



**HEMŞİRELER DÜNYA SAĐLIĐINDA ÖNCÜ BİR SES**

**ULUSLARARASI HEMŞİRE GÜNÜ 2020**

**KAYNAKLAR VE KANITLAR**

**ULUSLARARASI HEMŞİRELER KONSEYİ**

**(International Council of Nurses-ICN)**



Proje Sponsoru: Howard Catton, ICN Proje Yöneticisi: David Stewart, ICN

Yazarlar:

Fadwa A Affara

Dr Amelia Afuha'amango Tuipulotu

Dr Fariba Al Darazi

Dr Linda H Aiken

Dr Claire Betker

Profesör James Buchan

Dr Christophe Debout

Profesör Gilles Dussault

Dr Pilar Espinoza

Dr Susan B. Hassmiller

Dr Matthew McHugh

Dr Jack Needleman

Dr Marina Peduzzi

Profesör Khama Rogo Profesör Petrie F. Roodbol

Dr Marla Salmon

Profesör Jane Salvage Profesör Anne Marie Rafferty Dr Kyung Rim Shin

Bongi Sibanda

David Stewart

Dr Barbara Stilwell

Michael J. Villeneuve Profesör Jill White

Profesör Patsy Yates

Editör: Lindsey Williamson, ICN Tasarım: Violaine Bobot, ICN

Dizayn: Artifex Creative Webnet Ltd.

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ Annette Kennedy</b>	<b>04</b>
<b>BRİNCİ KISIM: HEMŞİRELİK NEDİR?</b>	<b>06</b>
Florence Nightingale bugün hala geçerli mi?	07
Bütüncül ve insan-odaklı bakım	11
Hemşirelikte ahlaki pusulanın asıl noktası olarak merhamet	13
Hemşireliğe olan güveni artırmak: profesyonellik, imkânlar ve eksiklikler	15
Hemşirelik hikâyesini değiştirme	18
<b>İKİNCİ KISIM: DÜNYAYI SAĞLIĞINA KAVUŞTURMANIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER</b>	<b>21</b>
Kalben, zihnen ve bedenen yaralı	21
Bireylerin ve toplumların ihtiyaçlarını karşılayabilecek sağlık sistemleri	24
Bölünmüş toplumlar, eşit olmayan dünya	25
Yaşamın sonunda umut: Hemşirelerin temel rolü	27
Hizmet verdiğimiz insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için doğru şeyleri yapıyor muyuz?	30
Hemşireler, sağlık maliyetleri ve sağlık hizmetlerinde değer arayışı	33
<b>ÜÇÜNCÜ KISIM: DÜNYAYI SAĞLIĞINA KAVUŞTURMA İMKÂNLARINI HAYATA GEÇİRMEK</b>	<b>36</b>
Liderlik yoluyla dünyayı sağlığına kavuşturmak	36
Sağlık hizmetleri içinde ve dışında ortaklıklar ve işbirliği: Hemşirelik liderliğinde soyutlamadan karşılıklı bağlılığa geçiş	40
Hasta güvenliği ve nitelikli hemşire işgücünün sürdürülmesi için gerekli olan güvenli bakım ortamları	43
Eğitim: hemşireleri uygulama ve yaşam boyu öğrenme için hazırlama	45
Güvenli istihdam: Süregelen bir problem	48
Teknolojinin sağlık çıktılarını geliştirme potansiyellerini hayata geçirmek	50
Onay ve ödüllendirme: Sağlık sistemi hemşirelerin mesleği bırakmasını nasıl önleyebilir?	52
İşgücü kapasitesinin artırılması	54
<b>HEMŞİRELİK YILI MİRASI Howard Catton</b>	<b>57</b>
<b>REFERANSLAR</b>	<b>60</b>

## GİRİŞ

Annette Kennedy, ICN Başkanı

### Dünyayı Sağlığına Kavuşturmak

Dünyada 20 milyondan fazla hemşire ve her birinin de bir hikayesi vardır. Umudun, cesaretin, sevincin, umutsuzluğun, acı ve ıstırapın, yaşam ve ölümün farkındadırlar. İyilik için her daim mevcut bir güç olan hemşireler yeni doğanların ilk çılgınlıklarını duyar ve ölenlerin son nefeslerine ve hayatın en değerli ve en trajik anlarından bazılarını tanıklık ederler. Hemşireler insanlığa hizmet eder ve bireylerin, toplumların ve ulusların sağlığını ve refahını korur.

İnsanlar hemşireliği en dürüst ve etik mesleklerden biri olarak kabul eder. İnsanlar hemşirelere ve yaptıkları işe içgüdüsel olarak güvenir ve saygı duyar. Ancak halkın hemşirelik anlayışı büyük ölçüde değişkenlik gösterir. Çok az insan modern hemşirelerin rollerinin ve sorumluluklarının genişliğine dair bir fikre sahiptir, başka bir deyişle, insanlar hemşireliğin değerini gerçekten takdir etmekten uzaktır.

***“...Toplum hizmetinde ulusal sınırlar yoktur ve dünya üzerindeki tüm insanların temel ihtiyaçları aynıdır - zihin, beden ve ruh sağlığı...”***

Nina Gage ICN Başkanı, 1925



Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), dünyaya hemşirelerin kim olduklarını ve ne yaptıklarını, özellikle bu yıl, (Uluslararası Hemşire ve Ebe Yılı) göstermenin hayati önem taşıdığına inanıyor. ICN, hemşirelik mesleğinin sesinin tüm dünyada duyulmasını, tüm dünyaya yayılmasını ve toplumların refahına nasıl katkıda bulunduğunun bilinmesini istiyor. Bakım verici, eğitimci, lider ve savunucu olarak hemşireler güvenli, erişilebilir ve uygun bakımın sağlanmasında önemli bir rol oynar. Bu harika, yenilikçi ve yaşamsal öneme sahip mesleğe dair Uluslararası Hemşireler Günü raporuyla birlikte tüm dünyaya hemşirelerin sesini duyurmak istiyoruz.

## GİRİŞ

### ICN: Geçmişten geleceğe dayanışma ve birlik

ICN, telefonun henüz icat edildiği ve kıtalar arası ulaşımın sadece uzun ve zorlu deniz yolculuklarıyla gerçekleştirildiği bir zamanda ortaya çıkmıştır. Bu iletişim ve mesafe zorluklarına rağmen, ICN, dünyanın dört bir tarafındaki küresel hemşirelik topluluğunu bir araya getirmeyi başarmıştır.

Küresel çatışmaların ortasında bile ICN küresel hemşirelik topluluğunu bir araya getirmeye devam etmiştir. 1999'da ICN'nin yüzüncü yılında, Lynaugh ve Brush,<sup>1</sup> 20. yüzyılın ilk yarısında hemşireliğin doğum sancularına odaklanmış ve onları modern bir mercekle yansıtmaya çalışmıştır:

*“Savaşlara, siyasi ve ekonomik kaosa, ırksal ve dini çatışmalara rağmen, Uluslararası Hemşireler Birliği, kendini işine adanmış hemşirelerin oluşturduğu özel bir ‘yapıştırıcı’ sayesinde 100 yıldır bir aradadır. Bu yapıştırıcının içeriği ise arkadaşlık, meslektaş desteği ve hevestir. Bugün, ICN hala gelişmekte ve dünyanın dört bir tarafındaki hemşirelere liderlik etmekte ve onları temsil etmektedir.”*

ICN, Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü'nden yaklaşık 50 yıl önce ortaya çıkmıştır ve bugüne kadarki başarılarının her zaman habercisi olmuştur. Ülkelerin kendi içindeki ve ülkelerarası farklılıklara, karışıklıklara ve çekişmelere rağmen, hemşireler daha sağlıklı bir dünyayı mümkün kılmak için her daim bir araya gelmiş, birlikte çalışmış ve birbirlerini desteklemişlerdir. Yüksek sağlık standartlarının pek çok ülkede gerçeğe dönüşmesini ve diğerlerinde de uygulanabilir bir proje olarak ele alınmasını sağlayan sağlık politikası planlama ve hemşirelik liderliği üzerindeki etkisi, yönergeleri, beyanları, öğrenme ve söylemler için sunduğu birçok fırsat sayesinde ICN, hemşirelik mesleğinin gelişmesi için liderlik ve işbirliği imkanları sağlamıştır.

2017 yılında ICN Başkanı seçildiğimde başkanlık sloganı<sup>1</sup> olarak “Birlikte” kelimesini seçtim. Böylesine büyük bölünmelerin olduğu bu zamanlarda politikalarımızı ifade eden daha uygun bir slogan olamaz diye düşünüyorum çünkü “Birlikte” sloganının küresel hemşirelik topluluğunun, bağlılıkları ne olursa olsun, bireylerin, toplumların ve ülkelerin sağlığını ve refahını artırmak için ortak potansiyelini ve niyetini ifade eder.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2020'yi Uluslararası Hemşire ve Ebe Yılı olarak belirlemesi dünya çapında hemşireliği desteklemek için heyecan verici bir fırsattır. Nihayet hemşirelik konusuna global olarak dikkatleri çekmeyi başardık ve dolayısıyla sağlık profesyonellerinin, politikacıların, yetkililerin, sağlık sistemlerinin ve halkın hemşireliği kutlamasını, ondan ilham almasını ve onun hakkında bilgi sahibi olmasını istiyoruz. 2020, dünyanın, en büyük geniş ölçekli meslek grubu hakkında bir fikir edinmesine fırsat sunmaktadır, ancak bu sadece bir başlangıçtır. 2020, hemşireliğe yeni bir bakış açısı katmak için bir katalizör görevi görmektedir. Bu da gelecekte hemşirelerin halkların refahına yapmış oldukları katkıların herkes tarafından görülmesini ve bilinmesini sağlayacaktır.

---

<sup>1</sup> “Sloganlar” 1900 yılında kuruluş tarihinin başından beri ICN Başkanları tarafından belirlenmiştir. Seçilen slogan ise göreve gelen başkanın görev süresi boyunca uygulayacağı politikaları özetleyen ana prensiptir.



## BİRİNCİ KISIM

### HEMŞİRELİK NEDİR?

2020, hemşirelere, hizmetlerini daha iyi açıklamalarına, hemşirelik mesleğiyle ilgili mitleri ortadan kaldırmalarına ve mesleklerine yatırım yapmayı savunmalarına bir fırsat sunmaktadır. Hemşireliğin ne olduğunu açıklamak için, ilk önce hemşireliğin nasıl başladığına, modern hemşireliğin kurucularının öğretilerine ve hemşireliği diğer sağlık mesleklerinden farklı kılan temel özelliklerinin neler olduğuna bakmalıyız.

Florence Nightingale'in 200. yıldönümünü ve Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin 120. yıldönümünü kutladığımız bu günlerde, Florence Nightingale, Ethel Gordon Fenwick ve ICN kurucularının katkılarına ve günümüzdeki modern hemşireyi yaratan merhametin, güvenin ve insan odaklı/birey merkezli bakımın kanıt, istatistik ve liderlik ile nasıl birlikte yürüdüğüne göz atmaktayız.

Bunu yapmak için de Uluslararası Hemşireler Günü 2020 teması seçilmiştir. II. Dünya Savaşı sırasında hemşirelik, dünyanın gördüğü en büyük bölünmelere ve acılara tanıklık etmiştir ve buna rağmen savaş sırasında ve sonrasında bakım ve umut vermeye devam etmiştir. Hemşirelerin sağlığı korumak için yaptıkları fedakarlıklara karşılık olarak, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Başkanı Harry Truman o zamanki ICN Başkanı Effie J. Taylor'a<sup>2</sup> duygularını şu şekilde ifade etmiştir:

*"Hemşireler, savaş sırasında tereddütsüz şekilde engellilere bakım sunmuştur ve ülkelerine hizmet etmiştir. Savaşın zorluklarını paylaşmışlardır ve göstermiş oldukları fedakarlıkların insanları hayatta tuttuğunu bilmek dışında hiçbir ödül talep etmemişlerdir. Bugün, hemşirelere olan ihtiyaç savaş yıllarından daha az değildir. Parçalanmış bedenler ve zihinler tarihin en yıkıcı savaşının ardında yatmaktadır. Hastalar sağlıklarına kavuşturulmayı beklemektedir."*

Başkan Truman savaş sonrasında sağlık ve refah mücadelelerinin devam edeceğini ve bunun gelecek nesillerin de sergilemesi gereken bir mücadele olduğunu kavramıştır. "*Dünyayı Sağlığına Kavuşturma*" ifadesi, Başkan Truman'ın bugün de her zamanki gibi geçerli olan eylem çağrısını en iyi şekilde açıklamaktadır.

Bireylerin ve toplumların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için en ön cephede mücadele eden sağlık çalışanları olan hemşireler olumlu değişimler sağlayacak çarpıcı hikayelere sahiptir. Desteklenen ve güçlendirilmiş bir hemşirelik işgücü, sağlık çıktılarını iyileştirmek için etkili bir çözümdür. Hemşirelik, tüm dünyada kaliteli, erişilebilir ve düşük maliyetli sağlık hizmeti sağlanmasında temel bir yere sahiptir. Sayılara ve bilimsel akıl yürütme ve hastaya yakınlığımıza dayanarak şunu belirtebiliriz ki bizler *dünyayı sağlığına kavuşturuyoruz*.

2020 hemşirelik için önemli bir senedir çünkü hemşirelerin, bireylerin ve toplumların sağlığına ve refahına yaptıkları muazzam katkıları; bu hayati mesleğin rollerini ve sorumluluklarını politika belirleyicilerine, sağlık profesyonellerine ve halka net şekilde anlatmamıza ve mesleği çok uzun



zamandır tahrip eden mitlerden ve klişelerden kurtulmamıza fırsat sunmaktadır. Biz de bu fırsatı sadece hemşirelik için değil, dünyamızın sağlığına fayda sağlamak için de kullanmalıyız.

**“Tarih bize gelecek için bir program veremez, ama geleceğimizle daha iyi yüzleşebilmemiz için, kendimizi ve ortak insanlığımızı daha iyi anlamamızı sağlar.”**

Robert Penn Warren

Şair<sup>3</sup>

### **Florence Nightingale bugün hala geçerliliğini koruyor mu?**

*Profesör Anne Marie Rafferty, King's College Florence Nightingale Hemşirelik ve Ebelik Fakültesi, Hemşirelik Politikası Profesörü, Londra*

*Christophe Debout, Genel Sekreter, Avrupa Hemşirelik Eğitimcileri Federasyonu (FINE)*

Florence Nightingale karmaşık bir kişiliktir. Ayrıcalıkların içine doğan Nightingale, aynı zamanda ebeveynlerinin liberal düşüncelerinden ve insani yardım için vermiş oldukları mücadelelerden de kendisine çok şey katmıştır. Entelektüel ve ahlaki gelişimi üzerinde derin bir etkisi olan babası tarafından eğitilmiştir. Çok yönlü bilgi birikimi sayesinde, Avrupa kökenli reformcuların eserlerini anlayabilmiştir. Ailesi kadınların eğitimine destekleyen insanlardı. Böylece, Nightingale de entelektüel ve politik seçkinlerle ilişkiler kurabilmiş ve reform fikirleri için onların fikirlerine danışabilmiştir. Önde gelen düşünürler Nightingale'lerin evine gelmişler ve bu da genç Nightingale'in, Viktorya döneminin en iyi zihinleriyle tanışmasını sağlamıştır. Kısmen bu ilişkiler sayesinde Almanya'nın Kaiserswerth şehrindeki hastaneyi ziyaret edebilmiştir. Bu ziyaretler onun hemşireliğe girme kararında çok büyük bir etkiye sahip olmuştur. O dönemde onun statüsündeki bir kadın için alışılmadık bir karardır.

Teolojik ve bilimsel düşüncesinin birbirine bağımlılığı ise Nightingale'in istatistiği doğa yasalarını anlamanın anahtarı olarak görmesini sağlamıştır. Bunların hepsi, başıboşluğun insanların durumunu yönetiyor gibi görüldüğü Viktorya Britanya'sının toplumsal kargaşası, kentleşmesi ve sanayileşmesi bağlamında önemliydi. İstatistik, müdahaleyi hedeflemenin, riski azaltmanın, yoksulluk ve yoksunlukla mücadele etmenin bir aracı haline gelmiştir. Nightingale'in pratik bir şeyler yapma dürtüsü, yalnızca onun insan koşullarına dair kurduğu yüksek empati ve ahlaki bir zorunluluktan değil, aynı zamanda kadınların toplumdaki rolüyle ilgili hayal kırıklığından da kaynaklanıyordu. Cinsiyetin toplumsal hayata katılmanın önünde bir engel olarak görülmesine karşı çıkmıştır. Onun hemşirelik anlayışı, bir kurumda bir kadın liderin yetkisi altında çalışmaya ve diğer kadınlara para kazanma ve bağımsız kariyer yapma fırsatı sağlama üstüne dayalı olmuştur.

### **Florence Nightingale 200 yıl sonra da hala bize sesleniyor mu?**

Nightingale'in hemşireliği, halk sağlığı, tıp alanında ilerlemeler, hijyen, epidemiyoloji, istatistik ve askeri sağlık gibi geniş bir yelpazeyle kesişmekteydi. Bu anlamda vizyonu tamamen modern; sektörler arası, disiplinler arası ve küreseldi. Onun hastanenin ve evin fiziksel ve psikolojik çevresini algılayış şekli, sadece derin bir bilimsel hijyen anlayışını değil, aynı zamanda sağlık ve iyileşmenin yanı sıra insan ruhunun rahatlığı ve beslenmesine dair kaygılarını da ortaya koymaktadır.

Nightingale'in istatistiksel ve analitik becerileri, uluslararası ve karşılaştırmalı istatistiklerin ve bugünün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (UHS) kodlarının temelini oluşturmuştur. Hastane çıktıları üzerine yaptığı araştırmalar ise, Aiken ve ark.<sup>4</sup> tarafından istihdam üstüne yürütülen çalışmalarda kendisini göstermektedir. Nightingale, her şeyden önce, verilere dayalı görsel olarak ve

güç ve nükteli yazım tarzı ile sözlü olarak mükemmel bir iletişimciydi. Mesajını tiyatroya bir biçimde anlatmak ve izleyicilerini harekete geçirmek için verileri grafik formda sunma konusunda becerikliydi. İstatistiğin insanların fikirlerini değiştirmede ve politikacıları reform uygulamaya teşvik etmede güçlü bir araç olduğunu anlamıştı.

Açık, ikna edici tarzı ve politika belirlemeye yönelik benimsediği proaktif yaklaşımı Nightingale'i yetenekli bir politika girişimcisi haline getirmiş ve elde ettiği kanıtları profesyonel bağlantıları sayesinde politika yapıcılarına kolaylıkla ulaştırabilmiştir. Kolay ve anlaşılabilir bir formatta iletişim kurmuş ve davası için elindeki bütün imkanlarını kullanmaktan çekinmemiştir. Randomize kontrollü çalışmalar ve kanıta dayalı uygulamalar artık hemşirelik ve sağlık bakım uygulamalarında yaygın olarak geçerlidir. Hatta, Nightingale'nin hem hasta hem de sağlık hemşireliği açısından yaptığı hemşirelik tanımı bizim bugünkü yaklaşımlarımıza çok benzerdir. *“Hemşirelik nedir? Her iki hemşirelik türü de, doğanın sağlığını eski haline getirmesine veya korumasını veya hastalık veya yaralanmaları önlemesini veya iyileştirmesini mümkün kılan en iyi şartlara bizi getirmesidir”*<sup>5</sup> s.187.

Nightingale'in hijyen ile ilgili öğretisi, hastaneye bağlı enfeksiyonlara (MRSA ve C. difficile) atfedilebilir sepsis ve aşırı mortalite ile savaşıma hala örnek teşkil etmektedir. Ayrıca, antimikrobiyal direnç (AMD), 2050 yılına kadar mortalitenin en büyük nedenlerinden biri olacak gibi tahmin ediliyor, AMD'e karşı en güçlü savunma ise el yıkama ve hijyen olabilir. AMD bizi antibiyotik öncesi dönemin uygulamalarına geri dönmeye zorlamaktadır.<sup>6</sup>

Hastane skandalları geçmişte kalmış şeyler değildir. ABD, İngiltere ve diğer ülkelerdeki son zamanlardaki deneyimler, hastane skandallarının altında yatan birçok nedenin istihdam azlığına karşın kaliteli hemşirelik talebi olduğunu göstermektedir<sup>7</sup>. Nightingale'in dinden bağımsız bir meslek olarak, kadınların eğitilmesini sağlamak ve onlara bağımsız bir yaşam sürdürme fırsatı sunmak için hemşireliğe verdiği destek ise, eğitimin hem doğrudan hem de dolaylı olarak toplumun sağlığı üzerindeki etkisini artırmıştır. Kanıtlar, hemşirelik eğitime yatırım yapmanın, toplum sağlığı okuryazarlığının gelişmesinde pay sahibi olduğunu göstermektedir.<sup>8</sup>

Nightingale, sağlık güvenliğimize yönelik olarak küresel sağlık alanındaki eşitsizliğin bugünkü boyutunu; hemşirelik bakımındaki eksiklikleri; hemşire sayısındaki yetersizliği, AMD tehdidini; tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkların yeniden ortaya çıkmasını ve HIV, Ebola, kolera gibi yeni tehditlerin oluşmasını görse şok olurdu.

Haklı öfkesini, hemşirelik alanındaki eksiklikleri gidermek ve bu konunun uluslararası bir acil durum olarak ilan edilmesi için siyasi gündem oluşturmaya yöneltirdi. 2020 Dünya Sağlık Asamblesi'nde küresel hemşirelik zirvesine destek verirdi, tüm bağlantılarını ve siyasi kaynaklarını, hükümetleri ve sivil toplum örgütlerini bağlayıcı bir antlaşma yapmaları için harekete geçirirdi, yetersiz hizmet alan popülasyonlar için Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin (SKH'ler) gerçekleştirilmesi ve Evrensel Sağlık Güvencesinde ilerlemenin hızlandırılması amacıyla yeterli sayıda hemşire istihdamı üstüne hükümetleri mecbur bırakan, yasal bir çerçeve oluşturmak için lobi faaliyetleri gerçekleştirirdi.

Gelmiş geçmiş en büyük hemşirelik ve ebelik yatırımı için yeni bir küresel Nightingale Fonu oluşturmak amacıyla Davos'ta Dünya Ekonomik Forumu toplantısında maliye bakanlarıyla bir takip zirvesi gerçekleştirdi.

Tüm hemşireleri hijyen ve antibiyotik yönetimi liderliği konusunda göreve çağırırdı. 21. yüzyılda hastaları ve ailelerini sağlık konusunda güçlendirmek amacıyla, özellikle kronik hastalığı ve ruhsal bozukluklar olanları hedefleyecek şekilde, *Hemşirelik Üstüne Notları* çevrimiçi bir platform olarak yeniden yayınlardı.

Bakım ve hasta güvenliği sistemlerine çözümler bulmak amacıyla yeni tür dijital hemşire tasarımcıları yetiştirirdi ve blok zinciri gibi yeniliklerle yakından ilgilenirdi.



Küreselleşmenin, değerlerimizle ve birbirimizle bağ kurmamız ve değişimi mümkün kılmak için cesur bir manifesto ortaya koymamız açısından bir fırsat olduğunu hatırlatırdı. Bu süreç ise ‘eski’den ‘yeniye’<sup>9</sup> ve yeni işbirliği yollarına bir güç kaymasını gerektirirdi. Hemşirelik derneklerinin ise daha önce hiç görülmemiş bir ölçekte harekete geçmeleri için, yeni duruma uyum sağlamaları ve halkla, hastalarla ve onların aileleriyle işbirliği yapmaları gerekirdi.

Son olarak, yöntemleri ve siyaseti etkileme becerilerini organize etmek amacıyla beraber eğitim almış her genç ve yaşlı liderlerle birlikte kuşaklar arası bir yaklaşımı teşvik ederdi. Bu genç ve yaşlı liderler, yeni nesil Nightingale’ler olarak, değişime öncülük eder ve toplumsal sağlık ve refah için küresel bir hemşirelik hareketi yaratırdı.



Evçilleştirilmiş baykuşu Athena ile Nightingale: Paredenope Lady Verney tarafından 1850 dolaylarında çizilmiştir.

## HEMŞİRELİK NEDİR?

### Hemşirelik Mesleğinin Temelini Oluşturma

Florence Nightingale, 1899 yılında Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin kurucularına ilham kaynağı olmuştur. ICN'nin kurulmasında yer alan Ethel Gordon Fenwick, Lavinia Dock, Agnes Karll ve diğerleri profesyonel öz düzenleme için gerekli adımların savunmasını yaparken kadınların özgürleşmesi de dahil Nightingale'in zamanındaki önemli sosyal olaylara da odaklanmışlardır.

Bu öncü hemşirelerin amacı ise profesyonel birlik inşa etmek, yeni bir global hemşirelik vizyonu geliştirmek ve hemşire eğitimini yaratmaktı. Ethel Gordon Fenwick konuyla ilgili 1899'da şunları söylemiştir:

*“Hemşirelik mesleği, her şeyden önce organizasyon gerektirir. Hemşireler, her şeyden önce, birleşmelidir. Hemşirelik mesleğinin değeri, bugün tüm uygar ülkelerin hükümetleri tarafından kabul edilmektedir, ancak mesleği hastalar için en yararlı hale getirmek bireysel ve toplu olarak hemşirelerin sorumluluğundadır. Bunu başarmanın yoluysa eğitimidir. Eğitim öyle bir şekilde olmalıdır ki, eğitimi alan hemşireye, görevlerini yerine getirirken kendisine emanet edilen kişilerin azami yararını gözetme konusunda tamamen güvenilmelidir. Bunun için iki şey gerekir: Kabul edilmiş hemşirelik eğitimi sistemleri ve hemşirelik mesleği üzerinde kontrol. Geçmişteki deneyimler göstermektedir ki gereksinimleri için bir araya gelmeyen bir meslek grubu bu sonuçları asla elde edemez ve bu güç ancak bir araya gelinerek elde edilebilir.”<sup>10</sup> s.7*

Gordon Fenwick, küresel anlamda hemşireliği düzenlemek ve hemşire olmanın ne anlama geldiğine dair evrensel standartlar belirlemek için ICN'de uluslararası işbirliğinin önemini fark etmiştir.

Nightingale'in ve diğerk birçok hemşirenin çığır açan çalışmaları modern hemşireliğin temelini oluşturmuştur.

ICN bu temeller üzerinde gelişmeye devam etmiştir. Hemşirelik 120 yıl önce olduğu gibi bugün de güncel ve elzemdir. Ulusal Hemşireler Dernekleri (UHD) arasındaki uluslararası işbirliği ise günümüzde, 120 yıl öncesi kadar (ve hatta daha) önemlidir. Şüphesiz ki, Florence Nightingale ve ICN kurucuları da hemşirelik mesleğinin ilerlemesi ve tüm insanların sağlığının savunulması için ICN'nin çalışmalarını destekledi ve küresel ölçekte işbirliği için UHD'lerini ICN üyesi olmaya teşvik ederdi. Bu onların ümidi, vizyonları ve geleceğe bıraktıkları mirastı.



Ethel Gordon Bedford Fenwick, İngiltere, Uluslararası Hemşireler Konseyi Başkanı, 1900-1904

## Vaka Çalışması

### **Sınır Tanımayan Doktorlar (STD) -incinebilir gruplara bakım sağlamanın önündeki engelleri kaldırmak**

Nada Kazoun, Sınır Tanımayan Doktorlar

Bar Elias, Lübnan/Suriye sınırına yaklaşık 10 km uzaklıkta, Sınır Tanımayan Doktorlar (STD) tarafından hastane kurulan bir kasabadır. Hastane, ırk, din, cinsiyet veya siyasi ayrımı yapmaksızın tüm hastalara hizmet eder. Bu hizmet anlayışı ise STD'de köklü bir değerdir. Tıbbi ekip cerrahi hizmetler sağlar ve yanıklar da dahil olmak üzere yetersiz iyileşme gösteren yaralarla ilgilenir.

Suriye krizinden önce, yara bakımı hizmetleri bölgede mevcut değildi ve ikincil sağlık merkezleri ve özel kliniklerle sınırlıydı. Bu hizmetler çoğu hasta için ne erişilebilirdi ne de ücretleri uygundu, bu nedenle de hastalar tedavi, ilaç ve ulaşım için ceplerinden ödeme yapmak zorunda kalıyordu.

Suriyeli mültecilerin Lübnan'a akını ve komplike yaralara ve yanıklara sahip hastaların sayısındaki artışla, bakım hizmetindeki bu eksiklik daha da görünür olmuştur. Nitelikli sağlık uzmanlarının yanı sıra yara bakımı için rehberlere ihtiyaç olduğu aşikardı. Bu nedenle, STD erişilebilirlik, yüksek maliyet ve bakım kalitesi ile ilgili engellerin kaldırılmasını ve hizmetlerin herkese sunulmasını sağlamayı amaçlayan yeni bir hemşire-liderliğinde bir yara bakım protokolü tasarlamış ve kullanıma sunmuştur.

Sonuç olarak, STD Bar Elias hastanesi, kanıta dayalı araştırmalara dayanan ve nitelikli sağlık uzmanları tarafından verilen yara bakım hizmeti (yanıklar da dahil) sunmaya başlamıştır.

Ocak-Ağustos 2019 arasında 99 hasta yara bakımı için başvurmuştur ve yaklaşık 1.400 yara bakımı prosedürü gerçekleştirilmiştir. Aynı dönemde hastaların 89'u programdan çıkmış, 59'u iyileşmiş, beş tanesi sevk edilmiş, yedi tanesi başka yerlere transfer edilmiş ve 18'i takip edilememiştir.

Örneğin, 15 yaşındaki Abdul epilepsiden ve her iki bacağında yedi senelik tedavi edilmemiş büyük yanık yaralarından şikayetçiydi. Ailenin çadırında yer olmaması nedeniyle Abdul yerde sürünmek zorunda kalıyor, ki bu da durumunu daha da kötüleştiriyordu.

Üç hemşire, bir sosyal çalışmacı, bir sağlık destekçisi ve bir ruh sağlığı uzmanından oluşan multidisipliner bir ekip, STD yara bakım protokolünü eğitim oturumları ve danışmanlık ile birlikte kullanmıştır. İki aylık tedaviden sonra Abdul'in yaraları tamamen iyileşmiş ve kapanmıştır.

Bu tür müdahaleler hastalara hayatta ikinci bir şans verir. Hastalarla yaptığımız çalışmaların sonuçları, biz hemşireleri çok motive ediyor. Mümkün olan en iyi sonucu elde etmek için artık savunucu olabileceğimizi ve hastalarımız ve aileleriyle birlikte çalışabileceğimizi düşünüyoruz.

Ayrıca, hastaları sadece bir hastalık olarak değil, bir bütün olarak ele alarak gerçekleştirdiğimiz bakım çabalarımızın sonuçlarını da görme şansımız oluyor. Hemşireler ise bilgi, uzmanlık, muhakeme yetenekleri ve hastalar ve onların aileleriyle ilişkileri ile programın merkezinde bulunmaktadır. Bunlar hastanemizdeki yara bakım programının başarısının kilometre taşlarıdır.



Lübnan'daki Bar Elias Hastanesinde yara bakımı hizmeti veren bir hemşire

## **Bütüncül ve İnsan-Odaklı/Birey-Merkezli Bakım**

*Kyung Rim Shin, Kore Hemşireler Derneği Başkanı*

Florence Nightingale'in 200. Yıldönümü vesilesiyle, 2020 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Uluslararası Hemşire ve Ebe Yılı olarak belirlenmiştir. 2020 yılında hemşireler ve ebeler, küresel sağlık politikalarının merkezinde olacak ve konularını iyileştirmek için eşi görülmemiş bir fırsata sahip olacaklar. Özel bir öneme sahip olan bu yılı daha yüksek bir seviyeye ulaşma amacıyla bir basamak olarak kullanabilmemiz için, tarihte önemli bir rol oynayan hemşirelere tekrar odaklanmamız ve hemşirelik değerlerinin yıllar boyunca nasıl geliştiği üzerinde durmamız gerekmektedir. Daha sonra ise bu süreci bize rehberlik etmesi için bir pusula olarak kullanabileceğiz.

Florence Nightingale, modern hemşireliğin kurucusu, bir istatistikçi ve halk sağlığı kavramlarını tanımlayan bir kamu yöneticisiydi. Savaş sırasında saha hastanelerinde vermiş olduğu hizmet sırasında geniş kapsamlı istatistiksel veri toplayan ve halk sağlığı sistemlerinde ve hasta bakımındaki potansiyel reform hareketlerini destekleyen bir aktivistti. Nightingale'in çabaları neticesinde hemşirelik toplum gözünde insan onuruna ve bilimsel bilgiye dayalı bir mesleğe dönüşmüştür. Nightingale böylece birey-merkezli bakımın temelini atmıştır.

Birey-merkezli bakım, hastaların ihtiyaçlarına odaklanan halk sağlığı ve hemşirelik hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasıdır. Birey-merkezli bakımda, hastalar pasif bakım alıcıları olarak değil, sağlık çalışanları ile etkileşime giren aktif katılımcılar olarak görülmektedir. Hemşirelik, hastanın ve nasıl yaşadığının anlaşılması ile başlar. Birey-merkezli bakımda temel değerler insanlık onuru,

merhamet ve saygıdır. Hasta ve ailesinin onuru gözetilir, hemşirelik bakımı merhametle sağlanır ve hasta görüşlerine ve yaşam tercihlerine saygı duyulur.<sup>11</sup>

Aynı durumdan etkilenen iki hasta farklı geçmişlere ve farklı yaşam öykülerine sahiptir. Onların bakıma verdikleri yanıt, ihtiyaçları, tutumları ve semptomları farklılık gösterir ve bu nedenle de bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı gereklidir. Ne yazık ki, sosyal sistemdeki yapısal yetersizlikler ve hastalık merkezli hasta bakımının yaygınlığı sebebiyle hastaların onuru bazen zedelenir.

1916'da Kore'deki bir durum örnek olarak verilebilir. Cüzzam hastalığından (CH) etkilenen yaklaşık 6.254 kişi Sorok-do adlı uzak bir adaya hapsedildiler. Hastalar orada zorla çalıştırıldılar, kısırlaştırıldılar ve başka birçok insan hakları ihlaliyle karşı karşıya kaldılar. Hastaların birçoğu, kötü muameleye dayanamadı ve intihar etti. 1960'larda Avusturyalı iki hemşire, Marianne ve Margaritha, hastalara bakım vermek için Sorok-do'ya gitti. O zamanlar hastalıkla ilgili önyargılar zirve yapmıştı ve sağlık personeli bile çift eldiven olmadan hastaların vücuduna dokunmaktan imtina ediyordu. Bu iki hemşire, Kore'ye gitmeden önce Hindistan'da cüzzam eğitimi almıştı ve hastalığın temas yoluyla bulaşma olasılığının son derece düşük olduğunu biliyorlardı. Hastalara çıplak elleriyle dokundular, yaralarına temas ettiler, onların çocuklarına günlük bakım sağladılar ve herhangi bir ödeme beklemeden onların hem arkadaşı hem de bakıcısı oldular.

Adanmış gönüllükle ve sevgiyle, cüzzam hastalarına rehabilitasyon, eğitim ve mesleki eğitimin yanı sıra tıbbi malzeme ve destek sağlamışlardır. Hastalar onur ve saygıyla tedavi edilmiştir. Sonuç olarak da hayata tutunmak için neden ve umut bulmuşlardır.

Birey-merkezli bakımda hasta haysiyetine tamamen saygı duyulur ve güven, anlayış ve sevgiye dayalı etkileşimlerle gerçekleştirilir. Bireyselleştirilmiş bakımda hastanın bakış açısı, değerleri, inançları ve kültürel geçmişi göz önünde bulundurulur. Bireyselleştirilmiş bakımda, uygun zamanda, hastalara verilen uygun bilgilerle uygun bakım sunulur. Böylece hastalar, alacakları tedavi ve bakım konusunda karar verebilirler. Bu da hastalık yönetimini, yaşam kalitesini ve hasta çıktılarını olumlu etkiler. Hemşirelik hizmetlerinin kalitesi arttıkça, hemşirelerin özgüvenleri ve iş doyumları da artar.

Yaşamın birçok alanına nüfuz eden yapay zekâ alanındaki gelişmelere rağmen, empati kurma becerileri önemini koruyacaktır. Hemşirelik tıptan farklıdır, çünkü ilki, makineler tarafından yerine konulamayacak anlayış ve bütüncül bakım odaklı hemşirelik değerlerine dayanır.

Geleceğin hemşireleri bu nedenle insan ihtiyaçlarını derinlemesine anlamalı ve problem çözmede bütüncül yaklaşımlara dayalı sürekli eğitim almalıdır.

## **Vaka Çalışması**

### **Japonya – Afetler sırasında ve sonrasında bireysel ve toplumsal sağlık ihtiyaçlarına cevap vermek**

#### **Japon Hemşireler Derneği**

Japonya, coğrafi koşulları ve iklimi nedeniyle sık sık tayfunlar, sağanak yağışlar ve depremler gibi doğal afetlerden etkilenmektedir. Örneğin 2018'de 29 tayfun ve 90'dan fazla deprem gerçekleşmiştir.

1995'teki Büyük Hanshin-Awaji Depreminin ardından, Japon Hemşireler Derneği, yerel Hemşirelik Dernekleri ile işbirliği içinde bir afet yardım ağı kurmuştur. Ağ sistemi büyük ölçekli doğal afetlerin ardından afet bölgelerine hemşireleri gönderir ve yerel birliklerin yerel ihtiyaçlara esnek bir şekilde destek vermesini sağlar. 1995'ten bu yana sayısız felakette, yaklaşık 9.000 afet yardım hemşiresi görevlendirilmiştir.

Japonya'nın şu anda eğitimli ve yerel Hemşirelik Dernekleri'ne kayıtlı 9.822 afet yardım hemşiresi bulunmaktadır. Bu hemşireler bir afette, hemşirelik meslek birliklerinin üyeleri olarak gönüllü şekilde yardım faaliyetlerine katılırlar.

Afet yardım hemşireleri, bir afetten sonraki üç gün ile bir ay arasında, afetten etkilenen sağlık kurumlarında, sosyal yardım tesislerinde ve tahliye merkezlerinde çalışır. Başka bir deyişle, kurtarma operasyonlarının gerekli olduğu akut evreden ziyade, subakut afet sonrası ve kronik evrelerde çalışırlar ve hemşirelik bakımına yardımcı olurlar.

Sağlık kurumlarına gönderilen afet yardım hemşireleri, afetten etkilenen diğer tesislerden hasta transferlerine yardım eder, acil servislerdeki sağlık ihtiyaçlarına cevap verir ve yerel hemşirelerin dinlenmesi için onların bakım görevlerini belirli sürelerle üstlenir.

Tahliye merkezlerinde, fiziksel egzersiz ve ilaçlar hakkında tavsiyelerde bulunurlar, kişisel bakım, ev danışma hizmeti sağlarlar (yaşlılar dahil), yaraları tedavi ederler ve enfeksiyon kontrol önlemlerini uygulurlar.

Norovirüsün neden olduğu enfeksiyöz gastroenteriti olan hastaları barındıran bir tahliye merkezinde, afet yardım hemşireleri, hastaların ellerini durgun suyla yıkadıklarını fark ettiler ve bu nedenle enfeksiyonun yayılmasını önlemek için harekete geçtiler. O bölgedeki yerel halk temizliklerini durgun suyu kullanarak gerçekleştiriyordu çünkü hijyenik ve sağlıklı olduğuna inanıyordu.

Hemşireler, her hastaya, arılmamış su kaynağı olan bir ortamda el hijyeninin nasıl sağlanacağını detaylı şekilde açıkladı. Böylece, enfekte kişilerin sayısında azalma sağlandı.

Bir afet yardım hemşiresi bir hastanın göğsünü tuttuğunu fark etti. Adam anjina öyküsüne sahipti ama ilaçlarını tahliye merkezine getirmemiş ve tıbbi ekiple de konuyla ilgili iletişime geçmemişti. Afet yardım hemşiresi ambulans çağırdı ve adam hastaneye kaldırıldı.

Bu vakalar hemşirelik uygulamalarında insanların değerlerine ve inançlarına duyulan saygıya örnektir. Afet yardım hemşireleri hastalara destek sağlayarak, hayatlarını güvence altına alarak ve onlarla birlikte yaşayarak hemşireliğin temel öğelerini uygulurlar.



### **Hemşirelikte ahlaki pusulanın ana noktası olarak merhamet**

*Profesör Jill White, Profesör Sydney Üniversitesi Hemşirelik ve Ebelik Fakültesi ve Sağlık Fakültesi Teknoloji Üniversitesi*

*Dr Amelia Afuha'amango Tuipulotu, Sağlık Bakanı, Tonga*

Tarihimize bakarsak, mesleğimizin ortaya çıktığı sosyal sözleşmeye dair fikir edinebiliriz. İlk hemşirelik, acı çekenlere duyulan endişe ve onların acılarını azaltmak için harekete geçme arzusuyla ortaya çıkmıştır. O duyguya ise merhamet denilmektedir. Hemşireliğe dair en eski kanıtlar 7. yüzyıla aittir. O dönemde İslam dünyasındaki hemşireler bu geleneği Güney Avrupa'ya getirmiştir. Burada da Katolik kiliseleri tarafından, başkalarına merhamet yoluyla hizmet etme felsefesi çok yaygın olduğu için hemşirelik, rahibelere uygun bir meslek olarak benimsenmiştir. Hemşireliğin dini mirası 1600'lerde Avrupa'ya ve Kanada'ya yayılmaya devam etmiştir. Protestanların Katolik kilisesinden kopması ve ardından manastırların kapatılmasıyla, rahibelerin/hemşirelerin eğitimi sekteye uğradı. 1600'lerden 1800'lere kadar, hastalara yardım etmek isteyen insanların eğitilebileceği çok az sayıda organize eğitim sistemi kaldı.

Florence Nightingale'in mirasını burada tekrar anlatmamıza gerek yok. Sadece hemşirelerin doğru mizaç, doğru karakter ve eğitime sahip olması gerektiğine dair sloganına olan bağlılığını vurgulamak yeterlidir. Nightingale'nin mirası sayesinde merhamet, disiplin ve onun kişisel değerlerini (ne

düşündüğünü açıkça söylemek, politik etki için veri toplamak ve eğitim vermek) bir araya getiririz. Bu üç faktörün etkileşimi, mesleğimizin modern tarihini oluşturmaktadır.

Her toplum, doğru ve yanlış kavramlarına dair geliştirdiği bir algıya sahiptir. Her birey, “ahlaki pusula” olarak adlandırılan bir vicdan geliştirir. Pusulanın “kuzeyi” ise kişinin doğru rotada olduğunu veya rotadan saptığını gösterir. Bir mesleğin üyesi olarak, ahlaki pusula, sosyal bir sözleşmeye dayalı şekilde profesyonel olarak çalışan kişiden beklenenlerle ilgilidir. Bu sosyal sözleşme hemşirelikte genellikle etik kurallar ve standartlar şeklindedir.

İlk resmi etik kuralları, hemşirelerin tartışılmaz sorumluluklarını tanımlamak için 1950'de Amerikan Hemşireler Birliği tarafından geliştirilmiştir. Daha sonra, 1953'te ICN, ilk küresel etik kurallarına dair bir taslak hazırlamıştır. ICN, halen sosyal adalet sorumluluklarına daha çok vurgu yapmak amacıyla 2012'deki etik kurallarını gözden geçirmektedir. Bununla birlikte metin hala “sosyal değerler ve ihtiyaçlara dayalı bir eylem rehberi” olarak geçerliliğini sürdürmektedir.<sup>12</sup> Bazı etik davranış unsurları tüm ülkelerce kabul edilmekle birlikte, kültüre-özgü farklılıklar vardır, çünkü kod bir toplumun ve onun değerlerinin yansımasıdır. ICN 2012 versiyonu, mahremiyeti, insan haklarına saygıyı ve değerlere, adetlere ve inançlara karşı duyarlılığa vurgu yapmaktadır.

Çevre güvenliği, yetkinlik ve eğitimin sürdürülmesi, işbirliği ve eşitlik ve sosyal adalet savunuculuğuna, saygı, duyarlılık, merhamet, güvenilirlik ve dürüstlük gibi profesyonel değerlere değinmektedir.<sup>12</sup>

Bu özelliklerden insan yaşamına saygıyı, kültürel duyarlılığı, güvenilirliği ve bütünlüğü, sıradan bir vatandaşın iç ahlaki pusulası olarak görebiliriz. Profesyonel ahlaki pusula ise profesyonel hemşireliğin mihenk taşları olan merhametli bakım, duyarlılık, işbirliği, mahremiyet, güvenlik, yetkinlik, savunuculuk ve eğitimi kapsamaktadır.

Hemşirelikte beklenti, profesyonel ahlaki pusula gelişiminin bir parçası olarak hem ahlaki (mesleki olmayan) hem de etik (mesleki) duyarlılığa bağlıdır. Profesyonel ahlaki pusula, bizi hemşireliğin çağdaş mihenk taşına götürür, o da merhametli bakımdır. Bakım durumunda belirsizlik olduğunda, zekâ ve merhamet ile karar verme kapasitesidir. Merhametli bakım, sonuçları öngörme yeteneği ve harekete geçme cesareti ile birlikte etik davranış kurallarına, klinik deneyime, akademik bilgiye ve kendini tanımaya dayalı akıl yürütmeyi de içerir.<sup>13</sup>

Merhamet de maliyetlidir çünkü duygusal ve pratik kaynakları ve merhametli bakımın bileşenlerini kolaylaştıran ve değer veren bir kültür gerektirir. Merhametli bakımın bileşenleri ise şunlardır: Sürekli eğitim, düşüncelerini açıkça ifade etmek, hesaplanmış riskler almak, cezalandırıcı olmayan ve etik uygulama normlarını destekleyen bir kültür, rol modelleri ve harekete geçme cesaretidir. Liaschenko<sup>14</sup> bu cesarete “ahlaki muhakeme” adını verir ve hemşireleri ahlaki bir topluluk oluşturmak için işbirliği yapmaya, güçlü, etik ve zeki iş hikayeleri sunmaya davet eder.

Ahlaki toplulukların oluşturulması ahlaki muhakemenin gelişimini, yani, “*Endişelerimi ciddiye almanız konusunda sizi ahlaki olarak sorumlu tutuyorum çünkü bu hastanın bakımındaki rolüm sizinki kadar önemlidir*” deme becerisini destekler.<sup>14</sup> Bu güç, ahlaki pusulamızdaki “gerçek kuzeyi” takip etmemizi ve yedinci yüzyıl ve daha öncesinden beri sosyal görevimiz olan merhametli bakım sunmamızı sağlar.

Biz hemşireler olarak üzerimize düşeni yapmalıyız, yani, profesyonel ahlaki pusulamızı sürekli geliştirmeliyiz. Politika yapıcılar ve hükümetler ise halkın merhametli bakım talebini dikkate almalıdır. Hep beraber, merhametli bakımı teşvik eden bir ortam ve kültür geliştirmeliyiz.

## **Vaka Çalışması**

### **ABD - Gazilere merhametli bakım sunmak**

Cathy M. St Pierre, ABD

Gaziler Sağlık İdaresi (GSİ), 322.000'den fazla tam zamanlı sağlık uzmanı ve destek personeli ile ABD'nin en büyük entegre sağlık sistemidir. Gazilere ve ailelerine çeşitli tıp merkezleri ve polikliniklerde hizmet vermekte, kadın sağlığı, ruh sağlığı ve rehabilitasyon bakım hizmetleri de dahil



olmak üzere yılda dokuz milyondan fazla gaziye yatakta veya ayakta tedavi ve özel sağlık hizmetleri sunmaktadır. Ayrıca, birkaç GSİ, karmaşık fiziksel ve ruhsal sağlık ihtiyaçları olan yaşlı gazilere de uzun süreli bakım sunmaktadır.

Cathy St Pierre, gazilere doğrudan sağlık hizmeti veren GSİ'deki 500 pratisyen hemşirelerden biridir. Kronik ağrı yönetimi, çevre sağlığı riskleri, evsizlik ve araştırma olmak üzere şu anda dört hastane bölümünde çalışmaktadır.

ABD'de evsizlerin yaklaşık %11'i gazidir. 2018'de ise evsizlerin yaklaşık 37.000'i gazidir. Uygun fiyata konut eksikliği, işsizlik ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve madde kullanımı gibi sorunlar evsizliğe sebep olmaktadır. On evsiz gaziden altısı, 51 yaşın üzerindedir ve karmaşık tıbbi ve psikiyatrik gereksinimleri olan yaşlı evsiz gazilerin (62 yaş üstü) oranının artması beklenmektedir.

Gaziler arasındaki evsizliği azaltmak için GSİ, ABD Konut ve Kentsel Kalkınma Bakanlığı (KKK) ile güçlerini birleştirmiştir ve son on yılda 85.000'den fazla gaziye barınma sunan Gazi İşleri Destekleme Konutu (GİDK) kurmuştur.

Massachusetts Bedford'daki Gazi İdare Hastanesinde, Dr. St Pierre, GİDK programına kayıtlı gazilere doğrudan sağlık ve danışmanlık hizmeti vermektedir ve bakım sağlanan gazilerin tıbbi ve ruhsal mental sağlık ihtiyaçlarını anlamalarına yardımcı olmak için, programın sosyal hizmet çalışanları ile işbirliği yapmaktadır. Ayrıca doğrudan sağlık değerlendirmeleri ve gazilerin akut ve kronik hastalıklarının yönetim faaliyetleriyle de ilgilenmekte, hastanenin 69 yataklı kompleksine destek vermektedir.

KKK-GİDK programındaki gazilerin çoğunda onları intihara eğilimli hale getiren TSSB ve madde kullanım sorunları gibi önemli ruh sağlığı bozuklukları vardır. KKK-GİDK program ekibi, risk altındaki gazileri devamlı izlemektedir ve intihar önleyici acil bakıma erişmelerine yardımcı olacak bir güvenlik ağı sağlamaktadır. Bu tür yerinde-bakım, zamanında tıbbi bakım almamış bir popülasyonda daha ciddi tıbbi ve ruh sağlığı sorunlarını önleyebilir.

Cathy St Pierre (solda), bir meslektaşısı (sağda) ve bir ABD ordusu gazisi (ortada)



### **Hemşireliğe olan güveni artırmak: Profesyonellik, imkânlar ve tehditler**

*Dr Marla Salmon, Hemşirelik ve Küresel Sağlık Profesörü & Kamu Politikası ve Yönetimi Profesör, Washington Üniversitesi, ABD*

***“Lütfen beni tanıyın, bana destek olun ve gerçek bakım sağlayın.”***

Yerel hastanemdeki kariyerimin başlangıcındaydım. O kadın ise uzun süredir orada bulunan bir hastaydı. Doğuştan gelen zerafeti ve hastane elbisesi üzerine giydiği süslü ceketi, kontrolünü ve onurunu kaybetmeye karşı son silahları gibi görünüyordu. Kendi kişisel bakımını yapmakta ısrar ettiğini öğrendim. Belden üstünü yıkamasına yardım etmemi dert etmese de, belden aşağısını ve diz



üstlerini tek başına temizlemek konusunda kararlıydı. Zamanla biraz ödün vermeyi kabul etmişti ama ben yine de mümkün olan her aşamada gözlerimi kaçırmışım.

Bir akşam bana meraklı gözleriyle önemli bir karar üstüne düşünüyormuş gibi baktı. Sonunda sessiz bir ses tonuyla konuştu. “*Tatlım, bir şey görmek ister misin?*” diye sordu ve yavaş yavaş çarşafı kenara çekti ve bakışlarımı çok uzun süredir benden gizlediği vücudunun o kısmına yönlendirdi. İşte orada, iç uyluğunun yukarısında, küçük bir kalp dövmesi vardı. Hiçbir şey söylemedi, ama yatak ceketini üstüne geçirmiş o “mütevazi” hanımdan daha fazlası olduğunu anladığımı bildiği için bana gülümsedi. O da farklı bir hayat yaşamış ve bir zamanlar sevmiş ve sevilmiş bir insandı. O hareketiyle bana şunu demiş oldu: “*Lütfen benim kim olduğumu bil ve bu son günlerimde... gerçekten benim yanımda ol.*”

Birkaç gün sonra öldü. Onu son kez yıkadım ve bunu yaparken benden gözetmemi istediği mütevazi önlemlere dikkat ettim. Daha sonra dikkatlice temiz bir elbise giydirdim ve son uykusu için onu yalnız bıraktım. Bu son bakım sürecinde benimle birlikte olduğunu hissettim. Onun ölümü beni çok üzdü ama aynı zamanda gerçek bakım sağlamama izin verecek kadar onun güvenini kazandığım için bunu bir ayrıcalık ve hediye olarak kabul ettim.

Onlarca yıl sonra, o kadının adını unuttum ama o hala kalbimde ve hayatım ve kariyerim üzerinde hala derin bir etkisi var.

Onun bana verdiği hediye ise güvenin, bakımın ve ödülünün merkezinde olduğu bilgisidir. Hastalarımızın kim olduğunu bilmek ve onların gerçekten yanında olmak hemşireliğin özüdür.

Hemşireliğin küresel olarak profesyonelleşmesi, bireylerin sağlığını etkilemiş ve üyelerinin statüsünde ve itibarında önemli değişikliklere yol açmıştır. Hemşireliğin son derece profesyonel olduğu birçok ülkede, en çok güvenilen mesleklerden biri olarak görülür. Hemşirelerin güven sıralaması, mesleklerinin ayırt edici özellikleri ve halkın beklentileri ile çok yakından bağlantılıdır. Tüm meslekler bir tür mükafat sistemine sahiptir, bununla birlikte mesleklere toplumla yaptıkları sözleşmeye göre özel statü de verilir. O sözleşme ise belirli davranış ve uzmanlık standartlarına uyulmasını şart koşar. Özerklik ve özdenetim, bu sözleşmenin önemli koşullarıdır ve meslek mensuplarının sağlıklı kararlar verebilecek iyi, özverili, özgecil ve etik uzmanlar olacak şekilde eğitildiğine ve sosyalleştirildiğine dair güveni ve beklentiye yansır. Buna karşılık, toplum da onlara, toplumda özel statü, özerklik, özdenetim, kurumlarla ve hükümetle özel ilişkiler kurma şansı gibi ayrıcalıklar verir.

Hemşireliğin fayda sağladığı iki tür güven vardır: Bireysel olarak *hemşirelere güven* ve kolektif olarak *hemşirelik mesleğine karşı duyulan güvendir*. Bireysel güven, hemşirenin hastasıyla ve onun ailesiyle olumlu ilişkiler kurması ve diğer hemşirelerin yapmasına izin vermedikleri şeyleri onun yapmasına müsaade etmeleridir. Hemşire için güvenin sürdürülmesi, hastasının ve ailesinin durumuyla empati kurma kapasitesine bağlıdır, çünkü bu empati kapasitesi, hastaya ve ailesine, hemşire tarafından çıkarlarının ve sağlıklarının en ön planda tutulduğunu gösterir.

Mesleğe duyulan güven, hemşirenin davranışının belirlenmiş beklentilerle ve standartlarla uyumlu olmasını sağlayan sosyal sözleşmeye dayanır. Bu sosyal sözleşme her ne kadar yasalar, düzenlemeler, eğitim ve kurumsal beklentiler tarafından belirlense de, temel olarak hastaların ve ailelerinin deneyimlerine dayanır. Başka bir deyişle, hemşirelerin eylemleri halkın mesleğe olan bakış açısını önemli ölçüde etkiler. Suiistimal ise mesleğin tüm üyeleri ile olan sosyal sözleşmeyi ve güveni aşındırır.

Tüm suiistimal biçimleri arasında, kendi çıkarlarını gözetme - hastalar ve ailelerinden önce kendi çıkarlarına hizmet etmek halk tarafından en az tasvip edilendir. Halkın, hemşirelerin hak savunucuları olduklarına ve hastalarının çıkarlarını ilk sıraya koyduklarına dair duyduğu güvenin yitirilmesi, hem meslek ve halk arasındaki sosyal sözleşmeyi hem de hemşirenin hastalarıyla olan ilişkilerini zedeler.

En çok güven kazandıran muamele türü, mesleğe görünür herhangi bir faydası olmadan toplumun faydalandığı muameledir. Topluma önemli faydaları olan muamele türü, hemşireliğin çıkarlarını da geliştirirken toplumsal alanda tartışmalara neden olabilir (hekimlerin veya diğer sağlık çalışanlarının alanlarını ihlal edecek şekilde, hemşirelerin sorumluluklarının artırılmasının desteklenmesi gibi durumlarda bu tartışmalarla karşılaşılabilir, özellikle maddi fayda söz konusuysa). Topluma görünür herhangi bir faydası olmadan mesleğe önemli faydaları olan muamele türü ise güveni artırma yolunda muhtemelen en az kabul edilebilir düzenlemedir. Bu nedenle, bu tür muamelelerin belirleyicileri çok önemlidir.

Hemşireler, hastalarından yargılarına güvenmelerini ve onların çıkarları için hareket edeceklerine inanmalarını istedikleri için her gün bu güvenden yararlanırlar. Burada beklenti ise hemşirelerin mesleki etik ve yasalara göre hareket ettiğinde, hastaların onlara güveneceğidir. Bununla birlikte mesleğin güvenini daha geniş bir ölçekte kullanmak tüm üyeler üstünde büyük bir etkiye sahip daha karmaşık bir sorundur. Sözleşme maddelerinin yerine getirilmemesinin, meslek olarak hemşireliğin statüsü üzerinde ve meslek üyelerinin refahı üzerinde önemli etkileri olabilir.

Güven, halkla olan ilişkinin, hemşireliğin kendini nasıl yönettiğinin ve diğerleri tarafından nasıl algılandığının bir yansımasıdır. Halkla olumlu bir ilişki kurmak hem beklentileri karşılamak hem de onları şekillendirmeye yardımcı olmak demektir. Bu ise, hemşirelere işleriyle ilgili saygı duyup destek verirken, hemşirelerin ve toplumun herkese fayda sağlamak için birlikte çalıştığı ortak bir zemin oluşturmakla ilgilidir. Hemşirelik ve halk arasındaki bu ilişki, hemşireler ve hizmet ettikleri kişiler arasındaki hem toplu hem de bireysel etkileşimler yoluyla beslenmelidir. Bu ayrıca hemşireliğin akıllıca ve ihtiyatlı davrandığı ve eğitim ve düzenlenme açısından hemşirelerin halkın çıkarlarını ilk sıraya koyduğu manasına gelir.

Bu hesap verebilirlik, hemşireliğin güvenilir olduğu konusunda halka büyük bir güvence verir.

Mesleki menfaatin güvene tercih edilmesinin bir defalık yararı olabilir ama uzun vadede de olumsuz sonuçları vardır. Uzun vadeli ortak fayda açısından, hemşirelerin toplum bekasını savunan merhametli ve uzman profesyoneller olarak itibar gördükleri güçlü ilişki, bir kerelik mesleki menfaat sağlamaya göre çok daha değerlidir.

Özetlemek gerekirse, güven, hemşireliğin meslek olarak statüsünün ve hemşireler ile hastaları, aileleri ve genel olarak halk arasındaki ilişkilerin temelini oluşturur. Bir meslek olarak hemşirelik statüsünü belirleyen sosyal sözleşme, ayrıca uzmanlık ve yargı becerilerimizi nerelerde kullanabileceğimizi, nasıl hazırlandığımızı, davranışlarımızı kimin yargılamaya hakkı olduğunu ve hatta çalışma koşullarımızı ve ödeneklerimizi belirler. Meslek ve halk arasındaki ilişkiler dinamiktir ve hemşirelerin hem birey hem de grupların ve meslek örgütlerinin üyeleri olarak katılımını yansıtmaktadır. Hastaların, onların ailelerinin ve genel olarak halkın yararına güvenin artırılması, güvenin inşa edilmesinin ve sürdürülmesinin anahtarıdır.

Güveni artırma konusunda sorulması gereken temel soru şudur: “Bu muamele, hemşirelik ve halk arasındaki özel ve güvenilir ilişkiyi nasıl etkiler?”



### **Vaka Çalışması**

**İngiltere - Sağlık bakım bilgilerini erişilebilir ve anlaşılır hale getirmek**

**Parveen Ali, İngiltere**

Parveen Ali ve Nisar Ahmad Gilal adlı iki hemşire, İngiltere'nin Sheffield kentindeki Güney Asya toplulukları için Urduca/Hintçe haftalık radyo programı gerçekleştirmektedir. Bundaki amaçları ise yeterli İngilizceye sahip olmayan topluluk üyeleri için kolay anlaşılır ve jargon içermeyen bir dille sağlık koşulları hakkında bilgi vermektir.

Sheffield'in nüfusunun yaklaşık yüzde 10'u Pakistan, Hindistan ve Bangladeş'ten gelmiş Güney Asya kökenli insanlardır. Urduca/Hintçe Pakistan'ın ulusal dilidir ve ana dili Pencap, Hintçe, Potohari, Sindhi veya Balochi olan Güney Asyalılar tarafından da anlaşılmaktadır.

Bu topluluğun sağlık profili, İngiltere nüfusunun sağlık profilinden daha kötü durumdadır. Topluluğun çoğu üyesi diyabet, kalp rahatsızlıkları ve felçten etkilenmiştir. Bu popülasyondaki sağlık okuryazarlığındaki yetersizlik büyük bir sorundur. Sınırlı dil bilgisine sahip üyeleri olan etnik toplulukların sağlık tarama oranları düşüktür, örneğin, seyrek serviks tarama ve rutin sağlık kontrolü, ciddi hastalıkların geç belirtileri için tarama, ruh sağlığı bozuklukları için çok az bakım hizmeti alma ve diyabet gibi uzun vadeli durumların kötü yönetimi gibi.

Parveen Ali ile Sağlık Şovu, sağlık koşulları hakkında basit, jargon içermeyen bilgiler sağlamayı, halk sağlığı sorunları hakkında farkındalığı artırmayı ve kayıtlı hemşireler ve uzman sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilen bilgilendirmelerle sağlık mitlerini ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır.

Facebook'ta da canlı olarak yayınlanan program bir yıldan uzun süredir yapılmaktadır. Geri bildirimler insanların bilgileri yararlı ve güvenilir bulunduğunu ve sağlık koşullarını daha iyi anlamalarını ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişmelerini sağladığını göstermektedir.

Program, halkın gözünde hemşirelerin imajını geliştirmeye yardımcı olmuştur. Bu değişim özellikle Güney Asya topluluklarında hissedilir olmuştur, çünkü bu topluluklara mensup nispeten az sayıda birey hemşireliği meslek olarak seçmektedir. Program, hemşirelerin bilgi ve becerilerini yenilikçi bir şekilde kullanabileceğini ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesine, hastalıkların önlenmesine ve bilginin yayılmasına katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Böylece, Ali ve Nisar sağlık uzmanı olarak görevlerini yerine getirmişler, hemşirelerin lider olabileceğini göstermişler ve mesleklerine dair olumlu bir imaj çizmeyi başarmışlardır.



Parveen Ali ve Nisar Ahmad Gilal İngiltere'nin Sheffield kentinde Güney Asya toplulukları için sağlık bilgilendirme radyo programı sunarken

### **Hemşirelik hikayesini değiştirme**

*Dr. Barbara Stilwell, Hemşirelik Şimdi Küresel Kampanya İcra Direktörü*

On yıllar boyunca hemşireler, hemşireliğin tam olarak ne olduğunu açıklamanın yollarını aramıştır. Hemşirelik biyo-psiko-sosyal yaklaşımlara sahip, bireyselliği kabul eden, güven, dürüstlük ve ortak problem çözme alanı sağlayan ilişkilere dayanmaktadır. Duygusal zekâ bu ilişkinin anahtarıdır ve bakımın merkezindedir. Bununla birlikte, halkın hemşireliğe dair algılarına ilişkin uluslararası bir sistematik araştırma; halk arasında rol tutarsızlığı olduğunu bulmuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre, halk hemşirelere güvenmekte ama onlara saygı duymamakta ve ne yaptıklarını tam olarak anlamamaktadır.<sup>15</sup> 2020, hemşirelerin yaptıkları işi ve onu neden yaptıkları ve bu emeklerinin sağlık çıktılarını nasıl değiştirdiğini daha iyi açıklamaları için bir fırsat mı?

İlk Amerikalı hemşirelik teorisyenlerinden olan Hildegard Peplau tüm hemşirelik uygulamalarına temel oluşturan bir hemşirelik modeli geliştirmiştir. Modele göre, tüm hemşirelik müdahalelerinin merkezinde hemşire ve hasta arasındaki ilişki yatmaktadır. Peplau ayrıca hemşire ve hasta arasındaki ilişkinin terapötik olabileceğini de savunmuştur. Tabi ki Peplau'nun çalışmaları ruh sağlığı hemşireliğine ilham vermiş ve o alanda uygulanmıştır.

Hemşirelik, hemşirelerin hastaları veya hizmet sundukları bireyler ile ilişki kurma yeteneğine dayanıyorsa, o zaman tek amaç, aile, geçmişi, eğitimi, ekonomik durumu, hastanın veya hizmet sunduğu bireyin o günkü konsültasyonda paylaştığı mevcut sağlık sorunları ve gelecekteki sağlık hedefleri gözeticilerle ihtiyaçlarına yanıt vermektir. Hastayla ilişki kurmak, hemşirenin sağlığın her boyutunu, hasta ve sağlığı için en önemli şeyin ne olduğunu keşfetmesini sağlar.

Uzman hemşirelik, hastayla olan terapötik ilişki vasıtasıyla, her karşılaşmada ele alınacak sorunları tanımlamayı ve hasta ile birlikte onlara çözümler bulmayı gerektirir. Bu, hemşirenin sürece kattığı katma değerdir ve hemşirelik uygulamasını tıbbi uygulamadan ayıran şeydir. Bu gerçek insan odaklı bakımdır ve eğer düzgün şekilde uygulanırsa, hemşireliğin *kendisi* hastalık yönetimi, sağlık eğitimi ve fiziksel, ruhsal ve duygusal dayanıklılık desteği içeren bir terapi haline gelir.

Sağlık ekibi üyeleri tarafından birçok teknik prosedür başarılı şekilde yerine getirilebilir ve görev paylaşımı birçok klinik alanda yaygın olan bir uygulamadır. Ancak hemşirelerin yaptıklarına zenginlik katan şey görevleri değildir. Zenginlik katan bütüne ve o kişiye farklı boyutlardan bakmaktır.

Hemşirelik sanatı, öncelikleri belirlemek ve gerçek bir eylem belirlemek için hastayla, durumun veya bağlamın tam olarak araştırılmasını sağlayan, bir ilişki kurmaktır.



Hemşirelik bilimi, hemşirenin fiziksel değerlendirmeler yapma, tedaviyi reçete etme ve uygulama, hastayı gerektiği zaman diğer ekip üyelerine yönlendirme ve sağlıklı sonuçlar için vakaları yönetme gibi klinik yeteneklerine dayanır.

Aşağıda, hemşirelerin ulaşabileceği sağlık çıktılarına ilişkin birkaç örnek verilmiştir:

1. Akciğer kanseri olan hastaların bakımı uzman hemşireler tarafından gerçekleştirildiği takdirde, daha uzun yaşarlar, gereksiz hastane başvurularını önler ve tedaviyle daha iyi başa çıkabilirler.<sup>16</sup>
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin doktorlar yerine hemşireler tarafından verilmesi muhtemelen benzer veya daha iyi hasta sağlığı çıktıları ve daha yüksek hasta memnuniyeti sağlar.
3. Yüksek gelirli ülkelerde, akut bakım alanlarında yeterli sayıda iyi eğitilmiş hemşire olması hasta ölüm riskini azaltabilir.<sup>18</sup>
4. Hemşire liderliğindeki bakım, hastanın tedaviye uyumu ve hasta memnuniyetini artırmada tıbbi bakımdan daha etkili olabilir.<sup>18</sup>
5. Kırsal alanda yaşayan yoksul HIV/AIDS'li Afrikalıların hipertansiyon ve diyabet bakımı ölçeğini büyütmek için hemşirelere verilen özel görevlerin daha fazla sayıda insan için daha iyi hastalık yönetimi vermelerini sağlamıştır.<sup>19</sup>
6. Hasta ihtiyaçları oranında hemşire istihdamı sağlamama, mortalite oranında artışa neden olmaktadır.<sup>19</sup>

Hemşireler, emeklerinin değerini ve özellikle bütüncül bakımın sağlık çıktıları üzerindeki etkisini göstermek için verilerle -toplanan ve ölçülen veriler ve bulguların kullanımı- uğraşmalıdır. Hemşireler ayrıca emeklerinin potansiyel etkileriyle ilgili haberleri de yaymalıdır. Bu hastalar için önemli bir bilgidir. Hastalar tıpkı tıbbi bakım talep ettikleri gibi hemşirelik bakımını da talep etmelidir.

Hemşirelik bakımının yaşam geliştiren değeri nedeniyle, halkı, hemşirelerin savunulması sürecine dahil etmek için hep beraber stratejik bir çözüm bulmamız gerekiyor. Hemşirelik bakımını sağlık çıktıları ile ilişkilendirmek ve daha iyi veri toplamak için zorlamalıyız. Hemşireler, hemşirelik girdilerini doğru şekilde ölçmelerini sağlayan işgücü verilerini elde etmek için daha iyi bir yol bulmak amacıyla lobi faaliyetleri gerçekleştirmelidir. Hemşirelik topluluğu olarak, önümüzdeki yüzyıl için hemşireliği hazırlamak amacıyla mevcut bakım modellerinin yeterliliği üzerine düşünebiliriz. 2020, hemşirelik ile ilgili algıyı değiştirmek için bir şanstır.



## **Vaka Çalışması**

### **Barbados - Ruhsal bozukluğu olanları güçlendirmek**

#### **Barbados Hemşireler Derneği**

Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Hizmeti (TRSHH), ruhsal hastalıkların insidansını ve hastaneye yatış oranını azaltmak için bireylerin, ailelerin ve grupların biyopsikososyal ihtiyaçlarını karşılamak için en üst düzey ruh sağlığı hizmetini sağlamayı amaçlamaktadır. TRSHH'nin sağlığın yükseltilmesi ve geliştirilmesi modeli ve kapsamlı, bütünsel ve kanıta dayalı yaklaşımı, insanların sağlıklarından sorumlu olmalarını ve bilinçli kararlar almalarını sağlamayı amaçlar.

TRSHH takipteki hasta sayısının azalması ve psikiyatri kliniklerine tekrarlı yatış oranındaki artışa çözüm bulmak için Monica Jordan'ın öncü çalışması sayesinde 1971 Eylül'ünde kurulmuştur.

2000'li yılların başlarında, TRSHH'nin hizmet alanı genişlemiş ve hemşirelere sağlığın yükseltilmesi ve geliştirilmesi ve hastalık önleme faaliyetleri sunabilmeleri için özel toplum ruh sağlığı eğitimi verilmeye başlanmıştır.

Bugün, TRSHH büyük bir multidisipliner ekip tarafından yönetilmekte ve ayrıca poliklinik ortamında bir Çocuk Rehberliği kliniği, iki haftada bir hapisane klinikleri, talebe bağlı mahkeme değerlendirmeleri ve 24 saat kamu erişim hizmeti sunmaktadır. Bu yeniden hastaneye yatışta önemli bir azalma sağlar ve ruhsal bozukluğu olan çoğu kişi, hala önyargılarla/damgalama ile yaklaşılan hastanelerden daha çok, toplum hizmetine başvurur.

TRSHH, yüksek düzeyde bakım sağlayan bir hemşire ekibine sahiptir ve halk sağlığı için Üçüncü Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi'ne uygun bir yaklaşım benimser.

TRSHH hemşireleri, ruhsal sorunları olan kişilerin topluluktan kopmamalarını, ruhsal sağlık sorunlarını yönetmelerini ve üretken vatandaşlar olarak yaşamlarını sürdürmelerini sağlamada büyük bir başarı oranına sahiptir.

Bir psikiyatri hastanesinde yatmayla ilgili önyargılar/damgalama varlığını hala sürdürmektedir, bununla birlikte bu insanların tekrar hastaneye yatmak zorunda kalmadan normal yaşamlarını sürdürmelerini sağlamak ve onları bu konuda güçlendirmek TRSHH'nin büyük bir başarısıdır.

## İKİNCİ KISIM

### DÜNYAYI SAĞLIĞINA KAVUŞTURMANIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER

Tüm dünyada meydana gelen demografik ve ekonomik değişimler karşısında sağlık ve sağlık bakımı giderek merkezi bir öneme sahip olmaktadır. Artan sağlık talepleri, teknolojik ve bilimsel ilerlemeler ve tüketici beklentileri nedeniyle sağlık hizmetleri finansmanı üzerinde sürekli bir baskı mevcuttur. Bu zorluklar birleştiğinde bazen aşılabilir görünen engeller yaratır. Ancak, artan orandaki kanıtlar göstermektedir ki etkili ve verimli sağlık bakımı, daha iyi sağlık çıktıları ve daha müreffeh ve uyumlu toplumlar yaratır.

Sağlık ulusal bir değer olarak kabul edilirken, farklı bölgelerde farklı (yetersiz sağlık tesisleri, bakıma erişim, yaşlıların bakımı, yaşam tarzı ve seçim koşulları veya uygun eğitim ve vasıflı işgücü) sağlık öncelikleri mevcuttur.

Bu bölümde, dünyayı sağlığına kavuşturma sürecinde karşılaştığımız bazı engelleri ve bu engelleri aşmak için sağlık sistemlerinin nasıl değişmesi ve uyum sağlaması gerektiğini ele alıyoruz. Bu değişimlerin bazıları yüksek performanslı sağlık sistemlerinin sağlanması, eşitsizliğin ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin ele alınması, uygun maliyetli kaliteli bakım sağlanması ve yüksek değerli sağlık hizmetleri aracılığıyla sağlık profesyonellerinin eksikliklerinin giderilmesidir.

#### **Kalben, zihnen ve bedenen yaralı**

*Kim Ryan, Yardımcı Doçent Sydney Üniversitesi, Ruh Sağlığı Hemşiresi*

Bütün dünyada bir milyar insanın anksiyeteden ve üçte birinin de depresyondan etkileneceği tahmin edilmektedir. Altmış milyon kişi bipolar bozukluğa, 21 milyonu şizofreni veya diğer psikotik bozukluklara sahiptir ve her 40 saniyede bir kişi intihar etmektedir. 2019'daki Dünya Ekonomik Forumu, 2030 yılına kadar küresel sağlık sorununun birincil sebebinin depresyon olacağını ve bunun tahmini maliyetinin de yılda 16 trilyon dolar olacağını öngörmektedir. Ruhsal problemler nedeniyle kaybedilen verimliliğin mevcut maliyetinin 2,5 trilyon dolar olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakamlar her ne kadar uçuk olsa da, ruhsal bozukluk ve ruhsal sıkıntıların çok az rapor edildiğini biliyoruz. Bu nedenle gelecekte ruh sağlığı sorunlarının çok daha büyük bir etkiye sahip olacağını düşünüyoruz.<sup>20</sup>

Bununla birlikte, ele alınması gereken sadece ruhsal bozukluklar değil, aynı zamanda ruhsal bozukluğu olan kişilerin fiziksel sağlığıdır. Önemli ruhsal bozukluğu olan insanların ortalama yaşam süresi genel popülasyondan 10-25 yıl daha kısadır.<sup>21</sup> Bu ölümlerin büyük çoğunluğu kardiyovasküler, solunum, bulaşıcı hastalıklar, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik fiziksel tıbbi durumlardan kaynaklanmaktadır. Ciddi ruhsal rahatsızlıkları olan insanlar daha fazla sigara içme, daha az fiziksel egzersiz yapma, zayıf beslenme ve ilaçların yan etkilerinden daha fazla etkilenme eğilimindedir.

Kalp krizinden sonra ruhsal bozuklukları olanların intihar etme olasılığı ruhsal bozukluğu olmayan insanlardan yaklaşık 60 kat daha fazladır.<sup>22</sup> Ruhsal bozukluk öyküsü olmayan insanlar için bile, kalp krizinden sonraki ay içinde intihar riski üç katına çıkar ve risk en az beş yıl boyunca artar. Diyabet, endometriozis, solunum veya nörolojik durumlar gibi kronik bir durumla yaşamak da depresyon ve anksiyete riskini artırabilir. İki yüz milyon kadın endometriozisten şikayetçidir, yüksek depresyon ve anksiyete oranları pelvik ağrıyı artırabilir.<sup>23</sup>

İnsanların sağlığa kavuşmalarını ve dolu dolu bir yaşam sürmelerini sağlamak için, yardım almalarını ve kendi sağlık ve refahlarını desteklemelerini sağlamalıyız. DSÖ, ruh sağlığı olmadan sağlık



olmadığını hatırlatmakta, ancak bunu gerçekten başarmak için önyargıları ve ayrımcılıkları ele almamız gerekmektedir.

Ruhsal bozukluklarla ilişkili önyargılar ve ayrımcılık tüm ülkelerde değişen oranlarda mevcuttur.

Yeni Zelanda 2019'da ilk ruh sağlığı ve refah bütçesini açıklamıştır. Bu ilerici bir adımdır ve ruhsal bozuklukları görünür kılmak için önemli bir yatırımdır. Ancak ne yazık ki, insanların hala yataklara veya hayvan kulübelerine zincirlendiği ülkeler olduğunu biliyoruz. Hemşireler olarak, bu engelleri aşma ve ruh sağlığı hizmetlerinin tüm insanlara ulaşmasını sağlamada bir rolümüz ve sorumluluğumuz vardır.

Hemşireler olarak, tüm klinik ve hizmet bakım ortamlarında, farklı kültürel geçmişlere sahip kişilerle birlikte, sağlık hizmeti gereksinimlerinin spektrumunu ele almak için çalışıyoruz. Hemşireler ve ebeler sağlık işgücünün yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır. Yirmi milyondan fazla hemşire dünya çapında değişim için büyük bir güçtür. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin sayısı psikiyatristlerin sayısından çok daha fazladır. Küresel topluluklarımızın ruh sağlığı ihtiyaçlarını ele almanın yolunun hemşirelik olduğu açıktır.<sup>24</sup>

Tüm hemşirelerin hastalarının ruh sağlığı ihtiyaçlarının daha fazla farkında olmaları gerekir. Endometriozisi olan bir kişiyi kadın doğum hemşiresi görmesi muhtemeldir, ancak ruh sağlığı sorunu yaşayana kadar bir ruh sağlığı hemşiresi görmesi olası değildir. Kalp krizi geçiren kişi muhtemelen genel hemşireyi veya kardiyoloji hemşiresini görür ve bu hemşirelerin ruh sağlığı sorunlarının insidansını açıklayabilmeleri ve kişiyi bu süreç boyunca destekleyebilmeleri gerekir.

Aynı zamanda, küresel toplumun artan ruh sağlığı ihtiyaçlarının çözümünün bir parçası olması için gerekli beceri, bilgi ve deneyime sahip olan ruh sağlığı / psikiyatri hemşireliği iş gücünü oluşturmaya ve desteklemeye devam etmeliyiz. Ruh sağlığı/psikiyatri hemşireleri, ruhsal bozuklukları daha iyi tanımak, genel ruh sağlığı desteği ve bakımı sağlamak için tüm hemşireleri ve ebeleri desteklemelidir. Hemşirelerin ve ebelerin ruhsal bozukluklar ile başa çıkacak kadar yetenekli ve kendinden emin olmalarını sağlamak ve ruh sağlığı/psikiyatri hemşiresine ne zaman başvurmaları gerektiğini bilecek kadar donanımlı olmalarını sağlamak için tüm hemşirelik ve ebelik eğitim programlarında ruh sağlığı eğitiminin güçlendirilmesi gerekmektedir.

Ruh sağlığının tıbbi olarak ele alınmasına odaklanmak, sağlığın sosyal belirleyicileri için gerekli odaklanmayı ve gerekli yatırımı beraberinde getirmez. Yaşadığımız ve çalıştığımız koşullar, sağlığımızı ve ruh sağlığımızı etkiler. Eğitim, barınma, istihdam, güvenli gıda ve su ve güvenlik hissimiz yoksa ideal refah elde edemeyiz.

Değişimi teşvik etmek için küresel toplumun ruh sağlığı ihtiyaçlarını ele almamız gerekiyor. Ruh sağlığı/psikiyatri hemşirelerinin tüm karar alma organlarında eşit bir pozisyona sahip olması gerekir. Ruh sağlığı/psikiyatri hemşireleri bilgi ve becerilerini insanların ruh sağlığının gelişimi için harekete geçirmelidir.





## Vaka Çalışması

### **Avustralya - Ruhsal bozukluğu olan insanlar için birinci basamak sağlık hizmeti Doçent Doktor Karen Heslop, Avustralya**

Cockburn Wellbeing, düzenli şekilde sağlık hizmetlerine erişemeyen ruhsal bozukluklara sahip insanlar için ücretsiz, Uygulayıcı/Pratisyen Hemşire (PH [Nurse Practitioner]) liderliğindeki birinci basamak bakım hizmeti merkezidir. Hizmetin amacı, bu hasta grubundaki fiziksel sağlık farklılıklarını genel popülasyona göre azaltmaktır.

Ruhsal bozukluğu olan kişilerin %40'ının obezite, kalp hastalığı, hipertansiyon, solunum hastalığı, metabolik sendrom, diyabet ve kanser gibi kronik bir fiziksel hastalığı olduğu tahmin edilmektedir. Kötü beslenme, sigara içme, alkol ve madde bağımlılığı ve hareketsizlik gibi yaşam tarzı faktörleri, olumsuz kötü sağlık sonuçlarına neden olur ve bu gruptaki insanların genel nüfustan daha genç yaşta ölme olasılığı daha yüksektir.

Entegre bir bakım modeli kullanan PH'ler, yaygın kronik hastalıkların taranması, tespiti ve yönetimi, alkol ve diğer ilaç müdahaleleri, ağız ve cinsel sağlık hizmetleri, yaşam tarzı ve sağlık okuryazarlığı eğitimi, ilaç yönetimi ve danışmanlık dahil olmak üzere çok çeşitli hizmetler ve psiko-sosyal destek sunar.

PH'ler özellikle birinci basamak ortamlarında önemlidir, çünkü ruhsal bozukluğu olan kişiler bazen sağlık sistemi içinde kaybolur. PH'ler, pratisyen hekimlerin hizmetlerine ek olarak ücretsiz, etkili ve bütüncül bakım sağlar. Sistemik incelemeler, PH'lerin vermiş olduğu hizmetlerin yüksek bakım memnuniyeti ve maliyet etkililiği sağladığını göstermektedir.

Cockburn Wellbeing'deki PH'ler, Batı Avustralya'daki Cockburn City bölgesinde hizmet vermektedir. Batı Avustralya'da, Cockburn nüfusunun %9,4'ü yüksek veya çok yüksek psikolojik stresten şikayetçidir.

Cockburn Wellbeing ruh sağlığı hizmetleri, uzman ruh sağlığı hizmetlerinden taburcu olduktan sonra sağlık hizmeti almayı kesen insanlar için düşük maliyetli, entegre, etkili ve katılımcı birinci basamak sağlık hizmetleri sunmaktadır.

Toplumun konulara ilişkin farkındalığının yüksek olmasına rağmen, Cockburn Wellbeing ruh sağlığı hizmetleri önemli bir hizmettir, çünkü bu hasta grubunda sağlık eşitsizlikleri giderek artmaktadır. İnsanlar hastaneden taburcu olduktan sonra, çok büyük bir problem olmadan sağlık hizmetlerine erişemezler ve bu nedenle acil servislerin üstünde büyük bir yük oluşturur. Cockburn Wellbeing merkezi, bu hastaları kendi toplulukları içinde kalmalarını sağlamak için entegre bir bakım modeli kullanır.

## Hasta Öyküsü

Şizofreni hastası X, hastaneden taburcu edildikten sonra Cockburn Wellbeing'e sevk edildiğinde, sosyal olarak izole, aşırı kilolu, ağır bir sigara içicisi ve birkaç yıl boyunca işsiz olan biriydi. Değerlendirmeden sonra, PH'ler tarafından sunulan bakım, fiziksel sağlık riskleri ve ilaç tedavisine ilişkin düzenli izleme ve tarama prosedürleri vasıtasıyla hastanın yaşam tarzı yönetimine ve toplumsal entegrasyonuna odaklandı. Hastaya ruhsal bozukluğu ve yaşam tarzında yapması gereken değişikliklere dair eğitim verildi. 12 aylık süreç sonunda hasta sigarayı bıraktı, vücut kitle indeksi azaldı ve kalıcı yarı-zamanlı bir iş buldu. Hasta halen Cockburn Wellbeing'deki PH'lerle temas halindedir ve orada hizmeti başkalarına da tavsiye etmektedir.



## **Bireylerin ve toplumların ihtiyaçlarını karşılayabilecek sağlık sistemleri**

*David Stewart, Danışman, Uluslararası Hemşireler Konseyi*

Bazen sayılar, sunulan haberlerin gerçek dehşetini yansıtamaz. Lancet,<sup>25</sup> 2018'de düşük/orta gelirli ülkelerde (DOGÜ) sağlık hizmetlerinden yararlanan toplumlarda 8,6 milyonu aşan ölüm meydana geldiğini gösteren bir çalışma yayınlamıştır. Ölümlerin beş milyonu kalitesiz bakımdan kaynaklanırken, 3.6 milyonu sağlık hizmetlerinin kullanılmamasından kaynaklanmıştır. Bu can kayıplarının yerel ekonomilere maliyetinin 6 trilyon dolar olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum sadece DOGÜ'ye özgü değildir. Örneğin, ABD'de tıbbi hatalar, kalp hastalığı ve kanserden sonra üçüncü en büyük ölüm nedenidir.<sup>26</sup>

Geleceği şekillendirme fırsatları umut vericidir ve mümkündür, ancak politika yapıcılar, sağlık profesyonelleri ve nihayetinde tüketiciler arasında katılım ve işbirliği gerektirir. Kaliteli bakım, insan kaynaklarına odaklanmayı ve dünyadaki ön cephede mücadele eden en büyük sağlık hizmetleri sağlayıcıları olarak hemşireliğe özel önem verilmesini gerektirir.

Bir sağlık sistemi, sağlığı iyileştirmek ve acıyı hafifletmek içindir. Sistem suçlanacaksa ne yapabiliriz? Nedeni, yetersiz nitelikte personel, bakımdaki hatalar, bilgisayar arızası, ilaç hataları, cerrahi hatalar veya tanı konulamayan durumlar gibi sistemlerde bir kusur ile ilişkili olabilir. Bununla birlikte, iyi çalışan bir sağlık sistemi, hastalıkları iyileştirmek ve yaşam süresini uzatmak için kullanılan en gelişmiş müdahale ve teknoloji cepheliğine sahiptir. Hastalıkların neden olduğu acıların çoğunun çekilmesi şart değildir çünkü önleme, tedavi ve rehabilitasyon için etkili ve uygun maliyetli müdahaleler vardır. Peki, bir adım öteye gidersek, bireylerin ve toplumların ihtiyaçlarına yanıt veren sağlık sistemlerini nasıl inşa edebiliriz?

Sağlık sistemleri büyük oranda oluşturuldukları bölgeye bağlıdır. Bununla birlikte, yüksek performanslı sağlık sistemlerini desteklemek için gerçekleştirilebilecek eylemlerde küresel benzerlikler mevcuttur.

Yüksek performanslı bir sağlık sisteminin odak noktası hastalığın iyileştirilmesinden daha çok sağlığı desteklemeye, hastalığı önleme çalışmalarına ve erken müdahalelere kaymalıdır. Yüksek performanslı bir sağlık sistemi, sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almak için eğitim, istihdam, bilgi ve teknoloji, barınma ve ulaşım gibi diğer sektörlerle işbirliği yapar. İnsanların ihtiyaçları hakkında bütüncül bir algıya sahip olmalı ve nihayetinde bilgilendirilmiş ve güçlendirilmiş hastalarla çalışmalıdır. Bu şekilde organize edilmiş bir sağlık sistemi, hastalıkları iyileştirebilir, sosyal ve ekonomik dezavantajları ve eşitsizlikleri azaltabilir. En önemlisi, milyonlarca insanın yetersiz bakım ve sağlık hizmetleri nedeniyle gereksiz yere ölmemesi için erişilebilir ve güvenli olmalıdır.

### **Yüksek performanslı sağlık sisteminin özellikleri**

- Yaş, cinsiyet, dini inanç veya diğer faktörler gözetilmeksizin tüm insanlar kaliteli, güvenli ve uygun fiyatlı bakıma erişebilir.
- Etkili gözetim, sistem duyarlılığı ve hesap verebilirlik için güçlü liderlik ve yönetim mevcut olmalıdır.
- Hasta ve hizmet alanlar için uygun önlem, sağlığı geliştirme ve tedavi hizmetleri uygun zamanda ve uygun yerde verilir.
- Klinisyenler, hastalıkları doğru bir şekilde tanılamak, tedavi etmek ve bakım sunmak için teknolojiyi kullanırlar.
- Sağlık ekosistemindeki tüm bakım hizmeti paydaşları, hastalarla iletişim kurar ve bilgilerini ve deneyimlerini etkin şekilde kullanır.
- Yüksek performanslı bir sağlık işgücünün kaynakları ve gücü vardır (yani, eşit dağıtılmış, yetkin, duyarlı ve üretken yeterli personel).
- Hastalar bilgilendirilir ve tedavi planlarına aktif olarak katılırlar.
- Yeni uygun maliyetli sağlık modelleri, sağlık hizmetlerini erişimi olmayan yerlere ve insanlara ulaştırır.
- Sağlık hizmetleri, minimum kaynak israfı ile güvenli, etkili ve verimli bir şekilde sunulur.<sup>27</sup>



### **Bölünmüş toplumlar, eşit olmayan dünya**

*Dr. Susan B. Hassmiller, Kıdemli Hemşirelik Danışmanı, Robert Wood Johnson Vakfı*

Birçok insan ilk nefesten son nefesine kadar sağlıkta eşitsizlikleri, güç dengesizlikleri ve adaletsizlikler yaşamaktadır. Zengin ve fakir, sağlıklı ve sağlıksız, eğitilmiş ve eğitimsiz arasında çok büyük bir uçurum vardır. Dünya Bankası'na göre, 2015 yılında 700 milyondan fazla insan - ya da dünya nüfusunun %10'u - günde 1.90 ABD dolarından daha az gelire sahiptir.<sup>28</sup> Bu insanlar sağlık, eğitim, temiz su ve sanitasyon gibi en temel ihtiyaçları karşılamakta zorlanmaktadır. Zengin ülkelerde bile yoksullar kaliteli eğitim ve barınma, güvenlik, sağlıklı gıda ve temiz su, sağlık hizmetleri ve adil ücretli işlere erişim eksikliği gibi önemli engellerle mücadele etmektedir.

Bu durumu düzeltmek için, 191 BM üye devleti 2015 yılında 2030 yılına kadar Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (SKH) ulaşmayı taahhüt etmiştir. Hedefler hem ülkeler hem de uluslar arasında yoksulluk, açlık, eşitsizlik, iklim değişikliği, refah, barış ve adalet konularını ele almaktadır. Bugün

yaşadığımız dünyadan daha iyi bir dünya - herkesin sağlık hizmetine erişiminin olduğu, yeterli yiyecek ve kendini gerçekleştirme fırsatının olduğu bir dünya - hayal edilmektedir. SKH'lerden yalnızca biri sağlığı ele alsada, SKH'lerdeki gelişmeler sağlığın sosyal belirleyicileri - nerede doğduğumuz ve yaşadığımız, ailelerimizin ve topluluklarımızın gücü ve aldığımız eğitimin kalitesi gibi karmaşık sosyal ve çevresel faktörler - yaşamımız boyunca sağlığımızı şekillendireceğinden global sağlığı büyük ölçüde iyileştirecektir. Sosyal belirleyicilerdeki eşitsizlikler sağlık eşitsizliklerine, ülkeler içinde ve arasında görülen sağlık alanındaki haksızlıklara ve önlenebilir farklılıklara neden olmaktadır.<sup>29</sup>

Hemşireler, SKH'lerine ulaşılmasında önemli bir rol oynayacak kadar donanımlıdır. Hemşirelik mesleği, dezavantajlı grupların sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarının giderilmesi için temel bir kaygıya sahiptir.<sup>30</sup> Hemşireler, bir kişinin hayatını şekillendiren faktörleri ve o faktörlerin o kişinin sağlığını - o kişinin yoksulluk içinde yaşayıp yaşamadığını, güvenli barınma erişimi olup olmadığını veya bağımlılık yaşayıp yaşamadığını- nasıl etkilediğini anlamak için eğitilir. Hemşireler ayrıca insanlara sağlık için mümkün olan en iyi bakımı sunmak amacıyla koşullara en iyi nasıl adapte olacaklarını bilirler.<sup>31</sup> Genellikle ayrımcılık, evsizlik ve şiddet gibi faktörlerle iç içe olan yıkıcı sağlık krizleriyle başa çıkmak için hemşirelerin sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alma konusundaki uzmanlığına ihtiyacımız vardır.

Örneğin, her ülkeyi etkileyen ama fakir olanları en çok etkileyen iklim değişikliğini (SKH # 13) ele alalım. Bir BM raporu, toprak kaybı nedeniyle gıda kıtlığının hızla artacağı konusunda uyarıyor. Raporun bazı yazarlarına göre, gıda kıtlığının fakir bölgeleri daha çok etkilemesi, Kuzey Amerika ve Avrupa'ya olan göç yoğunluğunda artışa neden olması daha olasıdır.<sup>32</sup> DSÖ ayrıca 2020-2050 yılları arasında iklim değişikliğinin yetersiz beslenme, sıtma, ishal ve sıcaklığın oluşturduğu stres nedeniyle yılda yaklaşık 250.000 ek ölüme neden olacağını tahmin etmektedir.<sup>33</sup>

Hemşireler, dünya çapında sağlık iş gücünün en büyük bileşenidir ve sağlık sistemlerinin daha sürdürülebilir hale gelmesine, iklim değişikliğinin etkilerini azaltmak için insanların daha sürdürülebilir seçimler yapmasına ve yerel, ulusal ve uluslararası düzeylerde diğerleriyle işbirliği yapmasına yardımcı olabilirler.<sup>34</sup> Hemşireler insanların iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri konusunda farkındalığını artırabilir ve politika değişikliklerini savunabilirler. İklim değişikliğine bağlı olarak afetlerin yoğunluğu arttıkça, hemşirelerin mevcut işbirliği ve insani yardım kuruluşları ile ortaklıkları, afet riskinin azaltılması, müdahale ve iyileştirilmesinde daha önemli hale gelecektir.<sup>35</sup>

Hemşireler, sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almada ortak ve lider olarak hizmet etmelidir. Bu nedenle ABD Ulusal Tıp Akademisi ve Robert Wood Johnson Vakfı, 2020'nin sonunda yayınlanacak olan hemşireliğin geleceği hakkında ikinci bir rapor üzerinde çalışmaktadır. Rapor, sağlığın sosyal belirleyicilerini, bireylerin ve toplulukların karşılanmamış ihtiyaçlarını ve hemşirelerin bunlara yönelik rolünü daha iyi anlamak için hemşireleri ve kurumları işbirliği yapmaya teşvik edecektir. Hemşireler, politika yapımcılar, diğer sağlık profesyonelleri ve dünyadaki seçilmiş yetkililer, hemşirelik mesleğinin daha adil ve eşitlikçi bir dünya yaratmak için sağlığın sosyal belirleyicilerine nasıl ele alacağını belirlemek için raporu bir şablon olarak kullanabilecektir (Rapor hakkında daha fazla bilgiyi şu adreste bulabilirsiniz: <https://nam.edu/publications/the-future-of-nursing-2020-2030/>).

## **Vaka Çalışması**

### **Kanada - İnsan ticareti mağdurlarının desteklenmesi**

#### **Asmaa Mabrouk, Kanada**

İnsan ticareti ve sömürüsü, banliyö evlerinde yaşayan varlıklı genç kızlardan sokaklarda yaşayan yetişkin erkeklere kadar birçok insanı etkiler. İnsanların aldatılma, baskı uygulanarak veya şiddet kullanılarak bir sömürü durumuna getirilmesini, barındırılmasını veya taşınmasını içeren herhangi bir durum insan kaçakçılığıdır. Sömürü, bir kişinin zayıflıklarının kendisine karşı kullanıldığı bir durumdur.

İnsan ticaretinden etkilenenler için geleneksel sağlık hizmetleri, meşguliyet, uzun bekleme süreleri ve sistem içinde kaybolma gibi nedenlerden ötürü stresli olabilir.

Bu zorluklara karşı koymak için, deneyimli uygulayıcı hemşire Tara Leach, insan ticareti mağdurları için Travmadan Bilinçli İyileşme için Bakım, Eğitim, Savunuculuk ve Bağlantı (T.B.Ş.B.E.S.B.) kliniğini açmıştır.

Cinsel şiddet, sömürü ve çocukluk istismarı gibi travmaların kişinin hayatını nasıl etkileyebileceğini kabul eden bütüncül bir bakım uygulamaktadır. Randevu zamanı sınırlı değildir ve hastaların kimlik belgesi veya sigorta kanıtı sunmaları gerekmemektedir.

Kliniğin felsefesi, hasta merkezli bir çerçevede yargısız, travmaya dayalı bakım sunmaktır.

Klinik hastalarının sayısı artmaktadır, çünkü birçok insan baskı, sömürü ve cinsel şiddet geçmişlerine rağmen kendilerini insan ticareti mağduru olarak tanımlamamaktadır.

T.B.Ş.B.E.S.B. kliniğinin hastaların yaşamları üzerinde olumlu bir etkisi vardır. Hastaların birçoğu hiçbir zaman bir sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından takip edilmemiştir. Ancak şimdi ilaçlarını ayarlayabilmekte, sağlık sorunları ile baş edebilmekte ve ruh sağlığı tanılarını hakkında daha fazla bilgi edinebilmektedirler. Klinik ayrıca birçok hastayı topluma güvenli ve üretken bir şekilde yeniden entegre olabilmelerini sağlamak ve bağımlılıklarını yönetmelerine yardımcı olmak için madde bağımlılığı programlarına yönlendirmiştir.

Cinsel sağlık hizmetlerine ek olarak, işimizin büyük bir kısmı ruh sağlığı sorunlarının tedavisi, yönetimi ve teşhisidir. Birçok hasta travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete, depresyon, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu gibi tanı konulmamış durumlarla gelir ve doğru ilaç ve başa çıkma mekanizmalarını keşfetme konusunda yardıma ihtiyaçları vardır. Birçoğunun uzun süreli istismar ve ihmal geçmişi vardır, bu da çok fazla bakım ve desteğe ihtiyaç duydukları anlamına gelmektedir. Klinik şimdi daha karmaşık ihtiyaçları olan hastaların bakımını iyileştirmek için bir psikolog işe almıştır.

Kliniğin en önemli hizmeti merhametli, yargılayıcı olmayan ve travma konusunda bilgilendirilmiş bakımdır. Kişileri kaçırdıkları randevuları için cezalandırmaz, onları tedaviye zorlamaz ve kendi şartlarında onlara yardım etmeye çalışır. En iyi bakım, hastanın geçmişine bakılmaksızın, merhamet, travmaya dair bilgilendirilmiş anlayış ve nezaketle başlar.

### **Yaşamın sonunda umut: Hemşirelerin temel rolü**

*Profesör Patsy Yates, Uluslararası Kanser Bakım Hemşireleri Derneği Başkanı, Queensland Teknoloji Üniversitesi*

Ölmek evrensel bir insan deneyimidir, ancak ölmeyi nasıl deneyimlediğimiz, kişisel ve sosyokültürel faktörlere, sosyal ve toplumsal desteğin mevcudiyetine ve hemşirelik hizmetlerinin de önemli bir bileşeni olduğu kaliteli sağlık sistemlerine erişime bağlıdır. Hemşireler, uzun zamandan beri insanların ölme deneyiminde kritik bir rol oynamış, sıra dışı olanlar da dahil olmak üzere, onlara rahatlık ve umut sağlayıp onurlarını koruyacak şekilde hizmet vermiştir. Yaşam sonu bakımında hemşirelerin rolü, rahatlık ve itibarı teşvik etmek ve palyatif bakıma evrensel erişimi savunmak, ölmekte olan insanlara umut verir.

### **Temel bir insan hakkı olarak palyatif bakım**

Modern darülaceze hareketinin kurucusu olarak kabul edilen Dame Cicely Saunders, ilk eserlerinde, fiziksel ve ruhsal acı arasındaki ilişkiyi, “*her acı bir diğerini etkiler*” şeklinde dile getirmiştir.<sup>36</sup>

Saunders'ın total ağrıya bakışı fiziksel semptomlar, ruhsal sıkıntı, sosyal sorunlar ve duygusal zorlukları içermektedir. Bu yüzden ölen insanlara bütüncül bakım sunulması gerekiyordu.

DSÖ, bugün palyatif bakıma erişimin bir insan hakkı olduğunu, bireylerin özel ihtiyaçlarına ve tercihlerine önem veren birey-merkezli ve entegre sağlık hizmetleri aracılığıyla sağlanması gerektiğini belirtir.<sup>37</sup> Palyatif bakımın önemi konusunda neredeyse genel kabule rağmen, bu tür hizmetlerin sağlanmasında önemli zorluklar vardır. Bu zorlukların birçoğu DSÖ tarafından *Palyatif Bakımla İlgili Temel Gerçekler*<sup>38</sup> başlıklı açıklamasında vurgulanmıştır. Hemşireler, bu listede yer alan zorlukların her birinin aşılmasında hayati bir rol oynamaktadır.

- Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili fiziksel, psiko-sosyal veya ruhsal sorunlarla karşılaşan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artırır.
- Her yıl yaklaşık 40 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyacı vardır, bunların %78'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır.
- Dünya çapında, palyatif bakıma ihtiyaç duyan insanların sadece %14'ü palyatif bakım görmektedir.
- Morfin ve diğer temel palyatif ilaçlar üstündeki aşırı kısıtlayıcı düzenlemeler, yeterli ağrı kesici ve palyatif bakıma erişimi önler.
- Sağlık profesyonelleri arasında palyatif bakım konusunda eğitim ve farkındalık eksikliği, palyatif bakıma erişimin önünde büyük bir engeldir.
- Bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) ve yaşlanmanın artan yükünün bir sonucu olarak palyatif bakıma yönelik küresel ihtiyaç artmaya devam etmektedir.
- Erken palyatif bakım, gereksiz hastaneye yatışları ve sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltır.

### **İnsan hakkı olarak palyatif bakıma erişimi sağlamada hemşirelerin rolü**

Küresel sağlık hizmetlerindeki en büyük iş gücü olan hemşireler, palyatif bakım kalitesini etkileyecek stratejik bir konumdadır.<sup>39</sup> Hemşireler yaşam sonu bakımında merkezi bir rol oynarlar, çünkü temelinde kişinin haysiyetine saygı olan hemşirelik, yaşam sonu hastaları için neyin önemli olduğunu anlamada potansiyel sağlar. Palyatif bakım sağlık hizmetleri üzerine yapılan 2016 sistematik derleme, hemşirelerin rolünün diğer disiplinlerden daha fazla desteği olduğunu bildirmiştir.<sup>40</sup> İçinde buldukları toplumla birlikte ve disiplinler arası bir ekibin parçası olarak çalışan hemşireler, kaliteli yaşam sonu bakım sunar, insanların mümkün olduğunca uzun süre yaşamasını sağlar ve palyatif bakıma evrensel erişim ve başarılı, kapsamlı, entegre bir bakım sistemine ulaşım taleplerini dile getirirler.



Kastelo, İber Yarımadası'ndaki ilk pediatrik palyatif bakım ünitesidir. Burada bir grup hemşire ve çocuk doktoru, kronik hastalığı olan 30 çocuğa bakım sunmaktadır.

### **Mümkün olduğunca uzun süre iyi yaşama umudu**

Umut, hayatı sınırlayan koşullarla yaşayan farklı insanlar için farklı şeyler ifade eder. Bazıları için umut, yaşamı uzatma veya tıbbi tedavi arzusudur, ama bu klinik olarak mümkün olmayabilir. Diğerleri için ise umut, iyi kişisel ilişkilere ve iyi yaşam kalitesine sahip olmak ve hedefler belirleyip onlara ulaşmaktır. Umut, kişinin ruhsal veya dini inançlarında da olabilir. Hemşirelik girişimleri bu umudu gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır. Hedeflerin sürdürülmesi, insanların mümkün olduğunca uzun süre yaşamasını sağlamada kritik bir rol oynayabilir. Umut, bu şekilde kavramsallaştırıldığında, kişinin hayata aktif katılımına ve birey için neyin iyi ve olumlu olduğunu belirlemeye ve diğerleriyle kurduğu



bağlantıların kalitesine daha fazla önem verir.<sup>41</sup> Bu bütüncül, birey merkezli umut algısı, sınırlayıcı koşullar altında olabildiğince uzun süre yaşamaya odaklanır ve hemşirelik felsefesi ve uygulaması ile uyumludur.

### **Kaliteli palyatif bakıma evrensel erişim umudu**

Sosyolog Alan Kellehear şöyle der: “*modern ölümü en büyük ahlaki sınavlara tabi tutan şey kanser, kalp hastalığı veya tıp bilimi değil, yoksulluk, yaşlanma ve sosyal dışlanmadır.*”<sup>42</sup> Hemşirelik, sosyal dezavantajlarla ilgili zorlukları ele almak ve ihtiyaç sahibi topluluklara ulaşmak için büyük bir potansiyele sahiptir. Bununla birlikte, son zamanlarda yapılan çok ülkeli bir çalışmada, tüm ülkelerde yaşam sonu evde bakım sağlama konusunda önemli engellerin bulunduğu vurgulanmıştır.<sup>43</sup> Bu engeller, personel yetersizliği, finansman ve politika eksikliği, yaşam sonu bakım hizmetlerine yetersiz erişim ve toplumun hizmetlere ilişkin farkındalığının düşük olmasıdır. Palyatif bakımda hemşirelik hizmetlerinin kapasitesini artırmak için bu konuların ele alınması gerekmektedir. Çünkü hemşirelik hizmetleri, sosyal koşullar ne olursa olsun kaliteli palyatif bakıma evrensel erişim sağlama umudumuzun anahtarı olmaya devam etmektedir.

### **Gelişen, kapsamlı ve entegre bir bakım sistemi umudu**

Kaynakları olan ülkelerde bile yaşam sonu bakım paradokslarından biri, bu tür hizmetlerin yeterince kullanılmamasıdır. Bazı yazarlar,<sup>44</sup> özellikle iyi kaynaklara sahip ülkelerde, biyomedikal süreçlerin hakimiyetinin palyatif bakımı aşırı tıbbi hale getirdiğini ve dolayısıyla onun temel bütüncül amacını kaybetme riski taşıdığını iddia etmişlerdir. Hemşireler, bu tür eğilimleri önlemede ve palyatif bilimindeki ilerlemelerin hastaların, ailelerinin ve toplumun ihtiyaçlarına ve isteklerine cevap vermeye devam etmesini sağlamada önemli bir savunuculuk rolüne sahiptir. Hemşireler, halkın ve toplumun sesinin bakımda duyulmasını sağlayabilir ve bakımın insani yönlerinin ihmal edilmemesini sağlamak için yeterli kaynakları savunabilir. Palyatif bakım bilginiz ilerledikçe ve bütün dünyada palyatif bakım hizmetlerine yönelik artan talep ile karşı karşıya kalındığında hemşireler, tüm topluluklarda ve ortamlarda yaşam sonu bakımının bütüncül bakış açısına katkıda bulunmakta ve kapsamlı ve entegre bakım sistemlerinin gelişmeye devam edeceğine dair ümit aşılamaktadır.



Kastelo, İber Yarımadası'ndaki ilk pediatrik palyatif bakım ünitesidir. Burada bir grup hemşire ve çocuk doktoru, kronik hastalığı olan 30 çocuğa bakım sağlamaktadır.

### **Vaka Çalışması**

#### **Tayvan - Yaşlı ebeveynlerin bakımı**

#### **Yuling Wang, Tayvan**

Ölüm, Doğu Asya kültürlerinde tartışılması her zaman zor bir konu olmuştur, ancak hamilelik sırasında bebeğini kaybeden kadınların kederlerini atlatıp normal hayata dönmeleri daha da zordur.

Fetal konjenital anomali, Tayvan'da on yıllardır yenidoğan ölümlerinin en büyük nedenlerindedir. Hamilelik sırasında bebek kaybının neden olduğu yas başkadır, kadınlar ve aileleri üstünde travmatik etkilere sahiptir. Bununla birlikte, Tayvan kültüründeki ölüme dair geleneksel inançlar ebeveynin yas sürecini kısıtlayabilir veya engelleyebilir. O yüzden, bu tarz ailelere profesyonel destek sağlamak şarttır.



2018'de Ulusal Tayvan Üniversitesi Çocuk Hastanesi, bütüncül bakımın temelini güçlendirmek amacıyla Çocuk Dostu Tıbbi Hizmet Projesi'ni başlatmıştır. Proje, fetüsten yetişkinliğe kadar çocuklara kapsamlı ve sağlıklı bir ortam sunmaya odaklanmaktadır.

Başhemşire Pi-Lan Chang'ın yönlendirmesi ve Profesör Shao-Yu Tsai'in denetimi altında, hemşire Yuling Wang, gebelikleri sırasında kayıp yaşayan ailelerin ihtiyaçları, başa çıkma stratejileri ve kaynakları konusunda bir katılımcı gözlem araştırması gerçekleştirmiştir. Hastaneye yatıştan taburculuğun ikinci ayına kadar yas desteği sağlanmıştır.

Olumlu ve güvenilir bir ilişki geliştirmek amacıyla her aile için özel hemşire-aile ortaklığı kurulmuştur. Araştırma hemşiresi merhametli ve duygusal destek odaklı bakım sunmuştur. Ebeveynlerin yenidoğan ölümüne ilişkin durumlarını belirlemek için ilk adım atılmıştır. Ölüm tabusuna dair endişe duyan ve doğum sonrası duygularını ifade etmekten korkan ebeveynlere, terapötik iletişim yoluyla duygularını ifade etmelerine yardımcı olmak için rehberlik sunuldu. Baskılanmış kederi hafifletmenin bir yolu olarak ruhsal destek sağlamak amacıyla din adamları ve aile üyeleri ile de işbirliği yapılmıştır.

Çalışmaya 28 aile dahil edildi ve 19'u ile kliniğimizi tekrar ziyaret ettiklerinde retrospektif görüşmeler yapılmıştır. Aileleri ve bebekleri arasında bir bağ kurmak için yaşam öyküleri uygulamasını gerçekleştirdikten sonra, bebeklerini gören aileler ve bebeklerini görmeyenler, üzüntüleriyle başa çıkmak için kendi yollarını takip etme konusunda güçlendirilmiş oldular.

Biz, ailelerin kendi güçlerini ve dayanıklılıklarını tanıyabildiğini ve düşüğün ne anlama geldiğini yeniden tanımlayabildiklerini bulduk. Bir ebeveyn "*O, Tanrı'dan bir armağandı, bize bir sebep için geldi ve yanında güçlü bir zihin ve sevgi getirdi.*" diye durumu açıklamıştır.

Belirsizlik, bilgi eksikliği ve toplum tarafından yargılanma bu aileler için büyük stres faktörleridir ve ebeveynler profesyonel destek arzusunu şu şekilde ifade etmişlerdir: "*Bu acı dolu yolculuk sırasında yargılayıcı olmayan önerilerde bulunabilecek ve rehber olabilecek bir uzmana ihtiyacımız var.*"

Bu pilot araştırma vasıtasıyla, ekibimiz önce yas tutan insanların ihtiyaçlarını araştırdı, sonra bastırılmış kederlerini açığa çıkarmaya ve onunla başa çıkmanın bir yolunu bulmalarına yardımcı olmuştur.

Sağlık profesyonellerinin kültüre duyarlı yas tutma desteği vermesi önemlidir. Bütüncül bakım kavramıyla, ekibimiz aileler ve kaybettikleri bebekleri arasındaki bağı başarıyla yeniden inşa etmiştir ve böylece aileler hayat ve ölüm arasında bağlantı kurmayı başarmıştır.



**Hizmet verdiğimiz insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için doğru şeyleri yapıyor muyuz?**

*Michael J. Villeneuve, Kanada Hemşireler Derneği İcra Kurulu Başkanı & Claire Betker, Kanada Hemşireler Derneği Başkanı*

**“Her ülkenin evrensel sağlık güvencesi yolculuğu birbirinden farklıdır. Ancak, tüm ülkelerde, kilit nokta, başkalarının karar verdiği bakım hizmetleri değil, insanların ifade ettikleri ihtiyaçlara yönelik bakım hizmetleri sunan bir sistem geliştirmektir.**

**Dr. Tedros Ghebreyesus**

DSÖ Genel Müdürü<sup>45</sup>

Sağlığın ve iyilik halinin geliştirilmesinden yaşam sonu bakıma, sağlık hizmetleri dünya çapında farklı farklı ortamlarda verilmektedir. Hangi hizmetlerin gerekli olduğuna ve bu hizmetleri sunmak için hangi ortamın en iyi ortam olduğuna dair verilen kararlar her zaman net veya tutarlı değildir. Kararlar, ideoloji, ekonomi, politika veya net kanıtlara pek dayanmayan güçlere göre şekillenir. Liderler daha fazla, daha iyi, daha hızlı ve daha hesaplı sağlık hizmeti sunma talepleriyle uğraşırken, doğru hizmetleri doğru yerde ve doğru şekilde sağlayıp sağlamadığımızı sormamız gerekir: Bu hizmetler, hizmetleri kullanan ve bunları sunan kişiler için uygun mu?, erişilebilir mi?, güvenli mi?, klinik olarak etkili mi? ve tatmin edici midir?

Sağlık sistemleri buna değer temelli sağlık hizmeti şeklinde bakmaya başlamıştır: Hastalar, bireyler ve topluluklar için önemli çıktılarının sağlanması ve bu çıktıları elde etmenin maliyetidir. Bunu başarmak için *Beş Doğru*'yu sormamız gerekir: Doğru Bakımı, Doğru Sağlayıcı tarafından, Doğru Zamanda, Doğru Yerde ve Doğru Maliyetle sağlıyor muyuz?

### **Akut bakım ve maliyetlerin yükselişi**

Sosyal harcamalar ile sağlık harcamaları arasındaki denge, sağlık çıktılarına sadece sağlık hizmetlerine harcanan mutlak miktardan daha fazla katkıda bulunmaktadır.<sup>46</sup> Bununla birlikte, halkın çoğu için hastaneler, gayet etkili şekilde hizmet veren halk sağlığı programlarından çok daha görünür, eylem odaklı ve heyecan vericidir. Hastaneler bireysel sağlıkta çarpıcı iyileşmelere tanık olmakla birlikte, daha büyük popülasyonun sağlığı üzerindeki etkileri daha az nettir. Tedavi ve sağlığın bağlantılı olduğuna, yani, daha akut bakımın ve daha çok doktorun, ilacın, ve binanın daha iyi sağlık anlamına geldiğine dair inanç bazı insanların “*akutun baştan çıkarıcılığı*” olarak adlandırdığı şeye neden olmuştur.

Bu olguya bir örnek Kanada ve ABD'nin Kuzey Amerika sağlık sistemleridir. Bir nüfusun sağlığının resmi sağlık hizmetleriyle ilgisi olmayan faktörlerle alakalı olduğuna dair birçok kanıt olmasına rağmen, bu iki ülkedeki karar vericiler akut bakıma başvurudaki yoğunluğu bir türlü azaltamadılar. ABD, sağlık hizmetlerine diğer tüm ülkelerden daha fazla harcama (2017'de kişi başına 10,739 dolar veya gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYİH) %17,9'u) yapmaktadır. Kanada ise Genel Sağlık Sigortası programına 2018'de kişi başı yaklaşık 6.839 dolar yani, GSYİH'nin %11.3'ünü harcadı.<sup>48</sup> *Beş Doğru*'dan dördü yerine getirilirse bu harcamalar tolere edilebilir. Ancak bunu destekleyen çok az kanıt vardır.

Mevcut sağlık sistemlerinin artan maliyetleri ve kayıtların güvenliğine dair kaygılar giderek artmaktadır ve bu da, toplum sağlığı için doğru şeyleri yapıp yapmadığımız hakkında sert tartışmalara yol açmaktadır. İngiliz Milletler Topluluğu Fonu raporları, Kanada ve ABD sağlık sistemlerinin etkinliğini, hakkaniyetini, güvenliğini ve sağlık çıktılarını masaya yatırmaktadır ve bu iki ülkenin sağlık sistemleri, diğer zengin OECD ülkelerinin de olduğu listenin, genellikle en sonlarındadır.<sup>49</sup> Kanada'nın yıllardır kaliteye ve güvenliğe odaklanmasına rağmen, 2017'de yapılan bir araştırma, kontrol edilmediği takdirde, önümüzdeki otuz yıl boyunca akut ve evde bakım ortamlarında yıllık yaklaşık 400.000 hasta güvenliği kazaları yaşanabileceği sonucuna varmıştır, ayrıca bu kazaların tedavisinin yılda 2,75 milyar dolara mal olacağını da eklemiştir.<sup>50</sup> Bu olaylara bağlı ölümler, kanser ve kalp hastalıklarından dolayı ölümlerden hemen sonra gelir. DSÖ, küresel olarak 10 hastadan birinin hastanedeyken zarar gördüğünü ve hastanın zarar görmesinin ölüm ve sakatlığın ilk on nedeninden biri olduğunu belirtmiştir.<sup>51</sup>

## **Daha iyi çıktılar elde etmek için hemşirelik görevlendirilebilir.**

Sağlık sistemlerini dönüştürmek ve bakıma erişimi artırmak için hemşirelerin aktif katılımı gereklidir. 2019'da Singapur'daki ICN Kongresi'nde konuşan DSÖ doktoru Tedros Ghebreyesus şu sözleri dile getirmiştir: “*Hemşireleri ve ebeleri güçlendirip donatmadığımız ve güçlerini kullanmadığımız sürece SKH'deki genel sağlık sigortacılığı ve sağlıkla ilgili hedeflere ulaşamayız.*” Hemşireler çözümlere sahiptir ve sağlık sistemlerindeki problemlerin aşılmasında daha etkin bir şekilde görev alabilir, ancak bu değişime öncülük etmek için onları eğitmeli, görevlendirmeli, desteklemeli ve ödüllendirmeliyiz ve biz de güçlü bir şekilde adım atmalı ve bir şeyler yapmalıyız.

Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve toplumların sağlık ihtiyaçlarını daha iyi eşleştirmek için, Tomblin-Murphy ve ark.<sup>52</sup> tarafından geliştirilen Hizmet Temelli Planlama Çerçevesi (Service Based Planning Framework) gibi bir insan kaynakları planlama modeli kullanılabilir. Bu Çerçeve nüfusun sağlık ihtiyaçlarını ve onları karşılamak için gereken yeterlilikleri ve sağlık ekiplerinin sahip olduğu yeterlilikleri belirler. Arz/talep/yeterlilik arasındaki açıklığa baktığımızda, “*sağlık hizmeti sağlayıcılarının hastalara tatmin edici yollarla ve uygun maliyetlerle güvenli bir şekilde yetkinlik sağlayabileceği görülmektedir.*”<sup>53</sup>

Hemşirelerin, işe yaradığını bildiğimiz ve mevcut hemşirelik uygulamaları kapsamında gerçekleştirebilecekleri çözümleri vardır. Kanıtlar, doğru sayıda iyi eğitilmiş hemşirenin ve karma hemşirelik kategorilerinin birçok ortamda (hastanede hemşire istihdamı, morbidite ve mortalite sonuçları arasındaki ilişkiye dikkat çeken birçok kanıt da dahil) pozitif sağlık çıktıları sağladığını göstermektedir. Hemşire liderliğindeki bakım modelleri, geleneksel modellere kıyasla klinik olarak ve maliyet açısından daha etkindir ve toplumun memnuniyeti daha fazla sağlamaktadır. Örneğin, Browne ve ark.<sup>46</sup>'nın gerçekleştirdiği çalışmada “*kronik hastalıkları olan kişiler için önleyici öz-yönetime odaklanan hemşire liderliğindeki proaktif ve hedefli bakım modelleri, geleneksel bakım modelleri ile karşılaştırıldığında onlar kadar ya da onlardan daha çok etkili ve onlar kadar veya onlardan daha az maliyetlidir.*” sonucuna ulaşmıştır. İngiltere'de Kraliyet Hemşirelik Koleji'nin hemşirelerin ilaç yazmasına yönelik hazırladığı rapora göre,<sup>54</sup> ilaçlara ve tedaviye daha fazla zamanında erişim, bir doktora görünmek zorunda olan hastalar için daha fazla esneklik, doktorların karmaşık hastalara bakım sunmasına olanak sağlayan daha yüksek hizmet verimliliği, önlenebilir acil durum ve hastane başvurularının ayrıştırılması ve daha fazla hasta-merkezli bakıma daha çok yüksek erişim olmak üzere hasta bakımında gelişmeler olduğu bulunmuştur.

Halk sağlığının çoğu hemşireler tarafından planlanır ve gerçekleştirilir. İngiltere'de 2017'de gerçekleştirilen bir çalışmaya göre, “*halk sağlığı girişimlerine yatırım yapmanın medyan geri dönüşü yaklaşık 14: 1'dir, yani, halk sağlığına yatırılan her 1 sterlin, halk sağlığı ve sosyal bakım ekonomisine 14 sterlin olarak geri döner.*”<sup>56</sup>, “*Basu ve ark. “fazla harcamadan kaynaklanan akut bakım hastaneleri üzerindeki baskının büyük ölçüde ... evde bakım, komplike sürekli bakım, bakım evleri ve hastalığa özgü bakım tesislerinin uygun şekilde genişletilmesi yoluyla” azaltılabileceğini savundu.*”<sup>57</sup> Bu bakımın tamamı hemşirelik bakımındır ve çözümlerin uygulanmasında hemşirelerin liderliği öne çıkmalıdır.<sup>58</sup>

### **İlerlemek**

Son 20 yılda Kanada ve ABD'de yapılan anketlerde, hemşireler neredeyse her zaman halkın en güvendiği sağlık çalışanları listesinin başında yer almaktadır. Bu çıktı, mesleki derneklerin onlarca yıllık sıkı çalışmasının, uygulama standartlarının geliştirilmesinin, kayıtlı hemşirelerin uygulama alanında hizmet verebilmesi için en az bir lisans diplomasına sahip olması gerekliliğinin, ileri düzey hemşireler için yüksek lisans programlarının sayısındaki artışın ve federasyonun tüm bölgelerinde yapılan ortak sınavlar da dahil güçlü hemşirelik düzenlemesinin bir sonucudur. Hemşirelere duyulan bu üst düzey güven, hemşirelik için, diğer tüm meslek gruplarının imrendiği muazzam bir kaynaktır ve bu da bize büyük bir güç vermektedir.

Halk, hemşirelerden sağlık hizmetlerini dönüştürmek için işbirliği yapmasını ve böylece ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde sunabilmesini beklemektedir. Bu alanda, Kanada ve Amerikan Hemşireler Dernekleri ve Amerikan Hemşirelik Akademisi gibi güçlü hemşirelik ve politika organizasyonları hemşireler adına kamu politikalarında değişikliklerin gerçekleştirilmesi yolunda önemli katkılar sunabilir.

Hemşireler, halk sağlığına daha fazla öncelik verilmesi, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesi; hastalık ve yaralanmaların önlenmesine daha fazla öncelik verilmesi gerektiğine dikkat çekerken,

küresel olarak Kanada'nın profesyonel hemşirelik işgücünden ders alabilirler. En iyi akut hizmetleri vermek istiyoruz ama ayrıca modası geçmiş gelenekleri yıkmak ve onlar yerine hemşirelerin doğru bakımı doğru yerde ve doğru zamanda makul maliyetlerle sunmalarını sağlayacak yeni yapılar inşa etmek istiyoruz.

### **Vaka Çalışması**

#### **Lübnan - Aşı erişiminin ve alımının iyileştirilmesi**

##### **Rana Hassoun, Lübnan**

2017 yılında Lübnan Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından UNICEF ve DSÖ ile koordineli olarak Hızlandırılmış Bağışıklama Faaliyetleri başlatılmıştır. Bu faaliyetlerin amacı 0 ila 15 yaş arasındaki tüm çocukları tarayarak sistemden ayrılmış ve aşılanmamış çocukları belirleyerek Lübnan'da çocuk felcini ortadan kaldırmak, İnaktive Çocuk Felci Aşısı ve Kızamık Kabakulak ve Kızamıkçık aşılarının kapsamını artırmak ve rutin aşılamayı güçlendirmektir.

Toplum sağlığı çalışanları çocukları belirler ve onları hemşire-liderliğinde bir birinci basamak sağlık merkezine (BSM) sevk eder. Merkezdeki hemşireler çocuk aşı kartını kontrol eder, ulusal aşı takvimine göre eksik aşıları yapar ve takip ve sonraki aşılar için randevu belirler. Davete icabet etmeyen çocukları ise toplum sağlık çalışanları takip eder.

Çocukların aşılar hakkında bilgi sahibi olmamasının birkaç sebebi vardır. Bu sebeplerden bazıları; nüfus artışından dolayı BSM Merkezi personelinin başının çok kalabalık olması, sınırlı insan kaynağı/kayıtlı-lisanslı hemşire sayısındaki düşüklük, BSM hizmetlerine erişim hakkında bilgisizlik, özel kliniklere, acil servislere ve hastanelere kıyasla BSM'ye olan güvenin azlığıdır.

Uygulamanın önündeki diğer engeller arasında; uzun bekleme süreleri ve ulaşım sorunları, düşük düzeyde toplum katılımı, kaçırılan randevular, eksik aşı belgeleri ve kişisel kimlik belgeleri, BSM personeline duyulan güvensizlik, bağışıklama ile ilgili mitler, yanlış bilgiler ve aşılar ücretsiz olmasına rağmen diğer başka ekonomik engeller sayılabilir.

Bağışıklama faaliyetlerini iyileştirmek için; kayıtlı hemşirelerin ve diğer personel sayısının artırılması, hemşirelere duyulan güvenin artırılması için etkili iletişim ve toplum sağlığı çalışanlarının etkin denetimi, tıbbi malzemelerin artırılması ve kaynakların daha iyi kullanılması, farkındalık ve eğitim oturumlarının artırılması, klinik ve bekleme alanlarındaki tesislerin iyileştirilmesi ve güvenli ulaşım sağlama şeklinde hemşirelik liderliği bir dizi eylem belirlemiştir.

Bu hizmetlerin ve hemşireler tarafından yapılan değişiklikler sonucunda, fakir topluluklardan 10.000'e kadar insan her yıl aşı olmakta, bu ise önceki yıllara kıyasla yüzde 400'lük bir artışa denk gelmektedir.



Lübnan'da aşı kapsamının iyileştirilmesi

#### **Hemşireler, sağlık maliyetleri ve sağlık hizmetlerinde değer arayışı**

**Dr. Jack Needleman, Kaliforniya Üniversitesi, Los Angeles, Halk Sağlığı Okulu, Sağlık Politikası ve Yönetimi Bölümü**

Sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin büyüklüğü, kendisine verilen değer kanıtıdır. Dünya genelinde sağlık harcamaları GSYİH'de önemli bir payı oluşturmakta ve ülkenin zenginliği arttıkça, ulusal zenginliğin yüzdesi de artmaktadır. DSÖ'ye göre, sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı düşük gelirli ülkelerde yaklaşık %7, orta gelirli ülkelerde %6 ve yüksek gelirli ülkelerde %10'dur. Sağlık hizmetine verilen değer bir diğer ölçütü, kamu veya özel sağlığa erişimi olmayan bireylerin sağlık hizmetleri için cebinden ne kadar para harcaması gerektiğine yönelik istekliliğidir. Yüksek gelirli ülkelerde, bu oran yaklaşık %20, orta gelirli ülkelerde %30'dan fazla ve düşük gelirli ülkelerde yaklaşık %40'tır. Sağlık hizmetlerine bu kadar değer verilirken, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini olabildiğince düşürmeye yönelik baskılar da devam etmektedir.

Düşük gelirli ülkeler için temel sorunlar, mevcut işgücünü olabildiğince verimli kullanmak ve mümkün olan en kısa sürede yüksek değerli bakım sunmak için sağlık hizmetlerini genişletmektir. Hemşireler, oldukça kısıtlı kaynaklarla bakım ihtiyaçlarını karşılamak için kritik bir bileşen olmuştur ve olmaya devam edebilir.

Genel olarak düşük ve orta gelirli ülkelerde (DOGÜ), hemşireler en büyük sağlık grubudur. Ancak DOGÜ genelinde hemşire ve hekim sayısında ciddi sıkıntılar vardır. Sahra-altı Afrika'da hem doktorların hem de hemşirelerin nüfusa oranı düşük olmakla birlikte, hekimlerin beş katı kadar hemşire vardır. Hindistan'da ise aksine, hekimlerin ve hemşirelerin toplam nüfusa oranı diğer birçok DOGÜ ile karşılaştırıldığında düşüktür.

Bu farklılıklar, bakımın düzenleniş ve verilmiş tarzındaki, doktorların ve hemşirelerin göreceli rollerindeki ve hemşireler yerine hekimlerin yetiştirilmesinin göreceli maliyetindeki veya kapasitesindeki farklılıkları açıkça göstermektedir. Hemşire/hekim oranlarının düşük olduğu ülkeler, erişimi ve hizmetleri daha hızlı ve daha düşük maliyetle genişletme fırsatını kaçırıyor olabilirler.

Doktorların sayısındaki düşüklüğü kompanse etmek için normalde hekimler tarafından yerine getirilen görevlerin bazıları özellikle hemşirelere devredilmiştir. Çalışmalar, bu görev dağılımındaki değişikliğin kısıtlı bütçe karşısında kapasitenin artırılmasında etkili olabileceğini göstermektedir. DSÖ, hemşirelere ve diğer doktor olmayan personele devredilen bakım faaliyetlerinin sorunsuz ve etkili gerçekleştirilmesi için bir dizi öneri yayınlamıştır. Bu öneriler, hemşirelere görevlerin geçici ve rasgele bir şekilde devredilemeyeceğini, politika ve organizasyonun bunu destekleyebilmesi için planlanması ve yönetilmesi gerektiğini belirtir. Görev devri iyi uygulandığında işgücü ve kaynak eksiklikleri ile başa çıkmanın etkili ve güvenli bir yolu olabileceği gerçeği hemşireler için genişletilmiş bir sorumluluk ve görev kapsamı benimsemek ve DOGÜ'deki hemşirelerin eğitimine bu kapsamı entegre etmek, sağlık hizmetlerine genişletilmiş erişim için düşük maliyet stratejileri sunabileceğini göstermektedir.

Yüksek gelirli ülkelerde nüfusun büyük çoğunluğuna hizmet sunabilecek kapsamlı sağlık sistemleri olduğundan maliyet konuları onlar için farklıdır ve ayrıca o ülkelerin vatandaşları, onları hangi sağlık hizmetlerini öncelikle almaları gerektiğine dair zor kararlar vermek zorunda bırakmayan sağlık sigortalarına veya finansman sistemlerine sahiptirler. Bu ülkeler için, erişimi sürdürmek kadar maliyetler de önemlidir.

Emek/iş gücü, hastanelerde en büyük harcama kalemidir ve emeğin/iş gücünün en büyük payı hemşireliktedir. Sonuç olarak, hastanelerde maliyet kontrolü genellikle ücretleri kısıtlayarak, profesyonel hemşirelerin rolünü azaltıp profesyonel olmayan hemşireleri daha fazla çalıştırarak hemşirelerin çalışma saatlerini azaltarak veya kısıtlayarak ve iş yüklerini artırarak yapılır. Bununla birlikte, yüksek ve orta gelirli ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde yürütülen kapsamlı araştırmalar profesyonel hemşirelerin eğitim ve uzmanlıklarını, bakımın en son aşamasına kadar sunduğunu ve hemşirelik personeli eğitimsiz olduğunda ve uygun çalışma ortamına sahip olmadığında hastanelerde maliyetlerin, ölümlerin ve diğer olumsuz olayların arttığını göstermektedir.

Bazı araştırmalar, farklı beceri düzeyindeki hemşireler mi yoksa daha fazla çalışma saatinin mi daha az maliyetli olduğuna ve daha profesyonel hemşirelerin sebep olduğu yüksek maliyetin daha az kaza ve daha kısa veya daha az hastaneye yatış sayesinde dengelenebileceğini göstermiştir. Birden fazla çalışma benzer sonuçlar vermektedir. Daha az profesyonel hemşireye sahip hastanelerde, daha uzun kalma süresi ve daha yüksek kaza oranlarının sebep olduğu maliyetler, hastanenin profesyonel hemşire oranını artırmak için harcaacağı maliyetleri aşmaktadır. Yani, hemşirelik işgücünün vasıfsız hale getirilmesi daha yüksek maliyetlere neden olmaktadır. Hemşirelik bakım saatlerinin artırılması, daha uzun süreli kazalarla ilişkili maliyetleri azaltır, ancak net maliyetler toplam hastane maliyetlerine göre düşüktür. Ayrıca, daha yeterli işgücü sayesinde önlenen ölümlerin sayısı bu maliyetlere bölünürse, ölümlerin önlenmesinin maliyeti kabul edilebilir aralıktadır. Özetle, tasarruflar ve kurtarılan hayatların net maliyeti, yüksek gelirli ülkelerde yeterli hemşire işgücü maliyetlerinin gerekliliğini doğrulamaktadır.

Yatan hasta bakımının ötesine baktığımızda, yüksek gelirli ülkelerde profesyonel hemşirelere ayakta tedavi ve koordine bakımda daha etkin bir şekilde yer verilebileceğine dair görüş giderek daha çok kabul görmektedir. Bunlar arasında hasta öyküsü almak, fiziksel muayene yapmak ve reçete edilen tedavinin etkili bir şekilde nasıl başlatılacağına ve sürdürüleceğine dair danışmanlık vermek yer alır. Bu, doktorların değerlendirme, tanılama ve reçete yazma üzerine odaklanmalarına fırsat verir ve bu şekilde hemşirelerin fiziksel değerlendirme, görüşme ve hasta eğitimi uzmanlığından daha fazla yararlanılmış olur. Ayakta tedavi ortamlarında, hemşirelerin ek maliyeti, hasta sayısının artması ve hekimlerin üretkenliğinin artmasıyla dengelenmektedir. Hastaneye yatma veya tekrar yatma olasılığını azaltmak için, hemşirelere çok sayıda kronik hastalığı olan kişilerin ve hastaneden taburcu edilecek kişilerin bakım koordinatörü ve eğitimcisi olarak yaygın bir şekilde sorumluluk verilmektedir.

Hemşirelerin yüksek komplikasyon veya hastaneye yatma riski olan hastalara dikkatli şekilde hedeflenmesi hasta deneyimini geliştirdiği gibi para tasarrufu da sağlamaktadır.

Son olarak, hem düşük hem de yüksek gelirli ülkelerde, hemşireleri ileri uygulamalar için eğitime çabaları artmaktadır. İleri uygulamalarda hemşireler kendilerinin veya başkalarının uygulayacağı tedavilerin değerlendirilmesi, tanı ve reçete yazma sorumluluğunu üstlenirler. Araştırmalar, ileri uygulama hemşirelerinin (İUH'ler) eğitimleri kapsamında uygulamalar yaptıklarında ve karmaşık veya tanı açısından zor hastalar için uzman hekimlere uygun sevkler yaptıklarında bakım kalitesinin hekimler tarafından sağlanan bakıma eşdeğer olduğunu ve hasta memnuniyetinin genellikle daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Düşük, orta ve yüksek gelirli ülkeler, mümkün olan en düşük maliyetle yüksek değerli sağlık hizmetleri sunmaya çalışmaktadır. Hemşireler, düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek değerli bakımın etkin bir şekilde genişletilmesi için elzemdir. Yüksek gelirli ülkelerde maliyetleri sınırlamak, hizmet genişletmek için önemli bir yardımcı hedefidir. Bu nedenle, güvenli ve güvenilir bakım sağlayabilen eğitilmiş hemşireler için yeterli fon sağlanmasına ve çoklu veya karmaşık kronik hastalığı olan hastaların maliyetlerini düşürebilen hasta eğitimi ve bakım koordinasyonu için ayakta tedavi ortamlarında profesyonel hemşirelerin ve İUH'lerin rolünü genişletmeye ihtiyaç vardır.



## **Vaka Çalışması**

### **Rusya – Video-gözlemlenilen tüberküloz tedavisi ile tedaviye uyumun artırılması**

#### **Tatiana Fedotkina, Rusya Hemşireler Birliği**

Uzun süreli Tüberküloz (TB) tedavisi, yüksek düzeyde hasta uyumu gerektirir, ancak yüksek TB oranı olan ülkelerde bu durum problem haline gelebiliyor. Rusya'da, TB tedavisi, hastalığın bulaşıcı doğası, potansiyel sosyal etkisi ve bulaşma şekli nedeniyle mecburidir.

Bununla birlikte hastaların enerjileri ve sağlıkları iyi olmadığından; ayrıca maliyetli ve zaman alıcı olduğundan günlük tedavi için hastaneye gitmek, zor olabilmektedir. Rus halk sağlığı sistemi, tedaviye uyumu kolaylaştırmak için tasarlanmış çeşitli TB tedavisi ve bakımı modelleri sunmaktadır, ancak buna rağmen, tedaviye uyum oranları %100'ün yanından bile geçmemektedir.

Hastaların çoğunun birden fazla bölgede ilaca dirençli TB'si vardır, HIV ve diyabet gibi eşlik eden hastalıklara sahiptirler. Bu insanlar için temel sağlık ihtiyacı, mümkün olan en rahat koşullarda kalarak TB'den kurtulmaktır.

Rusya'nın Tomsk bölgesinde, hastaların kendi evlerinde kalmasını ve hala ihtiyaç duydukları temel tedaviyi almasını sağlamak için video gözlemlenilen-terapi kullanıyoruz. Skype yazılımı kullanılarak gerçekleştirilen projeye 50'den fazla özel eğitilmiş ve donanımlı hemşire katılıyor.

Hastalara da Skype'a nasıl kaydolacakları ve kullanacakları konusunda eğitim veriliyor ve programa katılım için de izinleri alınıyor.



Program az hastayla başladı, Tomsk'ta sadece altı hasta vardı, ancak şu anda 30'u çocuk olmak üzere toplam 130 hasta programda bulunmaktadır. Rusya genelinde 500'den fazla hasta video-gözlemlenilen TB tedavisi görmektedir.

Tedavi oldukça popüler, çünkü hastalar tedavilerini almak için seyahat etmek zorunda olmamaktan gayet memnun. Hiçbir hasta programdan ayrılmadı. Video gözlemlenilen tedavi almayan diğer hastalar da programa katılabilmek için çaba sarf etmektedir.

TB video-tedavisi, düzenli terapi sağlar ve tedaviye uyum oranı %100'dür. Hastaların tedavilerini klinikte almak için her gün toplu taşıma araçlarına binip seyahat etmeleri gerekmediğinden TB relaps riskini ve ilaca dirençli TB gelişimini azaltır ve ayrıca enfeksiyon kontrol önlemlerini artırır.

Bu tedavi yönteminin hastalara faydası arasında tedavi için daha az zaman harcamaları, evde kalabilmeleri ve tedavi için kliniğe gitmedikleri için maliyet etkin olması belirtilmektedir. Projede olanlar sadece her yedi ila on günde bir olsa da, hala kliniği ziyaret etmektedir.

Tüm hastalar bu bakım modeline olumlu bakmaktadır. Çünkü bu model hayatlarını kolaylaştırıyor ve hala deneyimli hemşirelerden bakım alıyorlar, akıllarındaki soruları sorabiliyorlar ve sağlıkları ile ilgili endişelerini paylaşabiliyorlar. Hastalar için günlük ilaç alımı, onları iyileşme yolunda destekleyen ve teşvik eden hemşirelerle olumlu ve verimli bir işbirliğine dönüşmüş durumdadır.



## ÜÇÜNCÜ KISIM

### DÜNYAYI SAĞLIĞINA KAVUŞTURMA OLANAKLARINI HAYATA GEÇİRMEK

*“İnsanlar bilse de bilmese de hemşirelik bakımı için hastanelere gelirler.”*

#### **Terry Fulmer**

John A. Hartford Vakfı Başkanı

Hemşirelik, dünyadaki en güvenilir mesleklerden biridir. Ancak, sorulduğunda, çoğu insan hemşireliğin rollerini ve sorumluluklarını yeterince tanımlayamaz. Bu mesleğin uygulamalarının çoğu keşfedilmemiş ve reklamı yapılmamış olsa da, yine de hemşireler, yaşamın her aşamasında hala bakım hizmetlerinin ön saflarında yer almaktadır. Büyük bir olasılıkla hemşireler hastaların ve hizmet sundukları bireylerin sağlık çıktılarında belirleyici bir faktör olmaya devam edecektir.

Bu bölüm, hemşireliğin potansiyelini en iyi nasıl kullanacağını, bugün ve gelecek için işgücünün nasıl şekillendirileceğini açıklayacaktır. Güçlü hemşirelik liderliğinin sağlığı iyileştirmeye nasıl yardımcı olabileceğini, ileri uygulamaları ve hemşirelik alanındaki yenilikleri ele alacağız ve hemşirelik programı geliştirmeye ve hemşirelik işgücü planlamasında işgücü piyasasının önemini analiz edeceğiz. Ayrıca, iyi bakım ortamlarının önemini ve uygulamaları ileletmek ve yaşam boyu öğrenmeyi teşvik etmek amacıyla hemşirelik eğitimi dönüştürme ihtiyacıyla birlikte bakım ortamlarının ve uygulamaların hasta ve hemşire çıktılarıyla nasıl ilişkili olduğunu tartışacağız. Güvenli iş gücünün hasta çıktıları üzerindeki etkisi ve hemşirelerin onay ve ödülle nasıl meslekte tutulabileceğini ele

alıyoruz. Son olarak, hemşire yetersizliğini etkin bir şekilde ele almak ve hemşirelik işgücü sürdürülebilirliğini sağlamak için işgücü planlamasını tüm yönleriyle ele alıyoruz.

### **Liderlik yoluyla dünyayı sağlığına kavuşturmak**

*Profesör Jill White, Sydney Üniversitesi ve Sağlık Fakültesi Teknoloji Üniversitesi Hemşirelik ve Ebelik Fakültesi*

*Profesör Jane Salvage, ICN Global Hemşirelik Liderlik Enstitüsü Müdürü*

Dünya çapında sağlık sistemleri odak noktalarına ilişkin uzun zaman önce devrimci bir değişiklik gerçekleştirmeliydiler. 100 yılı aşkın bir süredir, çoğu ülke sağlık hizmetlerinin liderliğini, çoğunlukla hekimler tarafından yönlendirilen biyomedikal bir bakış açısıyla yapılandırmıştır. Bununla birlikte, bu bakış açısı bugün ve gelecek için artık uygun veya etkili olmayabilir. Öncelikle hastalığa odaklanıyoruz ve sağlığa yanlış mercekten bakıyoruz ve yönetiyoruz.

Burada yönelttiğimiz soru şu: Bu merceği değiştirmenin ve patolojik olmayan bir sağlık sistemine geçişin önündeki engelleri ve bunların nasıl üstesinden gelineceğini tartışmamız neden bu kadar uzun sürdü? Çözümün bir parçasının liderliğe ve politikaya daha fazla dahil olan hemşirelik olduğunu iddia ediyoruz. Ayrıca hemşirelik merceğinden liderliğin nasıl görüldüğü ve hemşirelik liderliğinin en ön cephede faaliyet gösteren sağlık çalışanlarının durumunu iyileştirmeye nasıl yardımcı olabileceği sorularını ele alıyoruz.

### **Sağlık liderliğinin mevcut bağlamı**

Sağlık liderliğinde erkek egemenliği barizdir. Kadınlar küresel sağlık iş gücünün %70'ini oluştururken liderlik rollerinin sadece %25'ini oluşturmaktadır. Küresel sağlık örgütlerinde yöneticilerin sadece %31'i, sağlık heyet başkanlarının %20'si ve sağlık bakanlarının %31'i kadındır.<sup>59</sup> Çok büyük oranda kadınların tercih ettiği hemşirelik mesleğinde bile, erkekler çok daha fazla sayıda liderlik pozisyonuna sahiptir. Örneğin, Kenya'da hemşirelerin %76'sı kadındır, ancak fakülte görevlerinin %62'si erkekler tarafından işgal edilmektedir. Hemşirelik Şimdi "Nursing Now" kampanyası kapsamında yapılan bir araştırmaya göre, hemşirelikte sadece kadınlar için bir "camdan tavan" değil, erkekler için de bir "camdan asansör" vardır.<sup>60</sup> Kadınların önündeki engellerin arasında kadınların ikili (iş/aile) rolü, çocuk bakımının maliyeti ve uygunluğunun düşük olması, eğitim ve mentörlüğün yüksek maliyeti ve elverişliliğinin düşük olması ve toplumun cinsiyetçi yapısı bulunmaktadır.

### **Hemşireliğin sağlığa katkısı**

Üçlü Etki raporu<sup>8</sup>, hemşireliğin sadece Genel Sağlık Sigortasına ulaşmaya değil, aynı zamanda cinsiyet eşitliğine ve ekonomik kalkınmaya da önemli katkısı olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır. Hemşirelerin sağlık ve sosyal politika kararlarına katılmaları gerektiğini ve daha fazla liderlik eğitimine ve fırsatlarına ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır. Tavsiyelerinin kabulü ve Hemşirelik Şimdi kampanyasının eylemleri, hemşirelik içindeki sağlık söylemlerini daha geniş şekilde değiştirdi. Bu söylemler, Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus'un 2018 yılında DSÖ Genel Müdürü olarak seçilmesiyle (küresel sağlık ortamında büyük bir değişim) daha da net bir hale gelmiştir. Bir halk sağlığı uzmanı olarak DSÖ'nün ilk Afrikalı lideri ve doktor olmayan ilk lideri Ghebreyesus, Etiyopya'daki sağlık sisteminin reformuna liderliği sayesinde hemşireliğin toplum sağlığına kritik katkısı konusunda ilk elden deneyim elde etmiştir. DSÖ'deki ilk eylemlerinden biri, Elizabeth Iro'yu üst düzey ekibine şef hemşire olarak atamaktır. Sonraki eylemleri arasında 2020'nin Hemşire ve Ebe Yılı olarak adlandırılması ve ilk DSÖ Dünya Hemşirelik Durum Raporu'nun başlatılmasıdır. Hükümetlerin, 2030 yılına kadar küresel boyuttaki sağlık problemleriyle yalnızca dokuz milyon hemşireyle nasıl başa çıkılacağı konusu üstüne düşünmeye zorlanmaktadır.<sup>61</sup> Bütün bunlar hemşireliğin siyasi gündemde üst sıralara taşınmasına yardımcı olmuştur.

Hemşirelik girişimleri, mevcut küresel epidemiyolojik ve sosyal değişikliklere, özellikle bulaşıcı olmayan hastalıklara, ruh sağlığı bozukluklarına ve yaşlanma ile ilgili konulara iyi çözümler sunabilir. Küresel olarak hemşire sayısındaki yetersizliğin olduğu bu dönemde, bu sorunlar hemşirelik iş gücü arzı ve talebi arasında giderek daha büyük dengesizlikler yaratmaktadır ve dolayısıyla değişim fırsatı olgunlaşmıştır. Peki, hemşirelik liderliği mevcut sağlık liderliğinden nasıl farklı olabilir ve hemşireleri adım atmaları için en iyi ne şekilde ve nasıl hazırlayabiliriz?

## **Hemşirelik merceğinden liderlik**

Hemşireler yaptıkları şeyleri ve mesleklerinin diğer mesleklerden farkının ne olduğunu anlayabilecek terimlerle açıklamakta zorluk çekiyorlardı. Ancak günümüzde, hemşirelerin eğitim düzeyi ve personel oranlarının maliyet-etkin olduğuna ve güvenli bakımın önemine yönelik altın standart kanıtlarımız ve DSÖ, ICN, Hemşirelik Şimdi vb. tarafından şefkatli bakımının<sup>62</sup> değerine ilişkin bazı kamuya açık beyanlar bulunmaktadır.

Hemşireler ayrıca kendilerini “güç” kelimesiyle ilişkilendirmekten hep kaçınmışlardır. Hemşirelerin güç ve nüfuz konusunda rahat hissetmelerine yardımcı olmak ve profesyonel hemşirelik uygulamalarının ötesinde sağlıkta liderlik ve politika oluşturmaya aktif olarak katılmakta yetkin olmalarını sağlamak için çok şey yapılmalıdır. ICN'nin Küresel Hemşirelik Liderlik Enstitüsü (GNLI) gibi politika liderliği geliştirme programları ve Hemşirelik Şimdi gibi kampanyalar buna öncülük etmektedir.

Florence Nightingale'i doğumunun 200. yılında hemşirelik merceğinden sağlığı açıklayan ilk lider olarak görmek ilginçtir. Özgün bir lider olarak Nightingale hem büyük resmi (makro) hem de sonuçlarını insan düzeyinde (mikro) görmüştür. Liderlik rollerindeki seçkin hemşireler son 200 yılda benzer nitelikler göstermişler, ancak birçoğu makro ve mikroyu birbiriyle ilişkilendirmede zorlanmışlardır. Hemşirelik, mikro boyutu hastalar ve topluluklar ile bireysel uygulamalara dayandığından şaşırtıcı değildir, ancak makro düzeyini kendimizi de riske atarak görmezden gelmekteyiz. Siyasetin etkisini her gün sağlık sistemlerimizin finansmanında, çözüm aradığımız sağlık sorunlarında, yaşadığımız ve çalıştığımız toplumları etkileyen sosyoekonomik faktörlerde, ülkeler içindeki ve arasındaki büyüyen eşitsizliklerde ve Genel Sağlık Sigortası sağlamadaki başarısızlıklarda hissediyoruz.

Hemşirelik merceğinden liderliğin üç önemli bileşeni şunlardır: (1) güçlü ve tutarlı bir ahlaki pusula; (2) kişisel ve kişilerarası gelişim (mikro düzey), örgütsel ve politik perspektifler (makro düzey) dahil sürekli eğitim ve (3) bu üç yönün her ikisini de sürdürme ve aralarında hareket etme yeteneğidir.

Çelişkilere rağmen, üç liderlik bileşeninin birlikte kullanılması gerekir. Mikro veya makro düzeylerde doğru eylemleri gerçekleştirmek amacıyla her üç bileşen için de gereken yeterlilikler; bölgeyi tanımak, paydaşları tanımak, kanıt ve otoriteye dayanarak tartışmak, diğer insanların bakış açılarını anlamak ve fikir birliği yapmak ve eyleme geçmektir.

Bu bileşenler nadiren sürekli olarak geliştirilir, hemşirelik eğitimi ve gelişimine entegre edilir ve genellikle liderlik programları tarafından sunulur. Bu tür mesleki gelişim, yalnızca daha üst düzeylerdeki birkaç hemşire tarafından erişilebilirdir. Bu tür fırsatların olmayışı, hemşirelerin neden sağlık hizmetlerinde öncülük etmeye hazır olmadıklarını açıklamaktadır. Kişisel ve kişilerarası gelişim erken kariyer dönemlerinde baskın olsa da, örgütsel ve politik anlayış da teşvik edilmelidir.

Üçüncü feminizm dalgası ve “Me Too” hareketi sayesinde gerçekleşen bazı değişiklikler vardır.<sup>64</sup> Örneğin, Lancet dergisi artık kadınların dahil edilmediği panellere katılmayı reddederken<sup>65</sup> toplumsal cinsiyet eşitlik konusu G7 zirvelerinde tartışılan bir konu olmuştur. Sorunlarımızdaki merkezi önemine rağmen, hemşirelikte uzun zamandır marjinal bir konu olarak ele alınan toplumsal cinsiyet

eşitliği nihayet merkezi hale geliyor. Hemşirelik liderliği ve sağlık politikası herkesin meselesi olmalıdır.<sup>66</sup> Değişiklikleri zorlamalı ve liderlik etmeye hazır olmalıyız.



### **Vaka Çalışması**

#### **Şili - bekleme süresini azaltma ve hasta deneyimini geliştirme Margarita Yercic,**

Sotero del Rio Yardım Kompleksi, Şili'nin Santiago kentinin güney doğusunda bulunan bir devlet hastanesidir ve ülkenin en savunmasız komünlerinde yaşayan 1.6 milyonluk bir nüfusa hizmet vermektedir. Komplekste günde 600 hastaya bakan ayakta tedavi ünitesi ve yaklaşık 800 yataklı ve on ameliyathane bulunan bir hastane bulunmaktadır.

Cerrahi serviste farklı uzmanlık alanlarındaki sağlık sorunlarının çözülmesini bekleyen 7000 hasta bulunmaktadır. Ortalama bekleme süresi, ameliyat türüne bağlı olarak dört haftadan sekiz yıla kadar değişmektedir.

Cerrahi müdahale seçeneklerini (akış şemalarını) analiz eden hemşirelik liderleri, hemşirelerin önderliğinde, cerrahi sürecin her bir aşamasını merkezileştirecek ve optimize edecek ameliyat öncesi birimler oluşturulmasını önermiştir.

Hastaya gerekli cerrahi müdahale ile ilgili bilgi verildikten sonra, hastanın ismi hastanenin cerrahi bekleme listesine ve ulusal cerrahi bekleme listesine eklenir. Veriler aynı zamanda ameliyat öncesi ünitenin kayıtlarında da görünür. Bu, sorumlu hemşirenin, hazırlık sürecinin tüm aşamalarını açıklamak ve ameliyatla ilgili hastanın olası sorularını cevaplamak için hastayla iletişime geçmesini sağlar. Hemşire gerekli tüm muayeneleri, konsültasyonları da koordine eder ve sürecin mümkün olduğunca hızlı şekilde tamamlanmasını sağlamak için diğer uzmanlarla ve cerrahi ekiple iletişime geçer. Son olarak, hemşire listeleri kontrol eden ve değerlendiren ekibe de aktif olarak katılır.

Ameliyat öncesi birimlerin faydaları:

- Ameliyat gerektiren hastaların bekleme listesinde %40'lık azalma
- Tüm uzmanlık alanlarında ameliyat için hazırlık süresinin sekiz aydan altı güne inmesi
- Hastaların ve ailelerinin bireysel ihtiyaçlarına cevap veren kapsamlı ve sürekli hemşirelik bakımı sağlanması
- Hastaların sağlık okuryazarlığında iyileşme
- Ameliyat birimlerinin verimli kullanımının optimizasyonu
- Laboratuvar, görüntüleme ve diğer uzmanlık alanları da dahil olmak üzere klinik destek hizmetlerinin verimliliğinde artış

- Yüksek hasta memnuniyeti
- Bakım süreci boyunca bakım koordinasyonunda gelişme

Cerrahi öncesi birimler projesi Şili Sağlık Bakanlığı tarafından tanınmış ve yerel nüfusların sağlık ihtiyaçlarını etkin bir şekilde cevap verebilmek için ülkedeki bazı devlet hastanelerinde uygulanmıştır.

### **Sağlık hizmetleri içinde ve dışında ortaklıklar ve işbirliği: Hemşirelik liderliğinde soyutlamadan karşılıklı bağlılığa geçiş**

*Bongi Sibanda, Eğitici, Sağlık Danışmanı ve İleri Uygulama Hemşiresi &*

*Profesör Khama Rogo, Dünya Bankası Baş Sağlık Sektörü Uzmanı ve Dünya Bankası Grubunun Afrika'daki Sağlık Girişimi Başkanı*

*Sağlık İşgücü için İnsan Kaynakları Küresel Stratejisi 2030,*<sup>61</sup> küresel düzeyde sağlık işgücü sorunlarının ele alınmasında temel olarak Meslekler arası Eğitim ve İşbirliği Uygulamaları'nı (MEAİU) vurgulamaktadır. MEAİU işgücü eğitiminin birden çok mesleki bilgi içermesi ve disiplinler, endüstriler ve hastalar arasında ekip çalışmasını ve işbirliğini teşvik etmesi gerektiğini ifade etmektedir. Hemşireler, sosyal sağlık çıktılarını daha iyi hale getirmek için liderlik, literatür, politika ve uygulamada işbirliği ve katılım için mevcut ve gelecekteki fırsatları yakalamalıdır.

Literatür, MEAİU'yu dünya çapında sağlık çıktılarını iyileştirmenin temel yöntemlerinden biri olarak vurgular.<sup>67, 68</sup> Tüm sağlık profesyonellerinin hasta merkezli bakım sunmak için eğitilmesi gerektiğini belirten son on yıldaki uluslararası öneriler neticesinde MEAİ akademik dünyaya ve klinik uygulamalara küresel olarak entegre edilmiştir.<sup>69</sup> Ancak daha yapılacak çok iş vardır. *Profesyoneller Arası Eğitim ve İşbirliğine Dayalı Uygulamaya ilişkin güncellenmiş DSÖ Eylem Çerçevesi*<sup>70</sup> ve 2020'de yayınlanacak olan Sidney Meslekler arası Deklarasyonu<sup>71</sup> tüm dünyada MEAİU gündemini ilerletmede temel olacaklardır.

### **Ekonomi ve ticaret**

Genel Sağlık Sigortası'nın üç ayağından (Erişim-Kalite-Maliyet), insan kaynağı, temel bir girdi olduğundan ve o olmadan ne erişim ne de kalite sağlanabileceğinden sağlık sektörünün işleyiş biçiminde yenilikçi ve radikal değişim çağrısında bulunmaktadır. Hemşire, sağlık yönetimi ekibinin kritik ve güvenilir bir üyesidir. Hemşirelik, klinik ve klinik olmayan süreçlerin çoğunda en hesaplı temel bir katalizördür. Birinci basamak düzeyinde (önleme, aşılama ve evde bakım ve sosyal yardımlar), ikincil düzeyde (hasta, klinikler ve cerrahide) ve üçüncü basamak bakımda (özel bakım ve bulaşıcı olmayan hastalıklar) hemşirelik becerisine ihtiyaç vardır.

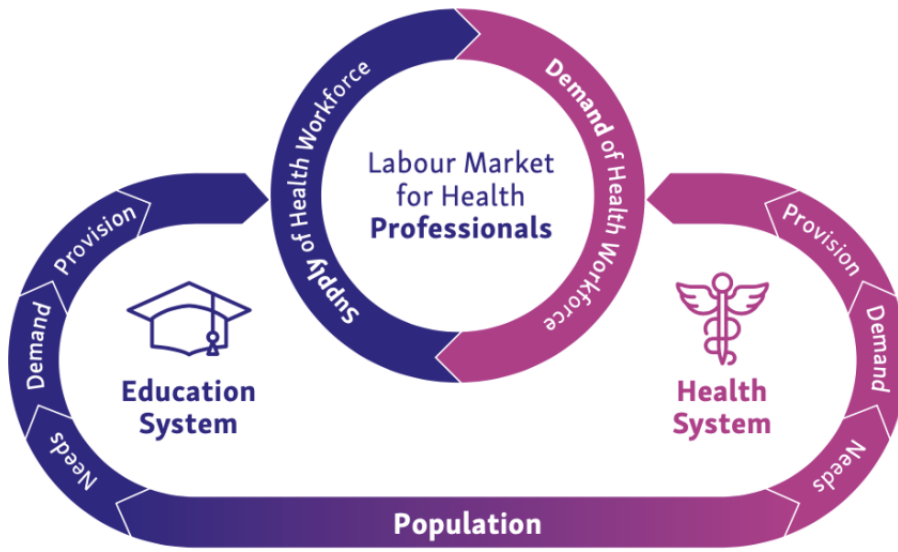
Bununla birlikte, hemşirelik küresel olarak takdir edilmemektedir<sup>8</sup> ve üretimi hiçbir zaman işgücü piyasası analizine tabi tutulmamıştır. *Dünya Hemşirelik Raporu* bu diyaloga rehberlik edecek bir rapordur.

Hemşire/nüfus oranına ilişkin öneriler hızla değişen dünyada pek anlam ifade etmemektedir. Kaç hemşireye ihtiyaç duyulduğu ve onların hangi becerilere sahip olmaları gerektiği, genel küresel oranlarla tanımlanamayacak kadar duruma bağlıdır. Afrika'da bu yaklaşım, mevcut ulusal/bölgesel ihtiyaçlardan çok, sömürge geçmişine dayalı hemşirelik eğitimi müfredatının tartışmasız devam etmesine yol açmıştır.<sup>73</sup> Batı modellerine dayalı yeni ön lisans düzeyinde eğitim; yenilikçi öğrenme yaklaşımlarına rağmen aynı ders süreleri; bulaşıcı olmayan hastalıkları tedavi etmek için uzmanlaşmış hemşire eğitimi fırsatlarına sınırlı erişim; genel yatak başı hemşireliği için profesyonel fırsat eksikliği; ön saflardaki hemşireler için yeniliklere uzaklık ve rekabetçi olmayan ücretlendirme ve kötü iş ilişkileri devam etmiştir.

Son otuz yıl içinde Afrika'da birçok hemşirelik okulu açıldı ve birçok hemşire yetiştirildi, ancak kalite ve ilgi düzeyi düşmüştür. Afrika'da hemşirelerin işsizlik oranı zirveye ulaşmış durumda olduğundan birçoğu istihdam beklentisi olmadan mezun olmaktadır.

Özel sektör, Afrika'daki hemşirelerin hem eğitim hem de istihdamında giderek artan bir rol oynamaktadır, ancak düzenlemeler hala zayıf kalmaktadır. Lise mezunlarına hizmet etmek için bugün devlet okullarından daha çok özel hemşirelik ve tıp fakülteleri kurulmaktadır.

Özel eğitimin maliyeti daha yüksektir, o yüzden de aileler yatırımlarının geri dönüşü olacağından emin olamadıkları için masraf yapmaktan kaçınmaktadırlar. O yüzden de hemşirelik çoğu öğrenci için tercih edilen bir meslek olmaktan çıkmıştır. Bunun da hemşirelik kalitesi, mesleki bağlılık ve beyin göçü üzerindeki etkisi göz ardı edilememektedir.



**Şekil 1: Eğitim, işgücü piyasaları ve sağlık sektörünün kesişimi**

### **Politika ve uygulama için öneriler/Eyleme çağrısı**

Mevcut hemşirelik işgücü sorunları ve hemşirelik eğitimindeki gelişmeler göz önüne alındığında, müfredatların ülke bağlamları, nüfus ihtiyaçları, hizmet sunumu ve uygulamada etkili klinik gözetim ile uyumlu olmasını sağlamak için paydaşlar arasında işbirliği şarttır. MEAİU ilkelerini dahil ederken uygulama ve eğitim arasında sinerji yaratmanın önemini ne kadar vurgulasak azdır.

Hemşire işgücü piyasası çalışmaları, hem pazarın hem de bireysel profesyonellerin ihtiyaçlarını anlamamıza ve eğitim ile sağlık sektörü arasındaki diyalogu geliştirmemize yardımcı olmak için elzemdir. Daha fazla hemşireye ihtiyacımız olduğu ve DSÖ tarafından tanımlanan oranı karşılamak için daha fazla hemşireyi eğitmemiz gerektiği artık çok nettir.

Hemşire liderlerinin akademide ve pratikte inovasyon ve girişimcilik faaliyetlerinin önemini anlamaları şarttır. Yüksek nitelikte bireyleri mesleğe çekmek ve onların meslekte kalmasını sağlamak



ve hasta çıktılarını iyileştirmek için sağlık hizmetini olumlu bir şekilde değiştirmek istiyorsak, bunu yapmak zorundayız.

## **Vaka Çalışması**

### **Güney Afrika - Cinsel şiddete karşı işbirliği**

#### **Klinik Adli Hemşirelik**

##### **Volene Joy Werely, Güney Afrika**

Klinik Adli Hemşireler (KAH'lar), cinsel saldırı ve aile içi istismar mağdurlarına ve faillerine bakan birinci basamak sağlık uygulamalarıdır. KAH'lar, savunuculukta, önlemede ve toplumların ve diğer sağlık profesyonellerinin eğitiminde önde gelen seslerdir. KAH'lar, Güney Afrika Hemşirelik Konseyi'ne kayıtlı ve adli klinik tıp eğitimi almış, hastaları muayene etme, soruşturmalar için adli deliller toplama, danışmanlık ve test yapma ve mahkemede ifade verme yetkisine sahip hemşirelerdir.

KAH'ın uygulamalarının kapsamı, klinik hemşirelerin yargıya karşı sorumluluklarında ikili rol ve sorumluluklara sahip olduğunu göstermektedir.

Klinik rolleri gereği, KAH'lar hastaları değerlendirir, inceler, hikayelerini öğrenir, fiziksel muayenelerini yapar, psikolojik ve duygusal değerlendirmeler gerçekleştirir.

Ayrıca

- Tanı koyarlar, DNA örnekleri alırlar ve fotoğraf görüntüleme gerçekleştirirler.
- Maruziyet sonrası profilaktikler dahil tedavi sağlarlar.
- Diğer sağlık profesyonellerine ve kaynaklara sevk ederler
- İnsan ticareti mağdurlarını tespit ederler.

Yargı rolleri gereği, KAH'ların sorumlulukları aşağıdaki gibidir:

- Adaletin uygulanmasında mahkemeye yardımcı olma
- İfade için ruhsal uygunluğu değerlendirme
- Yargılanma ve çapraz sorgu için uygunluğu değerlendirme
- Muayenelerin doğruluğunu sağlama

Uygulamada, KAH'lar etik ve yasal ikilemlerle karşı karşıya kalırlar - etik açıdan en savunulabilir seçeneğin yasal olmayabileceği ve yasal seçeneklerin etik açıdan savunulabilir olmayabileceği gerçeğidir.

Hem mağdur hem de faillere hizmet eden KAH'lar, çelişen duygular ve bilişsel süreçlerle, etik ve rasyonel karar alma süreçleriyle baş etmek durumunda kalabilir. Konuları çeşitli perspektiflerden, değerlerden ve bağlamlardan ele alma kapasitesi önyargıları önlemede kritik bir öneme sahiptir.

İlgili tüm paydaşlar arasında meslekler arası ve sektörler arası işbirliği modelinin güçlendirilmesi, olumlu klinik çıktılar elde etmek ve mağdurlara adalet sağlamak açısından önemlidir.

## **Hasta güvenliği ve nitelikli hemşire işgücünün sürdürülmesi için gerekli olan güvenli bakım ortamları**

*Dr. Linda H Aiken, Sağlık Çıktıları ve Politika Araştırmaları Merkezi Müdürü ve*

*Claire M. Fagin Liderlik Hemşirelik Bilimi Profesörü ve Sosyoloji Profesörü, Pennsylvania Üniversitesi, ABD*

*Dr. Matthew McHugh Pennsylvania Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelik Eğitimi ve Hemşirelik Profesörü ve Sağlık Çıktıları ve Politika Araştırmaları Merkezi Müdür Yardımcısı*

Araştırmalar, tıbbi hataların dünya çapında ölüm ve morbiditenin önemli sebeplerinden biri olduğunu göstermektedir.<sup>74</sup> Bakım ortamları, hem hastalar<sup>75</sup> hem de hastaların bakım ve güvenliğinden sorumlu sağlık profesyonelleri için tehlikeli olabilir.<sup>76</sup> Bakımla ilişkili enfeksiyonlar önemli bir sorundur, acı ve ölüme neden olur.<sup>77</sup> Hastalar için diğer potansiyel zararlar yanlış ilaç veya doz, bakım sırasında düşme ve yaralanmalar veya önlenemez deride basınç yaralanmalarıdır. Hastalığın ciddiyetinden ziyade güvenli olmayan bakım ortamlarına bağlı mortalitede, hastaneden hastaneye büyük farklılıklar vardır. Hemşireler, bakım ortamlarının iyileştirilmesinde önemli bir rol oynar, ancak kaynakları kısıtlıdır ve hastaları güvende tutmak için bakım ortamlarında gereken değişiklikleri yapma yetkisine sahip değildir.

Çığır açan hasta güvenliği raporu, *To Err Is Human (Hata insana Özgüdür)*, bakım ortamlarının önemini anlamamıza çok önemli bir katkı sağlamıştır. Hatalar nedeniyle klinisyenleri suçlamaktansa, hastaların güvenliğini tesis etmek için bakım ortamlarının ve çalışma alanlarının yeniden tasarlanmasından hastanelerin sorumluluğu olduğunu belirtir. Hemşirelerin çalışma ortamlarının dönüştürülmesi, hasta güvenliğini artırmak için öncelik olarak tanımlanmıştır.<sup>78</sup> Bununla birlikte, hastaları tehlikelerden korumak için çoklu klinik müdahaleler tanımlanmasına rağmen, hasta güvenliğine dair endişeler hala varlığını sürdürmektedir. ABD hastanelerinde yapılan son bir araştırmada, son on yılda hastanelerin sadece %21'inin bakım ortamlarını %10 kadar iyileştirdiğini ve bakım ortamlarını iyileştiren hastanelerin, hasta güvenliğinde en büyük gelişmeleri kaydettiğini göstermektedir.<sup>75</sup>

### **İyi bakım ortamı nedir?**

İyi bir bakım ortamı, kanıta dayalı klinik uygulamaların yüksek derecede güvenilirlikle uygulandığı, klinik personelin yanı sıra hastalar ve aileleri açısından da insan odaklı olan, personelin, iş yükünün sorumluluklarıyla orantılı olduğu ve organizasyonun sürekli daha iyi hizmet vermek için kendini geliştirdiği yerdir.

İyi bakım ortamı ve iyi çalışma ortamı temelde aynı kavramdır. Araştırmalar, işlerinden memnun olmayan ve tükenmişlik yaşayan hemşirelerin olduğu hastanelerdeki hastaların da memnun olmadığını ve klinik çıktıların daha kötü olduğunu göstermektedir.<sup>75</sup> İyi bakım ve çalışma ortamları ile ilişkili örgütsel özellikler arasında klinik bakım hemşireleri ile üst düzey yönetim arasında çok az fark bulunan düz bir organizasyon yapısı bulunmaktadır. Otorite klinik bakım etrafında şekillenir, merkezi değildir, hastaya en yakın klinisyenlere aittir, iyi işleyen disiplinler arası takımlar beklenir ve desteklenir. Çalışma ortamlarını ve standartlarını düzenli olarak değerlendiren uygulamaları ve kanıtları kullanarak belirlemek için, yöneticilerin yanı sıra klinisyenlerin de kanıta dayalı kararlar vermesi beklenmektedir. Son olarak, üst yönetim, dış kaynaklara başvurmak, hemşirelerin ve diğer bakıcıların tam desteğine sahip olmayan yukarıdan aşağıya kurumsal değişiklikler yapmaktansa, hasta bakımında potansiyel yenilikler ve iyileştirmeler için hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin uzmanlığına güvenir.



### **İyi bakım ortamları iyi hasta ve hemşire çıktıları sağlar.**

Araştırmalar, kötü koşullara sahip sağlık ortamlarında kötü hasta çıktılarının (mortalite, yeniden hastaneye yatış, uzun kalış süreleri, hastanede edinilen enfeksiyonlar, düşmeler, basınç yaralanmaları) çok daha olası olduğunu göstermektedir.<sup>79</sup> İyi çalışma ve bakım ortamlarına sahip hastanelerde yaşam sonu bakım kalitesi de daha iyidir.<sup>80</sup> Araştırmalar, hemşireler için olumsuz çıktıların (tükenmişlik, iş memnuniyetsizliği, istifa niyeti) kötü çalışma ortamlarında çok daha yaygın olduğunu göstermektedir.<sup>81</sup>

Araştırmacılar, çalışma ortamları ile hastalar ve hemşire çıktıları arasındaki korelasyonun dünya genelinde farklı organizasyonlara ve finansal kaynaklara sahip sağlık sistemlerinde benzer olduğunu göstermiştir. 30'dan fazla ülkede benzer protokolleri ve ölçekleri kullanan çalışmalar, iyi çalışma ortamları ve iyi çıktılar arasında pozitif korelasyon olduğunu tekrar tekrar göstermektedir.<sup>82, 83, 84</sup> Bu tür uluslararası çalışmalar, sağlık hizmetleri nasıl finanse edilirse edilsin ve nasıl yönetilirse yönetilsin, iyi bir çalışma ortamına sahip olmanın mümkün olduğunu açıkça göstermektedir. Her ülkede, iyi çalışma ortamlarına sahip sağlık ortamlarına dair örnekler vardır. Çalışma ortamları, tüm sağlık ortamlarında hemşirelerin işlerine devam etmesi için ve iyi hasta sonuçları elde etmek için önemlidir.<sup>85, 86, 87</sup>

Boylamsal/izlem çalışmalarından elde edilen kanıtlar iyi çalışma ortamları ve iyi çıktılar arasındaki gözlenen ilişkilerin muhtemelen nedensel olduğunu göstermektedir, çünkü çalışma ortamlarındaki iyileşmeler, çıktılardaki iyileştirmeler ile yakından bağlantılıdır.<sup>88</sup>

### **Çalışma ortamlarını iyileştirmek için kanıtlara göre hareket etme zamanı**

Çalışma ortamlarını iyileştirmedeki asıl zorluk gerçek örgütsel reform modellerini uygulayıp test ederek bilinenleri eyleme dönüştürmektir. Mıknatıs hastane, organizasyonel reforma dair umut vadeden bir vaka çalışmasıdır. Mıknatıs hastane kavramı iyi çalışma ortamlarının örgütsel özelliklerini eyleme döken ve mükemmel bakım için yola koyulmuş hastanelere denir. Mıknatıs hastaneler kavramı, nitelikli hemşireleri cezbetme ve elde tutma konusunda başarılı olan hastanelerin, iyi çalışma ortamları sunan üst düzey çokuluslu şirketlere benzediğine dair gözlemden ortaya çıkmıştır. On yıllar süren araştırmalar, mıknatıs hastanelerinin sadece hemşireler için daha iyi yerler olmadığını, aynı zamanda daha iyi hasta çıktıları sağladığını göstermiştir.

Kanıt çok nettir: Hasta ve hemşire çıktıları iyi çalışma ortamlarına sahip hastanelerde daha iyidir. Şimdi reform süreci için plan olarak kullanılabilir ümit veren test edilebilir örgütsel reform modellerine sahibiz. Zor olan kısım ümit vadeden organizasyonel reform yeniliklerini test etmek ve tüm hemşirelerin iyi çalışma ortamlarında çalışmasını sağlamak ve tüm hastalara hak ettikleri kalitede bakım sunabilmek için o yeniliklerin etkili olduğunu kanıtlayan modeller sunmaktır.



### **Eğitim: hemşireleri uygulama ve yaşam boyu öğrenme için hazırlama**

*Fadwa A Affara, Uluslararası Danışman, Düzenleyici ve Eğitim Politikası. Eski Danışman, Hemşirelik ve Sağlık Politikası, Uluslararası Hemşireler Konseyi &*

*Dr. Fariba Al Darazi, Hemşirelik ve Sağlık İş Gücü Geliştirme Danışmanı. Eski Hemşirelik, Ebelik ve Yardımcı Sağlık Personeli Bölgesel Danışmanı, DSÖ Doğu Akdeniz Bölge Ofisi*

Hemşirelerin hizmet verdiği popülasyonların epidemiyolojik özelliklerindeki değişiklikler, teknolojik gelişmeler, bilginin yaygınlığı ve dünyadaki sağlık sistemlerindeki hızlı değişiklikler, mezun hemşirelerin güvenli ve yetkin şekilde çalışmasını sağlamak için hemşirelik eğitim sisteminin zamanında ve etkili bir şekilde değişime yanıt vermesini gerektirmektedir.

### **Hemşirelik eğitimi için temel oluşturmada uygulama kapsamının rolü**

Son yirmi yılda sağlıkla ilgili insan kaynakları konusundaki küresel söylem, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, insan-odaklı ve toplum temelli sağlık hizmetleri ve kişisel bakım sunmak için gereken rolleri üstlenebilecek bir işgücünün nasıl oluşturulacağına odaklanmıştır. Bu söylem, eğitim kalitesi ve uygunluğu ile sağlık çalışanlarına şu an ve gelecekte duyulan ihtiyaçla ilgili kaygılara karşı geliştirilmiştir ve hala da güncelliğini korumaktadır.

Tahminlere göre, 2030 yılına kadar 40 milyon sağlık çalışanı istihdamı yaratılacak<sup>90</sup> ama aynı zamanda o tarihe kadar dokuz milyon hemşire açığı da dahil olmak üzere 18 milyonluk bir sağlık çalışanı açığı ortaya çıkacaktır.<sup>91</sup> Bu nedenle, eğitim alanında hemşireliğin önündeki zorluk, hemşirelerin hem niteliğinin hem de sayısının artırılması, kaliteli ve uygun bakım sunmak için gerekli yetkinlik, beceri ve davranışların belirlenmesi, güncellenmesi ve tüm eğitim yelpazesi boyunca dönüştürücü bir yaklaşım benimsemektir.<sup>92,93,94</sup>

Ne için eğitim verdiğimizizi belirlemeye yardımcı olan anahtar araçlardan biri, uygulama alanı belirlemektir. Sonuç olarak, uygulama kapsamını tanımlamak ve sürdürmek kilit önemde bir faaliyettir, ve hangi yaklaşım kullanılırsa kullanılsın, ICN, *hemşirelerin rollerinin net şekilde tanımlanmasının, yaygınlaşmasının ve mesleğin uygulama alanının belirlenmesinin* hemşireliğin sorumluluğunda olduğunu belirtir.<sup>95</sup>

### **Hemşirelik eğitiminin dönüşümünü destekleyen stratejiler**

Genel Sağlık Sigortası çağrısına yanıt vermek ve SKH'leri karşılamak için hemşirelik eğitiminde hizmet öncesi düzeyde reform yapılması büyük önem taşımaktadır. Reform, hemşirelik eğitim yapısı, süreçleri ve sonuçlarına odaklanmalıdır.

Hemşirelik rolünün kapsamını genişleten ve hemşirelerin eleştirel düşüncelerini ve sağlık sistemindeki değişikliklere adapte olmalarını sağlayan bir ulusal eğitim sistemi geliştirmek için sistematik bir yaklaşım benimsemek hemşirelik eğitiminin dönüşümünün anahtarıdır.<sup>96</sup>

Tıp Enstitüsü'nün raporu *Hemşireliğin Geleceği: Değişen Liderlik, Sağlık Geliştirilmesi*'nin ana mesajı, hemşirelerin kesintisiz akademik ilerlemeyi teşvik eden iyileştirilmiş bir eğitim sistemi yoluyla daha yüksek eğitim ve öğretim seviyelerine ulaşması gerektiğidir.

Uluslararası Hemşireler Konseyi/Doğu Akdeniz Bölge Ofisi belgesi olan *Açığin Kapanması ve Eğitim ve Hizmet Arasındaki Arayüzün Geliştirilmesi: Analiz ve Çözüm Üretimi için Bir Çerçeve*<sup>98</sup> hemşirelik eğitimi ile hemşirelik hizmetleri arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesinin hemşireliğin önündeki temel zorluk olduğunu tanımlamıştır.

Sağlık ortamının değişen doğası göz önüne alındığında, hemşirelerin eğitim ve hizmet arasındaki boşluğu nasıl kapattıklarını gösteren olumlu örnekleri paylaşmak ve yaymak önemlidir.

### **Hemşirelik eğitiminin dönüşümünü destekleyen stratejiler**

Ülkeler ulusal sağlık ihtiyaçlarını karşılamak, çalışma hayatları boyunca hemşirelerin yeterliliklerini korumalarını sağlamak ve yeterli sayıda yetkin hemşire yetiştirmek için hizmet-öncesi, hizmet-içi ve sürekli-eğitim seviyelerinde hemşirelik eğitimi yatırımlarını artırmalıdır.

Sürekli eğitim, yeterliliğin korunmasına yardımcı olur ve hemşirelerin mesleki gelişimini artırır. Gelişmekte olan ülkelerdeki hemşireler için sürekli eğitim fırsatları sınırlıdır ve bunların artırılması ve yeterince finanse edilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin sürekli mesleki gelişimi için sistemler geliştirilmeli ve bu sistemler liderlik, ileri klinik uygulamalar, araştırma becerilerinin artırılması, kanıta dayalı uygulamalar, politika oluşturma, preseptörlük/öncüllük ve mentörlük konularında eğitim ve öğretime odaklanmalıdır.

### **Meslekler arası eğitim ve işbirliğine dayalı uygulama: İlerleme**

Profesör John Gilbert, 2018 yılında Abu Dabi, Birleşik Arap Emirlikleri'ndeki ilk ICN Bölgesel konferansı sırasında yaptığı sunumda, sağlığa yönelik meslekler arası yaklaşım amacının maksimum hasta bakımı sunmak, hizmet duplikasyonunu azaltmak, hizmet sunumundaki açıkları kapatmak ve olumsuz sonuçların üstesinden gelmek olduğunu belirtti.<sup>100</sup>

DSÖ'nün *Meslekler Arası Eğitim ve İşbirliğine Dayalı Uygulama Eylem Çerçevesi*, insan-odaklı ve işbirliğine dayalı uygulamalar sunan ve yerel sağlık ihtiyaçlarına yanıt vermeye hazır olan "işbirliğine dayalı uygulamaya hazır" bir sağlık işgücünün geliştirilmesi için meslekler arası eğitimin önemini vurgulamıştır.<sup>101</sup>

Meslekler arası eğitimi ve işbirlikçi uygulamaları teşvik eden bir kültür yaratmak için sağlık mesleklerinin eğitim sisteminde değişikliklere ve stratejik olarak geliştirilmiş, tüm paydaşlar tarafından kabul edilmiş ve üzerinde anlaşılabilir bir sağlık sistemine ihtiyaç vardır. Hemşirelik mesleğinin değişen ve karmaşık ortamlara yanıt verecek şekilde şekillendirilmesi, hemşirelik eğitiminde dönüşümle mümkün olur. Bu değişimle birlikte hemşirelik eğitimi yaşam boyu öğrenmeyi eğitimin erken aşamalarından itibaren aşılabilir ve hasta/hizmet sunduğu bireyin güvenliği ve bakım kalitesini sağlamak amacıyla yaşam boyu öğrenmeyi, meslekler arası eğitimi ve işbirlikçi uygulamaları teşvik etmek için ülkenin sağlık sisteminde politika değişiklikleri yapabilmelidir.



**Kenya'daki eğitimli hemşire anestezi uzmanları, güvenli cerrahiye erişim olanaklarını arttırmaktadır.**

### ***Vaka Çalışması***

#### **Kenya - Güvenli cerrahiye erişimin iyileştirilmesi**

##### **Mary Mungai, Hosea Kiptoo, Stephen Thuo, Mark Newton, Kenya**

Kenya, yaklaşık 52 milyonluk bir nüfusa sahip, düşük ve orta gelirli bir ülkedir. Anestezi uzmanları sayısındaki sıkıntı en az on yıl içinde kapatılabilir, bu nedenle de hemşireler özellikle ülkenin kırsal kesimlerinde anestezi uzmanı bulunmayan alanlarda anestezi sağlamak üzere eğitilmektedir.

2006 yılında beri, Kenya Lisanslı Anestezi Hemşiresi (KLAH) programı, Kenya'daki ilçelerin %60'ından fazlasında çalışan 200'den fazla hemşire anestezi uzmanı yetiştirmiştir. Eğitim programı, kırsal hastaneler için anestezi uzmanları yetiştirmek üzere yetkinliğe dayalı bir müfredat kullanır. Böylece mezun hemşireler, gelecekteki mesleki hayatlarına iyi şekilde hazırlanmaktadır.

Bariz anestezi uzmanı ihtiyacı ve büyük başarısı sebebiyle, eğitim programı benzer eksikliklerin giderilmesi için Kenya'daki diğer bölgeleri de kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

Anestezi ve Analjezi dergisinde yer alan bir makalede KLAH'si (müdahale grubu) olan hastaneler ile KLAH'si (kontrol grubu) olmayan bir hastaneyi karşılaştıran bir çalışmaya yer verilmiştir. Hastanelerin hiçbirinde anestezi uzmanı yoktur. Müdahale hastanelerinde anestezi uygulayıcı ve cerrahi sayısında çarpıcı bir artış görülmüştür.

KLAH'ler aldıkları eğitimin kendilerine yeterli eğitim ve liderlik becerileri sağladığını ve hastalara bakım sunma konusunda özgüven kazandırdığını belirtmiştir. Yazarlar, cerrahi sayısındaki artışın büyük ölçüde hemşirelerin, cerrahi hastaların bakımı (özellikle gelişmiş obstetrik cerrahi bakım) konusunda kazandıkları öz güvenden kaynaklandığını belirtmiştir.

Anestezi uzmanlarının eğitimi, Afrika'nın kırsal bölgelerindeki güvenli cerrahiye erişim üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Bu eğitim programını Kenya'nın kentsel alanlarının dışındaki bölgelerde ve diğer ülkelerde de uygulamak, anestezi uygulayanların sayısını ve cerrahi kapasiteyi arttıracaktır.

Bu proje diğer alanlarda kullanılabilecek kanıtlanmış bir model olduğundan hayati önem taşımaktadır. Proje iyi eğitimli mezun hemşirelerin, aynı zamanda eğitimci olacak şekilde eğitilebileceğini gösterir, kırsal sağlık sistemlerini güçlendirir ve yeterince anestezi uzmanı olmayan diğer düşük ve orta gelirli ülkelerde de uygulanabilir.



Anestezi hemşireleri, cerrahiye erişimi artırabilir ve cerrahi, hastalığa bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltabilir. Düşük ve orta gelirli ülkelerin hem kentsel hem de kırsal alanlarında yeterli sayıda anestezi uzmanı sağlanmadığı takdirde, güvenli cerrahiye erişimi olmayan beş milyar insanın sayısı gün geçtikçe artmaya devam edecektir.



### **Güvenli istihdam: Süregelen bir problem**

*Dr. Linda H Aiken, Sağlık Sonuçları ve Politika Araştırmaları Merkezi Direktörü ve Claire M. Fagin Liderlik Hemşirelik Bilimi Profesörü ve Sosyoloji Profesörü, Pennsylvania Üniversitesi, ABD*

*Dr. Matthew McHugh, Pennsylvania Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Eğitimi Başkanı ve Hemşirelik Profesörü & Sağlık Çıktıları ve Politika Araştırmaları Merkezi Müdür Yardımcısı*

Sağlık teknolojilerindeki olağanüstü ilerlemelere rağmen, sağlığın en büyük küresel kaynağı beşerî sermayedir. Hemşirelikte insan sermayesi, kompleks hasta bakımının tüm ortamlarda sürekli artan taleplerini karşılamak için doğru eğitim, beceri ve deneyime sahip yeterli sayıda hemşireye sahip olmak demektir. 2018 yılında, ICN<sup>102</sup> bunu kanıt-a-dayalı hemşirelik işgücü çağrısı yapan beyanlarında resmen tanımıştır. Güvenli istihdamın temel bileşenlerinden biri, hasta bakım ihtiyaçlarına göre yeterli sayıda hemşireye sahip olmaktır.

### **Güvenli istihdam için kanıtları artırmak**

Kanıtlar, yüksek kaliteli ve güvenli hasta bakımının sağlanması için güvenli hemşire istihdamının gerekli olduğu konusunda net bir tablo çizmektedir. Sağlık sistemi yapısı, yönetimi veya finansmanı fark etmeksizin tüm dünyada, hemşire istihdamı ile mortalite oranları, komplikasyonlardan dolayı ölüm, bakım kaynaklı enfeksiyonlar, yeniden hastaneye yatışlar ve hastanede kalma süresi gibi neredeyse tüm önemli sağlık kalitesi ve güvenlik çıktıları arasında bir ilişki mevcuttur. Örneğin, ABD'den yapılan bir çalışmada, hasta ölüm oranının, hemşire başına her ek hasta için %7 arttığı bulunmuştur.<sup>104</sup> Dokuz Avrupa ülkesi ve Güney Kore'de gerçekleştirilen başka bir çalışmada da aynı etki bulunmuştur.<sup>62</sup> Etkili istihdamın faydaları da sadece hastane ortamlarına özgü değildir, hastanelerin farklı alanlarında ve bakım evleri gibi diğer ortamlarda da bunun etkileri raporlanmıştır.

### **Bir istihdam unsuru olarak eğitim**

İstihdama yapılan yatırımın önemi sadece hemşire sayısı ile sınırlı değildir, aynı zamanda hemşirelerin bileşimi de önemlidir. Hasta başı hemşireleri oranında her %10'luk artış, mortalitede %7'lik bir düşüş sağlar.<sup>62</sup> Birçok çalışma, hemşirelerin üniversite eğitiminin daha iyi hasta çıktıları sağladığını göstermektedir. Ayrıca, hem yüksek istihdam hem de yüksek oranda mezun hemşire varlığı, sadece yüksek istihdam veya sadece yüksek oranda mezun hemşire varlığından daha iyi çıktılar sağlar. Parlamento geçtiğimiz günlerde AB'de hemşire hareketliliği üstüne yeterlilik politikasını modernize etmiştir ve ilk kez profesyonel hemşireler yetiştirilmesi için üniversite eğitiminin önemli olduğunu

resmi olarak kabul etmiştir. Yeni koşul, AB genelinde hemşireler için üniversite yeterliliğini mecbur kılmazken, üye ülkeleri hemşirelere üniversite eğitimi sunmaya teşvik etmesi sonucunda, tarihsel olarak hemşireliğin mesleki bir eğitim olarak görüldüğü Almanya gibi ülkelerde lisans hemşirelik programları geliştirilmiştir.

### **İstihdam politikasına giden yol**

2018 ICN hemşire istihdam politika beyanı,<sup>102</sup> istihdam seviyelerini artırmak için kanıt-dayalı uygulamaların pratiğe dökülmesi için bir eylem çağrısıdır. Her ne kadar hemşire istihdam politikaları uygulanmış ve hastalara fayda sağlamış olsa da, iyileştirilmiş istihdam seviyelerini pratiğe dökme konusunda yeterli girişim yoktur. Bunun önündeki bir engel, istihdam konusunda etrafında tartışmaları teşvik etmekten uzak dar politikalar. Örneğin, çoğu istihdam oranı politikası tüm hastanelere uygulanacak şekilde yapılandırılmıştır. Bununla birlikte, denenebilecek alternatif politikalar mevcuttur. Örneğin, istihdam düzeyi ve çıktıları halihazırda kabul edilebilir seviyede olan hastaneleri hemşire personelin görevlendirilmesinden muaf tutmak olabilir. Kanıtlar, odaklanılması gereken hastanelerin kötü istihdam seviyelerine sahip hastaneler olduğunu ve zorunlu istihdam oranlarının tutturulmasının olumlu sağlık çıktıları mümkün kıldığını göstermektedir.<sup>106</sup> İstihdam talimatları ayrıca hemşirelik işgücü geliştirme programlarının geliştirilmesinde ve yeterli işgücü talep hedeflerini tutturmak amacıyla hemşirelerin yetersiz istihdama sahip hastanelerde çalışmasına yönelik teşviklerin sunulmasında da etkili olabilir. ICN, yıllık faaliyet raporunda ulusal hemşirelik kuruluşlarının güvenli istihdam politikalarını uygulamak için hükümetle işbirliği yapmalarını ve bu politikaları değerlendirmek için araştırma yapmalarını önermektedir. Ülkeler, Avustralya'nın Queensland şehrindekine benzer bir yaklaşım benimseyebilirler. Bu yaklaşım, küresel çapta farklı tasarımların fayda ve maliyetleri ile ilgili olumlu algıların geliştirilmesine yardımcı olmak için ampirik politika değerlendirmelerine odaklanır.

### **Sonuç**

Kanıt açıktır; tercihen en az lisans derecesine sahip yeterli sayıda hemşireye sahip olmak ve hastanelerdeki bakım sağlayıcıların çoğunluğunun profesyonel hemşire olması hasta çıktıları için önemlidir. İlerleyebilmek için sağlıkta insan sermayesine gerekli yatırımları yapmak ve hemşirelik işgücünün faydalarının herkese ulaşmasını sağlamak amacıyla politik girişimler uygulanmalı ve değerlendirilmelidir.

### **Sağlık çıktılarının ve çalışma ortamının iyileştirilmesi. Örnek bir model: Avustralya, Queensland**

#### **Baş Hemşirelik ve Ebelik Ofisi, Queensland**

Queensland Health, 1 Temmuz 2016 tarihinde 27 devlet hastanesinde asgari hemşire-hasta oranlarını belirleyen bir politikayı hayata geçirmiştir. Bu politika girişimi üzerinde yapılan araştırmalar, artan hemşire istihdamının yetişkin tıbbi ve cerrahi birimlerinde hasta ve hemşire çıktıları iyileştirdiğini göstermiştir. Gerçekleştirilen anket çalışması, hemşire-hasta oran politikasının olumlu sonuçlar sağladığını göstermiştir. Bu olumlu sonuçlardan bazıları “gerekli bakımı tamamlamak için zaman sağlaması” ve “hasta değişikliklerini tespit etmek için zaman sağlaması”, daha yüksek iş memnuniyeti ve daha az tükenmişlik, güvenlik veya enfeksiyon önleme denetimlerinde başarısız olma olasılığının düşük olması, hastanenin aile üyelerine ve arkadaşlara tavsiye edilme olasılığının daha yüksek olmasıdır. Veri analizi, 145 daha az ölüm, 255 daha az yeniden yatış ve 29,222 gün daha az yatış sağladığını göstermektedir.

Asgari hemşire-hasta oranını düzenlemenin sonuçları önemli olmakla birlikte, Queensland'de hastanın akut olma derecesi ve klinik ortama göre uygun hemşire istihdam düzeylerini belirlemek için kullanılan yönetmelikler de mevcuttur. Queensland Health bünyesinde, endüstriyel alanda zorunlu bir işgücü yönetim aracı vardır; İş Planlama Çerçevesi. Bu çerçeve hemşirelik ve ebelik iş yükü yönetimi için 2001 yılında uygulamaya konmuştur.



### **Teknolojinin sağlık çıktılarını geliştirme potansiyellerini hayata geçirmek**

*Profesör Petrie F. Roodbol tarafından yazılmış bir parçadan uyarlanmıştır, Üniversite Tıp Merkezi Hemşirelik Bilimi & Hanze Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Groningen, Hollanda*

Teknolojilerin sağlık sektöründeki sorunların ve zorlukların üstesinden gelme potansiyeli giderek artmaktadır. Dijital sağlık, sağlık sistemlerinin performansının hastalara, personele ve topluma daha uyumlu, esnek ve duyarlı olmasını sağlar. Ayrıca, iyilik haline/refaha-temelli sağlık bakımında hasta-merkezli bir yaklaşımı da destekleyebilir. Dijital sağlık, yüksek performanslı sağlık sisteminin giderek önemli hale gelen bir temel bileşenidir.

Günümüzde, hemşirelerin günlük görevlerini hafifletmek için özel teknolojiler geliştirilmektedir. Hastaları gözlemlemek için video kayıtları, sağlık kontrolü için akıllı tuvaletler, IV kateter yerleştirmeye yardımcı olan damar bulma araçları, kalp seslerini belirlemek ve analiz etmek için akıllı stetoskoplar, alçı gibi tıbbi ekipman geliştirmek için 3D baskı kullanma ve hasta bilgilerinin kaydedilmesi için elektronik sağlık kayıtları örnek olarak verilebilir.

Teknolojinin bakımı iyileştirme potansiyeli olsa da, istenmeyen yan etkileri, başarısızlıklar ve başka olası olumsuz sonuçları da vardır. Kısacası, sağlıkta teknoloji risksiz değildir. Tüm dünyada sağlık profesyonelleri tarafından kullanılan binlerce tıbbi cihaz vardır ve bu da teknoloji ile ilgili sorunların kaçınılmaz olduğu anlamına gelmektedir. Örneğin, karmaşık cihazların hemşirelerin iş yükünü artırması, bilgiye erişmeyi zorlaştıran cihazlar arası zayıf ara yüz, hasta katılımında ve temasında azalma ve diğer hasta güvenliği ve gizlilik sorunları bunlardan bazılarıdır.

Teknolojik potansiyellerin hayata geçirilmesini engelleyen en yaygın nedenlerden bazıları ise: 1) İnsan faktörünü dikkate almayan zayıf tasarım, 2) Hasta bakım ortamı ile zayıf ara yüz, 3) Yeni teknolojinin uygulamaya konulması konusunda yetersiz planlama ve 4) Yetersiz destek ve bakımı içermektedir.<sup>107</sup> Kısacası, teknolojik potansiyellerin hayata geçirilmesini engelleyen en önemli sebep teknoloji ve ön saflarda mücadele eden personel arasındaki ilişki ve katılım eksikliğidir.

Dijital sağlık uygulamalarının çoğu hemşireler için özel olarak yapılmamıştır ve hemşire dostu değildir. Örneğin, elektronik hasta kayıtlarındaki tıbbi hegemonya yüzünden hemşirelerin gözlemlerini ve bulgularını birkaç farklı yere kaydetmeleri gerekmektedir. Bu da çok zaman alır ve ileri bilgisayar becerileri gerektirir. Bu da hemşirelerin hastalarına ayırdığı mevcut zamanı azaltır.

Teknoloji, bakım için birçok fırsat sunmaktadır, ancak ön cephede mücadele eden sağlık çalışanlarının aktif katılımı olmadan teknolojik avantajlardan tam olarak faydalanmak pek mümkün değildir. Bundan dolayı, DSÖ<sup>108</sup> aşağıdaki tavsiyelerde bulunur:



<b>1 Teknolojilere ilişkin politika belirlemek ve değerlendirmek</b>	<b>2 Kullandıkları teknolojilerin uluslararası standartları karşıladığından emin olmak</b>	<b>3 Kararların kendi ve kritik paydaşlarının girdileriyle alındığından emin olmak</b>	<b>4 Organizasyonlarının teknoloji ile ilgili olumsuz olaylarla ilgili politikalarına ve süreçlerine dahil olmak</b>
--	--	--	--

**1** Doğrudan hasta bakımı sağlayan hemşireler, teknolojilerle ilgili kurumsal, örgütsel ve kamu politikalarının belirlenmesinde ve değerlendirilmesinde yer almalıdır.

**2** Doğrudan hasta bakımı sağlayan hemşireler, kullandıkları teknolojilerin klinik ortamlar için gerekli uluslararası kalite ve güvenlik standartlarını ve teknik özellikleri karşılayıp karşılamadığını belirleyebilir.

**3** Doğrudan hasta bakımı sağlayan hemşireler, kurumsal kararların kendi ve diğer paydaşlarının girdileriyle alınmasını sağlayabilir.

**4** Doğrudan hasta bakımı sağlayan hemşireler, teknolojik unsurlara dair bakım, eğitim, izleme ve raporlama ile ilgili örgütlerinin aldığı kararlara ve uygulamaya koyduğu politikalara ve süreçlere dahil olmalıdır.

Teknoloji, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve hemşirelerin bakım sunma tarzlarını yeniden tanımlamaya devam ettikçe, hemşirelerin yeni teknolojilerin tasarımı, geliştirilmesi, uygulanması ve araştırması süreçlerine yer almaları ve dahil edilmeleri gerekmektedir.

## Vaka Çalışması

### ABD - Yetersiz hizmet alan nüfuslara ulaşmak için insansız hava araçlarını kullanma

#### Teresa Tyson ve Paula Hill Collins, ABD

Sağlık Vagonu 1980 yılında kurulmuş bir hemşire yönetimli klinikdir. Görevi Virginia'nın kırsal Appalachian Dağı bölgesinde sigortasız veya düşük sigortalı insanlara bakım sunmaktır. Sağlık Vagonu, ülkenin en eski ücretsiz mobil kliniğidir. Misyonu, tıbbi olarak yetersiz hizmet alan popülasyonlara kaliteli ve merhametli sağlık hizmeti sunmaktır. Klinikler, ABD'nin en fakir bireylerine hizmet ediyor. Her gün insanların hayatlarında farklılıklar yaratmaya devam eden bu klinikler köklü örgütlerini ve kaynakları mobilize ederek ve Orta Appalachia'da daha önce hiç görülmemiş teknolojileri kullanarak, giderek kötüleşen sağlık bakım eşitsizliklerini tersine döndürüyorlar.

Dağlar ve bölgenin engebeli arazisi sağlık hizmetlerine ulaşımı zorlaştırıyor; yoksulluk da öyle. Sağlık Vagonu, hastalarıyla yaşadıkları yerde buluşarak engelleri ortadan kaldırmaya çalışıyor. Ekip, sınırlı ulaşım imkanlarına sahip hastalara bakım ulaştırmak için mobil klinikleriyle günde bazen 150 mil kadar yol gidiyorlar. Uygulayıcı hemşireler günde 100 hasta tedavi ediyor. Temel fizik muayene becerilerini kullanarak değerlendirme, yönetim ve tedavi sağlıyorlar. İlk defa ziyarete gelen hastaların çoğu yıllardır birinci basamak sağlık hizmeti almamış oluyor.

Birçoğu, kontrolsüz kan basıncı, kan şekeri ve ayrıca kronik hastalıklar nedeniyle ruh sağlığı sorunlarına sahip.

Sağlık Vagonu, 2015 yılında Flirtey ve NASA Langley vb. ile işbirliği yaptı ve ABD'de ilk Federal Havacılık İdaresi onaylı drone dağıtımına imza atmıştır. İlaçlar ilk olarak uzaktan kumandalı bir NASA uçağıyla Virginia'nın Wise kentindeki Lonesome Pine Havaalanı'na götürülmekteydi. Daha sonra, ilaçları hastalara ulaştırmak için altı rotorlu bir drone kullanılmıştır. İlaç dağıtımı için insansız hava araçlarının kullanılması harika fırsatlar sunmaktadır. Sağlık Vagonunun hizmet verdiği bölge, en yakın eczaneye veya hastaneye ve gerekli malzemelerin depolandığı ana tedarik kliniğinden kilometrelerce uzaktadır. Bu tarihi dronun Smithsonian'ın Ulusal Hava ve Uzay Müzesi'ne konulması planlanmaktadır.

Sağlık Vagonu, yetersiz sağlık hizmeti alan bir bölgeye hizmet götürmek için öncü bir yeniliktir. Sağlık Vagonu hizmeti, İleri Uygulayıcı Hemşirelerin/Uygulama Hemşirelerinin, Dr. Teresa Tyson ve Dr. Paula Hill Collins'in bağlılığı, çabaları ve tutkusu sayesinde başarıya ulaşmıştır.

### **Onay ve ödüllendirme: Sağlık sistemi hemşirelerin mesleği bırakmasını nasıl önleyebilir?**

*By Dr Pilar Espinoza, San Sebastian Üniversitesi, Şili*

*Dr. Marina Peduzzi, Sao Paulo Üniversitesi, Brezilya*

Birçok ülkede, hemşireler ve ebeler sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır, ancak 2030 yılına kadar yaklaşık dokuz milyonluk bir hemşire ve ebe ihtiyacı olacağı tahmin edilmekte olup bu da hasta güvenliğini ve bakım kalitesini etkileyecektir.<sup>94</sup> Hemşireliğe olan ihtiyacın kronikliği göz önüne alındığında, hemşire işgücünün yeni yaklaşımlar kullanılarak analiz edilmesi ve tamamen sayısal hususlardan kaçınılması gerekmektedir. Hemşirelerin mesleği neden bıraktıklarına ve bu kronik eksikliklerin giderilmesi için neler yapılması gerektiğine yakından bakmamız gerekiyor.

Hemşirelerin mesleği bırakmayı düşüncülerinin birçok nedeni vardır. Bütün dünyada yaygın olarak gözlemlenen nedenler arasında: kendini mesleki stereotiplerle tanımlamadaki sorunlar (bakıcı, hizmet etme istekliliği, fedakar, tıbbi asistan), fiziksel, duygusal ve psikolojik mesleki talepler, mesleğin tanınmaması,<sup>109</sup> hem ağır iş yükü hem de iş kültürü ile ilgili kötü çalışma koşulları, moral/ahlaki etkilenimler veya hemşirelerin moral/ahlaki değerlerine göre hareket edememesi, bozuk sağlık sistemi ile ilgili iç ve dış kısıtlamalardan kaynaklanan yükümlülükler ve mesleki sorumluluklar,<sup>110</sup> iş ve aile arasında sıkışan taleplerdir.

Hem literatür hem de hastanelerde ve diğer uzmanlık hizmetlerindeki profesyonellerin deneyimleri; hemşireleri tabi olmaya zorlayan ve sorgulamaya izin vermeyen hiyerarşik ilişkilerin, merkezi ve katılımcı olmayan yönetimsel ve klinik karar alma süreçlerinin ve sağlık çalışanlarının, kırılabilir ve tatmin edici olmayan çalışma ortamını niteleyen mesleki otonomi üstündeki kısıtlamaların, mesleğe katılımını engellediğini ve mesleği bırakmasına neden olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte iyi bir haberimiz var. Bu sorunların üstesinden gelmek ve hemşirelik devir oranını azaltabilecek basit ve etkili stratejiler mevcuttur. Dünyanın farklı bölgelerinde gerçekleştirilen çalışmalar, hemşirelikte iş doyumunu; profesyonel ekip üyeleri ile etkili tanımlama/kimliklendirme, güvenilir ve destekleyici ilişkiler, hemşirelik ekibi üyeleriyle yüksek uyum, etkili iletişim, rollerin net olarak belirlenmesi, ortak hedefler, özellikle hekim-hemşire işbirliğinde karar almanın artırdığını göstermektedir.<sup>111, 112</sup>

Erken kariyer hazırlığı, destek ve fırsat sağlanması, vardiya sistemlerinde esneklik, doğru gelir ve hasta bakım faaliyetlerinin tamamlanması için yeterli zaman olması da iş memnuniyetini artırır ve rol değişikliği veya mesleği bırakma arzusunu azaltır.

Hemşirelik disiplini içinde bile iş doyumunu açısından hemşirelik ihtiyaçlarında farklılıklar olabileceğini belirtmek gerekir. Örneğin, ileri uygulayıcı hemşirelerin yerine getirmekle sorumlu oldukları görevleri anlamlandırabilmeleri gerekir. Yoğun bakım hemşireleri de vardiya esnekliğinin gerekliliğini ve

uygun gelirin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Hemşirelikte iş memnuniyetini etkileyen faktörler, özellikle stres algısı, tükenmişlik ve mesleği bırakma niyeti açısından, kuşaktan kuşağa değişmektedir.<sup>113, 114</sup>



## Ödül

Kurumların insan kaynakları stratejisinin, hemşirelik iş doyumunu artırabilecek ve iş sürekliliğini artırabilecek bir bileşeni, hemşirelik profesyonellerine mesleki çabalarına karşılık olarak verilen parasal ve parasal olmayan ödüllerle ilgilidir.<sup>115</sup>

Parasal ödüller, belirli yetkinlikler veya beceriler, olağanüstü performanslar ve bonuslar için yapılan ödemelerdir. Parasal olmayan ödüller ise yeni sorumluluklar, takdir edilme, terfi, zamanında geri bildirim, iş istikrarı ve liderlerden destektir.<sup>116</sup>

Uluslararası literatür, parasal olmayan ödüllerin iş sadakatini ve tatmini artırdığını ve mesleki devir hızını ve mesleği bırakma oranlarını azalttığını belirtmektedir. Girişimler iş memnuniyetini olumlu yönde etkiler ve daha bütünsel ve daha kapsamlı bileşenlere sahip olan girişimler ödül sistemini ele almada yenilikçi stratejilerdir. Örneğin, mesleki otonomiye kolaylaştıran, karar alma süreçlerine katılımı teşvik eden ödüller mesleki gelişimi kolaylaştırır veya ev ve işe uyumu için esneklik sağlar.

Sağlık organizasyonu içinde hemşirelere yüksek düzeyde iş tatmini, özerklik ve mesleki saygıyı teşvik eden *Magnet Recognition* (Mıknatıs Tanınma) gibi etkisi kanıtlanmış programlar vardır.<sup>117</sup> DAISY Ödülü, hastaların ve ailelerinin deneyimlerinde önemli bir fark yaratan profesyonel hemşirelik uygulamalarının niteliklerini kabul ve takdir eden uluslararası bir programdır. DAISY Ödülü, olumlu ve sağlıklı çalışma ortamlarını ve disipline ve organizasyona bağlılığı teşvik eder.<sup>118</sup>

Hemşirelere ve hemşirelik profesyonellerine olan ihtiyacı ele almanın önündeki zorluklar mesleğin görünürlüğünü ve tanınmasını artırarak ve hemşirelik uygulamalarının daha iyi anlaşılmasını sağlayarak aşılabılır. Bu ise ancak sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi sağlamaktan sorumlu olan tüm sosyal aktörlerin - sağlık sistemleri ve organizasyonlarının yöneticileri, hizmet sağlayıcıları, sağlık profesyonelleri, hastalar, aileler ve toplum - katılımı ile mümkündür.

Bu arka plan, hemşirelik uygulamaları için yeni olasılıkların yaratılması gerektiğini göstermektedir. Yönetimsel ve politik açıdan, sözleşmelerde ve çalışma programlarında esnekliğe müsaade etmemiz ve daha iyi çalışma koşulları sağlamamız gerekir. Sağlık açısından, hemşirelerin hastaları, aileleri ve toplumla daha yakın çalışmasını sağlamamız gerekir. Bu yeni çerçeve, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlık risklerinin önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesine yönelik hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmelidir. Ayrıca, insanların ve toplumların sağlığına odaklanan sistemlerin inşasında yer almaları için hemşirelere fırsatlar sunmalıyız. Meslekler arası uygulamaların ve hizmetlerin entegrasyonunun desteklenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaya yardımcı olabilir.





### **İşgücü kapasitesinin artırılması**

*Profesör James Buchan, Hemşirelik Ebelik ve Sağlık Yüksekokulu, Teknoloji Üniversitesi, Sydney, Avustralya*

*Profesör Gilles Dussault, Hijyen ve Tropikal Tıp Enstitüsü, Universidade Novo de Lisboa, Portekiz*

Hemşirelik, dünyadaki en geniş sağlık mesleğidir. İşgücü planlaması, sürdürülebilir işgücü için sağlık sisteminin ihtiyaç duyduğu hemşirelik arz ve talebi arasında bir denge kurmak için kritik öneme sahiptir. Bununla birlikte işgücü planlamasındaki kısıtlılıklar genellikle önemsiz görülmektedir veya göz ardı edilmektedir.

Hemşirelere duyulan ihtiyaç daha geniş sağlık sistemi problemlerinden ayrı düşünülerek çözülemez. İşgücü planlaması mevcut hemşirelerden daha iyi yararlanmamızı sağlayabilir ve gelecekte kaç hemşireye ihtiyaç duyulacağını kestirmemize yardım edebilir. Doğru şekilde kaynak sağlandığı ve etkin şekilde yönlendirildiği takdirde, stratejik işgücü planlaması, işgücünün kullanılabilirliğini, erişilebilirliğini ve kalitesini artırmak için güçlü bir araç olabilir.<sup>119</sup> Bu, gelecekteki ihtiyaçları (işgücü, yeterlilikler, karma beceriler, sayılar) öngörmek şeklinde veya farklı makul senaryoların etkilerini analiz etmek şeklinde karşımıza çıkabilir

Geçerli ve güvenilir verilere dayanan rasyonel planlama, gelecekteki hemşirelik işgücü hakkında bilinçli kararlar almanın anahtarıdır. Mevcut hemşirelik işgücünün kullanımını optimize etmek için etkili planlama gerekmektedir. Kısacası, işgücü planlaması sayesinde günümüzde ihtiyaç duyulan ve gelecekte ihtiyaç duyulacak yetkin hemşireler sağlık sistemine entegre edilir ve böylece sağlık hizmetlerinin kalitesi ve nüfus sağlığı artırılmış olur.

### **Planlamanın ötesinde**

Etkili işgücü planlaması hemşire ihtiyacını karşılayabilir mi? Hemşire ihtiyacı genellikle daha derin sağlık sistemi veya toplumsal sorunların bir belirtisidir. Birçok ülkede ve sağlık sistemlerinde hemşirelik, kadınların yapacağı değersiz bir iş olarak görülmeye devam etmektedir ve hemşirelere, işlerinde ve kariyerlerinde onları daha yetkin yapacak kaynaklara sadece sınırlı erişim hakkı tanınmaktadır. Önemli hedeflerden biri ise günlük iş yükü ve hemşire istihdamı arasındaki dengeyi doğru şekilde kurmaktır. ICN'in vurguladığı gibi, “Hasta ihtiyaçlarını karşılamak için yetersiz veya uygun olmayan hemşirelik istihdamı, sürdürülemez iş yüküne neden olur ve personel sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir.....Hastaların ve toplumların ihtiyaçları ile hemşirelik arzı arasında denge sağlayan işgücü planlama sistemleri mevcut olmalıdır.”<sup>102</sup>

Ayrıca, rollerde netlik ve hemşireler, doktorlar, diğer sağlık profesyonelleri ve destek çalışanları arasında iyi bir denge olmalıdır. Hemşirelikte karma becerilere ilişkin kanıtlar hızla artmaktadır. Kanıtların çoğu, ileri hemşirelik rollerindeki uygulayıcı hemşireleri ve diğer hemşirelerin yanı sıra çok sayıda deneyimli mezun hemşirenin kullanılmasının çok faydalı olduğunu vurgulamaktadır.<sup>121</sup>

Etkili işgücü planlaması, hemşirelere duyulan ihtiyacı azaltabilir. Unutulmamalıdır ki hemşire ihtiyacı, sağlık sistemi, finansman ve toplumsal sorunların bir belirtisidir. Bunu anlayana kadar ve etkili planlama için mevcut kanıtları daha iyi kullanana kadar, hemşire ihtiyacını gidermek için verilen cevapların ve politik tepkilerin yetersiz ve alakasız olma riski devam edecektir.



Şekil 2: Başarılı işgücü planlamasının dört koşulu



<b>1 Verileri doğru kullanmak</b>	<b>2 İşgücü piyasası perspektifi benimsemek</b>	<b>3 Planlama yaklaşımına dair ortak bir perspektif geliştirmek</b>	<b>4 Gözden geçirmek ve uyarlamak: Sürece odaklanmak</b>
-----------------------------------	---	---	--

- Hiçbir ülke, politikaların şekillendirilmesini ve test edilmesini sağlayan, planlayıcıları, eğitimcileri ve yönetimi, hemşireleri planlama, işe alma, eğitme, yönetme ve onlara ücret sağlama konusunda destekleyen bir İnsan Kaynakları Bilgi Sistemine (İKBS) sahip olmadan etkili bir planlama yapamaz. Veriler demografik, eğitim ve istihdam göstergeleri içermelidir.<sup>120</sup> Başlangıç noktası mevcut hemşirelik iş gücü verisinin denetimi olmalıdır.
- Veriler elzemdir, ama iş gücünün dinamik olduğunu da kabul etmeliyiz. Her daim, işgücüne katılan ve işgücünü terk eden ve işler, sektörler, bölgeler ve ülkeler arasında dolaşan hemşireler vardır. Bu işgücü piyasası hareketini anlamak, işgücü planlaması için çok önemlidir. Hemşire ihtiyacını gidermek için uygulamaya konulabilecek politikalara örnek olarak şunlar verilebilir:<sup>119</sup> Eğitim kurumlarının üretim kapasitelerini artırmak, müfredatı toplum sağlığı önceliklerine uyumlu hale getirmek, nitelikli adayları hemşirelik mesleğine çekmek ve elde tutmak için stratejiler uygulamak, mesleği daha çekici hale getirmek ve etkinliğini artırmak için hemşirelik uygulamalarını genişletmek, mevcut personeli yeniden eğitmek ve geliştirmek ve DSÖ Uluslararası İşe alma Kanuna göre uluslararası işe alma seçeneklerine uymak.
- Ulusal işgücü stratejik planlamasının amacı, hemşirelik işgücünü yönetmek için ne yapılacağı konusunda kararlaştırılmış ve kanıta dayalı bir niyet ve amaç bildirimi sunmak olmalıdır. Bu sadece teknik bir çalışma olmanın ötesinde paydaşların katılımını sağlama, öncelikleri ve mevcut kısıtlamaları belirleme, kısa ve orta/uzun vadede mevcut ve gelecekteki ihtiyaç

duyulacak hemşire işgücü profilini oluşturma ve politikaları şekillendirme sürecidir. Ulusal bir paydaş toplantısı gerçekleştirmek başlangıç noktası olarak önerilmektedir.<sup>102</sup> Bu toplantı, hemşirelik işgücü problemlerini ve başarıya ulaşmak için kimler tarafından neler yapılabileceğini belirlemeye odaklanan çok paydaşlı bir yuvarlak masa toplantısı olabilir. Bunu başarmak için sivil toplum, bakanlıklar, devlet kurumları, sağlık meslekleri, düzenleyiciler, işverenler, eğitim sektörü ve STK temsilcileri sürece dahil edilmelidir.

4. Plan geliştirmenin sürdürülebilir olmasını ve “tek seferlik bir şey” olarak görülmemesini sağlamak için planın içeriği ve uygulaması, düzenli olarak gözden geçirilmeli ve iyileştirilmelidir. Burada önemli olan noktaysa sürdürülebilir yaklaşımın, “zamanda bir noktada sabit” bir plan değil, uyarlanabilir bir planlama süreci gerektirdiğidir.

## **Vaka Çalışması**

### **Eswatini - Genel Sağlık Sigortası kapasitesinin artırılması**

**Colile P Dlamini, Bonsile Nsibandze, Tengetile R Mathunjwa-Dlamini, Elizabeth Macera, Eileen Stuart-Shor, Cynthia H Dlamini, Eswatini (eski adıyla Svaziland)**

Eswatini Krallığı, Güney Afrika'da bulunan kara ile çevrili küçük bir ülkedir. 1,3 milyonluk nüfusunun %80'i kırsal alanlarda yaşamaktadır. Sağlık çalışanı ihtiyacı yüksek olan ülkede nüfus, maternal ve perinatal bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklardan ve kötü beslenme koşullarından şikayetçidir. 2011'den bu yana HIV/AIDS insidansını azaltmada etkileyici kazanımlara rağmen Eswatini hala dünyanın en yüksek HIV/AIDS yüküne sahip ülkedir. Nüfusun %26'sı HIV enfeksiyonu ile yaşamaktadır. Afrika ülkeleri arasında, Eswatini bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümlerde üçüncü sırada yer almaktadır.

Kırsal nüfusun büyüklüğü ve sağlığa tahsis edilen kaynakların sınırlılığı, Genel Sağlık Sigortası'nın hedeflerinin gerçekleştirilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini zorunlu hale getirmektedir.

Eswatini'de Genel Sağlık Sigortası hedeflerine ulaşmak için farklı düşünme ve bakım sağlama yolları gerekmektedir. İleri uygulayıcı hemşirelerinin hem klinik hem de uygun maliyetli bakım sağlamada etkili olduğuna dair çok sayıda kanıt vardır. Yüksek hastalık yükü ve nüfusun yetersiz hizmet alan bölümlerinin ihtiyaçlarını karşılama sorunları ile başa çıkmak isteyen Eswatini Üniversitesi, aile-odaklı bir lisansüstü uygulayıcı hemşire programı kurmuştur.

Üç yıllık yarı zamanlı Aile Uygulayıcı/Pratisyen Hemşire (AUH) programı, bakıma daha iyi ve daha hızlı erişim sağlayabilen, gecikmiş bakımdan kaynaklı sevk ve komplikasyonları azaltabilen ve kültürel ve dil ile ilgili farklılıkları hesaba katarak hizmet sağlayabilen hemşireler yetiştirmektedir. AUH'ler ayrıca kayıtlı hemşireler ve doktorlar arasındaki hizmet boşluğunu kapatır ve kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetleri sağlamak için diğer sağlık uygulayıcıları ile irtibat halindedir.

Öğrenciler Eswatini'nin dört bir köşesinden gelen kayıtlı hemşirelerdir ve birçoğu hemşirelik alanında geniş deneyime sahiptir. Sıkı bir müfredat ve pratik yapmak için uzun mesafeler kat etmelerini gerektirir. Dersler zor olmasına rağmen, öğrenciler eğitimlerine devam ederler, çünkü sağlık sisteminde ne kadar önemli bir rol oynayacaklarını kavrarlar ve yeterince hizmet alamayan nüfusa kaliteli ve güvenli birinci basamak sağlık hizmeti sunarak Eswatini sağlık sisteminde fark yaratacaklarını bilirler.

Bugüne kadar, üç grup öğrenci AUH programına kayıt olmuştur ve Ekim 2020'de program ilk mezunlarını verecektir.

AUH programı, Eswatini'deki sayısız sağlık sistemi sorununa bir çözümdür. Bu ileri uygulayıcı hemşireler, çeşitlilik gösteren ve yeterince hizmet alamayan nüfuslara kaliteli, insan-merkezli, makul

fiyatlı ve kapsamlı sağlık hizmeti sunacaktır, bunun da Genel Sağlık Sigortası hedeflerine ulaşma kabiliyetimiz üzerinde büyük bir etkisi olacaktır.



## HEMŞİRE YILI MİRASI

Howard Catton, ICN CEO'su

Uluslararası Hemşireler Günü 2020, daha önceki Uluslararası Hemşireler Günü (UHG)'den farklı olacaktır. Bu yıl sadece bir günü veya bir haftayı kutlamıyoruz. 2020'de tüm yıl bizim! 2020 Uluslararası Hemşire ve Ebe Yılı nasıl bir miras bırakacaktır? Gelecekte hemşirelerin insanların refahına yaptıkları katkıların anlaşılmasını sağlamak için hemşireliğe yeni bir bakış açısı kazandırmak amacıyla bu fırsatı nasıl değerlendirebiliriz?

Şüphesiz, hemşireliğin küresel düzeyde tanınması harikadır. Bu nedenle, emeklerimizi, meslek olarak aldığımız yolu ve başarılarımızı kutlamalıyız. Ama sadece bununla yetinmemeliyiz! Bu yılı, hemşirelik algısını değiştirme ve hemşireliğe daha çok yatırım yapılmasını sağlamak için bir fırsat olarak değerlendirmeliyiz. Liderlik pozisyonlarında hemşireliği teşvik etmek ve hemşirelik imajını değiştirmek için buna ihtiyacımız var. 2020 sadece kutlama değil, aynı zamanda kalıcı bir değişim yaratma zamanıdır. Bunu mümkün kılmak için üst üste koymamız gereken yapı taşları hakkında düşünmemiz gerekiyor, çünkü güzel sözlerin hepsi söylenip bitecek ve küresel ilgi ilerde başka bir konuya evrilecektir. İşte o durumda o yapı taşlarını üst üste koyacağımız bir altyapıya sahip olmamız gerekir.

### Nasıl değişimler görmek istiyoruz?

Öncelikle, bu raporun birkaç yazarı tarafından vurgulanan hemşirelere olan ihtiyacı ele almalıyız. Yani, hem nasıl daha fazla hemşireyi işgücüne katacağımız, hem de mevcut hemşireleri nasıl meslekte tutabileceğimiz üstüne düşünmeliyiz. Bunu nasıl başarabiliriz? Çalışma koşullarını, maaşları, mesleğe duyulan saygıyı, değeri ve sunulan ödülleri iyileştirebiliriz. Bunların hepsi yatırım gerektirir. Dr. Tedros'un 2019'da ICN Kongresi'ne yaptığı konuşmada belirttiği gibi, *“Hemşireleri ve ebeleri güçlendirip donatmadıkça ve onların potansiyelinden en iyi şekilde yararlanmadıkça Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nde evrensel sağlık güvencesi ve sağlıkla ilgili hedeflere ulaşamayız.”*<sup>122</sup> Sağlık hizmetlerine erişimi artırmaktan kastımız, bir sağlık uzmanına görünebilmektir. Sağlık işgücü olmadan sağlık olmaz!<sup>123</sup>

İkinci olarak, küresel sağlık gündemi, yeni bakım modelleri, kronik hastalıklar vb. ile başa çıkmada kilit bir rol oynadıkları için ileri uygulayıcı hemşirelerin potansiyelini en iyi şekilde kullanmalı ve hemşirelik rollerini genişletmeliyiz. Bunu da ancak ileri uygulamaların önündeki engelleri kaldırarak, yeni kanıtlar sunarak, onlara yeni hizmetler geliştirmek ve bu alandaki politikaları şekillendirmek için sorumluluk vererek daha da önemlisi, daha fazla hemşirenin liderlik pozisyonu elde etmesini sağlayarak ve hemşirelik politikaları geliştirme ve uygulama konusunda hemşirelik uzmanlıklarını, önerileri ve kanıtları kullanarak gerçekleştirebiliriz.

Üçüncüsü, hemşireliği ele aldığımız zaman, cinsiyet ayrımları ve eşitsizlikleri de ele almış oluruz çünkü bu konular mesleğimizle iç içe olan sorunlardır. Nasıl kadın olmak eski geleneksel kalıplardan kurtulmaksa, hemşirelik alanındaki mitlerden de kurtulmanın zamanı gelmiş bulunmaktadır. Dünyadaki eşitsizliği ele almak için mesleğimizdeki eşitsizliklere değinmeli ve hemşirelik imajını iyileştirmeliyiz.



### **Bu değişiklikleri nasıl gerçekleştirebiliriz?**

Bu değişiklikleri gerçekleştirmek için daha güçlü, daha etkili Ulusal Hemşirelik Dernekleri (UHD)'ne ihtiyacımız var. UHD'ler, hemşirelik dayanışmasının ve hemşirelik uyumunun temelini oluşturur. Daha iyi hasta sağlığı için hemşireliği teşvik etmek ve ilerletmek amacıyla hemşirelik ailesinin tüm üyelerini bir araya getirmeliyiz. En güvenilir ve en geniş sağlık meslek grubu olan Hemşirelik Dernekleri, değişim ve gelişim için büyük bir güç olabilir.

UHD'ler uygulamanın gerçekliğine bakar ve neyin işe yaradığını, neyin işe yaramadığını, hastalar ve insanlar için neyin önemli olduğunu ve sağlık sonuçlarını neyin değiştirdiğini araştırır. Bu, birliklerin politika geliştirmek için bir yol olarak kullanabileceği zengin ve güçlü bir delildir. UHD'ler, farklı gruplardan gelen hemşirelerin muazzam gücüne dayalı mesleki deneyimleri politika geliştirmek için kullanır. UHD'ler sadece hemşirelik ve sağlık hizmetleri için değil, aynı zamanda sosyal değişim, haklar, adalet, birey, aileler ve topluluklar için de bir güçtür.

Gündemimiz sağlığın ötesindedir. Bugün insan hakları, adalet ve eşitlik gibi konuları görmezden gelemez. Hemşirelerin de bu konular ve hastalar adına konuşma hakkı ve sorumluluğu vardır. Hemşireler, insan odaklılık, eşitlik ve haklar konusunda çok açık ilkelere ve değerlere sahiptir. Bu ilkelerin ve değerlerin savunuculuğunu yapmak ve harekete geçmek için haklı gerekçelerimiz ve güvenilirliğimiz vardır.

### **Sınırlarımızın ötesine ulaşmak**

UHD'ler değişimde itici bir güçtür. Ancak ülkeler zorluklarla tek başlarına yüzleşmez. Komşu ülkelerde olan bitenler de (göç, hareketlilik ve iklim değişikliği gibi konular) bu zorlukları etkiler ve şekillendirir. Bunlar ulusların ve komşularının mücadele etmek zorunda oldukları büyük sorunlardır. Dolayısıyla, bu sorunları çözmek için ülkeler arasında işbirliği gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin uluslararası doğası ve dünyayı şekillendiren büyük küresel güçler, uluslararası kuruluşları işbirliği yapmaya mecbur bırakır. Bu yüzden de ICN gibi bir organizasyona ihtiyacımız var. İşin aslı, Ethel Gordon Fenwick ve meslektaşları 120 yıl önce ICN'i kurmamış olsaydı, bugün bizim kurmamız gerekirdi!

Komşularımızla işbirliği yapmak için daha fazlasını yapmamız gerekiyor. Her yıl ICN, meslek için önemli konulara odaklanmak üzere Dünya Sağlık Asamblesi'ne bir hemşire heyeti gönderir. Hemşirelik, bölgesel DSÖ karar-alma organlarında olduğu kadar etkili, sesi çıkan ve görünür olmalıdır. Ayrıca, düzenleme, eğitim, hükümet, hastaneler ve kliniklerdeki hemşirelerle daha yakın çalışmamız gerekiyor. Birlikler bu ilişkileri bölgesel olarak geliştirmek, yeni ortaklıklara ulaşmak ve yeni ortaklıklar geliştirmek ve mesleğin tüm bölümlerini bir araya getirmek için ideal oluşumlardır. Sadece kendi aramızda değil, mesleğin tamamının konuştuğundan emin olmalıyız. Meslek grubu olarak; siyasi gruplar, teknoloji şirketleri, spor, medya veya sanayi insanları gibi diğer profesyonel organlara ulaşmalıyız. Diğer gruplarda gözlemlediğimiz etkili sosyal hareketleri düşünün. Dünyamızın karmaşıklığı ve iç içe geçmişliğinden dolayı, işleri halletmek ve ihtiyacımız olan görünürlüğü elde etmek için hem ulusal hem de profesyonel sınırlarımızın ötesine uzanmalıyız.

### **Hemşireliğin gücü**

Sahip olduğumuz gücü hafife almayın; güç, sayılarda, derneklerde ve yaptığımız işin olağanüstü doğasına olan güvendedir. Evet, çok şey başardık, ama yapabileceğimiz daha çok şey var! Sadece kendimiz için değil, gezegenin sağlığı için yapabileceklerimizi sınırsızdır! Ama örgütlenmeye ve dayanışmaya ihtiyacımız var. Temellerimiz sağlam, yapmamız gereken onların üstüne inşa etmek.

Hemşirelik Şimdi kampanyasının bu kadar kısa sürede neler başardığına bir bakın! 2018'de kurulan Hemşirelik Şimdi, şu an 100'den fazla ülkede faaliyet göstermekte.

Vizyonumuz, yeni kurulan Hemşirelik Şimdi gruplarının gücünü ve potansiyelini, kurulan Ulusal Hemşirelik Dernekleri'nin gücüyle ve etkisiyle bir araya getirerek değişim için yeni bir güç oluşturmak.

2020 son değil bir başlangıç! 2020 yeni bir dönemi başlatmak için bir fırsat, ancak tek hedefimiz değildir. Bizler vazgeçilmez ve durdurulamaz bir gücüz ve hep birlikte *dünyayı sağlığına kavuşturacağız!*



## REFERENCES

1. Lynaugh, J.E. and B.L. Brush, The ICN Story – 1899-1999. *International Nursing Review*, 1999, 46(1): p. 3-8.
2. Professor Marie Carney, 2019, Twelve Decades of the International Council of Nurses, located: <https://icntimeline.org/1940-1949/0007.html> (accessed 14/02/2020)
3. Bloom, H., Robert Penn Warren's all the king's men. 1987, New York: Chelsea House Publishers.
4. Aiken, L.H., et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014, 383(9931): p. 1824-30.
5. Nightingale, F., *Sick-Nursing and Healthy-Nursing in Burdett-Coutts*, A.G., 1893. Woman's mission; a series of congress papers on the philanthropic work of women, by eminent writers. 1893, London: Marston & Company, Limited.
6. Rafferty, A.M., et al., Germs and Governance: The Past, Present and Future of Hospital Infection, Prevention and Control. In Press: Manchester University Press.
7. Rafferty, A. and R. Wall, An Icon and Iconoclast for Today' in Nelson, S., Rafferty, A.M., 2010. Notes on Nightingale: The Influence and Legacy of a Nursing Icon. 2010, New York: Cornell University Press
8. All-Party Parliamentary Group on Global Health, Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. 2016, APPG: London.
9. Heimans, J. and H. Timms, *New Power: Why outsiders are winning, institutions are failing, and how the rest of us can keep up in the age of mass participation*. 2018: Pan Macmillan
10. Gordon Fenwick E (1899). as quoted in Bridges, DC (1967) *A History of the International Council of Nurses 1899-1964. The First Sixty Five Years*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, Toronto.
11. The Health Foundation. Person-centred care made simple : What everyone should know about person-centred care. 2016 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.health.org.uk/topics/person-centred-care>.
12. International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses. 2012; Available from: <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/>.
13. Weaver, K., Morse, J. & Mitcham, C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs*, 2008, 62(5): p. 607-18.
14. Liaschenko, J. & Peter, E. Fostering Nurses' Moral Agency and Moral Identity: The Importance of Moral Community. *Hastings Cent Rep*, 2016, 46 Suppl 1: p. S18-21.
15. Girvin, J., D. Jackson, and M. Hutchinson, Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence. *J Nurs Manag*, 2016, 24(8): p. 994-1006.
16. Leary, A. and A. Dix, Using data to show the impact of nursing work on patient outcomes. *Nursing Times*, 2018, 114(10): p. 23-35.
17. Laurant, M., et al., Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018, 7: p. CD001271.
18. Coster, S., M. Watkins, and I. Norman, What is the impact of professional nursing on patients' outcomes globally? An overview of research evidence. *International Journal of Nursing Studies*, 2018, 78: p. 76-83.
19. Needleman, J., et al., Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *N Engl J Med*, 2011, 364(11): p. 1037-45.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Global Burden of Mental Illness. 2014 [cited 2019 19 November]; Available from: <https://blogs.cdc.gov/global/2014/02/10/global-burden-of-mental-illness/>.
21. Rodriguez-Cayro, K. 7 Physical Disorders That Are Linked To Mental Health Issues. 2018 [cited 2019 19 November]; Available from: <https://www.bustle.com/p/7-physical-disorders-that-are-linked-to-mental-health-issues-9122010>.
22. McCook, A. Suicide risk increases after heart attack. 2010 [cited 2019 19 November]; Available from: <https://www.reuters.com/article/us-suiciderisk-idUSTRE6AT5PG20101130>.
23. Laganà, A.S., et al., Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *International journal of women's health*, 2017, 9: p. 323-330.
24. World Health Organization. Fact Sheet: Nursing. 2018 [cited 2017 20 February]; Available from: [http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/NursingFactSheet09Feb2018.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/NursingFactSheet09Feb2018.pdf?ua=1).
25. Kruk, M.E., et al., Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 2018, 392(10160): p. 2203-2212
26. Makary, M.A. and M. Daniel, Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 2016, 353: p. i2139
27. Deloitte. 2019 Global health care outlook: Shaping the future. 2019 [cited 15 November]; Available from: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf>.
28. The World Bank. Understanding Poverty. 2019 [cited 2019 3 September]; Available from: <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/overview>
29. International Council of Nurses., *Nursing: a Voice to Lead: Achieving the Sustainability Goals*. 2017, Geneva: ICN.
30. Neumann, C.E. Nursing's social policy statement: The essence of the profession. 2010 [cited 2019 29 August]; Available from: <https://essentialguidetonursingpractice.files.wordpress.com/2012/07/pages-from-essential-guide-to-nursing-practice-chapter-1.pdf>.
31. Pittman, P. Activating Nursing to Address the Unmet Needs of the 21st Century: Background Paper for the NAM Committee on Nursing 2030. 2019 [cited 2019 11 November]; Available from: <https://publichealth.gwu.edu/sites/default/files/downloads/HPM/Activating%20Nursing%20To%20Address%20Unmet%20Needs%20In%20The%2021st%20Century.pdf>.
32. Flavelle, C., Climate change threatens the world's food supply, *United Nations warns*, in *New York Times*. 2019.
33. World Health Organization. Climate Change and health: Fact Sheet. 2017 [cited 2019 29 August]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/>.
34. Rosa, W., The future of nursing and midwifery: a force for leading the United Nations 2030 Sustainable Development Goals. 2019: Nursing Outlook.
35. International Council of Nurses. Position Statement. 2018. Nurses, climate change and health. 2019; Available from: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS\\_E\\_Nurses\\_climate%20change\\_health.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_E_Nurses_climate%20change_health.pdf)
36. Dodson, J., Dame Cicely Saunders – an inspirational nursing theorist. *Cancer Nursing Practice*, 2017, 16(7): p. 31-34.
37. World Health Organization. Palliative Care Key Facts. [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/palliative-care>.
38. World Health Organization. 10 Facts on Palliative Care. [cited 2019 11 November]; Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en>
39. Fitch, M.L., M.C. Flidner, and M. O'Connor, Nursing perspectives on palliative care 2015. *Ann Palliat Med*, 2015, 4(3): p. 150-5.
40. Lorenz, K.A., et al., Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*, 2008, 148(2): p. 147-59.
41. Elliott, J.A. and I.N. Olver, Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Soc Sci Med*. 2007, 64(1): p. 138-49