

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
AFET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
AFET YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE DİYALİZ
ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AFET
DENEYİMİ: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Rukiye ŞİMŞEK

**Danışman
Prof. Dr. Gürkan ERSOY**

2024

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
AFET YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
AFET YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE DİYALİZ
ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN AFET
DENEYİMİ: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ ÖRNEĞİ

Rukiye ŞİMŞEK

Danışman
Prof. Dr. Gürkan ERSOY

İZMİR - 2024

TEZ ONAY SAYFASI

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : RUKİYE ŞİMŞEK
Öğrenci No : 2021800383
Tez Başlığı : Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin
Afet Deneyimi: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Örneği

Savunma Tarihi : 11/09/2024
Danışmanı : Prof.Dr. Gürkan ERSOY

JÜRİ ÜYELERİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Prof.Dr. Gürkan ERSOY	-Dokuz Eylül Üniversitesi	_____
Prof.Dr.Özlem ÇAKIR	-Dokuz Eylül Üniversitesi	_____
Prof.Dr.Ali EKŞİ	- Ege Üniversitesi	_____

RUKİYE ŞİMŞEK tarafından hazırlanmış ve sunulmuş olan bu tez savunmada başarılı bulunarak oy birliği () / oy çokluğu () ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Asuman ALTAY
Müdür

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi Dönem Projesi olarak sunduğum “Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Afet Deneyimi: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Örneği” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

04/10/2024

Rukiye ŞİMŞEK

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Afet

Deneyimi: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Örneği

Rukiye ŞİMŞEK

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Afet Yönetimi Anabilim Dalı

Afet Yönetimi Programı

Covid-19 pandemisi dünya genelinde, sağlık sistemlerini ve personellerini zorlayan büyük ölçekli bir afet olup, diyaliz merkezleri ve hemşireleri için risk oluşturmuştur. Evde kalanların aksine, diyaliz hastalarının haftada üç kez merkezlere gitmek zorunda olmaları, enfeksiyon riskini yükseltmiş; yaşlılık ve komorbidite gibi faktörler ise Covid-19'a karşı savunmasızlıklarını arttırmıştır. Literatürde, diyaliz hastalarının korunması için çeşitli kılavuzlar önerilmiş olup, bölgesel ve nüfus farklılıkları bu kılavuzlarda bazı farklılıklara neden olmuştur. Bu nedenle, on iki diyaliz hemşiresiyle yapılan yüz yüze görüşmelerle pandemi deneyimleri derinlemesine incelenmiştir. Araştırma, fenomenolojik desen kullanılarak nitel olarak analiz edilmiş ve elde edilen veriler MAXQDA 2022 programıyla incelenmiştir. Analizler, diyaliz hemşirelerinin pandemiye hazırlıksız olduklarını, başlangıçta risk ve kriz yönetiminde zorlandıklarını, kişisel koruyucu ekipmanların ve izole alan eksikliği gibi zorluklar yaşadıklarını, kurumları ve kendi ürettikleri stratejik çözümlerle hastaların ve sağlık personelinin güvenliğini sağlamak için gerekli önlemleri aldıkları görüldü. Hemşirelerin biyolojik afetlerle ilgili yanlış bilgilere sahip oldukları, ancak afet eğitimine istekli oldukları tespit edildi. Pandemi sırasında stres, aileye bulaşma korkusu, psikososyal destek ve çocuk bakımına erişim gibi zorluklar yaşandığı tespit edildi. Pandemi başlangıcında belirsizlik, tedavi eksikliği, personel eksikliği ve artan seans sayıları nedeniyle tükenmişlik, ekip tükenmişliği ve ekip içi iletişim sorunları yaşandığı belirlendi.

Sonuç olarak araştırma ile ortaya çıkan önemli bulgular ve tespitler pandemi deneyimi ve diyaliz ünitesine ilişkin sorunların çözümlenmesinde kurumlara yol gösterici olabilir. Araştırmamızda pandemide diyaliz deneyimleri, özellikle pandemide hangi etmenlerin onları kırılgan hale getirdiği, pandemi sırasında davranışları ve deneyimleri ışığında geliştirdikleri stratejiler değerlendirilerek, gelecekteki pandemilerle başa çıkmak, sağlık sistemlerinin ve toplumun afetlere karşı direncini artırmak için biyolojik afet araştırmalarına katkıda bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Covid-19, Diyaliz Ünitesi, Diyaliz Hemşiresi, Pandemi Deneyimi

ABSTRACT

Master's Thesis

Disaster Experiences of Dialysis Unit Nurses During the Covid-19 Pandemic:

Example of Pamukkale University Hospital

Rukiye ŞİMŞEK

Dokuz Eylul University

Institute of Social Sciences

Department of Disaster Management

Disaster Management Program

The COVID-19 pandemic has been a large-scale disaster that has strained healthcare systems and personnel globally, posing significant risks for dialysis centers and nurses. Unlike those who could remain at home, dialysis patients had to visit centers three times a week, increasing their risk of infection. Factors such as advanced age and comorbidities further heightened their vulnerability to COVID-19. Various guidelines have been proposed in the literature to protect dialysis patients, with regional and population differences leading to some variations in these guidelines. Therefore, in-depth examinations of the pandemic experiences of twelve dialysis nurses were conducted through face-to-face interviews. The study was qualitatively analyzed using a phenomenological design, and the obtained data were examined with the MAXQDA 2022 program. The analyses revealed that dialysis nurses were unprepared for the pandemic, initially struggling with risk and crisis management, and facing challenges such as a lack of personal protective equipment and isolated areas. However, through strategic solutions developed by their institutions and themselves, necessary measures were taken to ensure the safety of patients and healthcare personnel. It was found that the nurses had misconceptions about biological disasters but were willing to receive disaster education. During the pandemic, they experienced stress, fear of transmitting the virus to their families, challenges in accessing psychosocial support, and childcare issues. At the beginning of the pandemic, uncertainties, lack of

treatment, staff shortages, and increased session numbers led to burnout, team exhaustion, and communication problems within the team.

In conclusion, the significant findings and insights from this research can guide institutions in addressing the issues related to pandemic experiences and dialysis units. By evaluating the dialysis experiences during the pandemic, particularly the factors that made them vulnerable, and the strategies they developed based on their behaviors and experiences during the pandemic, our research contributes to biological disaster studies aimed at enhancing resilience in healthcare systems and society against future pandemics.

Keywords: Pandemic, Covid-19, Dialysis Unit, Dialysis Nurse, Pandemic Experience

**COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE DİYALİZ ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN AFET DENEYİMİ: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xiii
TABLolar LİSTESİ	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvi
EKLER LİSTESİ	xviii
GİRİŞ	1

**BİRİNCİ BÖLÜM
BÜTÜNLEŞİK AFET YÖNETİMİ**

1.1. AFET KAVRAMI	5
1.2. AFET TÜRLERİ	8
1.2.1. İnsan Kaynaklı Afetler	9
1.2.2. Doğa Kaynaklı Afetler	10
1.2.2.1. Biyolojik Afetler	11
1.2.2.1.1. İspanyol Gribi (H1N1)	12
1.2.2.1.2. Sars (Sars-CoV-1)	13
1.2.2.1.3. Domuz Gribi (H1N1)	14
1.2.2.1.4. Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS)	15
1.2.2.1.5. Covid-19 (SARS-CoV-2)	15
1.3. BÜTÜNLEŞİK AFET YÖNETİMİ	16
1.3.1. Risk ve Zarar Azaltma Evresi	19

1.3.2. Hazırlıklı Olma	20
1.3.3. Müdahale Evresi	21
1.3.4. İyileştirme Evresi	22
1.4. DÜNYADA AFET YÖNETİMİ VE COVID-19 PANDEMİ YÖNETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	23
1.4.1. Amerika Birleşik Devletleri	25
1.4.2. Japonya	28
1.4.3. İtalya	29
1.4.4. Fransa	31
1.4.5. Almanya	33
1.4.6. İspanya	34
1.4.7. Finlandiya	35
1.4.8. Brezilya	36
1.4.9. Rusya Federasyonu	37
1.4.10. Çin	39
1.5. TÜRKİYE’DE AFET YÖNETİMİ VE COVID-19 PANDEMİ YÖNETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	40
1.5.1. Pandemi ve Hastane Afet ve Acil Durum Planı	42
1.5.2. Hastane Pandemi Müdahale Yönetimi	43

İKİNCİ BÖLÜM

COVID-19 VE DİYALİZ

2.1. CORONAVİRÜS’ÜN VİRAL YAPISI	49
2.1.1. Coronavirüs Türleri	51
2.1.2. Covid-19	52
2.1.3. Covid-19’un Epidemiyolojisi	53
2.1.4. Covid-19’un Bulaşı	53
2.1.5. Covid-19’un Bulaşına Karşı Korunma	54
2.1.6. Covid-19’un Bulaşında Klinik ve Tanı Yöntemleri	55
2.2. DİYALİZ	57
2.2.1. Kronik Böbrek Hastalığı	57

2.2.1.1. Epidemiyoloji	58
2.2.1.2. Etiyoloji	59
2.2.1.3. Klinik	60
2.2.1.4. Renal Replasman Tedavileri	61
2.2.1.5. Renal Transplantasyon (Böbrek Nakli)	61
2.2.1.6. Hemodiyaliz	62
2.2.1.7. Periton Diyalizi	63
2.2.2. Diyaliz Hemşireliği	64
2.2.3. Covid-19'un Böbrekler Üzerine Etkisi	65
2.2.4. Covid-19 Diyaliz ve İlişkisi	66

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	73
3.2. ARAŞTIRMA DESENİ	74
3.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	75
3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	76
3.5. ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLELERİ	76
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMİ	77
3.7. ETİK KURUL ONAYI	79
3.8. ARAŞTIRMA PLANI	80
3.9. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	81
3.10. VERİLERİN ANALİZİ	83
3.11. BULGULAR	84
3.11.1. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisindeki Afet Deneyimlerine İlişkin Bulgular	84
3.11.1. Diyaliz Hemşirelerinin Kurumun Pandemi Yönetim Modeline İlişkin Bulgular	86
3.11.2. Diyaliz Hemşirelerinin Biyolojik Afetle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular	103

3.11.3. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pozitif Hastalarına M¼dahale S¼recine Y¼nelik G¼r¼řlerine İlişkin Bulgular	106
3.11.4. İlk Covid-19 Pozitif Hastayı Diyalize Alırken Yaşanılan Hisler Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler	107
3.11.5. Covid-19 Pozitif Hastayı Diyalize Alırken Yaşanılan Zorluklar	112
3.11.6. Diyalize Alınan İlk Covid-19 Pozitif Hastadan Sonraki Deneyimler Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler	114
3.11.7. Hemodiyaliz (HD) Tedavisinden Sonra İyileşen Covid-19 Pozitif Hastalarda Hissedilenler	117
3.11.8. Diyaliz Hemşirelerinin Kronik HD Tedavi Alan Hastalara Y¼nelik G¼zlemlerine İlişkin Bulgular	119
3.11.9. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisindeki Kişisel Deneyimlerine İlişkin Bulgular	121
3.11.10. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisinde Ekip ile İlgili Deneyimlerine İlişkin Bulgular	127
3.11.11. Diyaliz Hemşirelerinin G¼r¼řlerine g¼re Tekrar Pandemi Olma Durumunda Diyaliz Ünitesinin Hazırlık Durumuna İlişkin Bulgular	133
3.11.12. Araştırma Çerçevesinde Ulaşılan Kodların İlişkisel Analizlerine Y¼nelik Değerlendirmeler	137
3.12. TARTIşMA	149
3.12.1. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisindeki Afet Deneyimlerine İlişkin Tartışma	149
3.12.2. Diyaliz Hemşirelerinin Kurumun Pandemi Y¼netim Modeline İlişkin Tartışması	151
3.12.3. Diyaliz Hemşirelerinin Biyolojik Afetle İlgili G¼r¼řlerine İlişkin Tartışma	159
3.12.4. Diyaliz Hemşirelerinin Covid (+) Hastalarına M¼dahale S¼recine Y¼nelik G¼r¼řlerine İlişkin Tartışma	161
3.12.5. Diyaliz Hemşirelerinin Kronik HD Tedavi Alan Hastalara Y¼nelik G¼zlemlerine İlişkin Tartışma	167
3.12.6. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisindeki Kişisel Deneyimlerine İlişkin Tartışma	170

3.12.7. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisinde Ekip ile İlgili Deneyimlerine İlişkin Tartışma	175
3.12.8. Diyaliz Hemşirelerinin Görüşlerine Göre Tekrar Pandemi Olma Durumunda Diyaliz Ünitesinin Hazırlık Durumuna İlişkin Tartışma	177
SONUÇ VE ÖNERİLER	184
KAYNAKÇA	188
EKLER	225



KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABH	Akut Böbrek Hasarı
AFAD	Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
APD	Aletli Periton Diyaliz
AVF	Arteriyovenöz Fistül
BT	Bilgisayarlı Tomografi
COVID-19	Koronavirüs Hastalığı
CRP	C-reaktif Protein
CRED	Afetlerin Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (Center for Research on the Epidemiology of Disasters)
CREDIT	Türk Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı / Chronic Renal Disease in Turkey
CRRT	Sürekli Renal Destek Tedavileri
WHO/DSÖ	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
EM-DAT	Acil Durum Veri Tabanı (Emergency Events Database)
EMERCOM	Olağanüstü Hal Bakanlığı (Emergency Situations Ministry)
FDA	Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration)
FEMA	Federal Acil Durum Yönetimi Kurumu (Federal Emergency Management Agency,
GFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HAP	Hastane Afet ve Acil Durum Planları
CDC	Hastalık Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention)
HD	Hemodiyaliz
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KBRN	Kimyasal, Biyolojiki Radyolojik ve Nükleer
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KKE	Kişisel Koruyucu Ekipmanlar
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MERS	Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome)

MERS-CoV	Orta Doğu Solunum Sendromu-Coronavirüs (Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus / MERS-CoV)
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NLR	Nötrofil / Lenfosit Oranı
PCR	Polimeraz Zincir Reaksiyonu (Polymerase Chain Reaction)
PD	Periton Diyaliz
RNA	Ribonükleik asid (Ribonucleic Acid)
RRT	Renal Replasman Tedavileri
RUHSAD	Ruh Sağlığı Destek Sistemi
SAKOM	Sağlık Acil Koordinasyon Merkezi
SAPD	Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz
SARS	Şiddetli Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome)
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SEDEC	Sivil Savunma Ulusal Sekreterliği
SINDEC	Ulusal Sivil Savunma Sistemi
SKH	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
TAMP	Türkiye Afet Müdahale Planı
TDK	Türk Dil Kurumu
THW	Teknik Yardım Federal Enstitüsü (Bundesanstalt Technisches Hilfswerk)
TND	Türk Nefroloji Derneği
ISPD	Ulusal Periton Diyalizi Derneği (International Society for Peritoneal Dialysis)
UMKE	Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri
UNDRO	Birleşmiş Milletler Afet Yardımı ve Koordinasyon Ofisi (United Nations Disaster Relief Organization)

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Bakanlığı Genel Korona Virüs Tablosu	s. 52
Tablo 2: Araştırmanın Zaman Çizelgesi	s. 80
Tablo 3: Katılımcıların Demografik Özellikleri	s. 81



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Coronavirüs'ün Şematik Yapısı	s. 50
Şekil 2: Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Hemşirelerinin Afet Deneyimleri	s. 84
Şekil 3: Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Hemşirelerinin Afet Deneyimleri	s. 86
Şekil 4: Kriz Yönetimi Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler	s. 89
Şekil 5: Malzeme Eksikliğine İlişkin Değerlendirmeler	s. 92
Şekil 6: Kriz Yönetimi Kategorisinde Yer Alan Diyaliz Ünitesine Sağlanan Ek Destekler Alt Koduna İlişkin Değerlendirmeler	s. 95
Şekil 7: Kriz Yönetimi Kategorisinde Yer Alan Pandemiye Diyaliz Ünitesindeki Değişimlerin Değerlendirilmesi Alt Koduna İlişkin Değerlendirmeler	s. 100
Şekil 8: Biyolojik Afetle İlgili Hemşire Görüşleri Temasına İlişkin Değerlendirmeler	s. 104
Şekil 9: Covid-19 Pozitif Hastalara Müdahale Sürecine Yönelik Değerlendirmeler Temasına İlişkin Değerlendirmeler	s. 107
Şekil 10: İlk Covid-19 Pozitif Hastayı Diyalize Alırken Yaşanılan Hisler Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler	s. 108
Şekil 11: Covid-19 Pozitif Hastayı Diyalize Alırken Yaşanılan Zorluklar Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler	s. 113
Şekil 12: Diyalize Alınan İlk Covid-19 Pozitif Hastadan Sonraki Deneyimler Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler	s. 115
Şekil 13: Hemodiyaliz Tedavisinden Sonra İyileşen Covid-19 Pozitif Hastalarda Hissedilenler Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler	s. 117
Şekil 14: Kronik Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalar Üzerinde Hemşire Gözlemleri Temasına İlişkin Değerlendirmeler	s. 119
Şekil 15: Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Kişisel Deneyimleri İlişkin Değerlendirmeler	s. 121
Şekil 16: Diyaliz Hemşirelerinin Pandemiye Yaşamlarının Etkilenmesi Koduna İlişkin Değerlendirmeler	s. 122

Şekil 17: Diyaliz Ünitesinde Pandemi Ekip Deneyimleri Temasına İlişkin Değerlendirmeler	s. 128
Şekil 18: Tekrar “Pandemi” Olsa Diyaliz Ünitesi Hazır Mı? Temasına İlişkin Değerlendirmeler	s. 133
Şekil 19: Covid-19 Pozitif Hastalara Müdahale Sürecine Yönelik Değerlendirmeler İle Kurumun Pandemi Yönetim Modeli	s. 138
Şekil 20: Biyolojik Afet ile İlgili Hemşire Görüşleri ile Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi-1	s. 139
Şekil 21: Biyolojik Afet ile İlgili Hemşire Görüşleri ile Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi-2	s. 141
Şekil 22: Biyolojik Afet ile İlgili Hemşire Görüşleri ile Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi-3	s. 143
Şekil 23: Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi ve Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Deneyimleri Modeli İlişkisi	s. 146
Şekil 24: Katılımcıların Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Hemşirelerinin Afet Deneyimleri ile İlgili En Sık Kullandıkları Kelimeler	s. 148

EKLER LİSTESİ

EK 1: Online Nitel Araştırma Yöntemleri Eğitim Katılım Belgesi	ek s. 1
EK 2: Maxqda İle Nitel Veri Analizi Eğitim Katılım Belgesi	ek s. 2
EK 3: Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Afet Deneyimi: Pamukkale Üniversite Hastanesi Örneği Görüşme Formu	ek s. 3
EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	eks . 5
EK 5: Etik Kurul Onayı	ek s. 6
EK 6: Kurum Onayı	ek s. 7

GİRİŞ

Afetler bir topluluğun veya toplumun işleyişini bozarak ya da kesintiye uğratarak ölümlere, yaralanmalara, fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan olaylardır. Her yıl giderek daha fazla rapor edilen afetlerin sayısı niceliksel ve niteliksel olarak artmakta olup, daha ciddi hale gelmekte ve daha fazla insanı etkilemektedir. Afet türlerinden biri olan biyolojik afetler dünya tarihinde görülen en büyük afet çeşitlerindendir. Biyolojik afetler, Afetlerin Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (CRED) tarafından yapılan afet sınıflandırma sistemi içerisinde, doğal afetler alt grubunda yer almış ve epidemi (salgın), böcek istilası ve hayvan olayları olmak üzere üç tip gruba ayrılmıştır (EM-DAT, 2023). Biyolojik afet, bakteri, virüs, mantar vb. gibi canlı organizmalar şeklinde biyolojik tehlikelerle temas ettiklerinde insan ve hayvanlarda kitlesel ölçekte hastalığa ve ölüme neden olan afet olarak tanımlanmaktadır. Eski zamanlardan günümüze kadar bulaşıcı ve salgın hastalıklar şeklinde karşımıza çıkan biyolojik afetlerin toplumları büyük zararlara uğrattığı bilinmektedir (Sharma, 2020: 36-37).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kısa süre içinde pandemi olarak ilan edilen, etkeni SARS-COV2'nin olduğu bilinmekte olan Covid-19 pandemisi, yalnızca ciddi ölüm oranlarına neden olan bir salgın hastalık değil aynı zamanda karantina altındaki şüpheli vakalarda, teyit edilen vakalarda ve ailelerinde, sağlık çalışanları ve tüm toplumda ciddi psikolojik etkileri de olan biyolojik bir afet olarak karşımıza çıkmıştır.

Covid-19 hastalığı, olguların büyük kısmında hafif semptomlarla geçirilse de bazı hastalıkların daha yüksek risk grubunda oldukları görülmüştür. Covid-19 pandemisi yönetimi kronik böbrek hastalığı (KBH) grubunda incelendiğinde, böbrek nakli ve periton diyalizi hastalarına göre hemodiyaliz (HD) hastalarının pandemi yönetiminin daha zorlayıcı olduğu görülmüştür. KBH nedeniyle özellikle HD tedavisi alan hastalar, yüksek risk grubunda yer almaktadır. Bu yüksek risk grubunda olan hastaların bağışıklık sistemlerinin düşük olması nedeniyle enfeksiyona daha yatkın olması, diyaliz hastalarının daha yaşlı olması, kardiyovasküler hastalık, diyabet ve serebrovasküler hastalık gibi önemli eşlik eden sekonder hastalıklarının da olması sebebiyle Covid-19 bu bireylerde daha ağır seyretmiş ve bu hasta

popülasyonunda önemli risk oluşturmuştur. Hemodiyaliz hastalarının haftanın en az iki-üç günü kalabalık bir ünite de HD işlemine ihtiyaç duymaları ve sağlık personelleriyle sürekli temas halinde olmaları, üniteye transferinde diğer hastalarla birlikte ortak servis araçlarını kullanmaları, evde izolasyon imkanlarının olmaması riskli grupta olma nedenleri arasında belirtilmektedir.

Rutinde tedavi verilen kronik HD hastalarına Covid-19 pandemisi sürecinde izole alan temininde sorunlar yaşanması, kısıtlı ve uygun olmayan izole alanların olması nedeniyle Covid-19 pozitif ya da şüpheli olan HD hastalarının diyaliz seans sayılarının artmasına neden olmuştur. Covid-19 pozitif olan ya da temas izolasyonuna ayrılan diyaliz hemşiresi eksikliği nedeniyle yetersiz sağlık personelinin olması da ve seans sayılarının artmasına bu da iş gücü ve zaman kaybına neden olmuştur. Tüm bunların yanında kişisel koruyucu ekipman (KKE) eksikliğinin yaşanması da diyaliz ünitelerinde Covid-19 pandemisinin yönetimini zorlaştırmıştır.

Covid-19 pandemi seyrinde primer etkilenen organın akciğer olması özellikle yoğun bakım ve mekanik ventilatör ihtiyacını ortaya koymuştur. Dünyada Covid-19 pandemi yönetimine bakıldığında yoğun bakım yatağı ve mekanik ventilatör cihazlarının kapasitesinin yetmediği ve kritik stoklar yaşanan farklı ülkeler olduğu görülmektedir. Covid-19 seyrinde akut biçimde de en sık ve ağır biçimde etkilenen organlar arasında böbreklerin yer aldığı görülmektedir. Özellikle yoğun bakımlarda takipli Covid-19 hastalarının değişen oranlarda akut böbrek hasarı (ABH) gelişmesinden dolayı akut HD tedavisine ihtiyaç olması, kronik diyaliz ünitesinde yaşanan zorluklara ekstra yük olarak eklenmiş olup, artmakta olan seans sayılarının üstüne eklenmiş, hemodiyaliz cihazı ve diyaliz hemşiresi eksikliğini açığa çıkarmıştır. Diyaliz ünitelerinde kronik ve akut HD hastalarının Covid-19 pandemisi yönetiminde çeşitli sorunlar yaşanmıştır. Yaşanılan bu sorunlar primer olarak etkilenen organların böbrekler olması durumunda, akut böbrek yetmezliğinin (ABY) gelişmesi hemodiyaliz tedavisine olan talebi artıracaktır, bu durumda hemodiyaliz ünitelerinde akut ve kronik diyaliz hastalarının yönetimi nasıl olacağı, hemodiyaliz cihazlarının ve diyaliz hemşirelerinin kapasitelerinin yeterli olup olmadığı aklı gelmektedir. Bu nedenle Covid-19 pandemisi nedeniyle artan ABY ve rutinde olan HD hastaları için hemodiyaliz ünitelerinde özel koruyucu önlemler alınması, tedavi

ve takipte ek, kısa ve uzun vadeli ve çözüme yönelik planlamalar yapılması gerektiği görülmektedir. Diyaliz merkezleri, diğer benzer kurumlarla deneyim paylaşımı yaparak yapılacak en iyi uygulamaları belirleyebilirler. Bu faktörlerin etkili bir şekilde yönetilmesi, diyaliz merkezlerinin Covid-19 pandemisi gibi biyolojik afetlerle başa çıkabilmesine yardımcı olur.

Araştırmamızda, pandemi gibi biyolojik afet durumlarında ortaya çıkabilecek problemlere çözüm önerileri geliştirerek literatüre ve uygulama alanına katkı sağlamak amaçlanmıştır. Stratejik olarak, deneyimlerden faydalanarak, bütünleşik risk ve kriz yönetiminin kapsamlaştırılması, güncel bilgilerle çağın teknolojisini de kullanarak planların oluşturulması, önümüzdeki yıllarda iklim değişiklikleri vs. bağlı karşımıza çıkabilecek benzer (biyolojik) afetlerin özellikle biyolojik bir afet de primer etkilenen organın böbrekler olması durumunda hemodiyaliz merkezlerinde nasıl yönetileceğine referans olabilmek araştırmamızın en önemli amaçları arasında yer almaktadır.

Bu hedefler çerçevesinde nitel araştırma yöntemi olan fenomenolojik desen kullanılarak Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz ünitesinde çalışan hemşireler ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler MAXQDA 2022 nitel analiz program ile analiz edilmiştir. Araştırma verileri aşağıda yer alan araştırma soruları çerçevesinde analiz edilmiştir.

- Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin biyolojik bir afet olan Covid-19 pandemisi deneyimleri nelerdir?
- Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin biyolojik afet algısı nedir?
- Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin biyolojik afetlerle ilgili bilgi birikimleri ve tutumları nelerdir?
- Diyaliz ünitesinde çalışan Covid-19 pandemisini deneyimleyen hemşireler, diyaliz hastalarına kesintisiz sağlık hizmeti verirken davranış şekilleri neler olmuş ve neler yapmışlardır?
- Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz ünitesinde çalışan hemşireler neler deneyimlemişler? Pandemi sürecinde çalışma alanlarında nelere ihtiyaçlar duymuşlardır ve bu ihtiyaçlarına erişim sağlayabilmişler midir?
- Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz ünitesinde çalışan hemşireler ne gibi sorunlarla karşılaşmışlardır? Karşılaştıkları sorunlarla nasıl baş etmişlerdir?

- Diyaliz üniteleri pandemi gibi afetlere nasıl hazırlanmıştır/hazırlanmalıdır?
- Diyaliz hastalarına kesintisiz sağlık hizmeti veren diyaliz hemşirelerinin pandemi gibi afetlerde hastane afet yönetim sürecine ve hastane afet planına katkıları nasıl sağlanabilir?



BİRİNCİ BÖLÜM

BÜTÜNLEŞİK AFET YÖNETİMİ

Doğa kaynaklı veya diğer afetler, insanların yaşamlarını ve toplumları etkileyen olaylardır. Son on yılda her yıl giderek daha fazla rapor edilen afetlerin sayısı daha ciddi hale gelmekte ve daha fazla insanı etkilemektedir (Oktari vd., 2020: 10). Afetler, birçok farklı şekilde meydana gelebilir ve genellikle tahmin edilemezler. Bunlar arasında deprem, tsunami, volkanik patlama, sel, kuraklık, orman yangını, kasırga, tayfun, çığ, toprak kayması, nükleer kaza, pandemi ve daha birçok afet türü bulunmaktadır (Karaman 2016: 1). Değişen ve gelişen dünyada karşılaşılan tüm dünyayı etkileyen koronavirüslerin sebep olduğu Covid-19 olarak adlandırılan biyolojik afet bir kez daha bütünleşik afet yönetiminin önemini ortaya koymuştur. Yaşamı kesintiye uğratan ve can kaybının giderek arttığı bu pandemi sürecinde, tüm dünya devletlerinin bütünleşik afet yönetimi stratejisinin etkililiğinin sorgulanmasına neden olmuştur (Gündüz, 2022: 13).

Bu bölümde aktarılmak istenilen bilgiler sırasıyla “Afet Kavramı”, “Afet Türleri”, “Bütünleşik Afet Yönetimi”, “Dünyada Afet ve Covid-19 Pandemi Yönetimi” ve “Türkiye’de Afet ve Covid-19 Pandemi Yönetimi” başlıkları altında yer verilmiştir.

1.1.AFET KAVRAMI

Afet kelimesi incelendiğinde dilimize Arapça kökeninden geçen bir kavram olduğu, āfat “bela, felaket, salgın hastalık” anlamlarına geldiği görülmektedir (Etimoloji Türkçe, 2021). Türk Dil Kurumu (TDK) ise afeti, “çeşitli doğa olaylarının sebep olduğu yıkım” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2021). Afet kavramına ilişkin literatürde birçok farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Yapılan bu tanımlamalardan en genel olanları incelendiğinde;

Türkiye’de afetler konusunda yetkili kurum olan Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) afet tanımını “Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme

kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay.” şeklinde tanımlamaktadır (AFAD, 2023a). AFAD’ın tanımına göre bir olayın meydana gelmesi doğrudan olarak afet olarak tanımlanamaz. Afetin olayın kendisinin değil, ortaya çıkardığı sonucun önemli olduğu vurgulanmaktadır. Meydana gelen olayın etkisi ile toplumların olumsuz olarak etkilenip ve etkilenen toplumun baş etme kapasitesini aşması durumundaki olay, afet statüsünde değerlendirilir. Birleşmiş Milletler İnsani Yardım Örgütü afeti, “İnsanlar için fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları etkileyen, etkilenen topluluğun yerel imkan ve kaynaklarını kullanarak baş edemeyeceği doğal, insan kaynaklı ve teknolojik olayların neden olduğu sonuçlar” şeklinde tanımlamaktadır. (UNDHA, 1992). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise afeti, maruz kalma, savunmasızlık ve kapasite koşullarıyla etkileşime giren, çevresel ve ekonomik kayıplar ile toplumu etkileyen tehlikeli olayların ortaya çıkardığı sonuçlar şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2020). Afet Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi (The Centre for Research on the Epidemiology of Disasters CRED) afeti “yerel kapasiteyi aşan, ulusal veya uluslararası düzeyde bir dış yardım ihtiyacı gerektiren bir durum veya olay; büyük hasara, yıkıma ve insanların acı çekmesine neden olan öngörülemeyen ve genellikle ani bir olay” şeklinde tanımlamaktadır (CRED, 2021). Yapılan tanımlamalarda zarar gören hayvanlar (fauna), bitki türleri (flora), etkilenen çevre ve ekolojik dengeye (fauna) yer verilmemiş olup; insan merkezli afet tanımları yapılmıştır. Karaman, “afet tanımının insan merkezli olduğunu ve beraberinde idarenin sorumluluklarının daraltılmış olarak belirlenmesine yol açacak bir yönetim ortaya koyacağını” söylemektedir. Afetler toplumun tamamını veya belirli bir kısmında tüm varlığı (insan, flora ve fauna) olumsuz etkileyerek fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, sadece insan merkezli değil, varlık merkezli afet tanımının gerekliliğini ortaya koymaktadır (Karaman, 2016: 2).

Emergency Events Database (EM-DAT); Acil Durum Olayları Veri Tabanı, Belçika merkezli Afetlerin Epidemiyolojisi Araştırma Merkezi’nin (CRED) uluslararası veri tabanlarından biridir. Bu veri tabanına göre bir olayın afet olarak görülebilmesi kriterlerine bakıldığında; en az on kişinin ölmesi, o en az 100 kişinin olaydan etkilenmesi, acil durum ya da olağanüstü hal ilan edilmesi ve uluslararası

yardım çağrısı yapılması kriterlerinden en az bir kriterin gerçekleşmiş olması gerekmektedir (EM-DAT, 2023).

Afetlerin etkilerini büyüten ve daha yıkıcı hale getiren birçok faktör vardır. Az gelişmiş bölgelerde, altyapı eksiklikleri, sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve eğitim düzeyinin düşüklüğü, afetlerin etkilerini daha fazla artırabilir. Bu bölgelerdeki insanlar, afetlerle başa çıkmak için daha sınırlı kaynaklara sahip olabilirler. Afetlerin büyüklüğü ve şiddeti, etkilerini artırabilir. Özellikle büyük depremler, tsunamiler ve kasırgalar gibi olaylar, geniş alanlarda ciddi hasara neden olabilirler. Yerleşim yerlerinin afet bölgelerine yakınlığı, afetlerin etkilerini artırabilir. Özellikle deniz kıyısında veya aktif fay hatları yakınında bulunan bölgeler, deprem ve tsunamilere daha açıktır. Düşük gelir ve ekonomik yetersizlikler, afet sonrası toparlanmayı zorlaştırabilir. İnsanlar, afet sonrası kaynaklara erişimde güçlük yaşayabilirler. Yapı denetimi eksikliği ve kaçak inşaatlar, afetlerin fiziksel hasarlarını artırabilir. Yetersiz inşaat kalitesi, binaların depremlere veya diğer afetlere karşı dayanıksız olmasına neden olabilir. Ormanların tahrip edilmesi, sel ve toprak kaymaları gibi afetlere neden olabilir. Ormanlar, suyun tutulmasına ve erozyonun önlenmesine yardımcı olur. İklim değişikliği, ekstrem hava olaylarının sıklığını ve şiddetini artırabilir. Bu da sel, kuraklık, kasırga gibi afetlerin daha sık ve yoğun olarak meydana gelmesine yol açabilir. Yoğun nüfusa sahip bölgelerdeki afetler daha fazla insanı etkileyebilir. Bu da afet sonrası yardım ve barınma sorunlarını artırabilir (Altun, 2018: 8-9).

Afet ile ilgili tanımlar incelendiğinde afet olgusu olarak tanımlanan olayların, toplumun baş etme kapasitesinin ya da yerel kapasitenin aşıldığı durumlar ile doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Aynı şiddette ve büyüklükte yaşanan bir olay bazı toplumlarda afet boyutuna dönüşürken, bazı toplumlarda afet boyutuna dönüşmeyebilir. Burada önemli olan toplumun afetler karşısında dirençli olması ve baş etme kapasitesidir. Bu çerçevede yapılması gereken her bireye eğitim vererek afet bilinci ve dirençli toplumun oluşturulmasıdır (Gündüz, 2022: 6).

Afetlerin büyüklüğü, can kaybı, yaralanma, maddi hasar ve sosyo-ekonomik kayıplar gibi faktörlere dayalı olarak belirlenir. Bu faktörler, afetin etkilerinin ne kadar ciddi olduğunu ve toplumun ne kadar etkilendiğini gösteren önemli göstergelerdir. Bu nedenle afet yönetimi ve hazırlık, bu tür etkileri minimize etmeye ve afet sonrası toparlanmayı hızlandırmaya odaklanır. Koordinasyon, hızlı tepki,

kaynak tahsisi ve halkın bilinçlenmesi gibi faktörler, afetlerle başa çıkmada önemlidir (Artan ve Özkan, 2020: 49-50).

1.2. AFET TÜRLERİ

Dünya genelinde farklı coğrafyalarda, farklı oluşum mekanizmalarına göre birçok farklı türde afet yaşanmıştır. Literatür bilgileri incelendiğinde afet türleri ile ilgili çok sayıda farklı sınıflandırma yapılmaktadır. Genel olarak geliş şekillerine göre ve kaynağına göre afet türlerinin sınıflandırma yapıldığı görülmektedir. Afetler geliş şekillerine (zamanlamasına) bağlı olarak değerlendirildiğinde; akut (ani gelişen-aniden ortaya çıkan- hızlı) ve kronik (yavaş gelişen- sürekli) afetler olarak sınıflandırıldığı görülmektedir (Bahadır ve Uçku, 2018). Akut afetler, kesin olarak ne zaman gelişebileceği tahmin edilemeyen bir anda aniden gelişen afetlerdir. Kronik afetler, aniden ortaya çıkmayan, sürekli ve yavaş bir şekilde gelişen afetlerdir. Akut gelişen afetlere örnek olarak terör olayları; su taşkınları, balık kirlilikleri, maden ve endüstriyel atıklarla kirlenmiş atıklar, suya yayılan maddeler, suya yayılan yağlar, deprem, yangın, fırtına ve hortumlar, volkanik patlamalar, su taşkınları, çığ, kaya düşmesi, meteor yağmuru, nükleer kirlilik örnek verilebilirken; kronik gelişen afetlere; iklim değişikliği, kuraklık, hava kirliliği, ormansızlaşma, kuraklık, türlerde genetik değişme, kıtlık ve ormansızlaşma örnek verilebilir (Karaman ve Altay, 2016: 231-232). Kaynağına göre afet türleri AFAD' a göre doğa kaynaklı ve insan kaynaklı afetler olarak ikiye gruba ayrıldığı, ayrıca dünyada görülen afet türlerini jeolojik, klimatolojik, biyolojik, sosyal ve teknolojik afetler olmak üzere beş kategoride değerlendirildiği görülmektedir (AFAD, 2023b).

Bazı afetler ve hem doğa hem de insan kaynaklı faktörlerin etkisi altında meydana gelip karmaşık afete neden olmaktadır. Karmaşık afetlere bir depremin yanı sıra bu depremin neden olduğu yapısal hasarın insan kaynaklı ihmal veya yanlış inşaat yöntemleri sonucu daha da kötüleşmesi örnek gösterilebilir. Afet yönetimi ve hazırlığı, her iki kategoriye de odaklanarak toplumları afetlere karşı hazırlıklı hale getirmeyi amaçlar (Kadioğlu, 2008: 10-11).

EM-DAT afet grubunu doğal afet ve teknolojik afet olarak iki grupta sınıflandırmıştır.

Doğal afetleri, altı alt grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar;

- Jeofiziksel (deprem, kütle hareketi, volkanik aktivite)
- Hidrolojik (sel, heyelan, dalga etkisi)
- Meteorolojik (fırtına, ekstrem sıcaklık, sis)
- Klimatolojik (kuraklık, buzul gölü patlaması, tahrip edici kırsal yangın)
- Biyolojik (hayvan kazası, salgın, böcek istilası)
- Dünya dışı (etki ve uzay havası) olarak yer almaktadır.

Teknolojik afetler ise üç alt grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar;

- Endüstriyel kaza (endüstriyel yangın, zehirlenme, gaz kaçağı, ısınım, kimyasal dökülme, petrol sızıntısı)
- Ulaşım kazası
- Çeşitli kaza (çeşitli çöküş ve patlama) olarak yer almaktadır (Yılmaz, 2022; EM-DAT Belgeleri, 2023).

1.2.1. İnsan Kaynaklı Afetler

İnsan kaynaklı afetler, insanların doğrudan veya dolaylı etkisiyle meydana gelen afetlerdir. Genellikle belirli bir bölgedeki veya toplumdaki işleyen sistemleri bozmaktadırlar. Gıda üretimi, işleme ve dağıtımındaki hatalar veya kontaminasyonlar sonucu meydana gelmektedir ve bu tür olaylar büyük gıda zehirlenmelerine veya salgın hastalıklara neden olmaktadır. Su, hava ve toprak kirliliği gibi çevresel kirlilik türleri, insan faaliyetlerinin sonucu olarak meydana gelmekte ve doğal ekosistemlere zarar vermektedir. Fosil yakıt kullanımı ve sera gazı emisyonları, küresel iklim değişikliğine yol açmaktadır. Bu değişiklikler, ekstrem hava olayları ve deniz seviyesinin yükselmesi gibi afetlere neden olabilmektedir (Gökçekuş ve diğerleri, 2018: 15-19). Nükleer enerji santrallerindeki patlamalar veya nükleer silah testleri sonucu nükleer kazalar meydana gelmektedir. Bu tür kazalar radyasyon sızıntılarına neden olup, çevre sağlığı için büyük bir tehdit oluşturur. Terör saldırıları, savaşlar ve çatışmalar gibi insan kaynaklı afetler de dünya genelinde ciddi etkilere yol açmaktadır (Bingül ve diğerleri, 2020: 192). Biyolojik silahlar veya biyoterörizm, insan kaynaklı biyolojik saldırılara yol açmakta ve ölümcül hastalıkların yayılmasına neden olmaktadır. Terör saldırıları, patlayıcılar ve

bomba tehditleri, toplumları ciddi şekilde etkilemekte ve fiziksel ve psikolojik yıkıma sebep olmaktadır. (Kadioğlu, 2008: 28). Biyolojik savaş ya da biyoterörizm olaylarında hastalığa neden olan biyolojik silah ve biyolojik ajanların kasıtlı kullanımı insan kaynaklı biyolojik afetler olarak değerlendirilmiştir (Kaya, 2023: 11).

1.2.2. Doğa Kaynaklı Afetler

Doğanın doğal süreçleri nedeniyle meydana gelen afetleri içermekte ve insan müdahalesi olmadan gerçekleşen afet türüdür. Deprem, tsunami, volkanik patlamalar, kasırga, tayfun, fırtına, tornada, sel, kuraklık, orman yangınları, çığ ve toprak kaymalarını bu afetlere örnek gösterilebiliriz (Karaman ve Altay, 2016: 309-310). Doğa kaynaklı afetler farklı coğrafi bölgelerde farklı şekillerde meydana gelmekte ve her bölgenin kendi potansiyel afetleri bulunmaktadır. Örneğin depremler, dünya genelinde yaygın olarak görülen doğa kaynaklı afetlerden biridir. Özellikle deprem kuşaklarında bulunan ülkeler sık sık depremlere maruz kalır. Örneğin, Büyük Okyanus'taki Pasifik Ateş Çemberi çevresinde ve Kuzey Anadolu Fay Hattı gibi bölgelerde depremler sıkça meydana gelir (Öztürk ve Tekin, 2019: 37). Sel, aşırı yağışlar, nehirlerin taşması veya şiddetli fırtınalar sonucu sel afeti meydana gelir ve bu tür afetler genellikle altyapıya ve tarım alanlarına zarar vermektedir. Fırtınalar ve kasırgalar denizler üzerinde oluşan şiddetli rüzgarlarla karakterizedir. Bu fırtınalar karaya vurduğunda büyük yıkımlar ve seller meydana getirir. Kuraklık, yüksek sıcaklık ve insan kaynaklı faktörler orman yangınlarına neden olur. Bu yangınlar ormanların yok olmasına, can kaybına neden olur ve hava kalitesini olumsuz etkilemektedir. Volkanlar patladığında, lav, kül, gazlar ve lav bombaları atmosfere yayılır. Bu tür olaylar yerleşim alanlarına ciddi zarar verir ve havacılık için tehlike oluşturmaktadır. Genellikle deniz tabanındaki depremler veya volkanik patlamalar sonucu meydana gelen tsunamiler, kıyı bölgelerine büyük dalgaların çökmesine neden olur. Bu dalgalar çok yıkıcı olabilmektedir (Bingöl ve diğerleri, 2020: 191).

Türkiye gibi çeşitli iklim ve coğrafi özelliklere sahip bir ülkede, farklı doğa kaynaklı afet türleri görülmektedir. Heyelanlar Türkiye'de sık görülen doğa kaynaklı

afetlerden biridir ve özellikle yamaç bölgelerinde, yoğun yağış dönemlerinde meydana gelmektedir. Ancak en çok hasara neden olan afet türü depremlerdir. Depremler, Türkiye'nin bulunduğu bölgede aktif fay hatlarının varlığı nedeniyle sık sık meydana gelmekte ve zaman zaman büyük hasarlara ve can kayıplarına yol açmaktadır. Aynı şekilde su baskınları da Türkiye'de sık rastlanan afetlerdir. Özellikle yağışlı mevsimlerde nehirlerin taşması veya sel sularının etkisiyle meydana gelmektedir (Altun, 2018: 2).

Biyolojik afet kategorisinde yer alan hayvan kazası, salgın ve böcek istilası EM-DAT tarafından doğa kaynaklı afet sınıflandırmasında yer almaktadır (EM-DAT Belgeleri, 2023).

1.2.2.1. Biyolojik Afetler

Biyolojik afetlerin toplum üzerinde önemli ve büyük etkileri vardır. Biyolojik afetler; doğal olarak meydana gelen salgınlarla, patojen (hastalık oluşturan) ve öldürücü bir mikroorganizmanın kasıtlı olarak kullanılmasıyla ya da kazara salınmasıyla oluşmaktadır. Tarihsel sürece bakıldığında birçok biyolojik hastalık etkeni veya onların ürünlerinin (toksinler gibi) insanlar, hayvanlar ve bitkiler üzerinde geniş ölçekte pandemilere (kıta ve dünya üzerinde küresel olarak geniş bir alana yayılan salgın) epidemilere (geniş bir coğrafi bölgede meydana gelen salgın) neden olarak hastalığa, engelliliğe ve milyonlarca insanın ölmesine neden olduğu görülmektedir (Tercan, 2020: 41). Biyolojik afetler doğal olarak meydana gelebildiği gibi, biyolojik ajanların kasıtlı olarak savaş veya terörizm eylemlerinde hedef topluma zarar vermek amacıyla kullanılabildiği belirlenmiştir (Narayanan vd., 2018: 38(2): 217-234). Ayrıca tarım alanlarının yok edilmesi de biyolojik afet kategorisinde değerlendirilmektedir (Sönmez Gün ve Yıldız, 2023: 577-581). Literatür incelendiğinde biyolojik afet kavramına yönelik birçok farklı tanımlar ve sınıflandırılmaların olduğu görülmüştür. Yukarıda belirtildiği gibi araştırmamızın konusu olan biyolojik afetler; hayvan kazası, salgın ve böcek istilası EM-DAT tarafından doğa kaynaklı afet sınıflandırmasında yer almaktayken, biyolojik savaş ya da biyoterörizm olaylarında hastalığa neden olan biyolojik silah ve biyolojik ajanların kasıtlı kullanımı ise insan kaynaklı biyolojik afetler olarak

değerlendirilmiştir (Kaya, 2023: 11; Em-dat, 2023). Araştırmamızın asıl konusu bir biyolojik afet olan Covid-19 pandemisi de salgın hastalıklar kategorisinde yer almaktadır.

Dünya genelinde küresel geniş etki yaratan Covid-19 pandemisi gibi daha önce pandemilere neden olan İspanyol gribi, SARS, domuz gribi, orta doğu solunum sendromu gibi biyolojik afetlere çalışmanın devamında alt başlıklar halinde yer verilmiştir.

1.2.2.1.1. İspanyol Gribi (H1N1)

İspanyol Gribi, 1918-1919 yıllarında ortaya çıkan ve hızla yayılan bir grip salgını olduğu bildirilmiştir. İspanya'nın Birinci Dünya Savaşı'na katılmaması nedeniyle salgın, ilk belirtilerinden itibaren basına yansıtarak halkı bilgilendirmişlerdir. Bu durum salgının ilk olarak İspanya'da ortaya çıktığı görüşüne neden olmuştur. Diğer ülkeler savaş koşullarında bulundukları için haber verme konusunda kısıtlamalar getirmişler veya sansür uygulamışlardır. Bu yüzden salgının diğer ülkelerdeki medya tarafından pek de haberleştirilmediği görülmektedir (Yolun, 2020: 74-77). Salgının kökeni hala net olarak bilinmemekte olup, İspanya sadece haber yapılmasına neden olan bir ülke olarak öne çıkmıştır. Daha sonraki araştırmalar ve analizler, bu grip salgınının muhtemelen Amerika Birleşik Devletleri'nde veya Çin'de başladığını ve daha sonra diğer ülkelere yayıldığını göstermiştir. İspanyol Gribi, dünya genelinde büyük bir ölüm oranına yol açmış ve milyonlarca insanın hayatını kaybetmesine neden olmuştur (Radusin, 2012: 920-923). İspanyol gribi, farklı dalgalar halinde yayılarak 20. yüzyılın en şiddetli pandemisi olan 1918-1919 pandemisi olarak değerlendirilmiş olup Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika'da yaklaşık 12 ay sürmüş olup bu süreç boyunca üç farklı dalga halinde yayılmıştır. Özellikle ikinci dalga, diğerlerine göre daha ölümcül nitelikte olmuş ve milyonlarca insanın hayatını kaybetmesine neden olmuştur (Yolun, 2020: 78). Aynı dönemde Birinci Dünya Savaşı da devam etmekteyken, salgının bu savaştan daha fazla cana mal olduğu düşünülmekte ve 50 milyona yakın insanın ölümüne neden olduğu tahmin edilmektedir (Bak ve Eşidir, 2020: 8-11). Salgın, o dönemdeki savaş koşulları ve askerlerin hareketliliği nedeniyle hızla yayılmıştır

(Yolun, 2020: 79). Daha önceki dönemlerde görülen pandemilerden farklı bir karakter gösterdiği, bu salgında ölümlerin 20-40 yaş arası genç erkeklerde ve hamile kadınlarda sık görüldüğü ve daha öldürücü olduğu belirlenmiştir (BBC Türkçe, 2020).

İspanyol gribi gibi pandemiye sebep olan diğer tüm bulaşıcı hastalıklarda temas veya kalabalık ortamlarda daha fazla yayılım gösterdiği göze çarpmaktadır. Bu tür bulaşıcı hastalıkların etkisini hafifletmenin en önemli yolu olarak özellikle toplulukların bir arada bulunduğu (hava alanı, hastane, AVM, sosyal etkinliklerin yapıldığı yerler gibi) yerlerde hijyene, sosyal mesafeye, yeterli havalandırma yapılmasına dikkat edilmesi konuları öne çıktığı görülmüştür (Bak ve Eşidir, 2020: 12-13).

1.2.2.1.2. Sars (Sars-CoV-1)

21. yüzyılda yeni ortaya çıkan ilk ciddi bulaşıcı viral solunum yolu hastalığı, 2002–2004 döneminde, Çin’de başlamış ve bu kez etkeni bir grip virüsü değil zoonotik (hayvanlardan insanlara bulaşan hastalık) bir koronavirüs suşundan (SARS-CoV-1) kaynaklanmış olan Şiddetli Akut Solunum Sendromu-Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), salgını yaşanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Mart 2003’te küresel bir pandemi uyarısı yayınlanmıştır. SARS şiddetli, insandan insana bulaşıcı bir salgın olduğu ve vakaların çoğunluğunun SARS hastalarıyla doğrudan temas halinde olan sağlık çalışanlarında ve ailelerinde meydana geldiğini tespit edilmiştir (WHO, 2003). Tıbbi, sosyal ve ekonomik etkileri sert olan SARS’ın vaka-ölüm oranının yaklaşık %15 olduğu tahmin edilmektedir. Tayvan’daki SARS salgınının ana bulaşma yolunun hastane enfeksiyonu olduğu belirtilmektedir (Lee ve diğerleri, 2003: 2930). Tespit edilen ilk SARS vakası Nisan 2003’te ortaya çıkmıştır ve 24 Nisan’da Taipei’deki Ho Ping Hastanesinde bir salgın bildirilmiştir. Daha fazla yayılmayı önlemek için tüm hastalar, ziyaretçiler ve personel bu hastanede izole edilmiştir. Bu patojenle daha önce deneyimi olmayan Tayvan’daki tüm insanlar, biyolojik afetin benzeri görülmemiş korkularıyla karşı karşıya kalmıştır. İnsanlar mümkün olan tüm koruyucu ekipmanı depolamaya başlamış ve enfekte hastalar, hastaların aile üyeleri, karantinadaki kişiler ve hatta tıp

uzmanları da dahil olmak üzere enfeksiyon riski taşıyan kişi veya malzemelerle teması reddetmiştir (WHO, 2003).

1 Kasım 2002'den 31 Temmuz 2003'e kadar hastalık başlangıcı olan olası SARS vakalarının özeti (31 Aralık 2003 tarihleri verilere göre) dünyada toplam 8.096 vaka sayısı bildirilmiş ve ölüm sayısı 774 kişi olarak belirlenmiş olup, vaka ölüm oranı %9.6 olarak bildirilmiştir (WHO, 2015).

1.2.2.1.3. Domuz Gribi (H1N1)

Domuz gribi veya yeni A(H1N1) grip virüsü, Mart 2009'da büyük bir endişeye neden olan bir pandemiye yol açmıştır. Bu virüs, domuzlar, insanlar ve kuşlar arasında genetik olarak karışmış bir grip virüsüdür. Hızla yayılmış ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından Haziran 2009'da bir influenza pandemisi olarak ilan edilmiştir. İlk olarak Meksika'da tespit edildiği için başlangıçta "Meksika Gribi" olarak anılmış, ancak daha sonra daha spesifik bir isim olan "Yeni A(H1N1)" olarak adlandırılmıştır (Şanlı, 2010: 8-9). Bu pandemi, dünya genelinde birçok ülkeyi ve insanı etkilemiştir. Sağlık otoriteleri, bu yeni grip virüsüne karşı aşılar geliştirmeye çalışmışlar ve salgını kontrol altına almak için çeşitli önlemler alınmıştır. Domuz gribi, pandemilerin ne kadar hızlı yayılabileceğini ve küresel sağlık sistemlerini nasıl zorlayabileceğini gösteren önemli bir örnektir (Çırakoğlu, 2011: 53-54).

Pandemik İnfluenza H1N1, dünya genelinde birçok insanı etkilemiş ve birçok ülke sağlık sistemlerini zorlamıştır. Hükümetler, sağlık otoriteleri ve bilim insanları, hastalığın yayılmasını kontrol altına almak ve aşılar geliştirmek için büyük çaba harcamışlardır. Bu pandemi, gelecekte benzer durumlarla başa çıkmak için sağlık sistemlerinin ve pandemi hazırlıklarının nasıl geliştirilebileceğini gösteren önemli bir örnektir. Aynı zamanda halk sağlığı önlemlerinin ve bilinçlendirme çalışmalarının ne kadar kritik olduğunu da göstermiştir (Şanlı, 2010: 12).

1.2.2.1.4. Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS)

Koronavirüsün (MERs-CoV) etkeni olduğu viral solunum hastalığı, Orta Doğu Solunum Sendromu Coronavirus (MERS-CoV) olarak bilinmekte olup, MERS, 2012 yılında ilk kez Suudi Arabistan'da rapor edilen bir viral hastalıktır. İlk vakaların ortaya çıkmasının ardından, 2012-2018 yılları arasında dünya genelinde birçok vaka ve ölüm kaydedilmiştir (Feikin ve diğerleri, 2015: 2029). MERS, özellikle Arap Yarımadası'nda yoğunlaşmış bir hastalıktır. Suudi Arabistan, Birleşik Arap Emirlikleri, Ürdün ve diğer bazı Orta Doğu ülkelerinde MERS vakaları bildirilmiştir. Bu bölgede yaşayan ve çalışan insanlar arasında yaygınlaşmıştır. Ancak, MERS, uluslararası seyahatler nedeniyle diğer bölgelere de yayılmıştır. Örneğin, Güney Kore'de 2015 yılında büyük bir MERS salgını yaşanmıştır. Bu salgın, MERS virüsünün farklı ülkelere ve bölgelere yayılma potansiyelini göstermiştir. MERS, solunum yoluyla bulaşabilir ve ciddi solunum problemlerine yol açabilir (Chan ve diğerleri 2015: 472). MERS-CoV'a karşı özel bir aşı yoktur, bu nedenle hastalığa yakalanan kişilere destekleyici tedavi verilmiştir. Solunum yetmezliği gibi komplikasyonların tedavi edilmesi önemlidir. Ayrıca korunma önlemleri büyük önem taşımaktadır. Sık sık ellerin yıkanması, özellikle sabun ve suyla yıkama veya alkol bazlı el dezenfektanları kullanarak, virüsün yayılmasını önlemeye yardımcı olabilmektedir. Öksürme veya hapşıрма sırasında ağız ve burunu kapatacak şekilde maske kullanmak, başkalarına virüsün bulaşmasını önleyebilir. Enfekte kişilerden uzak durmak ve özellikle hastalık belirtileri gösteren kişilerle teması sınırlamak önemlidir. MERS-CoV enfeksiyonu şüphesi olan kişilere bakarken, uygun koruyucu ekipman kullanmak ve enfekte hastaların izolasyonunu sağlamak kritik öneme sahiptir. MERS-CoV'un yayılmasını sınırlamak için riskli bölgelere yapılan seyahatler sınırlanabilmektedir (İnal, 2016: 42).

1.2.2.1.5. Covid-19 (SARS-CoV-2)

Koronavirüs hastalığı 2019 (Covid-19), Çin'de Ay Yeni Yılı'ndan hemen önce ortaya çıkan ve küresel bir tehdit haline gelen Covid-19 salgını halini almış ve 30 Ocak 2020'de "Uluslararası Önem Arz Eden Halk Sağlığı Acil Durumu" olarak ilan

edilmiştir. Hemen ardından Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 11 Mart'ta "pandemi" düzeyine çıkarılmıştır (Hsieh ve diğerleri, 2021: 581). Çalışmanın sonraki kısımlarında Covid-19 pandemisi daha ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştır.

Covid-19 pandemisi gibi biyolojik afetlerin ve diğer afetlerin sebep olabileceği olumsuz etkilerinin azaltılmasında etkili bir afet yönetimi hayati önem arz etmektedir. Bu nedenle çalışmanın devamında bütünleşik afet yönetimi ve pandemide kapsamında biyolojik afet yönetimi ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır.

1.3. BÜTÜNLEŞİK AFET YÖNETİMİ

Afetler geçmişten günümüze kadar tüm toplumu ve dünyayı farklı niteliklerde etkilemekte olup, sayı ve şiddet yönüyle de artarak etkisi devam etmektedir (Karaman 2016: 1-5). Tüm dünyayı etkileyen Covid-19 olarak da adlandırılan küresel bir pandemi-salgın, biyolojik afet olarak tanımlanmış ve tüm insanlık pandemi ile mücadele etmiştir. Yaşamı ve sağlık sistemlerini kesintiye uğratan, can kaybının giderek artmasına neden olan bu pandemi yönetim sürecinde tüm dünya büyük zorluklar ile karşı karşıya kalmıştır (Gündüz, 2022: 13). İklim değişiklikleri, nüfus hareketleri ve nüfus sayısının artması ile gelişen ve değişen dünyada pandemi gibi daha önce karşılaşılmayan salgınların olabileceği, bunun da biyolojik afetlerin yönetiminin önemsenmesinin gerekliliği akla getirilmelidir.

Geçmiş dönemlerde afet ile mücadele yöntemine bakıldığında afet anı ve sonrası odaklı bir yönetim şeklinin benimsendiği görülmektedir. Yara sarma politikası izlenerek afet öncesi risk yönetimi ve zarar azaltma aşamaları yok sayılarak afet anı ve sonrasına odaklı kriz yönetimi anlayışının hakim olduğu görülmektedir (Demiröz Yıldırım, 2022: 12-14).

Afet ve Acil Durum Başkanlığı afet yönetimini,

Afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması, afet sonucunu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için toplumca yapılması gereken topyekûn bir mücadele süreci. Afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması amacıyla, afet öncesi, sırası ve sonrasında alınması gereken önlemler ve yapılması gereken çalışmaların planlanması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi, desteklenmesi ve etkin olarak uygulanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, imkân ve kaynaklarının belirlenen stratejik hedefler ve öncelikler doğrultusunda

kullanılmasını gerektiren, çok yönlü, çok disiplinli ve çok aktörlü, dinamik ve karmaşık bir yönetim sürecidir

şeklinde tanımlamaktadır (AFAD, 2023a). Afet Yönetimi süreci; risk ve zarar azaltma, hazırlıklı olma, müdahale, iyileştirme ve yeniden inşa etme evresi olarak dört aşamadan oluşmaktadır. Bu süreçteki tüm aşamalar sürekli birbirini takip etmekte ve bu evrelerde yapılan çalışmaların tümü, belirlenen stratejiler ve yöntemlerin her biri, bir sonraki evrenin başarısını büyük ölçüde etkilemektedir.

Kriz yönetimi odaklı afet yönetiminden yerini risk odaklı afet yönetimi anlayışına bırakan, modern ve çağdaş yaklaşımı benimseyen günümüzde bütünleşik afet yönetimi, risk yönetimi ve kriz yönetimi süreçlerini kapsayan bir yönetim modelidir. Bu yönetim anlayışı afetlerde dirençli toplum oluşturabilmek ve başarılı bir afet yönetim sistemi için gerekli olduğu görülmüştür (Demiröz Yıldırım, 2022: 12-14; Gündüz, 2022: 15-16).

Afet ve Acil Durum Başkanlığı bütünleşik afet yönetimini,

Afetlerle baş edebilen, dayanıklı ve dirençli bir toplum oluşturmak için tüm tehlikeleri dikkate alan, afet yönetiminin önleme, zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme aşamalarında yapılması gereken çalışmalar ve alınması gereken önlemleri, toplumun tüm güç ve kaynaklarını kullanarak gerçekleştirebilen bir yönetim süreci; entegre afet yönetimi

şeklinde tanımlamaktadır (AFAD, 2023a).

Doğa kaynaklı ve insan kaynaklı afetler her zaman olası risklerdir ve bu tür olaylara hazırlıklı olmak önemlidir. Afet öncesinde risk odaklı afet yönetimi, potansiyel tehlikeleri tanımlama, riskleri değerlendirme ve bunlara karşı hazırlıklı olma sürecini içermektedir. Bu, halkın güvenliğini ve refahını koruma amacı içermektedir. Risk odaklı afet yönetiminde ilk adım, belirli bir bölgedeki potansiyel tehlikeleri ve riskleri tanımlamaktır. Tehlikeler tanımlandıktan sonra, bu tehlikelerin potansiyel etkilerini ve olası riskleri değerlendirmek önemlidir. Bu, hangi alanların daha yüksek risk altında olduğunu ve nasıl korunabileceğini anlamaya yardımcı olacaktır. Risk odaklı afet yönetimi, afetlerin etkilerini azaltmak ve mücadele etmek için hazırlık planları geliştirmeyi kapsamaktadır. Bu planlar, acil durum ekiplerinin nasıl tepki vereceğini, tahliye yollarını, iletişim stratejilerini ve yardım kaynaklarını içermektedir (Yılmaz, 2004: 18-20). Halkın afetlere karşı eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi afet yönetimi açısından önemlidir. Acil durum prosedürleri, acil iletişim yöntemleri ve güvenli tahliye pratikleri gibi konular halka öğretilmelidir.

Afet meydana geldiğinde, hazırlık planlarının uygulanması ve kriz yönetimi önemlidir. Hızlı ve etkili müdahale, afetin etkilerini en aza indirmeye yardımcı olabilmektedir (Değirmenci ve İlter, 2013: 276-303).

Bütünleşik afet yönetimi afet öncesi, afet sırası ve afet sonrası tüm aşamaları kapsayan dört evreden oluşmaktadır. Bu evreler;

- Risk ve Zarar Azaltma Evresi
- Hazırlık Evresi
- Müdahale Evresi
- İyileştirme Evresidir (Karaman, 2016: 3-6).

Önleyici tedbirler, afetlerin etkilerini azaltmaya ve bu tür olaylara hazırlıklı olmayı sağlamaktadır. Bu, binaların depreme dayanıklı olarak inşa edilmesi, sel sularının kontrol edilmesi, yangın söndürme sistemlerinin kurulması ve toplumların acil durum planlarının uygulanması gibi önlemleri içermektedir. Afetlerin insan yaşamına etkisi sadece olayın kendisinden çok, hazırlık, müdahale ve toparlanma süreçleriyle de ilgilidir. Bu nedenle afet yönetimi, afetlerin etkilerini azaltma ve afet sonrası toparlanma süreçlerini iyileştirme konularına odaklanmaktadır (Öztürk ve Tekin, 2019: 39).

2014 yılında hazırlanmış olan Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP), afet yönetiminde Bütünleşik Afet Yönetimi benimsemiştir. Biyolojik afetlerin yönetiminde de diğer afetlerde olduğu gibi bütünleşik afet yönetim aşamaları izlenmelidir. TAMP' a göre biyolojik afetler Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer Tehditler (KBRN) kapsamında değerlendirilmiştir (AFAD, 2023c). Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer Tehdit ve Tehlikelere Dair Görev Yönetmeliği ile sorumlu kuruluşlar ve görevleri tanımlanarak 2020 yılında yayınlanarak Türkiye' de yasal çerçeve oluşturulmuştur (Mevzuat Bilgi Sistemi).

Etkeni SARS-COV2'nin olduğu bilinmekte olan Covid-19, ciddi ölüm oranlarına neden olan, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kısa süre içinde pandemi olarak ilan edilen bir hastalık halini almıştır (Rothan ve Byraredy, 2020; Du Toit, 2020). Covid-19 pandemisi yalnızca salgın bir hastalık değil, aynı zamanda karantina altındaki şüpheli vakalarda, teyit edilen vakalarda ve ailelerinde, sağlık çalışanları ve tüm toplumda ciddi psikolojik etkileri de olan biyolojik bir afet olarak ifade edilmektedir (Hsieh vd., 2021). Covid-19 pandemi sürecine bakıldığında tüm

paydaş kurul ve kuruluşların organize ve stratejik şekilde pandemi yönetimine entegre olması gerektiği, bunda ancak bütünleşik afet yönetimi sistemiyle mümkün olacağı görülmektedir. Devam eden bölümde bütünleşik afet yönetimi evreleri ve biyolojik afetler kapsamında pandemi yönetimi detaylı olarak açıklanmaktadır.

1.3.1. Risk ve Zarar Azaltma Evresi

Risk ve zarar azaltma evresi bütünleşik afet yönetiminin en önemli ve birinci evresidir. Afet öncesi dönemde yürütülen çalışmalar, afetlerin etkilerini azaltmayı ve toplumların afetlere karşı hazırlıklı olmasını sağlamayı amaçlamaktadır (Kadioğlu, 2008: 29). Risk yönetimi ve afet hazırlığı, afetlerin etkilerini minimize etmeye ve toplumları afetlere karşı daha dayanıklı hale getirmeye yönelik önemli bir stratejik yaklaşımlardır. Bu çalışmalar, afetlerin yaşanmasına engel olmasa bile etkilerini azaltır ve afet sonrası toparlanmayı hızlandırmaktadır (Genç, 2007: 221). Zarar azaltma aşamasında; tehlikeli durumlar ve bunların uzun vadeli süreçteki etkileri nedeniyle oluşabilecek fiziksel ve sosyo-ekonomik zararların azaltılma amaçlanmaktadır (Kadioğlu, 2008: 30). Plansız kentleşmeyi engellemek ve riskli bölgelerde yapılaşmayı sınırlamak, afet riskini azaltmaktadır. Ekosistemlerin korunması, sel ve erozyon gibi afetlerin etkilerini azalttığı belirtilmiştir (Şengün, 2007: 68). Binaların güvenliği için inşaat standartları belirlenip denetlenmesi sağlanması da yine bu evrede yer almaktadır (Genç, 2007: 221).

Salgın ve bulaşıcı hastalıklardan dolayı gelişebilecek biyolojik afetlerin önceden fark edilmesi için; belirli aralıklarla halk sağlık taramaları yapılması, salgınlara karşı gerekli ekipman ve gereçlerin temini yapılması, salgın durumunda halkın kişisel önlemler ve toplumsal davranışlar hakkında nasıl davranmaları konusunda bilgilendirilmeleri adına programlar oluşturulması ve toplumların afetlere karşı dayanıklılığını artırmak için projeler yürütülmesi pandemi yönetiminin risk ve zarar azaltma evresinde yapılan çalışmalar olarak yer almaktadır (Genç, 2007: 221).

1.3.2. Hazırlıklı Olma

Bütünleşik afet yönetiminde afet risk yönetimi evrelerinden ikincisi olan hazırlık evresi; afetin etkilerini ve zararlarını en az seviyeye indirmek amacıyla toplumu, tüm paydaşları ve aktörleri afet sırasındaki dirençliliğe hazırlamayı amaçlamaktadır (Gündüz, 2022: 24). Toplamlar, afetlere karşı hazırlık için acil durum planları oluşturur. Bunlar hazırlık planları; afet anında ne yapılması gerektiğinin belirlenmesi, kriz yönetimi ve iletişim stratejileri, eğitim programları ve kampanyalarını içermektedir. Halkın afetler konusunda bilinçlenmesini ve ne yapması gerektiğini öğrenmesini yani afetlere dirençli toplum oluşturulmasında oldukça önem arz etmektedir (Arca, 2012: 53-54). Binaların depreme dayanıklı olarak inşa edilmesi, sel sularının kontrol altına alınması gibi altyapı güçlendirme çalışmaları, afet riskini azaltır. Deprem, sel, tsunamiler gibi afetler için erken uyarı sistemleri kurulur. Bu sistemler, halkı ve yetkilileri afetlerden önce uyarmayı amaçlar. Afetlerde kullanılmak üzere ilaçlar, tıbbi malzemeler ve diğer acil ekipmanların stoklanması önemlidir (Değirmenci ve İlter, 2013: 276-303).

Afet hazırlığı aşamasında iletişim ağıları geliştirilir ve halkın afetler hakkında bilgilendirilmesi için iletişim stratejileri oluşturulur. Ayrıca, idari birimlerin yetki ve sorumluluklarının net bir şekilde tanımlanması ve uygulanabilir olması çok önemlidir. 112 Ambulans Hizmeti, afetlerde sağlık hizmetlerinin verilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu hizmetin afetlerde etkili bir şekilde sağlanabilmesi için Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ve buna dayalı yönergeler belirlenir. Bu yönergeler, 112 Ambulans Hizmeti personelinin afetlerdeki görev ve sorumluluklarını açıklar ve düzenler (Adaş, Turgut ve Akçakaya, 2012: 124-126). Hazırlıklı olma evresinde tüm paydaşlar, kurum ve kuruluşlar, acil müdahale ekipleri, devlet yetkilileri, özel sektör, toplum ve bireyler afet planları hazırlamak ve afetlere hazırlık evresi çalışmalarını yürütülmesini sağlamak zorundadır. Planlama, ortak tatbikat, organizasyon, ekipman ve kaynak sağlamak, yasal otoriteyi sağlama, eğitim faaliyetlerinin planlaması, erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi, ilgili ve yetkili tüm kurum ve kuruluşlar arasında iş birliği ve iletişim sağlamak afet öncesi hazırlıklı olma evresinde yer almaktadır. Hazırlık evresindeki çalışmaların ve faaliyetlerin başarısı müdahale ve iyileştirme

evresindeki faaliyetlerin başarısına doğrudan katkı sağlayacaktır (Coppola, 2015: 275; Gündüz, 2022: 24).

Biyolojik afetlere hazırlıklı olma evresinde; etkili bir sürveyans sisteminin oluşturulması, geliştirilmesi ve değerlendirilmesi, toplumun ve bireylerin kişisel hijyen farkındalığı artırmak, temizlik, kalabalığı önleme, su yönetimi, aşılama çalışmaları ve özellikle aşı üretimi konusunda laboratuvar alt yapısının ve eğitimli personelin olması, sağlık sistemlerinin alt yapılarının hazırlanması, sağlık personellerinin afete yönelik hazırlık eğitimi, sağlık kurumlarında uygun havalandırma sağlanması, negatif basınç sisteminin kurulumu ve ultraviyole (UV) lambalarının temini gibi biyolojik afetlere hazırlık ve yayılmasını önlemeye yardımcı olacak mühendislik uygulamaları yer almaktadır (NDMA, OFI 2008; Narayan vd. 2018 38(2), 217-234)

1.3.3. Müdahale Evresi

Bir afet durumunda bütünleşik afet yönetiminin amacı, birçok insanın hayatını kurtarmak, insanları afetler sonucu oluşabilecek ikincil tehlikelerden korumaktır. Ayrıca etkilenen kişilerin fizyolojik ve sosyal ihtiyaçlarını bir an önce karşılamak ve normal yaşam akışına dönmelerini sağlamaktır. Bu hedeflere ulaşılmasını afet öncesi dönemde planlanan azaltma ve hazırlık faaliyetlerinin ve afette yer alacak tüm kurum ve kuruluşların afet süresince koordinasyon ve iş birliği içinde organize edilebilmesi sağlanabilmektedir (Işık ve diğerleri, 2012: 95). Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE), afetlerde sağlık hizmetlerinin sunulmasına odaklanmış özel kuruluştur. Bu ekip, il sağlık müdürlükleri afet birimi bünyesinde faaliyet gösterir ve afetlerde acil tıbbi müdahale yapar. UMKE personeli, afet biriminde görev almak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir ve görevlendirilir. Bu personel, afetlerde müdahaleye katılır, yaralıları tıbbi olarak değerlendirir ve gerektiğinde hastanelere sevk eder. UMKE ayrıca iletişim ağlarını kullanarak, diğer kurumlarla koordinasyon içinde çalışır ve afet bölgesinde sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sağlanmasına yardımcı olur. Bu ekip, ulusal ve uluslararası düzeyde afet müdahalelerine katkıda bulunabilir ve yurt dışındaki afet bölgelerinde sağlık hizmetleri sunabilir (Çatak, 2021: 8-9).

Müdahale aşaması, etkilenen mağdurların afet esnasında ve hemen sonrasında kurtarılımları veya temel ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla gerekliliklerin sağlanması aşamasıdır. Müdahale evresinin süresi meydana gelen afetin oluşturduğu yıkıma göre farklılık gösterebilmektedir. Bu aşama, afet planının fiili olarak uygulanması ve olaya müdahale etmek için kullanılan faaliyetlerin düzenlenmesidir. Acil yardım öncelikle müdahale aşamasına odaklanmalıdır (Gündüz ve Akyüz, 2022: 192-193). Kaynakların kullanıldığı, en çok dikkat gerektiren modern afet yönetimi aşamasıdır. Önceden planlanan müdahale hazırlıklarının test sonucu, müdahalenin ilk günlerinde elde edilen etkilerle belirlenebilir. Müdahalenin planlanması ve acil durumun yönetilme şeklinin afet sonrası iyileşme ve gelecekteki gelişim olanakları üzerinde etkili olabilmektedir (Karakış, 2019: 32).

1.3.4. İyileştirme Evresi

İyileşme evresi; afetten etkilenenlerin barınma, iletişim, eğitim, sağlık, psikolojik destek sağlama, altyapı, ekonomik ve sosyal faaliyetler gibi toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için yapılan çalışmaların bütünü olarak tanımlanmaktadır. Afetten doğrudan veya dolaylı olarak zarar gören tüm mağdurlara rehabilitasyon çalışmalarında ulaşılabilir. Toplumun sosyal ya da ekonomik yaşamını etkileyen tüm sistem ve altyapılar afet öncesi duruma dönünceye kadar sürdürülürken, en önemli amaç toplumların hiçbir yardım almadan en kısa sürede kendi kendine yeterliliğini sağlamak olmalıdır (Ekşi, 2015: 96-98). Bu aşamadaki faaliyetlerin temel amacı, toplulukların ulaşım, iletişim, geçici ve kalıcı barınma, su, kanalizasyon, elektrik, sağlık, eğitim, iş, sosyal ve ekonomik faaliyetler gibi hayati ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli tüm çalışmaları asgari ölçüde yürütmektir (Kadıoğlu, 2022: 220).

Psikolojik ilkyardım, afetlerin etkileriyle başa çıkmak için önemli bir faktördür. Afetler, bireylerin ve toplumların mental sağlığı üzerinde ciddi etkilere neden olabilir. Bu etkiler arasında travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon, yas, korku ve kaygı gibi psikolojik zorluklar yer alabilir. Psikolojik ilkyardım, afet mağdurlarına psikolojik destek ve tedavi sağlama amacı gütmektedir (Fu ve diğerleri, 2013: 236). Afet sonrası bireylerin psikolojik durumlarının değerlendirilmesi ve olası psikolojik sorunların tespit edilmesi önemlidir. Afet

mağdurlarına psikososyal destek sağlamak, onların duygusal ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olabilir. Bu, güvende olduklarını hissetmeleri, duygusal yüklerini ifade etmeleri ve travma sonrası iyileşme süreçlerini desteklemeleri açısından önemlidir (Lopez, 2006: 483). Psikoterapi, afet mağdurlarının travma sonrası stresi, anksiyeteyi ve depresyonu yönetmelerine yardımcı olmaktadır. Hem bireysel terapi hem de grup terapisi etkili olabilir. Afet mağdurları için toplum destek grupları oluşturmak, benzer deneyimler paylaşma ve dayanışma fırsatı sunmaktadır. Mağdurlara afet sonrası stresin ve reaksiyonların normal olduğu, yardım istemelerinin kabul edilebilir olduğu ve nasıl yardım alabilecekleri konusunda bilgi verilmelidir (Everly ve Flynn, 2006: 97-98).

1.4. DÜNYADA AFET YÖNETİMİ VE COVID-19 PANDEMİ YÖNETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Afetler artan nüfus, iklim değişiklikleri ve plansız kentleşme ile dünyanın her yerinde artarak yaşanmakta ve büyük yıkıma neden olmaktadır. Bu nedenle afetlerle başa çıkma ve afet risklerini azaltma stratejileri ve bilincinin artırılması büyük önem taşır. Afet Risklerinin Azaltılması Günü, bu konuda toplumları eğitmek, afet risklerini değerlendirmek, acil durum planları oluşturmak ve afetler sırasında nasıl davranılması gerektiği konusunda bilinç kazandırmak için bir fırsat sunar. "Dünya Afet Risklerinin Azaltılması Günü" (World Disaster Reduction Day), afetlere karşı farkındalık yaratmayı ve toplumları afet risklerini azaltmaya teşvik etmeyi amaçlayan önemli bir gündür. Bugün, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen bir kararla her yıl 13 Ekim'de kutlanmaktadır. Günün amacı, afetlerin insanlara, topluluklara ve ekonomilere olan etkilerini azaltmak için alınabilecek önlemlere dikkat çekmek ve bu konuda bilinç oluşturmaktır (Yılmaz, 2004: 18-19).

Uluslararası afet yönetimi ve risk azaltma çabaları, tarihsel olarak belirli önemli dönemlerde gelişmiş ve değişmiştir.

- 1930'lar- 1940'lar (İkinci Dünya Savaşı ve hemen sonrası): İkinci Dünya Savaşı, büyük bir yıkıma yol açmış ve savaş sonrası dönemde afet yönetimi ile ilgili bilincin artmasına neden olmuştur. Savaş sonrası dönemde Birleşmiş Milletler (BM)

kurulmuş ve bu, uluslararası iş birliği için önemli bir platform sağlamıştır (Pak, 2013: 43-44).

- 1950'ler- 1960'lar (İlk Afet Yardımı Anlaşmaları): Soğuk Savaş dönemi, ülkeler arası iş birliği konusunda bazı kısıtlamalar getirmiştir. Ancak bu dönemde bazı uluslararası afet yardımı anlaşmaları imzalanmıştır. Örneğin, 1951'de Cenevre Sözleşmesi ve 1963'te İsviçre'nin Cenevre kenti Cenevre Afet Yardımı Konferansı ile uluslararası yardım koordinasyonu gelişmiştir (Zannoni, 2019: 58-61).

1970'ler- 1980'ler (BM ve UNDRO): Birleşmiş Milletler, 1971'de Birleşmiş Milletler Afet Yardımı ve Koordinasyon Ofisi (UNDRO) adlı bir kurumu kurarak afet yönetimine daha fazla odaklanmıştır. 1970'ler ve 1980'ler boyunca UNDRO, afetlerin azaltılması ve uluslararası yardımın koordinasyonu konularında çalışmıştır (Rossborough, 1976: 362-363).

1990'lar- 2000'ler (Yokohama Stratejisi ve Hyogo Çerçeve Eylem Planı): 1990'larda Yokohama, Japonya'da Dünya Afet Azaltma Konferansı düzenlenmiştir. Bu, "Yokohama Stratejisi"nin doğmasına yol açmıştır. Bu strateji, afetlerin azaltılması ve hazırlık konularına odaklanmıştır. 2005'te Hyogo, Japonya'da Dünya Afet Azaltma Konferansı'nda Hyogo Çerçeve Eylem Planı kabul edilmiştir. Bu plan, 2015'e kadar afet risklerini azaltma ve hazırlık konularını ele almıştır (Tozier de la Poterie ve Baudoin, 2015: 130-133).

2015'den– Günümüze (Sendai Çerçeve Planı ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri): 2015 yılında Sendai, Japonya'da üçüncü Birleşmiş Milletler Dünya Konferansı'nda Sendai Çerçeve Planı kabul edilmiştir. Bu plan, afet risklerini azaltma ve yönetimde çok aktörlü yönetimi teşvik etmektedir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH), 2015 yılında kabul edilmiştir. Bu hedefler arasında afet risklerinin azaltılması ve sürdürülebilir kalkınma önemli bir yer tutmaktadır. Bu süreç, uluslararası afet yönetimi ve risk azaltma çabalarının gelişimini göstermektedir. Bu dönemlerde kabul edilen stratejiler ve anlaşmalar, afetlere karşı hazırlık, risk azaltma ve yardım koordinasyonunu iyileştirme amacını taşımaktadır (Karaman ve Altay, 2017: 26-28).

Her ülke, kendi coğrafı, iklimsel ve jeolojik koşullarına göre farklı afet riskleri taşımaktadır. Bu nedenle farklı ülkeler kendi ulusal afet farkındalık günlerini veya haftalarını kutlarlar ve bu etkinlikler aracılığıyla afetlere karşı hazırlıklı olmayı

teşvik etmektedir. Dünya Afet Risklerinin Azaltılması Günü, afetlere karşı hazırlıklı olmayı ve afet risklerini azaltmayı teşvik eden önemli bir farkındalık günüdür. Bugün, afetlere karşı daha dayanıklı bir dünya oluşturmak için atılacak adımları vurgulayan bir platform sağlamaktadır (Ward, 2020: 8-9).

Doğa kaynaklı afetler özellikle düşük gelirli ülkelerde daha büyük bir etki yaratmakta ve bu ülkelerin daha savunmasız olduğunu göstermektedir. Düşük gelirli ülkelerde afetlerin yarattığı etkiler, insan kaybı ve ekonomik zararlar açısından daha büyük olma eğilimindedir. Düşük gelirli ülkelerde altyapılar genellikle daha zayıf ve dirençsizdir (isoyesilblog, 2023)

Düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kalitesi sık sık sınırlıdır. Afetler sırasında yaralanan veya hasta olan insanlara hızlı ve etkili sağlık hizmeti sunma yetenekleri sınırlıdır, bu da ölüm oranlarını artırmasına neden olmaktadır. Düşük gelirli ülkeler, afetlerin yol açtığı ekonomik kayıpları telafi etmek ve yeniden yapılanma için yeterli kaynağa sahip olmayabilirler. Bu nedenle, afetlerin ekonomik etkileri daha uzun sürebilir ve toplumlar üzerinde daha uzun vadeli bir etki yaratabilir. Düşük gelirli ülkelerde afetlere karşı eğitim ve hazırlık düzeyi genellikle daha düşüktür. Bu, halkın afetlere karşı nasıl tepki vereceği konusunda bilinçsiz olmalarına ve güvenli davranışlara daha az eğilimli olmalarına neden olduğu görülmüştür (Yılmaz, 2004: 18-20).

Bu nedenlerle, düşük gelirli ülkelerin afetlere karşı daha savunmasız olduğunu ve uluslararası yardım ve destek gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Afetlerle başa çıkmak için bu ülkelerde afet yönetimi kapasitesini geliştirmek, sağlık hizmetlerini güçlendirmek, altyapıyı güçlendirmek ve afetlere karşı eğitim ve hazırlık düzeyini artırmak önemlidir. Ayrıca, uluslararası toplumun bu ülkelere yardım etmesi ve afet yardımı konusunda daha fazla dayanışma göstermesi gerekmektedir (Gündüz ve Akyüz, 2022: 199-201).

1.4.1. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Federal Acil Durum Yönetim Kurumu (FEMA), ABD hükümetinin afetlere, doğa veya insan kaynaklı olaylara ve acil durumlara karşı hazırlık, yanıt ve iyileştirme faaliyetlerini koordine eden ve

yönlendiren bir federal kuruluştur. FEMA, özellikle büyük çaplı afetlerde, afet bölgelerine yardım sağlamak, insanların güvenliğini sağlamak ve toplumsal dayanıklılığı artırmak amacıyla faaliyet göstermektedir (Gerber, 2007: 230-231). FEMA, afetlerin önceden tahmin edilmesi, hazırlık planlarının oluşturulması ve acil durum tatbikatları gibi önlemlerle afetlere karşı hazırlık çalışmalarını koordine etmektedir. FEMA, bir afet meydana geldiğinde hızlı bir şekilde yanıt vermektedir. Afet bölgesine acil yardım ve kurtarma ekipleri gönderir, tıbbi yardım sağlar, barınma ihtiyacı olanlara destek verir ve iletişim altyapısını onarır. Afet sonrası toparlanma sürecini desteklemektedir. Afet bölgelerine federal kaynakları tahsis edilmesini ve yeniden yapılanma çabalarını koordine edilmesini sağlamaktadır. Afet riskini azaltma ve toplumsal dayanıklılığı artırma çalışmalarını teşvik etmektedir (Yılmaz, 2004: 20).

FEMA' nın yanı sıra, ABD'de eyaletler ve yerel hükümetler de kendi afet yönetimi ve hazırlık birimlerine sahiptir. Bu birimler, FEMA ile koordineli bir şekilde çalışarak afetlere daha etkili bir şekilde yanıt verirler. Ayrıca, gönüllü kuruluşlar, sivil toplum örgütleri ve özel sektör de afetlere karşı hazırlık ve yardım çalışmalarında rol oynamaktadırlar. ABD'nin afet yönetimi sistemi, büyük ölçekli afetlere karşı hızlı ve koordineli bir yanıt sağlamak amacıyla tasarlanmıştır. FEMA'nın koordinasyonu ve iş birliği, ülkenin afetlere karşı daha dayanıklı hale gelmesine yardımcı olmaktadır (Erkal ve Değerliyurt, 2009: 156).

ABD'deki acil durum ve afet yönetimi sistemi oldukça karmaşıktır ve farklı kuruluşların iş birliği içinde çalışmasını gerektirir. Federal Müdahale Planı (Federal Response Plan), bu kuruluşların koordinasyonunu sağlayan kapsamlı bir planın bir parçasıdır. Bu plan, afet ve acil durumlarla başa çıkmak için federal düzeyde ne tür yardım ve kaynakların sağlanacağını ayrıntılı bir şekilde belirlemektedir (Gerber, 2007: 233). Federal Müdahale Planı, 12 ayrı acil yardım fonksiyonunu tanımlamakta ve bu fonksiyonların nasıl organize edileceğini ve koordine edileceğini açıklamaktadır. Bu fonksiyonlar, yangın söndürme, tıbbi hizmetler, enkaz kaldırma, gıda maddesi sağlama gibi çeşitli alanları kapsamaktadır. Plan, acil yardım ekiplerinin ve kaynaklarının hangi koşullarda nasıl devreye gireceğini ve afet bölgelerine nasıl ulaşacaklarını detaylı bir şekilde açıklamaktadır. Bu sayede, acil

durum ve afetlerin meydana geldiğinde hızlı ve etkili bir yanıt sağlanabilir (Erkal ve Değerliyurt, 2009: 157).

ABD, Covid-19 pandemisi ile mücadelede çeşitli önlemler ve stratejiler uygulamıştır. Pandemi ile mücadele ABD'de federal, eyalet ve yerel düzeyde yürütülmüştür. Pandemi başladığında, toplumsal mesafe ve maske kullanımı gibi temel koruyucu önlemler önerilmiş ve bazı bölgelerde kısıtlamalar uygulanmıştır. Ancak bu önlemlerin uygulanması eyalet ve yerel düzeyde farklılık göstermiştir. Pandemi sırasında okulların kapanması ve çevrimiçi eğitime geçilmesi sıkça yaşanmıştır (Bergquist ve diğerleri, 2020: 625-627). ABD, diğer ülkelere aşı dağıtımında önemli katkılarda bulunmuş ve COVAX gibi uluslararası inisiyatiflere destek vermiştir. Pandemi mücadelesi ABD'de federal, eyalet ve yerel düzeyde karmaşık bir şekilde yürütülmüştür. ABD'deki yaklaşım, farklı bölgelerde ve dönemlerde değişiklik göstermiş ve pandeminin seyri ile ilgili olarak devamlı güncellenmiştir. ABD, pandemi ile mücadelede aşı geliştirme, üretme ve dağıtma konusunda önemli bir rol oynamıştır. Aşı geliştirme süreci hızlandırılmış ve çeşitli aşılar FDA onayı alarak halka sunulmuştur. FDA Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Bakanlığına bağlı; gıda, gıda takviyeleri, ilaç, biyolojik medikal ürünler, kan ürünleri, medikal araçlar, radyasyon yayan aletler, veteriner aletleri ve kozmetiklerden sorumlu bürodur. Aşı dağıtımı, federal ve eyalet düzeyinde koordinasyonla gerçekleştirilmiştir. ABD'de aşı olma konusundaki tereddütleri azaltmak amacıyla çeşitli kampanyalar yürütülmüş ve bilinçlendirme faaliyetleri artırılmıştır (Akbulak ve Çöl, 2022: 536-537). ABD, Covid-19 testlerini yaygınlaştırmış ve temas izleme uygulamalarını geliştirmiştir. Bu sayede vaka tespiti ve izleme daha etkili hale getirilmiştir. Bazı işyerleri ve kamu kurumları, çalışanlarının aşı olma zorunluluğunu getirmiş veya düzenli test yapma şartı koşturmuştur. Bu, aşılama oranlarını artırmaya yönelik bir politikadır. Pandeminin seyri sırasında yeni varyantlar ortaya çıkmıştır. Özellikle Delta varyantı, daha hızlı bulaşma özelliği ile dikkat çekmiş ve bu nedenle aşı kampanyaları ve önlemler güncellenmiştir.

ABD hükümeti, pandeminin ekonomik etkilerini hafifletmek amacıyla bir dizi ekonomik yardım paketi ve teşvik önlemleri uygulamıştır. Bu yardımlar işsizlik yardımı, işletmelere kredi ve hibe programları gibi çeşitli alanlarda destek içermiştir.

Halk sağlığını koruma ve ekonomik etkileri hafifletme amacıyla bir dizi politika ve önlem uygulanmıştır (Malatya Ticaret ve Sanayi Odası, 2020).

1.4.2. Japonya

Japonya, coğrafi konumu nedeniyle bir dizi doğa kaynaklı afetle sık sık karşı karşıya kalan bir ülkedir. Bu afetler arasında depremler, tsunamiler, volkanik patlamalar, şiddetli yağışlar ve tayfunlar yer almaktadır. Bu doğa kaynaklı afetler Japonya'nın afet yönetim sistemini geliştirmesine ve afetlere hazırlıklı olmasına katkı sağlamıştır. Japonya'nın deprem riski yüksektir, çünkü ülke Büyük Okyanus plakası, Filipin levhası ve Avrasya plakası gibi birçok tektonik levhanın kesiştiği bir bölgede bulunmaktadır (Ogata, 2016: 30-31). Ayrıca, Japonya'nın volkanik faaliyet gösteren bölgeleri de vardır ve bu bölgelerde zaman zaman volkanik patlamaların meydana gelme riski mevcuttur. Aynı şekilde, şiddetli yağışlar ve tayfunlar da sel ve fırtına afetlerine yol açabilir. Japonya, bu tür afetlere hazırlıklı olmak için kapsamlı bir afet yönetim sistemine sahiptir. Ülkenin deprem algılama ve erken uyarı sistemleri gibi teknolojik altyapısı, halkın afetlere karşı bilinçlendirilmesi ve eğitimi, acil durum planları ve toplanma alanları gibi önlemler, Japonya'nın afetlere daha iyi hazırlıklı olmasını sağlar (Erkal ve Değerliyurt, 2009: 159). Japonya'nın afet yönetimi konusundaki tarihsel deneyimi ve yasal altyapısı oldukça etkileyicidir. Afetlere karşı alınan önlemlerin yasal düzenlemelerle desteklenmesi ve sürekli olarak güncellenmesi, ülkenin afetlere karşı daha hazırlıklı olmasına katkı sağlamıştır. Özellikle "Afete Karşı Önlemler Temel Kanunu" gibi ana yasal çerçeve belgeleri, afet yönetimi ile ilgili yetki alanlarını ve sorumlulukları net bir şekilde tanımlar (JICA, 2004).

Japonya, Covid-19 pandemisiyle mücadelede çeşitli önlemler ve stratejiler uygulamıştır. Japonya, pandeminin başından itibaren maske kullanımını teşvik etmiş ve sıkı hijyen önlemleri uygulanmasını desteklemiştir. Maske kullanımı yaygın hale gelmiş ve el hijyeni önemi vurgulanmıştır. Restoranlar, mağazalar ve etkinlikler gibi toplumsal alanlarda sosyal mesafe kuralları ve kapasite sınırlamaları uygulanmıştır. Japonya'da toplumun genel olarak maske takma ve hijyen kurallarına uyma konusunda yüksek bir kültürel uyum göstermesi, pandemi ile mücadelede olumlu bir

etki yaratmıştır (Duran ve Acar, 2020: 54-55). Japonya'da okulların pandemi nedeniyle kapanması diğer ülkelere göre daha geç gerçekleşmiştir. Bu, eğitim sürecini sürdürmeyi ve çocukların eğitimlerini aksamadan devam ettirmeyi amaçlamıştır. Tokyo 2020 Yaz Olimpiyatları, pandemi nedeniyle bir yıl ertelenmiştir. Bu karar, büyük uluslararası etkinliklerin pandemiye duyarlılığını göstermiştir (Türkmen ve Özsarı, 2020: 57). Japonya, Covid-19 testlerini yaygınlaştırmış ve temas izleme çalışmalarını sürdürmüştür. Bu sayede vaka tespiti ve izleme daha etkili hale getirilmiştir. Japonya, Covid-19 aşılarını halka sunmuş ve aşı kampanyalarını hızlandırmıştır. Aşı dağıtımı, yaşlı nüfusu ve sağlık çalışanlarını öncelikli olarak hedeflemiştir (Akbulak ve Çöl, 2022: 535).

Japonya'da ulusal ve yerel hükümetler arasında iş birliği sağlanmıştır. Yerel yönetimler, pandemi ile mücadelede daha esnek ve yerel ihtiyaçları karşılayan önlemler almıştır. Japonya, yurtdışı seyahatlerde kısıtlamalar uygulamış ve yabancı ülkelere gelen ziyaretçilere girişte karantina ve test gereksinimleri getirmiştir (Üner, 2020: 60).

1.4.3. İtalya

Sivil koruma veya ulusal sivil koruma servisi gibi kurumlar, birçok ülkede olduğu gibi İtalya'da da afetlere karşı hazırlık, müdahale ve zararların azaltılması gibi faaliyetlerde önemli bir rol oynarlar. Bu tür kurumlar, ülkenin içinde bulunduğu coğrafi, iklimsel ve jeolojik özelliklere göre afetlere karşı planlar yaparlar. Afetlerin tahmin edilmesi, önlenmesi, acil müdahale operasyonları ve afet sonrası rehabilitasyon gibi alanlarda çalışır ve koordinasyon sağlarlar (Lucini, 2014: 151-152).

Sivil koruma, afetlerin yol açabileceği tehlikelere karşı halkın bilinçlendirilmesi ve eğitimi, erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi, afet sırasında insanların tahliye edilmesi ve güvende olmalarının sağlanması gibi konularda çalışmaktadır. Ayrıca afet sonrası yardım operasyonlarını organize etmekte ve zararların en aza indirilmesi için çaba sarf etmektedirler. Bu tür kurumlar, devletin diğer birimleri, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve uluslararası yardım kuruluşları ile iş birliği içinde çalışmaktadırlar. Afetlerin hızla büyüyebileceği

durumlarda koordinasyon ve hızlı hareket etme yetenekleri kritik öneme sahiptir (Gökçe ve Tetik, 2012: 170-171; Gülkan ve diğerleri, 2003: 3).

Belediye başkanının birincil sivil koruma otoritesi olarak rolü, yerel seviyede afetlere karşı hazırlık, müdahale ve koordinasyonu sağlamaktır. Belediye başkanı, kurtarma faaliyetlerinin yönetimi ve koordinasyonundan sorumludur ve belediye sınırları içinde meydana gelen acil durumları ele almaktadır. Ancak, bir olayın yerel seviyede ele alınamayacak kadar büyük veya karmaşık olduğu durumlarda, eyalet ve bölge seviyesindeki yetkililerden yardım alınabilmektedir. Bu, acil durumun büyüklüğüne ve etkisine bağlı olarak değişmektedir. Belediye başkanı, bu tür durumlar için gerektiğinde üst düzey yetkililere başvurabilmektedir (Yılmaz, 2004: 21).

İtalya, Covid-19 krizi sırasında pandemiyle ve diğer doğal tehlikelerle başa çıkmak için karmaşık bir çoklu tehlike risk senaryosuyla karşı karşıya kalmıştır. Avrupa'da Covid-19'dan etkilenen ilk ülke olan İtalya, nüfusu ve ekonomisi üzerinde ciddi sonuçlar yaşarken, sıkı hareketlilik kısıtlamaları ve sosyal kısıtlamalar uyguladı (Terzi ve diğerleri, 2022:16). Covid-19 salgını sırasında, İtalyan acil müdahale sistemi, ani bir kaynak talebi artışıyla karşı karşıya kaldı; gerekli acil müdahale ekipleri, Kişisel Koruyucu Ekipmanlar (KKE) ve Yoğun Bakım Üniteleri gibi kaynaklar konusunda zorluklarla karşılaştı (Boccia ve diğerleri, 2020:10; Guha-Sapir ve diğerleri, 2015). Ayrıca, İtalya'da Covid-19 acil durumuyla örtüşen sekiz doğal afet daha yaşandı. Özellikle, Mart 2020'den Aralık 2021'e kadar İtalya'da dört sel, iki fırtına, bir heyelan ve bir orman yangını gerçekleşti ve bu da insani ve ekonomik kayıplara neden oldu.

İtalya, Covid-19 pandemisi ile mücadelede zorlu bir süreç yaşamış ve çeşitli önlemler uygulamıştır. Pandeminin ilk döneminde, İtalya sıkı bir kapanma uygulamış ve ülkenin büyük bir bölümünü karantina altına almıştır. Bu dönemde insanların evde kalması teşvik edilmiş ve temel hizmetler dışında birçok işletme kapatılmıştır. Sosyal mesafe kuralları ve maske kullanımı önemli birer koruyucu önlem olarak benimsenmiştir. Halka, toplu taşıma araçlarında ve kapalı alanlarda maske takma zorunluluğu getirilmiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2020: 56-57).

Pandemi sırasında sağlık altyapısı güçlendirilmiş, yoğun bakım üniteleri ve ventilatör sayıları artırılmıştır. İtalya, Covid-19 testlerini genişletmiş ve temas izleme

alışmalarını sürdürmüştür. Hızlı testler ve temas takibi, vaka tespitinde ve izlemede önemli rol oynamıştır. Covid-19 aşılarının dağıtımını hızlandırmış ve nüfusun büyük bir kısmını aşılamayı hedeflemiştir. Aşılar cretsiz olarak sunulmuş ve belirli öncelik gruplarına öncelik verilmiştir (Akbulak ve l, 2022: 538).

İtalya hükümeti, pandeminin ekonomik etkilerini hafifletmek amacıyla ekonomik yardım paketleri ve destek önlemleri uygulamıştır. İşsizlik yardımı ve işletmelere finansal destek sağlanmıştır. Ayrıca okulların kapanması ve evrimii eğitime geçilmesi, pandemi sırasında eğitim alanında önemli bir karar olmuştur (Sönmez ve ren, 2022: 67).

İtalya, yurtdışı seyahatlerde kısıtlamalar uygulamış ve girişte test ve karantina gereksinimleri getirmiştir. Konserler, spor etkinlikleri ve diğer kültürel etkinlikler gibi toplu etkinlikler sıkı kısıtlamalara tabi tutulmuş ve bazıları ertelenmiştir (ner, 2020: 62). İtalya ve İspanya'da sağlık sisteminin yetersizliği nedeni ile hastaların birçoğu izole edilememiş, çalışanlar risk altında kalmış ve birçok kişiye test yapılamamıştır (Gauriat, 2020). Ayrıca İtalya'da çalışanların birçoğuna gerekli sağlık ekipmanlarının sağlanamaması nedeniyle çalışanlar risk altında, kişisel koruma ve sosyal mesafe olmadan çalışmak zorunda kalmışlardır (Bubola, 2020).

1.4.4. Fransa

Fransa'da afet yönetimi karmaşık bir yapıya sahiptir ve il, bölge, yerel yönetimler ve merkezi hkmetin farklı düzeylerde bu konuyla ilişkilendiği bir sistem bulunmaktadır. Ayrıca, afetler ve arama-kurtarma konularında uzmanlaşmış kuruluşlar da bu yapıya dahil edilmektedir. lke genelinde, İçişleri Bakanlığı afet yönetiminin başında yer almaktadır ve bu bakanlık afet yönetimi için kuralların ve kanunların hazırlanmasında etkin bir rol oynamaktadır. Sivil Güvenlik Genel Müdürlüğü, afet yönetimi ve sivil güvenlik konularında merkezi bir rol oynamaktadır. Bu genel müdürlüğün ana görevleri arasında doğal risklerin önlenmesi için diğer kamu kurumlarıyla iş birliği yapmak, arama-kurtarma çalışmalarını koordine etmek ve güvenlikle ilgili mevzuatın gözden geçirilmesini sağlamak bulunmaktadır (Gökçe ve Tetik, 2012: 179).

Afet yönetimi için gerekli ekipmanlar, araçlar ve kaynaklar genellikle yerel yönetimlerin bütçelerinden sağlanmaktadır. Son yıllarda, bu kaynakların artırılması ve modernizasyonu için çeşitli adımlar atılmıştır. Fransa'da afet yönetimi, çeşitli düzeylerdeki yönetim birimleri arasında iş birliği ve koordinasyon gerektiren bir süreçtir. Bu karmaşık yapının amacı, afetlerin etkilerini azaltmak ve hızlı ve etkili bir tepki sağlamaktır (Akdağ, 2002: 45-46).

Fransa'da doğa kaynaklı afet sigortaları, emlak sigortaları ile birlikte ve Fransız Hazinesi tarafından belirlenen sabit bir oran üzerinden sunulmaktadır. Sigortalar, özellikle emlak sigortası yoluyla zorunlu hale getirildiği için, ev sahiplerinin büyük çoğunluğu bu tür sigortalara sahiptir. Bu, afet sigortasının geniş bir nüfusa yayılmasını sağlamaktadır (Yılmaz, 2004: 17).

Fransa, Covid-19 pandemisiyle mücadelede çeşitli önlemler ve stratejiler uygulamıştır. Fransa, pandemi başladığında sıkı bir kapanma politikası uygulamış ve insanların evde kalmasını teşvik etmiştir. Ayrıca, gece sokağa çıkma kısıtlamaları ve bölgesel sınırlamalar gibi önlemler alınmıştır. Toplumsal mesafe ve maske kullanımı, pandemi sürecinde önemli birer koruyucu önlem olarak benimsenmiştir. Kamu alanlarında maske takma zorunluluğu getirilmiştir. Fransa, yurtdışı seyahatlerde kısıtlamalar uygulamış, yabancı ülkelere gelen ziyaretçilere test ve karantina gereksinimleri getirmiştir (Desson ve diğerleri, 2020: 435-437).

Covid-19 testlerinin genişletilmesi ve temas izleme çalışmalarının yapılması, vakaların tespit edilmesi ve izlenmesi açısından oldukça önemlidir. Fransa, Covid-19 aşılarını halka sunmuş ve hızlı bir aşılama kampanyası başlatmıştır. Aşılar, belirli öncelik gruplarına öncelik verilerek dağıtılmıştır (Akbulak ve Çöl, 2022: 538).

Fransa hükümeti, pandeminin ekonomik etkilerini hafifletmek amacıyla ekonomik yardım paketleri ve destek önlemleri uygulamıştır. İşletmelere ve çalışanlara finansal destek sağlanmıştır (Üner, 2020: 59). Okulların kapanması ve çevrim içi eğitime geçilmesi, pandemi sırasında eğitim alanında önemli bir karar olmuştur. Sağlık kuruluşları ve hükümet, halkı pandemi konusunda bilgilendirmek için çeşitli kampanyalar düzenlemiştir. Toplumun bilinçlenmesi ve iş birliği, pandemi ile mücadelede önemli bir rol oynamıştır (Erkal ve diğerleri, 2020: 154).

1.4.5. Almanya

Anayasaya göre, Almanya'da afetlerle başa çıkma görevi genellikle eyalet hükümetlerine verilmiştir. Barış zamanında afet yardımı ve sivil koruma önlemleri, eyalet düzeyinde organize edilmekte ve yürütülmektedir. Ancak savaş veya savunma durumunda Federal Hükümet, sivil koruma önlemlerini devralır ve yürütür. Bu nedenle Federal Hükümet, sivil koruma alanında afet önleme ve müdahale konularında önemli bir rol oynar (Erkal ve Değerliyurt, 2009: 155). Almanya'da afetlere müdahale ve yardım, çeşitli düzeylerdeki yönetimler arasında koordinasyon gerektirir. Bu koordinasyonun temelini, İçişleri Bakanlığı içindeki Bakanlıklar arası koordinasyon grubu oluşturur (Yılmaz, 2004: 18). Eyalet hükümetleri, bölge veya şehir yönetimleri, acil durum personeli, kurtarma hizmetleri, Teknik Yardım Federal Enstitüsü (THW), uzmanlaşmış özel kurtarma hizmetleri, itfaiye ve diğer ilgili kuruluşlar, afet müdahalesi ve yardımının organizasyonunda görev almaktadır. Bu şekilde Almanya, afetlere karşı etkili bir hazırlık ve müdahale sistemi oluşturmuş ve farklı yönetim düzeylerinin iş birliği içinde çalışmasını sağlamıştır. Bu sayede afetlerle başa çıkma kapasitesi artırılmış ve toplumun korunması amacıyla koordinasyonlu bir yaklaşım benimsenmiştir (Berchtold ve diğerleri, 2020: 55).

Almanya, Covid-19 pandemisi ile mücadelede çeşitli önlemler ve stratejiler uygulamıştır. Almanya, pandemi döneminde sık sık kapanmalar ve kısıtlamalar uygulamıştır. Bu kısıtlamalar, toplumun dolaşımını sınırlamayı ve enfeksiyonun yayılmasını önlemeyi amaçlamıştır. Toplumsal mesafe kuralları ve maske kullanımı pandemi sürecinde önemli birer koruyucu önlem olarak benimsenmiştir. Maske takma zorunluluğu, kapalı alanlarda ve toplu taşıma araçlarında geçerli olmuştur. Almanya, yurtdışı seyahatlerde kısıtlamalar uygulamış, yabancı ülkelere gelen ziyaretçilere test ve karantina gereksinimleri getirmiştir. Almanya hükümeti, pandeminin ekonomik etkilerini hafifletmek amacıyla ekonomik yardım paketleri ve destek önlemleri uygulamıştır. İşletmelere ve çalışanlara finansal destek sağlanmıştır (Gezgüç ve Duman, 2020: 253-254). Almanya, Covid-19 testlerini genişletmiş ve temas izleme çalışmalarını sürdürmüştür. Bu, vakaların tespiti ve izlenmesi açısından önemli olmuştur. Almanya, Covid-19 aşılarını halka sunmuş ve hızlı bir aşılama kampanyası başlatmıştır. Aşılar, belirli öncelik gruplarına öncelik verilerek

dağıtılmıştır (Akbulak ve Çöl, 2022: 534). Okulların kapanması ve çevrimiçi eğitime geçilmesi, pandemi sırasında eğitim alanında önemli bir karar olmuştur. Sağlık kuruluşları ve hükümet, halkı pandemi konusunda bilgilendirmek için çeşitli kampanyalar düzenlemiştir. Toplumun bilinçlenmesi ve iş birliği, pandemi ile mücadelede önemli bir rol oynamıştır (Üner, 2020: 58).

1.4.6. İspanya

İspanya'da sivil koruma sistemi, 1985 yılında çıkarılan sivil korunma yasası ile temelleri atılmış ve bu yasa çeşitli yönetmeliklerle geliştirilmiştir. 1992 yılında çıkarılan 407 No.lu yönetmelikle "Temel Sivil Korunma Standardı" belirlenerek sistem tamamlanmıştır. Bu temel standart, sivil korunma planlarının uyumlu ve koordineli bir şekilde oluşturulmasını sağlamıştır. Ayrıca merkezi, otonom ve yerel yönetimler arasındaki koordinasyonu da düzenlemiştir (Zwęgliński ve Cordero, 2019: 165-166).

İspanya'da afet müdahalesi için sağlık hizmetleri, polis teşkilatları (ulusal, otonom, yerel), sivil savunma birimleri, Kızılhaç ve Ulusal Havacılık Örgütü gibi kuruluşlar görev yaparlar. Bu kuruluşlar, farklı afet senaryolarında müdahale ve yardım sağlamak için koordine bir şekilde çalışmaktadır (Erkal ve Değerliyurt, 2009: 150).

İspanya, Covid-19 pandemisi ile mücadelede çeşitli önlemler ve stratejiler uygulamıştır. İspanya, pandeminin başlangıcında sıkı bir kapanma politikası uygulamış ve ülkenin farklı bölgelerine bölgesel kısıtlamalar getirmiştir. Bu, enfeksiyonun yayılmasını kontrol altına almaya yönelik bir önlem olarak benimsenmiştir. Toplumsal mesafe kuralları ve maske kullanımı pandemi sürecinde önemli birer koruyucu önlem olarak uygulanmıştır. Maske takma zorunluluğu, kapalı alanlarda ve toplu taşıma araçlarında geçerli olmuştur. İspanya, yurtdışı seyahatlerde kısıtlamalar uygulamış, yabancı ülkelere gelen ziyaretçilere test ve karantina gereksinimleri getirmiştir (Sülkü ve diğerleri, 2021: 349-351).

İlk enfeksiyon önleme ve kontrol çabaları, kişisel koruyucu ekipman ve tanı testlerinin yetersizliği nedeniyle zor olduğu belirtilmiştir (Robinson ve diğerleri, 2021: 619-634). İspanya, Covid-19 testlerini genişletmiş ve temas izleme

alışmalarını sürdürmüştür. Bu, vaka tespiti ve izleme açısından önemli bir adım olmuştur. İşpanya, Covid-19 aşılarını halka sunmuş ve hızlı bir aşılama kampanyası başlatmıştır. Aşılar, belirli öncelik gruplarına öncelik verilerek dağıtılmıştır (Akbulak ve l, 2022: 537). İşpanya hükümeti, pandeminin ekonomik etkilerini hafifletmek amacıyla ekonomik yardım paketleri ve destek önlemleri uygulamıştır. İşletmelere ve çalışanlara finansal destek sağlanmıştır (Sülkü ve diğerleri, 2021: 353).

Okulların kapanması ve evrimii eğitime geçilmesi, pandemi sırasında eğitim alanında önemli bir karar olmuştur. Sağlık kuruluşları ve hükümet, halkı pandemi konusunda bilgilendirmek için çeşitli kampanyalar düzenlemiştir. Toplumun bilinçlenmesi ve iş birliği, pandemi ile mücadelede önemli bir rol oynamıştır (ner, 2020: 61). İşpanya'da sağlık sisteminin yetersizliği nedeni ile hastaların birçoğu izole edilememiş, çalışanlar risk altında kalmış ve birçok kişiye test yapılamamıştır (Gauriat, 2020).

1.4.7. Finlandiya

Finlandiya'nın sivil savunma ve acil durum yönetimi oldukça düzenli ve çok katmanlı bir yapıya sahiptir. Finlandiya'da her sivil kuruluş, kendi sivil savunma önlemlerinden sorumludur. Bu, belediyelerden başlayarak, yerel düzeydeki operasyonları yürüten kurtarma birliklerine kadar uzanır. Belediyeler, toplumu korumak ve mala gelecek zararı önlemek amacıyla sivil savunma hazırlıkları yaparlar. Normal zamanlarda operasyonlardan kurtarma birlikleri sorumludur, ancak acil durumlarda bu birliklere sivil savunma eğitimi personeli de katılır (Rapeli, 2017: 26-28).

Barış zamanında sivil savunma kuruluşları, bomba sığınaklarının inşası ve bakımı, erken uyarı sistemlerinin kurulumu, özel kurtarma sistemlerinin temini, eğitim, bilgi akışı ve plan hazırlığı gibi faaliyetlerde bulunurlar. Bu faaliyetler, ülkenin acil durumların etkisini azaltmaya yönelik önlemlerini içerir. Finlandiya, acil durum bölgesine ayrılmıştır. Her bölgede bir başvuru merkezi bulunur ve bu merkezler, tüm acil durum çağrılarına yanıt verir, itfaiye ve ambulans hizmetlerini harekete geçirir (Seppnen ve diğerleri, 2013: 2-3).

Finlandiya, pandeminin başladığı dönemde sıkı tedbirler almış ve halka sosyal mesafe kuralları, maske kullanımı ve el hijyeni gibi önlemleri benimsetmiştir. Toplumsal mesafe kuralları ve maske kullanımı, pandemi sürecinde önemli birer koruyucu önlem olarak uygulanmıştır. Maske takma zorunluluğu kapalı alanlarda ve toplu taşıma araçlarında geçerli olmuştur. Finlandiya, yurtdışı seyahatlerde kısıtlamalar uygulamış ve yabancı ülkelere gelen ziyaretçilere test ve karantina gereksinimleri getirmiştir (Torun, 2022: 17-18).

Covid-19 testlerini genişletmiş ve temas izleme çalışmalarını yoğunlaştırmıştır. Bu sayede vakaların tespiti ve izlenmesi daha etkili bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Finlandiya, Covid-19 aşılarını halka sunmuş ve aşılama kampanyalarını hızlandırmıştır. Aşılar belirli öncelik gruplarına öncelik verilerek dağıtılmıştır (Tiirinki ve diğerleri, 2020: 656)

Okulların açık kalması ve çocukların eğitimlerinin devam etmesi önemli bir hedef olmuştur. Okullar, çeşitli önlemlerle açık tutulmuş ve çevrimiçi eğitim seçenekleri sunulmuştur. Sağlık yetkilileri, halkı pandemi konusunda bilgilendirmek ve güncel bilgileri paylaşmak için çeşitli iletişim kampanyaları düzenlemiştir (Üner, 2020). Ayrıca Finlandiya hükümeti, pandeminin ekonomik etkilerini hafifletmek amacıyla ekonomik yardım paketleri ve işletmelere finansal destek önlemleri uygulamıştır (Torun, 2022: 28-29).

1.4.8. Brezilya

Ulusal seviyede afet yönetim planı, "Ulusal Sivil Savunma Sistemi" (Sistema Nacional de Defesa Civil- SINDEC) olarak bilinmektedir. SINDEC'in koordinasyonundan sorumlu olan birim, "Sivil Savunma Ulusal Sekreterliği" (Secretaria Nacional de Defesa Civil- SEDEC) adı altında Ulusal Entegrasyon Bakanlığı bünyesinde bulunmaktadır. SEDEC, Brezilya genelinde afet yönetimi eşgüdümünü sağlamaktan sorumludur. SEDEC, altında birçok birim bulundurur. Bu birimler, afete müdahale ve kendi bölgelerinde eşgüdüm sağlama görevine sahiptirler. Bölgesel, eyalet ve belediye düzeylerinde bu birimler bulunur ve afet yönetimi süreçlerini yönetmektedirler (Gökçe ve Tetik, 2012: 177; Valencio ve Valencio, 2011: 150-152).

Brezilya, Covid-19 pandemisi ile mücadelede bir dizi farklı yaklaşım ve politika uygulamıştır. Ancak Brezilya'nın pandemi yönetimi, uluslararası düzeyde tartışmalı olmuş ve eleştirilere maruz kalmıştır. Brezilya'da hükümet, pandemi ile mücadelede net bir liderlik sergilemekte zorlanmıştır. Ülkenin lideri Jair Bolsonaro, pandemiye hafife alma eğiliminde olmuş, maske kullanımını ve sosyal mesafeyi sık sık küçümsemiştir. Bu, halk arasında karışıklığa neden olmuş ve güvenilir bilgilere erişimi zorlaştırmıştır (Oğuz ve Sezek, 2020: 167-168). Sosyal mesafe kuralları ve maske kullanımı eyaletlere ve şehirlere göre farklılık göstermiştir. Bazı bölgelerde sıkı kapanmalar ve maske zorunluluğu uygulanmışken, diğer bölgelerde bu önlemler gevşetilmiştir. Ayrıca Brezilya, yurtdışı seyahatlerde bazı kısıtlamalar getirmiş, ancak sınır kontrolleri ve karantina uygulamaları eksik olduğu belirtilmiştir (Chinazzi ve diğerleri, 2020: 395).

Brezilya, Covid-19 testleri ve temas izleme konusunda sınırlı bir kapasiteye sahiptir ve bu, vaka tespiti ve izlemenin zorlaşmasına neden olmuştur. Brezilya, aşı temin etme ve aşı kampanyasını hızlandırma konusunda zorluklar yaşamıştır. Aşı tedariki ve dağıtımı ile ilgili sorunlar yaşanmış ve aşılama gecikmeler yaşanmıştır. Brezilya'nın halk sağlığı altyapısı, pandemiye hızlı ve etkili bir yanıt verme konusunda yetersiz kalmıştır (Oğuz ve Sezek, 2020: 178). Yoğun bakım üniteleri ve sağlık hizmetleri bazı bölgelerde sık sık kapasite sınırlarına dayanmıştır. Brezilya hükümeti, ekonomik yardım ve destek önlemleri konusunda bazı adımlar atmıştır, ancak bu önlemler genellikle yetersiz bulunmuştur (Akbulak ve Çöl, 2022: 536).

Brezilya, pandemi ile mücadelede karmaşık bir süreç yaşamış ve pandeminin yayılmasını kontrol altına almakta zorlanmıştır. Bu durum, pandeminin Brezilya'da yayılmasına ve ciddi can kayıplarına yol açmıştır (Oğuz ve Sezek, 2020: 179).

1.4.9. Rusya Federasyonu

Rusya Federasyonu, 1994 yılında bir kararname ile "Rusya Sivil Savunma Acil Durum ve Doğal Afetler Bakanlığı"nı (Emergency Situations Ministry - EMERCOM) kurmuştur. Bu bakanlık, aynı zamanda "Olağanüstü Hal Bakanlığı" olarak da adlandırılmıştır. EMERCOM, Rusya'da acil durumların planlanması,

uygulanması, halkın eğitimi ve uluslararası iş birliği gibi görevleri yürütmekten sorumludur (Thomas, 1995: 228).

EMERCOM'un görevleri şunları içermektedir (Thomas, 1995: 230-232):

- Devletin acil durumlarla ilgili politikalarını belirlemek ve geliştirmek.
- Sivil savunma, araştırma ve kurtarma hizmetlerini yönetmek.
- Rusya'nın afet yönetim sisteminin gelişimini ve işleyişini sağlamak.
- Büyük çaplı afetler ve diğer acil durumların etkilerini azaltmaya yönelik çalışmaları yönlendirmek.
- Hükümet tarafından ayrılan kaynakların afet yönetimi ve mücadelesi için kullanımını denetlemek.
- Halkın, kamu kurumlarının ve afet sistemine bağlı kuvvetlerin afet yönetimi ve müdahalesi konusunda eğitimlerini organize etmek.
- Bakanlığın görev alanıyla ilgili uluslararası iş birliğini sağlamaktır.

EMERCOM, Rusya'nın çeşitli afet ve acil durumlarla başa çıkabilmesi için kapsamlı bir yapıya sahiptir ve bu tür olaylarla mücadele için kaynakları yönlendirmekten sorumludur. Aynı zamanda afetlere karşı hazırlık ve eğitim çalışmalarını da yürütmektedir (Gökçe ve Tetik, 2012: 176).

Rusya, Covid-19 pandemisi başladığında toplumsal mesafe kuralları ve maske kullanımı gibi temel koruyucu önlemleri benimsemiştir. Bu önlemler, halka yönelik önemli mesajlar aracılığıyla teşvik edilmiştir. Rusya, yurtdışı seyahatlerde kısıtlamalar uygulamış, girişte test ve karantina gereksinimleri getirmiştir (Emeç ve diğerleri, 2022: 199).

Covid-19 testlerinin genişletilmesi ve temas izleme çalışmalarının yapılması, vakaların tespit edilmesi ve izlenmesi açısından önemli olmuştur. Rusya, Covid-19 aşılarını halka sunmuş ve kendi aşılarını geliştirerek dünya genelinde kullanıma sunmuştur. Sputnik V adlı aşı, dünya çapında birçok ülkede kullanılmıştır (Akbulak ve Çöl, 2022: 537).

Rusya hükümeti, pandeminin ekonomik etkilerini hafifletmek amacıyla ekonomik yardım paketleri ve sosyal destek önlemleri uygulamıştır. İşletmelere ve ihtiyaç sahibi vatandaşlara finansal destek sağlanmıştır. Okulların kapanması ve çevrimiçi eğitime geçilmesi, pandemi sırasında eğitim alanında önemli bir karar olmuştur. Sağlık kuruluşları ve hükümet, halkı pandemi konusunda bilgilendirmek

için çeşitli kampanyalar düzenlemiştir. Toplumun bilinçlenmesi ve iş birliği, pandemi ile mücadelede önemli bir rol oynamıştır (Özer ve diğerleri, 2021).

1.4.10. Çin

Çin hükümeti, acil durum yönetimi ve afet müdahalesi konularında daha etkili bir yapı oluşturmak amacıyla 2018 yılında Acil Durum Yönetimi Bakanlığı'nı kurduğunu ilan etmiştir. Bu, Çin'deki acil durum yönetimini daha iyi koordine etmek ve afetlere karşı daha hızlı ve etkili bir şekilde müdahale etmek için yapılan önemli bir organizasyonel değişikliktir. Acil Durum Yönetimi Bakanlığı'nın, diğer bakanlıkların acil durum yönetimi bölümlerini ve itfaiyeyi merkezileştirerek daha koordineli bir şekilde yönetmesi amaçlanmıştır. Bu sayede afetler ve acil durumlar sırasında daha hızlı ve etkili bir müdahale sağlanabilmektedir (Wu ve diğerleri, 2021: 2-3).

Çin'de Acil Durum Yönetimi Bakanlığı'nın kurulmasının temelleri, özellikle SARS salgını gibi büyük sağlık krizleri ve diğer doğa kaynaklı afetlerin etkileriyle başlamıştır. 2003 yılındaki SARS salgını, sağlık ve acil durum yönetimi konularında birçok zorluğu ortaya çıkarmış ve bu olaylar Çin hükümetini acil durum yönetimi konusunda daha etkili bir yaklaşım benimsemeye yönlendirmiştir. SARS salgını, sağlık sistemi ve acil durum müdahalesi açısından önemli eksiklikleri ve zorlukları ortaya koymuştur. Bunun sonucunda, Çin hükümeti acil durum yönetimi, afet müdahalesi ve sağlık krizleri için daha iyi bir yapı oluşturma ihtiyacını gördü. 2003 yılından itibaren bu konuda reformlar ve iyileştirmeler yapılmasına başlanmıştır (Shi ve diğerleri, 2016).

Çin hükümetinin, afetlere hızlı ve etkili bir şekilde yanıt verebilme yeteneğini artırmak ve afetlere karşı hazırlıklı olmayı teşvik etmek için attığı adımlar oldukça önemli ve olumlu bir gelişme olarak kabul edilebilmektedir. Özellikle Luding Depremi gibi büyük ölçekli afetler, hızlı ve etkili müdahale gerektiren olaylardır. 2008 Wenchuan Depremi'nin yaşandığı tarih olan 12 Mayıs, Çin'de "Afet Önleme ve Azaltma Günü" olarak ilan edilmesi, afetlere karşı toplumun bilinçlendirilmesi ve hazırlıklı olma farkındalığının artırılması açısından önemli bir adımdır. Bu tür günler, afet farkındalığı ve eğitim programlarına, tatbikatlara, kamu bilincine ve acil durum planlamasına katkı sağlamıştır (Xu ve Lu, 2012: 208).

Çin, Covid-19 salgını ile mücadelede sıkı ve hızlı önlemler almıştır. Birçok şehir ve bölgede hızla "Birinci Derece Acil Müdahale" durumuna geçilmiş ve bu bölgelerde sıkı karantina uygulanmıştır. Bu karantina önlemleri, insanların evlerine kapanmasını ve dışarı çıkmamalarını gerektirmiştir. Bu önlemler, salgının yayılmasını kontrol altına almayı amaçlamıştır. Salgının yayılmasını önlemek amacıyla birçok bölgede toplu taşıma hizmetleri askıya alınmış veya kısıtlanmıştır. Bu, insanların kalabalık yerlerde bir araya gelmesini engellemeyi hedeflemiştir. Sosyal mesafe kuralları ve maske kullanımı, Çin'de pandemi süresince önemli birer koruyucu önlem olmuştur. Maskelerin kullanımı kamu alanlarında genellikle zorunluluk haline getirilmiştir (Liu ve diğerleri, 2020: 3-4).

Çin, salgının hızla yayılmasını önlemek için iki yeni hastane hızla inşa etmiştir. Bu hastaneler, salgının tedavi edilmesi için ek kapasite sağlamıştır. Çin, geniş kapsamlı Covid-19 testleri yapmış ve temas izleme çalışmalarını sürdürmüştür. Vakaların tespit edilmesi ve izlenmesi konusunda sıkı bir yaklaşım benimsemiştir (Whitworth, 2020: 243).

Literatür incelendiğinde; farklı ülkelerde, ülkenin coğrafi özellikleri, içinde bulunduğu risk faktörleri ve hukuki yapısına göre afetlerle mücadele planlarının oluştuğu ve uygulandığı görülmüştür. Ülkemizde afet yönetimi ve pandemiyle mücadele çalışmanın devamında anlatılmıştır.

1.5. TÜRKİYE'DE AFET YÖNETİMİ VE COVID-19 PANDEMİ YÖNETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye'nin jeolojik konumu ve coğrafi yapısı, bir dizi doğa kaynaklı afet türüne karşı açık bir şekilde konumlanmasına neden olmuştur. Bu sebeple ülkede depremler, heyelanlar, sel ve sel sularının neden olduğu su baskınları gibi doğa kaynaklı afetler sıkça görülür. Plansız kentleşme, dere yataklarının doldurulması ve yapılaşma gibi faktörler, afet riskini artırmaktadır. Aynı şekilde orman yangınlarına ve hava kirliliğine karşı da hassas bölgeler bulunmaktadır. Ayrıca, Türkiye'nin çevresindeki bölgede yaşanan iç savaşlar, komşu ülkelerdeki çevresel sorunlar ve nükleer santrallerin yaygınlaşması gibi faktörler, insan kaynaklı afetlerin ortaya

ıkmasına neden olabilir. Terörizm gibi güvenlik sorunları da afet riskini artırabilmektedir (Kadıoğlu, 2022: 224-227).

Türkiye’de, 17 Ağustos 1999 Gölçük depreminin ardından afetlerle mücadele konusunda ciddi bir kurumsal dönüşüm yaşanmıştır. Sivil Savunma Genel Müdürlüğü ve diğer ilgili birimlerin yerine 2009 yılında AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) kurulmuştur. Bu kuruluşun amacı afet yönetimini merkezileştirmek ve afet yönetiminin daha koordineli hale getirilmesini sağlamaktır. AFAD' ın göreve başlamasıyla birlikte Türkiye için ilk Acil Durum Planı olan "Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP)" 2013 yılında yayınlanmıştır. Bu plan, ülkede afetlerle mücadelede nasıl hareket edileceğini ve acil durum yönetiminin nasıl koordine edileceğini kapsamaktadır. TAMP, farklı afet senaryoları için hazırlık ve müdahale stratejilerini içermektedir. Bu plan, afetlerin önceden tahmin edilemeyen doğası göz önüne alınarak, ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde acil durum yönetimini koordine etme amacı taşımaktadır. TAMP, Türkiye'nin afetlere ve acil durumlara hazırlıklı olmasını sağlamak için stratejiler ve eylem adımları sunmaktadır. Bu, kaynakların etkili bir şekilde yönetilmesine yardımcı olur. Plan, farklı kamu ve özel sektör kurumları, sivil toplum örgütleri ve diğer paydaşlar arasındaki iş birliği ve koordinasyonu artırmayı amaçlamaktadır. Böylece, acil durum yönetimi daha etkili olabilir. TAMP, halkın afetlere karşı hazırlıklı olmasını teşvik etmek için eğitim ve farkındalık kampanyalarını desteklemektedir (Karaman ve Altay, 2016: 116-117).

Sağlık hizmetlerinin afetler sırasında ve sonrasında etkili bir şekilde koordine edilmesi, acil durum yönetiminin önemli bir bileşenidir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde SAKOM (Sağlık Acil Koordinasyon Merkezi) gibi merkezler, afetlerin tıbbi müdahale ve sağlık hizmetlerinin yönetimini sağlarlar. Afet anında veya sonrasında Sağlık Bakanlığı SAKOM kriz merkezi, olayın büyüklüğüne göre Sağlık Bakanını ve ilgili sağlık yetkililerini bilgilendirir. Bu aşama, afetin tıbbi müdahale gereksinimlerini değerlendirmek ve kaynakları yönlendirmek için kritik bir başlangıçtır (Acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğü, 2023).

Olayın boyutuna bağlı olarak il sağlık müdürlüğü, afet bölgesindeki sağlık hizmetlerini yönlendirmek ve koordine etmek üzere görevlendirilir. İl sağlık müdürlüğü, olaya yönelik müdahale planlarını ve taleplerini il valiliğine sunmaktadır. Bu planlar valilik onayından geçtikten sonra olay yerine intikal süreci

başladığında, gereken lojistik hazırlıklar yapılmaktadır. Bu, acil tıbbi ekipmanların ve personelin olay yerine taşınması ve sağlık tesislerinin işlevselliğini sürdürebilmesi için gereken kaynakların temini anlamına gelmektedir (Değirmenci ve İlter, 2013: 276-303).

Covid-19 sürecinde, Dünya çapında birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de çeşitli önlem ve stratejiler uygulanmıştır. Türkiye, pandeminin başlangıcından itibaren sosyal mesafe kurallarını ve maske kullanımını teşvik etmiştir. Kamu alanlarında maske takma zorunluluğu getirilmiş ve sosyal mesafe kuralları uygulanmıştır. Pandemi döneminde Türkiye, sık sık kapanmalar ve sokağa çıkma kısıtlamaları uygulamıştır. Bu önlemler, vakaların artış gösterdiği dönemlerde sıkça kullanılmıştır. Türkiye, yurtdışı seyahatlerde kısıtlamalar uygulamış ve girişte test ve karantina gereksinimleri getirmiştir. Türkiye hükümeti, pandeminin ekonomik etkilerini hafifletmek amacıyla ekonomik yardım paketleri ve sosyal destek önlemleri uygulamıştır. İşletmelere ve ihtiyaç sahibi vatandaşlara finansal destek sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Covid-19 testlerinin genişletilmesi ve temas izleme çalışmalarının yapılması, vakaların tespit edilmesi ve izlenmesi açısından önemli olmuştur. Türkiye, Covid-19 aşılarını halka sunmuş ve hızlı bir aşılama kampanyası başlatmıştır. Aşılama süreci belirli öncelik gruplarına öncelik verilerek başlamıştır. Okulların kapanması ve çevrimiçi eğitime geçilmesi, pandemi sırasında eğitim alanında önemli bir karar olmuştur. Okullar zaman zaman açılıp kapatılmıştır. Sağlık kuruluşları ve hükümet, halkı pandemi konusunda bilgilendirmek için çeşitli kampanyalar düzenlemiştir. Toplumun bilinçlenmesi ve iş birliği, pandemi ile mücadelede önemli bir rol oynamıştır (Erdem, 2020: 379-380).

1.5.1. Pandemi ve Hastane Afet ve Acil Durum Planı

Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP), Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ve hastanelerde afet ve acil durum yönetimini iyileştirmeyi amaçlayan önemli bir inisiyatiftir. Bu planlar, ulusal sağlık sisteminin merkezi ve il düzeyinde afet yönetiminin tüm evrelerini kapsamaktadır ve hastanelerin afete hazırlıklı, dayanıklı ve etkili bir şekilde müdahale yapabilmesini sağlamak için tasarlanmıştır.

HAP, standart bir çerçeve ve kılavuz kullanılarak oluşturulur. Bu sayede her hastane aynı temel prensiplere ve prosedürlere sahip olmaktadır. Bu standartlar, afet durumlarında koordinasyonu ve iş birliğini artırmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Planlar, hastanelerin afete hazırlıklı olmasını sağlamak amacıyla detaylı prosedürler içermektedir. Bu prosedürler, afet öncesi dönemde personel eğitimi, acil durum ekipmanlarının bakımı, stok yönetimi ve iletişim planları gibi konuları kapsamaktadır. Ayrıca planlar, bir afet durumunda hastane personelinin nasıl hareket etmesi gerektiğini belirtmektedir. Acil servislerin, yoğun bakım ünitelerinin ve diğer önemli birimlerin afet durumunda hızlı ve etkili bir şekilde faaliyete geçirilmesini sağlayan detaylı prosedürler içermektedir (İnce ve Evcil, 2020: 238-239).

HAP, diğer sağlık kuruluşları, kolluk kuvvetleri, itfaiye, sivil savunma ve diğer acil durum hizmetleri ile koordinasyonu artırmayı hedefler. Bu sayede afet durumlarında tüm paydaşlar arasında iş birliği ve iletişim sağlanır. Planlar, hastane personelinin afet durumlarına hazırlıklı olmasını sağlamak için eğitim ve tatbikatları içerir. Bu tatbikatlar, personelin afet durumlarında nasıl tepki vereceğini uygulamalı olarak öğrenmelerine yardımcı olur (Sağlık Bakanlığı, 2021).

İletişim, hastane afet planlarının kritik bir unsuru olarak ele alınmaktadır. Planlar, iç iletişim (hastane personeli arasında) ve dış iletişim (diğer sağlık kuruluşları, kurtarma ekipleri, medya ve halkla) stratejilerini içermektedir. HAP, herhangi bir afet durumunda hastane yönetiminin organize bir şekilde hareket etmesini, kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını ve hasta bakımının devamını sağlamaktadır (Erdem, 2020: 383).

1.5.2. Hastane Pandemi Müdahale Yönetimi

Pandemi durumlarında hastanelerde müdahale yönetimi planlaması yapılırken, pandemiye özgü bazı konuların göz önünde bulundurulması çok önemlidir. Pandemi sırasında hastaların kabul edilmesi ve önceliklendirilmesi özel bir önem taşır. Hangi hastaların hastaneye kabul edileceği, hangilerinin eve izolasyon veya başka bir sağlık hizmeti seçeneğine yönlendirileceği gibi triyaj prosedürleri net bir şekilde tanımlanmalıdır. Pandemi hastalarının izolasyonu ve temaslıların karantina edilmesi gerekebilir. Bu hastaların uygun bir şekilde izole edilmesi ve

sağlık personelinin bu hastalarla temasını sınırlamak için gerekli önlemler alınmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Sağlık personelinin pandemi sırasında korunması büyük bir önem taşır. Bu, uygun kişisel koruyucu ekipmanın (maske, eldiven, gözlük vb.) temini ve kullanımı, sık el yıkama ve dezenfeksiyon protokolleri gibi önlemleri içermektedir. Pandemi sırasında hastaneler, sınırlı kaynakları (yatak, ventilatör, ilaç vb.) etkili bir şekilde yönetmelidir. Stok takibi ve tedarik zinciri yönetimi büyük bir önem taşımaktadır. Hastane yönetimi, hastalar, personel, aileler ve diğer paydaşlarla etkili iletişim sağlamalıdır. Bilgi akışı, güncel ve doğru bilgilere dayanmalı ve toplumla şeffaf bir iletişim kurulmalıdır (İnce ve Evcil, 2020: 241).

Pandemi durumları kriz yönetimi becerilerini gerektirmektedir. Hastane yönetimi, kriz sırasında hızlı ve etkili kararlar alabilecek bir kriz yönetim ekibi oluşturmalıdır. Pandemi sırasında yoğun bakım üniteleri büyük bir baskı altında olabilir. Yoğun bakım kapasitesini artırma stratejileri belirlenmeli ve uygulanmalıdır. Pandemiye özgü protokoller ve rehberler oluşturulmalıdır. Bu, tanı, tedavi, izolasyon ve diğer önlemleri içermelidir. Hastane personeli, pandemi öncesinde düzenli olarak eğitilmeli ve pandemi senaryoları üzerinde tatbikatlar yapmalıdır. Bu, personelin hazır olmasını sağlamaktadır. Uzaktan çalışma ve hastane içi bilgi akışı için uygun bilgi teknolojisi altyapısı gerekmektedir. Pandemiye özgü planlamalar, hastane yönetimine ve personeline, pandemi sırasında etkili bir şekilde müdahale etmelerine yardımcı olacak kritik bir çerçeve sunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Türkiye'nin Covid-19 pandemisi ile mücadelesi sırasında ulusal ve yerel düzeyde birçok önemli mekanizma ve kurul oluşturulmuştur. Bu mekanizmalar ve kurullar, pandemiye hazırlık, yönetim ve bilimsel danışmanlık konularında etkili bir şekilde çalışmıştır. Türkiye, pandemiye karşı etkili bir mücadele yürütmek için ulusal ve yerel düzeyde pandemi koordinasyon kurulları ve operasyon merkezleri oluşturmuştur. Bu merkezler, salgının kontrol altına alınması, bilgi akışının düzenlenmesi, kaynakların yönetilmesi ve hızlı kararların alınması için önemli roller üstlenmiştir (Kutlu, 2020: 339).

Türkiye'nin her ilinde İl Hıfzıssıhha Kurulları, Covid-19 pandemisi ile ilgili kararların alınmasına ve uygulanmasına katkı sağlamıştır. Bu kurullar, yerel düzeyde pandemi önlemlerinin uygulanmasını koordine etmede etkili olmuşlardır. Halk

Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde faaliyet gösteren Halk Sağlığı Acil Durum Operasyon Merkezi, pandemi sürecinde önemli bir rol üstlenmiştir. Bu merkez, pandemi ile ilgili bilimsel ve operasyonel yönlendirmeleri yapmıştır (Erdem, 2020: 387).

DSÖ pandemi ilan etmeden önce Türkiye, Covid-19 Bilim Kurulu'nu oluşturmuştur. Bu kurul, farklı tıbbi branşlardan uzmanları içermekteydi ve pandemi ile ilgili rehberler ve yönergeler geliştirmiş, bilimsel verilere dayalı olarak süreci yönlendirmişti. Bilim Kurulu, "Covid-19 Yönergesi," "Olgu Sunum Formu" ve "Covid-19 Kılavuzu" gibi belgeleri hazırlayarak sağlık personeli ve sağlık tesislerine rehberlik etmişti. Bu dokümanlar, Covid-19 hastalarının yönetimi, iyileştirilmesi ve sağlık personeli yönetimi konularını ele almıştır (Akgün, 2020: 209-210). Türkiye'nin bu mekanizmaları ve kurulları, Covid-19 pandemisi ile başa çıkmak için önemli bir iş birliği ve koordinasyonu temsil etmektedir. Bilimsel danışmanlık, sağlık hizmetleri yönetimi ve halk sağlığı önlemleri konularında bu kurulların çalışmaları büyük önem taşımıştır (Petersen ve Gökengin, 2020: 511).

Covid-19 pandemisinin Türkiye'de ortaya çıkmasından sonra Sağlık Bakanlığı ve Bilim Kurulu, halkı bilgilendirmek ve hastalığın yayılmasını engellemek için aktif bir iletişim stratejisi izlemiştir. Sağlık Bakanlığı, Covid-19 salgınının başlangıcından itibaren kamuoyunu bilgilendirmek ve farkındalık yaratmak amacıyla çeşitli kamuoyu bilgilendirme kampanyaları başlatmıştır. Televizyon, radyo, internet ve sosyal medya gibi farklı iletişim araçları kullanılarak halka yönelik bilgiler paylaşılmıştır (İnce ve Evcil, 2020: 243). Bilim Kurulu üyeleri ve Sağlık Bakanlığı yetkilileri, düzenli olarak basın toplantıları düzenleyerek halka en güncel bilgileri sunmuşlardır. Bu toplantılar, Covid-19'un önemi, semptomları, yayılma yolları, korunma önlemleri ve toplumsal önlemler hakkında detaylı bilgi sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı, günlük vaka sayısı ve Covid-19 ile mücadelede alınan önlemler hakkında kamuoyunu düzenli olarak bilgilendirmiştir. Bu sayede halkın salgının seyrini takip etmesi ve alınan önlemlere uyumu teşvik edilmiştir (Kutlu, 2020: 342). Sağlık Bakanlığı, halk sağlığı kılavuzları ve rehberler hazırlamış ve yayınlamıştır. Bu belgeler, Covid-19'a karşı nasıl korunulacağı, semptomların neler olduğu, nasıl test yapılacağı gibi konularda halka rehberlik etmiştir. Bilim Kurulu üyeleri ve diğer tıbbi uzmanlar, halkın sorularını yanıtlamak ve yanlış bilgilerin

önlenmesine yardımcı olmak için medya üzerinden açıklamalarda bulunmuşlardır. 11 Mart 2020’de “hızlı yayılan bulaşıcı hastalıklarla” mücadelede başarı için güçlü tedbir, süratli müdahale, yaygın sağlık altyapısı ve güven verici bilgilendirme gibi önemli ilkelere vurgu yapılmıştır (Çınar ve Oğuz, 2020: 7-8).

Türkiye, Covid-19 salgınına karşı bir dizi koruma ve tedavi önlemi almıştır. Bu önlemler, virüsün yayılmasını kontrol altına almayı, toplumun sağlığını korumayı ve sağlık sistemini desteklemeyi amaçlamaktadır. Örneğin, Covid-19 vakalarının tespit edilmesi üzerine temaslı kişilerin izlenmesi ve izolasyonu başlamıştır. Bu, enfeksiyonun yayılmasını engellemek için kritik bir önlemdir. Toplum içinde sosyal ve fiziksel mesafeyi koruma önlemi, virüsün bulaşmasını azaltmak için alınmıştır. Bu, kalabalık etkinliklerin sınırlandırılması, toplu taşıma düzenlemeleri ve sosyal mesafe kurallarının yaygınlaştırılmasını içermektedir (Akgün, 2020: 209-210).

Türkiye’de 12 Mart’ta hükümet, 16 Mart itibarıyla bütün okulların ve yükseköğretim kurumlarının eğitime ara vereceğini belirtmiştir. Okulların tatil edilmesi, çocukların ve öğretmenlerin enfeksiyon riskini azaltmak için önemlidir. Eğitim çevrimiçi platformlara taşınmıştır. Aynı tarihte konserler, spor etkinlikleri, toplu ibadetler gibi kalabalık etkinliklerin sınırlandırılması veya iptal edilmesi, enfeksiyonun yayılmasını engellemek için alınmıştır (Çınar ve Oğuz, 2020: 10-11). Kamu ve özel sektörde aralıklı çalışma sistemlerine geçilmiştir. Bu, insanların yoğun ofislerde bir araya gelmesini sınırlayarak enfeksiyon riskini azaltmayı hedeflemektedir. Bazı dönemlerde salgının kontrol altına alınması amacıyla sokağa çıkma yasağı uygulanmış ve karantina bölgeleri oluşturulmuştur (Kutlu, 2020: 341).

24 Mart itibarıyla, 65 yaşın üstündeki kişiler, bağışıklık sistemi yetmezliği, kronik rahatsızlığı, hipertansiyon, astım, KOAH, kronik böbrek hastalığı gibi sağlık sorunları bulunan kişiler toplu taşıma araçlarına binmeleri yasaklanmış ve sokağa çıkmaları kısıtlanmıştır. Bu yaş grubundaki kişiler, evlerinde kalmaya teşvik edilmiştir (Erdem, 2020: 387). Ayrıca 3 Nisan’da 20 yaşın altındaki kişilere sokağa çıkma yasağı uygulanmıştır. Bu yaş grubundaki kişiler, evde kalmaları gerektiği belirtilmiştir. Bu önlem, genç nüfusun salgının yayılmasına katkıda bulunmasını önlemeyi amaçlamıştır. Aynı tarihte, mağazalar, toplu taşıma araçları ve kalabalık alanlarda maske takma zorunluluğu yürürlüğe girmiştir (İnce ve Evcil, 2020: 241). Maskelerin kullanımı, enfeksiyonun yayılmasını sınırlamak amacıyla alınmış bir

önlemdir. 9 Nisan'da, hafta sonları sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. Bu yasak, sağlık personeli ve güvenlik görevlileri dışında herkesi kapsamaktaydı. Bu önlemler, salgının yayılmasını kontrol altına almayı, sağlık sistemini korumayı ve sağlık çalışanlarının yükünü hafifletmeyi amaçlamıştır. Pandeminin ekonomik etkilerini hafifletmek için çeşitli ekonomik tedbirler alınmıştır. Vergi ertelemeleri, kredi erteleme olanakları gibi önlemler, iş dünyasını desteklemeyi amaçlamaktadır (Çınar ve Oğuz, 2020: 14).

Türkiye'nin sınır ötesi önlemleri, Covid-19 salgınının yayılmasını sınırlamak amacıyla özellikle Çin, İran ve İtalya gibi riskli bölgelerden gelen uçuşların durdurulması, virüsün yayılmasını sınırlamak için alınan önlemlerden biridir. Salgının yoğun olduğu dönemlerde, Türkiye'nin sınırları kapatılmış veya sınırlı sayıda geçiş izni verilmiştir. Yolcuların sıcaklık taramalarının yapılması için termal kameralar kullanılmıştır. Bu, potansiyel olarak ateşli veya semptomları olan yolcuların erken teşhis edilmesine yardımcı olur (Petersen ve Gökengin, 2020: 514). Salgının hızlı yayılmasını engellemek amacıyla gelen yolcuların 14 gün karantinaya alınması veya test edilmesi gerekenlerin belirlenmesi için özel protokoller uygulanmıştır. Yolcular genellikle sağlık formu doldurmak zorunda kalmıştır. Bu formlar, seyahat geçmişi ve semptomlar hakkında bilgi içermekteydi. Ayrıca, gelen yolcuların izlenmesi için dijital izleme sistemleri kullanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Yukarıda pandemi döneminde alınan bazı belli başlı düzenlemeler ve önlemler verilmiştir. Pandemide sağlık kuruluşları, sağlık personelleri ve hastaya müdahaleye yönelik yapılan düzenlemeler şu şekildedir (İnce ve Evcil, 2020: 249; Kutlu, 2020: 339-340):

- 27.02.2020: İran, Irak ve Gürcistan sınırlarına sahra hastaneleri kurulmuştur.

- 13.03.2020: Hastane ve cezaevleri ziyaretlerine kısıtlama getirilmiştir. ALO 184 SABİM Hattı'na Covid-19 hakkında bilgi verme görevi verilmiştir.

- 20.03.2020: Enfeksiyon, göğüs ve iç hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı hekimlerden en az ikisinin görev yaptığı hastaneler pandemi hastanesi olarak kabul edilmiştir.

- 09.04.2020: Özel hastanelerin Covid-19 tedavisinde ilave ücret almayacağı bildirilmiştir.

- 10.04.2020: Salgınla mücadelede kullanılması için Birleşik Krallık'a tıbbi malzeme yardımı yapılmıştır.

- 16.04.2020: Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine dair yasa çıkarılmıştır.

- 21.05.2020: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi açılmıştır.

Bakanlık, Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfına yapılacak atamalar bakımından istisna kapsamında istifa sonrası açıktan atama kurasının önü açılmıştır. Sağlık Bakanlığı, koronavirüs (Covid-19) ile yürütülen mücadele kapsamında, 2020 atama kararları ve sağlık çalışanlarının ulaşımı ve konaklamasına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır (Akgün, 2020: 212). Sağlık hizmeti veren tüm kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan kişilerin; ilgili belediye tarafından kararlaştırılmak kaydıyla, belediyeler, kurdukları kurumlar, işletmeler ve şirketler ve bağlı kuruluşları ile sendikaların yürüttüğü toplu taşıma hizmetlerinden, Başkentray, Marmaray ve İzban hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmeleri kararı alınmıştır. Ayrıca sağlık çalışanları görev yaptıkları sağlık tesisine en yakın kamu sosyal tesislerinde (misafirhanelerde) ücretsiz kalabilecekleri karar alınmıştır (Erdem, 2020: 389

İKİNCİ BÖLÜM

COVID-19 VE DİYALİZ

Covid-19 salgını tüm insanlığı olumsuz etkileyen küresel bir sorun haline gelmiştir. Tüm insanlığı etkilemiş olsa da kronik rahatsızlığa sahip olan hastalarda etkisi daha belirgin olmuştur. Covid-19'un komplikasyonu olan akut böbrek yetmezliği gelişmesi hemodiyaliz tedavisi ihtiyacı arttırmıştır. Hem kronik hemodiyaliz hastalarında hem de akut böbrek yetmezliği gelişen hastalarda Covid-19 ile diyaliz konusu bu bölümde ele alınmıştır.

2.1. CORONAVİRÜS'ÜN VİRAL YAPISI

Coronavirüsler, RNA virüslerinin bir ailesi olan Nidovirales'e aittir ve kendilerine özgü bir genetik yapısı vardır. Bu virüsler, evcil hayvanlardan insanlara ve farklı memeli türlerine kadar birçok canlıyı enfekte etmekte olduğu bilinmektedir. Dört farklı tür coronavirüsten bahsetmek mümkündür (Chan ve diğerleri, 2015: 471-173).

1- Alfa Coronavirüsler: Bu cinse ait virüsler genellikle memelileri enfekte eder ve insanlarda hafif soğuk algınlığına neden olabilmektedir.

2- Beta Coronavirüsler: Beta coronavirüsleri, insanları ve yarasaları enfekte edebilirler. Bu cinse ait virüsler arasında MERS-CoV (Orta Doğu Solunum Sendromu) ve SARS-CoV (Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu) gibi ölümcül virüsler bulunmaktadır.

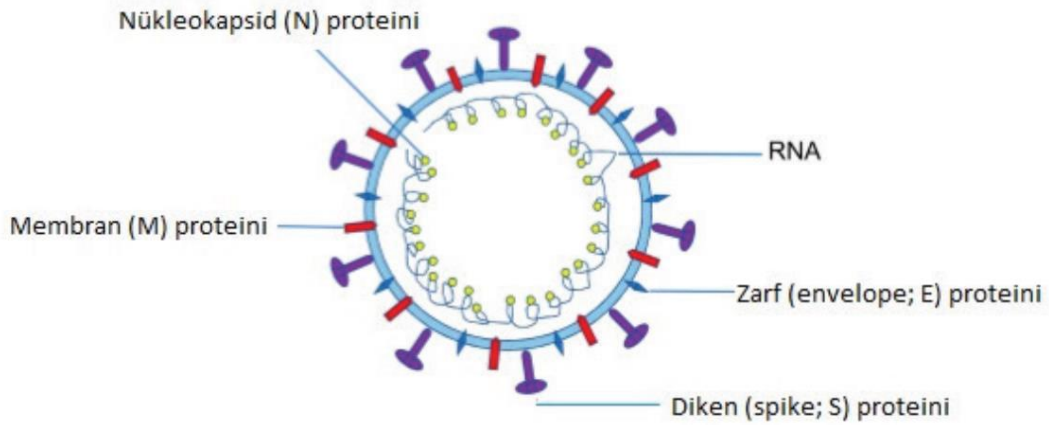
3- Gama Coronavirüsler: Gama coronavirüsleri genellikle kuşları enfekte edebilmektedir.

4- Delta Coronavirüsler: Delta Coronavirüsler'i, hem memeli canlıları hem de kuşları enfekte edebilmektedir.

Coronavirüslerin adını, elektron mikroskopunda incelendiğinde taç şeklindeki yüzey çıkıntılarına (spike proteinler) sahip olmalarından dolayı "corona" kelimesinden alınmıştır. Coronavirüsler, tek zincirli pozitif iplikli RNA virüsleri olarak sınıflandırılırlar. Bu virüslerin genomları, çeşitli yapısal ve işlevsel proteini kodlayan bölümleri içermektedir (Grellet ve diğerleri, 2022: 10).

Sivri uç protein (spike protein), viral zarfın yüzeyinde belirgin bir şekilde bulunan ve virüsün hücrel reseptörlere bağlanmasına yardımcı olan proteinlerden biridir (Şekil 1) (Zhou ve diğerleri, 2019: 25). Bu protein, hücre zarı ile virüs zarfının füzyonunu kolaylaştırarak virüsün hücreye girmesine izin vermektedir. Membran protein, virüsün zarfını oluşturan bileşenlerden biridir ve virüsün şeklini korumasına yardımcı olmaktadır. Nükleokapsid protein, virüsün genetik materyalini korur ve paketler. Bu protein, virüsün genetik materyalinin hücre içine taşınmasında rol oynamaktadır. Küçük zarf protein, virüsün zarfının oluşumunda yer almakta ve zarfın yapısını desteklemektedir (McIntosh ve Peiris, 2009: 1167).

Şekil 1: Coronavirüs'ün Şematik Yapısı



Kaynak: Zhou ve diğerleri, 2019: 28.

Coronavirüslerin S proteini, bağışıklık sistemi tarafından hedef alınan ve virüsün nötralize edilmesine yardımcı olan antijenlerden biridir. Bu nedenle, S proteini üzerine odaklanan aşılar ve antikorlar, Covid-19 ve diğer coronavirüslerle mücadelede önemli bir rol oynamaktadır. Bu proteinin hücrel reseptörlere bağlanma yeteneği, virüsün hücreye girişini ve enfeksiyonun başlangıcını belirlemektedir (Li ve diğerleri, 2019: 13).

Covid-19'un neden olduğu hastalık, yeni tip bir beta coronavirüs olan SARS-CoV-2 tarafından tetiklenmektedir. Bu virüsün insandan insana yayılma hızı ve bulaşıcılığı yüksektir, bu da pandemiye neden olmuştur. Covid-19, solunum yolu

enfeksiyonlarına yol açmakta ve bazı hastalarda ciddi akut solunum sıkıntısı sendromuna (ARDS) neden olmaktadır (Grellet ve diğerleri, 2022: 23).

Coronavirüsler, zarflı virüsler olarak bilinir ve bu zarf, virüsün yapısını ve işlevini belirleyen önemli bir bileşendir. M proteini, virionun (virüs partikülünün) dış yüzeyini şekillendirmekte ve stabilizesine destek olmaktadır. Aynı zamanda nükleokapsid ile etkileşime girerek nükleokapsidin virionun içerisine paketlenmesine yardımcı olur. N proteini, virüsün genetik materyalini korumakta ve paketlemektedir. Bu protein, virüs genomu ile birleşmekte ve viral RNA sentezi ve replikasyonunun düzenlenmesinde rol oynamaktadır (Grellet ve diğerleri, 2022: 14). Aynı zamanda virionun oluşumunda da etkilidir. E proteini, M proteini ile etkileşime girerek virüsün zarfının oluşumunu desteklemektedir. Virionların hücre içerisinde bir arada tutulmasına ve tomurcuklanmasına neden olmaktadır (Zhou ve diğerleri, 2019: 28).

Bu yapısal proteinler, virüsün bütünlük bir şekilde çalışmasını sağlamakta ve virüsün replikasyonu, bulaşıcılığı ve enfeksiyon yeteneğini etkilemektedir. Bu nedenle bu proteinlerin işlevleri ve etkileşimleri, coronavirüslerin enfeksiyon sürecini anlamak ve tedavi stratejileri geliştirmek için önemlidir (Zhou ve diğerleri, 2019: 40).

2.1.1. Coronavirüs Türleri

Coronavirüsler, kuşlar ve memeliler arasında yaygın olarak bulunan bir virüs ailesidir ve yarasalar, bu virüslerin doğal konakçılarından biri olarak bilinmektedir. Coronavirüsler, genetik çeşitlilik gösterebilir ve farklı türlerde enfeksiyonlara neden olabilirler. İnsanlarda enfeksiyona neden olduğu bilinen yedi farklı coronavirüs türü vardır (Grellet ve diğerleri, 2022: 1-3).

HCoV-229E (Alfa Coronavirüs): Soğuk algınlığına yol açan bir türdür.

HCoV-NL63 (Alfa Coronavirüs): Solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan bir türdür.

HCoV-OC43 (Beta Coronavirüs): Soğuk algınlığı ve diğer üst solunum yolu enfeksiyonlarına yol açabilir.

HCoV-HKU1 (Beta Coronavirüs): Solunum yolu hastalıklarına neden olan bir türdür.

SARS-CoV (Beta Coronavirüs): Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu'na (SARS) neden olan bir türdür.

SARS-CoV-2 (Beta Coronavirüs): Covid-19 olarak bilinen hastalığa yol açan bir türdür. Pandemiye neden olan virüs budur.

MERS-CoV (Beta Coronavirüs): Orta Doğu Solunum Sendromu'na (MERS) neden olan bir türdür.

Bu coronavirüs türleri farklı hastalık semptomlarına yol açabilir ve enfeksiyonların şiddeti değişebilir. Özellikle SARS-CoV-2 ve MERS-CoV, daha ciddi hastalıklara yol açabilen zoonotik coronavirüslerdir, yani hayvandan insana bulaşabilirler (Grellet ve diğerleri, 2022: 4).

2.1.2. Covid-19

Tarihte pek çok salgınla karşı karşıya kalan insanlık, 2019 yılının aralık ayında Çin'de başlayan Covid-19 salgınıyla mücadele etmek zorunda kalmıştır (İşlek ve diğerleri, 2021: 54). İlk Covid-19 vaka bildiriminin 11 Mart 2020'de yapıldığı Türkiye'de 27 Kasım 2022 tarihi itibarıyla 17.042.722 vaka tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Tablo 1: Sağlık Bakanlığı Genel Korona Virüs Tablosu

Tarih	Vaka Sayısı	Vefat Sayısı	İyileşen Sayısı	Toplam Vaka Sayısı	Toplam Vefat Sayısı
14 - 27 Kasım 2022	37.185	92	21.052	17.042.722	101.492
31 Ekim- 13 Kasım 2022	28.808	73	16.897	17.005.537	101.400
17- 30 Ekim 2022	22.887	64	23.101	16.976.729	101.327
3 Ekim - 16 Ekim 2022	34.204	60	34.627	16.953.842	101.263
26 Eylül - 2 Ekim 2022	23.116	24	19.364	16.919.638	101.203
19 - 25 Eylül 2022	22.729	40	18.015	16.896.522	101.179

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2023), Covid-19 Bilgilendirme Platformu, <https://Covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html#> (30.10.2023)

2.1.3. Covid-19'un Epidemiyolojisi

Covid-19, ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrindeki bir deniz ürünleri pazarında ortaya çıkan ve insandan insana bulaşabilen SARS-CoV-2 tarafından tetiklenen bir hastalıktır. Çinli yetkililer, Wuhan'da ortaya çıkan ve etiyolojisi tam olarak belirlenemeyen pnömoni vakalarını DSÖ'ye bildirmiştir. Bu vakalarda ateş, solunum sıkıntısı ve akciğerlerde radyolojik bulgular görülmüştür. Virüsün hızla yayılması sonucunda, 2020 Mart ayı itibariyle dünya genelinde birçok ülkede Covid-19 vakaları bildirilmeye başlanmıştır (İşsever ve diğerleri, 2020: 2-3).

Türkiye'de ilk pozitif vaka, 11 Mart 2020 tarihinde açıklanmıştır. Bu tarih, Türkiye'nin Covid-19 ile mücadele sürecinin başlangıcını işaret etmektedir. Türkiye, hastalığın yayılmasını kontrol altına almak için bir dizi önlem almış ve sağlık sistemini bu salgına karşı güçlendirmek için çaba harcamıştır (Wang ve diğerleri, 2020: 473).

2.1.4. Covid-19'un Bulaşı

Covid-19, damlacık yoluyla bulaşan bir hastalık olarak bilinmektedir. Ancak bazı diğer bulaşma yolları da etkili olabileceği bilinmektedir. Covid-19, hasta bir kişinin öksürmesi, hapşırması veya konuşması sırasında ağız ve burun salgılarının çevreye saçılmasıyla damlacık yoluyla bulaşmaktadır. Bu damlacıklar, yakındaki kişilerin ağız, burun veya göz mukozasına temas ettiğinde enfeksiyon riski oluşturmaktadır. Covid-19'un enfekte kişiler tarafından bulaştırıldığı yüzeylerde virüsün canlı kalma süresi sınırlıdır. Ancak virüsün bulaşmasına neden olan kontamine yüzeylere dokunulduğunda ve sonrasında ağız, burun veya gözlere temas edildiğinde dolaylı bulaşma gerçekleşebilir (Monto ve diğerleri, 2020: 14).

Covid-19 taşıyıcılarının bazıları semptom göstermez veya semptomlar başlamadan önce bulaştırıcı olabilmektedir. Bu nedenle hastalığın kontrolü, semptom göstermeyen veya semptomlar başlamadan önceki dönemdeki bulaşma riskini de içermektedir. Virüs, idrar ve fekal örneklerde de tespit edilebilir, ancak bu örneklerin virüs bulaşmasında ne kadar rol oynadığı tam olarak anlaşılmamıştır (Buruk ve Ozlu, 2020: 3). Covid-19'un yayılmasını etkileyen faktörler arasında evde yaşayan kişi

sayısı, hava nem ve sıcaklık derecesi, mevsim koşulları, hijyen kurallarına uyma derecesi, sağlık hizmetlerine erişim ve izolasyon kapasitesi gibi çevresel faktörler bulunmaktadır (Akın ve Gözel, 2020: 515-519).

Covid-19'un inkübasyon süresi (virüsün vücuda girdikten sonra semptomların başlamasına kadar geçen süre) ortalama olarak beş altı gün olarak kabul edilir, ancak bazı vakalarda 14 güne kadar uzayabilmektedir. Bulaşma süresi, semptomların başlamasından bir iki gün önce başlar ve semptomların kaybolması ile sona ermektedir. Ortalama enfeksiyon süresi sekiz dokuz gün olarak belirtilmektedir. Coronavirüsler, zarf yapılarına sahip oldukları için dış ortam koşullarına uzun süre dayanamazlar (Liu ve diğerleri, 2020: 5-6). Dayanıklılık çalışmasında SARS-CoV-2, plastik ve paslanmaz çelik yüzey üzerinde bakır ve kartondan daha kararlı olup ve bu virüslere uygulandıktan sonra 72 saate kadar canlı virüs tespit edilmiştir (Van Doremalen ve diğerleri, 2020).

2.1.5. Covid-19'un Bulaşına Karşı Korunma

Covid-19'un yayılmasını engellemek için alınması gereken temel önlemler; aşı, erken tanı, tarama, izolasyon, tedavi, hijyen kuralları, maske kullanımı, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, sosyal mesafe, ayrıntılı temizlik ve dezenfeksiyondur. Bulaşa karşı korunma, covid-19'a karşı bağışıklık kazanmanın en etkili yoludur. Halkın aşılınması, salgının kontrol altına alınmasında kritik bir rol oynamaktadır (Sarmasoğlu ve diğerleri, 2020: 56).

Semptom gösteren kişilerin hızlı bir şekilde tanı alması ve izolasyona alınması, virüsün yayılmasını engellemek için önemlidir. Bu nedenle düzenli tarama ve test uygulamaları yapılmalıdır. Covid-19 tanısı konmuş kişilerin izole edilmesi ve tedavi edilmesi, enfeksiyonun yayılmasını engellemeye yardımcı olmaktadır. Ellerin sık sık yıkanması, el antiseptiği kullanılması ve kontamine olma olasılığı bulunan yüzeylerle temas sonrası göz, ağız ve buruna temasın önlenmesi, virüsün bulaşma riskini azaltmaktadır (Türken ve Köse, 2020: 36).

Maske takmak hem kişinin hem de çevresindekilerin korunmasına yardımcı olmaktadır. Özellikle toplu alanlarda, kalabalık ortamlarda veya sosyal mesafenin korunamadığı durumlarda maske takmak önerilmiştir. Sağlık çalışanları gibi covid-19 hastalarıyla yakın temas eden kişilerin uygun kişisel koruyucu ekipmanları

(eldiven, maske, gözlük, önlük, yüz koruyucu siperlik) kullanması büyük önem taşımaktadır. Bu ekipmanlar, sağlık personelinin enfeksiyon riskini azaltabilir (Wang ve diğerleri, 2021: 3-4). Sosyal mesafe, insanların birbirlerine yakın temasını sınırlayarak virüsün yayılması engelleyebilmektedir. En az bir buçuk metrelik bir mesafe korunmalıdır. Yüzeylerin düzenli olarak temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi, virüsün yüzeylerde yaşama süresini kısaltarak, bulaşma riskini azaltmaktadır (Akbiyık ve Avşar, 2020: 115-116).

Yoğun bulaşma potansiyeli olan Covid-19 virüsü karşısında sağlık çalışanları en yüksek risk altındaki meslek grubudur. Çin'de salgın sırasında ilk üç ay içinde 1500'ün üzerinde sağlık çalışanı enfekte olduğu bildirilmiştir.

Sağlık çalışanı risk sınıflamasına bakıldığında; Yüksek riskli maruz kalım, orta riskli maruz kalım ve düşük riskli maruz kalım olarak üç kategoride sınıflandırdığı görülmektedir. Yüz maskesi takmayan ve enfekte hasta ile uzun süre yakın temasta bulunan ve ağız- burun bölgesi enfekte materyale maruz kalan sağlık çalışanını tanımlamaktadır. Filtresiz yüz maskesi takan ve enfekte hasta ile yakın temasta bulunan sağlık çalışanı orta riskli maruz kalan sınıfta yer almaktadır. Düşük riskli maruz kalım ise; pozitif olan hasta ile kısa süreli etkileşimi ve sağlık çalışanı ve pozitif olan hastanın filtreli ya da cerrahi yüz maskesi takmasını tanımlamaktadır. (Cetintepe ve diğerleri, 2020: 50-52)

2.1.6. Covid-19'un Bulaşında Klinik ve Tanı Yöntemleri

Covid-19'un belirtileri ve semptomları farklı şiddetlerde ve tiplerde olabilmektedir. Covid-19 enfeksiyonunun en sık görülen belirtileri arasında öksürük, balgam, nefes darlığı ve ateş bulunmaktadır. Bu semptomlar, özellikle hastalığın başlangıcında yaygındır. Covid-19'a bağlı olarak miyalji (kas ağrısı), eklem ağrısı, baş ağrısı ve yorgunluk gibi semptomlar da görülmektedir. Bu semptomlar genellikle solunum semptomları ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Covid-19 hastalarının bir kısmında karın ağrısı, kusma ve ishal gibi enterik (bağırsak) semptomlar da görüldüğü bildirilmiştir (Bai ve diğerleri, 2020: 5-7).

Covid-19'un belirtileri kişiden kişiye farklılık değişebilir ve bazı hastalarda hafif, bazılarında ise ciddi seyir göstermektedir. Semptomların şiddeti ve türü,

hastanın bağışıklık sistemi durumu, yaş, cinsiyet ve diğer faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Covid-19'un semptomları, bazı hastalarda sadece solunum sistemi ile sınırlı kalmayabilmektedir (Chan ve diğerleri, 2020: 518). Gastrointestinal semptomlar da yaygın olarak görülmekte ve bazı hastalar sadece bu tür semptomlarla başvurdukları görülmüştür. Özellikle koku ve tat değişiklikleri, Covid-19'un belirgin bir semptomu olarak ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte, Covid-19 tanısının kesin olarak konulması için yapılan altın standart test gerçek-zamanlı reverse transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (rRT-PCR) testidir (Lauer ve diğerleri, 2020: 581-582).

Covid-19 enfeksiyonunun bazı hastalarda aşırı sitokin üretimine neden olduğu ve "sitokin fırtınası" adı verilen bir duruma yol açtığı bilinmektedir. Bu, bağışıklık sisteminin aşırı reaksiyon göstermesi sonucu ortaya çıkar ve hastanın durumunu kötüleştirir. Bu nedenle, hastaların laboratuvar sonuçlarına ve semptomlarına dikkatle yaklaşılması önemlidir (Huang ve diğerleri, 2020).

Covid-19'un radyolojik görüntülemesi, hastalığın erken veya hafif dönemlerinde genellikle normal görünmesine rağmen, ilerledikçe bazı karakteristik bulgular ortaya çıkmaktadır. Covid-19'un tipik radyolojik bulguları şunları içermektedir (Martinelli ve diğerleri, 2020: 3-4):

1- Bilateral tutulum: Covid-19 genellikle her iki akciğerde de bulunan enfeksiyonlara neden olur. Bu, radyografilerde veya bilgisayarlı tomografi (BT) taramalarında görülür.

2- Periferik dağılım: Covid-19 lezyonları genellikle akciğerlerin dış bölgelerinde, yani periferik bölgelerde bulunmaktadır.

3- Alt ve arka akciğer loblarının etkilenmesi: Covid-19, alt ve arka akciğer loblarını sık sık etkiler, bu da radyolojik bulguların bu bölgelerde yoğunlaşmasına neden olmaktadır.

4- Buzlu cam görüntüleri: Covid-19'un tipik radyolojik özelliği, "buzlu cam" olarak adlandırılan heterojen yoğunluklu görüntülerin oluşmasıdır. Bu görüntüler, akciğer dokusunun hafif yoğunlaşması veya kabarcık benzeri görüntüler olarak tanımlanabilir (Martinelli ve diğerleri, 2020).

Göğüs BT taramaları, Covid-19 tanısında oldukça duyarlıdır ve genellikle daha erken aşamalarda anormal bulguları saptayabilmektedir. Özellikle Covid-19

şüphesi olan hastalarda, semptomların ve laboratuvar sonuçlarının yanı sıra BT taramaları da kullanılarak tanı konulabilmektedir. Çin'deki bazı çalışmalar, göğüs BT'sinin PCR testinden daha yüksek bir duyarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Ancak, her iki testin sonuçları bir arada kullanılarak daha güvenli bir tanı elde edildiği bildirilmiştir (Ai ve diğerleri, 2020: 34-35; Ojha ve diğerleri, 2019: 6131).

Çalışmamızda, Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin afet deneyimi konu alındığından diyaliz ve Covid-19 ilişkisi açıklanmadan önce diyaliz konusuna değinilmiştir.

2.2. DİYALİZ

Diyaliz, böbreklerin işlevsiz hale geldiği durumlarda atık maddelerden kanı temizlemek ve vücudun sıvı dengesini düzenlemek için kullanılan bir tedavi yöntemidir. Diyaliz tedavisine gerek duyulma durumu, diyaliz ve Covid-19 ilişkisi, diyaliz hemşirelerinin pandemi sürecindeki görevlerine ilişkin açıklamalar çalışmanın devamında alt başlıklar halinde verilmiştir.

2.2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik böbrek hastalığı (KBH), böbreklerin işlevinde ve/veya yapısında belirgin değişikliklere neden olan bir klinik sendromdur. KBH tanısı için kullanılan kriterler, genellikle glomerüler filtrasyon hızı (GFR) değerleri ve böbrek hasarı kavramını içermektedir. GFR, böbreklerin kanı temizleme ve idrar üretme yeteneğini ölçen bir parametredir (Topbaş, 2015: 54). KBH tanısında, hastanın üç ay veya daha uzun bir süre boyunca GFR değerinin 60 ml/dak/1.73 m² veya daha düşük olması gereklidir. Bu, böbrek fonksiyonlarının azaldığını ve kronik bir böbrek sorunu olduğunu göstermektedir. GFR değerinin 60 ml/dak/1.73 m² veya daha yüksek olmasına rağmen, kanıtlanmış böbrek hasarının varlığı da KBH tanısının bir parçasıdır. Böbrek hasarı, böbrek biyopsisi sonuçları, görüntüleme çalışmaları veya idrar analizi gibi yöntemlerle kanıtlanabilir (Naqvi ve diğerleri, 2020: 172).

İdrarla albümin atılımı, 24 saatlik bir idrar toplama testi sırasında 30 mg veya daha fazla albümin atılması veya idrar albümin/kreatinin oranının 30 mg/gr veya

daha yüksek olması durumudur. Bu, böbreklerin idrarla protein kaybetmesini ve böbrek hasarının bir belirtisi olarak kabul edilmektedir. İdrar tahlili sırasında idrar sedimentinde görülen anormal hücreler, kristaller, hücre çekirdekleri veya diğer anormal ögeler, böbrek hasarının işaretlerindendir (Öztürk ve diğerleri, 2019: 38). Böbrek tübüllerinin işlev bozuklukları, elektrolit dengesizliklerine, kan basıncının düzensizleşmesine ve diğer biyokimyasal anormalliklere yol açabilir. Ayrıca böbrek biyopsisi ile alınan dokuların analizi, böbrek hasarının tipini ve şiddetini belirlemek için kullanılmaktadır. Özellikle böbrek dokusundaki patolojik değişiklikleri incelemek için yapılmaktadır. Röntgen, ultrason, BT veya manyetik rezonans görüntüleme (MR) gibi görüntüleme yöntemleri ile yapısal anormallikler tespit edilmektedir. Bu, böbrek hasarının nedenini ve türünü belirlemeye yardımcı olabilir. Daha önce böbrek nakli geçirmiş hastalar, böbrek hasarının geçmiş bir öyküsüne sahip olabilirler. Bu da KBH'nin tanısı için önemli bir belirti olarak görülmektedir (Eknayan ve diğerleri, 2013: 9-10).

2.2.1.1. Epidemiyoloji

KBH, bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilir çünkü dünya genelinde çok yaygın görülen ve ciddi sonuçlar doğurabilen bir sağlık sorunudur. KBH, böbreklerin işlevlerinde zamanla meydana gelen bozulmalar sonucu oluşur ve ilerleyici bir hastalıktır. KBH, dünya genelinde ve özellikle yetişkinler arasında yaygın bir sağlık sorunudur (Topbaş, 2015: 57). KBH'nin insidansı yıllar içinde artış göstermektedir, bu da bu sorunun önemini vurgulamaktadır. KBH, ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir, özellikle böbrek yetmezliği riskini artırmaktadır. Böbrek yetmezliği, yaşamı tehdit eden bir durumdur ve diyaliz veya böbrek nakli gerektirebilir. KBH, belirtileri erken dönemlerde fark edilmediğinde ilerleyici bir hastalık haline gelmektedir. Erken tanı ve tedavi, böbrek hastalığının ilerlemesini yavaşlatabilir veya durdurabilir (İncazlı, 2023: 92).

Birçok KBH nedeni, yaşam tarzı faktörlerine (örneğin yüksek tansiyon, diyabet) veya toksin maruziyetine bağlı olarak önlenabilir veya geciktirilebilir. Bu nedenle, KBH'nin önlenmesi veya ilerlemesinin yavaşlatılması için önlemler alınabilir. KBH, hastalık yönetimi, tedavi ve ilerlemesi ile ilgili sağlık hizmetlerine

önemli bir ekonomik yük getirmektedir. Tedavi maliyetleri ve böbrek yetmezliği ile ilişkili uzun süreli bakım harcamaları yüksektir. Bu nedenlerle, KBH'nin önlenmesi, erken tanınması ve etkili bir şekilde yönetilmesi, halk sağlığını koruma açısından büyük öneme sahiptir (Seyahi, 2018: 138-139).

Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından ülke genelinde 23 ilde küme örnekleme yöntemiyle seçilen 10.748 yetişkin ve 3.622 çocukta gerçekleştirilen Türk Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı (CREDIT) çalışmasında Türkiye'de yetişkinlerde KBH prevalansı %15,7 olarak bulunmuştur. Bu oran, ülkemizde her 6-7 yetişkinden birinin farklı düzeyde KBH'ye sahip olduğu anlamına gelmekte ve ülkemiz için sorunun boyutunun çok daha ciddi olduğunu göstermektedir (Dheir ve Siphai, 2023: 489).

2.2.1.2. Etiyoloji

Diyabet, kronik böbrek hastalığının (KBH) en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Diyabet, yüksek kan şekeri seviyelerine neden olan bir metabolik hastalıktır. Diyabetik hastaların böbrekleri, yüksek kan şekeri seviyelerinin neden olduğu hasarlara karşı özellikle hassastır. Bu, zamanla böbrek fonksiyonlarının bozulmasına ve KBH'nın gelişmesine yol açmaktadır (Dheir ve Siphai, 2023: 490).

Türkiye gibi birçok ülkede, diyaliz tedavisi gören hastaların büyük bir bölümü diyabetle ilişkilidir. Diyabetik nefropati olarak adlandırılan böbrek hasarı, diyabet hastalarının %20 ila %40'ında gelişebilir. Bu nedenle diyabetik hastaların düzenli olarak böbrek fonksiyonlarının izlenmesi ve erken tanı alması, KBH gelişimini önlemeye veya geciktirmeye yardımcı olmaktadır. Diyabet, hem tip 1 diyabet (insülin üretiminde eksiklik) hem de tip 2 diyabet (insülin direnci) hastalarında KBH'ye yol açabilir. Ancak tip 2 diyabet, genellikle daha fazla sayıda KBH vakasına neden olur çünkü tip 2 diyabet daha yaygındır ve teşhis edilmesi daha sonra yaşlarda gerçekleşmektedir (Arınsoy ve diğerleri, 2017: 201-202).

Hipertansiyon, KBH önemli bir nedenidir ve dünya genelinde KBH ile ilişkilendirilen ikincil hipertansiyon vakalarının yanı sıra primer hipertansiyonun (temel nedeni belirlenemeyen hipertansiyon) toplumda yaygın bir sorun olduğunu

göstermektedir. Yüksek tansiyon, böbrek damarlarına zarar verebilir, bu da böbreklerin kanı temizleme ve idrar oluşturma yeteneklerini etkilemektedir (Dheir ve Siphai, 2023: 491).

2.2.1.3. Klinik

KBH semptomları belirginleşmeden uzun bir süre boyunca sessizce ilerleyebilmektedir. Semptomlar, böbrek yetmezliğinin derecesi ve ilerlemesi ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle, KBH'nın erken tanınması ve izlenmesi önemlidir. GFR belirli bir düzeye kadar düşmedikçe, hastalar genellikle semptomsuz olabilirler. KBH'nın erken evrelerinde, böbrek yetmezliğinin işaret eden herhangi bir semptom olmayabilir. KBH ilerledikçe, semptomlar daha belirgin hale gelmektedir (Topbaş, 2015: 57). Genellikle fiziksel performans düşüşü ile başlayıp yorgunluk, halsizlik ve enerji eksikliği hissi ile kendini göstermektedir. Böbreklerin sodyum ve su dengesini kontrol edemediği durumlarda, ödem gelişir. Bu ödem genellikle ayak bileklerinde, bacaklarda veya göz kapaklarında şişme şeklinde görülmektedir. İleri derecede KBH'lı hastalarda, pulmoner konjesyon nedeniyle nefes darlığı gelişebilmektedir. Böbrek ağrısı genellikle nadir görülür, ancak bazı hastalarda böbrek ağrısı yaşanabilir. Diğer semptomlar arasında iştahsızlık, bulantı, kusma, kaşıntı ve uykusuzluk da yer almaktadır (Karakaya Özsezen, 2014: 44-45).

Yetersiz kalori alımı ve protein malnütrisiyonu, KBH ve SDBY popülasyonlarında yaygın ve önemli sorunlardır. Bu tür beslenme eksiklikleri, böbrek hastalığına ve ilerlemesine katkıda bulunan bir dizi olumsuz etkiye neden olmaktadır. Yetersiz kalori ve protein alımı, vücutta enerji eksikliğine ve kas kaybına yol açmaktadır. Bu durum, metabolik asidoz riskini artırır. Metabolik asidoz, kanın asit seviyelerinin yükseldiği bir durumdur ve böbreklerin asitleri vücuttan atma yeteneğinin bozulmasıyla ilişkilidir (Alim ve Kızıltan, 2016: 45-50). Yetersiz beslenme, bağırsak florasını etkileyip, sağlıksız değişikliklere yol açmaktadır. Bu, bağırsak sağlığının bozulmasına ve bazı toksinlerin birikmesine neden olmaktadır. Ayrıca hormonal dengesizliklere neden olduğu, özellikle, böbrek hastalarının besin maddesi gereksinimlerini karşılayamamaları, hormonal düzenlemelerde sorunlara yol

açmaktadır. Bu değişiklikler, böbrek hastalığının ilerlemesini hızlandırır ve hastalıkla ilişkilendirilen komplikasyonları artırmaktadır (Zha ve Qian, 2017: 224).

2.2.1.4. Renal Replasman Tedavileri

SDBH, böbrek fonksiyonlarının ciddi bir şekilde azaldığı ve böbreklerin vücuttaki atık ürünleri temizleme ve sıvı dengesini düzenleme yeteneğinin büyük ölçüde bozulduğu bir aşamadır. Böbrek yetmezliğinin beş evresi vardır ve SDBH, böbrek yetmezliğinin son evresini temsil eder ve tedavi seçenekleri dramatik bir şekilde değişebilmektedir. Bu seçenekler arasında böbrek transplantasyonu, periton diyalizi, hemodiyaliz ve destekleyici bakım yer almaktadır (Seyahi ve diğerleri, 2018: 135).

KBH'nın artan prevalansı, böbrek replasman tedavisinin başlatılmasını gerektiren son dönem böbrek hastalığına ulaşan hastaların sayısındaki sürekli artışla paralellik göstermektedir. Hemodiyaliz çoğu ülkede “varsayılan” tedavi seçeneği olmaya devam etse de hastaların önemli bir kısmı periton diyalizi gibi evde yapılan tedavileri tercih etmektedir. Günümüzde renal replasman tedavileri böbrek nakli, hemodiyaliz ve periton diyalizi tamamlayıcı tedaviler olarak değerlendirilmekte olup, yöntem seçimi esas olarak hastanın tercihinine göre belirlenmektedir (İncazlı, 2023: 92).

2.2.1.5. Renal Transplantasyon (Böbrek Nakli)

RRT seçeneklerinin tercihi hastadan hastaya ve ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. SDBY hastaları için en iyi ve ilk önerilen tedavi tercihi, diyalize hiç başlamadan böbrek naklinin gerçekleştirilmesidir. Böbrek nakli canlıdan nakil ve kadavradan nakil olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilir. Hastaya canlıdan böbrek nakli, sağlıklı bir bireyin sağlığını tehlikeye sokmayacak şekilde böbreğinin ihtiyacı olan başka bireye nakledilmesi şeklinde gerçekleşir. Böbrek donörü olacak birey için sorun teşkil edecek problem tespit edilmesi durumunda böbrek vericisi olarak kabul edilmez. Ancak hastanın böbrek nakli için canlı vericisi yoksa diyalize başlanmakta ve kadavradan böbrek nakli için bekleme listesine kaydedilmektedir.

Diyalizde geçirilen sürenin kısa olması halinde böbrek nakli sonrası daha sağlıklı ve uzun bir hayat sağlandığı gösterilmiştir. Bu yüzden hastanın canlı vericisi olması halinde diyalize hiç başlamadan böbrek nakli olması (preemptif transplantasyon) önerilmektedir (Abecasis ve diğerleri, 2008: 471-480; Meier ve diğerleri, 2002: 1377-1381; Yılmaz ve diğerleri, 2015: 31-38).

2.2.1.6. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, böbrek yetmezliği veya SDBH gibi durumlarla başa çıkmak için kullanılan bir tedavi yöntemidir. Bu yöntem, hastanın kanını bir diyaliz makinesine (hemodiyalizör veya diyalizör) pompalayarak kanı temizlemeyi ve vücuttan atık ürünleri ve fazla sıvıyı uzaklaştırmayı amaçlamaktadır. Hemodiyaliz, diyaliz merkezinde veya evde yapılabilir. Periton diyalizi ise karın zarı (periton) kullanılarak yapılan bir diyaliz türüdür. Diyaliz, yaşamı sürdürmek için bir seçenek olabilir (Tuna ve diğerleri, 2018: 20-21).

Hemodiyaliz işlemi şu şekilde gerçekleşir:

1. Hastanın bir arter ve bir ven arasında bir arteriyovenöz fistül veya diyaliz kateteri oluşturulmaktadır. Bu, kanın dolaşımını diyaliz makinesine ve geri dönmesine izin vermektedir.
2. Hastanın kanı, arteriyovenöz fistül veya diyaliz kateteri vasıtasıyla diyaliz makinesine yönlendirilmektedir.
3. Diyaliz makinesi, kanı temizlemek ve fazla sıvıyı uzaklaştırmak için bir dizi membran ve filtre kullanılmaktadır. Bu işlem sırasında vücuttaki atık ürünler, elektrolitler ve fazla sıvı diyaliz makinesinden atılmaktadır.
4. Temizlenmiş kan, venöz yol aracılığıyla hastanın dolaşımına geri verilmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi, genellikle bir diyaliz merkezinde uzman sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilmekte ve hastalar için belirli bir tedavi programı uygulanmaktadır. Tedavi sıklığı ve süresi, hastanın böbrek fonksiyonu, sağlık durumu ve diğer faktörlere bağlı olarak değişebilir. Hemodiyaliz tedavisi, böbreklerin temel işlevini yerine getiremediği durumlarda kanı temizlemek ve

vücuttaki sıvı dengesini düzenlemek için etkili bir seçenektir (Himmelfarb ve Ikizler, 2010: 1842).

Uzun süreli hemodiyaliz alan hastalarda görülen sol ventrikül hipertrofisinin gerilemesi, kan basıncı seviyelerinde düşüş ve anti-hipertansif ilaçlara duyulan ihtiyacın azalması gibi olumlu etkiler gözlemlenmiştir. Bu etkilerin, böbrek yetmezliği ile ilişkili kardiyovasküler sorunların tedavisine katkı sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca, diyaliz tedavilerinin sıklığı arttıkça hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde genellikle iyileşme görülmektedir. Bu, kanın daha sık temizlenmesi ve vücuttaki toksinlerin ve atık ürünlerin daha iyi kontrol edilmesi nedeniyle olabilir (Akgöz ve Arslan, 2017: 25-26). Hastaların enerji seviyeleri artabilir, ödem azalabilir ve genel yaşam kalitesi yükselebilir. Ancak anemi kontrolü ve kalsiyum fosfat metabolizması konularında karışık sonuçlar bildirilmesi, tedavinin karmaşıklığına ve hastanın bireysel durumuna bağlı olabilir. Bu nedenle hemodiyaliz tedavisine yanıt, her hastada farklılık göstermektedir. Tedavinin etkileri, hastanın diyet, ilaçlar, diyaliz süresi ve sıklığı gibi faktörlere bağlı olarak değişebilir (Tuna ve diğerleri, 2018: 17-25).

2.2.1.7. Periton Diyalizi

Periton diyalizi (PD), böbrek yetmezliği veya SDBH gibi durumlarla başa çıkmak için kullanılan bir renal replasman tedavisidir. Bu tedavi, periton boşluğuna özel bir çözelti (diyalizat) eklenmesini ve bu çözeltinin periton zarı aracılığıyla vücuttan atık ürünleri ve fazla sıvıyı uzaklaştırmasını içermektedir. Periton, karın boşluğunu kaplayan ince bir zar olarak vücut içinde bulunur ve bu tedavide değişim yüzeyi olarak kullanılmaktadır (Oymak ve Akpolat, 2005: 129).

PD tedavisi sürekli ayaktan PD (SAPD) ve otomatik PD (makine yardımlı PD- APD) olmak üzere iki şekilde uygulanabilir. SAPD’de hastalar, genellikle gün boyunca dört veya daha fazla defa diyalizat değişimi yapmaktadırlar. Bu süreç, hastaların günlük yaşamlarının bir parçası olarak gerçekleştirilir (Oymak ve Akpolat, 2005: 137). APD yönteminde bir cihaz yardımıyla, hastaların uyurken gece boyunca diyalizat değişimini otomatik olarak gerçekleştirmektedir. PD tedavisinin reçetesi, hastanın özel ihtiyaçlarına ve böbrek fonksiyonuna bağlı olarak değişebilir. PD

tedavisi, hemodiyaliz gibi diğer böbrek replasman tedavileriyle karşılaştırıldığında bazı avantajlara sahiptir ve hastaların yaşam kalitesini artırabilmektedir. Bununla birlikte, tedavinin başarısı ve etkinliği hastanın düzenli takibi ve uygun bir şekilde reçete edilmesine bağlıdır (Göktuna ve Gürol Arslan, 2019: 149-150).

2.2.2. Diyaliz Hemşireliği

Diyaliz tedavisinde hemşireler etkin bir rol oynamaktadır. Diyaliz hemşireliği, hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli gibi renal replasman tedavilerini uygularken ve bu tedavilere bağlı komplikasyonları yönetirken hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmaktadır (Sümer ve diğerleri, 2020: 39-41). Diyaliz hemşirelerinin sorumlulukları şunları içermektedir (Uysal ve Karataş 2017: 53, Akça 2019: 28):

Hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavilerini uygulama ve izleme: Hemodiyaliz ünitelerinde veya periton diyalizi merkezlerinde hastaların diyaliz işlemlerini yaparlar. Özellikle periton diyalizi ve ev hemodiyalizinde hastalara ve ailelerine eğitim vererek evde tedavi yöntemlerini öğretmektedirler. Bu tedavilerin güvenli ve etkili bir şekilde uygulanmasını sağlarlar.

Komplikasyonları tanıma ve yönetme: Hemodiyaliz veya periton diyalizi sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları tanırlar ve uygun müdahaleleri yaparlar. Örneğin, arteriovenöz fistülün bakımı, enfeksiyon kontrolü ve sıvı dengesinin sağlanması gibi konularda hastalara yardımcı olurlar.

Bakım planı hazırlama: Hastaların bireysel sağlık durumlarına göre özelleştirilmiş bakım planları oluştururlar. Bu planlar, hastaların tedavi süreçlerini ve sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlamaktadır.

Aile ve bakım verenlerin ihtiyaçlarını değerlendirme ve destek sağlama: Hemodiyaliz veya diğer renal replasman tedavileri gören hastaların aileleri ve bakım verenleri için duygusal ve pratik destek sağlamaktadırlar. Bu, hastaların tedavi süreçlerini daha iyi yönetmelerine yardımcı olmaktadır.

Eğitim ve danışmanlık: Hastalara ve ailelerine tedavi ile ilgili eğitim verilmektedir. Bu, hastaların tedavilerini daha iyi anlamalarına ve kendilerine daha iyi bakmalarına yardımcı olacaktır.

Diyaliz hemşireleri, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve KBY tedavilerinin başarısını optimize etmek için önemli bir rol oynarlar. Aynı zamanda hasta ve ailelerine duygusal destek sunarak bu zorlu süreçte yanlarında olmaktadır (Çaydam ve Pakyüz, 2016: 66).

2.2.3. Covid-19'un Böbrekler Üzerine Etkisi

Covid-19 pandemisi sürecinde SARS-CoV-2 virüsünün sadece solunum sistemine değil, aynı zamanda diğer organlara da zarar verebileceği görölmüştür. Bu organlardan biri de böbreklerdir. Covid-19 enfeksiyonu, böbreklerde de hasara yol açabilir ve böbrek yetmezliği riskini artırabilmektedir. Covid-19 enfeksiyonunun böbreklere etkisi, virüsün vücutta yol açtığı inflamatuvar (iltihabi) yanıtın bir sonucu olabilmektedir. Covid-19, vücutta sistemik bir proinflamatuvar duruma neden olur ve bu durum, bağışıklık sisteminin normal işleyişini bozmaktadır. Ayrıca, Covid-19 hastalarının yüksek kardiyovasküler risk altında olduğu bilinmektedir. Bu kombinasyon, böbreklerin zarar görmesine ve böbrek yetmezliği riskinin artmasına yol açmaktadır (Amann ve diğerleri, 2021: 16-17). Covid-19 ile ilişkili mortalite raporları genellikle hastaların enfeksiyon sonrası 28 gün içinde veya hastaneye yatış sırasında kaybedilme ile ilişkilendirilmiştir. Bu, enfeksiyonun şiddetli olabileceğini ve kritik organ yetmezliği riskini artırabileceğini göstermektedir. Covid-19 ile enfekte olan kişilerin böbrek sağlığını yakından takip etmek ve böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek önemlidir, çünkü erken tanı ve müdahale böbrek hasarının sınırlanmasına yardımcı olabilir (Özşaker, 2021: 357). Hastalığın kesin bir tedavisinin olmaması, etkilenen organlarda uzun süreçteki etkilerinin bilinmemesi nedeniyle koruyucu önlemlerin alınması Covid-19 pandemisinin yönetiminde önemli bir role sahiptir.

Sonuç olarak, Covid-19'un böbrekler üzerindeki etkisi çok yönlüdür ve birçok mekanizma aracılığıyla gerçekleşebilir. Bu nedenle, Covid-19 enfeksiyonu sırasında böbrek fonksiyonlarının izlenmesi ve herhangi bir böbrek sorununun erken teşhis edilmesi hastanın akut hemodiyaliz uygulanmak zorunda kalmadan tedavi edilmesi önemlidir. Diyaliz hasta grubunun Covid-19'a yatkınlığı, hastalığın bu gruplarda ağır seyretme riski ve özellikle yoğun bakımda takipli Covid-19 hastalarının değişen

oranlarda ABH riski ile karşı karşıya olmalarından dolayı Covid-19 pandemisi hemodiyaliz ünitelerinde özel koruyucu önlemler alınmasını, tedavi ve takipte ek, kısa ve uzun vadeli planlamalar yapılmasını gerekli kılmaktadır (Bayrakçı ve Özkan, 2020: 570-574). Bu durumun önlenmesi, akut hemodiyaliz riskini azaltacak olup pandemi yönetiminde hemodiyaliz ünitelerine avantaj sağlayacaktır.

2.2.4. Covid-19 Diyaliz ve İlişkisi

Pandeminin altta yatan kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastalar üzerinde önemli bir etkisi olduğu, Covid-19'a duyarlılığı, hastaneye yatış riskini ve ölüm oranını artırdığı bildirilmektedir (Erikson ve diğerleri, 2021: 125-130). Covid-19'un ayrıca hem doğrudan hem de dolaylı mekanizmalar yoluyla akut böbrek hasarına yol açtığı gösterilmiştir. Covid-19 ABH insidansı (hastalığa yakalanma hızı) pandemi geliştikçe azalmaktadır, ancak ABH'nin ciddiyeti ile ilişkili olumsuz hasta sonuçlarıyla ilişkili olmaya devam etmekte olduğu görülmüştür. Ayrıca, Covid-19'un böbrek üzerindeki uzun vadeli etkisini inceleyen ve enfeksiyondan birkaç ay sonra da böbrek fonksiyonlarında sürekli düşüş olduğunu gösteren artan kanıtlar vardır (Bell ve diğerleri, 2023). Covid-19'un klinik sendromları, orta-üst solunum yolu enfeksiyonundan çoklu organ yetmezliği olan kritik hastalığa kadar geniş bir hastalar arası varyasyona sahipken, akut böbrek hasarı (ABH) hastaların %46'sına kadar yaygın bir Covid-19 komplikasyonudur (Hirsch ve diğerleri, 2020; Chan ve diğerleri, 2021). ABH, Covid-19 hastalarında daha yüksek mortalite (ölüm oranı) ile ilişkilidir (Gupta ve diğerleri, 2020). İlk raporlar, Covid-19 ve ABH hastalarının, ABH geliştirmeyenlere kıyasla 13 kata kadar daha yüksek ölüm riskine sahip olabileceğini düşündürmektedir (Stigare ve diğerleri, 2015; Swedish Intensive Care Register, 2021; Gibney ve diğerleri, 2012). Raporlar, böbrek yetmezliğinin Covid-19 hastalarında kötü sonuçlar için bir risk faktörü olarak tanımlandığını ve pandeminin zirvesi sırasında ölüm oranının %10 ila %41 arasında değiştiğini göstermektedir (Jager ve diğerleri, 2020; Lu ve diğerleri, 2022). ABH Covid-19'da sık görülen bir komplikasyonlardan biri olarak karşımıza çıktığı görülmektedir (Tan ve diğerleri, 2023; Rudnick ve diğerleri, 2020; Zahid ve diğerleri, 2020; Nadim ve diğerleri, 2020). Covid-19'lu hastanede yatan 12.891 hasta üzerinde yapılan çok merkezli bir

gözlemsel kohort çalışmasında, Covid-19 ile ilişkili ABH hastalarının, ABH olmayan Covid-19 hastalarına kıyasla 180 gün ile %125 veya daha fazla başlangıç serum kreatinin konsantrasyonlarında önemli ve kalıcı artışlara sahip olduğunu belirlenmiştir (Tan ve diğerleri, 2023). ABD’de de yer alan 4221 hastanenin yer aldığı yoğun bakım ünitelerine kabul edilen Covid-19’lu 68 kritik hastadan oluşan çok merkezli bir kohort çalışmasında Hsu ve diğerleri (2022) daha yüksek ABH şiddetinin, daha yüksek hastane içi ölüm oranı ve hayatta kalanlar arasında taburculukta daha kötü böbrek fonksiyonu ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, ABH olan ve RRT ile tedavi edilen hastaların neredeyse üçte ikisinin öldüğü bildirilmiştir. Taburcu olana kadar hayatta kalanların yaklaşık üçte ikisi böbrek fonksiyonlarını geri kazandığı ve taburcu olurken diyaliz almadıklarını belirttiler (Hsu ve diğerleri, 2022). Covid-19 ile hastaneye başvuran kişilerde mevsimsel grip ile ABH ve RRT riskindeki farklılıkları inceleyen karşılaştırmalı bir çalışma, mevsimsel grip ile karşılaştırıldığında, Covid-19’un daha yüksek ABH ve RRT riski ile ilişkili olduğunu bulunmuştur. Covid-19’un daha yüksek ölüm riski, mekanik ventilatör kullanımı ve yoğun bakıma kabul oranının anlamlı yüksekliği ve ölüm oranlarındaki farklılıklar KBH’li hastalarda daha belirgin olduğu belirtilmiştir (Xie ve diğerleri, 2020). Pandemiden en kötü etkilenenler arasında diyabet, hipertansiyon ve kronik böbrek hastalığı (KBH) gibi komorbiditeleri olan bireyler ve böbrek nakli alıcıları gibi bağışıklığı baskılanmış kişiler yer almıştır (Bell ve diğerleri, 2023; Khoo ve diğerleri, 2020). Covid-19 pandemisine yol açan SARS-CoV-2 virüsünün böbreği birkaç farklı şekilde etkilediği gösterilmiştir. Bunun hafif proteinüriden renal replasman tedavisi (RRT) ihtiyacına kadar değiştiği görülmektedir. Pandeminin altta yatan KBH’li hastalar üzerinde de önemli bir etkisi olmuştur ve KBH’nin Covid-19’a duyarlılığı artırdığını, hastaneye yatış riski ile ilişkili olduğunu ve hastalığın şiddetinin ve olumsuz sonuçların arttığı belirtilmiştir. Diyaliz hastaları gibi bağışıklığı baskılanmış bireyler, enfeksiyondan sonra daha kötü sonuçlar, Covid-19 aşılmasına verilen yanıtı bozulması ve uzun süreli enfeksiyon ile en çok etkilenenler arasında yer almaktadır (Syed-Ahmed ve diğerleri, 2019; Yang ve diğerleri, 2020; Bell ve diğerleri, 2023). Dünya çapında 2 milyondan fazla insan ayakta tedavi merkezlerinde idame hemodiyaliz almaktadır (Verma ve diğerleri, 2020). Covid-19 hastalığı, olguların büyük kısmında hastalık hafif semptomlarla geçirilse de bazı

hastalıkların daha yüksek risk grubunda oldukları görülmüştür (Bayrakçı ve Özkan, 2020: 570-571). Kronik böbrek hastalığı (KBH) nedeniyle hemodiyaliz (HD) tedavisi alan hastalar, yüksek risk grubunda yer almakta olup, bu yüksek risk grubunda olan hastaların enfeksiyona daha yatkın olduğu ve Covid-19 'un bu bireylerde daha ağır seyrettiği yönünde bilgiler mevcuttur (Huang vd., 2020: 497-506). Diyaliz hastalarının daha yaşlı olmaları, kardiyovasküler hastalık, diyabet ve serebrovasküler hastalık gibi önemli eşlik eden hastalıklarının da olması sebebiyle bu hasta popülasyonunda önemli risk oluşturmakta olduğu bilinmektedir. (Yılmaz ve Yılmaz, 2021: 140-144).

Diyalize giren hastalar, düzenli olarak bir sağlık kuruluşuna gitme, genellikle ortak ulaşım araçlarını kullanma, diğer hastalara ve sağlık personellerine maruz kalmaları, tedaviler sırasında birbirleriyle yakın temas halinde olmaları nedeniyle, pandemi boyunca Covid-19'a yakalanma ve diğer hastalara bulaşma riskinin arttırmıştır (Connealy ve diğerleri, 2021; Weiner ve diğerleri; McMichael ve diğerleri, 2020; Saran ve diğerleri, 2019; Hall ve diğerleri, 2013; Xiong ve diğerleri, 2020). Wuhan Üniversitesi Renmin Hastanesi'nin bir hemodiyaliz merkezinde, hemodiyaliz hastalarının yaklaşık %20'si ve tesis çalışanlarının %15'i bir ay içinde Covid-19 enfeksiyonu geçirdikleri bildirilmiştir (Ma ve diğerleri, 2020). Karşılaşılan diğer zorluklar su sistemi temini, makineler, ekipman, kapasite ve personel, düzenli diyaliz tedavilerinin yeniden düzenlenmesi olmuştur (Lee ve diğerleri, 2020).

Belçika'dan yapılan bir araştırmada, Covid-19 insidansının hemodiyaliz hastalarında genel popülasyona göre dört kat ve RRT' lerde 2,5 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. Enfeksiyon sonrası sonuçların daha kötü olduğu ve RRT alan hastalarda genel popülasyondan önemli ölçüde daha yüksek ölüm oranları olduğu da gösterilmiştir (De Meester ve diğerleri, 2021). Diyaliz hastalarında Covid-19 ile ilişkili ölüm riski, normal böbrek fonksiyonuna sahip bireylere göre 2,5 kattan fazla olduğu bildirilmiştir. İskoç Böbrek Kayıt Defteri'nden elde edilen veriler, ilk pandemi dalgası sırasında diyaliz hastalarında %26.7 yüksek ölüm oranları olduğu bildirilmiştir (Bell ve diğerleri, 2020).

İtalya'da dört diyaliz merkezinin katıldığı bir çalışmada 746 HD hastanın 164 tanesinin SARS-CoV-2 için pozitif test edilmiş ve bunlardan semptomatik olan 148 hasta üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Katılımcıların büyük bir kısmında Covid-

19 ile pozitif test sonuçları bulunmuş ve bu hastaların büyük çoğunluğu semptomatiktir. En sık görülen komorbiditeler hipertansiyon, kronik kalp hastalığı ve diyabetes mellitus olarak belirlenmiştir. Bu komorbiditeler, Covid-19 enfeksiyonunun hastalık seyrini olumsuz etkileyebilmekte olduğu görülmüştür. Hastaların mortalite oranı %24,3 olarak bulunmuş ve yüksek bir mortalite oranı olduğu gözlemlenmiştir. Mortalite ile ilişkilendirilen faktörler arasında lökosit, nötrofil, nötrofil/lenfosit oranı (NLR), C-reaktif protein (CRP), bilirubin, ferritin ve troponin gibi biyokimyasal test sonuçları bulunmuştur. Ayrıca, düşük serum albümin düzeyi mortalite ile ilişkilendirilmiştir. Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, mortalite ile ileri yaş ve yüksek CRP seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca, yüksek NLR ve CRP seviyeleri hastaneye yatış ihtiyacı ile ilişkilendirilmiştir (Su ve diğerleri, 2016: 496-497). Paris merkezli bir retrospektif bir kohort çalışmasında HD bağımlı KBH olan 44 hasta üzerinde yapılan çalışma, HD hastalarının Covid-19 enfeksiyonu ile ilişkili klinik semptomlar, komorbiditeler ve laboratuvar bulguları hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. HD tedavisi alan hastalar, genel popülasyona benzer klinik semptomlar göstermektedir. Bunlar arasında ateş, titreme, öksürük, nefes darlığı ve ishal gibi yaygın semptomlar bulunmaktadır. HD hastalarında Covid-19 tanısı nedeniyle hastaneye yatırılanların %45,5'i yoğun bakım ünitesine yatırılmış, %75'ine oksijen tedavisi uygulanmış ve bu hastaların %27,3'ü hayatını kaybetmiştir. Bu, HD hastalarının Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle daha ciddi sonuçlarla karşılaşabileceğini göstermektedir (Tortonese ve diğerleri, 2020: 1541).

Kronik böbrek hastalığı (KBH) olan ve diyaliz tedavisi gören hastalar, Covid-19 enfeksiyonu geçirdikten sonra viral klirens süresinin normal popülasyona göre daha uzun olduğu gözlemlenmiştir. Normal popülasyonda Covid-19 PCR testinin pozitifliği genellikle enfeksiyonun başladıktan sonra yaklaşık 11 gün sonra negatife dönerken, hemodiyaliz hastalarının büyük bir kısmında bu süre 20 günü aşmıştır. Bu durum, hemodiyaliz hastalarının viral yüklerinin daha uzun süre boyunca yüksek kalabileceğini göstermektedir. Bu bulgu, hemodiyaliz hastalarının Covid-19 enfeksiyonunu daha uzun süre boyunca yayma potansiyeline sahip olduğunu düşündürmektedir. Dolayısıyla, bu hastalar için karantina süreleri ve enfeksiyon

kontrol önlemleri konusunda daha dikkatli olunması gerekebilir (El Karoui ve De Vriese, 2022: 887-889).

Ana komorbiditeler arasında hipertansiyon, dislipidemi, diabetes mellitus ve obezite yer almaktadır. Bu komorbiditeler, Covid-19 enfeksiyonunun seyrini olumsuz etkileyebilir. Laboratuvar değerlendirmesi sırasında HD hastalarında anemi, hiperfibrinojenemi, hiperferritinemi, D-dimer düzeylerinde artış, lenfopeni ve artmış CRP (C-reaktif protein) seviyeleri gibi bulgular saptanmıştır. Bu bulgular, inflamatuvar ve trombotik bir profilin HD hastalarında daha belirgin olduğunu göstermektedir (Tortonesi ve diğerleri, 2020: 1538-1539).

Amerika Birleşik Devletleri'nde rapor edilen ilk vaka serisindeki bulgular, Covid-19 enfeksiyonunun bazı hastalarda ciddi ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlara neden olabileceğini göstermektedir. 21 kritik hastanın 15'i (%71), mekanik ventilasyona ihtiyaç duymuştur. Bu, Covid-19'un ciddi solunum sorunlarına yol açabileceğini ve bazı hastaların solunum desteği gerekebileceğini göstermektedir. Vaka serisindeki 21 kritik hastanın 11'i (%52,4) hayatını kaybetmiştir. Vaka serisinde, bazı hastalarda kardiyomiyopati (kalp kası hastalığı) ve nöbet geliştiği bildirilmiştir. Akut çoklu organ yetmezliği, Covid-19'un neden olduğu doğrudan bir organ komplikasyonunu mu yansıtıyor yoksa hastaların ağır bir şekilde hastalanmasının bir sonucu mu olduğu henüz kesin olarak belirlenmemiştir. Covid-19'un vücutta yaygın inflamasyona neden olabileceği ve bu inflamasyonun organlara zarar verebileceği düşünülmektedir (Lee ve diğerleri, 2020: 393-395).

Cenevre Üniversitesi diyaliz merkezinde; 25 Şubat ile 31 Aralık 2020 tarihleri arasında yapılan başka bir çalışmada ise, 279 hastadan 82'si, iki farklı dalga sırasında SARS-CoV-2 pozitif tespit edilmiş. Covid-19 teşhisi konmuş hastalar arasında, erkeklerin daha yüksek bir oranda bulunduğu görülmüştür. Bu farkın, diyaliz popülasyonunun cinsiyet dağılımından kaynaklandığı düşünülmüştür. Covid-19 tanısı alan diyaliz hastalarının ölüm oranı %16,2 olarak saptanmıştır. Bu oran, genel popülasyona göre daha yüksektir. Yüksek ölüm oranının, diyaliz hastalarının yaşlılık gibi diğer risk faktörlerine sahip olmalarından kaynaklandığı belirtilmiştir. Sonuç olarak, diyaliz hastalarının Covid-19'a karşı daha savunmasız olduğu ve bu hastalar arasında ölüm oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Kikuchi ve diğerleri, 2020: 361-362).

PD, özellikle Covid-19 pandemisi döneminde, SDBY olan hastalar için hemodiyaliz tedavisine göre bazı avantajlara sahip bir tedavi seçeneği olabilir. Pandemi sürecinde temasın enfeksiyonun yayılmasındaki rolünün önemli olduğu düşünüldüğünde, PD evde izole olarak uygulandığı için hastaların sık sık diyaliz merkezlerine gitmesi gerekmemektedir. Bu, hastaların toplu taşıma araçları gibi potansiyel risk faktörleriyle temasını azaltabilir. Uluslararası Periton Diyalizi Derneği (ISPD), bağışıklık sistemi baskılanmış SDBY hastaları için PD tedavisini teşvik eden kılavuzlar yayınlamıştır. Bu kılavuzlar, bu hastaların özellikle Covid-19 gibi bulaşıcı hastalıklardan korunmasını amaçlamaktadır. PD, ayrıca hastaların daha fazla bağımsızlık hissetmelerini ve yaşam kalitelerini artırabilecekleri bir seçenek olarak görülmektedir (Özdemir, 2021b: 63-64).

Literatür çalışmaları, tek merkez deneyim çalışmaları ve nefroloji kliniklerinin kronik böbrek hastalıklarının Covid-19 pandemisi yönetimi incelendiğinde, böbrek nakli ve periton diyalizi hastalarına göre hemodiyaliz hastalarının pandemi yönetiminin daha zorlayıcı olduğu görülmüştür. HD tedavisi haftanın 2-3 günü tedaviye ulaşma ihtiyacı gereken, devamlılığı zorunlu bir tedavi yöntemi olduğu için birçok doğal afet durumunda HD üniteleri hasta takibinde zorluklar yaşanma ihtimali oldukça yüksektir. HD hastaları birçok nedenden dolayı diğer doğal afetlerde olduğu gibi pandemi sürecinden de yoğun etkilenen hasta gruplarında yer almaktadırlar. Evde izolasyon imkanlarının olmayışı, haftanın en az iki-üç günü kalabalık bir üniteye HD işlemine ihtiyaç duymaları, üniteye transferinde diğer hastalarla birlikte ortak servis araçlarını kullanmaları, hastalığa yatkınlık yaratan ek eşlik eden diğer hastalıklarının bulunması ve bağışıklık sistemlerinin düşük olması, riskli grupta olma nedenleri arasında belirtilmektedir. Uzun süren doğal afetler HD işlemi için gereken malzemelerin ve ilaçların temininde sorunlar yaratabileceği için ülkelerin sağlık sistemlerinin bu gibi durumlara hazırlıklı olması gerekmektedir (Yılmaz ve Yılmaz, 2021: 141; Bayrakçı ve Özkan, 2020: 570-578; Onec, 2020: 140-143). Covid-19 tanısı konmuş veya semptomları olan hastaların diyaliz merkezlerinde ayrı bir izolasyon bölgesinde tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu, enfeksiyonun diyaliz merkezlerinde yayılmasını önler. Pandemi sırasında diyaliz merkezlerinin kapasitesi ve kaynakları, artan hasta sayısını karşılamak için yeniden düzenlenmelidir. Yatak, diyaliz makinesi, ilaç ve personel gibi kaynakların yeterli

olması kritiktir. Diyaliz merkezlerinin hastaları ve aileleri ile iletişimi sıkı tutması önemlidir. Pandemiye ilişkin güncel bilgiler, politikalar ve prosedürler düzenli olarak paylaşılmalıdır (Sipahi vd., 2021: 424-425). Diyaliz merkezlerinde çalışanlara, Covid-19 pandemisi sırasında yeterli sayıda kişisel koruyucu ekipmanlardan (KKE) maske, eldiven, önlük vb. temin edilerek kendilerini ve hastaları korumaları sağlanmalıdır (Silberzweig ve diğerleri, 2023: 949-952). Sağlık çalışanları ve diyaliz hastaları, pandemi stresi ve kaygısıyla başa çıkmak için mental sağlık desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Sağlık çalışanlarının ve hastaların güvenliği öncelikli olmalıdır ve bu tür afetlerde kararlılıkla uygulanacak prosedürler ve politikalar geliştirilmelidir (Sipahi ve diğerleri, 2021: 426-427).

Covid-19 pandemisi gibi biyolojik afetler, sağlık sektörünü büyük ölçüde etkileyen ve özellikle diyaliz merkezleri gibi tıbbi hizmet sunan kurumlar için özel zorluklar ve yönetim gereksinimleri oluşturmaktadır. Pandemi döneminde diyaliz merkezlerinin yönetimi ve sağlık çalışanlarının bu süreçle başa çıkma deneyimleri, bir dizi faktörü içermektedir (Onec, 2020: 384). Covid-19 pandemisinin hem ABY komplikasyonu geliştirmesi, hemde kronik hemodiyaliz hastalarının riskli grupta olmaları diyaliz ünitelerinde pandemi yönetimini zorlaştırmıştır. Genel olarak, diyaliz hastalarının oldukça duyarlı bir popülasyon olduğu ve HD merkezlerinin yüksek riskli bir alan olduğu kabul edilmelidir ve bu nedenle diyaliz hastalarındaki riski en aza indirmek için ek önlemler alınmalıdır (Khoo ve diğerleri, 2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Nitel araştırmalar, insanların deneyimlerini, anlayışlarını, bakış açılarını, duygularını ve algılarını anlamak için kullanılan önemli bir araştırma yöntemidir. Nitel araştırmalar, genellikle sosyal bilimler, psikoloji, eğitim, sağlık ve diğer disiplinlerde kullanılmaktadır. Bu tür araştırmalar, nicel verilerin sayısal değerlerle ölçülemediği veya tam olarak ifade edilemediği durumlarda özellikle değerlidir. Nitel araştırmalar, katılımcıların deneyimlerini ve düşüncelerini daha derinlemesine anlamak amacıyla genellikle açık uçlu sorular, mülakatlar, gözlem ve odak grupları gibi yöntemler kullanılmaktadır. Nitel araştırmalar, katılımcıların öznel deneyimlerine odaklanır. Araştırmacılar, katılımcıların kendi bakış açılarına ve anlayışlarına saygı göstermektedir (Creswell, 2013: 14; Mertens, 2014: 3-5; Gürbüz ve Şahin, 2016: 265). Nitel araştırmalar disiplinlerarası bir bütünlük sağlama ve araştırma problemlerini yorumlamacı yaklaşımla inceleme yeteneği ile karakterize edilen bir araştırma yöntemidir. Bu yaklaşım, genellikle karmaşıklık içeren, çok yönlü ve çok boyutlu araştırma sorularını ele almak için kullanılmaktadır (Tanyaş, 2014: 28). Nitel araştırmalar, çeşitli disiplinlere dayanan ve güçlü teorik temellere sahip araştırma yöntemleridir. Bu tür araştırmalar, insan davranışlarını çok yönlü bir şekilde anlamaya odaklanmakta ve insanların deneyimlerini vurgulamaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2018: 37-38).

Diyaliz ünitesinde çalışan Covid-19 pandemisi afet deneyimi olan hemşirelerden derinlemesine bilgiler edinerek, yeni bilgilerin üretilmesi için sosyal bilimler alanındaki araştırmalarda sıklıkla tercih edilen yöntemlerden olan nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırmalar araştırmacıların olguları derinlemesine inceleyebilmek istedikleri durumlarının yanında araştırmacılarının keşfetmek istediği bazı durumların ortaya çıkarılmasında da avantaj sağlamaktadır. Araştırmada odak noktası pandemi-biyolojik afet olgusu ve bu olguyu deneyimlemiş hemşirelerin diyaliz hastalarına kesintisiz sağlık hizmeti sunarken pandemiyi nasıl

yönettikleri gibi temel dinamikler ele alındığı için nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir.

3.2. ARAŞTIRMA DESENİ

Araştırmada, nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik desen benimsenmiştir. Fenomenolojik desen, kişilerin yaşadığı deneyimleri derinlemesine incelemeyi ve bu deneyimleri nasıl anlamlandırdıklarını anlamaya odaklanan bir nitel araştırma metodolojik yaklaşımdır. Fenomenolojik desen, özellikle insan deneyimlerini anlamak ve açıklamak amacıyla kullanılır (Çarpar, 2020: 695).

Fenomenolojik desen, katılımcıların yaşadığı deneyimlere odaklanmaktadır. Araştırmacılar, katılımcıların deneyimlerini anlamak ve betimlemek için yöntemler kullanılmaktadır. Bu metodolojik yaklaşım, insanların yaşadıkları deneyimleri nasıl anlamlandırdıklarını ve bu deneyimlerin anlamını nasıl inşa ettiklerini anlamak amacıyla kullanılmaktadır. Araştırmacılar, katılımcıların bakış açılarını ve düşüncelerini daha iyi anlamak için derinlemesine sorular sorarlar. Fenomenolojik desen, öznel bakış açısını vurgulamaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2018: 39). Katılımcıların kendi deneyimlerini ifade etmelerine ve anlamlandırmalarına fırsat tanımaktadır. Fenomenolojik araştırmalarda genellikle daha küçük örneklem grupları ile çalışılır. Bu, araştırmacının her katılımcıyla daha fazla derinlemesine çalışmasına olanak tanımaktadır. Fenomenolojik desen, birçok disiplinde, özellikle psikoloji, eğitim, sosyoloji ve sağlık bilimleri gibi alanlarda kullanılan etkili bir araştırma yöntemidir. Bu yöntem, bireylerin içsel deneyimlerini anlamaya ve betimlemeye yönelik olarak büyük öneme sahiptir (Çarpar, 2020: 698).

Araştırmamızda Covid-19 pandemisi afetini deneyimleyen diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin Covid-19 pandemisi afetine yönelik deneyimlerini derinlemesine incelemeyi hedeflediğimiz için fenomenolojik desen yaklaşımını benimsedik.

Nitel araştırmalarda araştırmacının eğitim düzeyi, nitel araştırmalara ilişkin ilgisi, aldığı eğitim sertifikaları da önem arz etmektedir. Araştırmacı, araştırma yöntemleri ile ilgili nitel araştırma yöntemleri eğitimi ve MAXQDA ile nitel veri analiz eğitim sertifikalarını almıştır (EK 1 ve EK 2).

3.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Covid-19 oldukça bulaşıcı ve küresel düzeyde bir pandemi olmuştur. Biyolojik afet olan Covid-19 pandemisi sırasında diyaliz hastaları, hastanelere ve diyaliz merkezlerine gidip gelmek ve diyaliz sırasında diyaliz salonunu başkalarıyla paylaşmak zorunda kalmaları hastalarda enfekte olma korkusu oluşturmuştur. Diyaliz hemşireleri de Covid-19 pandemisi sürecinde dezavantajlı grupta yer alan diyaliz hastalarına kesintisiz sağlık hizmeti sağlamışlardır. Diyaliz merkezlerinde tedavi edilen hastalarda Covid-19 enfeksiyonu bulunma durumu; tıbbi personele, kurumun diğer personellerine, diğer hastalara ve hastaların aile üyelerine bulaşma riskinin önemli ölçüde arttırmıştır.

31 Aralık 2019’da başlayan Covid-19 pandemisi, salgınlara karşı hazırlıkların eksikliğini, mevcut zayıflıkları ve müdahale kısıtlılıklarını ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmada; Covid-19 pandemisi süresinde diyaliz ünitesinde çalışan hemşireler ile derinlemesine görüşmeler yapılarak; biyolojik afet olan Covid-19 pandemisinin diyaliz merkezinde nasıl yönetildiğini araştırmak, diyaliz hemşirelerinin biyolojik afet algısı, biyolojik afetlerle ilgili bilgi birikimleri ve tutumları, Covid-19 pandemisi sırasında diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle başa çıkma deneyimleri, kesintisiz diyaliz hizmeti verirken yaşanan sorunlar gibi pandemi döneminde biyolojik afetlere ve yönetimine ilişkin var olan sorunlar, beklentiler, algılar, tutumlar ortaya çıkarılacaktır. Ortaya çıkarılacak olan sorunlar için çözüm önerileri geliştirilerek literatüre katkı sağlanacaktır.

Gelişen ve değişen dünyada karşılaşılan biyolojik afet bir kez daha bütünleşik afet yönetiminin önemini ortaya çıkarmıştır. Günümüz koşullarında afetlerin değişen boyutları, her coğrafyada etkili olmaları ve afetlerin görülme sıklığındaki artışa bağlı olarak bütünleşik afet yönetimi stratejisinin etkililiğinin sorgulanmasına yol açmıştır (Karaman ve Altay, 2017: 18). Stratejik olarak, öğrenilmiş derslerden faydalanarak, bütünleşik risk yönetimi ve bütünleşik kriz yönetiminin kapsamlaştırılması ve güncel bilgilerle teknoloji çağının gerekliliklerini de yerine getirerek planların oluşturulması zorunlu hale gelmektedir. Bu konu, bilgi ve deneyim ile desteklenmiş bilimsel faaliyetlerin önemini de arttırmaktadır. Afet yönetiminin yapısı, ülkenin politikasına, toplumun kültürüne, ekonomik ve gelişmişlik düzeylerine bağlıdır. Paydaşların

bütünleşik afet yönetimine katkıları ile afetlerin etkilerini azaltmak mümkün kılınabilir (Alkın, 2021: 27).

3.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmaya; Pamukkale Üniversitesi Diyaliz ünitesinde Covid-19 pandemisinin farklı süreçlerinde aktif olarak görev yapmış olan 12 diyaliz hemşiresi dahil olmuştur. Bu pandemi döneminde diğer birimlerden desteğe gelen ve Covid-19 pozitif diyaliz hastalarına diyaliz tedavisi sağlama deneyimine sahip olmayan beş hemşire araştırmaya dahil edilmemiştir. Pandemi dönemi sonrası yeni atanan ve şu anda aktif çalışan ancak Covid-19 pandemi döneminde çalışmayan üç hemşire de araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu araştırmanın sınırlılıkları şu şekilde sıralanmıştır:

- Araştırma tek bir hastane ve birim ile sınırlı kalmıştır.
- Araştırma araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme soruları ile sınırlıdır.
- Katılımcıların yoğunlukları nedeniyle görüşmeye zaman ayırmada zorlanmaları, araştırmacının veri toplamasını zorlaştırmıştır.
- Pandeminin üzerinden belirli bir zaman geçtiği için katılımcılar, deneyimlerini hatırlamakta zorluk yaşamış ve aynı zamanda o zor pandemi sürecini hatırlamak istememelerinden dolayı araştırmacının veri toplamasını zorlaştırmıştır. Bu da bazı deneyimlerin tam olarak elde tespit edilememe ihtimalinden dolayı araştırmayı sınırlandırmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN PROBLEM CÜMLELERİ

Araştırma ile ilişkili veriler aşağıda yer alan araştırma ana sorusu çerçevesinde analiz edilmiştir.

Araştırma sorusu; “Covid-19 pandemisi süresince diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin salgın hastalıkla mücadele ve biyolojik afet yönetimi deneyimleri, biyolojik afet yönetimine ilişkin yaşanan sorunları, beklentileri, algı ve tutumları nasıl açıklanabilir?” şeklindedir.

Araştırma ile ilişkili verilerin detaylı incelemesi aşağıda yer alan araştırma alt soruları çerçevesinde analiz edilmiştir.

Araştırma ile ilişkili veriler aşağıda yer alan araştırma ana sorusu çerçevesinde analiz edilmiştir.

Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin biyolojik bir afet olan Covid-19 pandemisi deneyimleri nelerdir?

Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin biyolojik afet algısı nedir?

Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin biyolojik afetlerle ilgili bilgi birikimleri ve tutumları nelerdir?

Diyaliz ünitesinde çalışan Covid-19 pandemisini deneyimleyen hemşireler, diyaliz hastalarına kesintisiz sağlık hizmeti verirken davranış şekilleri neler olmuş ve neler yapmışlardır?

Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz ünitesinde çalışan hemşireler neler deneyimlemişler? Pandemi sürecinde çalışma alanlarında nelere ihtiyaçlar duymuşlardır ve bu ihtiyaçlarına erişim sağlayabilmişler midir?

Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz ünitesinde çalışan hemşireler ne gibi sorunlarla karşılaşmışlardır? Karşılaştıkları sorunlarla nasıl baş etmişlerdir?

Diyaliz üniteleri pandemi gibi afetlere nasıl hazırlanmıştır/ hazırlanmalıdır?

Diyaliz hastalarına kesintisiz sağlık hizmeti veren diyaliz hemşirelerinin pandemi gibi afetlerde hastane afet yönetim sürecine ve hastane afet planına katkıları nasıl sağlanabilir?

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMİ

Araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanıldığı için veri toplama yöntemi olarak, görüşme tekniği tercih edilmiştir. Verilerin elde edilmesi için araştırmacı ve danışman öğretim üyesi ile birlikte yarı yapılandırılmış görüşme formu geliştirilmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formunun oluşturulması için geniş çerçevede literatür araştırması yapılmıştır. Literatür araştırmasından sonra konumuz özelinde, geliştirilmiş bir ölçek olmadığı tespit edilmiştir. Literatür araştırması sonucu araştırma soru havuzu oluşturulmuştur. Geniş kapsamlı oluşturulan araştırma

soruları danışman öğretim üyesi ile birlikte değerlendirilmiş, düzeltmeleri yapılmış ve uzman görüşüne sunulur hale getirilmiştir.

Uzman görüşü için, yedi profesör, üç doçent, beş doktor, iki afet yönetimi anabilim dalında doktora sürecine devam eden kişiye soru maddelerini içeren uzman görüş formu mail olarak gönderilmiştir. Uzman görüşlerinden 5 profesör, 2 doçent, üç doktor, iki doktora öğrencisi dönüş yaparak görüşlerini bildirmişlerdir. Uzman görüşlerinden sonra araştırma sorularının açık ve anlaşılabilirliğinin tespiti için bir kişi ile pilot görüşme yapılmıştır. Pilot görüşme sonrası araştırma soruları netleştirilmiştir. . Sonuç olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu şeklinde Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Afet Deneyimi: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Örneği Görüşme Formu oluşturulmuştur (EK 3).

Katılımcıların demografik verilerine ulaşmak için araştırmacı tarafından belirlenen ve uzman görüşlerinden onay alınan sorular kullanılmıştır. Demografik değişkenler; yaş, kronik hastalık varlığı, eğitim durumu, meslekteki deneyim, diyaliz hemşireliği/ teknikerliğindeki deneyim, hanede yaşayan kişi sayısı, bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı, medeni haldir.

Araştırma verileri yukarıda belirtilen görüşme soruları kullanılarak toplanmıştır. Görüşmeler öncesi her katılımcı ile telefonla ve yüz yüze tanışılmış, araştırma konusuyla ilgili bilgi verilmiş, karşılıklı iletişim kurularak samimiyet ve güven ortamı sağlanmıştır. Bu görüşmelerin ardından her bir katılımcının uygun olduğu gün ve saat belirlenip randevu günü ve saati ayarlanmıştır. Görüşmeye başlamadan önce her katılımcıya araştırmanın hangi amaçla kullanılacağı, görüşmenin yaklaşık olarak ne kadar süreceği, yapılacak ses kaydının hangi amaçla kullanılacağı, görüşmeden elde edilen verilerin gizli tutulacağı hakkında gerekli açıklamalar yapılmıştır. Görüşmeler katılımcılardan alınan randevu günü ve saatinde yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Diyaliz ünitesinde Mayıs 2023 tarihinde gerçekleştirilmiş olup görüşmeye başlamadan önce katılımcıya bir kez daha araştırma ile ilgili bilgiler verilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Yazılı onam için katılımcılardan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” ile onamları alınmıştır (EK 4). Görüşmelerdeki ses kaydı için cep telefonunda bulunan ses kayıt programı kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından (RŞ) ses kayıtları dinlenerek bilgisayar ortamına transkripsiyonu aktarılmıştır. Kodlamada kolaylıklar sağlaması,

tekrar tekrar dinleme imkânı sunması, dinleme esnasında transkripsiyon imkânı sunma avantajları olması nedeniyle bu araştırmada MAXQDA 2022 programı kullanılmıştır.

Araştırmamızda Covid-19 pandemisiyle ilk olarak karşılaşan ve pandeminin birinci dalgasında diyaliz tedavisi veren hemşire ekibinin dokuz kişi olduğu belirlenmiştir. Dokuz hemşireden bir hemşirenin Covid-19 pozitif hastalara diyaliz tedavisi verme deneyimi olmaması ve bir hemşirenin de araştırma sırasında sağlık problemi yaşaması nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu ekipten yedi diyaliz hemşiresiyle görüşülmüştür. Daha sonra pandeminin birinci ve ikinci dalgasında farklı zaman aralıklarında diğer birimlerden desteğe gelen hemşire ekibinden covid-19 pozitif hastalara bire bir diyaliz tedavisi sağlayan bir hemşire araştırmaya dahil edilmiştir. Covid-19 pandemisin devam eden sürecinde yeni atanan ve Covid-19 pozitif hastalara diyaliz tedavisi vermiş olan dört hemşire ile araştırmaya devam edilmiş olup, toplam 12 diyaliz hemşire araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmamızda, araştırma verileri toplanmaya devam edilirken her katılımcı ile yapılan görüşme sonrasında veri doygunluğu değerlendirilmiştir. Yapılan görüşmelerde elde edilen bulguların birbirini tekrar ettiği fark edildiğinde verilerin doygunluğa ulaştığına karar verilmiş olup, bu durum araştırmanın 10. katılımcısında fark edilmiştir. Ancak tez danışman hocasının önerisi üzerine katılımcı sayısı 12 kişiye ulaştırılmış ve veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

3.7. ETİK KURUL ONAYI

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılmak için geliştirilen yarı yapılandırılmış görüşme formu 19.04.2023 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'na sunulmuştur. Başvuru Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'nun 4 sayılı 25.04.2023 tarihinde alınan karar ile onaylanmıştır (19.04.2023 tarih ve 4 sayılı, EK 5). Etik kurul onayı sonrası verilerin toplanması için Pamukkale Üniversitesi Hastanesi'nden 16.05.2023 tarihinde kurum izni alındıktan sonra görüşmelere başlanmıştır.

3.8. ARAŞTIRMA PLANI

Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'nun 4 sayılı 25.04.2023 tarihinde alınan karar ile onaylanmıştır (19.04.2023 tarih ve E-87347630-659-590043 sayı EK4). Alınan onayın araştırmacıya tebliğ edildiği 04.05.2023 tarihinin 579566 sayılı yazının ardından, araştırmanın gerçekleşmesi ve veri toplanma süreci için, Pamukkale Üniversite Hastanesi'nden 16.05.2023'te (E-65124556-600-367689 sayılı EK 6) alınan kurum onayı ile 17-29 Mayıs tarihleri arasında görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

. Araştırma Tablo 2'de verilen aşamalar ve tarihlerde sürdürülmüştür.

Tablo 2: Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Aşamalar / tarihler	Ocak 2023	Şubat 2023	Mart 2023	Nisan 2023	Mayıs 2023	Haziran 2023	Temmuz 2023	Ağustos 2023	Eylül 2023	Ekim 2023	Kasım 2023
Tez konusunun belirlenmesi	×										
Tez başlık öneri formu onaylanması		×									
Online nitel araştırma yöntemleri eğitimi		×									
MAXQDA ile nitel veri analizi eğitimi		×									
Araştırma sorularının belirlenmesi ve uzman görüşlerinin alınması			×	×							
Etik kurul için kurum izin onay yazısı alınması			×								
Etik kurul izin başvurusu yapılması				×							
Etik kurul izin yazısının alınması					×						
Uygulama yapılacak kurumdaki izin alınması					×						
Nitel verilerin toplanması- görüşmelerin yapılması					×						
Verilerin analizi					×	×					

Verilerin raporlanması					×	×					
Verilerin yorumlanması						×	×	×	×		
Genel bilgiler kısmının yazımı								×	×	×	
Gereç ve yöntem kısmının yazılması										×	
Tartışma, sonuç, özet kısmının yazımı											×

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

3.9. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmamızda Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin biyolojik afet deneyimleri odağında derinlemesine bilgi edinmek amacıyla amaçlı örnekleme yöntemlerinden benzeşik (homojen) örnekleme yöntemini benimsedik. Benzeşik (homojen) örnekleme yöntemi, araştırmanın problemiyle ilgili olarak evrende yer alan benzeşik bir alt grubu ya da oldukça özelleşmiş bir durumu içerebilmektedir. Genellikle benzer yapılardan gelen ve benzer tecrübeleri yaşamış insanları bir araya getirmek suretiyle onları etkileyen temel konular üzerinde çalışılmaktadır. Bu yüzden araştırmanın evrenini Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Diyaliz ünitesinde çalışan Covid-19 pandemisi afet deneyimi olan hemşireler oluşturmaktadır. Bu araştırmaya dahil olmayı kabul eden 12 hemşire ise araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan diyaliz hemşirelerinin demografik özellikleri Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	Ort. ±s.s.	Med. (Min.-maks.)
Yaş	32,9±10,12	30 (24-45)
		n (%)
Kronik hastalık	Yok	10
	Hipertansiyon	2
	Alerji	1
Eğitim durumu	Önlisans	5 (%41,6)
	Lisans	5 (%41,6)

	Yüksek lisans	2 (%16,8)
Mesleki Kıdem (2-23)	9 yıl ve altı	4 (%33,4)
	10-15 yıl arası	5 (%41,6)
	16 yıl üstü	3 (%25)
Diyaliz ünitesindeki kıdem (2-22)	5 yıl ve altı	5 (%41,6)
	6-10 arası	5 (%41,6)
	11 yıl ve üstü	2 (%16,8)
Hane halkı	1 kişi	2 (%16,6)
	2 kişi	3 (%25)
	3 kişi	3 (%25)
	4 kişi	4 (%33,4)
Bakmakla yükümlü olunulan kişi	Yok	5
	Çocuklar	7
Medeni hal	Evli	9 (%75)
	Bekar	3 (%25)
Çocuk sayısı	1 çocuk	3
	2 çocuk	4
Eşiniz sağlıkçı çalışanı mı?	Evet	5
	Hayır	4

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Covid-19 pandemisiyle karşılaşıldığı anda kronik hemodiyaliz hasta sayısı 36 olarak belirlenmiştir. Kronik hemodiyaliz ünitesinde 17+1 (yedek cihaz), akut hemodiyaliz hastaları için 32 cihaz bulunmaktadır. Akut hemodiyaliz cihazlarının beş tanesi akut hemodiyaliz salonunda hizmet vermekte olup diğer 27 cihaz ile yoğun bakım üniteleri ve diğer kliniklerde yer alan akut ve kronik hemodiyaliz hastalarına hizmet vermektedir. Toplam 50 adet cihaz ile diyaliz tedavisi sağlayan ünitenin üç adet portable su sistemi bulunmaktadır. Reverse osmoz sistemi olmayan ünite ve kliniklerde portable su sistemi ile hemodiyaliz seansı gerçekleştirilmiştir.

Hemodiyaliz ünitesinde çalışma saatleri; bir hemşire 24 saat icap nöbeti (her an diyaliz hastası olduğuna dair yapılacak olan çağrıya icap etmek üzere hazırda beklemek), iki hemşirenin icapçı hemşireye yardımcı olmak için 10:00-18.00 saatlerinde çalıştığı ve diğer hemşirelerin 08:00-16:00 saat aralığında çalıştıkları belirlenmiştir.

3.10. VERİLERİN ANALİZİ

MAXQDA 2022 programında veriler çözümlenmiştir. MAXQDA, nitel veri analizi için tasarlanmış bir yazılım programıdır ve araştırmacılara metinler, görüntüler, ses kayıtları ve diğer veriler üzerinde çalışma, analiz yapma ve sonuçlarını yorumlama olanağı sağlar. Bu yazılım, nitel araştırma süreçlerini daha etkili bir şekilde yönetmek için kullanılır.

Çalışma verilerinin analizinde gerçekleştirilen adımlar şu şekildedir:

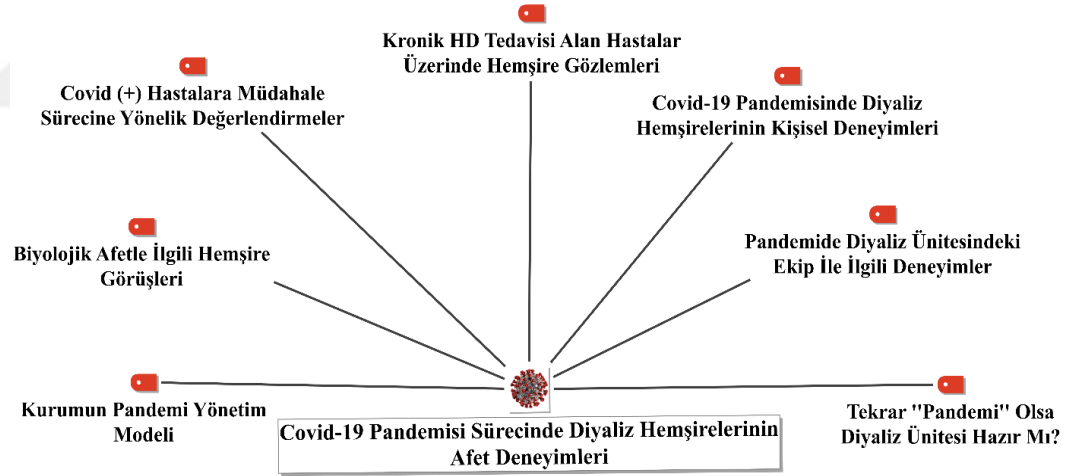
- Görüşmeler yüz yüze gerçekleştirilmiş olup görüşme süreci kayıt altına alınmıştır.
- Ses kayıtları tek tek dinlenerek MS Word programına transkript edilmiştir.
- Görüşme sürecinde alınan notların aktarımı MS Word belgesine aktarılmıştır.
- MS Word belgesine aktarılan veriler ile ses kayıtları karşılaştırılmış, yeniden düzenlemeler yapılmıştır.
- Çalışmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından MAXQDA 2022 programına aktarılmıştır.
- Düzenlenen veriler MAXQDA 2022 programında tekrar tekrar okunmuş ve kodlamalara başlanmıştır.
- Araştırmacı tarafından metinleri araştırma amacı ve alt amaçlarına göre belirli temalar ve kategoriler altında kodlanmıştır.
- Etiketler ve kategoriler kullanarak verileri veriler düzenlenmiş ve sınıflandırılmıştır.
- Kodlamalar tamamlanınca kategoriler ve temalar oluşturulmuştur.
- Metin madenciliği, sıklık analizi, kod istatistikleri gibi analizlerden yararlanarak veriler derinlemesine anlaşılma çalışılmıştır.
- Kategori ve temaların oluşturulmasının ardından danışman öğretim üyesi ile veriler gözden geçirilmiş ve kesinlik kazandırılmıştır.
- Analiz sonuçları grafikler yardımı ile raporlanmıştır.
- Sonrasında bu grafiklere göre yorumlamalar yapılarak çalışma bulguları elde edilmiştir.

3.11. BULGULAR

3.11.1. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisindeki Afet Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin afet deneyimi: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi örneği ilişkin araştırmamızın bulguları yedi farklı tema altında incelenmiştir. Bu temalar; kurumun pandemi yönetim modeli, biyolojik afetle ilgili hemşire görüşleri, Covid-19 pozitif hastalara müdahale sürecine yönelik değerlendirmeler, kronik hemodiyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde hemşire gözlemleri, Covid-19 pandemisinde hemşirelerin kişisel deneyimleri, pandemide diyaliz ünitesindeki ekip ile ilgili deneyimler, tekrar pandemi olsa diyaliz ünitesi olarak değerlendirilmiştir (Şekil 2).

Şekil 2: Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Hemşirelerinin Afet Deneyimleri



Kaynak: Şekil yazar tarafından araştırma bulguları doğrultusunda oluşturulmuştur.

Araştırma çerçevesinde güçlü yanlar, zayıf yanlar, fırsatlar ve tehditler matrisi oluşturulmuştur:

Güçlü Yanlar:

- Tüm dünyada olduğu gibi yüzyıl da bir görülen pandemi gibi biyolojik bir afetin Türkiye’de de yaşanması, deneyimlenmesi ve dersler çıkarabilmesi

- Biyolojik afet eğitimlerine ilgi duyup katılmak istemeleri
- Bütünleşik afet yönetimi döngüsüne katılma istekleri
- Teknolojik erişimin yaygınlaşması ve bilgiye erişim kolaylığı
- Öğrenmeye ve gelişime açık olmaları
- Hizmet içi eğitimlerin devam etmesi ve sağlık personelinin eğitimlere

katılması

- Çalıştıkları kurumda görünür olma istekleri

Zayıf Yanlar:

- Toplumsal kapasiteyi güçlendirecek eğitimlerinin erişilebilir olmaması
- Biyolojik afet- pandemi deneyimsizliği, deneyimlerinin olmaması
- Biyolojik afet eğitimlerinin erişilebilir olmaması
- Biyolojik afetlere yönelik erken uyarı sistemlerinin yetersiz olması
- Biyolojik afet ile ilgili yanlış bilgi, bilgi eksikliği
- Biyolojik afetlerde görev alan ekipler arası koordinasyon sorunları
- Afetler konusundaki kaderci anlayış
- Psikolojik desteğe erişim güçlüğü ve alanında uzman psikologların eksikliği
- Biyolojik afetlere yönelik bilgi kirliliği
- Sağlık personeli eksikliği
- Deneyimli diyaliz hemşiresi eksikliği

Tehditler:

- Biyolojik afet dönemlerinde tükenmişlik sendromunun artması
- Haberleşme ağlarının biyolojik afetlerde etkin kullanılamaması
- Organizasyon ve koordinasyon eksikliği
- Kapanma nedeniyle temel ihtiyaçlara erişememe- kısıtlı erişim

Fırsatlar:

•Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afet / pandemi yönetiminde rol alma istekleri

- Diyaliz hemşirelerinin çalıştıkları kamusal alanda görünür olma istekleri
- Biyolojik afet eğitimleri ile kendilerini geliştirmeleri, araştırmaya istekli

olmaları

•Sağlık Bakanlığı tarafından Covid-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Bilimsel Danışma Kurulu Sağlık

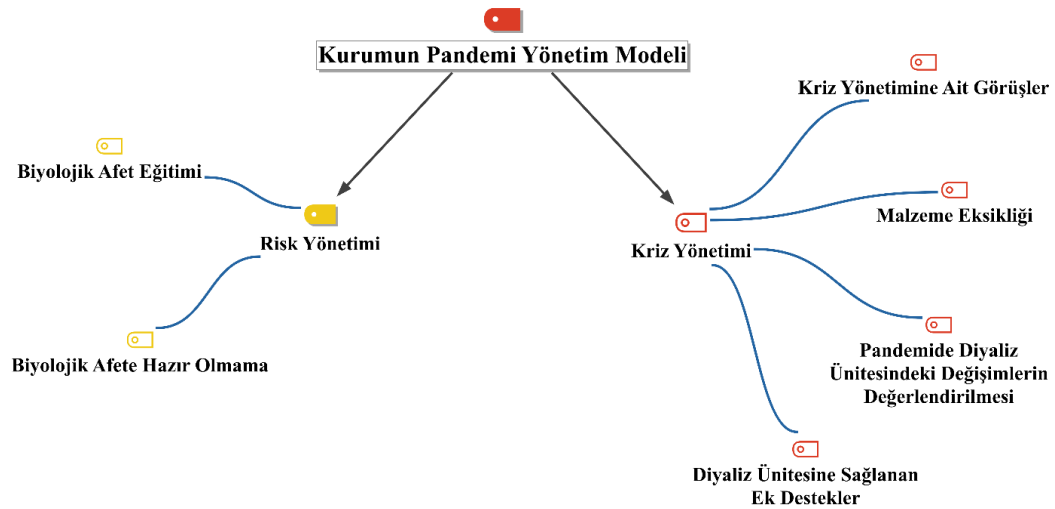
Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Çalışması’ oluşturulması

- Hizmet içi biyolojik afet eğitimlerinin yapılmasıdır.

3.11.1. Diyaliz Hemşirelerinin Kurumun Pandemi Yönetim Modeline İlişkin Bulgular

Araştırmamızın birinci teması olan kurumun pandemi yönetim modelidir. Bu temanın iki kategorisi bulunmaktadır. Bütünleşik afet yönetiminde risk yönetimi; afetlere hazırlıklı olma, afet eğitimleri ve kriz yönetimi önemli olmakla birlikte birinci temamızdaki kategoriler, risk yönetimi ve kriz yönetimidir. Araştırmamızın risk yönetimi kategorisinin kodlarına bakıldığında, biyolojik afete hazır olmama, biyolojik afet eğitimi kodu görülmektedir. Kriz yönetimi kategorisinin kodlarına bakıldığında, malzeme eksikliği, pandemide diyaliz ünitesindeki değişimlerin değerlendirilmesi, diyaliz ünitesine sağlanan ek destekler, kriz yönetimine ait görüşler görüşler kodları görülmektedir.

Şekil 3: Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Hemşirelerinin Afet Deneyimleri



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Risk yönetimi kategorisi, biyolojik afet eğitimi ve biyolojik afete hazır olmama kodları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Risk yönetimi kategorisi biyolojik afet eğitimi kodunda, biyolojik afet eğitimi almayan katılımcılar Katılımcı (K)2, K3, K4, K5, K6, K7, K9, K10, K11 ve K12' dir. Biyolojik afet eğitimi almayan katılımcı görüşlerinden bazıları aşağıda yer almaktadır:

K6: "Hani salgın hastalık derslerden ne öğrendiysek, ne aklımızda kaldıysa o şekildeydi. Ders dışında ekstra bir eğitim olmadı." şeklinde ifade ederken,

K9: "Nelere dikkat etmeliyiz? Yani hastaya yaklaşırken nelere dikkat etmeliyiz? O şekilde bir şey konuşuldu ama bu eğitim sayılır mıydı bilmiyorum. Eğitim aldığımı hatırlamıyorum. Kendi aramızda işte televizyondan Sağlık Bakanlığı'nın talimatlarından... O şekilde öğrendik ne yapmamız gerektiğini." şeklinde daha önce biyolojik afet eğitimi almadığını ifade etmiştir.

K1 Covid-19 pandemi sürecinde hastaneye atanan ve yeni işe başlaması nedeniyle biyolojik afet eğitimi aldığını ve sonrasında da bu eğitimlerin devam ettiğine ilişkin görüşler aşağıda yer almaktadır: "İşe başlarken ilk girişte izolasyon damlacık solunum gibi izolasyona nasıl ayrılacağı anlatıldı. Biz pandeminin içine geldiğimiz için ekstra işte Covid -19 hastaya yaklaşım nasıl olmalıdır? Öncesinde ve sonrasında neler yapılmalıdır? gibi eğitimlerimiz oldu, sonrasında da devam etti hâlâ önlemlerimiz var." demektedir.

Katılımcı K11'in bu konuya ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır: "Hizmet içi eğitimlerimiz oldu. Bize eldiven takmayı öğrettiler. El yıkamanın önemini anlattılar. Koruyucu ekipmanları nasıl giyeceğimizi anlattılar. Siperlik ve maskeyi nasıl kullanacağımızı anlattılar. Kişisel koruyucu ekipman temizliğini anlattılar."

K1 ve K8 Covid-19 pandemisiyle ilgili eğitimlerin pandemi sonrası sürekli hizmet içi eğitim şeklinde devam ettiğini ifade etmişlerdir.

K1'in kurumun biyolojik afete hazır olmamasına ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır:

Covid-19 pandemisi gelmeden kurumun hazır olduğunu düşünmüyorum, çünkü bütün dünyayı etkisi altına alan bir pandemi ve bu kadar büyüyeceği bu kadar etki edeceği beklenmiyordu. O yüzden Covid-19 pandemisiyle karşılaştıktan sonra bir şeyleri telafi etmeye çalışıp önlem alınmaya başlandığını düşünüyorum. Bu sadece bizim kurum için değil, genel olarak bu ülke geneli ya da dünya genelinde böyle oldu. Çünkü bu kadar büyük bir salgın uzun zamandır karşılaşılmamıştı. Hem bu kadar ölümcül, yani ölüm riskinin yüksek olduğu hem de yan etkilerinin bu kadar ağır olduğu bir salgınla karşılaşılmamıştı.

demektedir. Hastane risk yönetimi, pandemi döneminde sağlık kuruluşlarının başarılı bir şekilde sorunların üstesinden gelmelerine yardımcı olan birçok karmaşık süreci içermektedir. Bu süreçler, hastane yöneticilerinin, sağlık personelinin ve toplumun güvende kalmasını sağlamak amacıyla titizlikle takip edilmelidir. Bu nedenle araştırmada birinci temada yer alan risk yönetimi kategorisidir. Kurumun pandemi yönetim temasında yer alan risk yönetimi kategorisinde bütünleşik afet yönetiminin risk yönetimi sürecinde de yer alan konular olan; biyolojik afete hazırlık (afete hazırlık) biyolojik afet eğitimi (afet eğitimi) kodları değerlendirilmiştir.

Biyolojik afet öncesi risk yönetimi süreçlerinden olan biyolojik afete hazırlık ve zarar azaltma süreçleri içerisinde yer alan ve afetlerde dirençli sağlık kurumları oluşturmak için gerekli olan kodlarda yer alan biyolojik afete hazırlık, biyolojik afet eğitimi kodları katılımcılarımız tarafından afet risk yönetimi sürecinde bahsedilen konulardan oluşmaktadır.

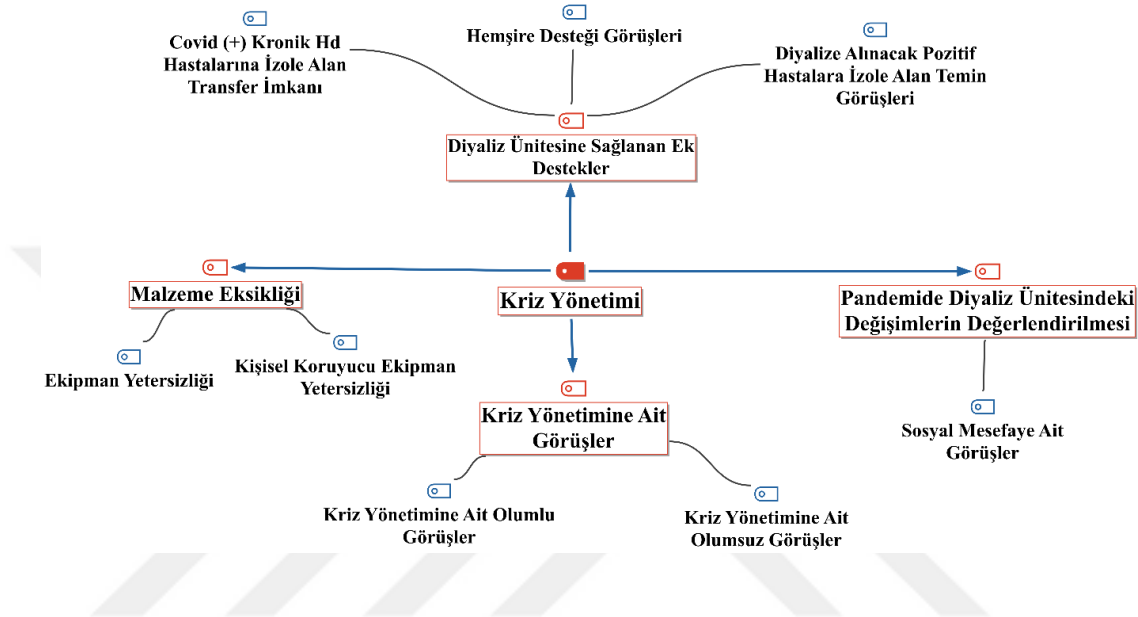
T.C Sağlık Bakanlığı tarafından 9 Mart 2021 tarihinde yayımlanan “Covid-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Bilimsel Danışma Kurulu Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Çalışması”nda Diyaliz Merkezlerinde Enfeksiyonları Önleme ve Kontrol Önerilerinde yer alan Hasta ve sağlık personelinin eğitimi kısmında; Hasta ve yakınları Covid-19 belirtileri ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmelidir. Bu bilgileri içeren posterler merkezin görünür yerlerinde bulundurulmalıdır. Sağlık personeline, Covid-19 belirtileri ve korunma yöntemleri hakkında periyodik eğitimler verilmeli ve verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.” Şeklinde öneri yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Araştırmaya dahil olan 12 katılımcıdan 10 katılımcı, pandemiden önce biyolojik afet eğitimi almadıklarını fakat pandemi sürecinde kurumlarında hizmet içi eğitim olarak biyolojik afete yönelik eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılarımızdan ikisi (K1, K8) pandemi sürecinde kuruma atandıkları ve yeni işe başladıkları için biyolojik afet eğitimi aldığını ve sonrasında da bu eğitimlerin devam ettiğini belirtmişlerdir.

Afet deneyimi, bireylerde yaşanan afet sırasında ve afetten sonra hangi tür olumsuzluklarla karşılaşabileceği ve bu olumsuzluklara karşı nasıl davranılması gerektiği gibi konularda afete yönelik öğrenilmiş derslerin oluşmasını ve deneyim

kazanılmasını sağlamaktadır. Bu çerçevede araştırma kapsamında da biyolojik afet / pandemi deneyimine sahip olmayan diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetlere hazırlıksız olduğu belirlenmiştir.

Şekil 4: Kriz Yönetimi Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Krizler aniden ortaya çıkan ve bu nedenle çıktığı anda sistemleri çalışmaz hale getiren ve sistemin tamamında şaşkınlık ve panik yaratan olaylardır (Güreşçi, 2020: 58).

Sağlık hizmetlerinin olağan sunum rutinini bozan çeşitli sıra dışı durumlarında alınacak aksiyonların ve olağanüstü çalışma şartlarının belirlenmesi, yönetim işinin planlama fonksiyonuyla gelen bir zorunluluktur. İnsanlık tarihi boyunca belirli aralıklarla meydana gelen pandemiler, sağlık hizmetlerini doğrudan etkileyen bir afet durumudur. Pandemilerin sağlık kurumlarınca yönetimi, hizmetin sunulamaz düzeye ulaşmasını engellemek için gereklidir (Öksüz, 2020: 52).

Değişime ilişkin en güncel deneyim Covid-19 pandemi krizidir (Mattei ve Vigeveno, 2021: 651). Covid-19 krizini diğer krizlerden ayıran en önemli nokta, bu pandeminin tek bir ülkeyi ya da bölgeyi değil tüm dünyayı etkileyen bir salgın olmasıdır (Akar, 2021: 249).

Pandemiden en çok etkilenen örgütlerin başında sağlık hizmeti sunan kurumların geldiği açıktır (Donelli ve diğerleri, 2022: 78).

Pandemi bu kurumlarda çok çeşitli açılardan kırılgan bir yapıya neden olmuştur (Baskıcı ve Şahin, 2023: 32). Özellikle kişisel koruyucu ekipmana ve diğer gerekli malzemelere erişimde zorluklar yaşanmıştır. Covid-19 salgını esnasında da kısa, orta ve uzun vadeli önlemler alınması elzem hale gelmiştir. Tüm dünyada şok etkisi yaratan bu salgın birçok ülkenin sağlık sisteminin çöküşüne sebep olmuştur (Güngör, 2020: 838).

Kriz yönetimi konusu örgütler için hayati bir öneme sahiptir. Bir örgüt kriz yönetiminden faydalanmayı başarabilirse beklenmeyen olaylara hazırlıklı olacak ve krizleri minimum zarar ile atlatabileceklerdir. Belirsizliklere karşı hazır konumda olan örgütlerde bireyler zor durumda kalmayacaklar, zaman kaybı en az düzeyde yaşanacak ve varlıklar tehlike altına girmeyecektir (Baydaş ve diğerleri, 2015: 262).

Krizin ortaya çıkma aşaması; krizin başladığı aşamadır ve gerekli tedbirleri alınmadığında krizin akut hale gelmesine yol açabilmektedir. Bu aşamada erken uyarı sistemiyle saptanan bilgiler doğrultusunda: güvenlik stratejileri, korunma politikaları, paydaş etkileri, çalışanların eğitimi gibi alanlarda hazırlıklar hale gerçekleştirilebilir. Krizin ortaya çıktığı süre boyunca tüm bu hazırlıklar yapılabilmektedir (Güngör, 2020: 841).

Hastaneler, özellikle kriz durumunda olmak üzere, topluma temel tıbbi bakım sağlamada sağlık sistemi içinde kritik bir rol oynamaktadır. Uzun süreli ve kombine salgınlar, hastanelerin kapasitesini ve genel olarak sağlık sistemini potansiyel olarak etkileyebilecek hızla artan hizmet talepleriyle hastalığın giderek yayılmasına yol açabilir (DSÖ, 2020).

Afet yönetiminde sağlık çalışmalarını planlamak; yiyecek, araç-gereç ve ilaç gibi yardım malzemelerini temin etmek; daha sonralarda yaşanabilecek hastalık, yaralanma ve ölüm gibi hadiseler için ilgili tahminler yapabilmek, riskli grupları bilmek, afetlerin yaşanabileceği toplumun demografik özelliklerini bilmekten geçmektedir. Afetleri yönetebilmek için bir tek plandan bahsetmek mümkün değildir. Bütünleşik afet yönetimi anlayışında yürütülen süreçler ele alındığında; afetlerin öncesi, afet anı ve sonrasında gerçekleşecek tüm faaliyetleri değerlendirmek gerekmektedir. Başka bir ifadeyle, afet yönetimi kendi bünyesinde topyekün bir

sistemi barındırmaktadır. Bu sebeple afet yönetimi kapsamında hazırlanacak planlar hem afet öncesini hem afet anını hem de afet sonrasını kapsayacak nitelikte hazırlanmalıdır (Çiçekdağı ve Bozkurt, 2022: 244- 248).

Türkiye’de ve dünyada meydana gelen afetlerin çok boyutlu etki ve sonuçları, hastanelerin fonksiyonel ve fiziksel olarak afetlere hem daha fazla dayanıklı hem de yapılacak müdahaleler için daha fazla hazırlıklı olmaları gerektiğini göstermektedir. Bu kapsamda Türkiye’de Sağlık Bakanlığı koordinesinde ilk defa 2014 senesinde katılımlı bir ekip aracılığı ile sağlık sektöründe afet yönetimi ve afet risk azaltma konularında var olan deneyim, uygulama ve bilgilerin bir araya getirilmesi ile ulusal bir kılavuz olma özelliği bulunan HAP Hazırlama Kılavuzu oluşturulmuştur. HAP Belgeleri, hastanelerin afetlere ve acil durumlara müdahale kapasitesini ve hazırlığını arttırmak için afet yönetiminin bütün 244 aşamalarını kapsayan bir yaklaşım şekli ile hazırlanan planlardır. Türkiye’de görev alan ve yayınlandığı dönemde mevcut kamu, üniversite, askeri ve özel tüm hastaneleri kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015)

Hastane yöneticilerinin, sağlık tesislerinin salgın, pandemi veya diğer acil durumların zorluklarıyla başa çıkmaya hazır olmasını veya afet durumunda, öncelikli eylemlerin başlatılmasını sağlamaları gerekir (Sofuoğlu ve Emiroğlu, 2020: 16).

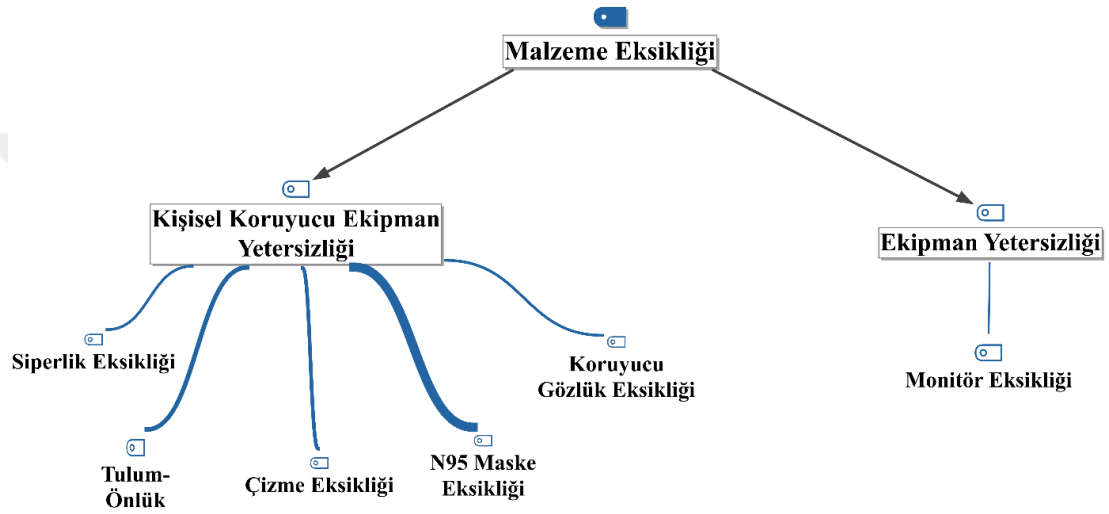
HAP geçmiş deneyimlerinde ışığında her yıl güncellenerek hazırlanmakta ve İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanarak yayınlanmaktadır. HAP içinde yer alan risk analiz hesabına göre Salgın Hastalıklar, Tehlike ve Etkilenme Olasılığı hesabına göre depremler ve yangınlardan sonra %44’le üçüncü sıradadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Eğitim ve bilgilendirme modellerinin sürdürülmesi gerekmektedir. Pandemi yönetimine ilgili uygulanacak kararların, bilimsel veriler ve salgın şiddetinin belirlenmesiyle bilim kurulları katkısıyla alınması, çalışan sağlığı koruyucu önlemlerin alınması sürecin sağlıklı yürütülebilmesini kolaylaştıracaktır. Pandemi sırasında hastane yönetimi ve organizasyonu acil eylem planları belirleyerek salgının toplumdaki etkisini azaltmak, süresini kısaltmak ve etkilenenlerin en az zarar görmesini sağlamak noktasında ciddi önem taşımaktadır (İliklerden ve diğerleri, 2020).

Kurumun pandemi yönetim modeli temasının kriz yönetimi kategorisine ilişkin alt kod bölümleri Şekil 4’te gösterilmektedir. Kriz yönetimi kategorisinde dört

kod bulunmaktadır. Bu kodlar, malzeme eksikliği, diyaliz ünitesine sağlanan ek destekler, pandemide diyaliz ünitesindeki değişimlerin değerlendirilmesi, kriz yönetimine ait görüşler kodlarıdır. Malzeme eksikliği kodu incelendiğinde alt kodlarında ekipman yetersizliği ve kişisel koruyucu ekipman eksikliği deneyimlenmiştir.

Şekil 5: Malzeme Eksikliğine İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

K3'ün ekipman eksikliği alt koduna ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır: “... Aynı katta beş-altı hastayı alıyorsun yatak başı. Monitör yetersiz, ekipman yetersiz...” Ekipman yetersizliği nedeniyle hastanın hemodiyaliz sırasında takibinde zorlandığı görüşmelerde görülmektedir. Pandemi gibi bulaşıcı hastalıklarda kontaminasyon ve bulaş riskini azaltılması, çalışan personelinin de korunmasını ve hastaya en iyi şekilde sağlık hizmeti sunabilme imkanı gerekli ekipmanlar ile sağlanmalıdır.

Kişisel koruyucu ekipman alt kodu değerlendirildiğinde; N95 maske eksikliği, siperlik eksikliği, tulum-önlük eksikliği, koruyucu gözlük eksikliği ve çizme eksikliğine ilişkin bulgular tespit edilmiştir. Şekildeki kategoriden kodlara gösterilen okların inceden kalına göre değişim göstermesi frekans sıklığı ile ilişkilidir.

Kişisel koruyucu ekipman eksikliklerinden katılımcılar, N95 maske eksikliğinden oldukça sıklıkla bahsetmişler ve bu yüzden oldukça zor günler yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Kişisel koruyucu ekipman eksikliği alt kodunda yer alan N95 maske eksikliği en fazla frekans sıklığı ile değerlendirilmiş olup, buna ilişkin katılımcı görüşlerinden bazıları aşağıda yer almaktadır. K2;

Maske, N95 maske dediğim gibi en başından beri çok zor tedarik edilen bir şeydi. Sonradan bağışlarla bu maske ve N95 maske sorunu çözülmeye başlandı. Ondan sonra malzeme tedarik olmaya başladı ama biz zaten bir tüberküloz maskesini üç gün kullandık. Normalde bunların kullanım süresinin fazlasıyla aşıyorduk. Çünkü tüberküloz maskesi N95 maskesi hiç yoktu hastanede neredeyse. Ve bu N95 maske elimizde hiç olmadığı için doğal olarak kullandıktan sonra biz kendi imkanlarımızla işte ne kadar steril saklanabilirse havalandırmaya çalışıyoruz, bir şeylerin içine sarıp saklamaya çalışıyorduk. Çünkü o da o da sonuçta bir yerlere değişiyordu ama biz bunu yine üç gün kullanmak zorunda kalıyorduk. Artık hani kendimizi ne kadar minimumda olsa korumaya çalışıyorduk elimizdeki imkanlarla. Çok zor süreçlerden geçtik.

demektedir. K3;

Malzeme eksikliğimiz tabii ki oldu. Hatta bazen yetersiz kaldı maske, özellikle N95 maskesi. Kendimiz aldık. İşte maske, tulum işte gözlük bu koruyucu ekipmanların hepsi en baştan itibaren tabi ki yoktu. Sadece cerrahi maskeyle önlük vardı hani daha çok. Diğerleri N95 maskesi o bile bazen sıkıntıya girdi. Çift cerrahi maske takıp öyle girdiğimiz oldu. Bir ara bez maske aldığımızı hatırlıyorum. Bir maskeyi iki üç gün kullandığımız oldu poşet dosya içinde saklayıp tekrar N95 maskeleri kullanıyorduk. Covid pozitif hastalara çıkarken, N95 maskenin üstüne taktığımız cerrahi maskeyi değiştirip...

demektedir. Covid-19 pandemisinin solunum ve damlacık yoluyla bulaşması nedeniyle kullanılması gereken primer kişisel koruyucu ekipmanlar arasında yer alması gerekli olan N95-FFP2 tüberküloz maskesine pandeminin ilk başlarında temininde zorluklar yaşanmış ve diyaliz hemşireleri kendilerini ve diyaliz hastalarını korumak adına çeşitli uygulamalar geliştirerek bu dönemi atlamaya çalışmışlardır. Yapılan görüşmelerde katılımcıların zor da olsa bu dönemde çeşitli sıkıntılar yaşayarak kriz yönetimini bir şekilde sağladıkları görülmüştür.

Kişisel koruyucu ekipman eksikliği alt kodunda yer alan diğer malzemeler; çizme eksikliği, siperlik eksikliği, tulum-önlük eksikliği ve kişisel koruyucu gözlük eksikliği alt kodlarına ilişkin katılımcı görüşlerinden bazıları aşağıda yer almaktadır. K11,

Malzeme sorunu ilk başlarda olmuştu ama sonradan bu giderildi. Zaten hastanemizde var, ilk başlarda sıkıntıydı. Hatta kendimiz aldık. Ben kendim parayla çizme aldım, yağmurluk aldım iki tane. Maske aldım, parayla siperlik aldım. Hepsini dışarıdan kendim temin ettim. Çünkü ilk başta korku vardı.

Hastane ya bulamazsa korkusu. Böyle bir süreç oldu ama bir hafta falandı. Daha sonra hatta bu malzemeyi temin edemeyen, çizme alamayanlar başkasının çizmesini giymek istemiyordu. Galoş ya da veteriner galoş o da çizme gibi oluyor, ilk ayağımıza onu giyip sonrada başkasının çizmesini giyyorduk. Bunu temin edemediğimiz dönemde ayağımıza çöp poşeti giyip başkasının çizmesini giydiğimiz zamanlarda oldu.

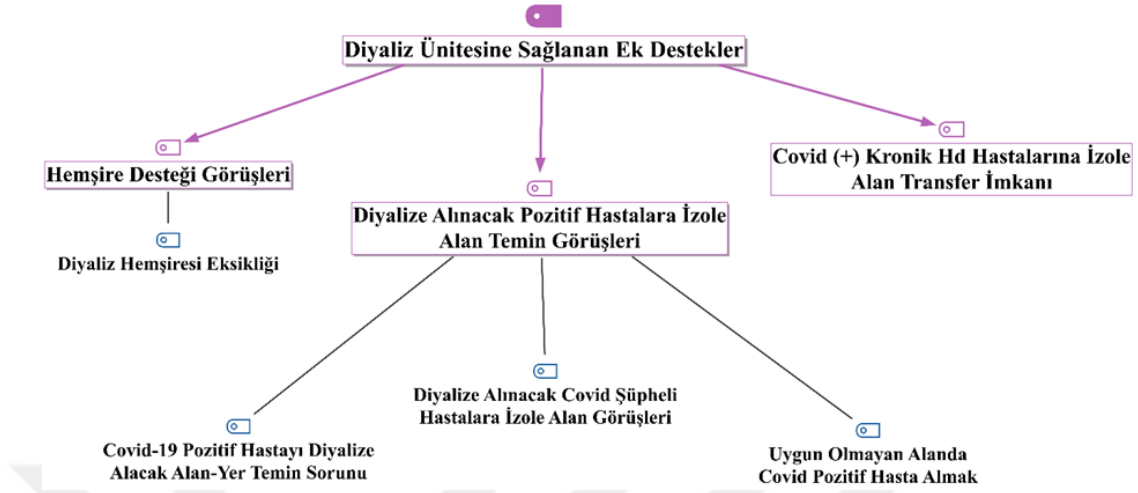
K12,

Yoğun bakımlarda pozitif hastalara gittiğimizde kişiye özel çizme yoktu. Oradaki hemşirelerin bir kısmı da kendileri internetten temin edip almıştı ilk baştaki dönemlerde. Onlarla ortak kullanıyorduk. İlk başta ayağımıza çöp poşeti giyip daha sonra çizmeyi giyyorduk. Siperlik ve gözlük kişiye özel verildi. 1 tane verildi ve bunu kişi saklayacak ve kullanacak şeklindeydi. Kendimiz kullandıktan sonra dezenfekte edip saklıyorduk.

Bir anda beklenmeyen bir pandemi olması, hazırlıksız yakalanılması ve daha önce sıklıkla kullanılmayan kişisel koruyucu ekipman kullanımı talebinde artış olması nedeniyle çalışma alanında, pandeminin ilk başlarında sıkıntılı günler yaşanmıştır. Covid-19 pozitif hastayı diyalize almak için izole alana giren diyaliz hemşireleri, o alana ait çizmeleri enfekte olmamak için önce ayaklarına çöp poşeti giyip daha sonra çizme giydiklerini, bu şekilde kişiye özel hale getirmeye çalıştıklarını, sadece kendilerinin değil, diğer hemşirelerinde zorlu süreci bu şekilde yönettikleri görüşmelerde görülmüştür. Her alanda çalışan hemşireler ve diyaliz hemşireleri bir şekilde çözüm bulup bu durumla başa çıkma becerileri göstermişlerdir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde, siperlik talebini karşılayabilmek için kurumun kendisinin siperlik yaptığı ve çalışan sağlık personeline yetiştirmeye çalıştığı öğrenilmiştir.

Araştırmamızda katılımcılarla yapılan görüşmelerde pandeminin ilk başında bu zorlu süreçte KKE temininde zorluklar yaşadıklarını, özellikle N95 / FFP2 maske temininde ilk bir iki hafta sıkıntılı süreçler yaşandığı görülmektedir. Hastaları ve kendilerini riske atmamak için diyaliz hemşireleri, bu dönemde çeşitli maske kullanma yöntemleri (çift cerrahi maske takmak, FFP2 maskelerini havalandırarak saklayıp tekrar kullanmak gibi) geliştirerek hastaları diyalize alma işlemlerini gerçekleştirmişlerdir.

Şekil 6: Kriz Yönetimi Kategorisinde Yer Alan Diyaliz Ünitesine Sağlanan Ek Destekler
Alt Koduna İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Kriz yönetimi kategorisinde bulunan diyaliz ünitesine sağlanan ek destekler koduna baktığımızda hemşire desteği görüşleri, Covid-19 pozitif kronik hemodiyaliz hastalarına izole transfer imkanı, diyalize alınacak pozitif hastalara izole alan temini görüşleri alt kodları yer almaktadır. K4'ün hemşire desteğine görüşleri aşağıda yer almaktadır:

Diyaliz hemşiresi desteği oldu, ilk dönemde oldu... İlk pandeminin patlayıp da her tarafın polikliniklerin kapandığı dönem oldu. Kaç tane... üç tane falan hemşire geldi. Onlar aşağıdaki kronik hemodiyaliz salonunu destekledi. Biri yoğun bakımları destekledi. Çoğunlukla geri kalan diyaliz hemşireleri de yukarılara çıktı. O bile bizim için çok büyük bir destektir yani.

demektedir. Katılımcılardan K2, K3, K4, K5, K6, K9, K11 ve K12 pandeminin ilk başlarında diyaliz hemşiresi desteğinin kısa süreli olarak sağlandığını belirtmiş olup, K1, K7, K10 pandeminin ilerleyen dönemlerinde diyaliz ünitesinde çalışmaya başlamışlar ve o dönemde diyaliz hemşiresi desteği olmadığını, sayılarının yeterli olduklarını ifade etmişlerdir.

K8 pandeminin ilerleyen dönemlerinde diyalizi bilmeyen başka bir bölümden gelen hemşire desteği, diyaliz hemşiresi eksikliğine yönelik görüşlerini şu şekilde ifade ediyor: “Hatırladığım kadarıyla bir ya da iki ay olabilir, destek hemşire gelmişti. Ama Covid-19’un içine girmiyordu. Başka servisten geldiği için diyalizle ilgili bir şey bilmiyordu zaten. Tansiyon ölçmede, evrak işlerinde yardımcı oluyordu.

Hemşire desteği efektif bir şekilde verilebilirdi. Çok yorulduk...” demektedir. K8 Pandemi döneminde desteğe verilen hemşirelerin diyaliz hemşiresi olmadığını, sadece evrak işleri ve tansiyon ölçme gibi genel işlemlerde destek verdiğini, bu dönemde diyaliz bilen diyaliz hemşiresinin olması durumunda diyaliz ünitesinde daha kolay çalışabileceklerini ifade etmiştir.

Katılımcılardan K2, K3, K4, K5, K6, K9, K11 ilk başlarda özellikle Covid-19 pozitif olan ya da temas izolasyonuna ayrılan diyaliz hemşirelerinin olduğu dönemde, diyaliz ünitesinden yakın zamanda ayrılmış diyaliz hemşirelerinin destek sağladığını daha sonra K8’ in yukarıda bahsedilen görüşünü destekler şekilde diyalizi bilmeyen hemşirelerin destek olarak verildiğini ifade etmişlerdir.

K12, diyaliz hemşiresi eksikliğine yönelik görüşlerini aşağıda yer almaktadır:

Sanırım 11 kişiydi, bir anda temas izolasyonuna ayrıldılar. Asıl ekipten iki hemşire ve destek gelen ekipten iki hemşire kalmıştık. Üç hemşire icap tutmak zorunda kaldık. Yaklaşık beş gündü sanırım dört kişi çalışmaya çalıştık. İcabımda hatırlıyorum sabah saat 08:00-04:00 arası aralıksız çalışmıştım. Dört saat sonra sabah saat sekizde tekrar hastanede devam etmem gerekti. Dört saat hastanede Covid için personelin kalması ayarlanan psikiyatri hastanesindeki odada kalmıştım ve ertesi gün işe üç dört saatlik uykuyla işe devam etmiştim (...).

demektedir. Pandemi sürecinin başından itibaren değerlendirildiğinde, yakın zamanda diyaliz ünitesinden ayrılan, başka birimlerde çalışmaya başlayan hemşirelerin, kapanmanın olması, poliklinik hizmetlerinin kapanması, acil durumlar dışında sağlık hizmetlerinin azalması nedeniyle bu hemşireler kendi birimlerinden diyaliz ünitesine desteğe verilmiş olup, özellikle pandeminin başında sıkıntılı süreçte diyalizi bilen hemşireler ile destek sağlandığı öğrenilmiştir. Ancak bu dönemde diyalizi bilen desteğe gelen hemşirelerle ilgili covid pozitif hastayı diyalize almakla ilgili sorunlar yaşandığı katılımcılarla yapılan görüşmelerde tespit edilmiştir. Pandeminin ilerleyen ve daha stabil hale gelen dönemlerinde ise diyaliz işlemini bilmeyen ancak evrak ve genel işlerde yardımcı olabilecek hemşirenin desteğe geldiği öğrenilmiştir. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde, o süreçte çok yoruldukları, Covid sürecinin uzun sürmesi nedeniyle tükenmişlik yaşadıkları, bu dönemde yine diyalizi bilen hemşireler desteğe verilmesi gerektiğini ve bu durumun sağlanması halinde süreci daha kolay atlatmalarını sağlayacaklarını ifade etmişlerdir. Pandemi gibi biyolojik afet ve salgın hastalık durumunda çoğu personelin hastalıktan etkilenmesi nedeniyle izolasyona ayrılması durumunda kalınmış olup, özellikle

diyaliz ünitesi gibi özellikli birimlerde çalışan diyaliz hemşiresi eksikliği yaşanmıştır. Araştırmamızda katılımcılarla yapılan görüşmelerde bu konuda oldukça sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Kriz yönetimi kategorisinde bulunan diyaliz ünitesine sağlanan ek destekler kodunun alt kodunda yer alan Covid-19 pozitif kronik hemodiyaliz hastalarına izole transfer imkanı kurum tarafından sağlandığına dair katılımcıların görüşleri aşağıda yer almaktadır: K5, “Pozitif olan kronik hemodiyaliz hastaları ambulansla alınıp pulmonoloji serviste ayrı alanda diyalize alınıp sonra tekrar ambulansla evine bırakılıyordu.” demektedir.

K1, Covid-19 pozitif kronik hemodiyaliz hastalarına izole transfer imkanı ile ilgili görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir: “Kronik hemodiyaliz hastalarımızdan Covid-19 pozitif çıkıp, genel durumu iyi olan hastaları özel bir servisle ya da ambulans ile belirli bir koruyucu ekipmanla alıp izole bir şekilde seans saatinde hastayı bırakıyorlardı. Seans bitince geri alınıp evlerine bırakılıyordu.”

Araştırmamızda katılımcılarla yapılan görüşmelerden Covid-19 pozitif kronik hemodiyaliz hastalarına izole transfer imkanı kurum tarafından sağlandığı görülmüştür.

Diyalize alınacak pozitif hastalara izole alan temini görüşleri alt koduna bakıldığında katılımcıların Covid-19 hastayı diyalize alacak alan-yer temin sorunu ve uygun olmayan alanda Covid-19 pozitif hasta almaya ilişkin görüşlerini aşağıda yer almaktadır. K3,

Yani belli bir yer verilmedi bize. Hastaları toparlayabileceğimiz bir yer... Yatak başı tek tek diyalize aldık. Seans sayılarımız arttı. Bedenen de çok yıprandık. Bir ara dördüncü kat kalp-damar servisinden Covid pozitif hastaları diyalize almamız için iki oda vermişlerdi. Hastaları orada alıyorduk. Kronik hemodiyaliz hastalarından pozitif olanları pulmonoloji serviste diyalize alıyorduk. Covid'in azaldığı dönemlerde dördüncü kattaki odayı bizden geri almışlardı. O dönemde akut salonda Covid pozitif hastaları aldık. Oranın alanı uygun değildi, küçüktü. Sosyal mesafeyi sağlamak zordu. En fazla dört pozitif hastayı aynı anda aldım diye hatırlıyorum. İlk zamanlar hastaları diyalize alıp dışarda bekledik. Sonraları içerde oturduk. Özellikle hasta kötüyse kapı şeffaf olmadığı için hastayı göremediğimiz için içerde önlük ve N95 maske ile pozitif hastayla birlikte bekledik. Bilgisayar başındaki masaya oturup hastayı en uzaktaki makineye alarak mesafeyi açmaya çalıştık.

demektedir. K9, Covid-19 hastayı diyalize alacak alan-yer temin sorunu ve uygun olmayan alanda Covid-19 pozitif hasta almaya ilişkin görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir:

Yani tabi o dönemde mesela akut salonda Covid pozitif hastayı diyalize almak zorunda kaldık. Ama ne bizim bir oturabilecek yani hastalardan izole olarak oturabileceğiniz bir yer yoktu. Mesela biz hastaların ortasında oturduk yani ben 4 tane hastayla, içeride hastalarla beraber oturdum. Yani onların olduğu ortamda oturdum. Bir izolasyon, yoğun bakım izolasyon ünitesi gibi değildi. Yani herkes camlı alanda bütün hastalar ayrı ortamda olduğu gibi bizim izole olabilecek alanımız yoktu. Tamam, hadi onlar Covid, onlar bir arada olsun ama ona bakım veren kişilerin ayrı oturabileceği, onları görebileceği bir yer yoktu yani.

demektedir. K10, Covid-19 hastayı diyalize alacak alan-yer temin sorununa ilişkin görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir

Bizim kronik hastalarımız evden geldikleri için mesela Covid kapığında hastaların nerede diyalize alacağımız belli değildi. İlk başta o sorunlar oluştu. Yani hani belli sayıda hastamız geldiği için belli bir yerimiz var. Onun haricinde yerimiz olmadığı için hastayı nerede alacağımız problemi oluştu. O yönden biraz sıkıntı yaşadık. Yani, ilk başlarda sorunlar oldu. Sonradan sonraya oturtulmaya çalışıldı ama onda da bir belli bir şey, uğraş olduktan sonra oluyor bu tarz şeylerde.

demektedir. K4, Covid-19 hastayı diyalize alacak alan-yer temin sorununa ilişkin görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir:

Tabi Covid-19 pandemisinde bize ayriyeten oda ayarlamaları, her serviste Covid pozitif hastaları diyalize alabilmemiz için oda ayarlamaları gerekiyordu. Çünkü diğer türlü bu işin içinden çıkılmaz. Bir hasta değil, iki hasta değil. Bazen bizim orada iki seans gelip, yeri geldiğinde üç seans yaptığımız oldu. İki makineyle ya da dört makineyle...

demektedir. K11, Covid-19 hastayı diyalize alacak alan-yer temin sorunu ve uygun olmayan alanda Covid-19 pozitif hasta almaya ilişkin görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir:

İlk başta şimdi ne yapılacak ne edilecek, nasıl bir çözüm bulunacak bu şekilde bir problem yaşadık. Şimdi diğer hastaları da korumamız lazım. Kendimizi de korumamız lazım. Nasıl tedbir alabiliriz ilk başta yer sıkıntısı da yaşadık ama bu bir şekilde çözüldü. Dördüncü katta bize pozitif hastaları almamız için verilen oda kapatıldı Covid 19 azaldığı zaman. Azaldıktan sonra dediler ki her birim, her ünite kendi biriminde bakacak pozitif hastalara denildi. Tüm birimler kendi servisinde pozitif hasta varsa bakıyordu. Orada diyaliz hastası biz oraya diyaliz makinesini kuruyorduk ve o odanın önünde bekliyorduk. Ben hatta beklemiştim. Çok beklediğimi bilirim. Ondan sonra bu servislerde bulaş oldu. Bulaştıktan sonra bunu nasıl bir çözüm bulalım dedi hastane. Bundan sonra Covid olanları akut salonda diyalize alın dediler...

demektedir. Araştırmamızda katılımcılarla yapılan görüşmelerden sağlanan bilgiler doğrultusunda, Covid-19 hastayı diyalize alacak alan-yer temin sorunu ve uygun olmayan alanda Covid-19 pozitif hastayı diyalize alma konusunda sorun yaşadıklarını, çeşitli zaman diliminde farklı çözüm yöntemlerinin geliştirilip uygulandığını fakat bu dönemde kendilerinin oldukça güçlük çektiği tespit edilmiştir. Pandeminin başında Covid-19 pozitif hemodiyaliz hastalarını izole ortak bir alan

temin edilemediği için tek tek yatak başı seans yapmış olduklarını, bununda seans sayılarının artması, diyaliz hemşiresinin yetmemesi, iş gücü kaybı ve tükenmişlik sendromuna sebep olduğu yapılan görüşmelerde anlaşılmıştır. Daha sonra belirli alanlar sağlanması kısmen ekibi rahatlatırsa da hastaları tam görebilecek alanların mevcut olmaması, hemşirelerin bekleyebileceği ayrı alan olmaması gibi fiziksel alan yetersizliği nedeniyle diyaliz hemşirelerinin kendilerini Covid-19 pozitif hastayla temasının arttığı (aynı ortamda uzun süre bulunmaları nedeniyle) görülmüştür. Diyaliz hemşirelerinin diyaliz hastalarını görebilecekleri uygun alan olmaması nedeniyle tüm diyaliz seansı boyunca KKE çıkartmadan Covid-19 pozitif hasta ile birlikte aynı ortamda bulunmak zorunda oldukları görülmüştür.

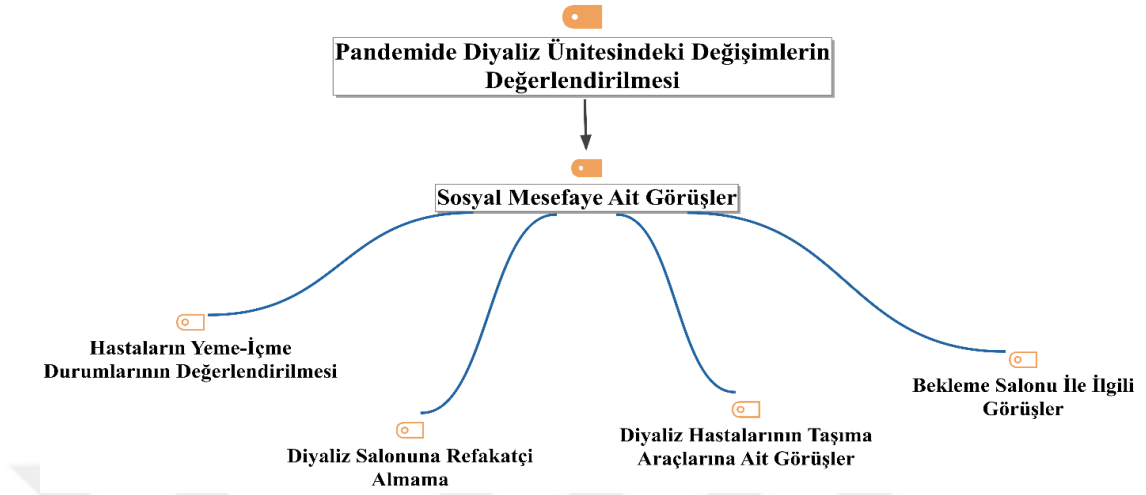
Katılımcıların diyalize alınacak Covid-19 şüpheli hastalara izole alana ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır: K3, “Temaslılarda ayrı yerde alındı, tabi bildiğimiz kadarıyla. Hastalardan ailesinde olup söylemeyenler falan da oldu...” demektedir. Katılımcı K3, hastaların temaslılarsa bile söylemedikleri, özellikle sakladığı durumlar ile karşılaştıklarını belirtmiştir.

K1, Covid-19 hastayı diyalize alacak alan-yer temin sorunu ve diyalize alınacak Covid-19 şüpheli hastalara izole alana ilişkin görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir:

Şöyle ekipman olarak yeterliydi ama hastalarımız ayaktan gelip gittiği için özel hayatlarında dışarıda da karşılaşmış olabiliyorlar. Biz bunun farkında olamıyoruz, belirtileri sonradan gösteriyorlar. Bağışıklıkları da düşük hastalarımızın. O yüzden bazen normalde alıyorduk. Normal bir hasta gibi cerrahi maskeyle ama sonradan pozitif çıkabiliyorlardı. Yanındaki hastaları da izolasyona almak zorundaydık. O yüzden alan yetersizliğimiz oldu. Bu konuda zorluklarımız oldu. Gerektiği zaman hastanın öksürüğü, belirtisi varsa siperlik kullandık ve hemen doktorumuza haber verdik. Her seferinde PCR testleri alındı. Şüpheli olan hasta, kabin içi izole alanımız var orda diyalize alındı.

demektedir.

Şekil 7: Kriz Yönetimi Kategorisinde Yer Alan Pandemiye Diyaliz Ünitesindeki Değişimlerin Değerlendirilmesi Alt Koduna İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Kriz yönetimi kategorisi pandemiye diyaliz ünitesindeki değişimlerin değerlendirilmesi alt koduna ilişkin sosyal mesafeye ait görüşler alt kodu incelendiğinde, diyaliz salonuna refakatçi almama, hastaların yeme-içme durumlarının değerlendirilmesi, bekleme salonları ile ilgili görüşler, diyaliz hastalarının taşıma araçlarına ait görüşler çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Katılımcıların hastaların yeme-içme durumlarının değerlendirilmesine ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır: K1, “Ne kadar engel olmaya çalışırsak çalışalım yeme içme durumları oluyor. Tansiyonları düşüp hipotansif atak geçirdikleri için ya da kan şekeri düştüğü için zaten bir şey yiyip içerken maske takılması mümkün değil...” demektedir.

K6, “Yine dağıtılıyor, rutin dağıtılıyordu, Rutin dağıtıldı ama hastaların çoğu çok dikkat etti, %80-%90’ı dikkat etti. Evinde yiyip gelmeye başlayanlarda olmuştuk. Dikkat ettiler, maskesini çıkaran bazı uyumsuzlar oluyordu ama onlara da hastalar ve bizim tarafımızdan uyarıldı.” demektedir.

Katılımcıların hastaların yeme-içme durumlarına ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde; diyaliz sırasında hipotansiyon komplikasyonunun gelişmesi riskinin fazla olması nedeniyle genel hatlarıyla tam olarak yeme-içme durumunun

yasaklanmasının mümkün olmadığı, ancak yeme-içme durumunda hastaların da dikkat edip, sırayla maskesiz bir şekilde kendi aralarında anlaşarak bu durumda kontrol sağladıkları görülmüştür.

Katılımcıların diyaliz salonuna refakatçi almamaya ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır: K1, “Mümkün olduğunca hasta yakınlarını almamaya çalıştık. Zaten maskesiz hiçbir şekilde ne yakınlarını içeri aldık ne de yaklaştırdık. Sadece kendi bakımını yapamayan, yürüyemeyen hastaların ister istemez yakınları içeri girdi.” demektedir.

Katılımcıların diyaliz salonuna refakatçi almamaya ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde; pandemi döneminde hasta yakınlarının diyaliz salonuna alınmadığı, kendi bakımını yapamayan (fiziksel ve görme engelli) hastaların yakınlarını diyalize girerken ve çıkarken onlara eşlik etmelerini sağlamak amacıyla maske takmaları şartıyla salona aldıkları tespit edilmiştir.

K11, diyaliz hastalarının taşıma araçlarına ait görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir: “Hasta yakınları bir dönem alınmadı. Servise sadece hastalar gelip gidecek denildi. Mesela öksürük şikayeti olan hastalar, şüphelendiğimiz hastalar özellikle onlar ayrı getirip götürüldü. İmkani olanlar kendi araçlarıyla geliyordu.” demektedir.

Katılımcıların diyaliz hastalarının taşıma araçlarına ait görüşleri değerlendirildiğinde; kendi imkanı olan hastaların servisi kullanmayıp kendi araçlarıyla diyaliz seansına gidip geldiklerini, hasta yakınlarının da bir dönem servise alınmadığını, özellikle pandeminin başlarında yoğun olduğu dönemde çok dikkat edildiğini belirtmişlerdir. Bir koltuğu boş bırakma şeklinde uygulamanın yapılması konusunun katılımcılar arasında görüş ayrılığına neden olduğu görülmüş olup, bazı katılımcılar bu uygulamaya dikkat edildiğini belirtmişler, bazı katılımcılar ise bu uygulamaya çok dikkat edilmediğini belirtmişlerdir. Semptomu olan kronik diyaliz hastalarının ise ayrı bir şekilde transferi sağlandığı öğrenilmiştir.

K3, diyaliz hastalarının bekleme salonuna ilişkin görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir: “Bekleme salonunda karşılaştı diyeyim. Çünkü bekleme alanımız kısıtlı. Hava da soğuk olduğunda mecburen içerde bekliyorlar. Karşılaşmışlardır...” demektedir.

K6, diyaliz hastalarının bekleme salonuna ilişkin görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir:

Karşılaşmadı ya zaten direk buradan geçseler bile pulmonoloji servisine bile bazen bir iki tane geçtiler. Buradan geçiş olarak direk geçip gittiler yani yan yana bekletmeden hiçbir şekilde. Yani aslında pozitif hastalarla sosyal mesafe, sosyal izolasyon sağlandı. Ama negatif hastalarda bu ayırım çok net bir şekilde yapılmadı diyebilirim.

demektedir. Katılımcıların diyaliz hastalarının bekleme salonuna ilişkin görüşleri; bekleme salonunun fiziki alan olarak hastaların ve yakınlarının normal şartlarda bile yetersiz- küçük olduğu, pandemi döneminde havaların iyi olduğu dönemde hasta ve hasta yakınlarının dışarıda bekleyerek teması en aza indirmeye çalıştıkları, polikliniklerin kapatıldığı dönemde ise poliklinik tarafındaki bekleme alanını kullanarak bu soruna çözüm getirmeye çalıştıkları değerlendirilmiştir.

Kriz yönetimi kategorisinde bulunan kriz yönetimine ait görüşler kodu kriz yönetimine ait olumlu görüşler ve kriz yönetimine ait olumsuz görüşler alt kodları çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Katılımcıların kriz yönetimine ait olumsuz görüşlere ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır:

K2, kriz yönetimi ile ilgili olumsuz görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir:

Risk yönetiminin de kriz yönetiminin de olduğunu düşünmüyorum, çünkü insanlar çok bilinçsizdi. Hiç kimse bu konuda ne yapacağını bilmiyordu. Buna hastanenin yönetimi de dahil olmak üzere... Dediğim gibi en büyük şeylerden eksiklerden bir tanesi hiç kimse ne yapacağını bilmiyor. Malzeme eksik, çok fazla eksik malzeme vardı. Kim nerede nasıl çalışılacağını bilmiyordu. Hastalar nerede toparlanacak? İşte nakliyesi nasıl olacak?...

demektedir. K4,

Yani bence ilk başta kriz yönetimi diye bir şey yoktu. Ne bir maskemiz, N95 maskemiz vardı ne bir malzememiz vardı. Covid hakkında hiçbir bilgimiz yoktu. Nasıl koruyacağımızı... Tamam hava yoluyla bulaştığını biliyoruz ama temas izolasyonu olduğunu da söylediler. Tulum yok, önlük yok. Yani hiç korunaksız, biz bez maskelerle kendimizi korumaya çalıştık. Sayılı olan N95'ler, o N95'leri iki gün tuttuğumuzu da biliyorum. Yani hiçbir şaysız, bir poşetin içinde elimizde bulunsun diyerek tuttuğumuzu hatırlıyorum.

demektedir. K5, “İlk başta çok kötüydü. Yönetilemedi yeni bir şey olduğu için ama aradan üç dört ay geçtikten sonra sistem oturdu. Sonra iyi yönetildi. Yani kriz yönetimine baktığımızda ilk başta sıkıntı vardı.” demektedir. K1, kriz yönetimine ait olumlu görüşlere ilişkin görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir:

Gerekli önlemler alındı. Birçok servis ve yoğun bakım tamamıyla Covid-19'a ayrıldı. Hastalar tekli odalarda diyalize alınabildi. İki üç servis ve dört beş yoğun bakım tamamıyla Covid-19'a ayrıldı. Oraya da girmeden önce tabii ki

kişisel koruyucu önlemlerimizi alıp o şekilde girip çıkıyoruz. Kurumun yeterli önlemleri aldığını düşünüyorum açıkçası.

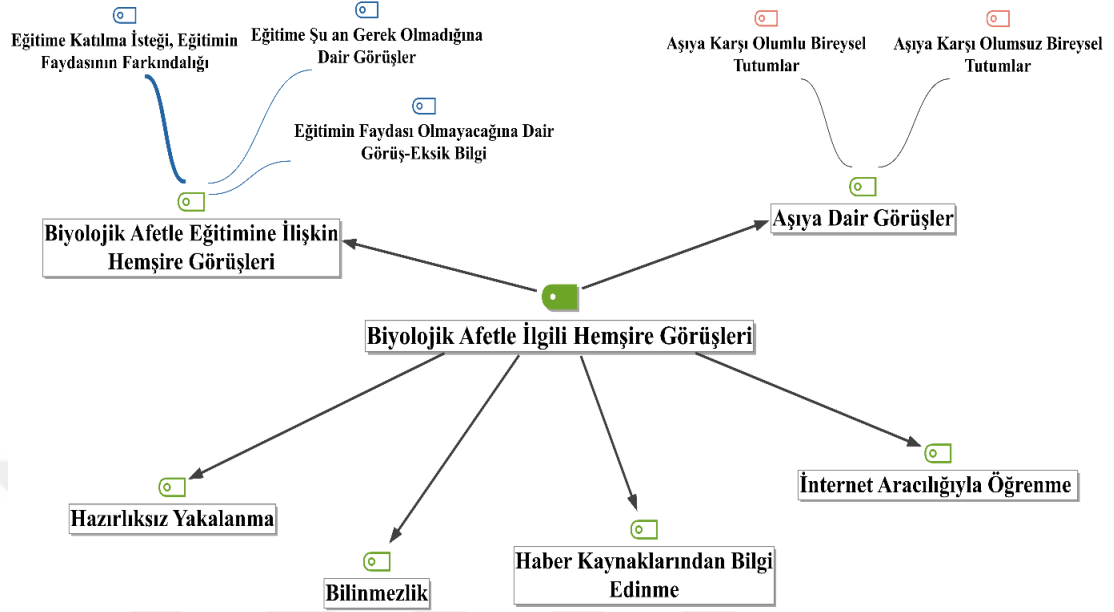
demektedir. Katılımcıların kriz yönetimine ait ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde; öngörülemeyen bir pandemi olması nedeniyle, sağlık personelinin kullanacakları temel kişisel koruyucu ekipmanlardan olan N95 maske, tulum-önlük, çizme gibi sadece nadir bulaşıcı hastalıklarda kullanılmak üzere hastane şartlarında kısıtlı stoklarda bulunmak üzere yeterli sayıda olmaması kriz yönetimini olumsuz etkilediği görülmüştür. Katılımcıların büyük bir kısmı özellikle pandeminin ilk başlarında maske temini sorunuyla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Bilinmeyen ve öngörülemeyen bir pandeminin tüm dünyayı alarma geçirmesi, hastanelerde yatak sayısının yetmemesi, hasta sayılarının bir anda artması ve kronik hemodiyaliz hastalarının normal şartlarda kendilerine ait diyaliz salonunda hemodiyaliz tedavisi almaları, izole alanlarının yetersiz olması, diyaliz hemşirelerinin en büyük problem yaşadığı konulardan biri olduğu görülmüştür.

3.11.2. Diyaliz Hemşirelerinin Biyolojik Afetle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

Biyolojik afetle ilgili hemşire görüşleri temasının altı kategorisi bulunmaktadır. Bu kategoriler, hazırlıksız yakalanma, internet aracılığıyla öğrenme, haber kaynaklarından bilgi edinme, aşırıya dair görüşler, biyolojik afet eğitimine ilişkin hemşire görüşleri ve aşırıya dair görüşler kategorileri olarak görülmektedir.

Biyolojik afet ile ilgili hemşire görüşleri temasının kategorisi olan biyolojik afet eğitimine ilişkin hemşire görüşleri kategorisini değerlendirdiğimizde eğitime şu an gerek olmadığına dair görüş, eğitimin faydası olmayacağına dair görüş-eksik bilgi ve eğitime katılma isteği, eğitimin faydasının farkındalığı olmak üzere 3 alt kod karşımıza çıkmaktadır. Şekildeki kategoriden kodlara gösterilen okların inceden kalına göre değişim göstermesi frekans sıklığı ile ilişkilidir. Afet eğitiminde katılımcılar eğitime katılma isteğinde sıklıkla bulunmuşlar ve bu eğitimlerin de faydalı olacağı düşüncesindedir.

Şekil 8: Biyolojik Afetle İlgili Hemşire Görüşleri Temasına İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

K9, eğitime şu an gerek olmadığına dair görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “Yani yararlı olabilir ama sürekli bu insanlarla karşı karşıya kalan insanlara eğitim verilebilir, herkese değil de. Yani şu anda o insanlarla karşı karşıya olmadığım için gerek yok diye düşünüyorum.” demektedir.

K7, eğitimin faydası olmayacağına dair görüş-eksik bilgiye dair görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “Yani aslında biyolojik afet deyince aklımıza yapay bir şeyler geliyor. O yüzden bu konuda eğitim almayı... Yani yapay olduğu için hani neyle ilgili eğitim alabiliriz ki? Hani o? Olmaz öyle...” demektedir.

Katılımcıların eğitime katılma isteği, eğitimin faydasının farkındalığına ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K10,

Bir standarda oturulabilir. (...) dünyada bir standarda oturtulup eğitim verilebilir aslında düzenli olarak. Eğitim verilse daha kolay olabilirdi ama bir yandan da malzeme eksikliğinden dolayı her türlü eğitim alsan da için malzeme eksikliğinden dolayı her türlü bir aksama olacaktı yani. Eğitim almayı isteriz tabii ki.

demektedir. K3, “Yani almadım almak isterim. Yani bir daha böyle farklı bir durum karşılaştığımda en azından panik olmazsın yani ne yapman gerektiğini bilirsin. O açıdan iyi olur.” demektedir.

K12, “Güncel olarak sık aralıklara unutmayacağım şekilde eğitim almak isterim. İnsan bildiği şeylerden daha az korkar.” demektedir.

Katılımcılara biyolojik afet eğitimine katılma istekleri sorulduğunda eğitimlerin faydalı olacağını, katılmak istediklerini, güncel olarak periyodik aralıklarla eğitim almak istediklerini dile getirmişlerdir.

Biyolojik afetlerle ilgili yanlış bilgilerde (bazı katılımcılarda biyolojik afet eğitimine gerek olmadığı, biyolojik afetin tamamen yapay olduğu gibi düşünceler oluşmuştur. Görüşme sonrası araştırmacı Rukiye Şimşek tarafından konuya ilişkin bilgi verildi) yanlış ve eksik bilgilere sahip oldukları görülmüştür.

Aşıya dair görüşler kategorisinin kodlarına bakıldığında, aşıya karşı olumsuz bireysel tutumlar ve aşıya karşı olumlu bireysel tutumlar kodları görülmektedir.

Katılımcıların aşıya dair olumsuz bireysel tutumlara ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K2,

Aşının bulunması beni psikolojik olarak hiçbir şekilde rahatlatmadı. Çünkü aşığı da bulanlar çok hızlı bir şekilde bulmuştu. O dönemde aşığı karşı güvensizliğim de çok fazlaydı. Aşığı da korka korka yaptırdık. Bir kere bu benim mantığıma hiç yatan bir şey değildi. Evet belki bizim sağlığımız vs. düşünüyor olabilir ama yine de ben kendimi yaptırmak için zorunlu hissettim

demektedir. K11, “Yani insanların vücut üzerindeki etkisi... Vücutta sekel kalması... Biliyorsun Covid-19 aşısı olduk. Bu aşılardan yan etkisini ileride göreceğiz yani biz sağlam insanlardaki yan etkileri ne olacak korkusu da var, korkuyla yapılan aşılarda var.” demektedir.

K7, “Aşıları inanmıyorum. Bunu da mecburiyetten yaptırdım.” demektedir.

K2, K7 ve K11 aşıya inanmadıklarını, mecburiyetten yaptırdıklarını ve aşıların yan etkisiyle ilgili endişelerinin olduklarını ifade etmişlerdir.

K1, aşıya karşı olumlu bireysel tutumlar koduna ait görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “Korku geçti, biraz rahatladık. Aşıyla birlikte hastalığın hastalık yapma şiddetinin azalmasıyla birlikte hem halk olarak açıkçası hem de hastane ekibi olarak biraz rahatladık.” demektedir. Aşıya karşı olumlu bireysel tutumlar kodu frekansı daha sık olup, katılımcılar aşının bulunmasıyla ve aşı olmalarıyla rahatladıklarını ve kendilerini güvende hissettiklerini belirtmişlerdir.

K1, hazırlıksız yakalanma kategorisi ile ilgili görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Bütün dünyayı etkisi altına alan bir pandemi ve bu kadar büyüyeceği bu kadar etki edeceği beklenmiyordu. O yüzden Covid-19 salgınıyla karşılaştıktan sonra

bir şeyleri telafi etmeye çalışıp önlem alınmaya başlandığını düşünüyorum. Bu sadece bizim kurum için değil, genel olarak bu ülke geneli ya da dünya genelinde böyle oldu. Çünkü bu kadar büyük bir salgın ve uzun zamandır karşılaşılmamıştı. Yani hem bu kadar ölümcül, yani ölüm riskinin yüksek olduğu hem de yan etkilerinin bu kadar ağır olduğu bir salgınla karşılaşılmamıştı...

demektedir. K2, hazırlıksız yakalanma, internet aracılığıyla öğrenme, haber kaynaklarından bilgi edinme ve bilinmezlik kategorilerine ait görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir.

Bizler de çok hazırlıksız yakalandık çünkü tamamen işte sosyal medyadan televizyondan veya kendi araştırmalarımızla yapılması gerekenleri yapmaya çalıştık. İnsanların söylediğini herkes uygulamaya çalıştı. Çünkü hiç kimsenin bu konuda bir bilgisi yoktu. O yüzden çok hazırlıksız yakalandığımız için de çok fazla negatif... Psikolojik olsun sosyal olsun gerçekten çok kötü ve zor bir şekilde atlattık bu dönemi.

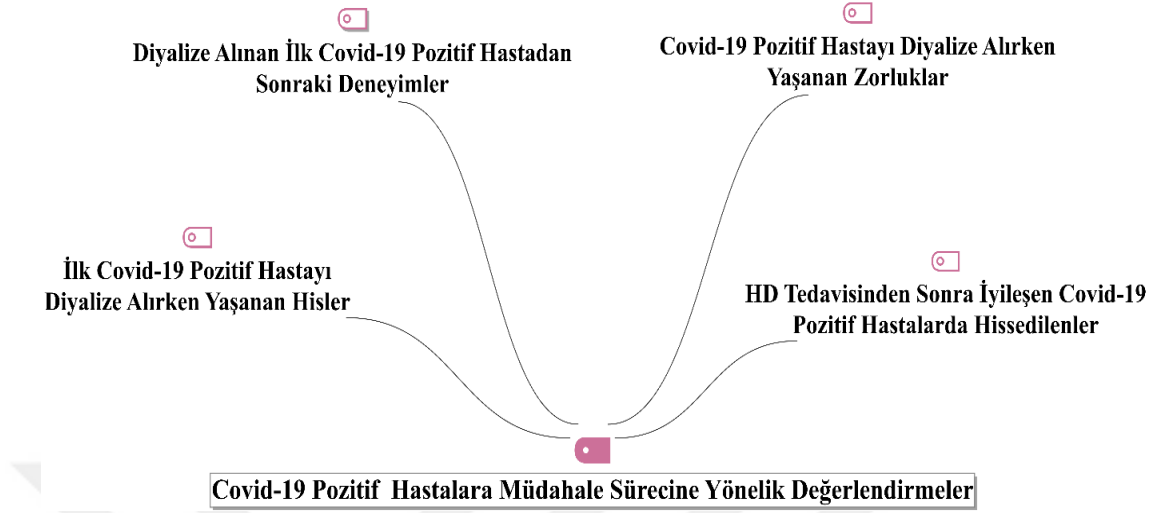
demektedir. K9, bilinmezlik kategorisine ait görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “Yani ilk etapta tabi herkesin hiç bilmediği bir şey olduğu için herkes çok şaşırdı. Bu Covid-19 ilk defa olduğu için herkes şaşkındı. Yani sağlık Bakanlığından başlayarak...” demektedir.

Katılımcılar arasında haber kaynaklarından ve internet aracılığı ile pandemi ilişkili bilgi edindikleri ve edinilen bilgileri ekip arkadaşları ve aileleri ile paylaşımda bulundukları da görülmektedir.

3.11.3. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pozitif Hastalarına Müdahale Sürecine Yönelik Görüşlerine İlişkin Bulgular

Covid-19 pozitif hastalara müdahale sürecine yönelik değerlendirmeler teması ilk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan hisler, diyalize alınan ilk Covid-19 pozitif hastadan sonraki deneyimler, Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan zorluklar ve hemodiyaliz tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler olmak üzere kategoride değerlendirilmiştir.

Şekil 9: Covid-19 Pozitif Hastalara Müdahale Sürecine Yönelik Değerlendirmeler Temasına İlişkin Değerlendirmeler

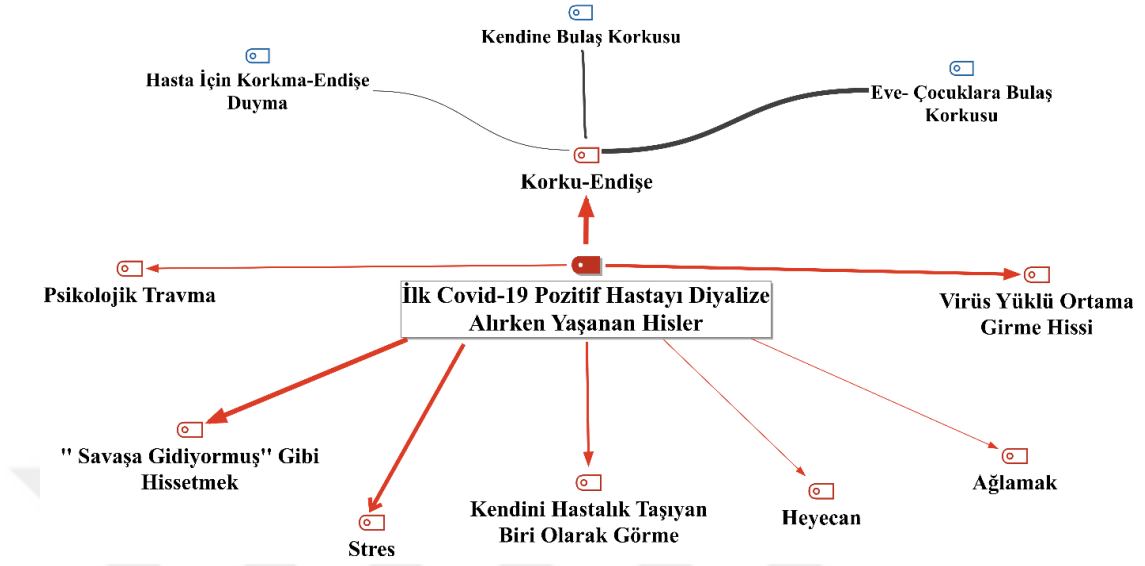


Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

3.11.4. İlk Covid-19 Pozitif Hastayı Diyalize Alırken Yaşanılan Hisler Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler

İlk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanılan hisler kategorisine ait alt kodlar değerlendirildiğinde virüs yüklü ortama girme hissi, korku-endişe, psikolojik travma, savaşa gidiyormuş hissi, heyecan, stres, kendini hastalık taşıyan biri olarak görme ve ağlamak alt kodları yer almaktadır. Şekildeki kategoriden kodlara gösterilen okların inceden kalına göre değişim göstermesi frekans sıklığı ile ilişkilidir. İlk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanılan hisler temasında katılımcıların savaşa gidiyormuş gibi hissetmek, korku-endişede eve-çocuklara bulaştırma korkusu, virüs yüklü ortama grime hissi ve stres alt kodlarında frekansların sıklaştığı görülmektedir.

Şekil 10: İlk Covid-19 Pozitif Hastayı Diyalize Alırken Yaşanılan Hisler Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

İlk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan hisler kategorisine ait alt kodlar değerlendirildiğinde virüs yüklü ortama girme hissi, korku-endişe, psikolojik travma, savaşa gidiyormuş hissi, heyecan, stres, kendini hastalık taşıyan biri olarak görme ve ağlamak alt kodları yer almaktadır. Şekildeki kategoriden kodlara gösterilen okların inceden kalına göre değişim göstermesi frekans sıklığı ile ilişkilidir. İlk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan hisler temasında katılımcıların savaşa gidiyormuş gibi hissetmek, korku-endişede eve-çocuklara bulaştırma korkusu, virüs yüklü ortama grime hissi ve stres alt kodlarında frekansların sıklaştığı görülmektedir.

Katılımcıların savaşa gidiyormuş gibi hissetmek koduna ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K3,

Savaşa gidiyormuş gibi hissettim açıkçası. Yoğun bakımda ilk pozitif hastamı almıştım sanırım. Yani...Ne zaman öleceğim falan diye düşünmüştüm. Hani çocuğum çok küçük, eve taşıyabilme korkusu vardı. Hani kendini falan bırakıyorsun artık ama onları düşünüyorsun. Ailene taşıma korkusu...Yani öyle hissetmişim.

demektedir. K5, “Herhalde benim gibi bütün arkadaşlarımda savaşa gidiyor gibi hissetti kendini. Yani sanki herkes ölecek gibiydi. Yani herkes ölecek, yarın seni gömecekler falan gibiydi yani.” demektedir. K12,

Savaşa gidiyormuşuz gibi hissettim en başında. Diyaliz ihtiyacı olan yoğun bakımda bir Covid pozitif hasta çıkmıştı. O gün icapçı hemşire alacaktı hepimizde bir korku endişe olmuştu. Nerdeyse o an ağlayacaktım, gözlerim dolmuştu. Yani ben gitmeyecektim o hastaya ama arkadaşımı sonuçta ve çocukları vardı. Herkesin korktuğu, sosyal medyada yolda ölen insanlar gördüğümüz ve tedavinin olmadığı zamanlardı bu anlattıklarım.

demektedir. İlk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan hisler temasında katılımcıların “savaşa gidiyormuş gibi hissetmek” kodunda frekans sıklığında artış görülmüş olup, katılımcıların çoğu bu hissi çok yoğun olarak yaşadıklarını ifade etmişlerdir. İlk defa böyle bir bulaşıcı hastalıkla karşı karşıya kalınması, sonuçlarının ne getireceğinin bilinmemesi, hastalığın tedavisinin henüz bulunamamış olması, herkesin evde hastalıktan korunma çabası içerisindeyken Covid-19 pozitif hastaların hemodiyaliz tedavisi için virüs yüklü ortama girmek zorunda kalmış olmaları, özellikle pandeminin başlarında sosyal medyada yolda yürürken bile ölen insanların mevcut olduğu görüntülerin yayılması bu hissin yoğunluğunun artmasına neden olduğu katılımcılar tarafından aktarılmıştır.

Katılımcıların kendini hastalık taşıyan biri olarak görme, korku-endişeden eve-çocuklara bulaş korkusu kodlarına ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır.

K4, “Ya stresli oluyordum çünkü evimde iki tane çocuğum var. Çocuklara bulaştırmak istemiyorum. Onlar daha küçük birisi anaokulu, diğeri üçüncü sınıf yani hep bir temas yoluyla hep bir kendimi bulaşıcı hastalık taşıyan bir varlık gibi gördüm.” demektedir. K5,

Herhalde benim gibi bütün arkadaşlarımda savaşa gidiyor gibi hissetti kendini. Öyleydi bilinmezlik...Sonuçta kapabilirsin sen bunu hadi kendin kaptın bunu tolere edebiliyorsun ama eve götürüp yakınlarına, yaşlılara hani aile büyüklerine ne kadar görüşmesek de bunların bir ihtiyaçları var karşılarken bulaş olur mu? tedirginliği yaşadık aslında sağlık personeli bir dönem kendimi mikropu gibi gördü yani. Halkta öyle gördü.

demektedir. K6, stres ve çocuğuna bulaşma korkusu alt koduna ait görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Korktum hani acaba bulaşır mı? Ama sonrasında da o bir stres oldu. Bir ter boşalması şeklinde şeyler hissettim. Ya çocuğumu düşündüm, çocuğum o zaman küçüktü. Kendimi düşündüm. Tansiyonum olduğu için Covid pozitif hastayı diyalize alıyorum ama, değişik şeyler duyuyoruz. Damarda tıkanıklık yapar beynine pıhtı atar vs.bu şekilde kendim için çok korktum o dönemde.

demektedir. Katılımcıların kendine ve evdekilere bulaş korkusu alt kodlarına ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K7, “Yani tedirgin oldum. Yani ben de bulaş alırsam ve bunu evdekilere taşırsam şeklinde tedirginliğim vardı. Onun dışında böyle hani hastalığın ne ve nasıl olduğunu anlamaya çalışıyordum.” demektedir. K8,

Ya evet zaten ilk, ilk defa pozitif hasta görüyordum ve ondan öncesinde zaten insanlar da çok büyük bir korku oluşmuştu. Haberlerde olsun, videolarda, internette olsun yani bayağı korkuyordu herkes ve ben de aldığımda bana bulaşacak diye çok korkuyordum. Çok tedirgin olmuştum hastaya özellikle gereksiz temas etmemeye çok özen gösteriyordum. Yani kat kat giyindiğim halde, yani öyle bir algı oluşmuştu ki... Hani o giydiğim şeylerin asla beni korumayacağını düşünüyordum.

demektedir. İlk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan hisler temasında katılımcıların korku-endişe kodunda ve 'eve-çocuklara bulaştırma korkusu alt kodunda frekans sıklığında artış görülmüş olup, kendilerine bulaşması korkusundan daha çok evdeki çocuklarına, yaşlı anne-baba gibi ebeveynlerine bulaştırma korkusunu ön planda yaşadıkları değerlendirilmiştir. Katılımcılarının çoğunluğunun kadın ve anne olmasından dolayı özellikle çocukları için tedirgin ve endişeli oldukları görülmüştür.

İlk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan hisler temasında katılımcıların “kendini hastalık taşıyan biri olarak görme” kodu değerlendirildiğinde; hem dışarıda halkın sağlık personelini virüs taşıyan biri olarak gördüklerini hissettiklerini, hem de kendilerinin de bu şekilde gördüklerini hissettikleri tespit edilmiştir.

Katılımcıların heyecana ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K12,

Kendim ilk pozitif hasta aldığımda aslında heyecan ve endişe bir aradaydı. Bulaşır mı yanlış bir şey yapar da enfekte olur muyum korkusu vardı. Koruyucu ekipmanlardan dolayı rahat hareket edemiyordum onu çok net hatırlıyorum. Ben içerdeydim dışarda bir arkadaşım yarı temiz alanda eksik malzemem olursa onu bana veriyordu. Daha önce hiç böyle bir ortama girmemekten kaynaklanan bir heyecan da vardı. Dediğim gibi ben destek ekipteydim, sorunlar olmuştu Covid pozitif hastaya girme konusunda. Hem yardım edebilmek hem de böyle bir işin içinde o hastaya dokunup tedavisine destek olmak bir yandan gururda vericiydi diyebilirim. İyi ve kötü hisler bir aradaydı.

demektedir. K1, “Benim işe ilk başladığım döneme denk geldi. O yüzden hem korkup açıkçası hem de heyecanlanıyordum. Hem işimi tam hani bilip bilmediğim konusunda emin değilken bir de üstüne Covid -19 salgını geldi. ilk Covid-19 hastamı yoğun bakımda aldım.” demektedir.

K2, virüs yüklü ortama girme hissi ve korku-endişe kodlarına ait görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

...Ve neyse giyindikten sonra hastanın başına gittiğimde. ...Evet, hatta kötü durumdaydı, entübeydi. Diyalize alırken, işte mümkün olduğu sürece ne kadar entübe de olsa insanda işte bilinmezliğin verdiği bir korkuyla. Çünkü Covidli bir ortam sanki hani inanılmaz bir mikrop ortamının içine giriyormuşsun gibi bir psikolojiyle yoğun bakımın içine ilk girdiğimde öyle istedim. Çünkü oradaki

herkes Covid pozitif. Bir tek benim diyalize aldığım hasta değil. Tamamen işte 15-20 tane yatan hastanın hepsi Covid pozitif ve sen tek başınasın...

demektedir. İlk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan hisler temasında katılımcıların heyecan ve virus yüklü ortama grime hissi kodları değerlendirildiğinde; eski diyaliz hemşiresi olan K12' nin daha önce böyle bir deneyiminin olmamasına dair yaşadığı heyecanı dile getirirken, yeni işe başlayan K1 diyaliz hemşiresinin işe ilk başladığı dönemin pandemiye denk gelmesi nedeniyle hem pandeminin yönetiminin öğrenmesinin hem de işi öğrenmesinin aynı dönemde olmasının heyecan ve korku duygusunu birlikte hissettiğini ifade ettiği görülmüştür. K2, hemodiyaliz tedavisi vereceği hastanın yanına girerken hastanın entübe olmasına rağmen virus yüklü ortama girme hissine kapıldığı, bunun da pandemiyle ilgili bilinmezlik nedeniyle endişe ve korku duyduğunu ifade etmiştir.

K1, hasta için endişelenmeye ait görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Ben daha çok hasta için endişelendim. Çünkü dediğim gibi hani iş hayatımın ilk dönemleriydi. Hani kötü bir komplikasyonda ne yapacağım ile ilgili de çok bilgili değilim. Çünkü zaten işte o hastayla hasta bilgileri, masalar, ekstra bir şeyler dışarı çıkarılmıştı. Hasta bakımı için içeri girildiğinde o konuda biraz zorlandım. Oradan bir korkmuştum ama ilk korkum hastaya bir şey olursa dışarıdan yetişebilecek miyim korkusuydu. Çünkü hastaları diyalize alıp çıkıyorduk.

demektedir. K3, hasta için endişelenmeye ait görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “İlk aldığım hastanın diyalizi kaldırıp kaldıramayacağını merak etmiştim açıkcası. Çünkü hastalığın nasıl ilerleyeceğini diyaliz sırasında mortalitenin normal akut böbrek yetmezliği hastalar kadar mı yoksa daha fazla mı olacağını bilmiyordum.” demektedir.

İlk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan hisler temasında katılımcıların hasta için endişelenme kodu değerlendirildiğinde; tecrübeli hemşirelerin Covid-19 pozitif hastaların hemodiyaliz tedavisi sırasında daha ağır komplikasyonlar gelişip gelişmeyeceği konusunda endişe duyduklarını belirlenirken, işe yeni başlayan diyaliz hemşirelerinin normal diyaliz seansında tecrübe sahibi olmamış olmalarından kaynaklanan hastada bir komplikasyon gelişirse nasıl müdahale edeceklerine dair endişelerinin oldukları tespit edilmiştir.

Diyaliz hemşirelerinden ilk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alan diyaliz hemşiresi K2, psikolojik travma, korku-endişe, ağlama kodlarına ve eve ve çocuklara bulaştırma korkusu alt koduna ait görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

İlk başta Covid-19 döneminde unutamadığım olaylarda bir tanesi ilk Covidli hastanın diyalizinin olduğu gün kendim icapçıydım ve icapçı olarak o hastaya benim çıkmam gerekiyordu. Hocamız tarafından ‘ilk Covide çıkan hemşire bundan sonra tüm Covidli hastaların diyalizini o yapacak diğer ekip buna karışmayacak ’gibi bir cümle duyduğumda çok büyük bir travma yaşamıştım. Ağlayarak bahçeye çıktım hastaya çıkmadan önce. Eşimi aradın. Eşim iş yerinden izin alıp geldi bana destek olmak için. Çünkü ne yapabileceğimi bilmiyordum. O anda çok büyük korkular yaşadım. İşte çocuklarımı bir daha ne zaman görebileceğim, eve gidip gidemeyeceğim. Çünkü bu konu hakkında herhangi bir bilgin ve tecrübem yoktu. Ne yapacağımı da bilmiyordum. Malzeme eksikliği zaten çok fazlaydı. İster istemez kendi sağlığımdan da çok tedirgin oldum. Hatta kendimden ziyade benim rahatsızlanmamdan ziyade bir anne olarak bu rahatsızlığı çocuklarıma, eve taşıma onlara bir şey olma korkusu daha baskın gelmişti. Çok büyük gerçekten psikolojik bir travma yaşamıştım. Bu şekilde...Çok büyük psikolojik olarak çok etkilendim bu durumdan. Ama bir şekilde mesleğimi icra etmek zorundayım. Sonuçta o hastalarında bana ihtiyacı vardı. Bir şekilde durum ne olursa olsun onu yapmak zorundaydım.

demektedir. K9, ekipten ilk Covid pozitif hastayı diyalize alacak hemşire arkadaşının, ekibin ve kendisinin yaşadıkları ana ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

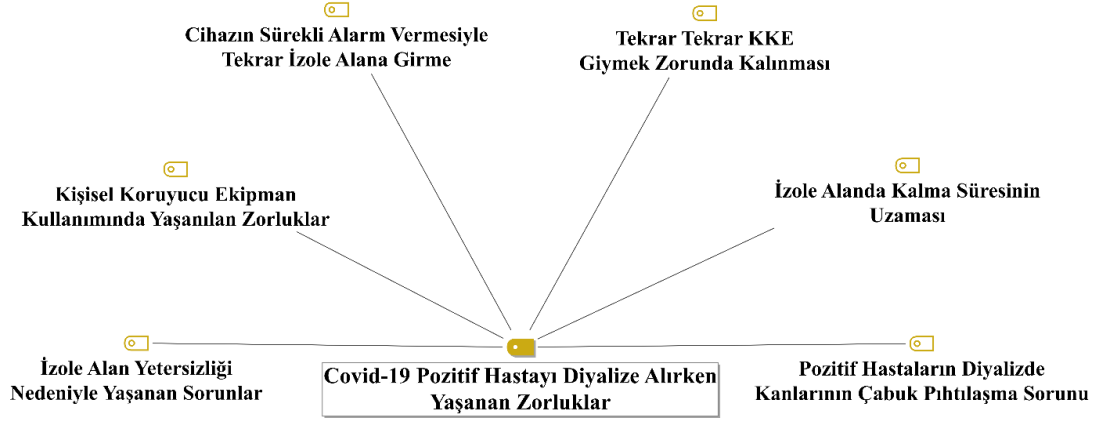
Kendi ilk hastamı hatırlamıyorum da ilk Covid pozitif hastayı diyalize alacak hemşire arkadaşımızı gönderirken çok iyi hatırlıyorum. Hepimiz sanki böyle şey...O hemşire ölümcül bir hastalığa yakalandı. Hepimiz neredeyse ağlayacaktık. Arkadaşın seansının saati belliydi. Akşam işte sekiz gibi alırsın falan dediler. Saati o zaman için altı- altı buçuk falandı herhalde işte akşam sekiz gibi hasta hazır olur işte sekiz civarında alırsın dediler. O da eve gitmişti işte o anlattı işte geri bildirim verirken hatırlıyorum onu işte annesi ağlamış, herkesle bir ağlamakla oldu falan öyleydi işte ama kendiminkini çok hatırlamıyorum, ben alışmıştım yani artık kaçınıcı günüydü ya bir hafta falan geçmişti, Covid olalı alışmıştık yani hepimiz alışmıştık ilk o arkadaşını gönderdikten sonra hepimiz artık benimsedik.

demektedir.

3.11.5. Covid-19 Pozitif Hastayı Diyalize Alırken Yaşanılan Zorluklar

Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanılan zorluklar kategorisi izole alan yetersizliği nedeniyle yaşanılan sorunlar, kişisel koruyucu ekipman kullanımında yaşanan zorluklar, cihazın sürekli alarm vermesiyle tekrar izole alana girme, tekrar tekrar KKE giymek zorunda kalınması, izole alanda kalma süresini uzaması ve Covid-19 pozitif hastaların diyalizde kanlarının çabuk pıhtılaşma sorunu olarak altı kod çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Şekil 11: Covid-19 Pozitif Hastayı Diyalize Alırken Yaşanılan Zorluklar Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Katılımcıların Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan zorluklar kategorisinde izole alan yetersizliği nedeniyle yaşanan sorunlara ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K1,

Akut salonumuz var, orası zaten tamamıyla yeterli değil. Yatak yok,sadece cihaz var. Hastalar neredeyse bitişik şekilde alınıyor. Orayı biz Covid-19 pozitif salonu yapmıştık. Covidi oradan kapıldığını düşünüyorum. Zaten az önce bahsetmiştim. Böyle hastalar çok yakın, alan yetersiz. Nazal kanül takmak için bile hastanın yatağına çıkmak gerekiyor bazen. Alanın yeterli olduğunu düşünmüyorum. Sadece Covid-19 için değil, genel diyaliz salonu açısından da...

demektedir. K3,

Yukarılarda servislerde hasta alırken Covid servisinde kötüydü yani. Hastaları göremiyorduk. Hatta bir keresinde hastanın fistülü çıkmıştı yani fistül iğnesi. Odadaki hastayı sürekli göremiyorduk. Aynı katta beş-altı hastayı alıyorsun yatak başı. Yani belli bir yer verilmedi bize. Hastaları toparlayabileceğimiz bir yer. Bir ara dördüncü kat Kalp Damar Servisten Covidli hastaları diyalize almaları için iki oda vermişlerdi. Hastaları orada alıyorduk. Kronik hemodiyaliz hastalarından pozitif olanları Pulmonoloji serviste diyalize alıyorduk. Covidin azaldığı dönemlerde dördüncü kattaki odayı almışlardı. O dönemde akut salonda Covidli hastaları aldık. Oranın alanı uygun değildi, küçüktü. Sosyal mesafeyi sağlamak zordu. En fazla dört pozitif hastayı aynı anda aldım diye hatırlıyorum. İlk zamanlar hastaları diyalize alıp dışarda bekledik. Sonraları içerde oturduk. Özellikle hasta kötüyse kapı şeffaf olmadığı için hastayı göremediğimiz için içerde önlük ve N95 ile pozitif hastayla bekledik. Bilgisayar başındaki masaya oturup hastayı en uzaktaki makineye alarak mesafeyi açmaya çalıştık...

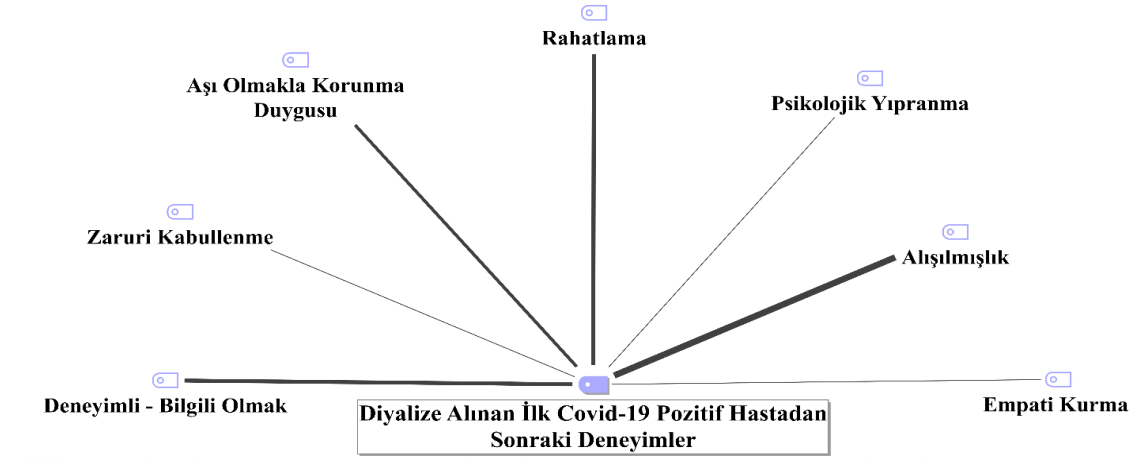
demektedir. K9, “Ama tabii ki hep tulumla oturduk işte maskeye hiç çıkarmadan tulumla. Ondan sonra üstüne normal önlük, galoşlar eldivenli bile oturduğumu hatırlıyorum yani ben temiz eldivenle oturuyordum...” demektedir.

Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan zorluklar kategorisinde izole alan yetersizliği nedeniyle yaşanan sorunlar değerlendirildiğinde; normalde akut hemodiyaliz içinde alanlarının yetersiz olduğunu, pandemi sürecinde Covid pozitif hastaları diyalize almaları için çeşitli dönemlerde farklı alanlar tahsis edildiği fakat yeterli izolasyon sağlanamadığına yapılan görüşmeler sonucunda ulaşılmıştır.

3.11.6. Diyalize Alınan İlk Covid-19 Pozitif Hastadan Sonraki Deneyimler Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler

İlk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan hisler temasında; diyaliz hemşirelerinden ilk Covid-19 pozitif hastayı diyalize alan diyaliz hemşiresi K2'nin ve ekipteki diğer katılımcıların da diyalize alınacak ilk covid pozitif hastanın olduğu gün bu durumdan çok etkilendikleri, ağladıkları, endişelendikleri, eve-çocuklara bulaştırma korkusunu en çok o gün özellikle icapçı olan ve covid pozitif hastayı diyalize alması gereken K2'nin yoğun duygular ve psikolojik travma yaşadığı, yapılan görüşmeler sırasında da fark edilmiştir. Bu zorlu dönemde ekipteki diğer katılımcılar da arkadaşları için endişelendiklerini, bundan sonra ne olacak, nasıl olacak, kimler pozitif hastayı diyalize alacak gibi akıllarında sorular oluştuğunu belirtmişlerdir. Yapılan görüşmeler sırasında arkadaşlarını sanki bir daha göremeyecekleri hissine kapıldıklarını, savaşa gidiyormuş gibi hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Şekil 12: Diyalize Alınan İlk Covid-19 Pozitif Hastadan Sonraki Deneyimler Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Covid-19 pozitif hastalara müdahale sürecine yönelik değerlendirmeler teması, diyalize alınan ilk Covid-19 pozitif hastadan sonraki deneyimler kategorisinde deneyimli-bilgili olma, zaruri kabullenme, aşı olmakla korunma duygusu, rahatlama, psikolojik yıpranma, alışılmışlık ve empati kodları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Şekildeki kategoriden kodlara gösterilen okların inceden kalına göre değişim göstermesi frekans sıklığı ile ilişkilidir Covid-19 pozitif hastalara müdahale sürecine yönelik değerlendirmeler temasında katılımcılar rahatlama ve alışılmışlık kodlarında daha sıklıkta bulunmuşlardır.

K6, Covid-19 pozitif hastadan sonraki deneyimler kategorisinde rahatlama koduna ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “Ya aynı şeyleri ortalama olarak hissettim ama duygularım biraz daha ilk heyecanlı stresim korkum biraz daha azaldı. Nasıl neyi, nasıl yapmam gerektiğini, nasıl kendimi temiz bırakmam gerektiğini öğrendikçe işi deneyimledikçe bu korkularım azaldı.” demektedir.

K2, Covid-19 pozitif hastadan sonraki deneyimler kategorisinde alışılmışlık ve zaruri kabullenme kodlarına ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Sonraki hastalarda daha rahattım. Artık ilk ne kadar da olsa bir şekilde zaruri de olsa kabullenmiş,.. Yani zaruri koşullanmış kabullenmeye girmiş oldum. Artık bundan sonra bunu yapmam gerektiğini kendime de bir şekilde kabul ettirdim ve artık diğerlerine girerken sanki normal bir hastaymış gibi artık daha rahat girip çıkmaya başladık buna daha çok alışmaya başladık. Çünkü öbür

türlü o zaman geçmeyecekti. Her hastada aynı stresi yaşamış olsam bu sefer benim için o meslek hayatı bitmeyecekti. O yüzden daha rahat, daha normal bir şekilde girmeye başladım.

demektedir. K4, Covid-19 pozitif hastadan sonraki deneyimler kategorisinde deneyimli olma koduna ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “Sadece birazcık daha tecrübe kazanmış oldum. En azından ne yapacağımı nasıl gireceğimi biliyordum. Nasıl davranacağımı biliyorum. Dikkat etmem gerektiğini biliyorum ama birazcık ne diyeyim? Profesyonelleşmeye başladık yani girip çıkarken bilinçli girdik. Sonra zaten alıştık gittik yani...” demektedir.

Covid-19 pozitif hastadan sonraki deneyimler kategorisinde rahatlama, alışılmışlık, zaruri kabullenme ve deneyimli olma kodlarına ilişkin yapılan değerlendirmelerde; katılımcıların bir süre sonra ilk hastalarını diyalize alırken hissettikleri stres, gerginlik ve heyecanın yerini neyi nasıl yapacağını bilme, tecrübe kazanma, bu duruma alışma ve bu duruma meslekleri gereği zaruri kabullenme hallerinin olmak zorunda olduklarını ifade etmişlerdir. Pandeminin ilerleyen süreçlerinde ne zaman ne yapılması gerektiğini, nelere daha çok dikkat edilmesi gerektiğini deneyimleyerek öğrendiklerini ve kendilerini profesyonel hissetmeye başladıklarını belirtmişlerdir.

K11, Covid-19 pozitif hastadan sonraki deneyimler kategorisinde aşı olmakla korunma duygusu koduna ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “Artık sonradan alıştık. Hatta tulum bile giymemeye başladık. Sadece bir giriş çıkışı esnasında normal önlük, maske, gözlük, siperlik o kadar artık alıştık dedik. Yani aşımızda olduğu için biraz da güvence oluyor.” demektedir.

Covid-19 pozitif hastadan sonraki deneyimler kategorisinde aşı olmakla korunma duygusu koduna ilişkin yapılan değerlendirmelerde; katılımcılardan çoğunun aşı olmakla korunma duygusunun geliştiği, pandeminin ilerleyen süreçlerinde de ilk başlardaki kadar kişisel koruyucu ekipman giyilmediğini belirtmişlerdir. K3, Covid-19 pozitif hastadan sonraki deneyimler kategorisinde psikolojik yıpranma ve empati kurma koduna ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

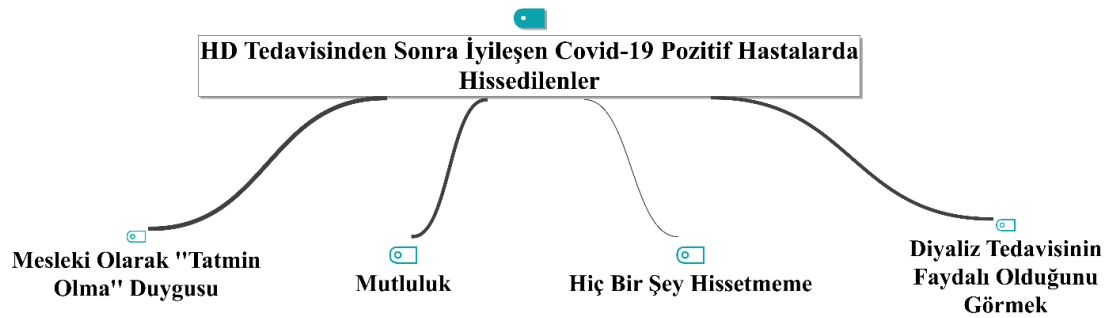
İlk hastaya öcü gibi bakmıştım açıkçası yani. Hani hiç bilmediğim bir şey olduğu için. Daha sonra hastanın yerine koyuyorsun artık, mesleğin gereği. Yani diğer hastalara belki yapmadığın yaklaşımı ona yapıyorsun. Daha samimi, empati kuruyorsun hatta. Birde o zamanlar tedavi de olmadığı için hastalar sürekli ex oluyordu. Psikolojik olarak da yıprandık yani...

3.11.7. Hemodiyaliz (HD) Tedavisinden Sonra İyileşen Covid-19 Pozitif Hastalarda Hissedilenler

Covid-19 pozitif hastadan sonraki deneyimler kategorisinde psikolojik yıpranma ve empati kurma koduna ilişkin yapılan değerlendirmelerde; katılımcıların pandeminin bilinmez olması, ilk süreçte tedavisinin olmaması, hastaların gözlerinin önünde exitus olmaları nedeniyle psikolojik olarak yıprandıklarını dile getirmişlerdir. Daha sonra ise hastaların iyileşmesi için onlara merhametle yaklaşıp empati kurduklarını belirtmişlerdir.

Covid-19 pozitif hastalara müdahale sürecine yönelik değerlendirmeler teması, HD tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler kategorisi mesleki olarak tatmin olma duygusu, mutluluk, hiçbir şey hissetmeme, diyaliz tedavisinin faydalı olduğunu görmek kodları çerçevesinde değerlendirilmiştir. Şekildeki kategoriden kodlara gösterilen okların inceden kalına göre değişim göstermesi frekans sıklığı ile ilişkilidir HD tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler temasında katılımcılar mesleki olarak “tatmin olma” duygusu, mutluluk ve diyaliz tedavisinin faydalı olduğunu görmek kodlarında daha sıklıkta bulunmuşlardır.

Şekil 13: Hemodiyaliz Tedavisinden Sonra İyileşen Covid-19 Pozitif Hastalarda Hissedilenler Kategorisine İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

K2, HD tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler kategorisinde mesleki olarak tatmin olma duygusuna ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Tedavinin faydalı olduğunu görmek sonuçta mesleğimizin bizim en güzel tatmin edici kısmı bu. O kadar zor şartlarda çalışırken bir hastanın tedavi sürecinin olumlu bir şekilde sonuçlanması bizim mesleki olarak en çok doyuran şeylerden bir tanesi. Zaten bu duyguyu yaşayamamak olsak sanırım bu mesleği icra etmek imkansız gibi bir şey olabilirdi

demektedir. Katılımcıların HD tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler kategorisinde tedavinin faydalı olduğunu görmek ve mutluluğa ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır.

K3, “Yani ilk yoğun bakımdan taburcu olan bir hastamız amca vardı. Çok mutlu olmuştuk. Yani demek ki herkes ölmüyormuş dedik o zaman. Yeterli tedavi yapıldığında...” demektedir. K4,

İlk başta Covid-19’un hepsini ölecek düşüncesiyle gördüğümüz için atlattığımız zaman bizim için bir mutluluk da en azından bir şeyi başardığımızı hissettik. Demek ki biz iyi bir şeyler yapabiliyormuşuz en azından sağlık sektöründe bir nebze diğer ülkelere göre iyiymiş diye düşündük yani...

demektedir. Katılımcılardan K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K9, K11, K12 HD tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda olumlu duygular hissettiklerini ifade etmişlerdir.

HD tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler kategorisinde; katılımcıların hemodiyaliz tedavisinden sonra iyileşen, taburcu olan hastalarını ve hemodiyaliz işleminin tedaviye katkı sağladıklarını gördüklerinde mesleki olarak tatmin olma duygusu, mutluluk, duyduklarını bu zorlu pandemi sürecinde en azından bir şeyleri başarma hissini yaşadıklarını ve tedaviye katkı sağladıklarını hissettiklerini, bu duyguların diyaliz hemşirelerinin çalışma motivasyonlarını olumlu olarak etkilediği değerlendirilmiştir.

K10, HD tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler kategorisinde hiçbir şey hissetmemek koduna ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Hastaları aslında yeni yeni tanıyorum. Bizim normalde bu süreçte kronik hastalarımız olduğu için o zaman daha çok kronik hastalara gidiyordum daha doğrusu. Genellikle o ilk başlardaki dönemlerde kronik hastalarımız denk geliyordu bana her seferinde. Kronik hastalarımız olduğu ve ben yeni atandığım için onları yeni yeni tanıyordum. O yüzden çok da bir şey hissetmedim. Yani çok bağ kurmadığım için çok da etkilenmiyordum açıkçası...

demektedir.

3.11.8. Diyaliz Hemşirelerinin Kronik HD Tedavi Alan Hastalara Yönelik Gözlemlerine İlişkin Bulgular

HD tedavisinden sonra iyileşen covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler kategorisinde hiçbir şey hissetmemek koduna ilişkin yapılan değerlendirmede; K10'nun yeni atanması, işe yeni başlaması, kronik hastaları yeni tanımaya başlaması ve bu süreçte onları tanımadığı için bağ kurmaması nedeniyle çok etkilenmediği tespit edilmiştir. Diğer katılımcıların ise kronik hastalarını önceden tanıyarak olmaları, haftanın üç günü dört saat sürekli aynı hastalara hemodiyaliz tedavisi vermeleri nedeniyle etkileşim içinde olmaları sonucunda duygusal bağ kurma olasılıklarının yüksek olduğu değerlendirilmiştir.

Şekil 14: Kronik Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalar Üzerinde Hemşire Gözlemleri Temasına İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Kronik HD tedavisi alan hastalar üzerinde hemşire gözlemleri teması diyaliz tedavilerinin aksamaması, korku, üzüntü, ölüm korkusu, gerginlik ve tedirginlik kategorileri olarak değerlendirilmiştir. K2, kronik HD tedavisi alan hastalar üzerinde

hemşire gözlemleri temasında diyaliz tedavilerinin aksamamasına ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Hastalarla ilgili olan tedavi süreçlerinde aksayan bir şey olduğunu düşünmüyorum. Onlar tedavilerini almaya devam ettiler. Evet diyaliz maalesef ki özellikli birimlerden olduğu için hasta bir işe gider gibi aynı bizim gibi haftanın üç günü dört saat tedavisini almak zorunda. O yüzden onlarda bir kesinti yaşanmadı, bunların tedavileri devam etti.

demektedir. K11, kronik HD tedavisi alan hastalar üzerinde hemşire gözlemleri temasında korku ve gerginlik kategorisine ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Hani hastalarda korku oluştu. en ufak birisinde öksürük olsa bunda Covid var bize bir şey mi olacak? Bu niye burada giriyor? Böyle onlarda korku oluştu. Ya da işte yanındaki hasta tabi şüpheli olduğunda bu neden test vermiyor? Biz Covid testine ilk başta test için acile gönderiyorduk. Hani acile gitmeyi kabul etmiyordu bile. Hasta bu, neden Covid testi vermiyor, bizim hayatımızı neden tehlikeye atıyor? bu gibi sorunlar çok oldu.

demektedir. K5, kronik HD tedavisi alan hastalar üzerinde hemşire gözlemleri temasında tedirginlik ve gerginlik kategorisine ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Yani hastalar kendileri bir tedirgin oldu çünkü tek servisle geliyorlardı. Her ne kadar maske taksalar da aralarında buna çok uymayan ya da dikkat etmeyen mutlaka oluyordu. Kendi aralarında da uyumsuzluk oluyordu ve biz bunları uyarıyorduk ama kendileri de dolu bir dolmuşla gelip gitmek istemiyorlardı... Yani bir gerginlik vardı hastalar arasında.

demektedir. Katılımcıların kronik HD tedavisi alan hastalar üzerinde hemşire gözlemleri temasında ölüm korkusu, üzüntü ve gerginlik kategorisine ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K1,

Normal kronik diyaliz hastalarını alıyoruz ama sonrasında pozitif çıkıyor. Yanındaki hasta da bu sefer geriliyor. Hani ben pozitif hastayla aynı ortamda alındım. Ki rutin hastalarımızdan yoğun bakıma yatan iki hastamız oldu. Onlar için de çok zor bir süreçti. Baya kilo kaybı ve psikolojik olarak ruhsal bir çöküntü oldu. Zaten diyalize girmiş olmanın verdiği o yüklerle birlikte Covid-19'la birlikte yoğun bakımı kabullenememe durumları oldu. Arkadaşları da ister istemez sürekli haftanın üç günü dört saat birlikteler ve hem bir korku hem de üzüntü, ölüm korkusu çok yaşandı özellikle. Zaten bağışıklıkları çok düşük olduğu için kendilerinin rutin bir hastalıkları olduğu için ekstra korunma beklentisi oldu açıkçası. O yüzden bir tık gerginlik, sinirlilik ve korku artışı yaşandı.

demektedir. K3,

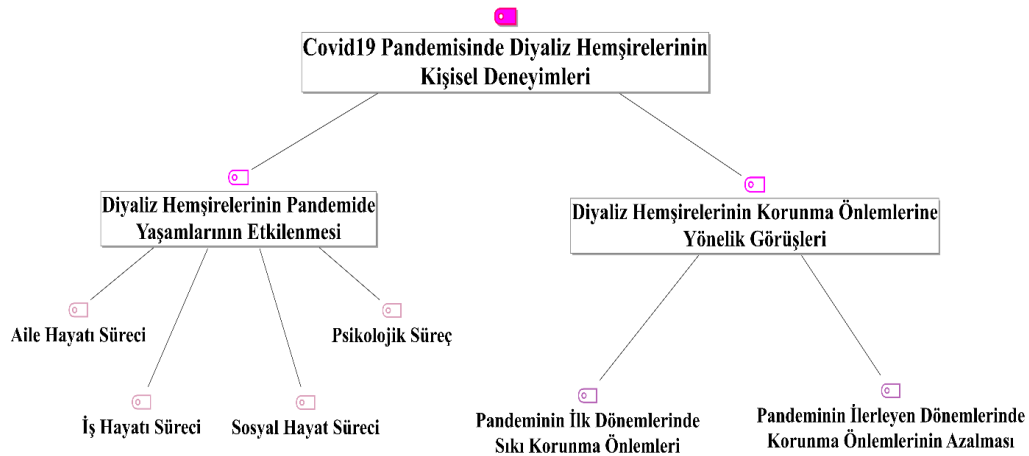
Onlar zaten kendilerinin kronik hastalıklarının olmasından dolayı daha çok dikkat ettiler. Daha çok hani bize sıra ne zaman gelecek? Ölüm korkusu daha çok oldu onlarda, özellikle yaşlılarda. İletişim problemleri çok yaşadık, kavgalar çok oldu. Dikkat etmeyen hastalara, özellikle maske takmayanlar onlar birbirleri arasında gerilince bize de yansiyordu.

demektedir. Kronik HD tedavisi alan hastalar üzerinde hemşire gözlemleri teması diyaliz tedavilerinin aksamaması, korku, üzüntü, ölüm korkusu, gerginlik ve tedirginlik kategorileri değerlendirildiğinde; covid-19 pandemi döneminde kronik diyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisinin aksamadığı öğrenilmiştir. Kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz hastalarının bağışıklık sistemlerinin düşük olması nedeniyle covid pozitif olmaktan dolayı korktukları ve tedirgin oldukları ve ölüm korkusu yaşadıkları katılımcılar tarafından bildirilmiştir. Bundan dolayı zaman zaman maske takılmaması ve öksürük vb. gibi semptomları olan hastaların PCR testi vermek istememesi nedeniyle hastalar arasında gerginlik ve iletişim sorunları yaşandığı belirtilmiştir. Aynı seansta birbirleri tanıyan hastalardan birinin Covid pozitif olması nedeniyle yoğun bakımda yatmış olması, diğer kronik hemodiyaliz hastaları üzerinde hem üzüntülerinin artması hem de ölüm korkularının artmasına ve daha çok endişelenmelerine neden olduğu öğrenilmiştir.

3.11.9. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisindeki Kişisel Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Covid-19 pandemisinde diyaliz hemşirelerinin kişisel deneyimleri teması diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesi ve diyaliz hemşirelerinin korunma önlemlerine yönelik görüşler ve kategorilerinde değerlendirilmiştir.

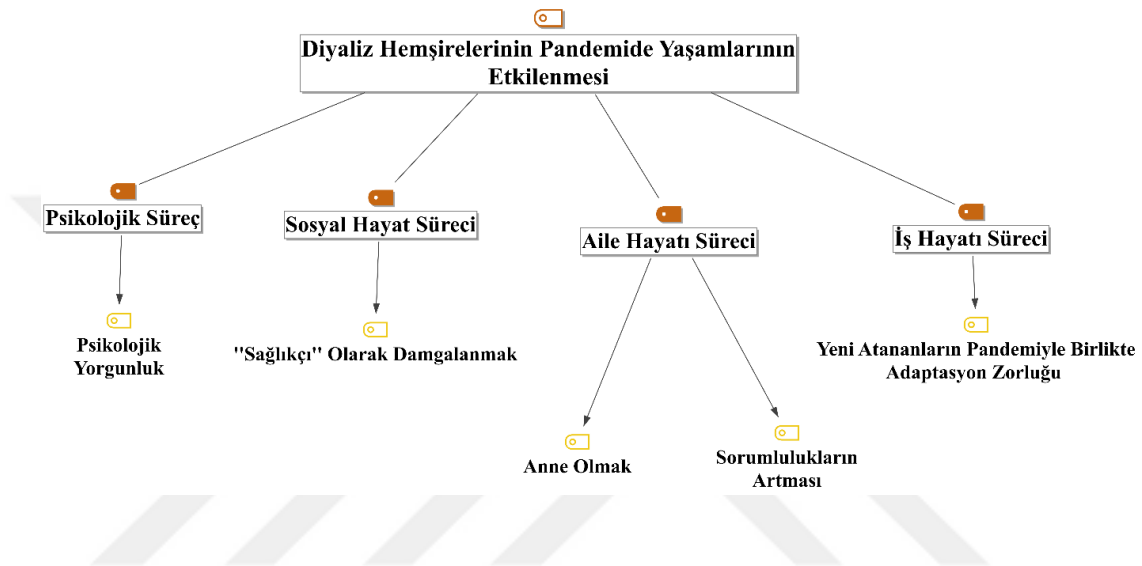
Şekil 15: Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Kişisel Deneyimleri İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesi kategorisi aile hayatı süreci, iş hayatı süreci, sosyal hayat ve psikolojik süreç kodları çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Şekil 16: Diyaliz Hemşirelerinin Pandemide Yaşamlarının Etkilenmesi Koduna İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesi kategorisi psikolojik süreç kodunda yer alan psikolojik yorgunluk alt kodu, sosyal hayat sürecinde “Sağlıkçı” olarak damgalanmak alt kodu, aile hayatı sürecinde anne olmak ve sorumlulukların artması alt kodu, iş hayatı süreci ise yeni atananların pandemiyle birlikte adaptasyon zorluğu alt kodu çerçevesinde değerlendirilmiştir.

K1, diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesine ait sosyal hayata ilişkin değerlendirmelerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Şöyle sosyal hayatım sıfırlandı. Hiçbir şekilde dışarı çıkamadım. Tek hayatım hastane-ev arası oldu. Hastanede sürekli aynı ortam sürekli Covid-19 pozitif hastalar ile dışı olduğum için biraz açıkçası biraz asosyal oldum. Şöyle sürekli gergin, huzursuz ve sinirli bir ortam oldu açıkçası herkes için. Çünkü şey, acaba kaptım mı? En ufak bir öksürükte ya da ne bileyim bir ateşte, soğuk algınlığı bile olsa Covid mi kaptım, ya da birine mi bulaştırdım, bana mı bulaştı gibi sürekli endişeli ve huzursuz bir ortam oldu açıkçası. Sosyal hayat sıfırlandı. Dışarı çıkmak bile yasak oldu yani o dönemler biraz sıkıntılı dönemlerdi. İnşallah bir daha başımıza gelmez. Ailemle o dönemde hiç görüşmedim,

yanlarına gitmedim bulaştırmak korkusundan dolayı. Zaten yalnız yaşıyordum...

demektedir. K5, diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesine ait sosyal hayata ilişkin değerlendirmelerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “İnsanla sarılmayı unuttu, temasta sıkıntı oldu. Çocuklarda da ilk başta aynı sıkıntı vardı ki neyse atlattılar ama.” demektedir.

K2, diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesine kategorisine ait aile süreci kodunun alt kodu olan sorumluluk artmasına ilişkin değerlendirmelerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Bir ara eve gelmemeyi düşündüm. Evde eşime sen çocuklarla kalmalısın. Ben işte hastanede bu enfekte ortam bitene kadar...anne, babalarımız çünkü kronik hastalığı olan insanlardı ve kronik hastalığı olan insanların bu dönemde daha zor etkilendiğini düşünüp işte bizde bir vicdani sorgu...Benim yüzümden onlara bir şey olursa ben bunu o vicdanla atlatamam sorgusuyla daha temkinli davranmaya çalışıyordum.

demektedir. K9, diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesi kategorisinde aile süreci, psikolojik süreç kodları ve sorumluluk artması alt koduna ilişkin değerlendirmelerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Yani ben bir ara şey düşündüm. Hani bu devlet kurumları otel olarak kullanıldı falan bir ara dedim, eve gitmesem oraya mı gitsem falan diye işte çocuğa bulaştırmayım diye. Sarılmaya gelmek istiyor. Mesela işte çocuğumu durduruyorum. Bir süre sonra o sevgisini sorgulamaya başladı. Hani siz beni sevmiyorsunuz artık bana sarılmıyorsunuz artık ama biz işte babası da sağlıkçı olduğu için o da yani o valizi toplayıp gitmişti. Yani bir ay eve hiç gelmedi. Biz bu süreçte de tabi annemlerin, babamların desteği oldu. Benim tarafımdan daha doğrusu babası hiç yoktu. Bir ay hiç görüşmediğimiz için hem bütün yük bana kalmıştı, bir de onun yükü vardı... işte her şeyi planlamak, programlamak çözmek her şey bana kaldı. Yani bir de buradaki stres...Evdeki stres ayrı evdekileri koruma içgüdüğü ayrı, yani her şeyin stresi vardı. Onun dışında işte dediğim gibi aile ortamımız çok etkilendi. Yani hani hiçbirimiz yansıtmamaya çalıştık. Eşimle ben de çocuğa yansıtmamaya çalıştık ama tabi onun geri bildirimlerini daha sonra alınca... Hala söylüyor mesela onu dönemde sarılamadığımızı işte hani anne, baba, anne, baba işte keşke sen hemşire olmasaydın, keşke sağlıkçı olmasaydınız falan dediği dönemleri hatırlıyorum yani.

demektedir. K6, diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesine aile süreci ve psikolojik sürece ilişkin değerlendirmelerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Psikolojik olarak, yani bir sürekli bir hastalık endişesi vardı. Bir şey yapamıyorsun, dışarı çıkamıyorsun, insanlarla görüşemiyorsun, ailene gidemiyorsun. Ben sağlıkçıyım. Ailemi enfekte etmekten onları hasta etmekten korktum. Kendi annemi babamı da rahatsızlıkları olduğu için o yüzden...Etkilendim, yani kendimi yalnız hissettim.

demektedir. Katılımcıların anne olmak ile ilgili görüşleri aşağıda yer almaktadır. K3, “Anne ve kadın bir çalışan olmak (...) Yani yükün daha da artıyor zaten. Bir de psikolojik olarak hani bana bir şey olursa diye çocukları düşünüyorsun...” demektedir.

Katılımcıların sağlıkçı olarak damgalanmak ve psikolojik yorgunluğa ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K7,

Kendimizi böyle mikropmuşuz gibi hissetmemizi sağladı bence ve diğer insanlardan yani özellikle ev halkından kendimizi sürekli izole tutmamıza geride durmamızı. Bunu sağlıkçı olduğumuz için söylüyorum, onun dışında böyle izolasyon süresine girdiğimizde böyle bir mahkumsunuz gibi bir ortam oluyordu. Çünkü kapıya geliyor yemeğin ve kapıdan sen alıyorsun falan ve dışarıya çıkmıyorsun hiçbir şekilde. Koskocaman evde tek başına... psikolojik olarak bence çok yıpratıcıydı. Hani acaba bulaştırdım mı? Sorusu çok fazlaydı.

demektedir. K12, “Bir de şunu deneyimledim diyebilirim sağlıkçı olarak. Akrabalarım ve arkadaşlarım tarafından mikrop taşıyan, hastalığı bulaştırabilir gözüyle görüldüğümü ve bu nedenle benimle görüşmediklerini...” demektedir. K5, “Aslında sağlık personeli bir dönem kendimi mikroplu gibi gördü yani. Halkta öyle gördü.” demektedir.

K4, anne olmak ve sağlıkçı olarak damgalanmak ile ilgili görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir:

Yani tek problem çocuklarım...Benim üzülmem değil, çocuklarımın üzülmemesi, dışarı çıkıp oynamak istemediler. Kendilerini benden dolayı pis, mikroplu görüldüklerini onlar da anladılar. Çünkü çocuk olsalar bile anladılar. Dışarda komşuların çocuklarıyla oynadıklarında benim hemşire olmamdan dolayı dışlandılar. Benim çocuklarım dışarı çıkıp o dönemden beri hâlâ daha dışarı çıkıp diğer çocuklarla oynamıyorlar. Çünkü çocuklar acımasız. Zaten onların bir dışlanmışlıkları var. Yani onlar için sadece evimin ortamını değiştirdim, yaşam alanlarımızı değiştirdik, bahçemizi değiştirdik. Onlar o şekilde alan oluşturduk.

demektedir. Yeni işe başlayan katılımcılardan K10 ve K1’in pandemiyle birlikte adaptasyon zorluğu yaşadıklarına ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır: K10, “Direkt covidin içine işe başladığımız için ilk başta bir adaptasyon sıkıntısı oldu (...) O psikolojiyle. Kolay değildi, yani ilk defa işe başlamışsınız bir de Covid döneminde başlamışsınız. O yönden zordu.” demektedir. K1,

Benim işe ilk başladığım döneme denk geldi. O yüzden hem korkup açıkçası hem de heyecanlanıyordum. Hem işimi tam hani bilip bilmediğim konusunda emin değilken bir de üstüne Covid -19 salgını geldi. Genelde içeriye nöbetleşe girildiği için hem kendimi yalnız hissettim hem de uygulayacağım diyalizden korktum. (...) O yüzden zorlu ve korkutucuydu.

demektedir. Diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesi kategorisindeki tüm kodların birbiriyle sıkı ilişkisi olduğu değerlendirilmiştir. Sosyal hayat kodu değerlendirildiğinde; bu sreğte ev-hastane dışında bir sosyal hayatlarının olmadığı, ayrıca sosyal hayatlarında hemşire olmalarından dolayı sağlıkçı olarak damgalanarak, mikrop taşıyan kişiler olarak görüldüklerini, buna yönelik kendilerine ve çocuklarına yapılan çeşitli davranışlar ile karşılaştıklarını ifade eden katılımcı görüşleri yer almaktadır. Aile hayatı kodu değerlendirildiğinde; tüm katılımcıların ailelerini korumak için ekstra çaba gösterdikleri, gerekli durumlarda çocuklarından, eşlerinden, diğer aile bireylerinden ayrı kaldıkları dönemler yaşadıkları öğrenilmiştir. Özellikle çocukları olan katılımcıların; anne oldukları için daha fazla endişelendikleri, korktukları, psikolojik olarak da fazla yoruldukları ve sorumluluklarının arttığı tespit edilmiştir. Kendilerine bulaş korkusundan daha çok çocuğuma bir şey olursa endişesi taşıdıkları grlmştir. Kapanma dönemlerinde çocukların okula gidememesi, evde çocukların bakımını üstlenecek kişilerin olmaması konusunda sorumlulukların arttıklarını, özellikle çocuğun bakımı konusunda çok zorlu günler geçirdikleri, anne olan katılımcılar ile yapılan görüşmelerde öğrenilmiştir. Sağlıkçı olarak damgalanmak alt kodundan bahseden K4, özellikle çocuklarının kendisinden dolayı mikropluymuş gibi dışlanmasını anlatırken anne olarak duygusal anlar yaşamıştır. İş hayatı süreci değerlendirildiğinde; bu alt kodunda psikolojik yorgunluk ile oldukça sık ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Covid-19 bulaştı mı? en ufak semptomda endişelendiklerini, zaman zaman ekipte gergin ortamlar yaşansa da diyaliz hemşiresinin yetersiz olması nedeniyle izolasyona ayrılıp geride kalan ekibin zor durumda kalmaması için bir çaba gösterdikleri katılımcılarla yapılan görüşmelerde öğrenilmiştir. İş hayatı sürecinin alt kodunda yer alan yeni atananların pandemiyle birlikte adaptasyon zorluğu yaşadıkları; hayatlarında ilk iş deneyimlerinin olması, diyaliz işlemini öğrenmeden Covid-19 pozitif hastalarla karşılaşmak zorunda oldukları döneme denk geldikleri için yaşadıkları bu sreğte korktuklarını ve adapte olmakta güçlük çektikleri K10 ve K1 ile yapılan görüşmelerden öğrenilmiştir.

Diyaliz hemşirelerinin korunma önlemlerine yönelik görüşleri kategorisinin pandeminin ilk dönemlerinde sıkı korunma önlemleri kodu değerlendirildiğinde; K2,

Çok temkinli davranmaya çalışıyordum işte mesaim bittikten sonra arabamda alet dezenfektanı, el dezenfeksiyonu işte ekstradan ayrı bir çöp kovası gibi... Bir

tane araba var ve bu arabayı eşim ve ben ortak olarak kullanıyorduk. Benden sonra eşim o arabaya bindiğinde o enfekte olursa diye eve gelirken eşimi arıyorum çocukları bir odaya koy kapat. Ben hemen banyoya gireceğim, onları hiç görmeden. Bana sakın sarılmasınlar dokunmasınlar, temas etmesinler diye eve direk banyoya gidip banyodan sonra her yeri tekrar çamaşır suyuyla yıkayıp... O dönemde gerçekten psikolojimiz altüst olmuştu.

demektedir. K4,

Eve geldiğim zaman doğrudan banyoya giriyordum. Tüm kıyafetlerimi banyoda çıkartıp doğrudan makineye atıyorum. Formalarım da dahil hepsi 60 derece yıkaniyordu. Aldığım bütün market malzemelerini de tek tek çamaşır, çamaşır, sulu bezle silip ondan sonra dolaplara yerleştiriyorum. Hastaneye ekstradan çamaşır götürüyorduk. Hastaneye iç çamaşırımız ondan sonra atletimiz hepsini götürüyorduk. Ekstradan formalarda. Çünkü tulumu giydiğimiz zaman tamamıyla ıslanıyordu, onları da ekstradan çıkartmam gerekiyordu. Her şeyimi 60 derecede yıkattım. Kıyafetlerimiz de aynı şekilde formalar her gün 60 derecede yıkandı. Aynı kıyafet de gidip eve gelince kıyafetler yıkıyor, sabaha kadar kurutup, yine aynı kıyafetlerle geliyoruz. Bakımsızlık, bitkinlik, bir buhran...yani değişik bir şeydi. Her şeye uyduğumu düşünüyorum ben.

demektedir. K3, “Çok stresli bir dönemdi. Özellikle eve taşımama korkusu çok yaşadık. Yani her gün banyo, her icaba gidiş gelişte banyo yani günde üç dört kere yapıyordum. Temizlik konusu o sırada arttı mesela. Daha çok yapıyordum mesela haftalık değil artık iki üç güne bir temizlik yapıyordum.” demektedir.

Katılımcıların diyaliz hemşirelerinin korunma önlemlerine yönelik görüşleri kategorisine ait değerlendirilen pandeminin ilerleyen dönemlerinde korunma önlemlerinin azalmasına yönelik görüşleri aşağıda yer almaktadır. K4,

Pandeminin ilk başlarında cerrahi maske, N95 maske, onun üstüne bir tane daha cerrahi maske. Hani onu bile artık şu anda bir Covid olduğu zaman çok önemsemiyoruz. Hiç önlük bir şey çoğunlukla giymiyorum. Zaten siperlik de yok. Sadece bir N95 maske ve eldivenle giyiyoruz. Eldivenleri ilk başlarda üç dört tane giyiyorduk. Sonra tek tulumla düştü ya da tek önlüğe düştü. Yani siperlik ve gözlük çok önemsenmedi ama hani maskemizi üç tane taktığımızı biliyorum.

demektedir. K10,

İnsan bir müddet sonra alışıyor zaten ... Yani bir hasta olur, iki hasta olur. İnsanlar alışıyor, yani artık umursamamaya başlıyor yani. Hani ilk başta kendine ne kadar önlem alsan da önlem alıp girsen de sonlara doğru artık, yani bir insanda bir yere kadar diyor aman ne olursa olsun moduna giriyor. Önlemin azaltıyor yani rahat davranıyor artık yani. Psikolojik olarak da artık ne kadar etkilerse de etkilense de bir yerden sonra psikolojide yıpratıyor artık. Ama bu süreç uzun olduğu için insanlar illaki bir alışmışlık oluyor. Başta sıkıca önlemlere uyduğumu düşünüyordum ama sona doğru bir başı boşluk alışmışlık olduğu için yok. Şu an bile yok...yani bir alışmışlık var.

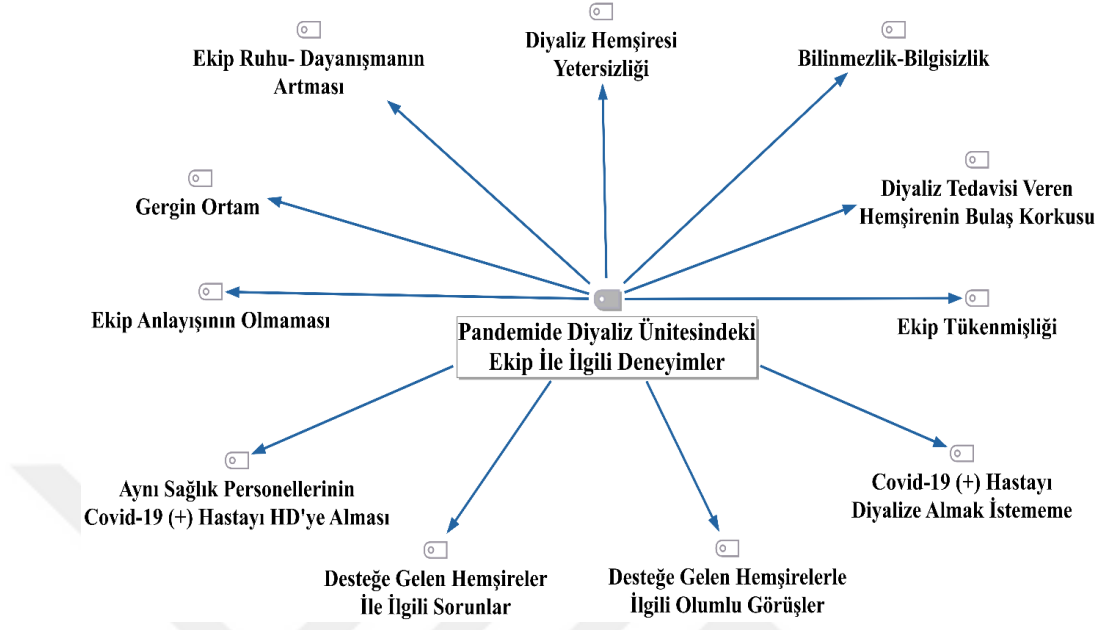
demektedir. Katılımcıların pandemide korunma önlemlerine yönelik görüşleri değerlendirildiğinde; hastanede Covid pozitif ortamda sürekli bulunmalarından dolayı pandeminin ilk döneminde sıkı korunma önlemleri aldıkları öğrenilmiştir.

Kullandıkları arabayı çocukları ve eşleri binmeden önce dezenfekte etme, çocuklarına sarılmama, anne- baba gibi özellikle yaşlı ve kronik hastalıkları olan ebeveynleri ile görüşmeme, eve geldiklerinde direkt duşa girmek, formalarını yüksek ısıda yıkamak, formalarını ayrı bir odada bulundurmak gibi davranışlarda bulundukları görülmüştür. Kişisel koruyucu ekipmanları üst üste ve vücudunda açık bir yer kalmayacak şekilde giymeye özen gösterdiklerini yapılan görüşmelerde bildirmiş olup pandeminin ilerleyen dönemlerinde bu korunma önlemlerinin pandemi sürecinin de çok uzun sürmesi nedeniyle azaldığı, bir alışılmışlık ve psikolojik yorgunluk geliştiği tespit edilmiştir. Pandeminin ilk süreçlerinde bilinmezlik olması, herkesin korkması, tedavinin olmaması Sıkı korunma önlemleri davranışlarını arttırmış olup, daha sonra yavaş yavaş herkesin pozitif olarak hastalığa yakalanması ve aşı olmakla korunma duygusunun gelişmesi nedeniyle korunma önlemlerinde azalma yaşandığı öğrenilmiştir.

3.11.10. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisinde Ekip ile İlgili Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Diyaliz ünitesinde pandemide ekip ile ilgili deneyimler temasına ilişkin değerlendirmeler ekip anlayışını olmaması, gergin ortam, ekip ruhu- dayanışmanın artması, diyaliz hemşiresi yetersizliği, bilinmezlik-bilgisizlik, diyaliz tedavisi veren hemşirenin bulaş korkusu, ekip tükenmişliği, aynı sağlık personellerinin Covid-19 pozitif hastayı HD alması, desteğe gelen hemşirelerle ilgili sorunlar ve desteğe gelen hemşireler ile ilgili olumlu görüşler kategorileri çerçevesinde yapılmıştır.

Şekil 17: Diyaliz Ünitesinde Pandemide Ekip Deneyimleri Temasına İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

K6, ekip anlayışının olmamasına ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Yani çok ekip dayanışması olmadı bence... Kim o gün nöbetçi ise kim yukarıya pozitif hastaya çıktıysa o çok düşünülmedi açıkçası. Aşağı aşağıda kalanlar tarafından o gün o kişi girdi nasıl olsa Covidde o kirlendi, mantığıyla düşündü. Herkes biraz daha bencildi bu konuda. O Dönemde çok fazla sağlanmadı birliktelik...

demektedir. K2, ekip anlayışının olmaması bilinmezlik-bilgisizlik ve diyaliz hemşiresi yetersizliği ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

...ekip ruhunun çok olduğunu düşünmüyorum. O dönemde gerçekten diyalizde çok sıkıntılı eleman eksikliği vardı. Ve bu eleman eksikliğiyle yakalandık biz bu Covid sürecine. Üstüne bir de bilinmezlikler... Nasıl davranacağımızı bilmemek, eğitimsizlik de diyebiliriz. Çünkü Covid ile ilgili hiçbir eğitimimiz yoktu, işte bir bulaşıcı hastalık var ve çok ciddi işte sonuçlar doğuruyor. Farklı bir şekilde müdahale etmen lazım. Hiçbirimizin bu konuda deneyimi yok...

demektedir. Katılımcıların diyaliz hemşiresi eksikliği, ekip tükenmişliği ve ekip anlayışının olmamasına ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K2,

Personel eksikliği had safhada zaten normal seanslarına yetişemezken şimdi bir de ister istemez Covidli hastaya tek çıkman gerekiyor, bu bizim seans sayılarımızı uzattı. O yüzden ekip olarak daha çok güçlü birlikte olup bir şeyleri halletmek varken insanlar maalesef biraz bencilce davranıp herkes bir an önce işimi bitireyim gideyim. İşte Covidli ortamda çok durmayayım mantığındalardı.

O yüzden iş yükümüz daha da arttı. O dönemde eleman eksikliği ile birlikte seansların uzaması, ekibin bu şekilde davranışları bizim iş yoğunluğumuzu iki üç kat artırdı. 24 saati bitirip 25. saatinde gündüz gelen arkadaşımın teslim ettiğimi hatırlıyorum icabımı. Artık sabah sekiz olmuştu. Yani saat sekizden sekize 24 saat çalışmışım aralıksız uyumadan.”

demektedir. K11, ekip tükenmişliğine ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Ekibimizde bir yorgunluk bitkinlik hepimizde psikolojik olarak... Hani neden biz daha çok çalışıyoruz? Neden diğer hemşireler idari izinli sayılıyor? Çünkü onların çalışma saatleri de kısaldı. Haftanın belirli günleri geliyorlardı ama biz aktif olarak çalışmak zorundayız. Psikolojik olarak da kötü olduk. Neden bize desteğe gelinmiyor diye.

demektedir. K9, desteğe gelen hemşireler ile ilgili olumsuz görüşlere ve gergin ortama ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

... desteğe diyalize gelenlerden işte yukarıya çıkmıyor ya da işte Covid pozitif haftaya çıkmıyor gibi sorunlar gerginlikler yaşandı. Desteğe gelen bir arkadaş vardı. Daha önce diyalizde çalışmış galiba. Çok eski bir dönemde çalışmış sanırım işte hocalarla ben konuştum o zaman için. İşte hocayla konuşup geldikten sonra geri bildirim veriyordum arkadaşlara hoca da dedi ki, gelen arkadaşlar nöbetlere destek verecek dedi. O arkadaş zaten bizde nöbet tutmayacaktı. Eskiden diyalizde olan arkadaşlarımız yani yeni yakın zamanda diyalizden çıkmış arkadaşlarımız vardı. Üç beş ay önce diyalizde olup da yeni gitmiş arkadaşlarımız vardı. Hoca onları kastetmişti. Ben de bunu söyleyince birden böyle işte. Ben bu şekilde çalışamam. Ben nöbet tutamam tarzında şeyler söyledi. Ondan sonra başhemşireliğe gitti. Sonra başhemşirelikte ağlamış ve bu arkadaş işte bana hiç geri bildirim başhemşirelik tarafından. Direkt alındı. Bizden başka bir yere verildi. Sonra biz aynı eski elemanlarla kaldık yani.

demektedir. Yakın zamanda diyalizden ayrılan ve destek diyaliz hemşiresi olarak pandemi de diyalizde çalışan K9, desteğe gelen hemşireler ile ilgili olumsuz görüşlere, gergin ortam ve ekip anlayışının olmaması ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Ben destek ekibi olarak gelmiştim. Asıl orada çalışan kişilerin pozitif hastaları diyalize alınacağı ve destek ekibin kronik hastaları salonda alınacağı söylenmişti. Bu ekip arasında çok sorun oldu. Onlar o zaman niye geldiler. Hep biz mi yukarıdaki pozitif hastalara gideceğiz? Ekstra para almak istemiyoruz 200-300 t l için Covid hastaya gitmek istemiyorum gibi tepkilerle karşılaştığımızı hatırlıyorum diyaliz ekibinden bir iki kişi tarafından. Bende bu tutumdan rahatsızlık duyduğum için gönüllü olarak kendi istediğimle pozitif hastalara diyalize çıkmaya başladım. Destek gelen hemşirelerden başka hiç kimse pozitif hasta almadı benim dışımda. Kimse de kural böyle onlar çıkmayacak desteğe geldiler, ya da herkes çıkacak demedi. Bence bu psikolojik bir mobing idi. Ayrışmak istemedim. Çocuğu olanlar var, kronik hastalığı olanlar var onlar pozitif hasta alırken ben almayacağım demedim, kendime yakıştıramadım açıkçası. Covid hastadan geliyorlar sırlıklam ıslaklar. İç çamaşırlarına kadar bütün kıyafetlerini değiştiriyorlar. Bunları ve onların çalışma koşullarını görüp ben pozitif hasta almayacağım demek bana dokunmayan yılan bin yaşasın demekle aynı şey olurdu. Ama birkaç kişinin dedikleri ve o tavırlar aklımda... Kırgınlık ve üzüntü duyuyorum. Bu

tutumlarından dolayı değil kendim için yaptım ve yaptığım işten gurur duydum diyebilirim. Geri planda durmak, bana bir şey olmasın düşüncesiyle yaklaşmak olmazdı. Kıymet bilindi mi?? Orası ayrı bir konu...Fiziksel yorgunluk dinlenince geçiyor da psikolojik yorgunluk öyle değil...

demektedir. Katılımcıların diyaliz tedavisi veren hemşirenin bulaş korkusu ve aynı sağlık personellerinin Covid-19 pozitif hastayı HD alması, diyaliz hemşiresi eksikliğine ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K1,

Bazen ailemin yanına gidiyorum ama o kadar çok Covid-19 pozitif hastayla denk geldim ki ya benden hani gittiğim zaman benden bulaşırsa aileme gibi endişelerim oldu ve bazen işe isteyerek gelmiyordum. Özellikle icaplarımızda yoğun bakım taraflarımızı gittiğimiz için tamamıyla Covid-19 pozitif hasta bakıyorsunuz. Dört beş yoğun bakım. İşe gönülsüz gitme gibi durumlar oldu yani. Benden sonra birkaç arkadaşım işe başladı. Onlarla birlikte sırayla genelde işte ben dün gittim bugün başka biri gitsin gibi kendi aramızda belli yazılı olmayan bir şey vardı. Biz mümkün olduğunca devam ettik. Genelde aynı kişiler pozitif hastalara gitti. Çocuksuzlar gitti ya da tansiyonu şekeri olmayan bağışıklığı daha yüksek olduğu tahmin edilen biz gençler gittik. Ona da genelde kendi aramızda saygı duyduk yani..."

demektedir. K7,

Bekarların ya da bulaş riski az olan kişilerin daha böyle öne atıldığını gördüm. Herkes Covid pozitif hasta aldı, herkes gitti. Ama herkes aynı sayıda almadı diyebiliriz. Sadece sorumlu hemşire almadı. Yani şöyle şüpheli bir hastamız vardı. Muhtemelen Covid pozitif. Onu da sorumlu hemşire almış oldu. Yani çocuksuzlar, bekarlar ya da yalnız yaşayanlar diğerlerini riske atmamak için, diğer türlü hep böyle eşit sayıda mesela bugün sen gittin yarın tekrar sen...

demektedir. K8,

Yani herkes ister istemez pozitif hasta aldık ama tabi ki yeni gelenler olarak biz daha fazla alıyorduk bence. Ben kendim için söyleyeyim. Pandemi servisine yani her geldiğimde fiks olarak gidiyordum. Ben mesleğe yeni başladığım için çok itiraz etmedim ama dönem dönem bende yani hasta olduktan sonra tabii biraz tepkisel yaklaşmaya başladım. Hani ben hep gidiyordum ve bu yüzden hastalık kaptığımda bir tepkim olmuştu. Onun dışında Covid bilhassa zaten başlı başına bir gerginlik kaynağı olduğu için bizim ünitemizde de ister istemez bu insanların ruh haline davranışlarına yansiyordu ve zaman zaman kavgalara da sebep oluyordu.

demektedir. K3,

Olumsuz deneyimlerde oldu ekip arasında. Şöyle bazı arkadaşlarımızın Covid'den daha çok korkması belki ya da kronik hastalıklarının olması nedeniyle pozitif hastalara girmek istememesi.... O birazcık böyle ekip içinde huzursuzluk yarattı. Onun dışında gençler ya da hastalığı olmayanlar, evde daha küçük çocuğu olmayanlar daha çok canla başla çalıştı.

demektedir. K4, "Her gün Covide çıkmaktan bıktık. Herkes kimlerin Covid çıktığını takip etmeye başladı. İşte o çıkıyor. Ben her gün çıktım. Bugün çıkmak istemiyorum şeklinde düşünceler oldu." demektedir. K2,

Yani ben dediğim gibi ben çok zorluklarla karşılaştım. Ama ekip olarak çok farklı sorunlarla karşılaştık. İnsanlar, çünkü Covid pozitif hastaya çıkmak istemiyorlardı. Onlar daha farklı bakıyorlardı. Hani ben çıkmayayım da kim

çıkarsa çıksın yani şöyle bir mantık vardı, bana bir şey olmasında ne olursa olsun mantığında. Kimse işleyişin nasıl olması gerektiğini veya bu işleyişin zorunlu olarak bir şekilde yapılması gerektiğinin bilincinde değildi. O yüzden sonraki süreçlerde benden sonra başka arkadaşlarım deneyim yaşadığında üç dört kişi Covid deneyimi yaşamışken daha bunu yaşamayan bir sürü insan vardı. Ve bu dönemde de hep genellikle Covid pozitif hasta çıktığında ya işte hani sen biliyorsun, hadi sen çık gibi yaklaşımlarla çok karşılaştım. O yüzden bu bilincin oturmadığını düşünüyorum arkadaşlarımda...

demektedir. K5, Covid 19 (+) hastayı diyalize almak istememeye ilişkin değerlendirmelerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

...Bazen bir gönülsüzlük oluyordu ya da stresle gitme durumu söz konusu oluyordu. Ama hani ben buraya gitmeyeceğim de çalışmayacağım da gibi bir durum olmadı ama tabii ki kalkıp altı hastanın AKUT'a ben atıyorum. Dört tane pozitif alacaksam tabi bunlar çok hoşlanmıyorsun yani bir orada bir tükenmişlik yaşanmıştı. Ha tabi iken bireysel tükenmişlik bu gruba mal edilen ya da çalışma arkadaşına mal edilen bir şey değildi. Ama özellikle akut salon adına ben rahatsız oluyordum. Yani orada dört beş pozitif hastayla içeride oturmak beni huzursuz ediyordu.

demektedir. K1, Covid 19 (+) hastayı diyalize almak istememeye ilişkin değerlendirmelerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Yani şöyle zaman zaman tabi ister istemez pozitif hasta çıktığında bu hastayı kim alacak gibi bir paslaşma durumu oluyordu. Çünkü şöyle bir durum var, atıyorum evde küçük çocuğu var ya da kronik hastalığı olan, yaşlı hastane babası olan bildiğiniz birisinin Covid 19 pozitif hasta almasındansa mesela genç bekar birinin sağlıklı birinin, çünkü kronik hastalığı olmayan birinin alması daha çok tercih ediliyordu. Bu da bazen ister istemez arada kırgınlıklara neden oluyordu. Evet, bazen tolere edebiliyorsun ama sonuçta senin de sağlığını benim için önemli ya da ailen için önemli. O konuda bir tık bazen kırılğanlıklar oluyordu.

demektedir. Katılımcıların ekip ruhu-dayanışmanın artmasına ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır. K1,

Şöyle ben ilk başladığımda değil Covid-19'lu hasta almak, giyinmeyi, kişisel koruyucu önlemleri almayı bile bilmiyordum. Orada işte benden kıdemli olan ablalarımız yardımcı oldu. Hatta giydirmişlikleri bile var. O dönemde alışana kadar yani yaklaşımının nasıl olduğunu hani benden emin olduktan sonra benim tek başıma bıraktılar. O yüzden daha bir böyle yakınlaştık zaten. Benim ailemde burada olmadığım için bir abla, bir aile gibi, her şeyi danıştım, sordum. Yani ekip ruhu dayanışma arttığını söyleyebilirim.

demektedir. K2, “Ekip aslında Covid-19 döneminde daha çok ekip olduğumuzu hissettik. Birbirimizi daha iyi anladık. Dışarıda sosyal hayatta olmadığı için sadece işi daha çok benimsediler. Hastaları daha çok düşündüler belki o dönemde. Elimizden geleni yaptık hepimiz.” demektedir.

K1, gergin ortam olmasına ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “Şöyle sürekli gergin, huzursuz ve sinirli bir ortam oldu açıkçası herkes için. Çünkü şey, acaba kaptım mı? En ufak bir öksürükte ya da ne bileyim bir ateşte,

soğuk algınlığı bile olsa Covid mi kaptım, ya da birine mi bulaştırdım, bana mı bulaştı gibi sürekli endişeli ve huzursuz bir ortam oldu açıkçası.” demektedir.

K3, desteğe gelen hemşireler ile ilgili olumlu görüşlere ilişkin değerlendirmelerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “Yani farklı bölümlerden destek elemanları geldi bize. Onlar bayağı yükümüzü hafifletti...” demektedir.

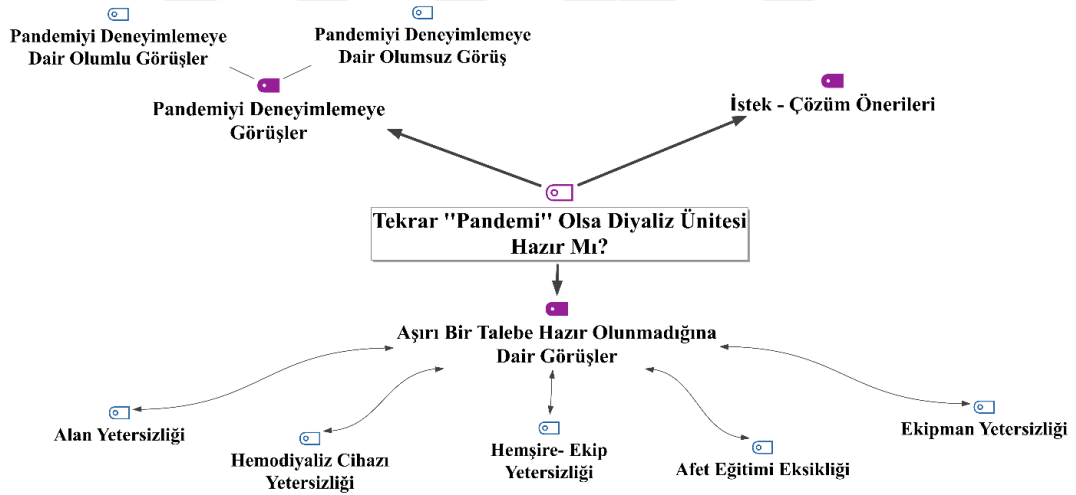
Diyaliz ünitesinde pandemide ekip ile ilgili deneyimler temasındaki kategorilerin birbirleriyle sıkı ilişkisi (birbirine bağlı olduğu mu?) olduğu değerlendirilmiştir. Normal süreçte var olan diyaliz hemşiresi eksikliği ile pandemi dönemine girilmiş olması, pandemi döneminde diyaliz seanslarının artması, ekip arasında gergin ortama, ekip anlayışının olmamasına ve ekip tükenmişliğine neden olduğu görülmüştür. Yine pandemiyle ilgili bilinmezlik ve bilgisizlik özellikle kronik hastalığı bulunan diyaliz hemşirelerinin Covid-19 bulaş korkusunu arttırmış olup, aynı sağlık personellerinin Covid-19 pozitif hastayı HD almasına neden olduğu katılımcılarla yapılan görüşmelerden öğrenilmiştir. Özellikle genç, bekar ve çocuğu olmayan katılımcılar, Covid pozitif hastalara gönüllü olarak aldıklarını belirtirken, bir süre sonra hastalığı ailelerine bulaştırma korkusu ve kendilerinin de Covid geçirmeleri nedeniyle ekip arasında gerginliklerin yaşandığını, sırayla kimin pozitif hasta alıp almadıklarını takip etmek gibi sorunlar yaşandığı anlaşılmıştır. Katılımcılar genelde herkesin pozitif hastayı diyalize aldıklarını fakat herkesin aynı oranda almadığını belirtmişlerdir. Diyalize ek destek için gelen hemşireler ile de Covid pozitif hastayı diyalize almak istememe gibi ekip arasında gerginlik ve sorunların yaşandığı öğrenilmiştir. Diyalize ek desteğe gelen hemşirelerle ilgili kronik diyaliz hastalarında da yardımcı oldukları için yüklerinin hafiflettikleri yönünde olumlu değerlendirmeler tespit edilmiştir. Özellikle temas izolasyonuna altı yedi hemşirenin aynı anda ayrıldığı durumda ek destek olarak gelen hemşireyle birlikte dört kişi kaldıkları ve icap tutup o günleri atlattıklarına dair bilgiler katılımcılardan öğrenilmiştir. Katılımcılardan yeni atanan ve işe yeni başlayan hemşirelerin ise ekip dayanışmasının ve ekip ruhunun olduğunu, ayrıca aile gibi bir ortamda hissettiklerini, kişisel koruyucu ekipman giyerken bile kendilerine yardımcı olunduklarını, bu dönemde kendilerini iyi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Eski diyaliz hemşirelerinden olan K2 ise, dışarıdaki sosyal hayatın kalmaması nedeniyle sadece iş yerindeki ekiple birlikte bulunmanın ekip anlayışını olumlu etkilediğini

belirtmiştir. Bu tema değerlendirildiğinde pandeminin bilinmezliği ve bilgisizliği nedeniyle bu sürecin en başında sorunlar yaşandığı, ilerleyen pandemi döneminde ise sorunların bir şekilde çözümlenmeye çalışıldığı görülmüştür.

3.11.11. Diyaliz Hemşirelerinin Görüşlerine göre Tekrar Pandemi Olma Durumunda Diyaliz Ünitesinin Hazırlık Durumuna İlişkin Bulgular

Tekrar “pandemi” olsa diyaliz ünitesi hazır mı? teması pandemiye deneyimlemeye dair olumlu görüşler, aşırı bir talebe hazır olunmadığına dair görüşler ve istek-çözüm önerileri kategorileri çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Şekil 18: Tekrar “Pandemi” Olsa Diyaliz Ünitesi Hazır Mı? Temasına İlişkin Değerlendirmeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

K5, pandemiye deneyimlemeye dair olumlu görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir: “Daha kolay olur bence. Çünkü gerçekten birçok insanın belki de deneyimleyemeyeceği bir dönemi deneyimledik beraber. Bence bir tık daha kolay olur diye düşünüyorum.” demektedir.

K7, pandemiye deneyimlemeye dair olumlu görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir: “Artık ne olduğunu ve ne şekilde davranmamız ve yaklaşmamız gerektiğinin farkına vardığımız ve bilincinde olduğumuz için ilk zamanki tedirginliğimiz olmayacak ve direk işi bilen olarak devam etmiş olacağız. Yani cihazımızın yeterli olduğunca ekstra diyaliz yapılabileceğini düşünüyorum.” demektedir.

K10, pandemiye deneyimlemeye dair olumlu görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir: “Yani baya bir deneyimledik. Bu bize artı sağlar. Nasıl davranacağımı, nasıl yaklaşacağımı, nasıl bir yaklaşım izlenim kuracağımı biliyorum az buçuk.” demektedir.

K8, pandemiye deneyimlemeye dair olumlu görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

Yani tabi başımızdan Covid gibi bir salgın hastalık geçtiği için bir sonraki salgın hastalık da ben daha deneyimli olacağımızı düşünüyorum. Yani az çok genel kuralları biliyoruz hakimiz. Bence ikinci bir salgın da tabi psikolojik olarak nasıl oluruz yani bayağı yıpranmış oluruz ama bilgi ve deneyim açısından hazırız bence.

demektedir. Aşırı bir talebe hazır olunmadığına dair görüşler kategorisi alan yetersizliği, cihaz yetersizliği, hemşire-ekip yetersizliği, afet eğitimi eksikliği ve ekipman eksikliği kodları çerçevesinde değerlendirilmiştir. K2, alan yetersizliğine ilişkin değerlendirmelerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Eğer böbreği tutan bir hastalık-pandemi olsaydı mümkün değil bu kadar net konuşuyorum Ne cihaz sayısının ne de zaten eleman sayısı zaten eksikliği vardı ama cihaz sayısı, ortamda yeterli gelmeyecekti. Diyaliz ünitesinin bekleme alanı yeterli olarak yok dediğim gibi. Çok yetersiz sayıda sadece polikliniklerin önünde iki üç koltuk... O yüzden her alanda bunun çok yetersiz olacağını düşünüyorum. Servis sayısı çok yetersiz kalır zaten eleman sayısı, personel yetersiz kalırdı. Akut hemodiyaliz salonunun da Covidli durumu kaldırarak alanı yoktu. Çünkü iki servisin ortasında bir alan, beş altı tane makine ve yataklarla hastalar gelince birbirine çok yaklaşıp oluyor. Hiç mesafe olmadan ve hemşirenin veya orada çalışan personelin kendini koruyabilecek ya da giyinebileceği bir alanı yok. Dışarda giyinip içeriye girsene bir türlü... İşte iki servis arasındaki koridora açılan bir kapı var. Enfeksiyon riskinden çok riskli ve her durumdan bu alanın yeterli olduğunu düşünüyorum. Pandemiden dolayı artacak talebe kesinlikle hazır değil, geçirdi öyle bir durumda.”

demektedir. Katılımcıların aşırı talebe hazır olunmadığına dair cihaz eksikliği ve hemşire-ekipman eksikliği ile ilişkili görüşleri aşağıda yer almaktadır. K4, “Bize ekstradan makine gerekliydi hem de ekstradan diyaliz teknikeri ya da sertifikalı diyaliz hemşiresinin aktif bir şekilde her bir yere girerek çalışması gerektiğini, öbür

türlü bu kadar elemanla ya da bu kadar makineyle o işin içinden çıkamazdık.” demektedir. K6,

Bu işin içinden çıkamazdık. Yani sabahlara kadar çalışırdık ya da yeterli olamazdık şu an yeterli üç tane su tankı var. Bizim şimdi diyalize bu aldığımız hastalar yetişmezdi. O gün diyaliz alamayan hastalar olurdu. Sıkıntı yaşırdık. Tut ki bizim beşinci kattan yukarısına yine tankını çıkıyoruz. O dönemde de yine bir iki çıktığımız oldu yani Covid-19 da. Ama yine sıraya koyduk yani bunları da.

demektedir. K10,

Artışı kaldıramazdı büyük ihtimal. Başta yerimiz eksik. Ama şöyle bir şey...Sadece hani bizim bizim işleyiş tarzını etkileyecek şeyler olsaydı, yani bizim işimizi etkileyecek bölgesel yerlerimiz olsaydı. Tamam, öyle, onda karşılayabilir. Hani diğer yerlerden istekle yer açtırabilirdik ama Covid tüm her yeri etkilediği için. Büyük bişey büyük bir afet oldu. Hani küçük çaplı sadece bizim nefroloji etkilese... Ya bir şekilde kaldırabiliriz ama bizim eleman sayımızda diyaliz açısından zorlanırdık. Yani baya bir zorlanırdık, cihaz açısından da zorlanırdık. Eleman açısından da zorlanırdık. Eğer aşırı derecede olursa karşılayamaz, karşılayamaz. Çünkü biz bir kronik-akut bazlı çalıştığımız için zaten bir yoğunluk var. Akut bir servis yoğunluğu var, yoğun bakım yoğunluğu var. Elemanlarımızla hani bir kronik bir akut çalıştığımız için ortaklaşa... Zor olurdu. Kaldıramazdık büyük bir ihtimal. Şöyle olarak ünite olarak da sürekli yenilendiğimiz için mesela şimdi herkes pandemi yaşamadı. Sonuçta burada yaşadığımızda beş altı kişiydik. Şimdi sürekli yeni kişiler geldiği için her türlü bir eksikimiz olacak. Ama makine yönünden diyalize girecek hastalarda bir artış olursa bir virüsten, salgından dolayı...Onu da karşılayamayız. Elimizdeki malzemede belli, makine de belli. Yerimiz yer olarak da hastane yer tahsis ederse öyle karşılayabiliriz talebi. Tahsisi etmezse yine kısıtlı yerimiz.

demektedir. K5, hemşire eksikliğine dair görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir: “Yani ünitelerle yeterli hemşire ve personel desteği olduktan sonra afetlerde ben sıkıntı yaşanacağını düşünmüyorum. Bu işi diyaliz adına biz de elimizden geldiğince yaptık. Bizdeki tek sıkıntı hemşirenin bu işi bilen hemşirenin az olmasından kaynaklı sıkıntılarımız oldu.” demektedir.

K12, aşırı talebe hazır olunmadığına dair afet eğitimi eksikliği, alan yetersizliği, cihaz yetersizliği, hemşire-ekip yetersizliği ve ekipman yetersizliği ile ilişkili görüşleri aşağıdaki şekilde ifade etmektedir:

Aşırı talebe hem ekip olarak hem diyaliz cihazları, diyaliz alanı olarak hem de ekibin başının olağanüstü durumları yönetebilme eksikliğinden dolayı hazır olduğunu düşünmüyorum. Bir kere B planları yok. Afet eğitimi hasta ve personele yok. Yedek uygun bir alanları ve aşırı talepte yeteri kadar cihazların olduğunu düşünmüyorum. Örneğin yine bir pandemi olsa yine uygun izole alanlar yok. Yeteri kadar hastaya özel bulaş riskini en aza indirmek için, diyaliz hastası için monitör-ekipman- tansiyon aleti vs. gibi eksiklikler mevcut.

demektedir. Katılımcıların tekrar “pandemi” olsa diyaliz ünitesi hazır mı? temasının istek ve çözüm önerileri kategorisine ilişkin görüşlerini aşağıdaki şekilde ifade etmektedir. K2,

Bu tarz bir kriz durumunda orayı yönetebilecek kişilerin doğru kişiler olması gerektiğini düşünüyorum. Orada daha bilinçli, daha deneyimli kişilerin daha eğitimsel olarak aktif kişilerin ve ekibin bulunması gerektiğini düşünüyorum işin açıkçası. Bu bir ekip işidir sonuçta. Böyle kişilerle çalışılırsa soğukkanlılıkla ve psikolojik olarak daha az yıpranıp bu dönemi daha rahat atlatabileceklerini düşünüyorum. Diyaliz için ayrı bir birim gerektiğini düşünüyorum. Hastanenin dışında ayrı bir bina olarak...Hastaların soyunma odalarının daha rahat, bu tarz durumlarda bölünebilecek izole salonların daha rahat olması, cihazların daha çok sayıda olması...

demektedir. K3, “İyi daha geniş daha ferah daha böyle hani makinelerin birbirinden uzak olması, tıbbi atıkların her yatak başında olması bence gerekiyor. Oradan oraya taşıyoruz. O yetersizliği var. Yatak başı monitör, ekipman, tansiyon aleti...”

demektedir. K6,

Yani bir salgınla ilgili insanlara eğitim verilebilir. Biyolojik bir salgından insanlara bulaşıcı hastalıklarla ilgili bir eğitim verilebilir. Yani insanlara sürekli eğitim sağlanabilir. Bence diyaliz ünitesi için biraz daha izole alanlar oluşturulmalı. Diyaliz alanında yani bir ya da iki tane olması yeterli değil diye düşünüyorum. Çünkü covid değil. Hani başka pandemi olduğunda diğer hastalardan ayrılması gerektiğinde yeterli alana sahip değiliz diyaliz olarak bence, küçük bir alanda çalışıyoruz. Daha büyük bir alana ihtiyacımız olduğunu düşünüyorum...

demektedir. K12,

Diyaliz ünitesi ayrı bir binada olmalı. İzole alanları pandemi gibi durumlar için artırılmalı. Servislerin olduğu katta diyalize ayrı ve geniş bir yer verilmeli. Bir su baskını ya da yangın nedeniyle ünite zarar gördüğünde ya da aşırı bir talep olduğunda ikinci bir alternatif yer oluşturulmalı. Hasta- cihaz başı monitör olmalı ki pandemi gibi durumlarda temas en aza indirilsin. Yine ünitelerde solunum sistemiyle bulaşabilecek olası pandemilere karşı negatif basınçlı izole alanlar ya da odalar yapılmalı. Temas izolasyonu ile karşılaşılması riskine karşı her çalışan personele kişiye ait tek kullanımlık olacak şekilde kişisel koruyucu ekipmanlar yedek olarak hazırda bulundurulmalı. Diyalize aşırı bir talep olması riski düşünülerek cihaz sayısı artırılmalı ve diyalizi bilen hemşire sayısı artırılmalıdır.

demektedir. Tekrar “pandemi” olsa diyaliz ünitesi hazır mı? temasında pandemiye deneyimlemeye dair olumlu görüşler, aşırı bir talebe hazır olunmadığına dair görüşler ve istek-çözüm önerileri değerlendirildiğinde; Covid-19 pandemisine benzer bir pandemi olursa, bu dönemde neleri nasıl yapmaları gerektiğini öğrendiklerini, bildiklerini, yaşayarak deneyimledikleri için hazır olduklarını katılımcılar ifade etmişlerdir. Fakat diyaliz tedavisine aşırı talep gelişecek bir pandemi olması durumunda diyaliz ünitelerinin bu duruma hazır olmadığını belirten katılımcı

görüşleri değerlendirildiğinde özellikle izole alan yetersizliği, cihaz yetersizliği, hemşire-ekip yetersizliği, afet eğitimi eksikliği ve ekipman eksikliği sorunları ile karşılaşabileceklerini ifade etmişlerdir. Covid-19 pandemisinin böbreği tutan bir salgın hastalık olmamasına rağmen izole alan yetersizliği, diyaliz hemşiresi eksikliği ve ekipman eksikliği sorunları ile karşı karşıya geldiklerini belirten katılımcılar, olası bir aşırı talebe diyaliz ünitelerinin hazır olmadığı ifade etmişlerdir. Katılımcıların olası bir pandemi – diyalize aşırı talep olması senaryosu durumunda diyaliz ünitesi için istek- çözüm önerilerine bakıldığında; diyaliz ünitesinin hastaneden ayrı bir binada geniş bir alan içerecek şekilde yapılması ve ünitenin içinde izole alanlarının sayısının fazla olması, diyaliz cihaz sayılarının fazla olması, ayrıca pandemi gibi bulaşıcı hastalıklarla karşılaşıldığında temas ve kontaminasyon riskini en aza indirmek, hastanın takibini-izlemini kolaylaştırmak için her diyaliz cihazının başında monitör- tansiyon aleti gibi sağlık ekipmanlarının bulunması, her cihazın başında yine kontaminasyon riskini en aza indirmek için tıbbi atık kovasını bulunmasını, servislerde izole olup diyalize girmesi gereken hastalar için de sosyal mesafeyi sağlayacak şekilde izole alanlar oluşturulmasını, ekibin ve yöneticilerin olayları yönetebilecek kişiler olması gerektiğini, özellikle ekibin başında olan sorumluların olayları algılama, yönetme, çözüm önerileri sunabilme ve uygulayabilme kapasitelerine sahip olması gerektiği, biyolojik afet eğitimlerinin sadece başımıza gelince verilmesi şeklinde değil; periyodik olarak düzenli şekilde hastane ekibine verilmesi gerektiği, pandemi gibi bulaşıcı hastalıkların başımıza gelebileceği öngörülerek sağlık personellerinin hastanın tedavisinde ve bakımında kendini koruması için kullanacağı KKE sayılarının yeterli miktarda hali hazırda bulunması şeklinde katılımcıların istek ve çözüm önerilerinde bulundukları ve bunların yarar sağlayacaklarını bildirdikleri yapılan görüşmeler ile belirlenmiştir.

3.11.12. Araştırma Çerçevesinde Ulaşılan Kodların İlişkisel Analizlerine Yönelik Değerlendirmeler

Araştırma çerçevesinde kod ilişkisel analizler değerlendirilmiş olup, araştırmada ilişkisel analiz için kodların birbirleriyle ilişkisini belirleyen görsel araçlardaki ilişkisel analiz tabloları- çapraz tablo kullanılmıştır. Kod ilişkisel

analizler kodlama yapılan durumların alt metinlerinde saklı kalan farklı mesajların araştırmacı tarafından bulunmasını ve algılanmasını sağlamaktadır. Kod ilişkisel analizler temel olarak kodların birbiriyle ilişkisi nasıldır sorusunun cevabını bulmamıza yardımcı olmaktadır. Kod ilişkisel analizler katılımcılar görüş bildirirken içsel olarak neleri söylediklerini algılamamızı ve ortaya çıkarmamızı sağlamıştır.

Şekil 19: Covid-19 Pozitif Hastalara Müdahale Sürecine Yönelik Değerlendirmeler ile Kurumun Pandemi Yönetim Modeli

Kod Sistemi	Eğitim Almama	Biyolojik Afete Hazır Olmama
▼ Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Afet Deneyimleri		
▼ Covid (+) Hastalara Müdahale Sürecine Yönelik Değerlendirmeler		
▼ Covid-19 Pozitif Hastayı Diyalize Alırken Yaşanan Zorluklar		
▼ Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımında Yaşanan Zorluklar		
Eldiven Kullanımında Yaşanan Zorluklar		
Siperlik Kullanımında Yaşanan Zorluklar		
Çizme Kullanımında Yaşanan Zorluklar		
Koruyucu Gözlük Kullanımında Yaşanan Zorluklar		
Tulum-Önlük Kullanımında Yaşanan Zorluklar		
N95 Maske Kullanımında Yaşanan Zorluklar		
İzole Alan Yetersizliği Nedeniyle Yaşanan Sorunlar		

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Covid-19 pozitif hastalara müdahale sürecine yönelik değerlendirmeler ile kurumun pandemi yönetim modeli arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmek amacıyla çapraz tablo oluşturulmuştur. Covid-19 Pozitif Hastalara Müdahale Sürecine Yönelik Değerlendirmeler ile Kurumun Pandemi Yönetim Modeli ilişkisel analizinde Covid19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan zorluklardan izole alan nedeniyle yaşanan sorunlar ile biyolojik afete hazır olmama arasında ilişkisel bağ görülmektedir.

Katılımcılar, pandemi sürecinde izole alan yetersizliği nedeniyle yaşadıkları sorunlardan oldukça sık söz etmiştir. Pandemi döneminde hem ünitenin kronik diyaliz hastalarının diyaliz seanslarının devam etmesi, bir yandan yeni tanı alan akut diyaliz hastalarının seanslarının olması, aynı zamanda Covid-19 pozitif hastalarında diyaliz tedavisi almaları gerekmesi nedeniyle yaşanan diyaliz hastası sayısının artması izole alan yetersizliği nedeniyle ekibin seans sayılarının arttığı da tespit edilmiştir. Diyaliz ünitesinde yer alan solunum-damlacık-temas yoluyla bulaşan

hastalıklar için tane camlı kabin içi izole alan olduğu katılımcılar tarafından öğrenilmiştir. Böyle bir biyolojik afet beklenmemesi, biyolojik afete hazır olmama durumu ile izole alan yetersizliği yaşanması arasında sıkı bir ilişkisel bağ görülmüştür.

Şekil 20: Biyolojik Afet ile İlgili Hemşire Görüşleri ile Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi-1

Kod Sistemi	Diyaliz Hemşiresi Eksikliği	Covid-19 Pozitif Hastayı Diyalize Alacak Alan-Yer Temin Sorunu
✓ Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Afet Deneyimleri		
✓ Biyolojik Afetle İlgili Hemşire Görüşleri		
Internet Aracılığıyla Öğrenme		
Bilinmezlik		■
Hazırlıksız Yakalanma	■	■

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmek amacıyla çapraz tablo oluşturulmuştur. Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde hazırlıksız yakalanma ve diyaliz hemşiresi eksikliği kodları arasında ilişkisel bağ görülmektedir.

Katılımcı o dönemde gerçekten diyalizde çok sıkıntılı diyaliz hemşiresi eksikliği olduğunu ve bu Covid-19 sürecine hemşire eksikliğiyle yakalandıklarını belirtmiştir. Daha sonra hemşire eksikliğinden dolayı arada takviye hemşirelerin geldiğini katılımcılar belirtmiştir. Diyaliz ünitesinde normal dönemde hemşire eksikliğinin olması yani hazırlıksız yakalanılması, daha sonra pandemi nedeniyle yoğunluğunun artması, aktif çalışan diyaliz hemşirelerinin de Covid-19 pozitif olması ya da temas izolasyonuna ayrılması nedeniyle personel eksikliği sorunu yaşandığı değerlendirilmiştir. Özellikle bu dönemlerde ve pandeminin ilk başlarında diyalizden yakın zamanda ayrılan hemşirelerin destek olarak çağrıldığını ve bir anda yaklaşık yedi kişinin temas izolasyonuna ayrılmasıyla desteğe gelen hemşirelerle birlikte toplam üç-dört hemşire kaldıklarını, üç hemşire icapları (sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri personeli tarafından evde nöbet şeklinde ifa edilen bir nöbet

türü/fazla mesai) döndürmeye çalışıp zor süreçlerden geçtiklerini belirten katılımcı, çok daha uzun yıllar öncesi diyalizden ayrılan bir diyaliz hemşiresinin desteğe verildiğini ve o dönemle ilgili bölümün hocalarıyla bir kriz stratejisi planı yapılırken o hemşirenin burada çalışmam ben icap tutamam diyerek ajite olup, ağlayıp gittiğini ve kendilerinin az sayıda kalarak bu durumu yönettiklerini ifade etmiştir. Diyaliz bilen hemşirelerin de Covid-19 pozitif hastaları diyalize almadıklarını belirtmişlerdir.

Desteğe gelen diyaliz hemşiresi olan katılımcı K12, “Covid-19 pozitif hastayı diyalize almayacaksınız. Sadece kronik hemodiyaliz hastalarında ekibe yardımcı olacağımız yönetim tarafından bize söylenmişti fakat bu durum ekip içinde sorun oldu. Biz neden pozitif hastayı diyalize alıyoruz onlarda ücretini alıyor gibi gerginlikler yaşandı” demektedir. Bu olaydan sonra desteğe gelen hemşirelerden sadece kendisinin pozitif hastaları diyalize aldığını, diğerlerinin almadığını belirtmiştir.

Yine katılımcılar daha sonra ilerleyen dönemlerde servis hemşiresinin desteğe verildiğini, onun da tansiyon ölçümü ve evrak işlerine destek olduğunu, diyalizi bilmediği için hastayı diyalize almak, Covid-19 pozitif hastayı diyalize alamadığını belirtmişlerdir. Bu dönemde çok yorulduklarını, diyalizi bilen hemşirelerin destek olarak verilmesi gerektiğini ve Covid-19 pozitif pozitif hastaları da diyalize almaları görüşünde olduklarını ifade etmişlerdir. Diyaliz ekibinin bu görüşleri yukardaki anlatılanları destekler nitelikte olup hazırlıksız yakalanma ve hemşire desteği görüşleri kodu arasında diyaliz hemşiresi eksikliği pandemide zor süreçlere neden olduğu anlaşılmaktadır.

Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmek amacıyla çapraz tablo oluşturulmuştur. Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde, bilinmezlik ve Covid-19 pozitif hastayı diyalize alacak alan-yer temin sorunu kodları arasında ilişkisel bağ görülmektedir. Bir katılımcı en büyük eksiklerden birinin hiç kimsenin ne yapacağını bilmiyor olması, kimin nerde nasıl çalışılacağını bilmemesi, hastalar nerede toparlanacak, nakliyesi nasıl olacak gibi konularda hazırlık olmaması ve bilinmezlik nedeniyle Covid-19 pozitif hastalara izole alan temin edilmesindeki yaşadıkları zorlukları ifade etmiştir.

Bilinmezlik ve Covid-19 pozitif hastalara izole alan temin edilmesindeki zorluklar ile ilgili K11,

İlk başta şimdi ne yapılacak ne edilecek, nasıl bir çözüm bulunacak bu şekilde bir problem yaşadık. Şimdi diğer hastaları da korumamız lazım. Kendimizi de korumamız lazım. Nasıl tedbir alabiliriz ilk başta yer sıkıntısı da yaşadık ama bu bir şekilde çözüldü. Dördüncü katta bize pozitif hastaları almamız için verilen oda kapatıldı Covid 19 azaldığı zaman. Azaldıktan sonra dediler ki her birim, her ünite kendi biriminde bakacak pozitif hastalara denildi. Tüm birimler kendi servisinde pozitif hasta varsa bakıyordu. Orada diyaliz hastası biz oraya diyaliz makinesini kuruyorduk Ondan sonra bu servislerde bulaş oldu. Bulaştıktan sonra bunu nasıl bir çözüm bulalım dedi hastane. Bundan sonra Covid olanları akut salonda diyalize alın dediler.

demektedir. Yukarıda Tablo 4’de görüldüğü üzere biyolojik afetle ilgili hemşire görüşlerinde Covid-19 pandemisinin bilinmez olması ve hazırlıksız yakalanılması nedenleriyle diyalize alınacak Covid-19 pozitif hastalara izole alan temin edilmesinde zorluklar yaşanıldığı ifade edilmektedir.

Şekil 21: Biyolojik Afet ile İlgili Hemşire Görüşleri ile Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi-2

Kod Sistemi	Kriz Yönetimine Ait Olumsuz Görüşler	Biyolojik Afete Hazır Olmama
✓ Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Afet Deneyimleri		
✓ Biyolojik Afetle İlgili Hemşire Görüşleri		
Internet Aracılığıyla Öğrenme		■
Bilinmezlik	■	
Hazırlıksız Yakalanma	■	■
✓ Biyolojik Afetle Eğitime İlişkin Hemşire Görüşleri		
Eğitime Katılma İsteği, Eğitimin Faydasının Farkındalığı	■	■

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde hazırlıksız yakalanma ile kriz yönetimine ait olumsuz görüşler kodları arasında ilişkisel bağ görülmektedir.

Katılımcı hazırlıksız yakalanma nedeniyle o günlerin zor geçtiğini, bütün dünyayı etkisi altına alan bir pandeminin bu kadar büyüyeceği bu kadar etki edeceğinin beklenmediğini ve Covid-19 salgınıyla karşılaştıktan sonra bir şeylerin telafi etmeye çalışıp önlem alınmaya başlandığını, bunun sadece kendi kurumları için değil, genel olarak ülke geneli ve dünya genelinde böyle olduğunu dile getirmektedir.

Bu kadar büyük bir salgınla uzun zamandır karşılaşılmamış, hem bu kadar ölümcül yani ölüm riskinin yüksek olduğu hem de yan etkilerinin bu kadar ağır olduğu bir salgınla karşılaşmadığını, bilinmezlik olduğunu, tüm dünya gibi kurumun ve kendilerinin de pandeminin ilk başlarında neler yapacaklarını, tam olarak bilemediklerini ifade etmiştir.

Başka bir katılımcı hazırlıksız yakalanmayı maske, N95 maske, tulum, çizme, siperlik gibi kişisel koruyucu ekipmanlarda yaşanan zorluklar nedeniyle pandeminin ilk başlarda yeni bilinmeyen bir şey olduğu için çok kötü olduğunu, zor yönetildiğini, ancak aradan üç-dört ay geçtikten sonra sistemin oturtulup daha sonra iyi yönetildiğini ifade etmektedir. Kriz yönetimine baktığımızda ilk başta sıkıntılı olduğunu aktarırken kriz yönetimine ait olumsuz görüşlerini dile getirmiştir.

“Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde bilinmezlik ve biyolojik afete hazır olmama arasında ilişkisel bağ görülmektedir”.

Katılımcılar, daha önce hiç birimizin böyle bilinmez bir boyutta pandemi yaşamadığını, bilinmeyen bir virüsün hayatımızı bir anda etkilemesi nedeniyle böyle bir biyolojik afete hazır olmadıklarını dile getirmişlerdir. Hastalığın nasıl bulaştığı, seyrinin nasıl olacağını, tedavisinin bulunup bulunmayacağı gibi bilinmezliklerle ilk baştaki süreçlerin zorlu geçtiği katılımcılarla yapılan görüşmelerde tespit edilmiştir. K1, Covid-19 pandemisini tüm dünyada olduğu gibi bilmediklerini ve bilinmez bir pandemi olması nedeniyle biyolojik afete hazır olmadıklarını, hiç birimizin hazır olmadığını ifade etmiştir.

“Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde hazırlıksızlık yakalanma ve biyolojik afete hazır olmama ilişkisel bağ görülmektedir”.

Katılımcı herkesin afete hazırlıksızlık yakalandığını, böyle bir şeyin öngörülemeyeceğini, Sağlık Bakanlığı’ndan başlayarak önceden böyle bir biyolojik afete hazır olunmadığını dile getirmiştir.

“Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde eğitime katılma isteği, eğitimin faydasının farkındalığı ve biyolojik afete hazır olmama arasında ilişkisel bağ görülmektedir”.

Katılımcıların çoğu biyolojik afete hazır olmamak ile biyoloji afet eğitiminin öneminden bahsetmiştir. Biyolojik afet eğitimlerinin belirli aralık ve sıklıklarla yapılmasının bu tür karşılaşılabilecekleri olası pandemiler karşısında bu kadar stres ve panik yapmamalarını, daha iyi kriz yönetimi sağlayabileceklerini, bilinmeyen her durumun korku yarattığını, bu eğitimlerle bunların aşılabileceğini ve biyolojik afete hazır olunabileceğinin ifade etmişlerdir.

İlk Covid pozitif hastayı diyalize alan katılımcı, kişisel koruyucu ekipman giyme sırasını bildiği halde stres ve panikten tedirginlik yaşadığını ifade etmiştir.

K2, “Tulum, gözlük, eldiven işte ne kadar sterilizasyon için giyinme ve çıkarılma kurallarını bilmiş olmama rağmen orada sanki kendimi sıfır bir hemşire gibi hissettim. İşte doğru bir sırayla nasıl giyinmem gerektiğini...İnanılmaz büyük bir tedirginlik vardı.” demektedir.

Şekil 22: Biyolojik Afet ile İlgili Hemşire Görüşleri ile Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi-3

Kod Sistemi	Kişisel Koruyucu Ekipman Yetersizliği	Kriz Yönetimine Ait Olumsuz Görüşler
✓ Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Afet Deneyimleri		
✓ Biyolojik Afetle İlgili Hemşire Görüşleri		
Internet Aracılığıyla Öğrenme		
Bilinmezlik	■	■
Hazırlıksız Yakalanma	■	■

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde hazırlıksız yakalanma ve kişisel koruyucu ekipman eksikliği kodları arasında ilişkisel bağ görülmektedir.

Covid-19 pandemisine hazırlıksız yakalanma nedeniyle cerrahi maske, N95 maske, tulum, önlük, siperlik, çizme, koruyucu gözlük gibi pandemiye kullanılacak olan kişisel koruyucu ekipman eksikliği yaşanıldığı ifade edilmiştir. Katılımcılar özellikle N95 maske eksikliği nedeniyle pandeminin ilk dönemlerinde çok zorluk yaşadıklarını, bazı katılımcılar bazen N95 maske eksikliği nedeniyle Covid pozitif hastayı diyalize alırken iki üç kat cerrahi maske kullandığını, başka birimlerden N95 maske bulmak zorunda kaldıklarını dile getirmişlerdir. Normal çalışma sürecinde çok

kullanılmayan, sadece solunum ve damlacık ile izolasyonu gerektiren hastaların bakım ve tedavisinde kullanılan N95 maskeye (FFP2) olan arz ve talebin Covid-19 pandemisi nedeniyle bir anda artması kurumları ve sağlık çalışanlarını zor durumda bırakmıştır. Sağlık çalışanlarının bakım ve tedavi verirken kullanması gereken en önemli kişisel koruyucu ekipman olan N95 maske eksikliği diyaliz hemşirelerinin de karşısına en çok eksik olan malzeme olarak çıkmıştır. Katılımcılar pandeminin ilerleyen dönemlerinde N95 maske eksikliğinin yavaş yavaş çözüldüğünü, maskenin hiç olmadığı dönemleri bazı katılımcılar 1-2 hafta olarak belirtirken diğer katılımcılar daha uzun süre malzeme sıkıntısı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar N95 maskenin az bulunması nedeniyle sağlık çalışanlarına imza karşılığında bir adet verildiğini, maskeyi kullandıktan sonra bir süre havalandırıp peçeteye sararak poşette saklayıp, üç güne kadar aynı maskeyi kullandıkları dönemler olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar, yine maske eksikliği nedeniyle bir dönem korumasının eminliği tam bilinmeyen bez maske kullandıklarını dile getirmişlerdir.

Kişisel koruyucu ekipman eksikliği yaşanan katılımcıların belirttiği bir diğer malzeme tulumdur. Katılımcı yoğun bakımda Covid pozitif hastayı diyalize alacağı için tulumun yeterli sayıda olmaması nedeniyle giyinme odasında asılı olan başkasının giyip çıkardığı terli tulumu giydiğini, bunu daha sonra fark ettiğini belirtmiştir.

Hazırlıksız yakalanma nedeniyle personel sayısı kadar temin edilemeyen bir diğer kişisel koruyucu ekipman olan çizme konusunda katılımcı kendisinin internette çizme aldığını ve Covid pozitif hastalara diyalize giderken onu giydiğini ifade etmiştir. Bir diğer katılımcı izolasyon yoğun bakımda Covid pozitif hastaların bakım ve tedavisinde çalışan hemşirelerin de kendi imkanlarıyla çizme ve koruyucu önlük olarak giymek için yağmurluk aldıklarını, kendilerinin kişiye ait çizmeleri olmadığı için oradaki hemşirelerin ayakkabı numarası uyan ya da yakın olan çizmeleri ayaklarına ilk önce poşet geçirip daha sonra oradaki çizmeleri giyip çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Kişisel koruyucu ekipmanlardan olan koruyucu gözlük ve siperlik eksikliği de yaşadıklarını ifade eden katılımcılar çoğunlukla nerede Covid pozitif hasta varsa o birimin malzemelerini dezenfekte edip kullandıklarını belirtmişlerdir. Siperlik

eksikliği için kurumun diğer birimlerde çalışanlar tarafından sağlık çalışanlarına siperlik yapıldığını bir katılımcı ifade etmiştir.

“Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde eğitime katılma isteği, eğitimin faydasının farkındalığı ve eğitim almama arasında ilişkisel bağ görülmektedir”.

Katılımcı hastaya yaklaşırken nelere dikkat etmeliyiz? O şekilde bir şey konuşulduğunu, bunun eğitim sayılıp sayılmadığını bilmediğini ve eğitim aldığını hatırlamadığını, televizyondan, Sağlık Bakanlığı'nın talimatlarından ne yapmaları gerektiğini öğrendiklerini dile getirmiştir.

Katılımcı daha önce biyolojik afetle ilgili eğitim almadıklarını, Covid-19 pandemi sürecinde hastaneye atanan ve yeni işe başlamaları nedeniyle biyolojik afet eğitimi alan çalışanların olduğunu ve sonrasında da bu eğitimlerin devam ettiğini belirtmiştir. Başka bir katılımcı biyolojik afet eğitimlerinin bu tür pandemilere hazırlıklı olmak, bilgilerin sürekli yenilenmesi ve güncel kalabilmek adına belirli aralıklarla yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Biyolojik afet eğitimi almadıkları için bu pandemide zorlandıkları, eğitime katılma isteklerinin bulunduğu ve bu eğitimlerin faydasının olacağı düşüncesinde oldukları katılımcıların görüşlerine ilişkin yapılan değerlendirmelerde tespit edilmiştir.

Diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşleri ve kurumun pandemi yönetim modeli ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde internet aracılığıyla öğrenme ve haber kaynaklarından bilgi almak ile eğitim almama arasında ilişkisel bağ görülmektedir.

Biyolojik afet eğitimine yönelik daha önce hiç eğitim almadığını ve internet ve haber kaynaklarından bilgi edindiklerini ifade etmiştir. K2,

Biyolojik afet konusunda hastanede ilk önce bu dönemde hiçbir eğitim almamıştım. Bizlerde çok hazırlıksız yakalandık çünkü tamamen işte sosyal medyadan televizyondan veya kendi araştırmalarımızla yapılması gerekenleri yapmaya çalıştık, insanların söylediğini herkes uygulamaya çalıştı. Çünkü hiç kimse bu konuda bir bilgisi yoktu.

demektedir. Hazırlıksız yakalanma, bilinmezlik, biyolojik afet eğitimi almama, internet aracılığıyla öğrenme ve haber kaynaklarından bilgi almak arasında sıkı ilişkisel bağlar görülmektedir.

“Covid-19 Pozitif Hastalara Müdahale Sürecine Yönelik Değerlendirmeler ile Kurumun Pandemi Yönetim Modeli ilişkisel analizinde kişisel koruyucu ekipman

kullanımında yaşanan zorluklar ile biyolojik afete hazır olmama ve eğitim almama arasında ilişkisel bağ görülmektedir”.

En çok koruyucu gözlük, eldiven ve tulum kullanımında zorluk yaşandığı tespit edilmiştir. Daha önce Covid-19 pandemisi gibi biyolojik bir afetle karşılaşmadıkları için kişisel koruyucu ekipmanlardan koruyucu gözlük ve tulumu çok sık kullanmadıkları, sadece damlacık-solunum gibi bulaşıcı enfeksiyon hastalıkları gibi durumlarda nadir kullandıkları için alışamadıkları değerlendirilmiştir. Koruyucu gözlüğün N95 maskesiyle birlikte kullanımı sonucunda gözlükte buğulanma sebebiyle görme alanlarının kısıtlandığı durumlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Tulum kullanımında ise giyme ve çıkarma konusunda zorluklar yaşandığı ayrıca polyester malzeme olması nedeniyle terleme-ıslanma durumuyla karşılaştıkları değerlendirilmiştir. Eğitim almama ile arasındaki ilişkisel bağ değerlendirildiğinde çok kullanılmayan kişisel koruyucu ekipmanları sürekli giymek zorunda kaldıklarında zorlandıkları, bilinmeyen bir hastalık olması nedeniyle de stres ve endişe duyduklarını bir katılımcı KKE giyme sıralamasını bildiği halde panik haliyle sıralamayı karıştırdığını ifade etmiştir. Eldiven kullanımında yaşanan zorluk ise kontaminasyon riskini azaltmak için kat kat birkaç eldiven giyilmesi nedeniyle kavrama güçlüğü yaşanıldığı öğrenilmiştir.

Şekil 23: Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi ve Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Deneyimleri Modeli İlişkisi

Kod Sistemi	Kendini Hastalık Taşıyan Biri Olarak Görme	Stres	Eve-Çocuklara Bulaştırma korkusu	Korku-Endişe	Psikolojik Trauma	Ağlamak
Kurumun Pandemi Yönetim Modeli						
Kriz Yönetimi						
Diyaliz Ünitesine Sağlanan Ek Destekler						
Pozitif Kronik Hd Hastalarına İzole Transfer İmkânı						
Diyalize Alınacak Pozitif Hastalara İzole Alan Temini Görüşleri						
Uygun Olmayan Alanda Covid Pozitif Hasta almak						
Covid-19 (+) Hastayı Diyalize Alacak İzole Alan Temin Sorunu						
Diyalize Alınacak Covid Şüpheli Hastalara İzole Alan Görüşleri						
Hemşire Destekleri Görüşleri						
Diyaliz Hemşiresi Eksikliği						
Kriz Yönetimine Ait Görüşler						
Kriz Yönetimine Ait Olumlu Görüşler						
Kriz Yönetimine Ait Olumsuz Görüşler						
Pandemide Diyaliz Ünitesindeki Değişimlerin Değerlendirilmesi						
Sosyal Mesafeye Ait Görüşler						
Diyaliz Salonuna Refakatçi Alınmama						
Hastaların Yeme-içme Durumlarının Değerlendirilmesi						
Bekleme Salonları ile İlgili Görüşler						
Diyaliz Hastalarının Taşıma Araçlarına Ait Görüşler						
Malzeme Eksikliği						
Ekipman Yetersizliği						
Kişisel Koruyucu Ekipman Eksikliği						
Bez Maske Kullanımı						
Sperlik Eksikliği						
Tulum-Önlük Eksikliği						
Koruyucu Gözlük Eksikliği						
Çizme Eksikliği						
N95 Maske Eksikliği						

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi ve Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Deneyimleri modeli arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmek amacıyla çapraz tablo oluşturulmuştur. Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi ve Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Deneyimleri ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde; “uygun olmayan alanda Covid-19 pozitif hasta almak ile kendini hastalık taşıyan biri olarak görme ve eve-çocuklara bulaştırma korkusu” aralarında ilişkisel bağ görülmektedir. Katılımcıların, uygun olmayan ortamda Covid pozitif hasta almalarının, zaten bulaşıcı bir hastalığın içine giriyormuş gibi hissettiklerini, sosyal mesafenin tam sağlanamadığı ve izole alan-kabin olmayan alanda hasta aldıklarında acaba hastalık bana da bulaştı mı? Bulaşacak mı? Endişesi oluşturduğunu bu durumun kendilerini hastalık taşıyan biri olarak görmelerini hissettiklerini ve en önemlisi eve-çocuklara bulaştırma korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi ve Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Deneyimleri ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde; diyaliz hemşiresi eksikliği ile “kendini hastalık taşıyan biri olarak görme, stres ve eve-çocuklara bulaştırma korkusu” aralarında ilişkisel bağ görülmektedir. Katılımcılar, diyaliz ekibinde normal şartlarda da diyaliz hemşiresi eksikliği varken pandemiye yakalandıklarını belirtmişlerdir. Pandemiyle artan diyaliz hastası sayısının, cihaz eksikliği, yetersiz izole alan olması ve diyaliz hemşiresi eksikliği nedeniyle de seans sayılarının artması ile stresi deneyimleme arasında ilişkisel bağ görülmüştür. Aynı zamanda katılımcılar, diyaliz hemşiresi eksikliği nedeniyle seans sayılarının artmasının daha çok Covid pozitif hasta ile karşı karşıya gelmelerine neden olduğunu ve Covid pozitif hasta ile temasta çok bulunmaları nedeniyle kendilerini hastalık taşıyan biri olarak gördüklerini, bunun stres seviyelerini arttıklarını ve eve-çocuklara bulaştırma korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir.

Kurumun Pandemi Yönetim Modeli İlişkisi ve Covid-19 Pandemisinde Diyaliz Hemşirelerinin Deneyimleri ilişkisel analizi değerlendirdiğimizde; kişisel koruyucu ekipman eksikliği ile eve-çocuklara bulaştırma korkusu, korku-endişe, psikolojik travma ve ağlama deneyimleri arasında ilişkisel bağ görülmektedir. Kişisel koruyucu ekipman eksikliğinde en sık N95 maske eksikliğinden söz edilmiş olup, daha sonra siperlik, tulum-önlük, koruyucu gözlük ve çizme eksikliklerinin olması en

Katılımcıların Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Hemşirelerinin Afet Deneyimleri ile ilgili en sık kullandıkları kelimeler aşağıda yer alan kelime bulutunda yer almaktadır. Bu kelimelere baktığımızda en sık Covid-19 kelimesinin kullanıldığı görülmektedir. Daha sonra diyaliz, afet, pandemi, pozitif, hastalar, eğitim, maske, N95, zaman, mesafe, psikolojik, yoğun, dayanışma, hastane, sağlık, hemşire, önlemler, yönetim, kriz kelimelerinin katılımcılar tarafından sık bahsedilen sözcükler olduğu görülmektedir.

Kil 24: Katılımcıların Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Hemşire Deneyimleri İle İlgili En Sık Kullandıkları Kelimeler



Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

3.12. TARTIŞMA

Yaptığımız araştırma ile elde edilen verilerde pandemi gibi biyolojik afetlerde, özellikle pandeminin ilk dalgasında bilinmezlik, beklenmeyen bir salgın olması, mevcut malzemelerin yetersiz kalması, malzemelerin tedarik sürecinde sıkıntı yaşanması ve izole alan yetersizliği yaşandığı tespit edilmiştir. Covid-19 pandemisinde diyaliz hasta sayısında artış yaşandığı mevcut diyaliz hemşirelerinin yetersiz kaldığı, desteğe gelen diyaliz hemşirelerinin efektif planlanamadığı tespit edilmiştir.

Bu araştırma Covid-19 pandemisi süresince diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin salgın hastalıkla mücadele ve biyolojik afet yönetimi deneyimleri, biyolojik afet yönetimine ilişkin yaşadıkları sorunları, beklenti, algı ve tutumlarını yaşadıkları sürece odaklanarak deneyimleri anlamlandırmamızı ve derinlemesine incelememizi sağlamıştır. Bu çerçevede Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde çalışan gönüllü 12 diyaliz hemşiresi ile yüz yüze derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular ile tekrar meydana gelebilecek olası pandemi gibi biyolojik afetlerde, diyaliz hemşirelerinin diyaliz ünitesinde pandemi yönetimini daha iyi sağlamaları, zor ve olumsuz durumlarda daha iyi strateji-çözüm önerileri sağlayacakları düşünülmektedir. Elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

3.12.1. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisindeki Afet Deneyimlerine İlişkin Tartışma

Araştırmamızda katılımcıların ifadeleri genelinde oluşturulan GZFT matrisinde yer alan güçlü yanlar içinde ‘yaşanan pandemi süreci deneyim ve ders çıkarma’ olarak nitelendirilmiştir. Sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada, araştırma bulgularımızla uyumlu olarak katılımcıların Covid-19 ile ilgili metaforlardan en sık ‘hayat dersi’ni tekrarladığı belirlenmiştir (Kızıltas ve Saruc, 2023: 169).

Karşılaştıkları çok boyutlu zorluklara rağmen toplumlar pandemide hemşireliğin önemini anladıkça hemşireler mesleklerini içselleştirme süreci yaşamışlardır. Zor zamanlar geçirmelerine, pandeminin yol açtığı olumsuzluklara rağmen hemşire birliğinin gücünün ne kadar değerli olduğunu da anlamışlardır (Sun ve diğerleri, 2020: 487). Bu bulgu araştırmamızda ulaştığımız, ‘çalıştıkları kurumda görünür olma istekleri’ parametresini destekler niteliktedir.

Kızıltaş ve Saruç’un (2023: 171) çalışmalarında sağlık çalışanlarının Covid-19’a ilişkin oluşturdukları metaforlar arasında ‘sınırlanma/kısıtlılık’ yer almaktadır. Bu bulgu, araştırma bulgularımızla uyumlu olarak katılımcıların ifadelerinden ulaşılan GZFT matrisinin ‘tehditler’ başlığı altında yer alan ‘kapanma nedeniyle temel ihtiyaçlara erişememe- kısıtlı erişim’ ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin pandemi sürecine ilişkin görüşlerinde ‘teknolojik erişimin yaygınlaşması ve bilgiye erişim kolaylığı’ ifadelerine ulaşıldığı görülmüştür. Pandemi sürecinde birebir iletişimin sınırlı olması nedeniyle iletişim ve bilgi edinmede teknolojiye ihtiyaç duyulması ve etkin olarak kullanılmaya başlanması teknolojinin önemini ortaya çıkarmıştır.

Gamsız Tunç ve Dursun’un çalışmasında (2021: 205) 14-64 yaş aralığındaki 230 katılımcının katılımı ile Covid-19’a ilişkin elde edilen metaforlar; “kısıtlama”, “yeni yaşam biçimi”, “farkındalık”, “çaresizlik”, “belirsizlik”, “kontrol edilemezlik”, “izolasyon”, “gelişim/dönüşüm” ve “sınanma” olmuştur. Araştırmamızda elde ettiğimiz GZFT matrisindeki ‘güçlü yanlar’ içerisinde yer verilen ‘öğrenmeye ve gelişime açık olmaları’, ‘teknolojik erişimin yaygınlaşması ve bilgiye erişim kolaylığı’ ve ‘hizmet içi eğitimlerin devam etmesi ve sağlık personelinin eğitimlere katılması’ ifadeleri Dursun ve Gamsız Tunç’un (2021: 206) çalışmasındaki “gelişim/dönüşüm” metaforuyla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda elde edilen bulgular düşünüldüğünde Covid-19 pandemisi hemşireler için zorlayıcı bir deneyim olmasına rağmen, aynı zamanda mesleğin önemini ve değerini ortaya çıkaran bir fırsat olarak da görülebilmektedir. Diyaliz hemşirelerinin pandemiden birçok güçlü yan kazandığı, ayrıca öğrenmeye ve gelişmeye açık olma, değişime uyum sağlayabilme, dayanışma ve ekip çalışması gösterme, teknolojiden yararlanma ve stresle başa çıkma gibi yönlerini geliştirdikleri belirtilebilir. Bunların yanı sıra diyaliz hemşirelerinin pandemiden birçok ders

çıkardıkları anlaşılmaktadır. Bunlar arasında mesleğin öneminin daha iyi anlaşılması, hemşirelik eğitiminin ve araştırmalarının geliştirilmesi, sağlık sisteminin güçlendirilmesi ve hemşirelerin refahının korunması sayılabilir.

3.12.2. Diyaliz Hemşirelerinin Kurumun Pandemi Yönetim Modeline İlişkin Tartışması

DSÖ'ye göre, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda enfeksiyon kontrolünü artırmak ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek amacıyla çeşitli yönergeler ve protokoller geliştirmiştir (DSÖ, 2020). Bu yönergeler, sağlık personelinin eğitimini içeren bir dizi önlem içerir. Bunlar; triyaj ve izolasyon, standart enfeksiyon kontrol ve önleme işlemleri, idari kontroller, çevre ve mühendislik kontrolleridir. Triage hastaların önceliklendirilmesi anlamına gelmektedir. Şüpheli veya enfekte olabilecek hastaların hızlı bir şekilde tanımlanması ve izole edilmesi, hastane ortamında bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için kritik bir adımdır. DSÖ, sağlık hizmeti sunulan her yerde standart enfeksiyon kontrol ve önleme önlemlerinin uygulanmasını önermektedir. Bunlar;

- Temizlik, el hijyeni, sterilizasyon ve dezenfeksiyon gibi temel prensipler,
- Sağlık kuruluşlarında idari kontroller, enfeksiyon kontrolü politikaları ve prosedürleri oluşturulması, uygulanması ve sürdürülmesi,
- Personel eğitimi, izleme ve değerlendirme gibi süreçlerdir (DSÖ, 2020).

Çevre ve mühendislik kontrolleri, sağlık hizmeti sunulan ortamın tasarımı ve yönetimiyle ilgilidir. Hastanelerde, kliniklerde ve diğer sağlık tesislerinde bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması için çeşitli mühendislik önlemleri ve çevresel kontroller gereklidir (Karakuş ve Avşar, 2022: 569).

Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Covid-19 Komisyonu'nun Covid-19 ile mücadele kapsamında organ nakli, periton diyalizi, hemodiyaliz ve ev hemodiyalizi hastalarına yönelik rehberler hazırladığını ve bu rehberlerin oluşturulmasında çeşitli kaynaklardan yararlanıldığını göstermektedir (Ordin, 2020: 195). Ayrıca, rehberlerin oluşturulmasında DSÖ önerileri, Hastalık Kontrol Merkezi (CDC), ilgili meslek örgütlerinin bilgilendirme platformları, uluslararası klavuzlar ve Sağlık Bakanlığı Bilimsel Kurul Kararları gibi güvenilir

kaynaklardan alınan bilgilerin temel alındığı ifade edilmektedir (Keleş ve diğerleri, 2022: 128).

Hemşirelerin hasta eğitimi ve bilgilendirmesi, özellikle Covid-19 gibi salgın dönemlerinde, hastaların ve hasta yakınlarının doğru bilgiye erişimini sağlamak ve korunma önlemlerini anlamalarına yardımcı olmak önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık bilincinin artırılması ve doğru bilgilendirme ile hastaların ve toplumun salgına karşı daha etkili bir şekilde mücadele etmeleri amaçlanmıştır (Çınar ve Oğuz, 2020: 7-8).

Bu tür rehberler, hastaların ve sağlık profesyonellerinin güncel ve bilimsel bilgilere erişimini kolaylaştırabilir. Tedavi ve bakım süreçlerini iyileştirebilir ve enfeksiyon kontrolüne yönelik en iyi uygulamaları sağlama konusunda rehberlik edebilir. Bu bağlamda, rehberlerin sürekli güncellenmesi ve güvenilir kaynaklardan elde edilen bilgilerle desteklenmesi pandemi süreci ile mücadelede önem arz etmektedir (Keleş ve diğerleri, 2022: 135).

Araştırmamızda diyaliz hemşirelerinin kurumun pandemi yönetim modeline ilişkin görüşleri risk yönetimi ve kriz yönetimi olmak üzere iki kategoride toplanmıştır. Risk yönetiminde biyolojik afet eğitimi, biyolojik afete hazır olmama; kriz yönetiminde ise kriz yönetimine ilişkin görüşler, malzeme eksikliği, pandemide diyaliz ünitesindeki değişimlerin değerlendirilmesi ve diyaliz ünitesine sağlanan ek destekler değerlendirilmiştir. Karasu ve Öztürk Çopur (2020) çalışmalarında pandemide görev yapmış olan bir yoğun bakım hemşiresi malzeme eksikliğine yönelik “İlk günlerde koruyucu ekipman sıkıntımız vardı, ancak ilerleyen günlerde bu sıkıntılar giderildi” ifadesini kullanmıştır. Bu ifade ile araştırma bulgularımızı destek nitelikte biyolojik afete hazır olmama ve malzeme eksikliği konularına dikkat çekildiği görülmektedir. Kazanç ve Karagözoğlu’nun (2023: 161) çalışmalarında Covid-19 kliniklerinde çalışmakta olan hemşirelerin deneyim ve düşünceleri değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ulaşılan organizasyon teması bizim araştırmamızda ulaştığımız risk ve kriz yönetimi ile benzerlik göstermektedir. Çalışmada etkili pandemi kontrolü sağlanamadığı ifade edilmiştir. Ayrıca hemşire eksikliğine değinilmiş ve diğer servislerden görevlendirilen hemşirelerin yoğun bakım deneyiminin olmaması yeterli desteğin alınamamasına neden olduğu ifade edilmiştir (Kazanç ve Karagözoğlu, 2023: 161). Araştırmamızda da benzer şekilde diyaliz

hemşirelerinin, diyaliz ünitelerinde hem malzeme hem de hemşire eksikliği nedeniyle görevlerinde zorlandıkları, ayrıca diğer servislerden gönderilen hemşirelerin diyaliz ünitesi tecrübelerinin bulunmaması durumunun ortaya çıkardığı sıkıntılara dikkat çekilmiştir. Pandemi ile birlikte ortaya çıkan organizasyon ve risk yönetimi eksiklikleri göz önüne alınarak, sağlık alanındaki birimlerin ihtiyaçları belirlenmeli ve alan uzmanları tarafından acil bir insan kaynakları yönetim planı hazırlanmalıdır. Pandemi sürecinde etkin bir risk yönetimi için kumanda sistemi oluşturulmalı ve süreç, şeffaf bir kurul tarafından yönetilmelidir (Tekinalp ve diğerleri, 2021: 23-29)

Yapılan nitel bir çalışmada hemşirelerin yaşadığı sorunlar arasında Covid-19 süreci ile ilgili eğitim verilememesi bulunmaktadır (Çelik ve diğerleri, 2023: 168). Bu durum, araştırmamızda incelenen kurumun pandemi yönetim modeli temasında yer alan "biyolojik afete hazır olmama" ve "biyolojik afet eğitimi" alt temalarıyla örtüşmektedir

Genel olarak birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de pandemi sürecine çok hazırlıklı olunmadığı ancak süreç içinde pandemi ile mücadeleye yönelik hazırlanan rehber ile hem sağlık çalışanlarına hem de hastalara ilişkin eğitimler düzenlendiği belirlenmiştir. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin yarısına yakınının (%44,9) Covid-19'a ilişkin eğitim aldığı bildirilmiştir (Yaman ve diğerleri, 2022: 341). Bu bulgular hemşire veya sağlık çalışanlarına Covid -19'a ilişkin eğitim verildiği ancak yeterli olmadığı, ayrıca araştırmamızda ulaştığımız bulgulardan, pandemi sürecinde yoğun çalışma nedeniyle çalışanların eğitim alma için zaman ayırmada zorlandıkları görülmektedir.

Türkiye'de "Sağlıkta Dönüşüm Programı," sağlık sektöründeki hizmet sunumu, altyapı ve yönetimde kapsamlı bir dönüşümü amaçlayan bir stratejik planlama ve uygulama programıdır. Bu program, 2003 yılında başlatılmış ve sağlık sisteminde bir dizi değişiklik ve gelişmeyi içermiştir. "Sağlıkta Dönüşüm Programı," aşağıdaki 8 temanın etrafında şekillendirilmiştir (Güreşçi, 2020: 56):

Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Program, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini, aile hekimliği uygulamalarının yaygınlaştırılmasını ve koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanmayı amaçlamıştır.

Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması: Bu tema, hastanelerin etkin ve verimli bir şekilde çalışabilmesi için yeniden yapılandırılmasını ve performanslarının artırılmasını hedeflemiştir.

Sağlık Bilgi Sistemleri: Sağlık hizmetlerinde bilgi teknolojilerinin kullanımını içeren bu tema, sağlık bilgi sistemlerinin kurulmasını ve entegrasyonunu amaçlamıştır.

İlaç ve Eczacılık Hizmetleri: İlaç ve eczacılık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla bu tema altında bir dizi önlem alınmıştır.

Sağlık Çalışanlarının Eğitimi ve İstihdamı: Sağlık çalışanlarının eğitim ve istihdam süreçlerinin iyileştirilmesini, yeteneklerinin güçlendirilmesini ve etkin bir şekilde istihdam edilmelerini hedeflemiştir.

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Bu tema, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir bir finansman modeliyle desteklenmesini amaçlamıştır.

Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyeti: Hasta haklarına saygı, hastaların bilgilendirilmesi ve hasta memnuniyetini artırmayı amaçlamıştır.

Acil Sağlık Hizmetleri: Acil sağlık hizmetlerinin daha etkili bir şekilde yönetilmesini ve acil durum müdahale kapasitesinin artırılmasını hedeflemiştir.

Türkiye'deki sağlık sistemine yönelik yapılan altyapı yatırımları ve Covid-19 salgınına karşı alınan erken önlemler, sağlık altyapısının güçlendirilmesi ve etkili bir salgın yönetimi için önemli adımları temsil etmektedir. Bu çabalar, sağlık sistemini dayanıklı ve hazır hale getirmiştir (Güngör, 2020: 839). Türkiye, şehir hastaneleri projesi kapsamında bir dizi modern ve yüksek kapasiteli hastane inşa etmiştir. Bu hastaneler, sağlık hizmetlerini geniş bir coğrafi alanda yaygın bir şekilde sunmaya yönelik stratejik bir yaklaşımı temsil eder (Yeşiltaş, 2020: 21). Türkiye, Covid-19 salgınına yönelik hızlı bir yanıt almak ve etkili bir şekilde yönetmek için 10 Ocak 2020 tarihinde Operasyon Merkezi'ni kurmuş ve aynı gün içinde Bilim Kurulu'nu oluşturmuştur. Bu, salgına karşı hazırlıklı bir şekilde hareket etmeyi sağlamıştır. Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü'nün pandemi ilan etmesinden önce, Çin'de salgının başlaması üzerine 31 gün önce Operasyon Merkezi ve Bilim Kurulu'nu kurarak erken bir hazırlık sürecine girmiştir. Bu, Türkiye'nin salgına karşı hızlı ve etkili bir yanıt verme kapasitesini artırmıştır. Bilim Kurulu, salgın sürecinin

yönetiminde etkin bir rol oynamış, alınan kararların uygulanmasında Türkiye Cumhuriyeti Devletinin tüm organlarıyla eşgüdümlü bir şekilde çalışmıştır. Bu, sağlık politikalarının ve tedbirlerin koordinasyonunu sağlamıştır (Güreşçi, 2020).

T.C Sağlık Bakanlığı tarafından 9 Mart 2021 tarihinde yayımlanan “Covid-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Bilimsel Danışma Kurulu Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Çalışması”nda diyaliz merkezlerinde enfeksiyonları önleme ve kontrol önerilerinde yer alan hasta ve sağlık personelinin eğitimi kapsamında; hasta ve yakınları Covid-19 belirtileri ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi yer almaktadır. Bu bilgileri içeren posterler merkezin görünür yerlerinde bulundurulmaktadır. Sağlık personeline, “Covid-19 belirtileri ve korunma yöntemleri hakkında periyodik eğitimler verilmeli ve verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır” şeklinde öneri yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Pandemi sürecinde maske kullanımı ve maske temini konularında bir dizi değişiklik ve zorluk yaşanmıştır. Pandemi yönetimi, bilimsel gelişmelere, sağlık sistemlerinin kapasitesine ve toplum sağlığına yönelik risk değerlendirmelerine dayalı olarak sürekli olarak revize edilen politikalara ihtiyaç duyulmuştur. Pandemi sürecinde bilimsel kanıtların birikmesi ve salgının yayılma dinamikleri anlaşıldıkça, birçok ülke maske kullanımını teşvik etmeye ve hatta zorunlu hale getirmeye başlamıştır (Ma ve diğerleri, 2022: 1; Worby ve Chang, 2020: 4049). Başlangıçta, bazı bölgelerde maske temini konusunda zorluklar yaşanmıştır. Talebin hızla artması ve tedarik zincirlerindeki sıkıntılar nedeniyle maske temini konusunda sorunlar yaşanmıştır. Bazı yerlerde, özellikle salgının başlangıcında, ücretsiz maske dağıtımı yapılırken, zamanla ücretli satışlara geçiş yapılmıştır (Gereffi, 2020: 292; Ma ve diğerleri, 2022: 1;). Amerika Birleşik Devletleri'nde maske imalatının akut talebi karşılamak için yetersiz olduğu belirtilmiştir (Silberzweig ve diğerleri, 2023: 949-952).

Ülkemizde maske stok durumunun yeterli olduğu, hatta bazı ülkelere maske yardımlarında bulunulduğu belirtilmiştir (Türk Tabipler Birliği, 2022). Buna rağmen çalışanların maske kısıtlılığından söz ediyor olması kaynakların yönetimi ve birimlere dağıtılması hususundaki problemleri akla getirmektedir.

Aylward ve diğerlerinin (2022) yapmış oldukları çalışmada, 78 ülkedeki 412 merkezden ve 10 Uluslararası Nefroloji Derneği bölgesinin tamamından yanıtlar alınmıştır. Maskelerin çoğunlukla tüm hastalarla doğrudan temas için takıldığı, partikül hava filtreli solunum cihazları idareli kullanıldığı belirtilmiştir. Çalışmaya göre merkezlerin %1'inde cerrahi maskenin olmadığı, %5'inde ciddi ve %22'sinde orta düzeyde maske eksikliği yaşandığı tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada partikül hava filtreli maskelere erişimin sınırlı kaldığı ve Afrika'daki merkezlerin %30'unda ve Latin Amerika'daki merkezlerin %18'inde ciddi eksikliklerin yaşandığı tespit edilmiştir (Aylward ve diğerleri, 2022: 399-400). Golan ve diğerlerinin (2020) yapmış oldukları çalışmada, önemli sayıda merkez, yalnızca artan talep nedeniyle değil, aynı zamanda tedarik zincirlerindeki ulusal ve uluslararası aksaklıklar nedeniyle de KKE kıtlığı bildirdiği saptanmış olup, başka bir çalışmada da (2022) tedarik zincirlerindeki kesintiler nedeniyle KKE eksikliği yaşandığı tespit edilmiştir (Golan ve diğerleri, 2020; Santos Junior, 2022). Korku ve panik halinde olan bireylerin kontrolsüz satın almalarla KKE stoklamaya gidildiği ve sağlık kurumlarının KKE ulaşması zorlaştığı, küreselleşen dünyada pandemiye önlemek için ulusal tedbirler yanında küresel tedbirlerde alınması gerektiği ve bunun akılcı KKE yönetiminin ekipmanın üretiminden başlayıp, kullandıktan sonra atığın imhasına kadar geçen süreci kapsadığı bahsedilen yapılan çalışmada; planlama, örgütlenme, yürütme, koordinasyon ve denetleme fonksiyonlarının en iyi şekilde uygulanması başarı açısından gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak maske tedariğinde yaşanan sıkıntılara vurgu yapılmış ve gelecekteki KKE tedarik ve kullanımındaki zorlukları önleyebilecek çözüm önerileri sunulmuştur (Öngören ve diğerleri, 2023: 1-30).

Diyaliz hastalarını Covid-19'dan en iyi şekilde nasıl korunacağı hakkında bilgi sağlamak için ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC), Avrupa Böbrek Derneği-Avrupa Diyaliz ve Organ Nakli Derneği, İtalya ve Hindistan tarafından sağlanan kılavuzlarda Hastalar ve sağlık çalışanları için, cerrahi maskelerin kullanılması önerilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, N95 veya daha yüksek seviyeli solunum maskeleri varsa tercih edilirken, diğer yerlerde N95 maskeleri genellikle sadece aerosol üreten işlemler için önerilmektedir Genellikle tek kullanımlık eldivenler tavsiye edilmekte ve çoğu durumda yüz siperleri veya

gözlükler önerilmektedir. Bazı rehberler saç bonesi ve galoş kullanımını da önermektedir. CDC, Amerika Birleşik Devletleri'nde, sağlık personeli için Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) yetkinlik değerlendirmesini ve KKR ile el hijyenine uygunluğun denetlenmesini tavsiye ederken; bu tavsiyenin diğer kaynaklarda yer almadığı görülmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Rombolà ve diğerleri 2020; Basile ve diğerleri 2020; Naicker ve diğerleri 2020; ve Lobo ve diğerleri 2020).

Roper ve diğerlerinin yapmış oldukları Covid-19 Salgını Sırasında Diyaliz tedavisi verilmesi sırasında Stratejileri ve Sonuçlarını konu aldıkları çalışmada (2020: 1090-1094) optimal HD sağlarken viral bulaşmayı azaltmak için alınan önlemlerin ek yöntemler ile etkinliğinin arttığı belirlenmiştir. Bunlar bulaşmayı en aza indirmiş, kullanılan stratejiler ve hastaların yönetiminde alınan önlemler ile sağkalımını artırabilecek faktörlerin en önemlileri şu şekilde belirlenmiştir. Enfeksiyon yayılımını azaltmak için; HD ünitesindeki Covid-19 pozitif hastalara vakaların yeniden tespit edilmesi ve için katı protokol uygulanarak daha önce ilk pozitif sürüntüden sonraki 15. güne kadar hastaların %41'inin virüsü temizlemediğini ve HD ünitelerine geri gönderilemediğini göstermiştir. Hastaların %35'i 12. günde hemodiyaliz ünitelerine geri gönderilebildikleri, asemptomatik hastaların ancak art arda 2 negatif Covid-19 sürüntüsünden sonra HD ünitesine aktif olarak geri gönderilmesinin bu popülasyondaki çapraz kontaminasyonu önlemiş olabileceği bildirilmektedir (Roper ve diğerleri 2020: 1090-1092). Doğrulanmış tüm vakalar için özel bir Covid-19 pozitif HD ünitesinin kullanılması, Covid-19 şüphesi olan HD ünitelerindeki hastaların odalarında aktif triyaj ve izolasyon hastalar için bakımı optimize etmek için; Parametreleri izlemek için Covid-19 pozitif HD ünitesinde doktor sayısının artması, mevcut hastalar için haftada 3 kez HD seanslarına devam edilmesi, yeni hastalar için haftada 2 kez artımlı HD yaparak Covid-19 salgını sırasında ilk kez diyalize başlayan hastalara, diyaliz ünitelerinde ve evden uzakta geçirdikleri zamanı sınırlamak için haftada iki kez kademeli diyaliz uygulanması gerektiği konusunda tavsiyelerde bulunduklarını belirtmişlerdir (Roper ve diğerleri 2020: 1093-1094). Robinson ve diğerleri (2021), Birleşik Krallık, İspanya, ABD, Fransa ve Suudi Arabistan'daki merkezlerdeki hemodiyaliz hastaları için tedavi süresi/hafta daha kısa olduğunu belirtmişlerdir (Robinson ve diğerleri, 2021: 3(4),

619-634). Bu çalışmalarda yapılan uygulamalar, araştırmamızdaki pandemide kurumun kriz yönetimi temasına çözüm önerisi olarak sunulabilir niteliktedir. Bu çözüm önerileri aynı zamanda kronik hemodiyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde hemşire gözlemleri kategorisinde yer alan hastaların tedirgin, kaygılı olması, ölüm korkusu temaları ve hasta hem de diyaliz hemşirelerinin bulaş korkusu temasına da destek sağlayabilecek nitelikte olduğu görülmektedir.

Covid-19 semptomları olan veya pozitif test sonucu alan hastaların yönetimi, dünya çapında farklılık gösteren rehberliklerle dolu bir alandır. Tüm rehberler, birden fazla doğrulanmış vaka veya muhtemel Covid-19 vakası olan kişilerin bir araya getirilmesini ve bu durumlarla ilgilenmek üzere belirlenmiş personelin atanmasını önermektedir(Kliger ve diğerleri, 2020: 12-16) Bazı ülkeler, Covid-19 tanısı konmuş hastaların hastaneye yatırılmasını ve hava yoluyla bulaşan bir enfeksiyon izolasyon odasına yerleştirilmesini tavsiye ederken, ABD CDC özellikle Covid-19 diyalizi sırasında hava yoluyla bulaşan bir enfeksiyon izolasyon odasına ihtiyaç olmadığını belirtmektedir. (Rombolà ve diğerleri, 2020; Basile ve diğerleri, 2020). Asya rehberlik belgeleri, muhtemel Covid-19 vakalarının bulaşıcı hastalık ünitesine alınmasını önerirken, diğerleri, hem muhtemel vakaların hem de pozitif test sonucu alan hastaların, klinik olarak stabil olduklarında ayakta tedavi ünitelerinde diyalize alınabileceğini önermektedir. Bu durumda, diyaliz ya belirlenmiş bir Covid-19 tesisi içinde, enfekte olmayan hastaları tedavi eden bir tesiste bulunan izolasyon odasında veya kapısı kapalı ayrı bir odada gerçekleştirilebilir. Bu seçenekler mevcut değilse, hastaları diğer hastalardan her yöne 2m uzaklıkta olacak şekilde tesisin çizgisinin sonunda veya köşede olacak diyalize almak tavsiye edilir (Kliger ve diğerleri, 2020: 12-16). Bir gündeki son tedavi seansı Covid-19 hastaları için belirlenebilir ve tedavi gününden sonra detaylı bir dezenfeksiyon işlemi yapılması da kılavuz önerileri arasında yet almaktadır (Silberzweig ve diğerleri, 2023: 949-952). Covid-19 Pandemisinin Merkez İçi Hemodiyaliz Hizmetleri Üzerindeki Küresel Etkisi araştırılan bir çalışmada sosyal mesafe önerilerinin bir parçası olarak, az sayıda merkez makineler arasındaki mesafeyi >2 m'ye (tüm bölgelerde %25) çıkardığını bildirirken, çoğu 1 ile 2 m'ye (%62) ulaştığını bildirdi (Aylward ve diğerleri, 2022). Bunun nedeni, 2 m'lik bir politikanın benimsenmesinin, aynı HD merkezinde tedavi edilebilecek kişi sayısında önemli bir azalmaya ve bunun SARS-

CoV-2 enfeksiyonu risklerine karşı tartışmasının sonuçlarına yol açması olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda, SARS-CoV-2 bulaşmasını önlemek için 2 m'lik bir mesafenin bile yeterli olmayabileceği öne sürülmüştür (Jones ve diğerleri, 2020). Birleşik Krallık'ta, makineler arasındaki boşluktaki her 1 m'lik artışın SARS-CoV-2'nin bulaşmasını ve hastaneye yatışını %32 oranında azalttığına dair bazı kanıtlar mevcuttur (Caplin ve diğerleri, 2021). Covid-19 hastayı diyalize alacak alan-yer temin sorunu ve uygun olmayan alanda Covid-19 pozitif hasta almaya ilişkin görüşler ile ifade edilen sorunlara yönelik literatürde yer alan bu bilgiler hem araştırma bulgularımızla örtüşmekte olup, araştırma bulgularımıza çözüm önerisi sağlar nitelikte olduğu da görülmektedir.

3.12.3. Diyaliz Hemşirelerinin Biyolojik Afetle İlgili Görüşlerine İlişkin Tartışma

Diyaliz hekimleri, hemşireler ve teknisyenlerden oluşan bir çalışma ekibi, hükümetten, bilimsel topluluklardan ve hastane yetkililerinden Covid-19 salgını, salgın önleme araçları ve kılavuzları hakkında güncellenmiş klinik bilgiler konusunda eğitim almalıdır. Diyaliz hemşireleri, FFP2 maskesi, gözlük, tek kullanımlık cerrahi önlük ve eldivenler kullanarak uygun şekilde Covid-19 polimeraz zincir reaksiyonu için nazofarenks sürüntüleri almak üzere eğitilmelidir (Basile, 2020: 740). Covid-19 kliniğinde çalışan hemşirelerin deneyim ve düşünceleri konu alınana bir çalışmada, hemşirelere pandemi birimde çalışmadan önce mutlaka hizmet içi eğitim verilmesi ve deneyimli oldukları servislerde görevlendirilmeleri önerilmiştir (Kazanç ve Karagözoğlu, 2023: 168). Araştırmamızda diyaliz hemşirelerinin görüşlerinden ulaşılan 'eksik bilgi ve eğitime katılım isteği' ve 'eğitimin faydasının farkındalığı' alt temalarıyla literatürde yer alan bilgiler örtüşmektedir.

Araştırmamızda diyaliz hemşirelerinin aşırıya karşı görüşleri olumlu ve olumsuz yönde farklılık göstermiştir. Benzer şekilde Orebi ve arkadaşlarının (2022) Mısır Üniversitesi Hastanesindeki sağlık çalışanlarıyla yapmış oldukları çalışmada da katılımcıların yaklaşık üçte ikisi aşının güvenliğine ve gerekliliğine inandığı tespit edilmiştir (Orebi ve diğerleri, 2022: 4). Aşırıya karşı olumsuz görüşler ise; aşının kısa

sürede geliştirilmiş olması, potansiyel yan etkilerinin bilinmemesi, pandeminin doğası hakkında şüpheler, komplo teorileri, sosyal medya etkisi, aşı karşıtı propagandanın etkisi, aşı zorunluluğunun getirdiği kısıtlamalar ve sağlık sistemiyle ilgili güven eksikliği gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır (Yumru & Demirkaya, 2021: 277; Teker Sayın ve diğerleri, 2022: 841; Şahin, 2022: 589). Ayrıca, sağlık profesyonellerinin deneyimlerine dayanan çalışmalara göre, aşı olurken tüm risklerin kabul edilmesine dair imza alınmasının da güven eksikliğine katkıda bulunduğu gözlemlenmiştir (Kaya, 2023;122). Araştırma bulgumuzda aşuya karşı olumsuz düşünceler literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Vindrolá-Padros ve arkadaşlarının (2020: 4-5) Birleşik Krallık'ta Covid-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarının algı ve deneyimlerini konu aldıkları çalışmada, salgına hazırlıksız yakalandığı ve çalışan sayısının talebi karşılamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna yönelik olarak yeni sağlık çalışanlarının görevlendirilmesi gerektiği ve sağlık çalışanlarının Covid-19 salgınına dair eğitilmeleri gerektiğine vurgu yapılmıştır (Vindrolá-Padros ve diğerleri, 2020: 4-5). Benzer şekilde araştırmamızda diyaliz hemşirelerinin biyolojik afetle ilgili görüşlerinden ulaşılan 'hazırlıksız yakalanma', 'bilgi eksikliği', 'eğitime katılma isteği' ve 'eğitimin faydasının farkında olma' temaları literatürle benzerlik göstermektedir.

İnce (2020) tarafından yapılan çalışmada, Covid-19'un ortaya çıkış biçimi, biyolojik bir savaş olup olmadığı, pandeminin niteliği, tam olarak nasıl yayıldığı, tedavi yönteminin ne olduğunun bilinmemesi gibi belirsizliklerin olduğuna değinilmiştir (İnce, 2020: 111; Kaya, 2023) tarafından yapılan çalışmada da katılımcıların bazılarının, salgına inanmadıklarını, bir korku süreci olduğunu, kaynağının bilinmediğini ve laboratuvarda üretildiğini düşündüklerini ve biyolojik savaş olarak algıladıkları belirtilmiştir (Kaya, 2023: 195). Araştırmamızda hemşirelerin biyolojik afetle ilgili görüşlerinden; 'eğitime şu an gerek yok' ve 'eğitimin faydası olmayacağı' temalarına da ulaşılmıştır. Bu durumun yaşanan pandemide de biyolojik savaşlarda hastalık ajanı olarak kullanılan bu virüsün, kasıtlı bir şekilde laboratuvar ortamında üretildiğini düşünmeleri, eğitim alsalar bile ileride hangi pandemiyle karşılaşacaklarını bilmedikleri için bilinmeyen bir salgın hastalık için eğitim almalarına gerek olmadığı ve eğitim alsalar bile faydasını olmayacağı düşüncesi ile açıklanabilir. Bu temaların da literatürle benzer olduğu görülmektedir.

Nicel bir analizde (2022: 4) (katılımcıların sağlık bilgilerini haftada en az 2 kez İnternet (%56.57), televizyon (% 40.57) veya basılı kaynaklar (% 31.13) aracılığıyla öğrendikleri göstermiştir. Sağlık konularını haber medyasından (%80.81) öğrenme olasılıkları, sağlık kurumlarından (%64.45) daha yüksek olduğu görülmektedir. (Arevalo ve diğerleri, 2022: 1-9). Ebola ve grip salgınları sırasında, insanların hastanelerden ve tıbbi bakım sağlayıcılarından bilgi almak yerine kitle iletişim araçlarından, sosyal medyadan ve yazılı medyadan sağlık bilgileri aradığı araştırmalarla tutarlıdır (Walter ve diğerleri, 2012; Odlum & Yoon, 2018). Araştırmamızda pandemi hakkında haber kaynaklarından bilgi edinme ve internet aracılığı ile öğrenme alt temalarının literatür ile örtüştüğü görülmektedir. Sağlık sistemleri, dijital medya kullanımlarını artırmalı ve bir kriz sırasında sağlık bilgileriyle topluma en iyi şekilde ulaşmanın ek yollarını araştırmalıdır (Loft ve diğerleri, 2020: 183-185).

3.12.4. Diyaliz Hemşirelerinin Covid (+) Hastalarına Müdahale Sürecine Yönelik Görüşlerine İlişkin Tartışma

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yürütülen bir çalışmada, Covid-19 döneminde katılımcıların nitelikli bakım sağlamanın iyileştirici gücünü fark ettikleri belirtilmiştir. Ancak Covid-19 teşhisi konan bazı hastaların prognozunun beklenmedik şekilde değişmesi sonucu hemşirelerin sağladıkları bakımın etkinliğini sorgulamalarına, hemşirelerin kendilerini yetersiz, başarısız, yıpranmış ve çaresiz hissetmelerine neden olan durumlarla karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir. Tüm bunlara ek olarak Covid-19 salgını sırasında çalışan hemşireler, hastalığın seyrinin belirsizliğine karşı koruyucu ekipman kullanarak kendilerini güvence altına alma ihtiyacı hissettikleri belirtilmiştir (Yıldırım ve diğerleri, 2023). Bu bulgular araştırmamızda ulaşılan psikolojik travma, stres ve ağlama alt kodlarını destekler niteliktedir.

Araştırmamızda Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan hisler kategorisine ait alt kodlar virüs yüklü ortama girme hissi, korku-endişe, psikolojik travma, savaşa gidiyormuş hissi, heyecan, stres, kendini hastalık taşıyan biri olarak görme ve ağlamak şeklindedir. Bu temalar arasından; savaşa gidiyormuş gibi

hissetmek, korku-endişe, eve-çocuklara bulaştırma korkusu, virüs yüklü ortama girme hissi ve stres alt kodlarına daha sık rastlanıldığı görülmüştür. Kırmızı ve İnce'nin (2022) Covid-19 servisinde çalışan hemşirelerle yürüttükleri çalışmalarında katılımcıların “bu salgının başlangıcında bizler bir savaşın ortasına bırakıldık... Bu savaştan başarıyla çıkamam...” gibi ifadelerine yer verilmiştir. Kaya'nın (2023) çalışmasında sağlık profesyonelleri Covid-19'a ilişkin savaşa gidiyormuş gibi hissettiklerini, pandeminin biyolojik bir savaş olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Bu bulgular çalışmamızda ulaşılan ‘savaşa gidiyormuş hissi’ alt temasını destekler niteliktedir.

Küresel olarak, çok az merkez ya lojistik (sınırlı kontenjan, personel ya da malzeme; %6), enfeksiyon kontrolü (maruziyeti sınırlamak için; %5) ya da her iki nedenden dolayı (%8) HD seans uzunluğunu azaltmak zorunda kaldığını bildirmiştir. Aynı şekilde, yanıt verenlerin çoğu, haftalık HD oturumlarının sayısında herhangi bir değişiklik yapmadıklarını bildirmiştir (Aylward ve diğerleri, 2022: 401). Yapılan çalışmalarda Covid-19 pozitif hastalara hizmet veren sağlık personellerinin anksiyete, öfke, saldırganlık, tükenmişlik sendromu, öznel iyi oluşun düşük olması gibi psikolojik sorunlara daha yatkın oldukları ortaya konulmuştur (Karakuş ve Avşar, 2022: 569; Stuijzand ve diğerleri, 2020: 8-9). Araştırmamızda hemşirelerin ilk defa Covid-19 pozitif olan hastayı diyalize aldıklarında çok etkilendikleri, ağladıkları, endişelendikleri, eve-çocuklara bulaştırma korkusunu en çok o gün yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda sağlık personeli üzerindeki yükün ve stresin aynı zamanda özellikle sınırlı kişisel koruyucu ekipmanla hastalanma korkusu, enfeksiyonları ailelerine bulaştırma korkusu, hızla kötüleşen ve belirgin bir iyileştirici tedavisi olmayan bir virüsle hastalanan hastalara bakma ve hasta iş arkadaşlarına tıbbi yardım sağlama nedeniyle de arttığı belirtilmiştir ((Albott ve diğerleri, 2020: 43-54; Senni, 2020: 1783-1784; Walton ve diğerleri, 2020; Chirico ve diğerleri, 2020: 1-6; Lotfy ve diğerleri, 2021: 62-66). Araştırma bulgularımızdaki eve-çocuklara bulaştırma korkusu, bilinmezlik ve malzeme eksikliği alt temalarıyla literatürdeki bulgular benzerlik göstermektedir.

Bu zorlu dönemde ekipteki diğer katılımcılar da arkadaşları için endişelendiklerini, bundan sonra ne olacak, nasıl olacak, kimler pozitif hastayı diyalize alacak gibi akıllarında sorular oluştuğunu belirtmişlerdir. Hemşireler,

arkadaşlarını sanki bir daha göremeyecekleri hissine kapıldıklarını, savaşa gidiyormuş gibi hissettiklerini ifade etmişlerdir. Literatürdeki çalışma sonuçları ile birlikte bizim araştırmamızda da hemşirelerin pandemi sürecinden psikolojik olarak olumsuz etkilendikleri belirlenmiştir (Aylward ve diğerleri, 2022: 401; Karakuş ve Avşar, 2022: 569; Stuijzand ve diğerleri, 2020: 8-9).

Bayrakçı ve Özkan'ın (2020) çalışmalarında Covid-19 pandemisinde hemodiyaliz ünitelerinin yönetimi ile ilgili; bekleme salonu ve HD salonu içinde iki hasta yatağı arasında en az iki metre mesafe bulunması gerektiği belirtilmiştir. Çalışmada bunun yanı sıra şu önerilerde bulunulmuştur; ideal olarak, semptomatik hastalar (mümkünse) kapılı ayrı bir negatif basınç izolasyon odasında diyalize edilmelidir. Doğrulanmış Covid-19 tanısı olan hastalar izolasyon odasına alınmalı ve negatif basınçlı enfeksiyon izolasyon odası mevcut değilse ayaktan diyaliz ünitesinde tedavilerine devam edilmemelidir. Covid-19 teşhisi konan hastaların doğrudan bakımına dahil olan tüm personel, partikül madde ve aerosollerin %90-95'ini solunan havadan filtreleyen uzun kollu, su geçirmez izolasyon giysileri, kapaklar, gözlükler, eldivenler ve tıbbi maskeler dahil olmak üzere tam koruyucu önlemleri almalıdır. El hijyenine dikkat edilmeli, eller su ve sabunla iyice yıkanmalı, düzenli aralıklarla alkollü solüsyonlar kullanılmalı, kullanılan eldivenler tek kullanımlık olmalıdır (Bayrakçı ve Özkan, 2020: 574).

Araştırmamızda, Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan zorluklara ilişkin ulaşılan kategoriler; izole alan yetersizliği nedeniyle yaşanan sorunlar, kişisel koruyucu ekipman kullanımında yaşanan zorluklar, cihazın sürekli alarm vermesiyle tekrar izole alana girme, tekrar tekrar KKE giymek zorunda kalınması, izole alanda kalma süresinin uzaması ve Covid-19 pozitif hastaların diyalizde kanlarının çabuk pıhtılaşma sorunu çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Pandeminin başında Covid-19 pandemisi sırasında hemodiyaliz hastasının acil servis bakımını araştıran bir çalışmada (2020), Pandeminin başlangıcında, birçok şüpheli Covid-19 diyaliz hastası test/tedavi için acil servise yönlendirildiği ve bunun da acil servis ve yatan hasta diyaliz ünitelerine çok fazla bir yük getirdiği belirtilmiştir. Bunun nedeninin, büyük ölçüde, virüsle enfekte olmuş bir diyaliz hastasının, izolasyon, kontrol ve önleme gereklilikleri nedeniyle diyaliz merkezinin kaynakları üzerinde önemli bir baskı oluşturması ve böylece uyum yeteneğini

sınırlaması olduğu bildirilmiştir (Connealy ve diğerleri, 2021: 47-54; Basile ve diğerleri, 2020: 737-741). Pandeminin başında izole alanların yetersiz olması ve oluşturulmaması bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Fukawa ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada on bir diyaliz hastası ve on sağlık çalışanının Covid-19' a yakalandıklarını, bunun nedenini belirledikleri faktörler arasında ortak soyunma odalarının ve ortak dolapların kullanımının yer alması, diyaliz kliniğinin penceresiz kapalı bir alan olması olarak belirtilmiştir (Fukawa ve diğerleri, 2023: 51(7), 26)

Bu bulgular, araştırma bulgumuzdaki izole alan nedeniyle yaşanan sorunlar alt temasıyla örtüşmektedir. Diyaliz için izole alanlar oluşturmali, sosyal mesafeye dikkat edilerek yatak ve cihaz mesafeleri oluşturulmalı, bekleme alanları ve ünitelerde yeterli havalandırma sağlanmalıdır.

Akkuş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hemşireler, hastaların kişisel koruyucu ekipman kullanımından etkilendiğini, bu nedenle bakım ve tedavilerine devam etmekte zorluk çektiklerini belirtmişlerdir (Akkuş ve diğerleri, 2022: 1245).

Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda, Covid-19 pandemi sürecinde hemşirelerin KKE eksiklikleri ve KKE kullanırken zorluk yaşadıkları sonuçlarına ulaşılmıştır (Ardebili ve diğerleri, 2021: 547-554; Catania ve diğerleri, 2021: 404-411; Çelik ve diğerleri, 2023: 161-177; Delikteas ve diğerleri, 2021: 5-6; Halcomb ve diğerleri, 2020: 553-563; Kalateh ve diğerleri, 2021: 72-79; Muz ve diğerleri, 2021: 1026-1035).

Araştırmamızda da KKE ile ilgili yaşananlar arasında N95 yerine çift maske kullanmak, KKE'leri uzun saatler kullanmak, çizme yerine çöp poşeti takmak, hemşirelerin kendi imkanlarıyla ekipman satın almak yer almaktadır. Bu bulguların tümü Çelik ve diğerleri (2023) tarafından yapılan çalışmadaki temalarla büyük oranda örtüşmektedir (Morley ve diğerleri, 2020: 33-34). Morley ve diğerleri (2020) tarafından yapılan çalışmada KKE ile ilgili yaşanan sorunlarda hastaya dokunmadan bakım vermenin zor olmasına yer verilmiştir. KKE'lerin hastalarla zor iletişim kurulmasına neden olduğu, eksik ve yanlış KKE kullanımı sonucunda enfeksiyon bulaşma korkusu yaşanmasına, KKE'nin uygun şekilde kullanılmamasından kaynaklanan zararlara ve iş yükünün artması gibi olumsuz durumlara neden olduğu bildirilmiştir (Morley ve diğerleri, 2020: 34-35) Bu bulgular araştırmamızdaki

Covid-19 pozitif hastayı diyalize alırken yaşanan zorluklar kategorisinde yer alan KKE kullanılmasında yaşanan zorluklar alt temasıyla örtüşmektedir.

Covid-19 pozitif hastalarda diyaliz tedavileri için uzaktan izleme stratejisinin personelin maruz kalma riskini azaltıp azaltamayacağını araştıran bir çalışmada, panoramik görüntüleme özelliğini olan bebek monitörü kullanılmıştır. Bu çalışmada diyaliz seansı başlamadan önce bir kamera diyaliz monitörüne, diğer kamera hastaya ve diyaliz erişimine bakacak şekilde konumlandırılarak diyaliz hemşiresi hastayı izleyebilir, bölgelere, yaşamsal belirtilere ve tedavi parametrelerine el cihazı aracılığıyla gerçek zamanlı olarak erişebildiği, güvenliği sağlamak için, diyaliz hemşiresi uygun KKE ile herhangi bir akut acil durum için doğrudan hasta odasının dışında kalmış ve herhangi bir acil durum için izolasyon odasına girmeye hazır konumlandırılmıştır. Bu şekilde 729 diyaliz seansının tamamında diyaliz personeli arasında hiçbir pozitif vaka gözlemlenmediği belirtilmiştir (Khan ve Mallipattu, 2021: 136-137) Araştırmamızda diyalize alırken yaşanan zorluklar temasında yer alan izole alanda kalma süresinin uzaması, tekrar tekrar KKE giymek zorunda kalınması, cihazın sürekli alarm vermesi alt temalarıyla diyaliz hemşirelerinin sorunlarla karşılaştığı ve bu çalışmada Covid-19 izolasyon odalarında diyaliz tedavileri yürütürken diyaliz hemşirelerinin ve personelinin maruz kalma riskini en aza indirmek için belirtilen çalışmada kullanılan uzaktan izleme sisteminin kullanılmasının alternatif bir çözüm önerisi olacağı görülmektedir. Aynı zamanda uzaktan izleme sistemiyle diyaliz hemşirelerinin kendine, eve ve çocuklarına bulaşma korkusu alt temalarının yine bu araştırmada hemodiyaliz alan hastaları yöneten 22 diyaliz hemşiresi ile yapılan bir ankette, %95 maruziyetin azalması nedeniyle daha az kaygı duyduğunu ve %100 hastaları gerçek zamanlı olarak yakından izleme yeteneği sayesinde güvenliğin tehlikeye atılmadığını bildirmesiyle örtüşmektedir. Bu kullanıma hazır uzaktan izleme cihazlarının kullanımı, pandemi gibi biyolojik afetlerde, her yataklı diyaliz ünitesinin donanımına dahil edilmesi gereken önemli bir kaynak olduğu belirtilmiştir (Khan ve Mallipattu, 2021: 137-138). RRT gerektiren yoğun bakım ünitesindeki kritik Covid-19 ile enfekte hastalar, ilk yöntem olarak CRRT ile tedavi edilmesi gerektiği, posedürler için tek kullanımlık alet setlerinin kullanılmasının, sonraki sterilizasyon ihtiyacını ve kontaminasyon riskini azalttığı belirtilmektedir. CRRT gerektiren kritik derecede hasta Covid-19 ile

enfekte hastalara, RRT gerektiren yoğun bakım ünitesinde kaldıkları süre boyunca özel bir CRRT makinesi ayrıldığı ve kontaminasyonu önlemek için hastalar arasında makine paylaşma ihtiyacını ortadan kaldırıldığını, bölgesel sitrat antikoagülasyonunun filtre ömrünü uzatması ve devre pıhtılaşmasını, diyalize ara vermeyi ve kan kaybını önlediği için tercih edildiğini bildirmektedir. Aralıklı HD ve akut PD'ye daha erken geçiş, kaynaklar kısıtlı olduğunda kritik hastalar için düşünülecek alternatif diyaliz yöntemleri olduğu belirtilmiştir (Khoo ve diğerleri, 2020: 383-384)

Araştırmamızdaki cihazın sürekli alarm vermesiyle tekrar izole alana girme, tekrar tekrar KKE giymek zorunda kalınması, izole alanda kalma süresinin uzaması ve Covid-19 pozitif hastaların diyalizde kanlarının çabuk pıhtılaşma sorunu yaşanması alt temaları yer almaktadır. Katılımcıların ifadeleri değerlendirildiğinde; diyaliz tedavisi sırasında kan yoğunluğunun artmasının cihazdaki basınçların yükselmesine bunun da cihazın sürekli alarm vermesiyle tekrar KKE giyip izole alana girme sorunları oluşturduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında RRT'ye, şiddetli Covid-19 vakalarında, tedavinin erken sonlandırılmasıyla birlikte intra ve ekstrakorporeal pıhtılaşma olaylarına neden olan hiper pıhtılaşma durumuyla ilgili engellerden söz edilmiştir. Sonlandırma, diyalizin brüt kalitesini, metabolik dengesizlikleri, aşırı sıvı yükselmesini, sistemdeki daha sık değişiklikler nedeniyle artan kan kaybını azaltabileceği ve hastalar için daha fazla komplikasyona yol açması muhtemel olduğu belirtilmiştir (Arnold ve diğerleri, 2020). Bu nedenle uzmanlar, RRT gerektiren Covid-19 hastalarında spesifik antikoagülasyon rejimleri oluşturmanın acil ihtiyacını kabul etmişlerdir (Arnold ve diğerleri, 2020: Ronco ve diğerleri, 2020: 738-742). Nadim ve arkadaşları CRRT kullanılıyorsa filtrasyon fraksiyonunu azaltmak ve devre pıhtılaşması riskini azaltmak için sürekli veno-venöz hemodiyaliz veya sürekli veno-venöz hemodiyaliz filtrasyonunun kullanılmasını önermiştir (Nadim ve diğerleri, 2020: 1-18). Uzmanlar ayrıca hiper pıhtılaşmayatkinliği olan Covid-19 hastalarında spesifik antikoagülasyon rejimleri oluşturma ihtiyacını da kabul etmişlerdir (Arnold ve diğerleri, 2020: Ronco ve diğerleri, 2020: 738-742). Diyaliz merkezinin deneyimlerinden bahsedilen bir çalışmada, araştırmamızın bu temasındaki tüm sorunlara çözüm önerisi olacak şekilde örtüşen deneyimler çalışmada şu şekilde yer almaktadır; Covid-19 pozitif

hastayı diyalize almak, normal diyalize kıyasla her diyaliz seansı için tahmini 30 dakika daha ek süre gereklidir. Diyaliz sırasında, kontaminasyonu en aza indirmek için izolasyon odasına giriş ve çıkış hareketini azaltmak da çok önemlidir. Mümkün olduğunca, sık devre yıkama ihtiyacını azaltmak için heparinsiz diyalizden kaçınılır. ViSi Mobile (Sotera Wireless) kullanılarak gerçek zamanlı uzaktan yaşamsal belirti izleme (kan basıncı, kalp atış hızı ve nabız oksimetresi) kullanımı ve verilerin elektronik iletimi, hastanın odasına girme ihtiyacını azaltır (Khoo ve diğerleri, 2020: 383).

Covid-19 pozitif hastalara müdahale sürecine yönelik değerlendirmeler teması, HD tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler kategorisi mesleki olarak tatmin olma duygusu, mutluluk, hiçbir şey hissetmeme, diyaliz tedavisinin faydalı olduğunu görmek kodları çerçevesinde değerlendirilmiştir. HD tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler temasında katılımcılar mesleki olarak “tatmin olma” duygusu, mutluluk ve diyaliz tedavisinin faydalı olduğunu görmek kodları üzerinde yoğunlaşmışlardır. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak, hemşirelerin Covid-19 pandemisindeki bakım deneyimlerini konu alan bir çalışmada, Covid’li hastaya bakım verme deneyimleri altında ‘bakımın iyileştirici gücünü fark etme’ alt temasına ulaşıldığı belirtilmiştir. Çalışmada katılımcılardan biri ‘iyileşen hastaların, motivasyonunu arttırdığını’ ifade etmiştir (Yıldırım ve diğerleri, 2023: 24-25). Araştırmamızda, HD tedavisinden sonra iyileşen Covid-19 pozitif hastalarda hissedilenler kategorisinde “hiçbir şey hissetmemek” alt temasını belirten K10’nun cinsiyetinin erkek olmasıyla, Kuzey İtalya’da diyaliz hizmeti veren sağlık hizmeti sağlayıcılarında tükenmişlik konusunu ele alan çok merkezli yapılan bir çalışmada (2007) duyarsızlaşmanın, erkek cinsiyeti olması nedeniyle tahmin edildiği bulgusuyla örtüşmektedir (Klersy ve diğerleri, 2007: 2283-2290)

3.12.5. Diyaliz Hemşirelerinin Kronik HD Tedavi Alan Hastalara Yönelik Gözlemlerine İlişkin Tartışma

İşe yeni başlayan katılımcının kronik hastalığa sahip hastaları yeni tanımaya başlaması ve hastayı tanımadığı için bağ kuramaması nedeniyle çok etkilenmediği

tespit edilmiştir. Diğer katılımcıların ise kronik hastalarını önceden tanıyarak olması, haftanın 3 günü 4 saat sürekli aynı hastalara hemodiyaliz tedavisi vermeleri nedeniyle etkileşim içinde olmaları sonucunda duygusal bağ kurma olasılıklarının yüksek olduğu değerlendirilmiştir.

Pandemi süreci toplumun her kesimini etkilese de bireylerin biyopsikososyal maruziyet düzeyleri incelendiğinde, pandeminin insanlar üzerinde yarattığı korku ve kaygının kronik hastalığı olan bireylerde daha yüksek olduğu görülmektedir (Bakioğlu, 2020: 2372). Araştırmamızda, diyaliz hemşirelerinin gözlemlerine göre hastaların değerlendirilmesinde diyaliz tedavilerinin aksamaması, korku, üzüntü, ölüm korkusu, gerginlik ve tedirginlik gibi kategorilere ulaşılmıştır.

Literatür incelendiğinde bazı merkezlerde diyaliz hastalarının diyaliz tedavilerinin aksadığı, kılavuzlarda önerilen şekilde haftada üç gün diyaliz seansının haftada 2 güne düşürüldüğü ve 4 saat olan tedavi süresinin 3 saat olarak kısaltılması uygulamasının yapıldığı, bazı merkezlerde ise diyaliz tedavisi sayısı ve diyaliz tedavi süresinde değişiklik yapılmadığı tespit edilmiştir. Çok merkezli büyük bir çalışma, hastaların %28'inin bir veya daha fazla diyaliz seansını kaçırdığını ve sokağa çıkma yasağı nedeniyle hem ayakta hem de yatarak tedavi hizmetlerinin azaldığını bildirmiştir (Prasad ve diğerleri, 2020: 1547). Diğer bir çalışmada (2022) Kuzey Amerika ve Karayipler (%4) ve Batı Avrupa (%4) çok az sayıda HD oturumunun kaçırdığını bildirirken, Afrika (%52), E&C Avrupa (%12), Latin Amerika (%68), Orta Doğu (%50), NIS ve Rusya (%25), Kuzey Asya (%14), Güneydoğu Asya ve Okyanusya (%48) ve Güney Asya (%76) pandemi sırasında daha fazla diyaliz seansının kaçırdığını bildirilirken, küresel olarak, az sayıda merkez, lojistik, enfeksiyon kontrolü veya her iki nedenden dolayı (%8) HD oturum süresini azaltmak zorunda kaldığını bildirmekle birlikte, yapılan çalışmada katılımcıların çoğu, haftalık HD oturumlarının sayısında herhangi bir değişiklik yapılmadığını belirtmiştir (Aylward ve diğerleri, 2022: 397-409).

Başka bir çalışmada katılımcıların %68'i diyaliz bakımlarının değiştiğini hissetmediği belirtilmiştir ve bu bulgu araştırma tamamını destekler niteliktedir (Noce ve diğerleri, 2023: 7).

Rutin bir programda yapılan değişiklikler birçok hasta için kaygıyı kötüleştirebilir (Kliger ve diğerleri, 2020: 707-709). Diyaliz hastalarında korku,

üzüntü, ölüm korkusu, gerginlik ve tedirginlik gibi emosyonel durumlar yaşadıkları tespit edilmiştir.

Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Covid-19 ve diyaliz hastaları (2023) ile ilgili yapılan çalışmada Covid-19 pandemisi sırasında diyaliz hastalarında anksiyete ve duygusal stres arttığı belirtilmiş, tüm diyaliz hastaları, enfekte olanlar ve enfeksiyondan korkanların psikolojik sıkıntılar yaşadığı, başka bir çalışmada ise diyaliz hastalarının büyük bir kısmının Covid-19 pandemisi nedeniyle endişe ve stres bildirdiği ve yaklaşık dörtte biri depresyon için klinik kriterleri karşıladığı belirtilmiştir (Silberzweig ve diğerleri, 2023: 491-496; Lee ve diğerleri, 2020: 1390-1397). Yapılan başka bir çalışmada Covid-19 salgınının, diyaliz hastalarının yaşamlarını önemli ölçüde etkilediği, bunun da fiziksel ve özellikle zihinsel sağlığı etkilediği hissedildiği bildirilmiştir (Noce ve diğerleri, 2023: 1-6).

Covid-19 ve diyaliz hastaları deneyimleri (2023) ile ilgili yapılan çalışmada araştırma bulgumuzla uyumlu olarak genellikle Covid-19 ortamında, hastalar diyaliz koltuğu süresinde veya konumunda değişiklikler, aile ve arkadaşlarla sosyal etkileşimlerde daha önemli değişikliklere yol açtığı ve birkaç hasta bunun ruh sağlığının kötüleşmesine neden olduğu belirtilmiştir (Noce ve diğerleri, 2023: 6). Araştırmamızda diyaliz hastalarının farklı cihazda ve yatakta diyalize girmelerinin ya da yanındaki hastanın farklı olmasının bile hastada tedirginlik, korku ve gerginlik yarattığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada katılımcı diyaliz hastası "Burada diyaliz grubundan birinin öldüğünü duyduğumda endişeleniyorum" demektedir (Noce ve diğerleri, 2023: 7). Araştırmamızda da başka bir hastanın yoğun bakımda olduğunu veya öldüklerini duyduklarında korku, endişe ve üzüntü yaşadıkları tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada (2023), hastaların çoğunun hasta ya da hasta yakınları ile çatışma yaşadığı, %75.4 oranında bildirilmiştir (Al-Otaibi ve diğerleri, 2023: 4). Arevalo Iraheta ve diğerleri (2022), Covid-19 sırasında diyaliz ve nakil hastalarının stresörlerini ve bilgi arayışlarını bir telefon yardım hattında raporladıkları karma yöntemli bir çalışmada Bir diyaliz hastası, sürekli olarak kendini virüse karşı tedirgin hissettiğini: "Her an çok kolay enfekte olabilirim... gitmek istediğin hiçbir yer güvenli değil" şeklinde ifade etmektedir (Arevalo ve diğerleri, 2022: 1-9). Martin ve diğerleri (2020), "Diyalizdeyken enfekte olma korkusu gibi olumsuz psikososyal etkiler" gibi hususlara dikkat çekmişlerdir (Martin ve diğerleri, 2020: 1424).

Araştırmamızdaki hastaların kendi aralarında maske takmaması, sürüntü testi vermemesi nedeniyle yaşanan tedirginlik, ölüm korkusu ve gerginlik görüşlerinin yer alması literatürdeki çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak, periton diyalizi hastalarıyla yürütülen bir çalışmada, aile üyelerine Covid-19 pozitif teşhisi konulduğunda veya şüphesi oluştuğunda HD alan hastaların yorgunluk, kaygı ve uyku kalitesi riskinin önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir (Tian ve diğerleri, 2020: 1075). Hastaların tedavi süreçlerinde psikolojik açıdan desteklenmeleri hem fiziksel hem de duygusal iyileşmelerine katkıda bulunabilir. Hemşireler, hasta bakımında bütüncül bir yaklaşım benimseyerek sadece fiziksel sağlık durumlarını değil, aynı zamanda psikososyal ve duygusal ihtiyaçlarını da değerlendirmelidir (Gökalp ve Arpacı, 2020: 24). Literatürde HD hastalarının özellikle pandemi döneminde psikolojik olarak desteklenmeleri gerektiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Gökalp ve Arpacı, 2020: 25; Sertdemir ve Özen, 2022: 51). Temmuz 2020'de King's College Hospital, sanal egzersiz seansları, fiziksel izolasyonda gezinme konusunda tavsiye videoları ve sanat terapisi gibi hizmetler sunarak böbrek hastalarının karantina sırasında sağlıklarını yönetmeleri için ücretsiz, çevrimiçi, web tabanlı bir merkez geliştirmiştir (Loft ve diğerleri, 2020: 183-184). Pandemi gibi bulaş riski yüksek olan biyolojik hastalarla bağlantıda kalmak ve yüksek belirsizlik ve stresle dolu büyük sağlık krizlerinde onları desteklemek için daha erişilebilir yollar geliştirmelidir afetlerde tele-tıp ve online görüşmeler şeklinde psikolojik destek sağlanmalıdır.

3.12.6. Diyaliz Hemşirelerinin Covid-19 Pandemisindeki Kişisel Deneyimlerine İlişkin Tartışma

Özellikle hastalarla yakın temasta olan hemşireler Covid-19 pandemisinden birçok yönden etkilenmiştir. Hemşireler birçok fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ruhsal zorluklarla mücadele etmek zorunda kalmışlardır (Catania ve diğerleri, 2021: 407). Her şeyden önce, hemşireler kendilerinin, akrabalarının ve hastalarının güvenliği için büyük psikolojik baskı ve korku hissetmişlerdir. Pandemiden önce bile hemşirelere bakma sorumluluğu birçok faktörden dolayı kaygıya neden olmuş ancak

pandeminin ortaya çıkmasıyla hastalığın seyrinin bilinmemesi ve enfeksiyonun hızla yayılması bu kaygı düzeyini artırmıştır (Guttormson ve diğerleri, 2022: 98).

Araştırmamızda Covid-19 pandemisinde diyaliz hemşirelerinin kişisel deneyimleri teması, diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesi ve diyaliz hemşirelerinin korunma önlemlerine yönelik görüşler ve kategorilerinde değerlendirilmiştir. Diyaliz hemşirelerinin pandemide yaşamlarının etkilenmesi kategorisi aile hayatı süreci, iş hayatı süreci, sosyal hayat ve psikolojik süreç kodlarında değerlendirilmiştir Nitel bir araştırmaya göre virüsün yarattığı kaygı ve izolasyon nedeniyle pandemi döneminde hemşirelik bakımı sağlamanın zorlaştığı ortaya çıkmıştır (Fernández-Castillo ve diğerleri, 2021: 401). Sun ve diğerlerinin (2020: 491) çalışmasında hemşireler yoğun bir çalışma temposu, yorgunluk, rahatsızlık, çaresizlik ve kişisel koruyucu ekipman kullanımından kaynaklanan kirlenme yaşadıkları tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin enfeksiyon riski konusunda endişeli hissettikleri tespit edilmiştir (Sun ve diğerleri, 2020: 491).

Polat ve diğerlerinin (2023) yaptıkları çalışmada diyaliz hemşirelerinin çoğu zaman endişe duyduğunu beyan eden grupta en yüksek sayıya sahip olduğu, Covid-19 ile enfekte olma (%90.1) ve hastalığı sevdiklerine bulaştırması (%92.5) gibi önemli endişeler saptandığı belirtilmiştir. Kadınların, (depresyon, anksiyete, stres) erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir. Depresyonun kadın olmak, çocuk sahibi olmamak, aile/ev arkadaşlarıyla birlikte yaşamak, daha uzun bir iş deneyimine sahip olmak, gelecekte KKE bulma konusunda endişelenmek, enfekte olma endişesi ve Covid-19 pozitif ile bir tanıdık bilmek ile ilişkili olduğu bulunduğu belirtilmiştir. Araştırmamızdaki diyaliz hemşirelerinin deneyimleri temasının alt kodları olan anne olmak, sorumlulukların artması, psikolojik süreç ve müdahale sürecine yönelik temada bulunan eve ve çocuklara bulaş korkusu alt temalarıyla yapılan çalışmadaki bulguların örtüştüğü görülmektedir (Polat ve diğerleri, 2023: 20-27).

Araştırmamızda, sosyal hayat kodu altında; bu süreçte ev-hastane dışında bir sosyal hayatlarının olmadığı, ayrıca sosyal hayatlarında hemşire olmalarından dolayı sağlık personeli olarak damgalanarak, mikrop taşıyan kişiler olarak görüldüklerini, buna yönelik kendilerine ve çocuklarına yapılan çeşitli davranışlar ile karşılaştıklarını ifade eden katılımcı görüşleri yer almaktadır.

Sağlık profesyonelleri birçok ortamda kahraman olarak övülse de son kanıtlar Covid-19 olarak belirlenmiş hastanelerde çalışanların, SARS-CoV-2 kontaminasyonu için yüksek riskli bir alan olan hastane ortamlarında çalışırken arkadaşlarından ve ailesinden damgalanmayla karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir. Bu damgalama sağlık profesyonellerinin stres düzeylerini artırarak iş tatminin ve hasta bakım kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum diğer sağlık profesyonellerinde olduğu gibi diyaliz hemşirelerinde strese ve tükenmişliğe neden olmuştur (Chew ve diğerleri, 2020: 559-565; Uvais ve diğerleri, 2020: 1121-1122). Pandeminin, kendi güvenlikleriyle ilgili endişelerin artan stres faktörleri, güvenli bakım sağlamanın zorlukları ve moral düşüşü, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlikle sonuçlanan devam eden personel sıkıntısı nedeniyle diyaliz işgücünü büyük ölçüde zorladığı ve sağlık personellerinin aldıkları övgülere rağmen saygı eksikliği hissettikleri ve sağlık çalışanlarının sayıları ve morali üzerindeki etkisinin önümüzdeki yıllarda hissedileceği yapılan çalışmada önemle vurgulanmıştır (Silberzweig ve diğerleri, 2023: 949-952).

Tüm sağlık profesyonellerinde olduğu gibi diyaliz hemşireleri de pandemi sürecinden psikolojik olarak olumsuz etkilenmişler ve psikolojik desteğe ihtiyaç duymuşlardır (Catania ve diğerleri, 2021: 409; Guttormson ve diğerleri, 2022; Güvenç ve Baltacı, 2020: 350-352; Que ve diğerleri, 2020: 10; Sun ve diğerleri, 2020: 493). Ruh sağlığı hizmetlerine erişim, psikolojik destek gibi önlemler sağlık çalışanlarının psikolojik sağlıklarının korunmasına destek olabilir (Chen ve diğerleri, 2021: 1173; Özcan ve Özyer, 2023: 131). Covid-19 pandemisi, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık çalışanları üzerinde büyük bir yük oluşturmuştur. Virüse maruz kalma riski, uzun çalışma saatleri, artan iş yükü ve hastaların yaşadığı endişe ve korkuyla başa çıkmak gibi birçok faktör sağlık çalışanlarının ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Türk Psikiyatri Derneği ve Türk Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, pandemi sürecinde sağlık çalışanları için ruhsal destek programlarının oluşturulup tarama ve takibin sağlanması, yöneticiler tarafından empatik yaklaşımların sergilenmesi ve kaygının değil dayanışmanın artırılmasına önem verilmesi gerektiğini önermektedir (Türkiye Psikiyatri Derneği, (8 Haziran 2020; 1,5; Türkiye Psikiyatri Derneği, 5 Mayıs 2020). Bu öneriler kapsamında Ruh Sağlığı Destek Sistemi (RUHSAD)

uygulaması destek isteyen sağlık personelleri için hizmete sunulmuştur. RUHSAD uygulaması, 7 gün 24 saat hizmet veren, psikolog ve psikiyatristlerden ücretsiz destek alınmasını sağlayan, desteklerin telefonla veya online olarak verilmesini sağlayan bir sistemdir (Sağlık Bakanlığı, 6 Haziran 2020). Toplumda sağlık çalışanlarının bu zorlu süreçte vermiş oldukları mücadeleye yönelik farkındalık oluşmuştur. Yetkililer, televizyon veya sosyal medyada sürekli olarak sağlık çalışanlarının verdiği hizmetlerin önemine değinmişler ve minnetlerini ifade etmişlerdir. Diyaliz hemşirelerinin toplum tarafından desteklenmesi, yaşadıkları zorlukların üstesinden gelmelerinde yardımcı olabilir (Ata ve Kaplan, 2021: 57).

Covid-19'un ilk görüldüğü Çin'de birçok sağlık merkezi bir araya gelerek sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlamışlardır. Ancak sağlık çalışanları psikolojik destek almayı reddedip, endişelerinin enfekte olmak değil virüsü ailelerine taşımak olduğunu belirtmişlerdir (Chen ve diğerleri, 2021: 1172). DSÖ, pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına rehberlik edecek bir uygulama olan WHO Academy'i duyurmuştur. Bu uygulama küresel olarak 20000 sağlık çalışanından gelen dönütler üzerine inşa edilmiş bir rehberlik niteliğindedir. İngiltere'de sağlık çalışanlarına yönelik pandemi döneminde sağlanan ücretsiz evrimii terapi ve destek hizmetleri, sağlık sektöründeki profesyonellere psikolojik ve duygusal destek sağlama amacını taşımaktadır. Bu tür destek hizmetleri, sağlık çalışanlarının pandemi stresi, yorgunluk ve duygusal zorluklarla başa çıkabilmelerine yardımcı olabilmektedir. Bin beş yüzden fazla uzmanın katılımıyla sağlanan evrimii terapi ve destek hizmetleri, geniş bir uzman kadrosunu içererek çeşitli ihtiyaçlara yanıt verebilme kapasitesine sahiptir. Çevrimiçi terapi, sağlık çalışanlarına bireysel destek sağlamanın yanı sıra grup danışmanlığı da sunarak meslektaşlarıyla deneyimlerini paylaşma ve birbirlerine destek olma imkanı tanımıştır. Headspace, UnMind ve Big Health gibi mobil uygulamalar aracılığıyla sağlanan meditasyon hizmetleri, anksiyete ve uyku problemleriyle baş etme konusunda sağlık personeli ve ailelerine destek sunmuştur. Bu tür destek hizmetleri sağlanması, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak bu konudaki farkındalığı artırmıştır (Maben ve Bridges, 2020: 1-9).

Aile hayatı kodu altında; tüm katılımcıların ailelerini korumak için ekstra çaba gösterdikleri, gerekli durumlarda çocukları, eşleri ve ailenin diğer bireylerinden

ayrı kaldıkları dönemler yaşadıkları belirlenmiştir. Özellikle anne olan katılımcıların daha fazla endişelendikleri, korkuya kapıldıkları, sorumluluklarının arttığı ve psikolojik olarak daha fazla yoruldukları tespit edilmiştir. Pandemi döneminde okullara ara verildiğinden çocukların evde bakımını üstlenecek kimse olmaması nedeniyle zorluk yaşadıkları belirlenmiştir. Özellikle bir katılımcı kendisinin sağlık personeli olması nedeniyle çocuklarının mikropluymuş gibi dışlanmasından bahsetmiştir. Benzer şekilde Ecarnot ve diğerlerinin (2022) ABD’de hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada da pandemide yoğun çalışma sürecinde çocukları için evde bakım ve eğitimin verilmesinin zorluklarına değinilmiştir (Ecarnot ve diğerleri, 2022).

Çelik ve diğerleri (2023) tarafından yapılan çalışmada incelenen temalar, çalışmamızdaki Covid-19 pandemisi sırasında hemşirelerin deneyimlerine yönelik temasında yer alan "anne olmak ve sorumlulukların artması" alt temalarıyla örtüştüğü görülmektedir. Araştırmamızda, ebeveynlerin ikisinin de sağlık personeli olduğu katılımcıların kreşlerinde kapatılmasıyla çocuk bakımını üstlenecek kişi bulmakta zorlandıkları, bulaş korkusu nedeniyle ailelerine de çocuk bakımını üstlenmesine izin vermedikleri belirlenmiştir. Bu bağlamda, çalışmada önerilen çözüm olarak, sosyal hizmetlerin, alışveriş, çocuk bakımı veya 24 saatlik kreşler gibi destek sistemlerinin oluşturulması önerilmekte ve desteklenmektedir (Çelik ve diğerleri, 2023: 166).

İnce (2020) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının üzerinde durduğu temalar; belirsizlik, korku ve endişe olduğu görülmektedir. Özellikle pandeminin ilk sürecinde bazı sağlık çalışanları üzerinde panik atmosferi oluşturduğu, korku ve endişeye neden olduğu görülmektedir. Bunlardan dolayı pandeminin ilk sürecinde bulaş olmaması için daha fazla dikkatli davranışlar sergilendiği, aşırı dezenfektan kullanımının olduğu, korku ve endişe düzeyinin yüksek olmasının önemli bir nedenin özellikle virüsü ailelerine bulaştırma düşüncesi olduğu belirtilmiştir. İnce (2020), Çelik ve diğerleri (2023) tarafından yapılan çalışmalarda hemşirelerin bu virüsü ailelerine ve sevdiklerine bulaştırma korkusu yaşadığı, kendilerini ailelerinden izole ettiği, evine gidebilen sağlık çalışanları da virüsü taşıma ihtimaline yönelik olarak sosyal hayatlarını mümkün oldukça kısıtlama yoluna gittikleri belirtilmiştir (İnce, 2020: 110-122; Çelik ve diğerleri 2023: 166). Araştırmamızdaki Covid-19

ABD’de yoğun bakım hemşireleriyle yapılan bir çalışmada hemşireler çalışma koşullarıyla ilgili artan iş yükü, hızlı hasta akını ve krizle baş etmek için gerekli kaynakların bulunup bulunmadığı konuları üzerinde durmuşlardır. Aynı çalışmada hemşireler pandemi döneminde kriz karşısında ekibe hakim olan duygunun dayanışma ve uyum olduğu belirtilmiştir (Ecarnot ve diğerleri, 2022). Bizim araştırmamızda da ekip ile deneyimler konusunda ekip ruhu- dayanışmanın artması kategorisine ulaşılmıştır. Buradaki iş yükü, bizim araştırma bulgumuzda ulaşılan diyaliz hemşiresi yetersizliği kategorisi ile paralellik göstermektedir. Hemşire yetersizliği diyaliz hemşirelerinin iş yükünü artırmıştır. Sağlık kurumlarında, pandemideki olağanüstü gelişmelere ve değişimlere ayak uydurabilmek için insan kaynakları yönetimi bilimsel uygulamalarının uygulanması gerekmektedir.

Hemşirelerin Covid-19 Pandemi Sürecindeki Deneyimlerini araştıran bir çalışmada, deneyimsiz personelle ve yoğun çalışmaların iş yüklerini arttırdığı belirtilmiştir (Çelik ve diğerleri, 2023: 161-167). Araştırmamızda, "Pandemide Diyaliz Ünitesinde Ekip ile ilgili Deneyimler" temasında, diyalizi bilmeyen hemşirelerin diyaliz ünitesine destek için çalışmaya gelmesiyle birlikte iş yükünün artmasıyla ekip tükenmişliği alt temasının oluştuğu belirtilmiştir.

Çelik ve diğerleri (2023) tarafından yapılan nitel bir çalışmada incelenen temalarda mobbinge maruz kalma temasının alt temasında yer alan kurumsal mobbingde katılımcıların meslektaşları, hastalar ve diğer sağlık personelleri tarafından şiddet ve mobbinge uğradıklarını ve ekip iletişimsizliği yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Çelik ve diğerleri, 2023: 169). Bu bulgular araştırmamızdaki ekip anlayışının olmaması, gergin ortam ve ekip tükenmişliği alt temaları ile benzerlik göstermektedir. Yine aynı çalışmada, deneyimsiz personelle ve yoğun çalışmaların iş yüklerini arttırdığı belirtilmiştir (Çelik ve diğerleri, 2023: 167-168). Araştırmamızdaki, "Pandemide Diyaliz Ünitesinde Ekip ile ilgili Deneyimler" temasında, diyalizi bilmeyen hemşirelerin diyaliz ünitesine destek için çalışmaya gelmesiyle birlikte iş yükünün artmasıyla ekip tükenmişliği alt temasının örtüştüğü görülmektedir. Ekip tükenmişliği alt temasıyla örtüşen literatürdeki diğer çalışmalarda hemşirelerin %30’unda doktorların %18’ine kıyasla yüksek duygusal tükenme olduğunu ve bunun diyaliz hastalarıyla doktorlardan daha uzun süreli

temasta bulunan hemşirelerin daha yüksek bir duygusal yüke maruz kalmaları ile ilişkilendirilmiştir (Klersy ve diğeri, 2007: 2283-2290). Aynı zamanda kaynak kullanımının yayımlanan rehberlerde hastalık izni politikasını, çapraz eğitim ve yedekleme planlarını, personelin işe dönüş yönergelerini ve işe dönüş sonrası rehberliği tartişma konusu olduğu görülmektedir. Bu neriler, yerel olarak mevcut olmalarına rağmen, diğeri ülkelerden gelen yayınlarda sağlanmamaktadır. Sadece ABD yedekleme listelerinin yapıldığı belirtilen çalışmada görülmektedir. Personel kaynağı olan hemodiyaliz hemşirelerinin araştırmamızda yer alan diyaliz hemşiresi eksikliğinin personelin hastalanması durumunda yedek listelerinin yapılmasının, kriz durumlarında stratejik eylem planı yapmayı kolaylaştıracadı düşünülmektedir (Kliger ve diğeri, 2020: 12-16).

3.12.8. Diyaliz Hemşirelerinin Görüşlerine göre Tekrar Pandemi Olma Durumunda Diyaliz nitesinin Hazırlık Durumuna İlişkin Tartışma

Hastane afet planları, biyolojik afetler, salgınlar veya diğeri acil durumlar gibi olağanşt durumlarla başa çıkma konusunda sağlık kuruluşlarını hazırlamak için önemli bir araçtır. Bu planlar, hastanelerin afetlere karşı hazırlıklı olmalarını, etkili bir şekilde yanıt vermelerini ve toplum sağlığını korumalarını sağlamak için tasarlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Planlar, potansiyel afet türlerini ve bu afetlerin hastanenin işleyişine etkilerini değerlendirmektedir. Biyolojik afetler, salgın hastalıklar veya diğeri acil durumlar bu değerlendirmeye dahil edilmektedir. Planlar, hastanenin personel, yatak kapasitesi, tıbbi malzeme ve ekipman gibi kaynakları belirlemektedir. Hastane afet planları, hastane kapasitesinin ne kadar süreyle ve hangi koşullar altında sürdürülebileceğini değerlendirmektedir (Beyramijam ve diğeri, 2019: 216).

Afet durumlarında iletişim kritiktir. Planlar, hastane içi iletişimi, hasta ve personel bilgilendirmesini, kamu sağlığı yetkilileri, diğeri sağlık kuruluşları ve toplum ile koordinasyonu içermektedir. Sağlık personeli, afet durumlarına karşı eğitilmelidir. Planlar, personelin afet durumlarına hazır olmasını sağlamak için eğitim programlarını ve düzenli tatbikatları içermektedir. Hastaneler, afet

durumlarında iş sürekliliğini sağlamak için planlarını güncellemelidir. Bu, kritik işlevlerin devam etmesini ve hastaların güvenliğini korumayı kapsamaktadır. Planlar, acil durum malzeme tedarik zincirini yönetmek, depolamak ve dağıtmak için stratejiler içermektedir. Bu stratejiler, tıbbi malzemelerin ve ilaçların etkili bir şekilde kullanılabilmesini sağlayabilir. Planlar, hastanenin güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek için sürekli değerlendirmeleri kapsar. Bu değerlendirmeler, planların zamanla geliştirilmesine ve iyileştirilmesine olanak tanımaktadır. Bu planlar, sağlık kuruluşlarının afet durumlarına hazırlıklı ve dayanıklı olmalarını sağlayarak toplum sağlığını koruma görevini yerine getirmelerine yardımcı olmaktadır (Aminizadeh ve diğerleri, 2019: 234-236).

Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP), Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından hazırlanan ve ülkedeki afetlere etkin bir şekilde müdahale edilmesini sağlamak amacıyla geliştirilen stratejik bir plandır. TAMP ilk olarak 2014 yılında yayımlanmış ve daha sonra 2022'de güncellenmiştir (Şahin, 2020: 132).

TAMP, genellikle afet durumlarında koordinasyonu sağlamak, kaynakları etkin bir şekilde kullanmak, hızlı ve etkili bir müdahale yapmak amacıyla oluşturulmuştur. İçişleri Bakanlığı tarafından yayımlanan bu plan, ülke genelindeki afet müdahale süreçlerini belirlemekte ve çeşitli afet türleri için özel müdahale stratejilerini içermektedir. Plan, afet türlerini tanımlamakta, sınıflandırmakta ve bu tür afetlere nasıl müdahale edileceğini belirlemektedir. TAMP, müdahalede yer alan kurumlar ve birimler arasında etkili bir koordinasyonu sağlamak amacıyla iletişim stratejilerini içermektedir. Plan, olası afet risklerini değerlendirir ve müdahale öncesinde hazırlık adımlarını belirlemektedir. Afet türlerine özel olarak hazırlanan müdahale planları, hızlı ve etkili bir şekilde olaya müdahale etmeyi amaçlamaktadır. TAMP, müdahale sırasında kullanılacak kaynakları belirler ve bu kaynakların etkili bir şekilde yönetilmesini hedeflemektedir. Plan, müdahale ekibinin eğitimini ve afet senaryolarını içeren tatbikatları içermektedir. TAMP, afet sırasında halkın bilgilendirilmesi ve iletişim stratejilerini de kapsamaktadır (Durmuş ve Ekşi, 2023: 108-109).

Tekrar “pandemi” olsa diyaliz ünitesi hazır mı? teması pandemiye deneyimlemeye dair olumlu görüşler, aşırı bir talebe hazır olunmadığına dair görüşler ve istek-çözüm önerileri kategorileri çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Lee ve arkadaşlarının (2020) Tayvan’da diyaliz tesislerinde pandemik Covid-19 enfeksiyonu için proaktif önlemler alınmasını konu aldıkları çalışmada, pandeminin başında deneyimleri ile birkaç önlem eklemişlerdir. Bu önlemler; ilk olarak aşama tabanlı, proaktif bir tarama eylemi gerçekleştirilmesidir. Salgın kanıtlarına dayalı olarak yapılan uygulamaların revize edilmesinin gerekli olduğu bildirilmiştir. İkincisi olarak Sağlık personeli ve toplum arasındaki nozokomiyal bulaşmanın (hastane enfeksiyonu) önemini ve enfeksiyonun yayılmasını kolaylaştırabildiğini, 2003 yılında şiddetli olarak yaşadıkları SARS salgınından önemli dersler çıkardıklarını vurgulamaktadır. Bir diyaliz tesisinde Covid-19 ile enfekte bir vaka veya daha fazla vaka meydana geldiğinde, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından hastaları ve bir sağlık ekibini belirlenmiş bir izolasyon vardiyasında ve yerinde bir araya getirmek önerilmekte olduğunu, daha fazla hastane bulaşmasını önlemek ve hasarı azaltmak için, kontamine bölgeyi, ara bölgeyi ve temiz bölgeyi belirlemeyi içeren kontrol paketi ve kontrol noktası, el yıkama temel prosedürleri oluşturulmasıdır. Üçüncü olarak, bölünmüş çalışma grubu ve sabit bakım ekibinin bir ön planı önerilmektedir. Bir diyaliz tesisinin yönetimi, personel-hasta maruziyetini en aza indirmek için bu sabit bakım modunu proaktif olarak etkinleştirmeyi düşünülmesini ve hasta grubuna sabit bir sağlık personeli de önermektedir. Dördüncüsü, tam zamanlı maske kullanımını ve işlem öncesi ve sonrası el dezenfeksiyonu önerilmiştir (Lee ve diğerleri, 2020: 895-897).

Çalışmada belirtildiği üzere 2003 yılında yaşadıkları SARS pandemisinden dersler çıkarıldığı, ülkelerin ve diyaliz merkezlerinin daha önce yaşayarak deneyimledikleri pandeminin yeni bilinmez bir pandemi de proaktif önlemler alınmasında yol gösterici olduğu, araştırmamızdaki tekrar pandemi olsa diyaliz üniteleri hazır mı? temasındaki pandemiye deneyimlemeye dair olumlu görüşler kategorisini destekler niteliktedir.

Kaya’nın (2023: 211) sağlık profesyonelleri ile yapmış olduğu çalışmasında, Covid-19 biyolojik afetin olumsuz etkilerini azaltmak için çeşitli bireysel ve kurumsal koruyucu önlemler alınmıştır. Ancak çeşitli koruyucu önlemler alınmış

olmasına rağmen yetersiz hazırlık ve önlemlerin olduğu tespit edilmiştir (Kaya, 2023: 211). Fakat araştırma bulgularımıza göre diyaliz tedavisine aşırı talep oluşturabilecek bir pandemi olması durumunda diyaliz ünitelerinin yetersiz kalacağı belirtilmiştir. Özellikle izole alan yetersizliği, cihaz yetersizliği ve ekipman eksikliği, hemşire-ekip yetersizliği, afet eğitimi eksikliği ve ekipman eksikliği sorunlarının ortaya çıkacağını ifade etmişlerdir.

Nisan 2020'de New York City'deki artışın diyaliz makineleri, sarf malzemeleri ve personel sıkıntısına yol açtığı, kritik kaynak yönetimi ihtiyacı geliştiği belirlenmiştir. Ventilatörlü hastaların üçte birinin diyalize ihtiyaç duyduğu ve sağlık sisteminin zorlandığı New York'ta son zamanlarda gözlemlendiği başka bir çalışmada da belirtilmiştir (Smith, 2020). Pakistan gibi kaynak yoksulluğu olan ülkelerde, diyaliz makineleri gibi ekipman sıkıntısı ile karşı karşıya olunduğu ve mücadele edildiği; pandemi gibi aşırı talep durumlarında "Önleme tedaviden daha iyidir" ilkesini uygulayarak bu sorunların aşılabileceği önerilmektedir (Ahmed ve diğerleri, 2020: 89-90).

Benzer deneyimlerin İtalya'da ve başka yerlerde de yaşandığı görülmektedir. Covid-19 ile hastaneye yatırılan hastalarda, diyaliz gerektiren yüksek akut böbrek hasarı oranı, Covid-19'lu idame diyalizi alan hastaların zaten yüksek olan hastaneye yatış oranının üzerine bindirildiğinde, sağlık sistemlerini kapasitenin ötesinde zorladığı bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, bakım evlerinde ve rehabilitasyon tesislerinde Covid-19'un yüksek prevalansta olması hastaneye yatışların uzamasına ve diyaliz için daha fazla yatan hasta talebine neden olmuştur (Mogul, 2020: National Public Radio). Pandeminin başında yapılan bir çalışmada kritik ventilatör eksikliği endişesi yaşanırken ventilatörlerden önce hasta sayısındaki artış nedeniyle RRT verme kapasitesinin kırılma noktasına geldiği belirtilmiştir (Goldfarb ve diğerleri, 2020: 880-882; Robinson ve diğerleri, 2021: 619-634). Yoğun bakım ünitelerinde 105 Covid-19 hastasının ve 44'ü ABH ile takip edildiği, 40'ı RRT gerektirdiği bildirilmiştir. Pandeminin başında Mart 2020 de RRT ihtiyaçlarının arttığı covid-19 için acil durum planlamalarının, bu yöntemlere ne ölçüde ihtiyaç duyulacağını ve kapasiteyi genişletmenin önündeki sayısız engeli öngörmedikleri belirtmişlerdir. Özellikle hemodiyaliz hemşirelerinin ve teknikerlerinin sayısının karantina ve izolasyon sürecinde azalması, hemodiyaliz yapmak için gereken

becerilerin daha önce eğitilmemiş sağlık çalışanları tarafından kolayca edinilmemesi, makine arızalarının zamanında yapılamamasının bu dönemi zorlaştırdığı bildirilmiştir. Hemodiyaliz sıklığını haftada üç defadan iki defaya ve tedavi süresini 4 saatten 3 saate düşürmek gibi stratejiler izlenmiştir. Bu stratejilerin rehberlerde ulaşım araçlarının yetersizliği durumunda araba veya ambulansla seyahat etme ihtiyacını azaltması, nakil sırasında enfeksiyona maruz kalma riskini azaltması ve diyaliz hastalarının diyaliz ünitesinde veya hastanede enfeksiyon yayma olasılığını azaltacağı belirtilmiştir (Medspace, 2020; Ahmet & Haseeb, 2020: 89-90). Aynı zamanda yoğun bakım ünitelerinde CRRT kullanımının arttığı, cihazların ve solüsyonların yetmediği, zaman zaman solüsyon tedarikinde kıtlık yaşandığı, yoğun bakım hemşirelerinin CRRT tedavisi vermelerinin iş yükünü arttığı deneyimlenen çalışmada RRT tedarik ve hemodiyaliz personeli üzerindeki baskıyı azaltmak için ek stratejiler geliştirildiği belirtilmiştir. Nadir olarak kullanılan akut periton diyalizi kullanımını başlattıklarını ancak yoğun bakım hemşirelerinin çok azı periton diyalizi yapma deneyimine sahip olduğu ve zorlu koşullar altında yeni bir prosedür öğrenmeye anlaşılır bir şekilde direndikleri belirtilmiştir. Çözüm olarak yoğun bakım ve diyaliz personeli dışında çalışan sağlık personelinde diyaliz değişimlerinde ek destek istedikleri çalışmada belirtilmiştir (Robinson ve diğerleri, 2021: 619-620). Yapılan bir çalışmada, Covid-19'un erken döneminde acil veya akut başlangıçlı periton diyalizi kullanımının Çin, Tayland ve Birleşik Krallık'ta arttığı, ABD'de ise belirgin şekilde arttığı belirtilmektedir (Robinson ve diğerleri, 2021: 623). Yine aynı çalışmada İtalya, İsveç, Fransa, Suudi Arabistan, Belçika ve Kore'de Acil ve akut başlangıçlı periton diyaliz uygulamalarının mevcut olmadığı belirtilmiştir (Robinson ve diğerleri, 2021: 624-634). New York City'deki Mt. Sinai Hastanesi, düzenli olarak planlanmış diyaliz seanslarını kaçırdıktan sonra acil servise gelen çok sayıda hasta nedeniyle HD için hastane taleplerindeki artış nedeniyle Nisan 2020'de dalgalanması için diyaliz kaynakları sağlama yeteneğini en üst düzeye çıkarmak için bir periton diyaliz programı geliştirmiştir (El Shamy ve diğerleri, 2020: 377-380). RRT programları makine, malzeme ve personel eksikliği nedeniyle mücadele ettiğine değinilen bir çalışmada, Covid-19 Tedavi Kılavuzları Paneli, ABH'si olan ve RRT endikasyonları geliştiren kritik hastalar için varsa CRRT'yi önermekte olduğunu belirtmektedir. Ekipman ve personel de dahil olmak üzere kaynak eksikliği olan

durumda panel, aralıklı hemodiyaliz (IHD) yerine uzun süreli aralıklı renal replasman tedavisi önermektedir (Wald ve diğerleri, 2021: 4-6) Kaynakların kıtlığı, her hasta günlük 10-12 saatlik bir seans alan ve periton diyalizi kullanan hastalar arasında CRRT makinelerinin paylaşılması da dahil olmak üzere RRT programlarına yeni yaklaşımlar gerektirdiği ve Aşırı kıtlık krizi koşullarında azaltılmış bireysel diyalizin uygulanması konusunda fikir birliği olduğu görülmektedir (Covid-19 Treatment Guidelines, 2021; Kliger ve diğerleri, 2020: 12-16). Robinson ve diğerleri (2021) yaptıkları çalışmada aşağıda belirtilen ülkelerdeki diyaliz merkezleri Covid-19 öncesine kıyasla şu önerilerde bulunmuşlardır:

Birleşik Krallık: Başlangıçta tele-tıp, evde diyaliz ve haftada iki kez HD'nin daha fazla kullanımı devam edeceği,

İtalya: Tele-tıbbın daha fazla kullanımı teşvik edilecek; evde terapinin daha sık kullanılması önerileceği,

İsveç: Tele-tıbbın daha fazla kullanımı ve evde terapi kullanımının artırılması hedefleneceği,

Almanya: Evde diyaliz kullanımının artması devam edeceği,

Amerika, Suudi Arabistan, Brezilya: Tele-tıbbın daha fazla kullanımı devam edeceği,

Tayland: Tele-tıp kullanımı daha yüksek seviyede kalacak ve acil/akut başlangıçlı periton diyalizi kullanımını artırmak için çaba gösterileceği belirtilmiştir (Robinson ve diğerleri, 2021: 619-634).

Belirtilen bilgilerin, araştırma bulgularımıza göre diyaliz tedavisine aşırı talep oluşturabilecek bir pandemi olması durumunda diyaliz ünitelerinin, diyaliz makinelerinin ve diyaliz hemşirelerinin yetersiz kalacağı teması ile örtüştüğü görülmektedir. Farklı merkezlerin ve ülkelerin aşırı talep durumlarında farklı stratejiler ve politikalar izledikleri görülmektedir.

Araştırmamızda katılımcılar; Covid-19 pandemisine benzer bir pandemi olursa, bu dönemde neleri nasıl yapmaları gerektiğini öğrendiklerini, bildiklerini, yaşayarak deneyimledikleri için hazır olduklarını ifade etmişlerdir

Diyaliz ünitelerine aşırı talep oluşabilecek bir pandemi senaryosuna göre diyaliz hemşirelerinin istek- çözüm önerilerinde;

- Diyaliz ünitesinin hastaneden ayrı bir binada geniş bir alan içerecek şekilde yapılması ve ünitenin içinde izole alanlarının sayısının fazla olması,
- Diyaliz cihaz sayılarının fazla olması,
- Pandemi gibi bulaşıcı hastalıklarla karşılaşıldığında temas ve kontaminasyon riskini en aza indirmek,
- Hastanın takibini-izlemini kolaylaştırmak için her diyaliz cihazının başında monitör- tansiyon aleti, tıbbi atık kovası gibi ekipmanların bulunması,
- Servislerde izole olup diyalize girmesi gereken hastalar için de sosyal mesafeyi sağlayacak şekilde izole alanlar oluşturulmasını,
- Ekibin ve yöneticilerin olayları yönetebilecek kişiler olması gerektiğini, özellikle ekibin başında olan sorumluların olayları algılama, yönetme, çözüm önerileri sunabilme ve uygulayabilme kapasitelerine sahip olması gerektiği,
- Biyolojik afet eğitimlerinin sadece pandemi sürecinde değil; periyodik olarak düzenli şekilde hastane ekibine verilmesi gerektiği,
- Pandemi gibi bulaşıcı hastalıkların başımıza gelebileceği öngörülerek sağlık personellerinin hastanın tedavisinde ve bakımında kendini koruması için kullanacağı KKE sayılarının yeterli miktarda hali hazırda bulunması yer almaktadır.

Katılımcılar Covid-19 gibi bir pandemi olduğunda en azından deneyime sahip olduklarını belirtirken diyaliz tedavisine aşırı talep oluşturabilecek bir pandemi olması durumunda diyaliz ünitelerinin yetersiz kalacağını da ileri sürmüşlerdir. Bu konuda yukarıda sıralanmış olan bazı çözüm önerilerine değinmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Covid-19 pandemisinde dünyada ve ülkemizde sağlık profesyonellerinin karşılaştıkları sorunlara literatür eşliğinde bakıldığında özellikle pandeminin ilk dönemlerinde benzer sorunlarla karşılaşıldığı ve zor süreçlerden geçildiği görülmektedir.

Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz hemşirelerinin deneyimleri, pandemiye yönelik algıları ve görüşlerinin konu alındığı araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Araştırma çerçevesinde GZFT (Güçlü yanlar, Zayıf yanlar, Fırsatlar ve Tehditler) matrisi oluşturulmuştur.

- Tüm Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de kurumlarda, diyaliz ünitelerinde ve çalışanların biyolojik afetlere yeterince hazır olmadıkları görülmüştür.

- Diyaliz hemşirelerinin pandemi eğitimi almadıkları görülmüştür. Pandemi eğitimi konusunda eksiklikler olduğu ve bazı hemşirelerin bu süreçte ne yapacaklarını televizyondan öğrendikleri belirlenmiştir. Ancak yeni atanan hemşirelerin işe başlarken; Covid-19 hastaya yaklaşım, ekipmanların nasıl giyileceği, kişisel koruyucu ekipman temizliği, siperlik ve maske kullanımı konularında eğitim aldıkları görülmüştür.

- Pandemi sürecinde diyaliz ünitelerinde monitör ve ekipman eksikliği tespit edilmiştir. Ayrıca N95 maske eksikliği, siperlik eksikliği, tulum-önlük eksikliği, koruyucu gözlük eksikliği ve çizme eksikliğine ilişkin bulgular tespit edilmiştir. Özellikle N95 maske temininde çok zorlanıldığı görülmüştür.

- Pandemiye oluşan sağlık hizmetini talebi mevcut hemşireleri zorlayan bir iş yükü oluşturmuştur. Buna karşın hemşire görevlendirmesi yapılmış ancak bu hemşirelerin Covid-19 pozitif hastalara bakmadıkları veya diyaliz ünitesi konusunda deneyim sahibi olmadıkları için beklenen destek alınamadığı görülmüştür.

- Özellikle pandeminin başlangıç sürecinde bilinmezlik ve belirsizlik nedeniyle korku, stres, kaygı, tükenmişlik yaşandığı belirlenmiştir. Aynı zamanda personel ve malzeme eksikliği yaşanması, mevcut malzemelerinin ilk süreçte yetersiz kalması bu süreçteki olumsuz duyguları arttırmış, diyaliz hemşirelerinin çalışma şartlarını zorladığı görülmüştür.

- Bu araştırmanın yapıldığı kurumca izole transfer imkanı sağlanmıştır. Covid-19 pozitif olan kronik hemodiyaliz hastaları ambulansla alınıp pulmonoloji servisinde ayrı alanda diyalize alınıp sonra tekrar ambulansla evine bırakılmıştır.

- Covid-19 pozitif hastaların diyalize alınabilecekleri ayrı bir alan temininde problemler yaşanmıştır. Pandeminin yoğun olduğu dönemlerde kalp-damar servisinden 2 oda temin edilmiştir.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Biyolojik afetler ve pandemilere karşı hazırlıklı olmak ve sağlık personelinin direncini artırmak, kriz yönetiminin başarısını artırabilir.

Hizmet içi eğitimler ve periyodik eğitimler, sağlık personelinin biyolojik afet ve pandemilere karşı direncini artırabilir. Bu hizmet içi eğitimler ve periyodik eğitimlerde; biyolojik afet ve pandemilerin tanımı, özellikleri ve yayılma mekanizmaları, kişisel korunma ekipmanlarının kullanımı, enfeksiyon kontrol önlemleri, hasta bakımı ve triyaj, psikososyal destek konularına yer verilebilir.

Düzenli olarak yapılan tatbikatlar da sağlık personelinin biyolojik afet ve pandemilere karşı hazır olması sağlanabilir. Tatbikatlar, personelin acil durumlarda nasıl davranması gerektiğini öğrenmesine ve koordinasyon becerilerini geliştirmesine yardımcı olabilir.

Kurumsal bir risk yönetimi planı oluşturulabilir.

Hastalara ve diyaliz hemşirelerine psikososyal destek hizmetleri çevrimiçi-online yöntemlerle sunulabilir. Diyaliz hemşireleri özelinde pandemi sürecinde hizmet vermiş olan tüm sağlık çalışanlarına psikolojik destek verilmesi kişi ve toplum sağlığı açısından önemli görülmektedir.

Kişisel korunma ekipmanlarına ve gerekli malzemelere erişim ve kritik stok kontrolü sağlanabilir.

Sağlık personelinin pandemi dönemlerinde çocuklara bakım sağlama konusunda çalıştığı kurum ve kuruluşlar tarafından destek sağlanmalıdır.

Hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının biyolojik afet, salgın gibi durumlara hazır olup olmadığını tespit etmek için afet planları oluşturulmalıdır. Planlar çerçevesinde kurumdaki eksiklikler belirlenirken, güçlü ve zayıf yönler tanınmakta ve belirlenen eksiklikler giderilebilir. Böylece afete hazırlık açısından değerlendirilen sağlık kuruluşları dayanıklılık açısından da güçlendirilebilir.

Pandemi sürecinde yüksek riskle karşı karşıya kalan diyaliz hemşireleri nöbet devir teslimlerinde korona virüs belirti ve bulguları açısından değerlendirilebilirler. Yukarıda da değinildiği gibi diyaliz ünitesi hastaneden ayrı bir binada geniş bir alan içerecek şekilde yapılması, ayrıca ünitenin içinde yeterli izole alanın bulunması sağlanabilir. Daha fazla diyaliz cihazı temin edilerek daha fazla hastaya hizmet verilebileceği gibi sağlık çalışanlarının iş yoğunluğu da azaltılabilir.

Her diyaliz cihazının başında monitör- tansiyon aleti, tıbbi atık kovası gibi ekipmanlar bulundurularak hastanın takibi ve izlemi işlemleri bulaş riski en aza indirilerek yapılabilir. Dışarıdan hastaya izleme gibi teknolojik yöntemler geliştirilerek hastayla temasın minimum düzeyde olması sağlanmalıdır.

Ekip üyeleri, özellikle de yöneticilerin olayları algılama, yönetme, çözüm önerileri sunabilme ve uygulayabilme kapasitelerine sahip olmaları pandemi gibi belirsizliklerin hakim olduğu bir durum karşısında daha başarılı sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

Pandemi gibi bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkma ihtimaline karşı hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların kendilerini salgından korunmalarında kullanabilecekleri ekipmanların kurumlarda hazır bulundurulmalıdır. Sağlık çalışanlarına, biyolojik afetle mücadeleyle yönelik eğitimler düzenli olarak verilmelidir.

Diyaliz hizmeti veren kurumlar, diyalize bağımlı hastalar ve yeni diyalize ihtiyacı gelişecek hastalar için Covid-19 riskine ilişkin yeterli kaynak sağlamalı ve gerekli önlemleri almalıdır

RRT malzeme ve ekipmanlar stoğu olası bir pandemiye karşı gözden geçirilmeli ve yeterli stok oluşturulmalı, periyodik aralıklarla takip edilmelidir.

Olası bir aşırı RRT talebi gerektiğinde yapılacak senaryolar, hasta ve personel planlanması yedek listeler yapılarak oluşturulmalıdır.

Pandemi gibi biyolojik afetlerde kronik hastalara güvenli tele-tıp yönteminin yaygın olarak kullanılması iş yükünün ve hastalık bulaşının azalmasına katkıda bulunur.

Herhangi bir afet nedeniyle diyaliz hasta popülasyonunun artması ve personel eksikliği yaşanması durumunda diyaliz tedavi sürelerinin kontrollü bir şekilde

azaltması ya da alternatif RRT yöntemlerinin kullanılması gibi stratejik bir müdahale planı yapılmalıdır.



KAYNAKÇA

Abecassis, M., Bartlett, S. T., Collins, A. J., Davis, C. L., Delmonico, F. L., Friedewald, J. J., Hays, R., Howard, A., Jones, E., Leichtman, A. B., Merion, R. M., Metzger, R. A., Pradel, F., Schweitzer, E. J., Velez, R. L. ve Gaston, R. S. (2008). Kidney Transplantation as Primary Therapy for end-Stage Renal Disease: A National Kidney Foundation/Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/KDOQITM) Conference. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 3(2): 471–480.

Acil Durum Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2023). *Sağlık Afet ve Koordinasyon Merkezi Birimi (SAKOM)*. <https://saglik.gov.tr/sakom> (11.12.2023).

Adaş, G., Turgut, N. ve Akçakaya, A. (2012). Büyük Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu ve Triaj. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 28: 24-134.

AFAD. (2023a). Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. *Afet Türleri*. <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri> (02.03.2023).

AFAD. (2023b). *Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü*. <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu> (02.03.2023).

AFAD. (2023c). *Bütünleşik Afet Yönetim Sistemi*. <https://www.afad.gov.tr/butunlesik-afet-yonetim-sistemi> (10.02.2023).

Ahmed, R. ve Haseeb, A. (2020). COVID-19 and Impending Shortage of Haemodialysis Facilities due to the Rising Incidence of Acute Kidney Injury Requiring Renal Replacement Therapy. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP*. 30(6): 89–90.

Ai, T., Yang, Z., Hou, H., Zhan, C., Chen, C., Lv, W., Tao, Q., Sun, Z. ve Xia, L. (2020). Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*. 296(2): 32–40.

Akar, F. (2021). Kriz Yönetiminde Proaktif Ve Reaktif Yaklaşım: Covid-19 Krizi Üzerine Bir Değerlendirme. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 45: 244-259.

Akbıyık, A. ve Avşar, Ö. (2020). Coronavirüs Enfeksiyonu Hastalığının (COVID-19) Epidemiyolojisi ve Kontrolü. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 5(2): 109-116.

Akbulak, M. A. ve Çöl, M. (2022). Dünyada ve Türkiye’de Aşılama Tutumu ve Covid-19 Aşılarına Bakış. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*. 7(3): 531-540.

Akdağ, S. E. (2002). Mali Yapı ve Denetim Boyutlarıyla Afet Yönetimi. *Sayıştay Dergisi*. 44(45): 35-65.

Akgöz, N. ve Arslan, S. (2017). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 12(1): 20-28.

Akgün, O. (2020). Covid-19 Salgını Döneminde Türkiye’de Alınan İdari Kararların Salgının Önlenmesindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 7(7): 201-228.

Akın, L. ve Gözel, M. G. (2020). Understanding Dynamics of Pandemics. *Turk J Med Sci*. 50: 515-519.

Albott, C. S., Wozniak, J. R., Mcglinch, B. P., Wall, M. H., Gold, B. S. ve Vinogradov, S. (2020). Battle Buddies: Rapid Deployment of A Psychological Resilience Intervention For Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic. *Anesthesia & Analgesia*. 131(1): 43-54.

Alim, N. E. ve Kızıltan, G. (2016). Kronik Böbrek Hastalığı ve İştah. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(3): 45-50.

Alkın, R. C. (2021). Bütünleşik Afet Yönetimine Sosyolojik Bakış: Toplumsal Yapı, İşlev ve Temel Kavramlar Işığında Bir Okuma Denemesi. *Medeniyet ve Toplum Dergisi*. 5(1): 18-34.

Al-Otaibi, T., Abbas, A., Gheith, O. A., Nair, P., Zahab, M. A., Hammouda, M. A. A., Farid, M. M., Aljowaie, R. M., Alkubaisi, N. A., Mohamed, E. F., Abassi, A. M. ve Eisa, Y. H. (2023). Determinants, Predictors and Negative Impacts of Burnout Among Health Care Workers During COVID-19 Pandemic. *Journal Of King Saud University – Science*. 35(1): 102441:1-6.

ALTUN, F. (2018). Afetlerin Ekonomik ve Sosyal Etkileri: Türkiye Örneği Üzerinden Bir Değerlendirme. *Sosyal Çalışma Dergisi*. 2(1): 1-15.

Amann, K., Boor, P. ve Wiech, T. (2021). COVID-19 and Kidney Involvement: Pathology. *Der Nephrologe*. 16: 14-19.

Arca, D. (2012). Afet Yönetiminde Coğrafi Bilgi Sistemi ve Uzaktan Algılama. *Karaelmas Fen Ve Mühendislik Dergisi*. 2(2): 53-56.

Ardebili, M. E., Naserbakht, M., Bernstein, C., Alazmani-Noodeh, F., Hakimi, H. ve Ranjbar, H. (2021). Healthcare Providers Experience of Working During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *American Journal of Infection Control*. 49(5): 547-554.

Arevalo Iraheta, Y. A., Murillo, A. L., Ho, E. W., Advani, S. M., Davis, L., Lipsey, A. F., Kim, M. ve Waterman, A. D. (2022). Stressors And Information-Seeking By Dialysis And Transplant Patients During COVID-19, Reported On A Telephone Hotline: A Mixed-Methods Study. *Kidney Medicine*. 4(1): 1-9.

Arınsoy, T., Güngör, Ö. ve Koçyiğit, İ. (2017). *Böbrek Fizyopatolojisi*. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.

Arnold, F., Westermann, L., Rieg, S., Neumann-Haefelin, E., Biever, P. M., Walz, G., Kalbhenn, J. ve Tanriver, Y. (2020). Comparison Of Different Anticoagulation Strategies for Renal Replacement Therapy in Critically İll Patients with COVID-19: A Cohort Study. *BMC Nephrology*. 21(1): 486

Artan, T. ve Özkan, A. O. (2020). Afetler Ve Sosyal Hizmet. *Journal of ADEM*. 1(1): 47-54.

Augusto Cesar Soares Dos Santos Junior (2022). How Was Kidney Care Reshaped by the COVID-19 Pandemic? *Kidney International Reports*.7(10): 2119-2121.

Aylward, R., Bieber, B., Guedes, M., Pisoni, R., Tannor, E. K., Dreyer, G., Liew, A., Luyckx, V., Shah, D. S., Phiri, C., Evans, R., Albakr, R., Perl, J., Jha, V., Pecoits-Filho, R., Robinson, B., & Caskey, F. J. (2022). The Global Impact of the COVID-19 Pandemic On In-Center Hemodialysis Services: An ISN-Dialysis Outcomes Practice Patterns Study Survey. *Kidney International Reports*. 7(3): 397–409.

Bahadır, H. ve Uçku, R. (2018). Uluslararası Acil Durum Veri Tabanına Göre Türkiye Cumhuriyeti Tarihindeki Afetler. *Artvin Çoruh Üniversitesi Doğal Afetler Uygulama ve Araştırma Merkezi Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*. 4(1): 28-33.

Bai, C., Chotirmall, S. H., Rello, J., Alba, G. A., Ginns, L. C., Krishnan, J. A., Rogers, R., Bendstrup, E., Burgel, P. R., Chalmers, J. D., Chua, A., Crothers, K. A., Duggal, A., Kim, Y. W., Laffey, J. G., Luna, C. M., Niederman, M. S., Raghu, G., Ramirez, J. A., Riera, J., Roca, O., Tamae-Kakazu, M., Torres, A., Watkins, R. R., Barrecheguren, M., Belliato, M., Chami, H. A., Chen, R., Cortes-Puentes, G. A., Delacruz, C., Hayes, M. M., Heunks, L. M. A., Holets, S. R., Hough, C. L., Jagpal, S., Jeon, K., Johkoh, T., Lee, M. M., Liebler, J., McElvaney, G. N., Moskowitz, A., Oeckler, R. A., Ojanguren, I., O'Regan, A., Pletzt, M. W., Rhee, C. K., Schultz, M. J., Storti, E., Strange, C., Thomson, C. C., Torriani, F. J., Wang, X., Wuyts, W., Xu, T., Yang, D., Zhang, Z., Wilson, K. C. (2020). Updated guidance on the management of

COVID-19: from an American Thoracic Society/European Respiratory Society Coordinated *International Task Force*. 29(157):200287.

Basile, C., Combe, C., Pizzarelli, F., Covic, A., Davenport, A., Kanbay, M., Kirmizis, D., Schneditz, D., van der Sande, F. ve Mitra, S. (2020). Recommendations For the Prevention, Mitigation and Containment of the Emerging SARS-Cov-2 (COVID-19) Pandemic in Haemodialysis Centres. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. 35(5): 737–741.

Baskıcı, Ç. ve Şahin, B. (2023). Hastanelerde COVID-19 Pandemisi ve Kriz Yönetimi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(1): 22-35.

Baydaş, A., Bakan, İ. ve Özyılmaz, A. (2004). *Kriz ve Kriz Yönetimi*. Çağdaş Yönetim Yaklaşımları: İlkeler, Kavramlar ve Yaklaşımlar. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.

Bayrakçı, N. ve Özkan, G. (2020). COVID-19 Pandemisinde Nefroloji Kliniklerinin Yönetimi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*. 8(3): 570-578.

Bell, S., Perkins, G. B., Anandh, U. ve Coates, P. T. (2023). COVID and the Kidney: An Update. *Seminars in Nephrology*. 43(5): 151471.

Berchtold, C., Vollmer, M., Sendrowski, P., Neisser, F., Müller, L. ve Grigoleit, S. (2020). Barriers and facilitators in interorganizational disaster response: Identifying examples across Europe. *International Journal of Disaster Risk Science*. 11: 46-58.

Bergquist, S., Otten, T. ve Sarich, N. (2020). COVID-19 Pandemic in the United States. *Health Policy and Technology*. 9(4): 623-638.

Bingül, B. A., Türk, A. ve Ak, R. (2020). Covid-19 Bağlamında Tarihteki Büyük Salgınlar ve Ekonomik Sonuçları. *Turkish Studies*. 15(4): 189-200.

Boccia, S., Ricciardi, W. ve Ioannidis, J.P.A. (2020). What Other Countries Can Learn From Italy During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Internal Medicine*. 180(6): 927-928.

Bubola, E. (2020). *Death of Store Clerk In Italy Highlights Contagion's New Front Line*. <https://www.nytimes.com/2020/03/25/world/europe/coronavirusitaly-supermarkets.html> (31.09.2023).

Buruk, K. ve Ozlu, T. (2020). New Coronavirus: SARS-COV-2. *Mucosa*. Review Articles, 3(1): 1-4.

Caplin, B., Ashby, D., McCafferty, K., Hull, R., Asgari, E., Ford, M. L., ... Pan-London COVID-19 Renal Audit Group authors are Marilina Antonelou (2021). Risk of COVID-19 Disease, Dialysis Unit Attributes, and Infection Control Strategy among London In-Center Hemodialysis Patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*. 16(8): 1237–1246.

Çarpar, M. C. (2020). Sosyolojide İki Niteliksel Desen: Fenomenolojik ve Etnografik Araştırma. *The Journal of Social Science*. 4(8): 689-704.

Çatak, İ. (2021). Türkiye’de Afetlere Etkin Müdahalede Deniz Alternatifi Önerisi: Afet Gemileri. *Journal of Maritime Transport and Logistics*. 2(1): 1-16.

Catania, G., Zanini, M., Hayter, M., Timmins, F., Dasso, N., Ottonello, G., Aleo, G., Sasso, L. ve Bagnasco, A. (2021). Lessons From Italian Front-Line Nurses' Experiences During The COVID-19 Pandemic: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Nursing Management*. 29(3): 404-411.

Çaydam, Ö. D. ve Pakyüz, S. Ç. (2016). Hemodiyaliz Kronik Komplikasyonları ve Bakım. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 1: 60-72.

Çelik, S. Ş., Bulut, H., Karahan, A., Özbaş, A. A., Koç, G., Annak, İ. M., Özleyen, Ç.Ö., Aydın, F.Ç. ve Çelik, B. (2023). Hemşirelerin COVID-19 Pandemi Sürecindeki Deneyimleri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(2): 161-177.

Cetintepe, S. P. ve İlhan, M. N. (April 2020). COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarında Risk Azaltılması. *J Biotechnol and Strategic Health Res*. 4: 50-54.

Chan, J. F., Lau, S. K., To, K. K., Cheng, V. C., Woo, P. C. ve Yuen, K. Y. (2015). Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus: Another Zoonotic Betacoronavirus Causing SARS-Like Disease. *Clinical Microbiology Reviews*. 28(2): 465-522.

Chan, J. F., Yuan, S., Kok, K.H., To, K.W., Chu, H., Yang, J. ve Yuen, K. Y. (2020). A Familial Cluster of Pneumonia Associated with the 2019 Novel Coronavirus Indicating Person-to-Person Transmission: A Study of A Family Cluster. *Lancet*. 395(10223): 514-523.

Chan, L., Chaudhary, K., Saha, A., Chauhan, K., Vaid, A., Zhao, S., Paranjpe, I., Somani, S., Richter, F., Miotto, R., Lala, A., Kia, A., Timsina, P., Li, L., Freeman, R., Chen, R., Narula, J., Just, A. C., Horowitz, C., Fayad, Z., Cordon, Cardo, C., Schadt, E., Levin, M. A., Reich, D. L., Fuster, V., Murphy, B., He, J. C., Charney, A. W., Böttinger, E. P., Glicksberg, B. S., Coca, S. G. ve Nadkarni, G. N. on behalf of the Mount Sinai COVID Informatics Center (MSCIC). (2021). AKI In Hospitalized Patients with COVID-19. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*. 32(1): 151–160.

Chávez-Valencia, V., Orizaga-de-la-Cruz, C., & Lagunas-Rangel, F. A. (2022). Acute Kidney Injury in COVID-19 Patients: Pathogenesis, Clinical Characteristics, Therapy, and Mortality. *Diseases (Basel, Switzerland)*. 10(3): 53.

Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, J. H., Yeo, L. L. L., Ahmad, A., Khan, F. A., Shanmugam, G. N., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J.

J. Y., Paliwal, P. R., Wong L. Y. H., Sagayanath, an R., Chen, J. T., Ying, Ng, A. Y., Teoh, H. L., Tsivgoulis, G. Ho, C. S., Ho, R.C. ve Sharma, V. K. (2020). A Multinational, Multicentre Study on the Psychological Outcomes and Associated Physical Symptoms Amongst Healthcare Workers During COVID-19 Outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*. 88: 559-565.

Chinazzi, M., Davis, J. T., Ajelli, M., Gioannini, C., Litvinova, M., Merler, S. ve Vespignani, A. (2020). The Effect of Travel Restrictions on the Spread of the 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Outbreak. *Science*. 368(6489): 395-400.

Chirico, F., Nucera, G. ve Magnavita, N. (2020). Protecting the Mental Health of Healthcare Workers During the COVID-19 Emergency. *British Journal of PsychiatryInternational*. 1-6.

Çiçekdağı, H. İ. ve Bozkurt, Ö. (2022). Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP): 2015 ve 2021 Hazırlama Kılavuzu Karşılaştırmalı Analizi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11(2): 241-251.

Çınar, F. ve Oğuz, M. (2020). Türkiye'de Covid-19 Pandemisine Yönelik Stratejilerin Swot Analizi ile Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*. 2(2): 1-11.

Çırakoğlu, O. C. (2011). Domuz Gribi (H1N1) Salgınıyla İlişkili Algıların, Kaygı ve Kaçınma Düzeyi Değişkenleri Bağlamında İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 26(67): 49-64.

Connealy, M. B., Lew, S. Q., Alsamman, M., Lange, J. J. ve Pourmand, A. (2021). The Emergency Department Care for Hemodialysis Patient During The COVID-19 Pandemic. *the American Journal of Emergency Medicine*. 40: 47-54.

Coppola, D.P. (2015). *Introduction to International Disaster Management* (3. ed.). Waltham, MA: Elsevier.

CRED. (2020). *Genel Tanımlar ve Kavramlar* | EM-DAT Belgeleri (emdat.be) (02.03.2023).

CRED. (2021). "General Definitions and Concepts", <https://doc.emdat.be/docs/data-structure-and-content/general-definitions-and-concepts/>, (12.10.2023).

Creswell, J. W. (2013). Steps In Conducting A Scholarly Mixed Methods Study. *DBER Speaker Series*. 48: 1-54.

De Meester, J., De Bacquer, D., Naesens, M., Meijers, B., Couttenye, M. M. ve De Vriese, A. S. (2021). Incidence, Characteristics, And Outcome Of COVID-19 In Adults on Kidney Replacement Therapy: A Regionwide Registry Study. *Journal of the American Society of Nephrology*. 32: 385-396.

Değirmenci, Y. ve İlter, İ. (2013). Coğrafya Dersi Öğretim Programında Doğal Afetler. *Marmara Coğrafya Dergisi*. (28): 276-303.

Deliktas Demirci, A., Oruc, M. ve Kabukcuoglu, K. (2021). ‘It Was Difficult, But Our Struggle To Touch Lives Gave Us Strength’: The Experience Of Nurses Working On COVID-19 Wards. *Journal of Clinical Nursing*. 30(5-6): 732-741.

Demiröz Yıldırım, S. (2022). Bütünleşik Afet Yönetiminde Ortopedik Engelli Bireylerin Afet Deneyimi ve Öğrenilmiş Dersler. (Doktora Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Desson, Z., Weller, E., McMeekin, P. ve Ammi, M. (2020). Fransa, Belçika ve Kanada'da COVID-19 Salgınına Yönelik Politika Tepkilerinin Analizi. *Sağlık Politikası ve Teknolojisi*. 9(4): 430-446.

Dheir, H. ve Sipahi, S. (2023). *COVID-19 ve Böbrek., Temelden Kliniğe COVID-19* (ss. 486-524). Sakarya: Sakarya Üniversitesi Yayınları.

Donelli, C. C., Fanelli, S. ve Zangrandi, A. (2022). Disruptive crisis management: Lessons from Managing A Hospital During the COVID-19 Pandemic. *Management Decision*. 60(13): 66-91.

Du Toit, A. (2020). Outbreak of A Novel Coronavirus. *Nature Reviews Microbiology*. 18(3): 123.

Duarte, F. (2020). (29.04.2020) BBC News Türkçe. <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52473039> (10.03.2023).

Duran, M. S. ve Acar, M. (2020). Bu nedir? Bir Virüsün Dünyaya Ettikleri: Covid19 Pandemisinin Makroekonomik Etkileri. *International Journal of Social and Economic Sciences*. 10(1): 54-67.

Eknoyan, G., Lameire, N., Eckardt, K., Kasiske, B., Wheeler, D., Levin, A. ve Coresh, J. K. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation And Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. 3(1): 5-14.

Ekşi, A. (2015). Afet Yönetiminde İçsel Denetim Aracı Olarak Etik. *International Journal of Economic & Administrative Studies*. 8(15): 89-102.

Ekşi, A. (2015). Kitleli Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi. Üçüncü Baskı. İzmir: Kitapana Yayınevi.

El Karoui, K. ve De Vriese, A. S. (2022). COVID-19 in Dialysis: Clinical İmpact, İmmune Response, Prevention, and Treatment. *Kidney International*. 101(5): 883-894.

El Shamy, O., Sharma, S., Winston, J. ve Uribarri, J. (2020). Peritoneal Dialysis During the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) Pandemic: Acute Inpatient & Maintenance Outpatient Experiences. *Kidney Medicine*. 2(4): 377–380.

EM-DAT. (2023). Disaster Classification System. <https://doc.emdat.be/docs/data-structure-and-content/disaster-classification-system> (10.02.2023).

Emeç, H., Balaylar, N. A. ve Birecikli, Ş. Ü. (2020). Covid-19 Pandemisinin Özel Sektör Çalışma Saatleri Üzerine Etkileri. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*. 12(2): 187-208.

Erdem, İ. (2020). Koronavirüse (Covid-19) Karşı Türkiye'nin Karantina ve Tedbir Politikaları. *Electronic Turkish Studies*. 15(4): 376-388.

Eriksson, K. E., Campoccia-Jalde, F., Rysz, S. ve Rimes-Stigare, C. (2021). Continuous renal Replacement Therapy in Intensive Care Patients with COVID-19: Survival and Renal Recovery. *Journal of Critical Care*. 64: 125–130.

Erkal, E., Ayşe, S. E. S., Aydın, S. ve Çalışkan, D. (2020). COVID-19'un Toplumda Yayılımını Önlemeye Yönelik İlaç Dışı Halk Sağlığı Önlemleri. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 5 (Covid 19 özel sayı): 79-95.

Erkal, T. ve Değerliyurt, M. (2009). Türkiye'de Afet Yönetimi. *Doğu Coğrafya Dergisi*. 14(22): 147-164.

Eşidir, O. V. ve Bak, G. (2020). Salgın Hastalıklar ve İspanyol Gribi, Yazılı Basında İspanyol Gribi Konulu Haberler. *Geçmişten Günümüze İspanyol Gribi'ne Türkiye'den Bakış*. Ankara: İksad Yayınevi.

Etimoloji Türkçe (2021). *Afet kökeni*. <https://www.etimolojiturkce.com/kelime/afet> (10.01.2023).

Everly, G. S. ve Flynn, B. W. (2006). Principles and Practical Procedures for Acute Psychological First Aid Training for Personnel Without Mental Health Experience. *International Journal of Emergency Mental Health*. 8(2): 93–100.

Feikin, D. R., Alraddadi, B., Qutub, M., Shabouni, O., Curns, A., Oboho, I. K. ve Madani, T. A. (2015). Association of Higher MERS-Cov Virus Load With Severe Disease and Death, Saudi Arabia, 2014. *Emerging Infectious Diseases*. 21(11): 2029.

Fu, T. S., Lee, C. S., Gunnell, D., Lee, W. C. ve Cheng, A. T. (2013). Changing Trends in the Prevalence Of Common Mental Disorders In Taiwan: A 20-Year Repeated Cross-Sectional Survey. *The Lancet*. 381(9862): 235–241.

Fukawa, M., Uchida, Y., Abe, K., Itou, N., Nakazawa, R. ve Kurata, K. (2023). A Case-Control Study of COVID-19 Outbreaks in Dialysis Patients. *American Journal of Infection Control*. 51(7): 26.

Gauriat, V. (2020). *The Deadly Impact of Covid-19 On Europe's Care Homes*. <https://www.Euronews.Com/2020/05/08/The-Deadly-Impact-Of-Covid-19-On-Europe-S-Care-Home>. (01.08.2023).

Genç, N. F. (2007). Türkiye’de Doğal Afetler ve Doğal Afetlerde Risk Yönetimi. *Stratejik Araştırmalar Dergisi*. 9, 201-226.

Gerber, B. J. (2007). Disaster Management in the United States: Examining Key Political and Policy Challenges. *Policy Studies Journal*. 35(2): 227-238.

Gezgüç, G. M. ve Duman, D. (2020). Pandemiyle Mücadele ve Siyasi Liderlerin Tutumları: ABD, Almanya, Brezilya ve Yeni Zelanda Karşılaştırması. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 7(7): 253-275.

Gibney, N. (2012). KDIGO Clinical Guidelines for Management of AKI. *Kidney International Supplements*. 2(1): 124-138.

Gökçe, O. ve Tetik, Ç. (2012). Teoride ve Pratikte Afet Sonrası İyileştirme Çalışmaları. Ankara: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Yayınları.

Gökçekuş, H., Barlas, C., Almuhsen, M. ve Eyni, N. (2018). Doğal ve İnsan Kaynaklı Afetler, Sonuçları ve Afet Yönetimi. 1-27.

Göktuna, G., Gürol Arslan, G. ve Özden, D. (2019). Periton Diyalizinin Tarihsel Süreci ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law & History*, 27(2), 148-154. DOI: 10.5336/Mdethic.2018-63956

Golan, M. S., Jernegan, L. H. ve Linkov, I. (2020). Trends and Applications of Resilience Analytics in Supply Chain Modeling: Systematic Literature Review in the Context of the COVID-19 Pandemic. *Environmental Systems and Decisions*. 40: 222–243.

Goldfarb, D. S., Benstein, J. A., Zhdanova, O., Hammer, E., Block, C. A., Caplin, N. J., Thompson, N. ve Charytan, D. M. (2020, June). Impending Shortages of Kidney Replacement Therapy for COVID-19 Patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 15(6): 880-882.

Grellet, E., L'Hôte, I., Goulet, A. ve Imbert, I. (2022). Replication of the Coronavirus Genome: A Paradox Among Positive-Strand RNA Viruses. *The Journal of Biological Chemistry*. 298(5): 101923.

Guha-Sapir, D., Below, R. and Hoyois, P. (2015) EM-DAT: International Disaster Database. Université catholique de Louvain—CRED, Brussels, Belgium.

Gülkan, P., Balamir, M. ve Yakut, A. (2003). Afet Yönetiminin Stratejik İlkeleri: Türkiye ve Dünyadaki Politikalara Genel Bakış. *Orta Doğu Teknik Üniversitesi Afet Yönetimi Uygulama ve Araştırma Merkezi*. 30: 1-32.

Gündüz, F. (2022). Bütünleşik Afet Yönetiminde Kadınların Afet Deneyimi ve Öğrenilmiş Dersler. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Gündüz, T. ve Akyüz, H. Ö. (2022). Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Afet Bilinci Konusundaki Durumlarının İncelenmesi-Batman Örneği. *Hastane Öncesi Dergisi*. 7(2): 191-206.

Güngör, B. (2020). Türkiye’de COVID-19 Pandemisi Süresince Alınan Önlemlerin Kriz Yönetimi Perspektifinden Değerlendirilmesi. *USBAD Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi- International Journal of Social Sciences Academy*. 2(4): 818-851.

Gupta, S., Hayek, S. S., Wang, W., Chan, L., Mathews, K. S., Melamed, M. L., Brenner, S. K., Leonberg-Yoo, A., Schenck, E. J., Radbel, J., Reiser, J., Bansal, A., Srivastava, A., Zhou, Y., Sutherland, A., Green, A., Shehata, A. M., Goyal, N., Vijayan, A., Velez, J. C. Q., Shaefi, S., Parikh, C. R., Arunthamakun, J., Athavale, A. M., Friedman, A. N., Short, S. A. P., Kibbelaar, Z. A., Abu Omar S., Admon, A. J., Donnelly, J. P., Gershengorn, H. B., Hernán, M. A., Semler, M. W., Leaf, D. E. STOP-COVID Investigators. (2020). Factors Associated with Death in Critically Ill Patients with Coronavirus Disease 2019 in the US. *JAMA Internal Medicine*. 180(11): 1436–1447.

Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2016). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Felsefe Yöntem-Analiz*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Halcomb, E., McInnes, S., Williams, A., Ashley, C., James, S., Fernandez, R., Stephen, C. ve Calma, K. (2020). The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. *Journal of Nursing Scholarship*. 52(5): 553-563.

Hall, R. K., O’Hare, A. M., Anderson, R. A. ve Colon-Emeric, C. S. (2013). End-Stage Renal Disease in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. 14(4): 242-247.

Hastalarda Sık Karşılaşılan Cilt Sorunları ve Hemşirelik Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 14(1): 26-32.

Himmelfarb, J. ve Ikizler, T. A. (2010). Hemodialysis. *New England Journal of Medicine*. 363(19): 1833-1845.

Hirsch, J. S., Ng, J. H., Ross, D. W., Sharma, P., Shah, H. H., Barnett, R. L., Hazzan, A. D., Fishbane, S., Jhaveri, K. D., Northwell COVID-19 Research Consortium ve Northwell Nephrology COVID-19 Research Consortium. (2020). Acute Kidney Injury In Patients Hospitalized with COVID-19. *Kidney International*. 98(1): 209–218.

Hsieh, K. Y., Kao, W. T., Li, D. J., Lu, W. C., Tsai, K. Y., Chen, W. J., Chou, L. S., Huang, J. J., Hsu, S. T. ve Chouönen, F. H. (2021). Mental Health in Biological Disasters: From SARS To COVID-19. *The International Journal of Social Psychiatr*. 67(5): 576–586.

Hsu, C. M., Gupta, S., Tighiouart, H., Goyal, N., Faugno, A. J., Tariq, A., Raichoudhury, R., Sharma, J. H., Meyer, L., Kshirsagar, R. K., Jose, A., Leaf, D. E., Weiner, D. E. STOP-COVID Investigators (2022). Kidney Recovery and Death in Critically Ill Patients with COVID-19-Associated Acute Kidney Injury Treated with Dialysis: The STOP-COVID Cohort Study. *American Journal of Kidney Diseases: the Official Journal of the National Kidney Foundation*. 79(3): 404–416.

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J. ve Hu, Y. (2020). Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*. 395(10223): 497–506.

Huang, I., Pranata, R., Lim, M. A., Oehadian, A., & Alisjahbana, B. (2020). C-Reactive Protein, Procalcitonin, D-Dimer, And Ferritin in Severe Coronavirus Disease-2019: A Meta-Analysis. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*. 14, 1753466620937175.

İliklerden, Ü. H., Almali, N., Ertaş, K. ve Kuşan, S. (2020). Bölüm 15: Covid-19 Pandemisinde Organizasyon ve Hastane Yönetimi. İçinde Covid-19 Güncel Yaklaşım. Van: Akademisyen. Kitabevi. <https://Books.Akademisyen.Net/Index.Php/Akya/Catalog/Download/486/492/11237?Inline=1>. (24.10.2023).

İnal, S. (2016). Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus (Mers-Cov) Enfeksiyonu: Ortadoğu Solunum Yetmezliği Sendromu-Koronavirüs Enfeksiyonu. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 32(1): 37-45.

İncazlı, S. B. (2023). Kronik Böbrek Hastalıklarının Tedavisinde Tamamlayıcı Uygulamaların Yeri. In H. Uyar Hazar (Ed.), *Sağlık & Bilim 2023, Hemşirelik-I* İstanbul: Efe Akademi Yayınları.

İnce, C. (2023). Bir Afet Biçimi Olarak Covid-19 ve Sağlık Çalışanlarının Deneyimleri. *Bir Afet Formu Olarak Covid-19 ve Sağlık Deneyimleri*, 112-122.

İnce, F. ve Evcil, F. Y. (2020). Covid-19'un Türkiye'deki İlk Üç Haftası. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11(2): 236-241.

Işık, Ö., Aydınlioğlu, H. M., Koç, S., Gündoğdu, O., Korkmaz, G. ve Ay, A. (2012). Afet Yönetimi ve Afet Odaklı Sağlık Hizmetleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 28(2): 82-123.

İso yeşil blog. (13.10.2023). Orta ve Düşük Gelirli Ülkeler Afetler Karşısında Savunmasızlar. İSO Yeşil Blog. <https://isoyesilblog.com/orta-ve-dusuk-gelirli-ulkeler-afetler-karsisinda-savunmasizlar>. (24.10.2023).

İşsever, H., İşsever, T. ve Öztan, G. (2020). COVID-19 Epidemiyolojisi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*. 3(1): 1-13.

Jager, K. J., Kramer, A., Chesnaye, N. C., Couchoud, C., Sánchez-Álvarez, J. E., Garneata, L., Collart, F., Hemmelder, M. H., Ambühl, P., Kerschbaum, J., Legeai,

C., Del Pino Y Pino, M. D., Mircescu, G., Mazzoleni, L., Hoekstra, T., Winzeler, R., Mayer, G., Stel, V. S., Wanner, C., Zoccali, C., ... Massy, Z. A. (2020). Results From The ERA-EDTA Registry İndicate A High Mortality Due To COVID-19 in Dialysis Patients and Kidney Transplant Recipients Across Europe. *Kidney International*. 98(6): 1540–1548.

JICA. (2004). *Türkiye’de Doğal Afetler Konulu Ülke Strateji Raporu*. https://www.spo.org.tr/Resimler/Ekler/5d8ce590ad8981c_Ek.Pdf?Tipi=5&andturu=X&sube=0 (08.09.2023).

Jones, N. R., Qureshi, Z. U., Temple, R. J., Larwood, J. P. J., Greenhalgh, T., & Bourouiba, L. (2020). Two Metres or One: What is the Evidence for Physical Distancing in Covid-19?. *BMJ (Clinical Research Ed.)*.370, M3223.

Kadioğlu M. (2008). *Modern, Bütünleşik Afet Yönetimin Temel İlkeleri/Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri*. Ankara: JICA Türkiye Ofisi Yayınları.

Kadioğlu, M. (2022). *Afet Yönetimi Beklenilmeyi Beklemek, En Kötüsünü Yönetmek*. İkinci Baskı, İstanbul: Marmara Belediyeler Birliği Yayınları.

Kalateh Sadati, A., Zarei, L., Shahabi, S., Heydari, S. T., Taheri, V., Jiriaei, R., Ebrahimzade, N. ve Lankarani, K. B. (2021). Nursing Experiences of COVID-19 Outbreak in Iran: A Qualitative Study. *Nursing Open*. 8(1): 72-79.

Karakaya Özsezen, B. (2014). *Doğumsal Böbrek ve Üriner Sistem Anomalisi Olan Hastaların Klinik Değerlendirmesi ve Aile Bireylerinin Böbrek Anomalileri Açısından Ultrasonografi ile Taranması*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara: Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Karakış, S. (2019). *Kamu Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumları ve Psikolojik Sağlamlıkları*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Karaman, Z. T. (2016). *Afet Yönetimine Giriş ve Türkiye’de Örgütlenme*. in Karaman Z.T. ve Altay A. (Eds.), *Bütünleşik Afet Yönetimi* (ss. 1-39). İzmir, Türkiye: Birleşik Matbaacılık.

Karaman, Z. T. ve Altay, A. (2016). *Bütünleşik Afet Yönetimi*. (ss. 1-327). İzmir: İlkem Yayınları.

Kaya, N. (2023). *Sağlık Profesyonellerinin Biyolojik Afet (Covid-19) Deneyimleri: Fenomenolojik Bir Araştırma*. (Doktora Tezi). Gümüşhane Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Khan, S. ve Mallipattu, S. K. (2021). Monitoring Hospitalized Dialysis Patients With COVID-19: Repurposing Baby Monitors for Patient and Staff Safety. *Kidney Medicine*. 3(1): 13-138.

Khoo, B. Z. E., See, Y. P., Koh, T. J. K. ve Yeo, S. C. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Dialysis: the Experience in Singapore. *Kidney Medicine*. 2(4): 381-384.

Kikuchi, K., Nangaku, M., Ryuzaki, M. ve Akizawa, T. (2020). COVID-19 Of Dialysis Patients İn Japan: Current Status and Guidance on Preventive Measures. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 24(4): 361-365.

Klersy, C., Callegari, A., Martinelli, V., Vizzardi, V., Navino, C., Malberti, F., Tarchini, R., Montagna, G., Guastoni, C., Bellazzi, R., Rampino, T., David, S., Barbieri, C., Dal Canton, A., Politi, P. ve Working Group on Burnout and Dialysis. (2007). Burnout in Health Care Providers of Dialysis Service in Northern Italy--A Multicentre Study. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. 22(8): 2283–2290.

Kliger, A. S., Cozzolino, M., Jha, V., Harbert, G. ve Ikizler, T. A. (2020). Managing the COVID-19 Pandemic: International Comparisons in Dialysis Patients. *Kidney International*. 98: 12–16.

Kliger, A. S. ve Silberzweig, J. (2020). Mitigating Risk of COVID-19 in Dialysis Facilities. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 15(5): 707-709.

Kumar, J. (2020). Biological Disaster Management. *International Journal of Technical Research & Science*. 5(7): 5-10.

Kutlu, R. (2020). Yeni Koronavirüs Pandemisi İle İlgili Öğrendiklerimiz, Tanı ve Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar ve Türkiye’deki Durum. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 14(2): 329-344.

Lauer, S. A., Grantz, K. H., Bi, Q., Jones, F. K., Zheng, Q., Meredith, H. R. ve Lessler, J. (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Annals of Internal Medicine*. 172(9): 577-582.

Lee, J. J., Hwang, S. J. ve Huang, J. F. (2020). Review of the Present Features and the Infection Control Challenges of COVID-19 Pandemic in Dialysis Facilities. *Kaohsiung Journal of Medical Science*. 36(6): 393-398.

Lee, J. J., Lin, C. Y., Chiu, Y. W. ve Hwang, S. J. (2020). Take Proactive Measures for the Pandemic COVID-19 Infection in the Dialysis Facilities. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan Yi Zhi*. 119(5): 895–897.

Lee, J., Steel, J., Roumelioti, M. E., Erickson, S., Myaskovsky, L., Yabes, J. G., Rollman, B. L., Weisbord, S., Unruh, M. ve Jhamb, M. (2020). Psychosocial Impact of COVID-19 Pandemic on Patients with End-Stage Kidney Disease on Hemodialysis. *Kidney360*. 1(12): 1390-1397.

Lee, M., Chen, C., Yeh, C. ve King, C. (2003). Severe Acute Respiratory Syndrome. *Journal of the American Medical Association*. 289(22): 2930–2930.

Li, Z., Tomlinson, A. C., Wong, A. H., Zhou, D., Desforjes, M., Talbot, P. J. ve Rini, J. M. (2019). The Human Coronavirus Hcov-229E S-Protein Structure and Receptor Binding. *Elife*. 8: 1-22.

Liu, W., Yue, X. G. ve Tchounwou, P. B. (2020). Response to the COVID-19 Epidemic: the Chinese Experience and Implications for other Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(7): 2304.

Lobo, V., Khanna, U., Rajapurkar, M., Mahapatra, H. S., Verma, H., Prasad, N., Agarwal, S. K., and COVID-19 Working Group of Indian Society of Nephrology (2020). Guidelines For Dialysis With Reference to COVID-19. *Indian Journal of Nephrology*. 30(3): 166–170.

Loft, R., Currie, S., and Greenwood, S. (2020). E-Platform Launches to Help Kidney Patients Through Exercise and Support. *J Kidney Care*. 5(4): 183-184.

Lopez, A. D. ve Mathers, C. D. (2006). Measuring the Global Burden of Disease and Epidemiological Transitions: 2002–2030. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*. 100(5-6): 481-499.

Lotfy, S. M., Abbas, A., and Shouman, W. (2021). Use of Hydroxychloroquine in Patients with COVID-19: A Retrospective Observational Study. *Turkish Thoracic Journal*. 22(1), 62-66.

Lu, J. Y., Zhu, J., Zhu, J. ve Duong, T. Q. (2022). Long-Short-Term Memory Machine Learning of Longitudinal Clinical Data Accurately Predicts Acute Kidney Injury Onset in COVID-19: A Two-Center Study. *International Journal of Infectious Diseases*. 122: 802–810.

Lucini, B. (2014). Multicultural Approaches to Disaster and Cultural Resilience. How To Take These Into Account To Improve Disaster Management And Prevention: Two Examples Of Earthquakes In Italy. *Procedia Economics and Finance*. 18: 151-156.

Ma, Y., Diao, B., Lv, X., Liang, W., Zhu, J., Liu, L., Zhang, S., Shen, B., & Wang, H. (2020). COVID-19 in hemodialysis (HD) patients: Report from one HD center in Wuhan, China. 1-17. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.24.20027201v3.article-info>.

Malatya Ticaret ve Sanayi Odası. (Mayıs 2020). Amerika Birleşik Devletleri’nde Covid-19 Salgını Mayıs-2020. <https://www.malatyatso.org.tr/document/3600e554-31a8-47fa-b1ad-9ec9d82eafbb.pdf> (06.10.2023)

Martinelli, A. W., Ingle, T., Newman, J., Nadeem, I., Jackson, K., Lane, N. D. ve Marciniak, S. J. (2020). COVID-19 and Pneumothorax: A Multicentre Retrospective Case Series. *European Respiratory Journal*. 19;56(5):2002697.

Mattei, P. ve Vigevano, L. (2021). Contingency Planning and Early Crisis Management: Italy and the COVID-19 pandemic. *Public Organization Review*. 21(4): 647–663.

McIntosh, K. ve Peiris, S. M. (2009). Coronaviruses. In *Clinical Virology* 3. Washington: ASM Press.

McMichael, T. M., Clark, S., Pogosjans, S., Kay, M., Lewis, J., Baer, A., Kawakami, V., Lukoff, M. D., Ferro, J., Brostrom-Smith, C., Riedo, F. X., Russell, D., Hiatt, B., Montgomery, P., Rao, A. K., Currie, D. W., Chow, E. J., Tobolowsky, F., Bardossy, A. C., Oakley, L. P., Jacobs, J. R., Stone, N.D., Reddy, S.C., Jernigan, J. A., Honein, M. A., Clark, T. A., Duchin, J. S., and Public Health – Seattle ve King County, EvergreenHealth, and CDC COVID-19 Investigation Team (2020). COVID-19 in a

Long-Term Care Facility - King County, Washington, February 27-March 9, 2020. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*. 69(12): 339–342.

Meier-Kriesche HU, Kaplan B. Waiting Time on Dialysis as the Strongest Modifiable Risk Factor For Renal Transplant Outcomes: A Paired Donor Kidney Analysis. *Transplantation*. 74(10): 1377-1381.

Mevzuat Bilgi Sistemi. (2020). Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer Tehdit ve Tehlikelere Dair Görev Yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/21.5.3033.pdf>. (10.03.2023).

Mogul, F. (19.04.2020) Shortage of Dialysis Equipment Leads To Difficult Decisions in New York ICUs. Npr. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2020/04/19/838103327/shortage-of-dialysis-equipment-leads-to-difficult-decisions-in-new-york-icus> (12.03.2023)

Monto, A. S., DeJonge, P. M., Callear, A. P., Bazzi, L. A., Capriola, S. B., Malosh, R. E., Martin, E. T. ve Petrie, J. G. (2020). Coronavirus Occurrence and Transmission Over 8 Years in the HIVE Cohort of Households in Michigan. *The Journal of Infectious Diseases*. 222(1): 9–16.

Morley, G., Grady, C., McCarthy, J. ve Ulrich, C. M. (2020). COVID-19: Ethical Challenges for Nurses. *Hastings Center Report*. 50(3), 33-35.

Muz, G. ve Erdoğan Yüce, G. (2021). Experiences of Nurses Caring for Patients with COVID-19 in Turkey: A phenomenological enquiry. *Journal of Nursing Management*. 29(5): 1026-1035.

Nadim, M. K., Forni, L. G., Mehta, R. L., Connor, M. J. Jr, Liu, K. D., Ostermann, M., Rimmelé, T., Zarbock, A., Bell, S., Bihorac, A., Cantaluppi, V., Hoste, E., Husain-Syed, F., Germain, M. J., Goldstein, S. L., Gupta, S., Joannidis, M., Kashani, K., Koyner, J. L., Legrand, M., Lumlertgul, N., Mohan, S., Pannu, N., Peng, Z.,

Perez-Fernandez X. L., Pickkers, P., Prowle, J., Reis, T., Srisawat N., Tolwani, A., Vijayan, A., Villa, G., Yang, L., Ronco, C., Kellum, J. A. (2020). COVID-19-Associated Acute Kidney Injury: Consensus Report of the 25th Acute Disease Quality Initiative (ADQI) Workgroup. *Nature reviews. Nephrology*. 16(12): 747–764.

Naicker, S., Yang, C. W., Hwang, S. J., Liu, B. C., Chen, J. H. ve Jha, V. (2020). The Novel Coronavirus 2019 Epidemic and Kidneys. *Kidney International*. 97(5): 824–828.

Naqvi, A. T., Fatima, K., Mohammad, T., Fatima, U., Singh, I. K., Singh, A. ve Hassan, M. I. (2020). Insights into SARS-CoV-2 Genome, Structure, Evolution, Pathogenesis and Therapies: Structural Genomics Approach. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease*. 1866(10): 165-878.

Narayanan, N., Lacy, C. R., Cruz, J. E., Nahass, M., Karp, J., Barone, J. A. ve Hermes-Desantis, E. R. (2018). Disaster Preparedness: Biological Threats and Treatment Options. *Pharmacotherapy*, 38(2), 217–234.

National Center for Immunization and Respiratory Diseases (U.S.). Division of Viral Diseases. (10.03.2020). *Interim Additional Guidance for Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed COVID-19 In Outpatient Hemodialysis Facilities. Coronavirus Disease 2019 (CoVID-19)*. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/85730> (26.10.2023).

National Disaster Management Authority, Government of India. (2008). *National Disaster Management Guidelines: Management of Biological Disasters*. New Delhi: National Disaster Management Authority, Govt. of India. <https://nidm.gov.in/PDF/pubs/NDMA/5.pdf> (10.10.2023).

Noce, E. M., Brereton, L., Zorzanello, M., Aklilu, A., Anders, E., Bernal, M., Sundararajan, A., Dahl, N. K., Kodali, R. ve Patel, D. M. (2023). Dialysis Patient

Experiences During the COVID-19 Pandemic: A Survey Study. *Kidney Medicine*. 5(7): 10067: 1-9.

Odlum, M. ve Yoon, S. (2018). Health İnformation Needs and Health Seeking Behavior During the 2014-2016 Ebola Outbreak: a Twitter Content Analysis. *PLoS Currents*, 10. Health Information Needs and Health Seeking Behavior During the 2014-2016 Ebola Outbreak: A Twitter Content Analysis - PubMed (nih.gov)

Ogata, T. (2016). Disaster Management in Japan. *Japan Medical Association Journal: JMAJ*. 59(1): 27-35.

Oğuz, C. U. ve Sezek, E. N. (2020). Latin Amerika’da Covid-19 Pandemisinin Sosyoekonomik Etkileri: Brezilya ve Meksika Örnekleri. *Ekonomi Politika ve Finans Araştırmaları Dergisi*. 5(Özel Sayı): 164-184.

Ojha, V., Mâni, A., Pandey, N. N., Sharma, S. ve Kumar, S. (2020). CT in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review of Chest CT Findings İn 4410 Adult Patients. *European Radiology*. 30(11): 6129-6138.

Öksüz, S. (2020). Diyaliz Öncesi Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Volüm Yükünün Saptanmasında Diastolik Disfonksiyon ve NT-proBNP Ölçümünün Önemi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Oktari, R. S., Munadi, K., Idroes, R. ve Sofyan, H. (2020). Knowledge management Practices İn Disaster Management: Systematic Review. *International Journal of Disaster Risk Reduction*. 51(2): 1-15.

ONEC, K. (2020). Pandemi Sürecinde Nefroloji ve Hemodiyaliz Hastalarının Yönetimi – Düzce Üniversitesi Deneyimleri. *Konuralp Medical Journal*. 12(1): 383-385.

Öngören, Ş., Botanlıoğlu, H., Erdal, N. ve Kodalıoğlu, K. (2023). COVID-19 Pandemi Döneminde Akılcı Kişisel Koruyucu Ekipman (KKE) Kullanımı ve Yönetimi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 20(2): 1-30.

Oymak, O. ve Akpolat, T. (2005). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD). İzmir: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.

Özdemir, S. T. (2021). Covid-19 Pandemisi Ve Kronik Böbrek Hastalarına Etkisi/Covid-19 of Pandemic and Impact on Patients with Chronic Kidney Disease. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 16(2): 60-66.

Özer, Ö. F., Selek, Ş., Yıldırım, N., Özyıldırım, B., Yurtsever, İ., Karatoprak, C., Özder, A., Kazancıoğlu, R. ve Aydın, T. (2021). COVID-19 Pandemisinde Hastalık/Hastane Yönetimi. <https://nidm.gov.in/PDF/pubs/NDMA/5.pdfhttps://openaccess.bezmialem.edu.tr/server/api/core/bitstreams/137850ba-fdb0-4fdb-83b1-e0cedb5401eb/content> (19.09.2023).

Özşaker, E. (2021). Böbrek Nakli: Covid-19 Etkisi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*. 14(3): 352-360.

Öztürk, Y. ve Tekin, U. (2019). Doğal Afetlerle Mücadelede İstanbul İli Sarıyer İlçesi Örneği. *Journal of Politics Economy and Management*. 2(1): 29-41.

Pak, C. (2013). Terraforming and proto-gaian narratives in American Pulp SF of the 1930s-1940s. *The Eaton Journal of Archival Research*. 1(1): 38-55.

Petersen, E. ve Gökengin, A. D. (2020). SARS-CoV-2 Epidemiology and Control, Different Scenarios for Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 50(9): 509-514.

Polat, I., Sever, M. Ş., Demir, E., Yazıcı, H., Koç, S. K., Papila, R. ve Özkan, M. (2023). Turkish Dialysis Healthcare Providers' Psychological Response to COVID-19. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi • Journal of Istanbul Faculty of Medicine*. 86(1): 14-27.

Prasad, N., Bhatt, M., Agarwal, S. K., Kohli, H. S., Gopalakrishnan, N., Fernando, E., Sahay, M., Rajapurkar, M., Chowdhary, A. R., Rathi, M., Jeloka, T., Lobo, V., Singh, S., Bhalla, A. K., Khanna, U., Bansal, S. B., Rai, P. K., Bhawane, A., Anandh, U., Singh, A. K., Shah, B., Gupta, A., Jha, V., Jha, V. (2020). The Adverse Effect of COVID Pandemic on the Care of Patients with Kidney Diseases in India. *Kidney International Reports*. 5(9): 1545–1550.

Radusin, M. (2012). The Spanish Flu, Part I: The First Wave. *Vojnosanitetski Pregled*. 69(9): 812-817.

Rapeli, M. (2017). The Role of Social Work in Disaster Management in Finland. Jyväskylä: University of Jyväskylä Publication. 1-75. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/55926> (10.03.2023)

Rimes-Stigare, C., Frumento, P., Bottai, M., Mårtensson, J., Martling, C. R., Walther, S. M., Karlström, G., & Bell, M. (2015). Evolution of Chronic Renal Impairment and Long-Term Mortality After De Novo Acute Kidney Injury in the Critically Ill: A Swedish Multi-Centre Cohort Study. *Critical Care* (London, England. 19(1): 221.

Robinson, B. M., Guedes, M., Alghonaim, M., Cases, A., Dasgupta, I., Gan, L., Jacobson, S. H., Kanjanabuch, T., Kim, Y. L., Kleophas, W., Labriola, L., Perlman, R. L., Reboldi, G., Srivatana, V., Suri, R. S., Tsuruya, K., Torres, P. U., Pisoni, R. L., and Pecoits-Filho, R. (2021). Worldwide Early Impact of COVID-19 on Dialysis Patients and Staff and Lessons Learned: A DOPPS Roundtable Discussion. *Kidney Medicine*. 3(4): 619–634.

Rombolà, G., Heidempergher, M., Pedrini, L., Farina, M., Aucella, F., Messa, P., and Brunori, G. (2020). Practical İndications for the Prevention and Management of SARS-CoV-2 in Ambulatory Dialysis Patients: Lessons from the First Phase of the Epidemics in Lombardy. *Journal of Nephrology*. 33(2): 193–196.

Ronco, C., Reis, T. ve Husain-Syed, F. (2020). Management of Acute Kidney Injury in Patients with COVID-19. *The Lancet Respiratory Medicine*. 8(7): 738-742.

Roper, T., Kumar, N., Lewis-Morris, T., Moxham, V., Kassimatis, T., Game, D., Breen, C. ve Moutzouris, D.-A. (2020). Delivering Dialysis During the COVID-19 Outbreak: Strategies and Outcomes. *Kidney International Reports*. 5(7): 1090–1094.

Rossborough, R. J. (1976, January). The Office of the United Nations Disaster Relief Co-ordinator. *Annales De La Societe Belge De Medecine Tropicale*. 56(4-5): 361-366.

Rothan, H. A. ve Byrareddy, S. N. (2020). The Epidemiology and Pathogenesis of Coronavirus disease (COVID-19) Outbreak. *Journal of Autoimmunity*. 109, 102433.

Rudnick, M. R. ve Hilburg, R. (2020). Acute Kidney İnjury in COVID-19: Another Challenge for Nephrology. *American Journal of Nephrology*. 51(10): 761–763.

Sağlık Bakanlığı. (2021). COVID-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri. <https://covid19-saglikkurumlarindacalismarehberiveenfeksiyonkontrolonlemleripdf.pdf> (03.10.2023).

Sağlık Bakanlığı. (2021). Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40879,haphazirlamaklavuzusurum214062021pdf.pdf?0> (7.9.2023).

Sağlık Bakanlığı. (2023). COVID-19 Bilgilendirme Platformu. <https://Covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>. (30.10.2023).

Şahin, H. (2022). Türkiye’de COVID-19 Aşısı Karşıtlığının Nedenleri: Twitter Örneği. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 10(2): 579-593.

Şanlı, K. (2010). İnfluenza virüsü ve domuz gribi. *Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi*. 2(1): 4-12.

Saran, R., Robinson, B., Abbott, K. C., Agodoa, L. Y. C., Bragg-Gresham, J., Balkrishnan, R., Bhav, N., Dietrich, X., Ding, Z., Eggers, P. W., Gaipov, A., Gillen, D., Gipson, D., Gu, H., Guro, P., Haggerty, D., Han, Y., He, K., Herman, W., Heung, M., Hirth, R. A., Hsiung, J. T., Hutton, D., Inoue, A., Jacobsen, S. J., Jin, Y., Kalantar-Zadeh, K., Kapke, A., Kleine, C. E., Kovesdy, C. P., Krueter, W., Kurtz, V., Li, Y., Liu, S., Marroquin, M. V., McCullough, K., Molnar, M. Z., Modi, Z., Montez-Rath, M., Moradi, H., Morgenstern, H., Mukhopadhyay, P., Nallamothu, B., Nguyen, D. V., Norris, K. C., O'Hare, A. M., Obi, Y., Park, C., Pearson, J., Pisoni, R., Potukuchi, P. K., Repeck, K., Rhee, C. M., Schaubel, D. E., Schragger, J., Selewski, D. T., Shamraj, R., Shaw, S. F., Shi, J. M., Shieu, M., Sim, J. J., Soohoo, M., Steffick, D., Streja, E., Sumida, K., Kurella-Tamura, M., Tilea, A., Turf, M., Wang, D., Weng, W., Woodside, K. J., Wyncott, A., Xiang, J., Xin, X., Yin, M., You, A. S., Zhang, X., Zhou, H., Shahinian, V. (2019). US Renal Data System 2018 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*. 73(3): A7–A8.

Sarmasoğlu, Ş., Çelik, G. H. T. ve Korkmaz, F. (2020). İnceleme: Covid-19 Hastalığından Korunmaya Yönelik Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 7(Özel Sayı): 47- 65.

Senni, M. (2020). COVID-19 Experience in Bergamo, Italy. *European Heart Journal*. 41(19): 1783-1784.

Seppänen, H., Mäkelä, J., Luukkala, P. ve Virrantaus, K.(2013).Developing Shared Situational Awareness for Emergency Management. *Safety Science*.55: 1-9.

Seyahi, N., Ateş, K. ve Süleymanlar, G. (2018). Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2016 Yılı Özet Raporu. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 27(2), 133-139.

Sharma. (2020). Biological Disasters 1(1): 36-37.
<https://egyankosh.ac.in/bitstream/123456789/64010/1/Unit-4.pdf> (10.02.2023).

Shi, P., Xu, W. ve Wang, J. (2016). Natural Disaster System in China. In: Shi, P. (eds) Natural Disasters in China. *IHDP/Future Earth-Integrated Risk Governance Project Series*. 1-36. Springer, Berlin, Heidelberg.

Silberzweig, J. ve Kliger, A. S. (2023). COVID-19 and Dialysis Patients. In *Handbook of Dialysis Therapy* (Sixth Edition)

Silberzweig, J., Wu, S., Sinclair, M., Watson, T., Welder, N., Concepcion, D., Yee, J., Speed, F., Cukor, D., Schiller, B. ve Weiner, D. (2023). Response to COVID-19: The Outpatient Dialysis Setting. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology : CJASN*. 18(7): 949–952. Advance online publication.

Sipahi, S., Dheir, H., Toçoğlu, A., Bektaş, M., Açıkgöz, S., Genç, A., Mutlu, F., Köroğlu, M., Erdem, A. F.,ve Karabay, O. (2021). Characteristics and Mortality Determinants of COVID-19 Patients Undergoing Hemodialysis. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 51(2): 421-427.

Sivil savunma.gov. (2023). Doğal ve İnsan Kaynaklı Felaketler: Sonuçlar ve Afet Yönetimi. <https://sivilsavunma.gov.ct.tr/Portals/33/Dogal-ve-Insan-Kaynakli-Felaketler-Sonuclar-ve-Afet-Yonetimi.pdf> (08.10.2023).

Smith, V. K. (2020). New York Hospitals Face aAother COVID-19 Equipment Shortage: Dialysis Machines. Retrieved from <https://www.marketwatch.com/story/new-york-hospitals-face-another-covid-19-equipment-shortage-dialysis-machines-and-nurses> (05.06.2023)

Sofuoğlu, T., Emiroğlu, M. ve Köse, Ş. (2020). Koronavirüs Pandemisi Sırasında Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Gerçekleştirilen Zarar Azaltma, Hazırlık ve Müdahale Uygulamaları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 30, 10-18.

Sönmez Gün, A. ve Yıldız, F. (2023). Biyolojik Afetler. In P. Okyay & E. Öntaş (Eds.), *Afetler ve Halk Sağlığı*. Ankara: Hipokrat Yayıncılık.

Sönmez, P. ve Ören, H. Ü. (2022). COVID-19 Pandemisinin G7 Ülkeleri ve Bazı Yükselen Piyasa Ekonomilerine Etkilerinin ve Uygulanan Ekonomik Destek Paketlerinin İncelenmesi. *Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi*. 5(11): 59-74.

Su, S., Wong, G., Shi, W., Liu, J., Lai, A. C., Zhou, J. ve Gao, G. F. (2016). Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. *Trends Microbiol*. 24(6): 490-502.

Sülkü, S., Coşar, K. ve Tokathoğlu, Y. (2021). COVID-19 Süreci: Türkiye Deneyimi. *Sosyoekonomi*. 29(49): 345-372.

Sümer, S., Çakır, A. D. ve Büyükyılmaz, F. (2020). Diyaliz Hastalarında Hemşirelik Bakımının Planlanması: Olgu Sunumu. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 37-44.

Swedish Intensive Care Register. (2021). Data portal. Swedish Intensive Care Register. <https://portal.icuregswe.org/utdata/sv/home> (11.04.2023)

Syed-Ahmed, M. ve Narayanan, M. (2019). Immune Dysfunction and Risk of Infection in Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 26(1): 8–15.

Tan, B. W. L., Tan, B. W. Q., Tan, A. L. M., Schriver, E. R., Gutiérrez-Sacristán, A., Das, P., Yuan, W., Hutch, M. R., Barrio, N. G., Jimenez, M. P., Abu-el-rub, N., Morris, M., Moal, B., Verdy, G., Cho, K., Ho, Y.-L., Patel, L. P., Dagliati, A., Neuraz, A., Klann, J. G., Güney, Visweswaran, S., Hanauer, D. A., Maidlow, S. E., Liu, M., Biçme, D. L, Batugo, A., Makoudjou, A., Tippmann, P., Zöller, D., Brat, G. A., Luo, Y., Avillach, P., Bellazzi, R., Chiovato, L., Malovini, A., Tibollo, V., Samayamuthu, M. J., Serrano Balazote, P., Xia, Z., Loh, N. H. W., Chiudinelli L, Bonzel, C. L., Hong, C., Zhang, H. G., Weber, G. M., Kohane IS, Cai, T., Omenn, G. S., Holmes, J. H., Ngiam, K. Y. (2023). Long-Term Kidney Function Recovery and Mortality After COVID-19-Associated Acute Kidney Injury: An International Multi-Centre Observational Cohort Study. *EClinicalMedicine*, 55, 101724.

Tanyaş, B. (2014). Nitel Araştırma Yöntemlerine Giriş: Genel İlkeler ve Psikolojideki Uygulamaları. *Eleştirel Psikoloji Bülteni*. 5(1): 25-38.

TDK. (2021). Afet tanımı. afet ne demek TDK Sözlük Anlamı (sozluk.gov.tr) (10.01.2023).

Teker, S., Kurnaz Ay, A. G., M. E. R. V. E., & Hidiroğlu, S. (2022). Covid-19 Pandemisinde Aşı Tereddütü Bulunan Bireylerin Covid-19 Aşıları İle İlgili Görüşlerine Yönelik Niteliksel Bir Çalışma. *Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı*.

a

Tekinalp, M. ve Şahinöz, T. (2021). Pandemide İnsan Kaynakları Yönetimi. *Ordu Üniversitesi Tıp Dergisi*. 8(2): 23-29.

Temel, M. K. ve Ertin, H. (2020). 1918 Grip Pandemisi Kıssasından COVID-19 Pandemisine Hisseler. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*. 25(Special Issue on COVID-19): 63-78.

Temel, M. K. ve Ertın, H. (2020). 1918 Grip Pandemisi Kıssasından COVID-19 Pandemisine Hisseler. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*.25(Special Issue on COVID 19): 63-78.

Tercan, B. (2020). Biyolojik Afetler ve COVID-19. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 1(1): 41-50.

Terzi, S., De Angeli, S., Miozzo, D., Massucchielli, L. S., Szarzynski, J., Carturan, F. ve Boni, G. (2022). Learning From the COVID-19 Pandemic in Italy to Advance Multi-Hazard Disaster Risk Management. *Progress in Disaster Science*. 16.

Thomas, T. L. (1995). EMERCOM: Russia's Emergency Response Team. *Low Intensity Conflict and Law Enforcement*. 4: 227-236.

Tiirinki, H., Tynkkynen, L. K., Sovala, M., Atkins, S., Koivusalo, M., Rautiainen, P. ve Keskimäki, I. (2020). COVID-19 Pandemic in Finland– Preliminary Analysis on Health System Response and Economic Consequences. *Health Policy and Technology*. 9(4): 649-662.

Topbaş, E. (2015). Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri ve Evrelere Özgü Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 10(1): 53-59.

Tortonese, S., Scriabine, I., Anjou, L., Loens, C., Michon, A., Benabdelhak, M. ve Zaidan, M. (2020). COVID-19 in Patients on Maintenance Dialysis in the Paris Region. *Kidney International Reports*. 5(9): 1535-1544.

Torun, E. (2022). COVID-19 Pandemi Sürecinde OECD Ülkelerinde Kamu Maliyesi Politikaları. (Yüksek lisans tezi). *Hitit Üniversitesi: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü*.

Tozier de la Poterie, A. ve Baudoin, M. A. (2015). From Yokohama to Sendai: Approaches to Participation in International Disaster Risk Reduction Frameworks. *International Journal of Disaster Risk Science*. 6: 128-139.

Tuna, D., Ovayolu, N. ve Kes, D. (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 13(1): 17-25.

Türken, M. ve Köse, Ş. (2020). COVID-19 Transmission and Prevention. *Anatolian Journal Of General Medical Research*. 30(Supp: 2): 36-42.

Türkmen, M. ve Özsarı, A. (2020). Covid-19 Salgını ve Spor Sektörüne Etkileri. *International Journal of Sport Culture and Science*. 8(2): 55-67.

UNDHA. (1992). Internationally Agreed Glossary of Basic Terms Related To Disaster Management. Geneva: United Nations Department of Humanitarian Affairs. <https://reliefweb.int/report/world/internationally-agreed-glossary-basic-terms-related-disaster-management> (reliefweb.int) (25.12.2023)

Üner, S. (2020). Ülke Örnekleri. *COVID-19 Pandemisi 4. Ay Değerlendirme Raporu*. 54-62. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_4.pdf (26.12.2023)

Uysal, H. ve Karataş, C. (2017). Kronik Böbrek Yetersizliğinde Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2): 49-61.

Van Doremalen, N., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Gamble, A., Williamson, B. N., Tamin, A., Harcourt, J. L., Thornburg, N. J., Gerber, S. I., Lloyd-Smith, J. O., de Wit, E., & Munster, V. J. (2020). Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England Journal of Medicine*. 382(16): 1564–1567.

Verma, A., Patel, A. B., Tio, M. C. ve Waikar, S. S. (2020). Caring for Dialysis Patients in a Time of COVID-19. *Kidney Medicine*. 2(6): 787-792.

Wald, R. ve Bagshaw, S. M. (2021). COVID-19–Associated Acute Kidney Injury: Learning from the First Wave. *JASN (Journal of the American Society of Nephrology)*. 32(1): 4–6.

Walter, D., Böhmer, M. M., Reiter, S., Krause, G. ve Wichmann, O. (2012). Risk Perception and Information-Seeking Behaviour During the 2009/10 Influenza A(H1N1)pdm09 Pandemic in Germany. *Euro Surveill*. 17(24): 20131.

Walton, M., Murray, E. ve Christian, M. D. (2020). Mental Health Care for Medical Staff and Affiliated Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 9(3): 241-247.

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G. ve Gao, G. F. (2020). A Novel Coronavirus Outbreak Of Global Health Concern. *The Lancet*, 395(10223): 470-473.

Ward, P. J., De Ruiter, M. C., Mård, J., Schröter, K., Van Loon, A., Veldkamp, T. ve Wens, M. (2020). The Need to Integrate Flood and Drought Disaster Risk Reduction Strategies. *Water Security*. 11: 1000-1070.

Weiner, D. E. ve Watnick, S. G. (2020). Hemodialysis and COVID-19: An Achilles' Heel in the Pandemic Health Care Response in the United States. *Kidney Medicine*. 2(3): 227-230.

Wendling, P. (20.04.2020). Medscape Medical News, "Kidney Complications in COVID-19 Send Hospitals Scrambling". <https://www.medscape.com/viewarticle/929073?src=android&ref=share&form=fpf>. (12.01.2023)

Whitworth, J. (2020). COVID-19: A Fast Evolving Pandemic. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 114(4): 241-248.

WHO. (2003). Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) multi-country outbreak - https://www.who.int/health-topics/severe-acute-respiratory-syndrome#tab=tab_1 (21.09.2023)

WHO. (2015). Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003. <https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003> (21.09.2023)

WHO. (2020). Glossary of Health Emergency and Disaster Risk Management Terminology. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003699> (10.03.2023).

Wu, Q., Han, J., Lei, C., Ding, W., Li, B. ve Zhang, L. (2021). The Challenges and Countermeasures in Emergency Management After the Establishment of the Ministry of Emergency Management of China: A case study. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 55, 102075.

Xie, Y., Bowe, B., Maddukuri, G. ve Al-Aly, Z. (2020). Comparative Evaluation of Clinical Manifestations and Risk of Death in Patients Admitted To Hospital With COVID-19 and Seasonal Influenza: Cohort study. *BMJ*. 371.

Xiong, F., Tang, H. ve Liu, L. (2020). Clinical Characteristics of and Medical Interventions for COVID-19 in Hemodialysis Patients in Wuhan, China. *JASN (Journal of the American Society of Nephrology)*. 31(7): 1387–1397.

Xu, J. ve Lu, Y. (2012). Meta-Synthesis Pattern of Post-Disaster Recovery and Reconstruction: Based on Actual Investigation on 2008 Wenchuan Earthquake. *Natural Hazards*. 60: 199–222.

Yang, X., Yu, Y., Xu, J., Shu, H., Xia, J., Liu, H., Wu, Y., Zhang, L., Yu, Z., Fang, M., Yu, T., Wang, Y., Pan, S., Zou, X., Yuan, S. ve Shang, Y. (2020). Clinical Course and Outcomes of Critically Ill Patients with SARS-CoV-2 Pneumonia in

Wuhan, China: A Single-Centered, Retrospective, Observational Study. *The Lancet. Respiratory Medicine*. 8(5): 475–481.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (1999). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (11. baskı: 1999-2018). Seçkin Yayıncılık.

Yılmaz, A. (2004). Afet Yönetimi. *Sivil Savunma*, (177): 17-21.

Yılmaz, M. ve Karakoç, A. (2015). Böbrek Naklinde Alıcı ve Donörlerin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 10(2): 31-38.

Yılmaz, Ö., Keser, M. ve Özdoğan, Y. (2020). Emotional Eating During COVID-19 Pandemic. *Current Perspectives on Health Sciences*. 2(2): 51-57.

Yılmaz, S. (15.01.2022). 2020’de Türkiye ve Dünya En Sık Görülen Doğal Afetler. Afet Komisyonu. <https://www.tatd.org.tr/2020de-turkiye-ve-dunyada-en-sik-gorulen-dogal-afetler/> (03.03.2023).

Yılmaz, Z. ve Yılmaz, S. (2021). Hemodiyaliz Hastalarında COVID-19. *Dicle Tıp Dergisi*, 48: 140-144.

Yolun, M. (2020). İspanyol Gribinin Kısa Bir Öyküsü. *Toplumsal Tarih*. 316(1): 74-80.

Yumru, M. ve Demirkaya, S. K. (2021). COVID-19 Aşı Karşıtlığı-Kararsızlığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 24(3): 276-277.

Zahid, U., Ramachandran, P., Spitalewitz, S., Alasadi, L., Chakraborti, A., Azhar, M., Mikhalina, G., Sherazi, A., Narh, J. T., Khattar, P. ve Bedi, P. (2020). Acute Kidney Injury in COVID-19 Patients: An Inner City Hospital Experience and Policy Implications. *American Journal of Nephrology*. 51(10): 786–796.

Zannoni, D. (2019). Humanitarian Assistance in the Wake of Disasters. In *Disaster Management and International Space Law*. Brill Nijhoff.

Zha, Y. ve Qian, Q. (2017). Protein Nutrition and Malnutrition in CKD and ESRD. *Nutrients*. 9(3): 208-227.

Zhou, Y., Yang, Y., Huang, J., Jiang, S. ve Du, L. (2019). Advances in MERS-CoV Vaccines and Therapeutics Based on the Receptor-Binding Domain. *Viruses*. 11(1): 14-60.

Zwęgliński, T. ve Cordero, M. R. (2019). Spanish Civil Protection System as a Part of European Union Emergency Response. *Internal Security*. 11: 165-177.



EKLER

EK 1: Online Nitel Araştırma Yöntemleri Eğitim Katılım Belgesi



EK 2: Maxqda İle Nitel Veri Analizi Eğitim Katılım Belgesi



EK 3: Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Afet Deneyimi: Pamukkale Üniversite Hastanesi Örneği Görüşme Formu

**COVID-19 SÜRECİNDE DİYALİZ ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN AFET DENEYİMİ : PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Sayın katılımcı, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Afet Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Rukiye Şimşek'in " Covid-19 Sürecinde Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Afet Deneyimi : Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Örneği" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; Biyolojik afet olan Covid-19 pandemi sürecinde bir üniversite hastanesindeki diyaliz ünitesinin nasıl yönetildiği ve burada çalışan hemşirelerin deneyimlerini ortaya çıkarmaktır. Diğer amacımız önemli bir paydaş olan diyaliz hemşirelerinin pandemi sürecinde yaşadıkları sorunlar ve bu sorunların çözümüne ilişkin geliştirilen stratejileri değerlendirmektir. Aynı zamanda deneyimler sonucu ortaya çıkan fenomenler bütünlüklük afet yönetimi çerçevesinde değerlendirilerek gelecek çalışmalara öncül olması amaçlarımız arasındadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırmayı kabul ettiğinizi hem yazılı hem de sözlü bir şekilde beyan ettiğiniz takdirde görüşmemizi başlatacağız. Araştırmadan çekilme veya hiç katılmama hakkına sahipsiniz. Görüşmemizde size yönelttiğim soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Araştırma için vereceğiniz tüm cevaplar bizim için çok kıymetli olduğunu söylemek isterim. Araştırma 30-80 dakika arası sürebilir Araştırmayı katılmayı kabul ederseniz görüşmemizi kayıt cihazlarıyla kaydetmeye başlayacağım aynı zamanda vereceğiniz cevaplar doğrultusunda yazılı notlar alacağım Araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz herhangi bir anda araştırmayı bırakma hakkına sahipsiniz Bu araştırmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayım amacı ile kullanılabilir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

- 1) Kendinizi tanıtır mısınız?
- 2) Afet denilince aklınıza gelen temel unsurlardan bahsedebilir misiniz? Afet deyince aklınıza ilk ne geliyor, sizde ne çağrıştırıyor?
- 3) Covid-19 (+) geçirdiniz mi?
- 4) Covid-19 pandemisi sürecinde kurumun afet yönetim modelini nasıl tanımlarsınız ? (risk ve kriz yönetimi nasıldı ?) Diyaliz ünitesine ek olarak yaptıkları destekler nelerdir?
- 5) Biyolojik afet eğitimi konusunda düşünceleriniz nelerdir? Bu konuda hiç eğitim aldınız mı ve eğitim almak ister misiz?
- 6) Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz ünitesinde çalışırken ne gibi sorunlarla karşılaştınız? (malzeme, ekipman, diğer?) Karşılaştığınız sorunlar sorunlar nasıl çözüldü?

- 7) Covid-19 pandemisinde diyaliz uygulanacak hastaların üniteye alınımında yaşanan değişimler nelerdir? (sosyal mesafe, hasta nakli, hasta bekleme salonları vb) (Covid-19 pozitif hastalara ayrı alanda / seansta HD imkanı sağlandı mı?)
- 8) İlk Covid-19 pozitif hastanızı diyalize alırken neler hissettiniz? Ne gibi zorluklar yaşadınız? Sonraki hastalarınızda neler hissettiniz? Covid-19 pozitif hastalarına HD verilmesi sonrası iyileşen hastalarda neler hissettiniz?
- 9) Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz hastalarına kesintisiz sağlık hizmeti vermek sizi, ekibinizi ve hastalarınızı nasıl etkiledi?
- 10) Covid-19 pandemisi yaşamınızı nasıl etkiledi? (aile, sosyal, psikolojik) Hayatınızdaki değişimler nelerdir? Özellikle sağlık profesyoneli olarak bu pandemiyle nasıl başa çıktınız? Ailenize yaşantınızı nasıl etkiledi? Aile bireylerini ve kendinizi korumak için nasıl önlemler aldınız?
- 11) Covid-19 pandemisi sürecinde diyaliz ünitesinde çalışırken neler deneyimlediniz? Sizce diyaliz üniteleri pandemi ve her türlü afet gibi nedenlerle artabilecek aşırı talebe hazır mı? Bu konuda neler düşünüyorsunuz?
- 12) Özel bir birim olarak diyaliz ünitelerine yönelik afetlerde sürdürülebilir hizmet sunulması bakımından hastane afet planlarında özel bir yer verilmeli midir? Siz yönetimin bir parçası olsanız neler yapardınız? Katkılarınız neler olurdu?
- 13) Eklemek istediğiniz benim sormadığım önemli gördüğünüz bir husus var mı? Bu tip çalışmaları başarılı buluyor musunuz?

EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

GÖNÜLLÜ KATILIMCI ONAM FORMU

Sayın katılımcı sizi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Afet Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Rukiye ŞİMŞEK'in "**COVID-19 Sürecinde Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Afet Deneyimi : Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Örneği**" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz sorabilirsiniz. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsizsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Biyolojik afet olan Covid-19 pandemi sürecinde bir üniversite hastanesindeki diyaliz ünitesinin nasıl yönetildiği ve burada çalışan hemşirelerin deneyimlerini ortaya çıkarmaktır. Diğer amacımız önemli bir paydaş olan diyaliz hemşirelerinin pandemi sürecinde yaşadıkları sorunlar ve bu sorunların çözümüne ilişkin geliştirilen stratejileri değerlendirmektir. Aynı zamanda deneyimler sonucu ortaya çıkan fenomenler bütünsel afet yönetimi çerçevesinde değerlendirilerek gelecek çalışmalara öncü olması amaçlarımız arasındadır.
- Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma ☒ Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 30-80 dk
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 10-12
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Diyaliz Ünitesi

Çalışmaya Katılım Onayı:

"Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım."

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

EK 5: Etik Kurul Onayı

HİZMETE ÖZEL



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
HUKUK MÜŞAVİRLİĞİ

Sayı : E-87347630-659-590043

04.05.2023

Konu : Etik Kurul İzni- Rukiye ŞİMŞEK

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19/04/2023 tarih ve 579566 sayılı yazımız.

İlgide kayıtlı yazımız ile bildirilen başvuru, Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulunun 25/04/2023 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve toplantıda alınan 4 sayılı karar ile Rukiye ŞİMŞEK'in, "**Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Afet Deneyimi: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Örneği.**" başlıklı çalışmasının etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiş olup, alınan karar Makamımızca onaylanmıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Nükhet HOTAR
Rektör

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: D0ECF17C-E00C-46E9-9ACA-ACA8D6CB684C Doğrulama Adresi: <https://turkiye.gov.tr/dokuz-eylul-universitesi-ebys>

Adres: Kültür Mahallesi, Cumhuriyet Bly No:144, 35220 Konak/İzmir

KEP Adresi : dokuzeyluluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Gülcan TOPÇU

Sürekli İşçi

Telefon No: (232) 412 11 93



EK 6: Kurum Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.05.2023-E.367689



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



Sayı : E-65124556-600-367689
Konu : Rukiye ŞİMŞEK Araştırma Hk.

16.05.2023

Sayın Rukiye ŞİMŞEK

İlgi : 10.05.2023 tarihli ve - sayılı yazı

İlgide kayıtlı dilekçenizde belirtilen "Covid-19 Pandemisi Sürecinde Diyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Afet Deneyimi: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Örneği" tez çalışmasını yapma talebiniz Hastanemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından değerlendirilmiş olup, gönüllülük esası ile uygun bulunmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Murat ÖZBAN
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu :BSFAMTNUVR Pin Kodu :57123 Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-cbys>
Adres:Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri
20070 Kınıklı, DENİZLİ
Telefon:0 (258) 296 60 00 Faks:0 (258) 296 60 01
e-Posta:infohastane@pau.edu.tr Elektronik Ağ:infohastane@pau.edu.tr
Kep Adresi: paurektorluk@hs01.kep.tr

Bilgi için: Özlem DÜLGEROĞLU
Unvanı: Tekniker



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.