞİLERARASI FAKTÖRLER		
	Korku ve endişe Bulaş riski (+)	Yalnızlık Bulaş riski (+)
C. KİŞİSEL OLMAYAN FAKTÖRLER		
	Sosyal izolasyon	Bireysel baş etmede yetersizlik

b. Hastalar tarafından algılanan stresörler

Hastalar tarafından algılanan stresör verileri entübasyon sırasında gözlem, ekstübasyon sonrasında ise sözlü ifadeler yoluyla belirlenmiştir. Hastalar tarafından algılanan en önemli stresör, “Yoğun bakımda yakınları ile iletişim kuramamak” olarak ifade edilmiştir. “Tedavi sürecindeki belirsizlikleri ve ölüm korkusu” algılanan diğer bir stresördür.

c. Hemşirenin hastalar hakkında algıladığı stresörler

Hemşirelerin hastalar hakkında algıladığı stresörler birinci yazar tarafından bireysel olarak gözlem, görüşme ve bakıma katılım sırasında toplanmıştır. Hemşireler hastaların algıladığı stresörleri; COVID-19’a yönelik bilgi eksikliği, sosyal izolasyon, uzun entübasyon süresi ve aktivite kısıtlılığı olarak tanımlamışlardır.

d. Verilerin Özetlenmesi

Hasta verileri toplanmasında Neuman Sistemler Modelindeki Kişisel Faktörler bölümüne Henderson'nın 14 Temel Gereksinim Modeli entegre edilmiştir. Hastalar yatışlarının başından sonuna kadar bu iki modele uygun olarak takip edilmiştir. Hastalara ait kişisel, kişilerarası ve kişisel olmayan faktörler Tablo 1'de özetlenmiştir.

e. Hemşirelik Tanı ve Girişimleri

Her iki hastanın hemşirelik tanıları ve girişimleri Neuman Sistemler Modeli ve Henderson 14 Temel Gereksinim Modeline göre Tablo 2'de verilmiştir. Tablo 2'de verilen hemşirelik tanıları, her iki hemşirelik modeli göz önünde bulundurularak NANDA-I'ya göre belirlenmiştir ve hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada Neuman'ın Sistemler Modeli ve Henderson'ın Hemşirelik Bakımında 14 Temel Gereksinim Teorisi ışığında COVID-19 tanılı iki hastanın hemşirelik süreci anlatılmıştır. İki farklı modelin birlikte kullanımı hemşirelik sürecinin uygulanmasını kolaylaştırarak hastaların biyopsikososyal yönden daha kapsamlı değerlendirilmesini sağlamıştır. Literatürde iki hemşirelik modelinin birlikte kullanıldığı olgu sunumuna rastlanmamıştır. Koçak ve Arslan'ın çalışmasında COVID-19 hastalarında Neuman Sistemler Modeli'ne göre parkinsonlu hastanın bakımı anlatılmıştır.¹⁵ Henderson modeline göre COVID-19 olgu sunumuna ise rastlanmamıştır.

Henderson'ın modeline göre normal solunumun sürdürülmesi ilk temel gereksinimdir.¹⁶ Literatürde COVID-19'un özellikle solunum sistemini etkilediği ve ARDS tablolarına neden olduğu bildirilmiştir.⁴ Bu çalışmada COVID-19 olan iki hasta da solunum güçlüğü yaşamış, birinci hasta yoğun bakıma yatışının ilk günü, ikinci hasta ise yoğun bakıma yatışının ikinci

Tablo 2: Hemşirelik Tanı ve Girişimleri

Hemşirelik Tanıları	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
COVID-19 ile ilişkili "Etkisiz Solunum Örüntüsü"	• Etkili solunum örüntüsünü sürdürmek	<ul style="list-style-type: none"> • Trakeal aspirasyon kapalı sistem kullanılarak yapıldı. • Prone pozisyon verildi. • Hastanın ventilatör ile çakışmaması için sedasyon uygulaması yapıldı. • Entübasyon tüpünde tıkanıklığı önlemek için nemlendirici filtreler kullanıldı. • Ekstübasyon öncesi weaning aşamasında hastanın solunum örüntüsü yakından takip edildi. • Ekstübasyon sonrası nebül kullanımı yerine puff kullanıldı. 	<ul style="list-style-type: none"> • Her iki hastada mekanik ventilatör ile solunum örüntüsü desteklendikten sonra uygun weaning süreci sonrasında ekstübe edilmiştir.
COVID-19 ile ilişkili "Vücut Gereksinimlerinden Az Beslenme"	<ul style="list-style-type: none"> • Vücut gereksinimleri için yeterli beslenmenin sağlanması • Gıda aspirasyonunun önlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Yüksek enerjili enteral beslenme ürünleri kullanıldı. • Yatak başı 30-45 derece olacak şekilde konumlandırıldı. • Beslenme öncesi nazogastrik sondanın yeri kontrol edildi. • Mide rezidü takibi yapıldı. • Prone pozisyonu verilmeden yarım saat öncesinde enteral beslenme kapatıldı. Pozisyon verildikten sonra beslenme yarı dozdan devam edildi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Her iki hasta enteral beslenme ile desteklenmiştir. Ekstübe olduktan sonra Rejim 1 ile devam edilmiştir. • Her iki hastada gıda aspirasyonu gözlenmemiştir.
Diyare ile ilişkili "Sıvı Volüm-Elektrolit Dengesizliği Riski"	• Sıvı volüm ve elektrolit dengesinin sağlanması	<ul style="list-style-type: none"> • Enteral beslenme ürünleri oda sıcaklığında kullanıldı. • Diyare olan hastadan gaita kültür örneği alındı. • Dehidratasyon bulguları (gözlerde, ağızda ve ciltte kuruluk, deri turgoru, kas krampları, hipotansiyon, bilinç bulanıklığı) izlendi. • Aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapıldı. • Laboratuvar bulguları ve elektrolit takibi yapıldı. • Hekim istemine uygun sıvı replasmanı uygulandı. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastaların günlük aldığı-çıkarıldığı sıvı volüm dengesi sağlanmıştır. • Herhangi bir elektrolit dengesizliği görülmemiştir.

Tablo 2: Hemşirelik Tanı ve Girişimleri (devam)

Hemşirelik Tanıları	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Enfeksiyona bağlı "Hipertermi"	<ul style="list-style-type: none"> • Normotermimin sağlanması 	<ul style="list-style-type: none"> • Vücut ısı takibi yapıldı. Hasta yanına sıklıkla gerilememesi nedeniyle monitöre bağlı ateş ölçerler hastanın koltuk altına konuldu ve hasta odasına girilince alından manüel ateş ölçer ile kontrol edildi. • Subfebril ateşi olan hastanın kültürleri (kan, derin trakea kültürü ve idrar) alındı. • Soğuk kompresyon uygulandı. • Laboratuvar bulgularında Lökosit sayısı, CRP, Prokalsitonin, Sedimentasyon, D-dimer, Fibrinojen takibi yapıldı. 	<ul style="list-style-type: none"> • Her iki hastada hipertermik seyretmiştir.
COVID-19 ile ilgili "Enfeksiyon Bulaştırma Riski"	<ul style="list-style-type: none"> • COVID-19 bulaşının önlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • COVID-19 enfeksiyonu olduğunu belirten sarı bileklik takıldı. • Ekstübe hastaya maske takıldı. • Entübe hastalarda viral/bakteriyel ventilatör filtreleri ve kapalı aspirasyon sistemleri kullanıldı. • Yoğun bakım içerisinde temiz, yarı kirli ve kirli alanlar oluşturuldu. • Kirli alana girilmeden koruyucu ekipmanlar kullanıldı. • El hijyeni sıklıkla sağlandı. 	<ul style="list-style-type: none"> • Herhangi bir sağlık personeline COVID-19 bulaşı olmamıştır.
Yetersiz solunum aktivitesi ve invaziv girişimler ile ilişkili "Aktivite İntoleransı"	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın gerekli günlük aktiviteleri tamamlaması için fizyolojik ve psikolojik olarak yeterli olması 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizasyona engel olacak invaziv girişimler sadeleştirildi. • Hastalar solunum cihazından ayrıldıktan sonra mobilize edildi. • Mobilizasyon sırasında oksijen desteği sağlandı. • Hastaların mobilizasyonu sırasında vital bulguları aktivite intoleransı açısından değerlendirildi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Her iki hastada ekstübe olduktan sonra sorunsuz mobilize edilmiştir.

Tablo 2: Hemşirelik Tanı ve Girişimleri (devam)

Hemşirelik Tanıları	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Kullanılan ilaçlar ve invaziv girişimler ile ilişkili "Düşme Riski"	<ul style="list-style-type: none"> Düşmelerin ve düşmelerden kaynaklanabilecek yaralanmaların önlenmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastalar oksijen desteği ile hemşire ve bakım destek personeli tarafından mobilize edildi. Yatak kenarlıkları kaldırıldı ve yatak frenleri kilitlenerek yatak en alt seviyeye getirildi. Mobilizasyon sırasında zeminde ıslaklık olmamasına dikkat edildi. Mobilizasyon sırasında yoğun bakımdaki ışıkların açık olmasına dikkat edildi. Hasta tolere ettiği sürece aşamalı mobilize edildi. 	<ul style="list-style-type: none"> Düşme gözlenmemiştir.
Enfeksiyon, yorgunluk ve yoğun bakım süreci ile ilişkili "Uyku Düzeninde Bozulma"	<ul style="list-style-type: none"> Uyku/uyanıklık döngüsünün sağlanması 	<ul style="list-style-type: none"> Hastalar, gece ve gündüz saatleri hakkında bilgilendirildi. Yoğun bakım ışıklandırması gece saatlerinde azaltıldı. Tedavi ve bakım girişimleri gündüz saatlerinde uygulandı. Uyku ve dinlenme döneminde uygun pozisyon verildi. 	<ul style="list-style-type: none"> Her iki hastada entübasyon sürecinde sedasyon ile takip edilmiştir. Bu süreçte uyku uyanıklık döngüsü sağlanamamıştır. Ekstübasyon sonrasında ise 1. hastada gece uykusu 6 saat, 2. hastada 8 saat olarak gözlenmiştir. Gündüz uyku hali gözlenmemiştir.
Yetersiz oksijenlenme, yetersiz beslenme ve immobilizasyon ile ilişkili "Doku Bütünlüğünde Bozulma"	<ul style="list-style-type: none"> Doku bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Doku bütünlüğü risk değerlendirilmesi yapıldı. Uygun vücut hijyeni sağlandı. Basınç yaralanmaları değerlendirildi ve kaydedildi. Basınca neden olan malzemelerin konumu her 2 saatte bir değiştirildi. Hastalara sağ/sol lateral pozisyon verildi. Yeterli beslenme ve oksijenlenme sağlandı. 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Hastada mukozal membran basınç yarısında iyileşme gözlenmiştir. 2. Hastada Evre I basınç yaralanmasında değişiklik olmamıştır.

Tablo 2: Hemşirelik Tanı ve Girişimleri (devam)

Hemşirelik Tanıları	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Yoğun bakım ünitesi süreci ve giyim ile ilişkili " Anksiyete "	<ul style="list-style-type: none"> Anksiyete belirti ve bulgularını en aza indirmek 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta mahremiyeti korundu. Hastaya her işlem öncesinde bilgi verildi. Hastalar ile anlayabileceği şekilde kısa ve net cümleler ile iletişim kuruldu. Hastalara sağlık personelinin kullandığı koruyucu ekipmanlar hakkında açıklama yapıldı. 	<ul style="list-style-type: none"> Hastalar anksiyete düzeylerinde azalma gösterip bakım süreçlerine uyum sağlamıştır.
Hastalık ve tedavi süreci ile ilişkili " Bilgi Eksikliği "	<ul style="list-style-type: none"> Hasta ve yakınlarının hastalık ve tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olması 	<ul style="list-style-type: none"> Hastalığın süreci ve tedavisi hakkında kısa ve net cümlelerle bilgilendirildi. Tüm girişimlerden önce hasta bilgilendirildi. Hasta yakınlarına günlük hastaların genel durumu ile ilişkili bilgi verildi. 	<ul style="list-style-type: none"> Hasta yakınları hastalık süreci ile ilgili merak ettikleri tüm soruların yanıtladığını ifade etmiştir.
COVID 19 izolasyon önlemleri ile ilişkili " Sosyal Etkileşimde Bozulma "	<ul style="list-style-type: none"> Sosyal izolasyon sırasında bireylerin kaygı düzeylerinin en aza indirilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Hastaların sosyal etkileşim ile ilişkili kaygılarını ifade etmeleri için yeterli zaman tanındı ve cesaretlendirildi. Hastalar ve yakınları arasında iletişim kuruldu. Hastalara ziyaretçi kısıtlamasının nedenleri hakkında bilgi verildi. 	<ul style="list-style-type: none"> COVID-19 önlemleri nedeniyle sosyal izolasyon süreci devam etmiştir. Bu nedenle kaygı düzeyleri yeteri kadar azaltılamamıştır.

(devam) gününden itibaren entübe olarak takip edilmiştir. Etkili solunum örüntüsünü sürdürmek amacıyla hastaların solunum mekaniği gözlenmiş, prone pozisyonu verilmiş, trakeal aspirasyonlar ile sekresyonlar uzaklaştırılmış, yatak başı 30-45 derece kaldırılmış, derin nefes ve öksürük egzersizleri yaptırılmıştır. Ayrıca her iki hastaya ARDS tabloları nedeniyle 12 saatlik dönüşümlü prone pozisyonu verilmiştir. Literatürde COVID-19 hastalarının yönetiminde prone pozisyonundan yararlanıldığı bildirilmiştir.¹⁷ Ateş ve ark.'nın çalışmasında da COVID-19'lu hastanın etkili solunumunun sürdürülmesi için benzer uygulamaların uygulandığı bildirilmektedir.¹⁸

COVID-19 hastalarında bozulan gaz değişimi, prone pozisyonu, yetersiz beslenme, hareketsizlik gibi nedenlerle doku bütünlüğünde bozulmalar bildirilmiştir.^{19,20} Çalışmada hastaların doku bütünlüğünün sürdürülmesine yönelik olarak, doku bütünlüğü gözden geçirilerek risk değerlendirilmesi yapılmıştır. Cilt bütünlüğünün devamlılığı için uygun vücut hijyeni sağlanmıştır. Basınç yaralanmaları Braden risk skorlaması ile değerlendirilmiş ve kaydedilmiştir. Birinci hastada entübasyon tüpüne bağlı dudak çevresinde basınç yaralanması, ikinci hastada ise gluteal bölgede birinci evre basınç yaralanması oluşmuştur. Basınca neden olan tıbbi malzemelerin konumu her iki saatte bir değiştirilmiştir. COVID-19 hastalarında beslenme yetersizliği enfeksiyona karşı direncin azalmasına ve sonuç olarak hastalığın ciddiyetinin artmasına neden olmaktadır.²¹ Beslenme durumunun değerlendirilmesinde kas tonüsü ve albümin düzeyi kontrol edilmiştir. Çalışmada hastalarda vücut gereksinimlerinden az beslenmeyi engellemeye yönelik yüksek enerjili enteral beslenmeye başlanmıştır. Literatürde yoğun bakım hastalarının alarmlar, gürültü, ışık gibi nedenlerden kaynaklı uyku sorunu yaşadıkları bildirilmektedir.²² Uyku düzeninde bozulmaya yönelik hemşirelik girişimlerinde, hastalara gece ve gündüz saatleri hakkında bilgi verilmiştir. Yoğun bakım ışıklandırması gece saatlerinde azaltılmıştır. Tedavi ve bakım girişimleri gündüz saatlerinde uygulanmış, uyku ve dinlenme dönemlerinde hastaya uygun pozisyon verilmiştir. COVID-19 hastalığının özellikle ortaya çıktığı ilk dönemlerde en önemli belirtilerinden birinin yüksek ateş olduğu bildirilmiştir.²³ Subfebril ateşi olan hastaların kültürleri (kan, derin trakea kültürü ve idrar) alındıktan sonra soğuk kompres uygulanmış ve hekim istemine göre parasetamol uygulanmıştır. Literatürde COVID-19 pandemi sürecinin başlarında hastaların bilinmezlikten kaynaklı bilgi eksikliği yaşadıkları bildirilmiştir.²⁴ Bu çalışmada, hasta ve hasta yakınları hastalık süreci hakkında kısa ve net cümlelerle bilgilendirilmiştir. Hastalar ve sağlık personeli arasında, koruyucu ekipmanlar nedeniyle iletişimde zorluklar yaşanmıştır. Buna yönelik görsel ve yazılı materyallerden yararlanılmış, hastalarla güven ilişkisi kurulmuş ve kaygı düzeyleri en aza indirilmiştir.

Bu çalışmada iki COVID-19 olgusunun, Neuman Sistemler Modeli ve Henderson 14 Temel Gereksinim Teorisi ışığında verilen hemşirelik bakımı tartışılmıştır. Neuman Sistemler Modeli'nin kullanılması yeni ve bilinmeyen bir pandemi durumundaki enfekte hastaların stresörlerinin tanılanması, Henderson'ın 14 Temel Gereksinim Teorisi ise, hastaların fizyolojik, psikolojik, gelişimsel, manevi ve sosyokültürel yönlerden kapsamlı değerlendirilmesini ve bakım verilmesini sağlamıştır. Bu olgu sunumunun özellikle, yeni ve bilinmeyen ve prognozu farklı şekillerde seyreden COVID-19 pandemisi gibi durumlarda, iki farklı hemşirelik modelinin birlikte kullanılması konusunda rehber olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Alligood MR. Nursing theory and their work (8 rd.ed) America: Mosby Company. 2014. p:2-5.
2. Chinn PL, Kramer, MK. Integrated theory & knowledge development in nursing, 8th edition. New York: Elsevier-Mosby.2011.
3. Gigliotti E. The value of nursing models in practice. DEUHFED. 2008;1(1):42-50.
4. Gibson PG, Qin L, Pua SH. COVID-19 acute respiratory distress syndrome (ARDS): clinical features and differences from typical pre-COVID-19 ARDS. Med J Aust. 2020; 213(2): 54-56. doi: 10.5694/mja2.50674
5. Douedi S, Miskoff J. Novel coronavirus 2019 (COVID-19): A case report and review of treatments. Medicine. 2020; 99(19): e20207. doi:10.1097/MD.00000000000020207
6. Baykara ZG, Çalışkan N, Öztürk D, Karadağ A. Hemşirelikte teori ve model kullanımı: nitel bir çalışma. Cukurova Med J. 2019; 44: 281-289. doi:10.17826/cumj.562393
7. Özer S, Gökçe S. Neuman sistemler modeli'nin hemodiyaliz tedavisi gören bir olguda uygulanması. HEAD. 2015; 12(1): 69-76. doi:10.5222/HEAD.2015.069
8. McBride O, Murphy J, Shevlin M, Gibson-Miller J, Hartman TK, Hyland, et al. Monitoring the psychological, social, and economic impact of the COVID-19 pandemic in the population: context, design and conduct of the longitudinal COVID-19 psychological research consortium (C19PRC) study. Int J Methods Psychiatr Res. 2021; 30(1): e1861. doi:10.1002/mpr.1861
9. Guck AJ, Buck K, Lehouckey K. Psychological complications of COVID-19 following hospitalization and ICU discharge: recommendations for treatment. Prof Psychol Res Pr. 2021; 52(4): 318-327. doi:10.1037/pro0000402
10. Barragan T, Gavilanes M, Lombeyda G, Muñoz M. Modelo de Virginia Henderson en la influenza AH1N1. Revista de Investigación Talentos. 2018; (1): 704-712.
11. Avşar P. Virginia Henderson: hemşirelik bakımında 14 temel gereksinim teorisi. (İçinde) Karadağ, A., Çalışkan, N., Baykara, Z.G. (editörler). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık. 2017. s.145-160
12. Righi E, Mirandola M, Mazzaferri F, Razzaboni E, Zaffagnini A, Erbogasto A, Tacconelli E. Long-term patient-centred follow-up in a prospective cohort of patients with COVID-19. Infect Dis Ther. 2021; 10: 1579-1590. doi:10.1007/s40121-021-00461-3

13. Goodman BP, Khoury JA, Blair JE, Grill MF. COVID-19 dysautonomia. *Front Neurol.* 2021; 12:1-5. doi:10.3389/fneur.2021.624968
14. Bilge Y, Bilge Y. Koronavirüs salgını ve sosyal izolasyonun psikolojik semptomlar üzerindeki etkilerinin psikolojik sağlamlık ve stresle baş etme tarzları açısından incelenmesi. *Klinik Psikiyatri.* 2020; 23 (Ek 1): 38-51. doi: 10.5505/kpd.2020.66934
15. Koçak AT, Arslan S. COVID-19 pandemisinde Neumann sistemler modeli ışığında parkinsonlu bireye uygulanan hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *JGEHES.* 2021; 3(1): 66-80. doi:10.51123/jgehes.2021.18
16. Bozkurt C, Yıldırım Y, Aykar FŞ, Fadiloğlu ZÇ. Henderson hemşirelik modeli'ne göre kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir bireyin değerlendirilmesi. *CUSBED.* 2021; 6(1): 59-68. doi:10.51754/cusbed.807105
17. Zang X, Wang Q, Zhou H, Liu S, Xue X. Efficacy of early prone position for COVID-19 patients with severe hypoxia: a single-center prospective cohort study. *Intensive Care Med.* 2020; 46(10): 1927-1929. doi:10.1007/s00134-020-06182-4
18. Ateş T, Önal B, Kaptan D, Kurt Y, Öztürk H. COVID-19 tanısı olan hastanın uluslararası hemşirelik uygulaması sınıflandırma sistemine göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *J Curr Nurs Res.* 2021; 1(1): 32-43.
19. Moore Z, Patton D, Avsar P, McEvoy NL, Curley G, Budri A, Nugent L, et al. Prevention of pressure ulcers among individuals cared for in the prone position: lessons for the COVID-19 emergency. *J Wound Care.* 2020; 29(6): 312-320. doi:10.12968/jowc.2020.29.6.312
20. Tanrıkulu F, Dikmen Y. Yoğun bakım hastalarında basınç yaraları: risk faktörleri ve önlemler. *J Hum Rhythm.* 2017; 3(4): 177-182.
21. Mentella MC, Scaldaferrri F, Gasbarrini A, Miggiano GAD. The role of nutrition in the COVID-19 pandemic. *Nutrients.* 2021;13(4):1093. doi:10.3390/nu13041093
22. Şahin M, Köçkar Ç. Bir stresör olarak yoğun bakım. *YBPD.* 2018; 2(4): 207-214. doi:10.31461/ybpd.453981
23. Tharakan S, Nomoto K, Miyashita S, Ishikawa K. Body temperature correlates with mortality in COVID-19 patients. *Critical Care.* 2020; 24: 1-3. doi:10.1186/s13054-020-03045-8
24. Sun N, Wei L, Wang H, Wang X, Gao M, Hu X, Shi S. Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *J Affect Disord.* 2021; 278: 15-22. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.04