

EDİTÖR

Prof. Dr. Hüsnâ ÖZVEREN

**HEMŞİRELİK
ESASLARI**

Alanında Araştırmalar ve Değerlendirmeler

**ARALIK
2024**

İmtiyaz Sahibi / Yaşar Hız
Yayına Hazırlayan / Gece Kitaplığı
Birinci Basım / Aralık 2024 - Ankara
ISBN / 978-625-430-677-8

© copyright

2024, Bu kitabın tüm yayın hakları Gece Kitaplığı'na aittir.
Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir
yolla çoğaltılamaz.

Gece Kitaplığı

Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak
Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA
0312 384 80 40
www.gecekitapligi.com / gecekitapligi@gmail.com

Baskı & Cilt

Bizim Büro
Sertifika No: 42488

**HEMŞİRELİK ESASLARI
ALANINDA ARAŞTIRMALAR VE
DEĞERLENDİRMELER**

EDİTÖR

Prof.. Dr. Hüsna ÖZVEREN

gece
kitaplığı

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

PERİFERİK OKSİJEN SATÜRASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE BİREYLERE VERİLEN POZİSYONUN ÖNEMİ

Oktaş UYSAL, Dilek YILMAZ 7

BÖLÜM 2

HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Gölsüm KEHRİBAR, Hüsna ÖZVEREN 29

BÖLÜM 3

KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI

Gözde ÇETİNKAYA ALKAYA, Aysun TÜRE 51

BÖLÜM 4

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE DUYGUSAL ZEKA

Müzelfe BIYIK, Aysun TÜRE 63



BÖLÜM 1

PERİFERİK OKSİJEN SATÜRASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE BİREYLERE VERİLEN POZİSYONUN ÖNEMİ¹

Oktay UYSAL², Dilek YILMAZ³

1 Bu çalışma, 2024 yılında Doç. Dr. Dilek YILMAZ danışmanlığında tamamlanmış olan “Sağlıklı Genç Yetişkin Bireylerde Farklı Vücut pozisyonlarında Ve Parmaklarda Ölçülen Periferik Oksijen Satürasyon Değerlerinin İncelenmesi” adlı yüksek lisans tezinden üretilmiştir

2 Uzm. Hemşire, Yalova Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Basamak Yoğun Bakım B Ünitesi, Yalova, Türkiye. uysaloktay@gmail.com, ORCID ID: 0009-0000-4632-3655

3 Doç. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bursa, Türkiye. dilekk@uludag.edu.tr, ORCID ID: 0000-0001-7269-8493

Giriş

Periferik oksijen satürasyonu, eritrositlerdeki hemoglobinin (Hgb) oksijene doymuşluğunu; yani oksijenin Hgb'e bağlanma oranını göstermektedir. SpO₂ olarak yüzdelik değer ile ifade edilmektedir. Sağlıklı bireyde normal SpO₂ değer aralığı % 95-100 arasında değişmektedir (Keti, & Dinçer, 2023; Tor, Mert, & Tosun, 2021). Periferik oksijen satürasyonu, oksijen tedavisi gerekliliği, tedavinin takibi ve etkinliğinde, yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakımları sürdürülen hastaların rutin izleminde, ameliyathanelerde hasta izleminde ve özellikle hipoksinin değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir parametredir (Asdo ve ark., 2023; Çelik, 2020; LaPier & Chatellier, 2017).

1970'li yılların ortalarında Takuo Aoyagi tarafından periferik oksijen satürasyonunun ölçümü amacıyla geliştirilmiş olan "pulse oksimetre", ilk aşamada sadece cerrahi işlemler sırasında kullanılırken son on yıldır cerrahi girişim geçiren, tanılanmış akciğer fonksiyon bozukluğu olup oksijen satürasyonunda düşme şüphesi olan, ağrı nedeniyle solunum depresyonuna yol açabilecek dozlarda analjezik uygulanan, oksijen desteğine ihtiyacı bulunan, uyku apnesi, pnömoni, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), kronik bronşit, amfizem, konjestif kalp yetmezliği ve pulmoner ödemli olan (Aydın & Özhan 2017; Çelik, 2020) ve hastanın oksijenasyonunun dengesiz olabileceği her türlü ortamda kullanılan standartlaşmış bir uygulama olarak kullanılmaktadır (Çelik, 2020; Litvinova ve ark., 2023).

Klinik uygulamada oksijen satürasyonu ölçümünde önemli bir ölçüm aracı olarak arteriyel kan gazı analizi kullanılmaktadır (Ayhan, 2023), ancak arteriyel kan gazı ölçümleri hastanın oksijenasyon durumunun anlık görüntüsünü yansıtır üstelik invaziv olması ve sık arteriyel kan örnekleme veya intra-arteriyel kateter yerleştirme risklerine maruz bırakabilir. Tekrarlanan kan alımları iyatrojenik anemiye sebep olabilir. Ayrıca, kritik hastalar açısından sık kan alınması da damar içi tromboz riski gibi sorunlara yol açması nedeniyle oksijen satürasyonu ölçümü için pulse oksimetrenin önemini daha da artırmaktadır (Ayhan, 2023; Wick, Matthay & Ware, 2022).

Pulse oksimetre cihazı ile periferik oksijen satürasyonunun ölçümünün, temel hemşirelik uygulamaları içerisinde yer alan yaşamsal bulguların değerlendirilmesi açısından oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (Zhen et al., 2022). Bu açıdan değerlendirildiğinde; pulse oksimetre, sürekli satürasyonun ölçülebilmesi, kolayca yorumlanabilmesi ve çoğu ortamda kolayca kullanılabilmesi gibi avantajlara sahiptir. Ayrıca, akut bakım ortamında da pulse oksimetre ile sürekli nabız ve oksimetrik izleme, yaygın olarak kabul edilen bir bakım standardı olarak yer almaktadır (Wick ve ark., 2022).

Diğer yandan, sağlıklı kişilerde pozisyon değişiklikleri sırasında serebral kan hacmi ve kan basıncı üzerinde bazı fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Spontan solunum sırasında vücut pozisyonu değiştirildiğinde gaz değişimini etkilediği düşünülmektedir (Yiğit Avcı, & Yılmaz, 2024). Vücudun pozisyonu ve vücut pozisyonundaki değişiklikler, yerçekiminin kardiyovasküler ve kardiyopulmoner sistemler üzerindeki etkisinin derecesini ve ayrıca optimum kan dolaşımı ve oksijen taşınımını belirlemektedir (Ceylan, Khorshid, Güneş & Zaybak, 2016).

Sorumluluğu altındaki hasta bireylere pozisyon vermek bağımsız bir hemşirelik müdahalesidir. Kardiyovasküler, kardiyopulmoner disfonksiyon ve oksijenasyon sorunları olan hastalarda önemli olmasına rağmen, belirli bir pozisyonu önermek için yeterli kanıt yoktur (Alan, & Khorshid, 2021). Hastalarda oluşabilecek basıncı azaltmak, konforunu artırmak ve sekresyonların akciğerden atılmasına yardımcı olmak amacıyla hastanın pozisyonunu değiştirmek, hastanın sağlığının korunmasına ve iyileşmenin sağlanmasına katkıda bulunmak vb. amaçlı olarak hemşireler tarafından pozisyon değişimi klinik alanda sıklıkla yapılmaktadır (Ceylan ve ark., 2016). Hastaların doğru konumlandırılması, akciğer hacmini artırmakta, kalp hızını azaltmakta ve ventilasyon/perfüzyon uyumunu iyileştirerek kan oksijen saturasyon seviyesini etkilemektedir. Optimum oksijenasyon seviyesi ise ventilasyon/perfüzyon uyumuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Ali, 2021; Alan, & Khorshid, 2021).

Hastaya doğru zamanda uygun pozisyonu vermek, hastanın iyileşmesine olumlu katkı sağlamaktadır (Ceylan ve ark., 2016). Pozisyon değişikliği ile ilgili çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, en yüksek oksijen saturasyonu ortalaması supine pozisyonunda bulunmuştur (Tuncer, & Khorshid, 2018). Özmen (2019) tarafından kalp yetersizliği olan hastalarda yürütülen bir çalışmada ise yatak başı yükseldikçe hastaların periferik oksijen saturasyon düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Ayrıca hastaların yatak başı 30 derece yükseltilerek supine pozisyonunda yatırılmasının, periferik oksijen saturasyonu düzeyi açısından uygun olduğu vurgulanmıştır (Özmen, 2019).

Pulse oksimetrede okunan periferik oksijen saturasyonunun güvenilirliği, ölçüm yapılan bireyden, ölçüm yapan kişiden, çevresel faktörlerden ve pulse oksimetre cihazının özelliğinden etkilenmektedir (Martlı, & Dinçer, 2020). Literatürde; farklı vücut pozisyonlarından (Ali, 2021; Ceylan ve ark., 2016; Tuncer & Khorshid, 2018), farklı vücut bölgelerinden (Strickland ve ark., 2022; Yönt, Korhan & Dizer, 2011) ve farklı parmaklardan (Basaranoglu ve ark., 2015; Sapra ve ark., 2021; Sur & Kundu, 2021; Swain ve ark., 2022; Tripathy ve ark., 2019) pulse oksimetre cihazı ile ölçüm yapılan periferik oksijen saturasyonunu etkileyebileceği bildirilmektedir.

Yapılan güncel bir çalışmada; periferik oksijen satürasyonu değerinin anlamlı olarak en yüksek orta parmaklarda kaydedildiği, baskın ve baskın olmayan elin karşılık gelen parmakları arasındaki periferik oksijen satürasyonu değerlerinde bir fark olmadığı bulunmuştur (Sur, & Kundu, 2021). Swain ve arkadaşları (2022)'nin çalışmasında da periferik oksijen satürasyonu değerinin anlamlı olarak en yüksek orta parmaklarda ölçüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Swain ve ark., 2022). Yapılan başka bir çalışmada bireylerin oturma pozisyonunda orta parmaktan ölçülen SpO_2 değerinin, sırtüstü pozisyonda işaret parmağından ölçülen SpO_2 değerinden anlamlı derecede yüksek olduğu, sağ elini aktif olarak kullanan bireylerin sırtüstü pozisyonda orta parmaktan ölçülen SpO_2 değerinin, sol elini aktif olarak kullanan bireylerin SpO_2 değerinden anlamlı olarak yüksek olduğu, bulunmuştur (Uysal, 2024). Ceylan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; periferik oksijen satürasyonu değerinin farklı vücut pozisyonlarına göre etkilenebildiği, en yüksek değer dik oturma pozisyonunda, en düşük değer ise sırtüstü pozisyonda olduğunu gösterilmiştir (Ceylan ve ark., 2016). Diğer yapılan bir çalışmada da en yüksek periferik oksijen satürasyonu değerinin yarı oturur pozisyonda ölçüldüğü bulunmuştur (Ali, 2021).

Hasta bakımı ve güvenliği açısından, bakım ve hasta eğitiminden sorumlu hemşirelerin pulse oksimetre ile ölçüm yapma konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olması çok önemlidir (Keti, & Dinçer, 2023). Hemşirelerin, periferik oksijen satürasyonu değerinin güvenilirliğini etkileyen değişkenleri bilmesi, değerinin hatalı okunmasına neden olabilecek faktörleri ortadan kaldıracaktır. Bu şekilde medikal tedavi ve hemşirelik bakımının etkin yürütülmesi ve hasta güvenliğinin de devamlılığı sağlanabilecektir (Martlı, & Dinçer, 2020).

Oksijenin Taşınması

İnsanlar yaşamlarını sağlıklı bir şekilde idame ettirebilmek için oksijene gereksinim duyarlar. Organizmanın yaşamını sürdürmesi; oksijeni etkin bir şekilde kullanması ve zararlı oksidanları dengede tutmasıyla ilgilidir. Tüm organların, metabolizma için oksijen gereksinimleri varken, beyin ve kalp bu eksiklikten en fazla etkilenen organlardır. Vücutta birkaç dakika süren oksijen eksikliği durumuna hipoksi denir ve bu durum hayati bir tehlike oluşturabilir (Siwicka-Gieroba, Robba, Gołacki, Badenes & Dabrowski, 2022; WHO, 2017).

Oksijen, vücutta kırmızı kan hücrelerindeki hemoglobin adlı demir içeren bir proteinle taşınır. Oksijen akciğerlere alındığında, akciğer kapiller aracılığı ile hemoglobinle bağlanarak kanın içine geçer. Kalp ise, bu oksijen yüklü kanı vücutta dolaştırarak dokulara ulaşmasını sağlar. Dokulara yeterli oksijen sağlamak için beş temel süreç bulunmaktadır. Öncelikle oksijen, solunum yoluyla akciğerlere alınmalıdır. Daha sonra akciğerlerde-

ki hava kesecikleri olan alveoller, oksijeni kana geçirebilmelidir; bu işlem alveolar gaz alışverişi olarak bilinir. Kandaki hemoglobinin miktarı oksijenin dokulara taşınabilmesi için yeterli miktarda olmalıdır. Aynı zamanda kalp, dokulara oksijenli kan ulaştırmak için sürekli ve etkili bir şekilde kan pompalamalıdır ve dolaşımdaki kan miktarı, oksijen açısından doymuş olan kanın tüm vücuda yayılmasını sağlamalıdır (WHO, 2017).

Normal koşullarda, akciğerlerden dokulara taşınan oksijenin yaklaşık %97'si, eritrositlerdeki hemoglobinin kimyasal olarak birleşmiş halde bulunur. Geriye kalan %3'ü ise kan plazmasında ve hücre sıvısında çözülmüş olarak dokulara iletilir. Bu nedenle, oksijenin dokulara taşınmasının büyük kısmı hemoglobin aracılığıyla gerçekleşir. Oksijen, bir protein olan ve kolayca oksijenle bağlanıp ayrılabilen hemoglobinin birleştiğinde oksihemoglobin ($HgbO_2$) adında bir moleküle dönüşür. Kandaki hemoglobin miktarı her 100 ml yaklaşık 15 gr şeklindedir. Her bir gram hemoglobin yaklaşık 1.34 ml oksijen bağlayabilir. Bu sebeple 100 ml kanın hemoglobini tamamen doymuş olduğunda, bu kan 20 ml oksijen bağlayabilir. Bu genellikle hacimce %20 biçiminde ifade edilir. Dokularda kullanılan oksijen, bu bağlamda çözülmüş biçimde bulunur (Alan, 2016).

Pozisyon Vermenin Önemi

Hastalara pozisyon vermek, uygulamalarda hemşirenin bağımsız bir kararı olarak uygulanmasına karşın, özellikle ciddi hayati tehlikesi olan hastalar için hastalık seyrini ve ölüm oranlarını ciddi olarak etkileyebilir. Yoğun bakım ünitelerinde yakından takip edilen hastalar genellikle hemodinamik parametrelerdeki düzensizlikler veya büyük travmalar nedeniyle mobilizasyonda bozulma durumları yaşarlar ve uzun süre yatağa bağlı kalırlar. Bu tür immobil hastaların çoğunda, tüm vücut sistemleri olumsuz etkilenir ve bu durum, birçok organda çeşitli sağlık sorunlarının meydana çıkmasına neden olabilir (Dönmez, 2019).

Pozisyon değiştirildiğinde, vücut fonksiyonlarında genellikle yerçekiminin etkisiyle meydana gelen değişiklikler gözlemlenir. Bu değişiklikler çoğunlukla solunum ve kalp fonksiyonlarındaki değişikliklerden kaynaklanır ve vücut sıvılarında, solunumda, kan dolaşımında ve bu dolaşımı yöneten venöz, pulmoner veya arteriyel sistemlerde çeşitli değişiklikler ortaya çıkar (Yiğit Avcı, 2023).

Sorumluluğu altındaki hasta bireylere pozisyon vermek bağımsız bir hemşirelik müdahalesidir. Kardiyovasküler, kardiyopulmoner disfonksiyon ve oksijenasyon sorunları olan hastalarda önemli olmasına rağmen, belirli bir pozisyonu önermek için yeterli kanıt yoktur (Alan, & Khorshid, 2021). Hastalarda oluşabilecek basıncı azaltmak, konforunu artırmak ve sekresyonların akciğerden atılmasına yardımcı olmak amacıyla hastanın pozisyonunu değiştirmek, hastanın sağlığının korunmasına ve iyileşmenin

sağlanmasına katkıda bulunmak vb. amaçlı olarak hemşireler tarafından pozisyon değişimi klinik alanda sıklıkla yapılmaktadır (Ceylan ve ark., 2016). Hastaların doğru konumlandırılması, akciğer hacmini artırmakta, kalp hızını azaltmakta ve ventilasyon/perfüzyon uyumunu iyileştirerek kan oksijen saturasyon seviyesini etkilemektedir. Optimum oksijenasyon seviyesi ise ventilasyon/perfüzyon uyumuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir (Ali, 2021; Alan, & Khorshid, 2021).

Literatürde yapılan incelemelerde, hastalarda aspirasyon riskinin ve aspirasyon pnömonisi oluşumunun önlenmesi için, akciğerlerin diyaframa baskı yapmadan ve göğüs kafesinin normal olarak genişleyebilmesi ve kafa içi basıncında artış olamaması amacıyla yatak başının farklı açılarda yükseltilmesi (30°, 45° ve 60°) önerilmektedir. Bu pozisyonlar, akciğerlerin ve diğer organların optimum şekilde fonksiyon göstermesini desteklemektedir (Kılıç, Ceylan & Karasu, 2021).

Sırtüstü (Supine) pozisyon

Supine pozisyonunda, hasta yüzü yukarı bakacak biçimde sırt üstü yatar. Kollar vücudun yanlarında uzanır ve topuklar birbirine temas eder (Yiğit Avcı, 2023). Sırtüstü pozisyon, hastalar için doğal bir yatış pozisyonu şekli olup, genellikle anatomik olarak vücut yapılarının nötr bir şekilde hizalanmasına izin verir. Ancak, bu pozisyon bazı olumsuz fizyolojik etkiler meydana gelebilir (Yiğit Avcı, 2023).

Bu pozisyonda, yerçekiminin dolaşım üzerindeki etkisi en az düzeydedir. Supine pozisyon verildiğinde, kalp debisi ilk anda artar fakat zamanla vücudun alt kısmından gelen kanın kalbe ulaşması atrial duvar gerilimini artırır ve kan hacmi yükselir. Uzun süre sırtüstü yatıldığında, baroreseptör refleksleri zayıf kalır ve parasempatik sinir sistemi etkisi artar. Bu durum, kalp hızında, kan hacminde ve kalp kası kasılma gücünde bir azalmaya yol açar; dolayısıyla, kan basıncında küçük bir düşüş gözlemlenir. Aynı zamanda supine pozisyonda, enteral beslenen hastalarda aspirasyon riski artar. Bu pozisyon, solunum yollarındaki sekresyonların çıkartılmasını zorlaştırabilir ve aspirasyon riskini yükselterek, ventilatör ilişkili pnömoni gelişme olasılığını yükseltebilir. Bu durum, hastaların pnömoni gibi komplikasyonlara yakalanma riskini artırır. Bu yüzden, yapılan araştırmalara göre, yoğun bakım koşullarında ideal bir pozisyon olarak kabul edilmemektedir (Bein ve ark., 2015; Gül, Köprülü & Haspolat 2016; Onarıcı & Karadağ, 2015).

Diğer yandan, Göcze ve arkadaşlarının (2013) gerçekleştirdiği bir çalışmada, yatak başının 45 derece açıyla yükseltilerek verilen sırtüstü pozisyonunun hem obez hem de obez olmayan hastalarda ventilasyon ve oksijenasyon üzerinde olumlu etkiler sağladığı rapor edilmiştir. Ayrıca, yoğun bakım ünitelerinde bu pozisyonda tedavi gören hastaların solunum ve kardiyak fonksiyonlarının daha iyi olduğunu belirtmişlerdir (Göcze ve ark.,

2013). Yiğit Avcı ve Yılmaz (2024) tarafından yoğun bakım hastalarıyla yapılan bir çalışmada ise farklı yatak başı açılarda verilen sırtüstü yatış pozisyonunun hastaların santral venöz basıncı değerlerini etkilediği bildirilmiştir (Yiğit Avcı, & Yılmaz, 2024). Bu açıdan değerlendirildiğinde; supine pozisyonu verilmesi gereken hastalarda, yatak başı derecelerinin doğru konumlandırılmasının önemli olduğu görülmektedir.

Oturur (Fowler/Semi fowler) pozisyon

Bu pozisyon, vücudun üst kısmının yatay düzlemde 30° ila 90° arasında bir açıyla kaldırıldığı şekilde tanımlanır (Büyükyılmaz, & Özsaban, 2017). Fowler ve semi-fowler pozisyonlarında, venöz dönüş, santral venöz basınç, ortalama arter basıncı ve sistemik perfüzyon seviyelerinde bir azalma görülür. Semi-fowler pozisyonunda, diyaframın nefes alma hareketi karın içi organlar tarafından daha az kısıtlanır ve göğüs hareketi için daha az efor gerektirir. Bu durumda, akciğerlerin pasif olarak genişlemesi için daha düşük bir basınç ihtiyacı duyulur ve fonksiyonel rezidüel kapasite artar. (Yiğit Avcı, 2023; Büyükyılmaz & Özsaban, 2017). Özmen (2019) tarafından kalp yetersizliği olan hastalarda yürütülen bir çalışmada; yatak başı yükseldikçe hastaların periferik oksijen saturasyon düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Ayrıca hastaların yatak başı 30 derece yükseltilecek şekilde supine pozisyonunda yatırılmasının, periferik oksijen saturasyonu düzeyi açısından uygun olduğu vurgulanmıştır (Özmen, 2019). Tuncer ve Khorshid (2018) yapmış oldukları bir çalışmada ise en iyi oksijenizasyonun dik oturur pozisyonda olduğunu, en düşük oksijenizasyonun ise supine pozisyonda olduğunu bulmuşlardır (Tuncer, & Khorshid, 2018).

Yan yatış (Lateral) pozisyon

Lateral yatış pozisyonunda hasta sağa veya sola doğru yatar ve vücut ağırlığı alt kürek kemiği tarafından desteklenir. Eğer hastanın bir tarafı diğer tarafa göre daha zayıf veya güçsüzse, zayıf bölgedeki kaslar ve sinirler üzerindeki baskıyı azaltmak için hastaya genellikle daha güçlü olan tarafa doğru pozisyon verilmelidir. (Bambi, & Elli, 2018).

Lateral pozisyon vermenin olumlu etkilerine rağmen, uzun süreli uygulamalarda bazı olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir. Bu pozisyonda, kalp yönüne bağlı olarak akciğerin sağ veya sol yarısına yük biner, bu da hem hava yollarını hem de akciğer dokusunu sıkıştırarak alveoller içindeki kan hacmini azaltır. Alt kısımda kalan akciğerde venöz sıvı birikimi oluşurken, üstte kalan akciğerde genişleme daha kolay gerçekleşir. Sonuç olarak, üstte kalan akciğer hiperventilasyona uğrarken, altta kalan akciğer hipoventilasyon gösterebilir. Bu durum, yan lateral pozisyonda difüzyon kapasitesinin azalmasına neden olur ve bu yüzden uzun süreli yan yatış pozisyonu hastalar açısından genellikle önerilmez (Katz, Arish, Rokach, Zaltzman & Marcus, 2018; Tuncer & Khorshid, 2018).

Yatış Pozisyonu ve Doku Oksijenasyonu İlişkisi

Temel hemşirelik uygulamalarından biri olan pozisyon değiştirme, genellikle bası yaralarının oluşumunu engellemek, hastanın konforunu artırmak ve sekresyonların atılımını kolaylaştırmak amacıyla yapılır. Vücut pozisyonlarının ventilasyon-perfüzyon dengesini ve arteriyel oksijen seviyelerini doğrudan etkilediği bilinmektedir; bu nedenle, en yüksek seviyede kan ve oksijen taşınmasını sağlamak açısından önemlidir (Yıldırım & Yavuz, 2010).

Vücudun pozisyon değişikliğine verdiği tepki, esasen yerçekimi değişikliklerine verilen bir yanıt olarak değerlendirilebilir. Yerçekimi kuvveti, kardiyak performansta değişikliklere yol açabilir ve bu değişiklikler, venöz, pulmoner veya arteriyel sistemlerde değişikliklere sebep olabilir. Yanlış pozisyonlar, özellikle küçük çocuklarda, ciddi hastalığı olanlarda, yaşlılarda ve obez bireylerde oksijenizasyon üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Bu nedenle, uygun pozisyon verilmemesi durumunda, hastalar zarar görme riskiyle karşılaşabilir; bu durum, ventilasyon-perfüzyon oranının bozulması ve düşmüş kardiyak akış oranının azalması gibi ciddi sonuçlarla ve ölümlerle bile sonuçlanabilir (Tuncer, 2017; Yıldırım, & Yavuz, 2009).

Pulse Oksimetre ve Çalışma Prensibi

Bilim ve teknolojiadaki hızlı ilerleme tüm bilim dallarını etkilemiştir ve değişen ve gelişen teknolojinin etkileri sağlık alanında da görülmektedir. Teknolojik ilerlemeler, günümüzde temel hemşirelik uygulamalarında hayati belirtilerin değerlendirilmesinde önemli olan pulse oksimetre cihazları ile periferik oksijen satürasyon düzeylerinin sık sık ölçülmesini sağlamıştır (Doğan ve ark., 2021). Pulse oksimetre; cildi aydınlatarak ve iki ışık dalga boyu kullanarak arteriyel oksihemoglobin hakkında ışık emilimindeki değişiklikleri ölçerek oksijen satürasyonu hakkında bilgi veren noninvaziv bir araçtır. Bu açıdan, pulse oksimetre periferik oksijen satürasyonu (SpO₂) ve nabız hakkında kısa sürede sonuç verebilen olası bir arteriyel hipokseminin önlenmesine olanak sağlamaktadır (Çelik, 2020; Strickland ve ark., 2022).

1970'li yılların ortalarında Takuo Aoyagi tarafından periferik oksijen satürasyonunun ölçümü amacıyla geliştirilmiş olan "pulse oksimetre", ilk aşamada sadece cerrahi işlemler sırasında kullanılırken son on yıldır cerrahi girişim geçiren, tanılanmış akciğer fonksiyon bozukluğu olup oksijen satürasyonunda düşme şüphesi olan, ağrı nedeniyle solunum depresyonuna yol açabilecek dozlarda analjezik uygulanan, oksijen desteğine ihtiyacı bulunan, uyku apnesi, pnömoni, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik bronşit, amfizem, konjestif kalp yetmezliği ve pulmoner ödemi olan (Aydın, & Özhan, 2017; Çelik, 2020) ve hastanın oksijenasyonu

nunun dengesiz olabileceği her türlü ortamda kullanılan standartlaşmış bir uygulama olarak kullanılmaktadır (Çelik, 2020; Litvinova ve ark., 2023).

Pulse oksimetre, periferik bir sensör, bu sensörden gelen sinyalleri işleyen bir mikroişlemci ve bir ekran ile bu bileşenleri birbirine bağlayan bir bağlantı kablosundan oluşur. Ekran üzerinde, oksijen satürasyon seviyesinin yanı sıra nabız hızı da gösterilir (Marlı, 2015). Pulse oksimetrenin çalışma prensibi, oksimetre ve pletismografi (bir organ veya tüm vücuttaki hacim değişikliklerini ölçmek için kullanılan bir yöntem) ilkesine dayanır. Bu cihazda, görünür ve kızılötesi olmak üzere iki farklı dalga boyundaki ışık kullanılır. Pulse oksimetre, oksijenlenmiş hemoglobin ve oksijenden ayrılmış oksijen kırmızı ve kızılötesi ışıkları farklı oranlarda emmesi ilkesine (Lambert-Beer Kanunu) göre çalışır. Lambert Kanunu, bir maddenin içinden geçen ışığın şiddetinin, yol uzunluğu arttıkça azaldığını belirtir. Beer Kanunu ise, maddenin yoğunluğu arttıkça geçen ışığın şiddetinin azaldığını ifade eder. Cihaz, 660 nm ve 880 nm dalga boylarındaki kırmızı ve kızılötesi ışıkları damar yatağından geçirek arteriyel hemoglobin konsantrasyonunu hesaplar. Oksijene bağlı hemoglobin, kızılötesi ışığa duyarlıdır ve büyük miktarda ışık emerken, oksijene bağlı olmayan hemoglobin kırmızı ışığı daha fazla emer. Işık kaynağı ve fotodiyot, genellikle parmak, kulak lobu veya perfüze olan ve ışık geçiren dokulara yerleştirilir. Fotodiyota ulaşan ışığın şiddeti ölçülerek arteriyel nabız hesaplanır ve bu veri mikrodenetleyici tarafından kaydedilip analiz edilir. Fonksiyonel satürasyon, oksijene bağlı hemoglobin ve oksijene bağlı olmayan hemoglobin konsantrasyonlarına bağlı olarak belirlenir (Aydın, & Özhan, 2017).

Pulse Oksimetrenin Klinik Değerlendirme Açısından Önemi

Klinik uygulamada oksijen satürasyonu ölçümünde önemli bir ölçüm aracı olarak arteriyel kan gazı analizi kullanılmaktadır (Ayhan, 2023), ancak arteriyel kan gazı ölçümleri hastanın oksijenasyon durumunun anlık görüntüsünü yansıtır üstelik invaziv olması ve sık arteriyel kan örnekleme veya intra-arteriyel kateter yerleştirme risklerine maruz bırakabilir. Tekrarlanan kan alımları iyatrojenik anemiye sebep olabilir. Ayrıca, kritik hastalar açısından sık kan alınması da damar içi tromboz riski gibi sorunlara yol açması nedeniyle oksijen satürasyonu ölçümü için pulse oksimetrenin önemini daha da artırmaktadır (Ayhan, 2023; Wick ve ark., 2022).

Pulse oksimetre cihazı ile periferik oksijen satürasyonunun ölçümü, temel hemşirelik uygulamaları içerisinde yer alan yaşamsal bulguların değerlendirilmesi açısından oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (Zhen ve ark., 2022). Bu açıdan değerlendirildiğinde; pulse oksimetre, sürekli satürasyonun ölçülebilmesi, kolayca yorumlanabilmesi ve çoğu ortamda kolayca kullanılabilmesi gibi avantajlara sahiptir. Ayrıca, akut bakım ortamında da pulse oksimetre ile sürekli nabız ve oksimetrik izleme, yaygın

olarak kabul edilen bir bakım standardı olarak yer almaktadır (Wick ve ark., 2022).

Pulse oksimetre, özellikle solunum ve dolaşım sistemi bozuklukları olan hastalarda; kalp damar hastalıkları, gastro-intestinal sorunlar ve göğüs hastalıklarının girişimsel teşhisi sırasında solunum problemlerinin erken tespiti için kullanılır. Ameliyatlar, acil durumlar ve yoğun bakım ünitele-
rinde, hastaya verilen pozisyona veya işlem sırasında kullanılan analjezik ve sedatif ilaçlardan kaynaklanan hipoksemi riski nedeniyle, rutin olarak kullanılır. Ayrıca, inotropik etkili ilaçların pulmoner vazodilatör etkilerinden dolayı oksijenlenmenin sürekli izlenmesi gereken tüm klinik ortamlarda ve son yıllarda gelişen teknoloji ile evde hasta takibinde de yaygın olarak kullanılmaktadır (Martlı, & Dinçer, 2020; Jubran, 2015).

Pulse oksimetre, yaygın olarak ameliyat sırasında güvenli bir sedasyon veya genel anestezi sağlamak için oksijen monitörizasyonu, uygulamaların rutin bir parçası olup hipoksinin erken tespitini sağlayarak ekip için önemli bir uyarı görevi görür. Ameliyat sonrası, pulse oksimetrenin kullanımı hipoksinin erken aşamada tespitini kolaylaştırır ve aynı zamanda hipoksinin doğrulanması ve tedavi planlaması açısından yol gösterici olur. Pulmoner sorunları olan veya cerrahi müdahale geçiren hastalarda hipoksemi riski yüksek olduğu için, özellikle uyanma döneminde ve küçük cerrahilerde SpO₂ takibinin yapılması, oksijen tedavisi almaya dahi önemlidir (Martlı, & Dinçer, 2020).

Pulse Oksimetre Kullanımına Bağlı Oluşabilecek Riskler

Pulse oksimetreler, ısı veya radyasyon yaymayan noninvaziv cihazlar oldukları için klinik kullanım sırasında hem hastalar hem de sağlık çalışanları için herhangi bir risk veya komplikasyon oluşturmazlar (Martlı, 2015).

Pulse oksimetre cihazları genellikle güvenilir olsa da bazı istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir. Proben içindeki ışığı emen diyetlerin aşırı ısınması, probun uygulandığı bölgede yanıklara neden olabilir. Ayrıca, probun ekstremiteye çok sıkı bir şekilde bağlanması iskemik baskı nekrozuna yol açabilir. Yoğun bakım hastalarında uzun süreli mekanik ventilasyon sırasında kullanılan parmak probu, parmakta sertlik oluşmasına yol açabilir. Yapışkan problemlerin kullanımı da yapışkan maddeye karşı alerji ve doku iskemisi risklerini ortaya çıkartabilir. Bu nedenle özellikle bilinçsiz ve immobil hastalarda dikkatli kullanılması önerilmektedir (Derinöz, & Şişmanlar, 2016; Nitzan, Romem, & Koppel, 2014).

Periferik Oksijen Satürasyonunun (SpO₂) Hatalı Ölçüm Nedenleri

Periferik oksijen satürasyonunu izlerken, pulse oksimetre cihazının probunun doğru bir şekilde takıldığından emin olunmalıdır. Parmaklara

takıldığında, ışık kaynağı tırnağın üstünde olmalıdır; kulağa yerleştirildiğinde, ışık kaynağı kulak memesinin üzerinde bulunmalıdır; alın bölgesine takıldığında ise ışık kaynağı sağ veya sol kaşın üzerine yerleştirilmelidir. Ölçümün doğruluğunu sağlamak için probun sabit olması önemlidir ve probun takıldığı bölgenin uygun sıcaklıkta olması gerekir (örneğin, ekstremitelerin soğuk ve siyanotik olmaması). Bu uygulamalara dikkat edilmesi gerekmektedir (Demir, & Öden, 2019; Ulugöl, & Toraman, 2016).

SpO₂ seviyesinin doğru değerlendirilmesi, iki ana faktöre bağlıdır. Bunlar, hasta ile ilişkili faktörler ve çevresel faktörlerdir (Çelik, 2022; Suzan, & Çınar, 2019).

Hasta ile ilişkili faktörler şunları içerir:

- Düşük perfüzyon ve düşük kan akımı,
- Dishemoglobinemi,
- Hipotermi,
- Şok ve vazokonstriksiyon,
- Arteriyal tıkanıklık
- Kalp yetmezliği ve hipotansiyon,
- Cilt pigmentasyonu ve koyu renkli deri,
- Derinin geçirgenliğini azaltan dövme,
- Takma tırnaklar veya tırnak üzerine sürülen oje (özellikle koyu renkli),
- Yapay tırnaklar,
- Anemi,
- Ödemli veya soğuk ekstremiteler,
- Kardiyak aritmiler,
- Sigara kullanımı,
- Karbonmonoksit zehirlenmesi,
- Topikal anesteziklere aşırı maruziyet,
- Metilen mavisi, indosiyanın yeşili, indigokarmin gibi maddeler,
- Egzersizdir (Çelik, 2020).

Çevresel faktörler ise şunları kapsamaktadır:

- Ortam ışığının aşırı parlak olması,
- Probun doğru yerleştirilmemesi,

- Kan basıncı ölçümü için tansiyon manşonunun şişirilmesi,
- Ölçüm alanının nemli, ıslak, kirlili veya kanlı olması,
- Fototerapi gibi yoğun ışık kaynaklarına veya doğrudan güneş ışığına maruziyet,
- Elektrocerrahi koterizasyon ünitelerinden ve cep telefonlarından gelen elektromanyetik enerji,
- Sinyal kalitesi sorunları ve sensör yerinde kurumuş kan bulunmasıdır (Çelik, 2020).

Tüm bu yukarıda yer alan faktörler, cihazın doğru çalışmasını etkileyebilir ve SpO₂ seviyelerinin yanlış okunmasına veya akut hipokseminin geç fark edilmesine yol açabilir (Çelik, 2020; Suzan, & Çınar, 2019).

Konuyla İlgili Yapılan Çalışmalar

Araştırma konusuyla ilgili yapılan güncel çalışmalar incelendiğinde farklı sonuçların olduğu gözlenmekle birlikte, bunlara kronolojik olarak aşağıda kısaca yer verilmiştir;

Göcze ve arkadaşlarının (2013) gerçekleştirdiği bir çalışmada, yatak başının 45 derece açıyla yükseltilecek verilen sırtüstü pozisyonunun hem obez hem de obez olmayan hastalarda ventilasyon ve oksijenasyon üzerinde olumlu etkiler sağladığı rapor edilmiştir. Ayrıca, yoğun bakım ünitelerinde bu pozisyonda tedavi gören hastaların solunum ve kardiyak fonksiyonlarının daha iyi olduğunu belirtmişlerdir (Göcze ve ark., 2013).

Basaranoglu ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada, 37 gönüllüden toplam 370 oksijen satürasyon ölçümü elde etmişlerdir. Yapılan ölçümlerde; en yüksek oksijen satürasyon değerinin sağ orta parmakta ölçüldüğünü (%98,2±1,2), sağ eli baskın olan gönüllülerde, sağ orta parmak ve sağ başparmaktan elde edilen oksijen satürasyon değerinin, sol orta parmağa göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışmada sağ orta parmaktan ve sağ başparmaktan elde edilen oksijen satürasyon değerlerinin en doğru sonucu yansıttığını vurgulamışlardır (Basaranoglu ve ark., 2015).

Ceylan ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada; sağlıklı bireylerin farklı pozisyonlardayken ölçülen oksijen satürasyon değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve dik oturma pozisyonunda ölçülen ortalama oksijen satürasyonu değerinin, sırtüstü pozisyonda ölçülen ortalama oksijen satürasyonu değerlerinden anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır (Ceylan ve ark., 2016).

Abd-El-Moaty ve arkadaşları (2017), beyin hasarı yaşayan yoğun bakım hastalarının oksijenasyonunu, çeşitli yatak başı açılarıyla verilen po-

zisyonların etkisi açısından değerlendirmişlerdir. Araştırmanın sonuçlarına göre, hastaların oksijenasyon değerlerinde anlamlı bir değişiklik gözlemlenmemiştir (Abd El-Moaty, EL - Mokadem, & Abd-Elhy, 2017).

Tuncer ve Khorshid (2018) yapmış oldukları bir çalışmada en iyi oksijenizasyonun dik oturur pozisyonda olduğunu, en düşük oksijenizasyonun ise supine pozisyonda olduğunu bulmuşlardır (Tuncer, & Khorshid, 2018). İsmail ve arkadaşları (2021) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, travmatik beyin hasarı geçiren hastaların vücut pozisyonlarının oksijenasyon üzerindeki etkileri incelenmiştir. Araştırma, sağ lateral ve semi fowler pozisyonlarının uygulanması sonucu hastaların oksijen saturasyonlarının belirgin şekilde arttığını göstermiştir. Ayrıca, çalışmada, travmatik beyin hasarı sonrası semifowler pozisyonunun hem hemodinamik hem de oksijenasyon parametrelerini iyileştirebileceği sonucuna varılmıştır (İsmail ve ark., 2021).

Alan ve Khorshid (2021) tarafından yapılan çalışmada, akciğer hastalığı yaşayan bireylerin oksijen saturasyonunu ve yaşam bulgularını etkileyen beş farklı yatış pozisyonu incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, sağ, sol veya her iki akciğerinde hastalık bulunan kişilerin, sağ tarafa yatmaları ve yatak başlıklarının 45 derece açıyla yükseltilmiş olması durumunda oksijen saturasyonlarının daha yüksek seviyelerde olduğu gözlemlenmiştir (Alan, & Khorshid, 2021).

Doğan ve arkadaşları (2021) tarafından, oje ve kınanın periferik oksijen saturasyonu üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada; beyaz ve siyah ojenin oksijen saturasyonu ölçümleri üzerinde etkisi olduğu, kına ve kırmızı ojenin ise ölçümler üzerinde etkisinin olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu bulgulara dayanarak hemşirelere oksijen saturasyonunu parmakla ölçmeden önce hastaların ojelerini çıkarmalarını önermişlerdir (Doğan ve ark., 2021). Benzer şekilde Yönt ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da farklı oje renklerinin sağlıklı gönüllülerde periferik oksijen saturasyonu değerlerinin ölçümlerinde klinik olarak anlamlı bir değişikliğe neden olduğu sonucuna varılmıştır (Yönt ve ark., 2014).

Sur ve Kundu (2021)'nin 18-30 yaş aralığındaki 100 gönüllü üzerindeki yapmış oldukları kesitsel bir çalışmada; gönüllülerden 76'sının sağ el, 24'ünün ise sol el hakimiyetine sahip olduğunu, periferik oksijen saturasyon değerlerinin en yüksek orta parmaklar ve ardından başparmaklarda ölçüldüğünü, en düşük değerlerin ise küçük parmaklardan ölçüldüğünü bulmuşlardır. Elde edilen ortalama değerlerden baskın elin orta parmağı ve başparmağının oksijen saturasyon değerlerinin açıkça daha yüksek olduğu görülse de, el baskınlığı açısından bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığını belirtmişlerdir. Baskın elin ve baskın olmayan elin karşılık gelen parmakları arasında oksijen saturasyon değerlerinde istatis-

tiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını vurgulamışlardır (Sur, & Kundu, 2021).

Sapra ve arkadaşları (2021) tarafından, bir hastanenin sağlıklı 96 sağlık çalışanın her iki elin farklı parmaklarından elde edilen periferik oksijen satürasyonu değerlerinin incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucunda; en yüksek değer sağ el yüzük parmağında, en düşük değer sağ el başparmağında ölçüldüğü bildirilmiştir (Sapra ve ark., 2021).

Agrawal ve arkadaşları (2022) tarafından her iki elin parmakları arasındaki periferik oksijen satürasyonunu karşılaştırdıkları çalışmada; 93 gönüllüden toplam 930 ölçüm elde edilmiştir. Sağ elini kullanan gönüllülerde en yüksek ortalama oksijen satürasyonu değerinin, sol küçük parmağında ölçüldüğü ve bu değer sağ yüzük parmağı, sağ küçük parmak, sol başparmak, sol işaret parmağı, sol orta parmak ve sol yüzük parmağında ölçülen değerlerden anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşımlardır (Agrawal ve ark., 2022).

Zhen ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir çalışmada, aynı parmağın ventral ve dorsal taraflarına farklı prob yerleştirilerek yapılan oksijen satürasyonu değerlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda; pulse oksimetre cihazının parmağın dorsal ve ventral tarafları arasındaki yerleşimindeki değişikliklerle satürasyon ölçümlerinde anlamlı bir fark olmadığı ortaya konulmuştur (Zhen ve ark., 2022).

Elamoudy ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan çalışmada, mekanik ventilasyon desteği alan hastaların oksijenasyon parametrelerine uygulanan pozisyon değişikliklerinin etkileri araştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, supine pozisyonda (yatak başı 0 derece) oksijen satürasyonunun azaldığı, semi fowler pozisyonunda (yatak başı 45 derece) ise arttığı belirlenmiştir (Elamoudy, Mohammad, Abdellatif, & Dessowky, 2022). Swain ve arkadaşlarının (2022) 391 katılımcı ile birlikte yapmış oldukları çalışmada; katılımcıların oturur pozisyonda iken her iki elin parmaklarından periferik oksijen satürasyonu ölçümleri yapılmıştır. Çalışma sonucunda; oksijen satürasyonu değerlerinin her iki elde de en yüksek orta parmakta ölçüldüğü sonucuna varmışlardır (Swain ve ark., 2022).

Naseer ve arkadaşları (2022) tarafından tek katlı sürülen ojenin katılımcıların periferik oksijen satürasyonundaki değişime etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada; ojenin bireylerin periferik oksijen satürasyonu değerlerini anlamlı olarak etkilediği sonucunu bulmuşlardır (Naseer ve ark., 2022). Khan ve arkadaşları (2023) tarafından 200 gönüllü üzerinde yapılan çalışmada; katılımcıların oturur pozisyonda her iki elin parmaklarında oksijen satürasyonu ölçümleri yapılmış olup, parmaklarda ölçülen oksijen satürasyonu değerlerinde farklılık olduğu tespit edilmiştir. En yüksek oksijen satürasyonu değerinin sağ orta parmakta, en düşük de-

ğerin ise sol küçük parmakta kaydedildiğini belirtmişlerdir. Anlamli olarak bulunan bu farkın klinik anlamının tartışılması gerektiğini vurgulamışlardır (Khan, Khan, & Jameel, 2023).

Yiğit Avcı ve Yılmaz (2024) tarafından yoğun bakım hastalarına farklı yatak başı açılarda verilen sırtüstü yatış pozisyonunun hemodinamik parametrelere etkisini incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada; farklı yatak başı açılarında kaydedilen periferik oksijen saturasyonu değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın saptanmadığını belirtmişlerdir (Yiğit Avcı, & Yılmaz, 2024). Uysal (2024) tarafından yapılan bir çalışmada; sağlıklı genç bireylerin oturma pozisyonunda orta parmandan ölçülen SpO₂ değerinin, sırtüstü pozisyonda işaret parmağından ölçülen SpO₂ değerinden anlamlı derecede yüksek olduğu ve sağ elini aktif olarak kullanan bireylerin sırtüstü pozisyonda orta parmandan ölçülen SpO₂ değerinin, sol elini aktif olarak kullanan bireylerin SpO₂ değerinden anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (Uysal, 2024).

Sonuç

Sonuç olarak, bireylerin oksijen saturasyonunu doğru ve etkin olarak izlemek, hemodinamik stabiliteyi sağlamak ve tedavi sürecinde daha iyi sonuçlar elde etmek için pozisyon değişikliklerinin uygun bir şekilde kullanılması ve konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiği sonucuna varılmaktadır.

Kaynakça

- Abd El-Moaty, A. M., EL- Mokadem, N. M., & Abd-Elhy, A. H. (2017). Effect of semi fowler's positions on oxygenation and hemodynamic status among critically ill patients with traumatic brain injury. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 4(2), 227- 236. Erişim adresi: <https://www.noveltyjournals.com>
- Agrawal, P., Pursnani, N., Gautam, A., Singh, A. P., Garg, R., Pandey, A., & Agarwal, A. (2022). Assessing the SpO₂ in a random population—Looking for the best among fingers. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 11(9), 5506-5509. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_2596_20
- Alan, N.,& Khorshid, L. (2021). The effects of different positions on saturation and vital signs in patients. *Nursing in Critical Care*, 26(1), 28-34. <https://doi.org/10.1111/nicc.12477>
- Ali, M. (2021). Analysis of heart rate and oxygen saturation using pulse oximeter between male and female at hyderabad Pakistan. *Journal of Hypertension*, 39, e175-e176. <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000746364.54811.c4>
- Asdo, A., Mawji, A., Agaba, C., Komugisha, C., Novakowski, S. K., Pillay, Y., ... & Dunsmuir, D. (2023). Repeatability of pulse oximetry measurements in children during triage in 2 Ugandan Hospitals. *Global Health: Science and Practice*, 11(4). <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-22-00544>
- Aydın, G. B.,& Özhan, O. (2017). Pulse oksimetre tasarım ve analizinin yapılması. Erişim adresi: <https://hdl.handle.net/11352/2485>
- Ayhan, D. (2023). Yoğun bakım hastalarında iki farklı yöntemle uygulanan yatak banyosunun bazı değişkenlere etkisinin incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi). Erişim adresi: <http://hdl.handle.net/11452/32831>
- Basaranoglu, G., Bakan, M., Umutoğlu, T., Zengin, S. U., İdin, K., & Salihoglu, Z. (2015). Comparison of SpO₂ values from different fingers of the hands. *Springerplus*, 4(1), 561. <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1360-5>
- Bein, T., Bischoff, M., Brückner, U., Gebhardt, K., Henzler, D., Hermes, C., ... & Wrigge, H. (2015). S2e guideline: positioning and early mobilisation in prophylaxis or therapy of pulmonary disorders: revision 2015: S2e guideline of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI). *Der Anaesthetist*, 64, 1. <https://doi.org/10.1007/s00101-015-0071-1>
- Büyükyılmaz, F.,& Özşaban, A. (2017). Preventive patient position, exercises and mobility in intensive care units: safe practice guidelines. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 25(2), 139-144. <https://doi.org/10.17672/fnhd.18197>

- Ceylan, B., Khorshid, L., Güneş, Ü. Y., & Zaybak, A. (2016). Evaluation of oxygen saturation values in different body positions in healthy individuals. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1095-1100. <https://doi.org/10.1111/jocn.13189>
- Comisso, I., Lucchini, A., Bambi, S., Giusti, G. D., Manici, M., Bambi, S., & Elli, S. (2018). Positioning the critically ill patient: Evidence and impact on nursing clinical practice. *Nursing in critical care setting: An overview from basic to sensitive outcomes*, 203-236. https://doi.org/10.1007/978-3-319-50559-6_8
- Çelik, S. (2020). Pulse oksimetre ile oksijen satürasyonu izlemi ve hemşirelik yaklaşımları. *Sağlık ve Toplum*, 30(2), 11-15. Erişim adresi: <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2020/07/2-Pulse-Oksimetre-ile-Oksijen-Sat%C3%BCrasyonu-%C4%B0zlemi-ve-Hem%C5%9Firelik-Yakla%C5%9F%C4%B1mlar%C4%B1.pdf>
- Derinöz, O., & Şişmanlar, T. (2016). Çocuk acil serviste nabız oksimetre kullanımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 25(2). <https://doi.org/10.5336/pediatr.2016-50615>
- Doğan, S. D., Yıkar, S. K., Arslan, S., & Nazik, E. (2021). The effect of nail polish and henna on the measures of pulse oximeters in healthy persons. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(5), 532-535. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.10.013>
- Dönmez, S. (2019). Yoğun bakım hemşirelerinin karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi). Erişim adresi: <http://hdl.handle.net/11452/15404>
- Elamoudy, H. G., Mohammad, S. Y., Abdellatif, G. A., & Dessowky, S. M. (2022). Effect of positioning on oxygenation and hemodynamics among patients on mechanical ventilation. *Evidence-Based Nursing Research*, 4(1), 7-7. <https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v4i1.233>
- Göcze, I., Strenge, F., Zeman, F., Creutzenberg, M., Graf, B. M., Schlitt, H. J., & Bein, T. (2013). The effects of the semirecumbent position on hemodynamic status in patients on invasive mechanical ventilation: prospective randomized multivariable analysis. *Critical Care*, 17(2), 1-9. <https://doi.org/10.1186/cc12694>
- Gül, Y. G., Köprülü, A. Ş., Haspolat, A., Uzman, S., Toptaş, M., & Kurtuluş, İ. (2016). Braden risk değerlendirme skalası yoğun bakım ünitesinde tedavi gören 3. düzey hastalarda basınç ülseri oluşumu riskini değerlendirmekte güvenilir ve yeterli mi?. *Journal of Academic Research in Medicine*, 6(2). <https://doi.org/10.5152/jarem.2016.969>
- Jubran A. (2015). Pulse oximetry. *Critical care (London, England)*, 19(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0984-8>

- İsmail, A. S., Mohammad, S. Y., & Mourad, A. H. (2021). Effect of body position on oxygenation and hemodynamic status among patients with traumatic brain injury. *Evidence-Based Nursing Research*, 3(2), 15-15. <https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v3i2.191>
- Katz, S., Arish, N., Rokach, A., Zaltzman, Y., & Marcus, E. L. (2018). The effect of body position on pulmonary function: a systematic review. *BMC Pulmonary Medicine*, 18, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12890-018-0723-4>
- Keti, E. P., & Dinçer, N. Ü. (2023). How much do we know about pulse oximeters used in every field from home care to critical care? a descriptive study. *Cyprus Journal of Medical Sciences*. 8(1), 74-82. <https://doi.org/10.4274/cjms.2022.2021-31>
- Khan, A., Khan, B., & Jameel, A. (2023). Comparison of oxygen saturation in different fingers of hands measured by portable pulse oximeter in healthy adults. *In Med. Forum*, 34(9), 20-23. Erişim adresi: <https://medforum.pk/get-publish-file/4187-5%20%20%20%20Adil%20Article%20REVI-SED-1697478810.pdf>
- Kılıç, İ., Ceylan, İ., Karasu, D. (2021). Yoğun bakım hastalarının pozisyon değişikliklerinin solunum ve kardiyak parametreler üzerindeki etkileri. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 19(4), 167-173. <https://doi.org/10.4274/tybd.galenos.2020.02996>
- Korkmaz, F. D., & Öden, T. N. (2019). Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde hemodinamik izlem. *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics*, 5(3), 6-15. https://www.researchgate.net/publication/348840668_Cerrahi_Yoğun_Bakım_Unitelerinde_Hemodinamik_Izlem
- LaPier, J., & Chatellier, M. (2017). Optimizing portable pulse oximeter measurement accuracy and consistency during exercise. *Journal of Acute Care Physical Therapy*, 8(3), 96-105. <https://doi.org/10.1097/JAT.0000000000000056>
- Litvinova, O., Hammerle, F. P., Stoyanov, J., Ksepka, N., Matin, M., Ławiński, M., ... Willschke, H. (2023). Patent and Bibliometric Analysis of the Scientific Landscape of the Use of Pulse Oximeters and Their Prospects in the Field of Digital Medicine. *In Healthcare* 11(22), 3003. <https://doi.org/10.3390/healthcare11223003>
- Martlı, E. P., & Dinçer, N. Ü. (2020). Accurate and safe pulse oximeter use: doğru ve güvenli pulse oksimetre kullanımı. *Journal of Human Sciences*, 17(1), 369-379. <https://doi.org/10.14687/jhs.v17i1.5947>
- Martlı, E. P. (2015). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin pulse oksimetre kullanımı konusunda bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi). Erişim adresi <https://avesis.aybu.edu.tr/dosya?id=331b6f8e-bbd1-425c-bc86-4c-d427e2aab>
- Naseer, U., Siddiqi, F. A., Rehman, A., Shaheen, S., Gul, H., ve Aziz, M. S. (2022). Impact of nail polish colour on the accuracy of pulse oximeter reading in

- healthy individuals. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 72(5), 1843-1846. <https://doi.org/10.51253/pafmj.v72i5.8861>
- Nitzan, M., Romem, A. & Koppel, R. (2014). Pulse oximetry: fundamentals and technology update. *Med Devices: Evidence and Research*, 7:231-239. <https://doi.org/10.2147 / MDER.S47319>.
- Onarıcı, M.,& Karadağ, M. (2015). Mekanik ventilasyondaki hastalarda ventilatör ilişkili pnömoniye önlemede pozisyonun önemi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(2), 70-74. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/88665>
- Ökten, M., Ulugöl, H., Arıtürk, C., Tosun, M., Aksu, U., Karabulut, H., & Toraman, F. (2016). A comparison between the measurements of arterial lactate and mixed venous oxygen saturation for the evaluation of tissue perfusion after coronary artery bypass grafting. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 24(4). <https://doi.org/10.5606/tgkdc.dergisi.2016.12955>
- Özmen, E. C. (2019). Kalp yetersizliği hastalarında yatış pozisyonunun periferik oksijen saturasyon düzeyine etkisi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi). Erişim adresi: <https://katalog.marmara.edu.tr/veriler/yordambt/cokluortam/F/B/A/E/D/5d6f782815598.pdf>
- Sapra, A., Jagadeeswaran, V. U., Madhusudana, H. N., Muzammill, M., Majumdar, M., & Arya, J. S. (2021). Measurement of perfusion index of all the fingers of both the hands in healthcare volunteers: a cross-sectional study. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 15(11), UC18-UC20. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2021/50684.15667>
- Siwicka-Gieroba, D., Robba, C., Gołacki, J., Badenes, R., & Dabrowski, W. (2022). Cerebral oxygen delivery and consumption in brain-injured patients. *Journal of Personalized Medicine*, 12(11), 1763. <https://doi.org/10.3390/jpm12111763>
- Strickland, K. R., Brown, C. J., Wilks, L., Dunn, P. K., & Holmes, M. A. (2022). Comparison of peripheral blood oxygen saturation measurements using pulse oximetry at three anatomical sites on sleep patients. *medRxiv*, 2022-09. <https://doi.org/10.1101/2022.09.08.22279707>
- Sur, A.,& Kundu, S. B. (2021). A study on inter-finger variation and hand dominance in peripheral capillary oxygen saturation values recorded from the different fingers of the hands by pulse oximetry. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 11(12), 1411-1411. <https://doi.org/10.5455/njppp.2021.11.10392202103112021>
- Suzan, Ö. K.,& Cinar, N. (2019). Pediatric pulse oksimetre takibi ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* (2), 166-169. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.166>
- Swain, S. M., Lata, M., Kumar, S., Mondal, S., Behera, J. K., & Mondal, H. (2022). A cross-sectional study on the agreement of perfusion indexes measured on different fingers by a portable pulse oximeter in healthy adults. *Cureus*,

14(5). <https://doi.org/10.7759/cureus.24853>

- Tor, Ö., Mert, G., & Tosun, B. (2019). Yoğun bakım hastalarına verilen pozisyonların hemodinamik ölçümlere etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 15-20. Erişim adresi: <https://hdl.handle.net/20.500.11782/2718>
- Tripathi, M., Adabala, V., & Tripathi, N. (2019, May). Variation of perfusion index (PI) in different fingers of two hands in healthy volunteers: an observational study. In *Anesthesia And Analgesia (Vol. 128, Pp. 939-939)*. Two Commerce Sq, 2001 Market St, Philadelphia, Pa 19103 Usa: Lippincott Williams & Wilkins. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/336232073_Variation_of_Perfusion_Index_Pi_in_Different_Fingers_of_Two_Hands_in_Healthy_Volunteers_a_Observational_Study
- Tuncer, M. (2017). Obez bireylerde pozisyonların oksijen saturasyonuna etkisi. (Yüksek Lisans Tezi Ege Üniversitesi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=vbVkXe1KChYWNElr1MuLZsjsvzl-ahmDITkSGofw7oNHZjvb2bO-zdz09BpEU7zT>
- Tuncer, M., & Khorshid, L. (2018). Obez Bireylerde Pozisyonların Oksijen Saturasyonuna Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(1), 54-65. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/456669>
- Uysal, O. (2024). Sağlıklı genç yetişkin bireylerde farklı vücut pozisyonlarında ve parmaklarda ölçülen periferik oksijen saturasyon değerlerinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi). Erişim adresi: https://uludag.edu.tr/dosyalar/saglikbilimleri/Tez%20Başari%20Hikayeleri/oktay_uysal_turkce.pdf
- Wick, K. D., Matthay, M. A., & Ware, L. B. (2022). Pulse oximetry for the diagnosis and management of acute respiratory distress syndrome. *The Lancet Respiratory Medicine*, 10(11), 1086-1098. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(22\)00058-3](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00058-3)
- World Health Organization (WHO). (05.08.2017) Pulse Oximetry Training Manual. Erişim adresi: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/pulse_oximetry/who_ps_pulse_oxymetry_training_manual_en.pdf
- Yıldırım, G. Ö., & Yavuz, M. (2009). Yoğun bakımlarda hastalara verilen sırtüstü pozisyonların hemodinamik ve fizyolojik ölçümlere olan etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 94-99 Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/242227705>
- Yiğit Avcı, Ş. (2023). Yoğun bakım hastalarına farklı yatak başı açılarda verilen sırtüstü yatış pozisyonunun hemodinamik parametrelere etkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi). Erişim adresi: <http://hdl.handle.net/11452/32832>
- Yiğit Avcı, Ş., & Yılmaz, D. (2024). The effect of different bed head angles on the hemodynamic parameters of intensive care patients lying in the supine position: A quasi-experimental study. *Japan Journal of Nursing Science*,

e12589. <https://doi.org/10.1111/jjns.12589>

Yönt, G. H., Korhan, E. A., & Dizer, B. (2014). The effect of nail polish on pulse oximetry readings. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(2), 111-115. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.08.003>

Zhen, Y., Zhu, J., Liu, L., Wang, B., Wang, L., Cui, W. & Liu, D. (2022). Analysis of the difference in pulse oxygen saturation between the ventral and dorsal fingers. *International Journal of Nursing Practice*, 28(2), e12916. <https://doi.org/10.1111/ijn.12916>



BÖLÜM 2

HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ¹

Gülsüm KEHRİBAR², Hüsnâ ÖZVEREN³

1 Bu çalışma, Prof. Dr. Hüsnâ Özveren danışmanlığında tamamlanmış olan “Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı Yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

2 Öğr. Gör. Dr., Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, ORCID: 0000-0001-7221-0814

3 Prof. Dr., Kırkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ORCID: 0000-0002-2724-5580

GİRİŞ

Günümüz de tıp alanında önemli gelişmeler yaşanmış, tanı ve tedavi yollarında ki ilerlemeler ile hastalıkların kronikleşme süreci hızlanmıştır. Hasta bireylerin yaşam süresi uzamış ve başta kanser olmak üzere çeşitli hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. Tüm bu değişimlere paralel olarak hastalık merkezli tedavi bakım odağından çıkmış ve yaşam kalitesi kavramı giderek önem kazanmaya başlamıştır. Artan profesyonel bakım ihtiyaı ile sağlık çalışanlarının bu hastalara kapsamlı bakım vermeye yönelik ilgilerinin artması sonucunda palyatif bakım son yıllarda hızla gelişmeye başlamıştır (Roman et al., 2013; Sürmeli ve Akıek, 2016; Sucaklı, ve Koşar, 2016; Taşpınar, Aydın ve Akçakaya, 2014).

Palyatif bakım geçmişte yaşamın son dönemde olan hastalara verilen destek bakım olarak görülürken günümüzde yaşamı tehdit eden hastalık tanısının alınması ile birlikte yaşam kalitesinin artırılması ve acının hafifletilmesi amacıyla en erken dönemde uygulanması gereken bakım olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık rgt (DSÖ)'nün palyatif bakım tanımında da bu yeni anlayış görülmektedir. DSÖ 2014 yılında ki son palyatif bakım tanımını "ağrı başta olmak üzere fiziksel, ruhsal ve manevi boyutları ile problemlerin tam ve eksiksiz değerlendirilmesi ve erken tespiti ile istirabın, acının giderilmesi aracılığı ile hayatı tehdit eden hastalıklarla yüzleşen hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik bir yaklaşımdır" şeklinde tanımlamıştır (Aydoğan ve Uygun, 2011; Uslu, 2013; Yurtsever, 2012). Tanımda görüldüğü gibi palyatif bakım, yaşamı tehdit edici hastalığın getirdiği tüm problemleri ele almak, semptom kontrolü ve ağrının hafifletilmesi öncelikli olmak üzere hasta ve ailesinin manevi boyutu-inanışları, maliyetin etkinliği ve psikososyal destek ile bütüncül ve çok boyutlu şekilde yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır (Algier, 2005; Bag, 2012; Elçigil, 2012). 2016 verilerine göre Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 20 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyaı olduğu tahmin edilirken, 2021 yılı verilerine göre palyatif bakım ihtiyaı iki katına çıkmış ve 40 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyaı olduğu belirtilmiştir. Bu hastaların %69.0 gibi büyük çoğunluğunu 60 yaş ve üstü yaşlılar oluştururken %6.0 'sını 6 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır (WHO Global Atlas, 2022).

Yapılan son çalışmalar palyatif bakım hizmetlerinin erken dönemde başlaması ile yaşam kalitesinde kayda değer düzeyde artış olduğu, sağlık hizmetleri maliyetinin düştüğü hatta bazı durumlarda yaşam süresinin uzamasında artış olduğunu göstermiştir (Temel et al. 2010; Martin et al. 2021). Aynı zamanda, COVID-19 pandemisi, palyatif bakım ihtiyaçlarının artmasına neden olmuştur. Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin, demografik olarak değişen popülasyonlar için uygun hizmetleri sağlaması ve klinik durumu ktt olan COVID-19 hastalarına yardımcı olmak için kapsamlı palyatif bakımın hizmetlerinin sunulması gerekmiştir (Bone ve ark., 2020).

Palyatif bakım bir ekip hizmetidir. Palyatif bakımın etkili olabilmesi için multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir. Multidisipliner ekip üyeleri içerisinde hekimler (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar), hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireleri, yoğun bakım hemşireleri, klinik hemşireleri), fizik tedavi uzmanları, psikiyatristler, psikologlar, konuşma terapistleri, ölüm terapistleri, eczacı, sosyal hizmet uzmanları, din adamları ve sosyal gönüllüler yer almaktadır (Akgül, 2007; Eyigör, 2012).

Palyatif Bakım ekibinin içerisinde yer alan hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler palyatif bakım gereksinimi olan hasta ve ailesi ile uzun zaman geçiren ve primer olarak fiziksel, psikolojik, sosyal ve spritüel bakım gereksinimi karşılayan multidisipliner ekibin en önemli üyesidir. Hemşire palyatif bakım hastası ve ailesiyle çalışırken veri toplamalı, bakım ihtiyaçlarını belirlemeli, hasta ve ailesinin hastalık, tedavi süreci ve bakım ile ilgili tutumlarını değerlendirmeli, kanıta dayalı uygulamaları bilmeli ve ekip çalışmalarına aktif olarak katılmalıdır (Malak ve Dramalı, 2004). Palyatif bakım hastalarının farklı gereksinimlerin olması, hastalıkla ve semptomlarıyla baş etme yöntemlerinin farklı olması nedeniyle hemşirelerin yeterli bilgi ve mesleki deneyime sahip olması, araştırma sonuçlarını takip etmesi ve etik-yasal kurallara uygun şekilde bakım vermesi gerekir (Elçigil, 2012; Pope, 2013; Wilson, Avalos and Dowling, 2016; Zaybak ve Erzincanlı, 2016).

Hemşireler palyatif bakım da oldukça önemli bir role sahip olmasına karşın bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar hemşirelerin palyatif bakım konusunda bilgi eksikliği olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ülkemizde Palyatif Bakım Bilgi Testi'ni (PBBT) kullanarak cerrahi birimde çalışan 64 hemşirenin palyatif bakım bilgilerinin değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin PBBT toplam puanları (10.09 ± 4.78) düşük olarak saptanmıştır. Ayrıca ağrı alt boyut puan ortalaması, felsefe, dispne, psikiyatrik problemler ve gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalamalarından yüksek çıkmıştır (Arlı, 2022).

Hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesi ve sonrası yapılan bir çalışmada, eğitim öncesi PBBT toplam puanlarının düşük olduğu (20 üzerinden $8,9 \pm 1,1$ puan) belirlenmiştir. Eğitim sonrası ise PBBT toplam puanlarının yükseldiği belirlenmiştir ($17,5 \pm 1,9$), sonuç olarak palyatif bakıma ilişkin eğitimin hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerini arttırdığı, klinik hemşireler kanıta dayalı bilgiler ile düzenli olarak hizmet içi eğitimler yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Melekli ve ark., 2021). 226 hemşire ve 335 hekim ile yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin PBBT toplam puanlarına göre %34.41'i iyi düzeyde bilgiye sahip olduğu ve felsefe alt boyutunda hekimlerden daha yüksek puan aldıkları, lisans eğitimi alana hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. So-

nuç olarak palyatif bakımda sürekli eğitimin geliştirilmesi ve lisans eğitiminde palyatif bakım konularının artırılması önerilmiştir (Martin ve ark., 2021). Ayed ve arkadaşlarının (2015) Palyatif Bakım Bilgi Testi'ni (PBBT) kullanarak yaptığı çalışmada hemşirelerin %20.8'inin palyatif bakım konusunda orta düzeyde bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Seven (2015)'in yaptığı çalışmada ise hemşirelerin PBBT puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir başka araştırmaya göre ulaşılan 111 üniversitenin sadece 11'inin hemşirelik eğitim müfredatında palyatif bakım dersi olduğu saptanmıştır. Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin yeni olması nedeniyle klinik hemşirelerin, öğretim üyelerinin, palyatif bakım hastasıyla ilgili deneyimleri sınırlı düzeyde kalmaktadır. Aynı zamanda temel hemşirelik eğitiminde palyatif bakıma ilişkin herhangi bir ders/ünite bulunmaması yada çok az bulunması nedeniyle gerek lisans düzeyinde gerekse hizmet içi eğitimle palyatif bakım alanında hizmet verecek teorik donanıma sahip hemşirelerin yetiştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Mayer ve Winters, 2016; Özveren ve ark., 2015; Yurtsever, 2012).

Kliniklerde hemşirelerin yeterli bilgi, beceri ve tutuma sahip olmaları, palyatif bakım hastalarının ağrı ve diğer semptomlarının azaltılması ve yaşam kalitesinin artmasını sağlamada oldukça önemlidir. Aynı zamanda hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi sahibi olması hasta memnuniyetini arttıracak, hastanede kalış süresini azaltacaktır. Dolayısıyla hastalara verilen bakımın kaliteside artacaktır. Ülkemizde yapılan literatür araştırması sonucunda hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgilerini belirlemek amaçlı yapılan sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Seven, 2015; Turgay, 2010; Uslu, 2013). Araştırmadan elde edilen sonuçlar ile hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesinin yanında hemşirelik lisans eğitim müfredatlarının gözden geçirilmesi ve yeniden düzenlenmesi için yol göstereceği, palyatif bakım dersinin hemşirelik müfredatının entegrasyonunda ve hemşireler için düzenli hizmet içi eğitim programlarının geliştirilmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmanın hemşirelerin palyatif bakım yönetimiyle ilgili bilgi eksikliklerine dikkat çekeceği ve palyatif bakıma ilişkin hemşireler arasında farkındalık oluşturmaya yardım edeceği düşünülmektedir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 2016 yılında palyatif bakım ünitesi olan hastanelerde çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur. Örnekleme ise araştırma kabul eden hemşireler oluşturmaktadır. Araştırma, kurum izni alınan hastanelerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 502 hemşire ile yapılmıştır. Araştırma yetişkin bölümünde çalışan hemşirelere yönelik olduğu için pediatri kliniklerinde çalışan hemşireler (121 hemşire) çalışma dışı bırakılmıştır. Ayrıca çalışmanın ön uygulamasının yapıldığı 28 hemşire araştırma kapsamına alınmamıştır. Çalışmada 64 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmediği ve 95 hemşire izinli olduğu için araştırma kapsamına 502 hemşire dâhil edilmiştir. Örnekleme alınan hemşirelerin %70.8'i araştırmaya katılmıştır.

Verilerin Toplanması

Veri toplama formu literatürden (Alarmi, 2012; Ayed, 2015; Frommelt, 2003; Hasheesh et al., 2013; Iranmanesh et al., 2010; Nakazawa, 2009; Turgay, 2010; Uslu, 2013) yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu formun birinci bölümde; hemşirelerin, “yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışılan kurum, çalışılan bölüm, eğitim durumu, toplam çalışma süresi, şuan da bulunduğu klinikte çalışma süresi ve çalıştığı konum, palyatif bakıma ilişkin bilgi alma durumu” gibi tanıttıcı özelliklerine ait 17 soru yer almaktadır. İkinci bölümde hemşirelerin palyatif bakıma yönelik tutum ve uygulamalarını içeren sekiz soru yer almaktadır. Tutum ile ilgili olan 25. soru 16 maddeden oluşmaktadır. Bu 16 maddeyi hemşireler “katılıyorum, katılmıyorum ve kararsızım” şeklinde cevaplaması istenmiştir.

Üçüncü bölümde ise hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyini ölçmek için Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT; Palliative Care Knowledge Test; PCKT) kullanılmıştır. Palyatif Bakım Bilgi Testi Nakazawa ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.81 olarak bulunmuştur. Bu testin geçerlilik ve güvenilirliği ülkemizde Seven (2015) tarafından yapılmış olup, Cronbach Alpha değeri 0.91'dir. Palyatif bakım bilgi testi 5 alt boyuttan ve toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Bu testin alt boyutları felsefe (2 soru), ağrı (6 soru), dispne (4 soru), psikiyatrik problemler (4 soru) ve gastrointestinal problemler (3 soru)' dir. Testin değerlendirilmesinde “Doğru cevaba 1 puan”, “Yanlış cevaba” ve “Bilmiyorum cevabına” “0 puan” verilmektedir. Ölçekte 10 soru ters puanlanmaktadır. Bilgi testinden alınacak toplam puan aralığı “0-20”

puan arasındadır. Testten alınan puan arttıkça bilgi puanı artmaktadır.

Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama formu araştırma kapsamına alınan hemşirelere “01 Şubat- 01 Haziran 2016” tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama başlanmadan önce hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırma-ya katılan hemşirelerden yazılı onam alınmıştır. Hemşirelerin anket formunu doldurması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistiksel paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Hemşirelerin birinci ve ikinci bölümlere verdikleri yanıtların değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik kullanılmıştır. Üçüncü bölümde yer alan bilgi soruları “Doğru, Yanlış ve Bilmiyorum” şeklinde yanıtlanmıştır, Doğru cevaplara “1 puan”, yanlış cevaplara ise “0” puan verilerek toplam puanlar alınmış ve değerlendirme “0-20” puan üzerinden yapılmıştır. Ölçekte yer alan 10 soru ters puanlanmıştır. “1, 2, 4, 5, 6, 10, 11, 16, 17 ve 18” no’lu sorular ters puanlanan sorulardır. Bu sorulara göre hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi puanları hesaplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizinde sayı ve yüzdelik testleri, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında olup anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için ilgili kurumlardan yazılı izin ve etik kurul izni (604-708 karar numaralı) alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma ilk palyatif bakım kliniğinin açıldığı hastane ve ona yakın olan ve palyatif bakım kliniği bulunan hastanelerde yapılması planlanmış olmasına rağmen tüm kurumlardan izin alınamadığı için kurum izni alınabilen üç hastanede yapılmıştır. Bu nedenle araştırma sonuçları bu kurumlarda çalışan hemşireler ile genellenebilir.

BULGULAR

Tablo 1’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklileri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 29.42 ± 6.48 olup %83.3’ ünün kadın, % 57.8’inin evli ve % 46.6’sının lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %52.0’sinin A Hastanesi, %38.4’ünün B Hastanesi ve %9.6’ sının C Hastanesi’nde çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %54.4’ünün hizmet yılının 1-5 yıl olduğu, ortalama hizmet yıllarının 7.72 ± 6.29 olduğu, %36.5’inin dahiliye kliniğinde çalıştığı ve %55.2’sinin klinik hemşiresi ol-

duğu saptanmıştır

Tablo 2’de hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili bilgi alma durumları yer almaktadır. Araştırmaya hemşirelerin %48.8’nin) palyatif bakım ile ilgili bilgiye sahip oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin bilgi edinme yollarına bakıldığında %40.8’inin bilgi kaynağının kitap ve dergiler, %39.1’inin hizmet içi eğitim aldığı ve %12.2’sinin kongre ve seminer’den bilgi edindiği belirlenmiştir. Hemşireler aldıkları bilginin içeriğini en fazla yasal ve etik konular (%90.0), ağrı yönetimi (%89.0), en az ise yas süreci ile baş etme (%26.5) olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %31.8’i aldığı bilgiyi yeterli bulmadığını ifade etmiş, aldıkları bilgiyi yetersiz bulan hemşirelerin %52.7’sinin semptom kontrolü konusunda ve %47.9’u palyatif bakımda hasta bakım ilkeleri ile ilgili bilgi almak istediğini ifade etmiştir.

Tablo 3’de hemşirelerin palyatif bakımı uygulamaları ile ilgili görüşleri yer almaktadır. Hemşirelerin %52.6’sı yaşam sonu bakıma önem verilmediğini belirtmiştir. Hemşirelerin %41.8’nin palyatif bakım hastasına bakım verdiği, bakım veren hemşirelerin % 62.4’ünün bakım verirken keder ve üzüntü,%27.1’inin çaresizlik hissi yaşadığı ancak hemşirelerin hiç birinin öfke yaşamadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %54.8’inin hastalarına bakım verirken sorun yaşadığı, en çok yaşanan sorunun psikososyal destek vermede yetersizlik (%49.0) ve manevi destek yetersizlik (%47.6) olduğu saptanmıştır. Hemşireler palyatif bakım hastası ile çalışırken en fazla yasal ve etik bakım (%94.8), en az ise (%52.9) hastaların kültürünü anlamada sorun yaşadıkları bulunmuştur. Hemşirelerin bakım uygulaması olarak en çok fiziksel bakım(%96.7) ve ağrıya yönelik bakım uygulamaları (%96.7) yaptıkları, en az ise etik yaklaşımlarda buldukları (47.6) belirlenmiştir. Hemşirelerin tamamının (%100) palyatif bakım ekibi içerisinde hemşirelerin olması gerektiği ve %97.4’ ünün palyatif bakım ekibi içerisinde hekimlerin olması gerektiğini ifade etmiştir.

Hemşirelerin palyatif bakıma yönelik tutumları Tablo 4’de yer almaktadır. Hemşirelerin %65.1’i palyatif bakımın sadece ölmek üzere olan hastalara verilen bir bakım olmadığı,%57.4’ü palyatif bakım hastalarının gereksinimlerini karşılayabileceğini, %78.0’ı palyatif bakımın hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırdığını, %88.0’ı palyatif bakım hastaya bütüncül yaklaşım gerektirdiğini ifade etmiştir. Hemşirelerin %88.4’ünün palyatif bakım ekibi içerisinde hemşirenin aktif rol alması gerektiğini, %79.1’inin palyatif bakım hastası ile çalışmak için hemşirelerin duygularını kontrol etmesi gerektiğini, %78.1’inin palyatif bakımın sadece ağrı kontrolünü içermediğini, %51.8’inin palyatif bakımın sadece hasta değil ailesini de içermesi gerektiğini ve %62.0’ının palyatif bakımın ölüm sonrası kayıp ve yas sürecinde de aileye bakımın devam etmesi gerektiğini ifade ettiği belirlenmiştir.

Hemşirelerin %78.9'u palyatif bakımda yaygın görülen semptomları yönetebileceğini, %82.1'i doktor, hemşire ve diğer sağlık elemanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım konusunun eksik olduğunu, %87.2'si doktor, hemşire ve diğer sağlık elemanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım eğitiminin zorunlu ders olması gerektiğini, %73.9'unun palyatif bakım hizmetlerinin yasal kanunlar ile desteklenmesi gerektiğini, %37.8'i ölmek üzere olan hastaya bakım vermenin kendisini hayal kırıklığına uğratmayacağına, %39.4'ü palyatif bakım hastası ve ailesine bakım verirken iletişim kurmaktazorlandığını, %38.1'i ise hasta ve ailesi ile ölüm hakkında rahatlıkla konuşmakta kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 5'de Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve toplam puanlarının dağılımları görülmektedir. Hemşirelerin felsefe alt boyutundan aldıkları puan ortalaması (0.93 ± 0.73), ağrı alt boyutu puan ortalamaları (1.53 ± 1.14), dispne alt boyutu puan ortalamaları (1.01 ± 1.11), psikiyatrik problemler alt boyutu puan ortalaması (1.64 ± 1.38), gastrointestinal sistem problemleri alt boyutu puan ortalamaları (1.16 ± 1.08) olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin palyatif bakım bilgi testi puan ortalaması toplam bilgi puan ortalaması ise (6.29 ± 3.38) olup hemşirelerin aldıkları en yüksek toplam puan "18" ve en düşük puanın "0" olduğu saptanmıştır.

Tablo 6'de hemşirelerin bilgi testi alt boyutlarına verdikleri doğru-yanlış cevapların dağılımı bulunmaktadır. Hemşireler en fazla oranda doğru cevabı ağrı alt boyutunda ki "Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır" (%67.5) ve psikiyatrik problemler alt boyutunda "Ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur" (%4.4) sorularına verirken en az doğru puanı yine ağrı alt boyutunda ki "Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar" (%6.2) ve dispne alt boyutunda ki "Oksijen saturasyon düzeyleri dispne ile ilişkilidir" (%11.6) sorularına verdikleri belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Tüm dünyada hızla gelişen palyatif bakımın amacı semptom yönetimini sağlamak, ağrıyı azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Etkin bir palyatif bakım hizmeti sunmada ancak alanında bilgili deneyimli ve donanımlı sağlık profesyonellerinin olması oldukça önemlidir. Hemşirelerin hasta ve ailesinin fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi gereksinimlerini karşılamada palyatif bakıma ilişkin bilgi, beceri ve deneyimleri önemlidir (Egan, 2002; Skar, 2010).

Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, hemşirelerin yarıya yakınının (%48.8) palyatif bakım konusunda bilgi sahibi oldukları, bilgi edinme kaynağı olarak ise en fazla (%40.8) kitap ve dergi-

den, daha düşük oranda ise (%29.9) temel eğitim olarak ifade etmişlerdir (Tablo 2). Uslu'nun (2013) yaptığı çalışmada da ebe ve hemşirelerin yarıya yakınının (%47.7) palyatif bakıma yönelik bilgi sahibi olduğu, en fazla bilgi edinme kaynaklarının (%71.0) hizmet içi eğitim olduğu, daha düşük oranda (%29.0) üniversite eğitimi olduğu belirlenmiştir. Uslu'nun çalışma sonuçları bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Palyatif bakım kavramı genel olarak sağlık hizmetleri profesyonellerinin eğitim sürecinde ele alınan primer konular arasında yer almamaktadır (Barclay et al., 2003). Özveren ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmaya göre 111 üniversitesinin sadece 11'nin hemşirelik eğitim müfredatında palyatif bakım dersi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun (%40.8) temel eğitim dışında diğer kaynaklardan palyatif bakıma yönelik bilgi edinmeleri ve sadece %29.8'inin bilgiyi temel eğitim sırasında aldıklarını ifade etmeleri bunun bir sonucu olarak düşünülebilir (Tablo 2, Tablo 5)

Çalışmamız da hemşirelerin %41.8'inin palyatif bakım hastasına bakım verdiği, bakım veren hemşirelerin çoğunluğunun (%62.4) bakım verirken keder ve üzüntü yaşadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin palyatif bakım hastasına yaptığı uygulamalara bakıldığında en çok fiziksel bakım (%96.7) ve en az ise (%47.6) etik yaklaşımda buldukları belirlenmiştir (Tablo 3). Benzer şekilde Alshaikh ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışma da hemşirelerin yarıdan fazlasının palyatif bakım kavramını bildiği, günlük hasta bakım hizmetlerinde palyatif bakım hastalarına bakım hizmeti verdikleri, en fazla fiziksel ve semptomatik bakım uygulamaları, en az ise psikolojik destek uygulamaları yaptıkları ve bakım verirken en çok acıma-üzüntü hissettiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Hem bizim çalışmamızda hem de literatürde (Alshaikh et al., 2013; Sawatzky & Pesut, 2005; Wang et al., 2009) hemşirelerin ağırlıklı olarak fiziksel bakım uygulamaları daha az psikolojik destek vermelerinin nedenleri palyatif bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları ve hemşirelerin iş yüklerinin fazlalığı nedeniyle olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca hemşirelerin çoğunluğunun (%89.0) "palyatif bakım bütüncül yaklaşım gerektirir" düşüncesine katıldığını ifade etmelerine karşın daha çok fiziksel bakım ve ağrıya yönelik bakım vermeleri ve psikososyal destek vermede sorun yaşadıklarını ifade etmeleri şaşırtıcı bir bulgudur (Tablo 3, Tablo 4). Bu bulguda bize hemşirelerin verdikleri hizmet ile vermeyi düşündükleri hizmet arasında uyumsuzluk olduğunu ve hemşirelerin bu konuda çelişki yaşadıklarını düşündürmektedir. Benzer bir çalışmada Wang ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında hemşire ve hekimlerin ileri evre kanser hastalarına yönelik olarak daha çok fiziksel bakım uygulamaları yaptıklarını fakat psikososyal destekte kendilerini yetersiz gördükleri belirlenmiştir. Sawatzky ve Pesut'un çalışmasında (2005) hemşirelerin görev merkezli çalışmasından dolayı manevi bakımın ihmal edildiğini ve bu nedenle bütüncül bakı-

mın verilemediğini bildirmektedir. Hastaların manevi gereksinimlerin ve kültürel değerlerinin belirlenmesi hemşirelik sürecinin önemli bir bölümünü oluşturur. Palyatif bakım ekibinde hasta ile sürekli beraber olan hemşirelerin manevi gereksinimler ve kültür konusundaki bilgi, beceri ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde olması önemlidir. Bulgularımıza göre iyi bir palyatif bakım hizmeti içerisinde psikososyal desteğin önemli olduğu görülmektedir (Tablo 3, Tablo 4).

Çalışmada hemşirelerin tamamının (%100) palyatif bakım ekibi içerisinde hemşirelerin bulunması gerektiğini ifade etmeleri sevindirici bir bulgudur (Tablo 3), benzer bir çalışma da Uslu (2013) hemşirelerin tamamına yakınının (%97.8) palyatif bakım ekibi içerisinde hemşirelerin olması gerektiğini ifade ettiği belirlenmiştir. Araştırmada ki bu bulgu oldukça olumlu olup, hemşirelerin kendilerini palyatif bakım ekibinin bir üyesi olarak görmeleri açısından önemli olduğu, hemşireler arasında palyatif bakım farkındalığının arttığını ve ekip içerisinde ki rolünün önemini kavramaya başladıklarını düşündürmektedir.

Çalışma da hemşirelerin çoğunluğunun (%65.1) palyatif bakımın sadece ölmek üzere olan hastaya verilmediğini, palyatif bakımda hemşirelik bakımının sadece hastayı değil ailesini de içermesi gerektiğini (%51.8), palyatif bakım hastası ve ailesine bakım verirken iletişim kurmakta zorlandığını (%39.4) ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 4). Kassa ve arkadaşlarının (2014) yaptığı benzer bir çalışma da hemşirelerin çoğunluğu (%37.5) palyatif bakımın sadece ölmek üzere olan hastaya verilmediğini, palyatif bakımda hemşirelik bakımının sadece hastayı değil ailesini de içermesi gerektiğini (%51.8) ve palyatif bakım hastası ve ailesine bakım verirken iletişim kurmakta zorlanmadığını (%29.9) ifade ettiği belirlenmiştir. Literatür (Kassa et al., 2014; Wafaa & Ayoud, 2010) incelendiğinde hemşirelerin genel olarak palyatif bakım hastasına pozitif tutum sergilemelerinin önemli olduğu, olumlu tutumu etkileyen en büyük faktörün ise eğitim olduğu ve palyatif bakıma yönelik eğitim düzeyi arttıkça olumlu tutumunda da artacağı belirtilmektedir (Wafaa & Ayoud, 2010). Hemşireler genel olarak fiziksel bakım yapmakta fakat palyatif bakım hasta ve ailesi ile ölüm ile ilgili konuşmakta iletişim zorluğu yaşamaktadır. Literatüre bakıldığında ölüm korkulan, istenmedik fakat kaçınılmaz bir olgudur, hemşirelerin ölümle ilişkin kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olması, ölümler ilgili tutumlarını etkileyeceği düşünülmektedir (Ay ve Gençtürk, 2013; Barclay et al., 2003; Irish et al., 1993).

Çalışmamızda hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) bilgi puan ortalaması 20 puan üzerinden "6.29±3.38" olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamına giren hemşirelerin hiç birinin tam puan almadığı ve alınan en düşük puanın "0" en yüksek puanın ise "18" olduğu saptanmıştır. Palyatif bakım bilgi testi alt boyutlarına bakıldığında, hemşi-

relerin en düşük puan ortalamalarına bakıldığında felsefe alt boyutundan (0.93 ± 0.73), en yüksek puanı ortalamasını ise psikiyatrik problemler alt boyutundan aldıkları (1.64 ± 1.38) görülmektedir. Bu bulgu erişkin hasta ile çalışan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi puan ortalamalarının oldukça düşük olduğunu ve bilgi düzeylerinin istenilen seviyede olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde Sarah ve arkadaşlarının (2022) PBBT ile hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerini inceledikleri bir çalışmada hemşirelerin %52'si palyatif bakım konusunda yetersiz düzeyde bilgiye sahipken, %48'i orta düzeyde bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Hiçbir katılımcının toplam PCKT puanında %73'ten fazla puan alamadığı ve hemşirelerin dispne ve psikiyatrik sorunların yönetiminde en düşük puanı aldıkları saptanmıştır. Yine benzer şekilde İranmanesh ve arkadaşlarının (2013) İran'da hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amaçlı yaptığı çalışma sonucuna göre hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Temiz ve ark. (2023) 106 onkoloji hemşiresinin palyatif bakım bilgi düzeylerine baktıkları bir çalışmada hemşirelerin PCNT puan ortalamaları 8.62 ± 2.23 olarak belirlenmiş ve bilgi düzeylerinin orta olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çalışma süresi ve eğitim düzeyi arttıkça bilgi puan ortalamalarının da yükseldiği bildirilmiştir. Bu bulgular bize hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının düşük olmasının nedeninin palyatif bakım konusunda yeterince hizmet içi eğitim almamaları ve temel eğitimlerindeki müfredat eksikliğinden dolayı olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 5, Tablo 2).

Bu çalışmada hemşirelerin palyatif bakım alt boyutları ilişkin bilgi puanı düşük çıkmasına rağmen literatürde bilgi düzeyine ilişkin farklı sonuçlar da yer almaktadır (Sato et al., 2014; Pope, 2013). Örneğin; Sato ve arkadaşlarının (2014) hemşirelerin palyatif bakım bilgilerini değerlendirdiği çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%88.0) felsefe alt boyut sorularına doğru cevap verirken en az ise psikiyatrik problemler alt boyut sorularına (%33.0) doğru cevap verdiği belirlenmiştir. Japonya'da yapılan bu çalışmada hemşirelerin bilgi puanlarının yüksek olması gelişmiş palyatif bakım hizmetlerinin sunulması ve sağlık hizmetleri eğitim sistemine palyatif bakım kavramının büyük oranla entegre edilmiş olmasından kaynaklanabilir.

Parveen ve arkadaşlarının (2020) hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlemek amacıyla 200 hemşire ile yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin çoğunun palyatif bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun palyatif bakımın sadece ölmekte olan hastaya verildiğini ifade ettiği saptanmıştır. Zhou ve arkadaşlarının (2020) 187 hemşirelik son sınıf öğrencileri ile yaptıkları bir araştırmaya göre, öğrencilerin çoğunun ölüme karşı olumlu tutumları olmasına rağmen, öğrencilerin palyatif bakım ko-

nusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırmada hemşirelik ğrencilerinin palyatif bakım hastasına bakım vermek istediği fakat kendilerinin bu konuda kendilerini yeterli görmedikleri saptanmıştır. Sonuç olarak palyatif bakım eğitiminin hemşireliğe entegre edilmesi ve hemşirelik ğrencilerinin psikososyal ve manevi bakım konularında geliştirilmesi gerektiği bildirilmiştir.

Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olması klinikte hasta ve ailesine palyatif bakım verirken temel hemşirelik yaklaşımlarını yerine getirememesine bağlı bireyin yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (Corner et al., 2003; Saxena et al., 1997; Shipman et al., 2008). Optimal düzeyde palyatif bakım hizmetlerinin verilebilmesi için yeterli düzeyde bilgi sahibi sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi, özelleşmiş palyatif bakım kliniklerin açılması ve bu kliniklerde ki hemşirelerin palyatif bakıma yönelik eğitilmesi ile mümkün olabilir (Wilson et al. 2016).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakım bilgi testi incelendiğinde, hemşirelerin en düşük puanı felsefe alt boyutundan aldıkları (0.93 ± 0.73), en yüksek puanı ise psikiyatrik problemlerden aldıkları (1.64 ± 1.38) saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim durumu, çalıştığı bölüm, çalıştığı konum, palyatif bakıma ilişkin bilgi alma durumları ve palyatif bakım hastasına bakım verme durumlarının palyatif bakım bilgi puanlarını etkilediği bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, hemşirelik müfredat programlarına palyatif bakım dersinin zorunlu ya da seçmeli ders olarak eklenmesi ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine yönelik tüm palyatif bakım konuları ile ilgili hizmet içi eğitim programları oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akgül, H. (2007).Türkiye’de Kanser Hastaları İçin Palyatif Bakım. erişim tarihi 14 mayıs 2016, www.medimagazin.com.tr/mm-turkiyede-kanserhastalari-icinpalyatif-bakim-ky-50983.html.
- Alarmi, S. (2012).Knowledge of the Residents at King Abdul-Aziz University Hospital (KAAUH) About Palliative Care. *Journal of Family and Community Medicine*, 19(3):194-197.
- Algier, L. (2005).Çocuklarda Palyatif Bakım.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 58:132-135.
- Arlı, Ş.K. (2022). The Association Between Nurses’ Knowledge About Palliative Care and Their Life Satisfaction. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 11(2): e122131
- Aydoğan, F. Uygun, K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim Dergisi*, 24:4-9
- Ayed, A. (2015).Nurses’ Knowledge And Attitudes Towards the Palliative Care *Journal of Education and Practice*, 6(4):91-94.
- Bag, B. (2012). Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde PalyatifBakım Uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*,27(3):142-149.
- Barclay, S.Thiemann, P. Benson,J. Brimicomb,J. Wood, D.(2003).Death Anxiety among Medical Students: Prevalence and Implications- a multicentre study, 6:88-91.
- Barclay, S.Thiemann, P. Benson,J. Brimicomb,J. Wood, D.(2003).Death Anxiety among Medical Students: Prevalence and Implications- a multicentre study, 6:88-91.
- Bone, A.E.; Finucane, A.M.; Leniz, J.; Higginson, I.J.; Sleeman, K. Changing patterns of mortality during the COVID-19 pandemic: Population-based modelling to understand palliative care implications. *Palliat. Med.* 2020, 34, 1193–1201.
- Corner, J. (2003). Nursing Management in Palliative Care. *EuropeanJournal of Oncology Nursing*, 7:83-90.
- Egan, K.A. (2002).Abbott P. Interdisciplinary Team Training- Preparing New Employees for The Specialty Of Hospice And Palliative Care. *Journey of Hospis Palliative Nursing*, 4:161–71.
- Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4):329-334.
- Eyigör, S. (2012). Fifth-Year Medical Students’ Knowledge of Palliative Care and Their Views on the Subject.*Journal of Palliative Medicine*, 16(8) :441-446.
- Frommelt, KH. (2003). Attitudes toward care of the Terminally ill: An Educational intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 20(1):13-22.

- Hasheesh, M.AboZeid, S. (2013). Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4):384-394.
- Iranmanesh, S. Axelsson, K. Haggstrom, K. Savenstedt S.(2010). Caring For Dying People: Attitudes Among Iranian and Swedish Nursing Students. *Journal of Palliative Care*, 16(3):147-153.
- Kassa, H. Rajalakshmi Murugan, R. Fissiha, Z. Hailu, M.(2014). Assessment of Knowledge, Attitude and Practice and Associated Factors Towards Palliative Care Among Nurses Working In Selected Hospitals, Addis Ababa, Ethiopia.*BMC Palliative Care*, 6-13.
- Malak, A.T. Dramalı, A. (2004). Terminal Dönem Hasta Bakımı. Ulusal Cerrahi Kongresi-Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kitabı (İzmir) Ege Üniversitesi Basınevi, 271-274.
- Martin, J.M., Garcia, M.L., Abellan, M.D.M., Aroc, a C.M.B, Heras, S.M., Rubio, L., Carceles, M.D.P. (2021). Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(9): 5031; <https://doi.org/10.3390/ijerph18095031>
- Mayer, D.D. Winters, C.A. (2016). Palliative Care in Critical Rural Settings. *Critical Care Nursing*, 3(1):72-8.
- Melekli, T., Doğan, R., Erce, Ç., Toygar, İ. (2021). Effect of educational intervention on nurses knowledge about palliative care: Quasi-experimental study. *Nurse Education in Practice*, 51:102991
- Nakazawa, Y. Miyashita, M. and Morita, T. (2009). The Palliative Care Knowledge Test: Reliability And Validity of An Instrument to Measure Palliative Care Knowledge Among Health Professionals. *Palliative Medicine*, 23(8):754-766.
- Özveren, H. Gülnar, E. Güneş, N. Erdem, Y. (2015). Determination The Attitudes of Nursing Students Having Palliative Care Course Toward Care of The Dying(poster).*BMJ Support Palliative Care*, 5:83-84.
- Parveen A., Sultana K., Waqas A., Tasneem S., Labeen R. (2020) Knowledge and Attitude of Nurses About Palliative Care, *Journal of Bioresource Management*, 7 (1): 68-73
- Pope, A.(2013). Palliative Care Knowledge among Bachelors of Science Nursing Students (Master's in Nursing Education), Kennesaw State University, Kennesaw.
- Roman, E.M. Sorribes, E. Ezquerro, O.(2013). Nurses' Attitudes To Terminally Ill Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3):338-345.
- Sarah El Khatib, S.E. Khoder, A., Moghrabi, D., Rabah, M., Tabbah, S.A. (2022) Nurses' knowledge about palliative care services in North Lebanon, *International Journal of Palliative Nursing*, 28(10), <https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.10.474>

- Sawatzky, R. and Pesut, B. (2005). Attributes of Spiritual Care in Nursing Practice. *Journey of Holistic Nursing*, 23(1):19-33.
- Sato, K., Inoue, Y., Umeda, M. (2014). A Japanese Region-wide Survey of the Knowledge, Difficulties and Self-reported Palliative Care Practices Among Nurses. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44(8)718–728.
- Saxena, S. and Orley, J. (1997). Ouality of Life Assesment:The World Health Organization Perspective. *Journey of European Psychiatry*, 12:263-266.
- Seven, A. (2016). Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları (Yüksek lisans Tezi), Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Shipman, C. Burt, J. Ream, E. Beynon, T. Richardson, A. Addington-Hal, J. (2008). Improving district nurses' confidence and knowledge in the principles and practice of palliative care. *Journey Advanced Nursing*, 63:494–505.
- Skar, R. (2010). Knowledge Use İn Nursing Practice: The İmportance of Practical Understanding and Personal İnvovement. *Nurse Education Today*, 30:132–6.
- Sucaklı, M.H. Koşar, Y. (2016). Palyatif Bakım Yaşam Kalitesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3):34-39
- Sürmeli, D. Akçiçek, F. (2016) Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 9(1):8-11.
- Taşpınar, Ö. Aydın, T. Akcakaya, A. (2014). Kanser Rehabilitasyonunda Palyatif Yaklaşımın Yeri ve Önemi. *Bezmialem Science*, 1:31-37.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E.R.N., Admane, S., Jackson, V. et al. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 733-742
- Temiz, G., Bayram, Z., Akın, S., Dönmez, E., Salamanca Mapi, N. (2023). Early integration of palliative care among cancer patients: The perspective of oncology nurses in Turkey. *Eur J Cancer Care*. 2022;31:13665. <https://doi.org/10.1111/ecc.13665>
- Turgay, G. (2010). Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri (Yüksek lisans Tezi), Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Uslu, F. (2013). Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi (Yüksek lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Wafaa, M. Ayoub, S.(2010). Nurses' Attitudes Toward Caring for Dying Patient In Mansoura University Hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 16-22.
- Wang, K. Yau, S. (2009). Nurse's Experiences İn Spiritualityt and Spirtual Care in Hong Kong. *Applied Nursing Research*, 23(4):242-244.

- Wilson, O. Avalos, G. Dowling, M. (2016). Knowledge of Palliative Care and Attitudes Towards Nursing The Dying Patient, 25(11):600-605.
- Yurtsever, S. (2012). Palyatif Bakım. Hemşirelik Esasları. Ed: Atabek Aştı T, Ayişe K, Akademi Basın ve Yayıncılık, Bölüm:47, 1147-1153.
- Zaybak, A. Erzincanlı, S. (2016). Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları. International Refereed Journal of Nursing Researches, 6:16-27.
- Zhou, Y., Li, Q., Zhang, W. (2021). Undergraduate nursing students' knowledge, attitudes and self-efficacy regarding palliative care in China: A descriptive correlational study. Nursing Open, 8:343-353. <https://doi.org/10.1002/nop2.635>

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:502)

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	418	83.3
Erkek	84	16.7
Medeni Durum		
Evli	290	57.8
Bekar	212	42.2
Eğitim Durumu		
Lise	173	34.5
Önlisans	82	16.3
Lisans	233	46.4
Yüksek lisans	14	2.8
Çalıştığı Kurum		
A Hastanesi	261	52.0
B Hastanesi	193	38.4
C Hastanesi	48	9.6
Hizmet Yılı		
1-5 yıl	273	54.4
6-10 yıl	103	20.5
11-15 yıl	50	10.0
15 ve üstü	76	15.1
Çalıştığı Klinik		
Palyatif bakım kliniği	28	5.6
Yoğun bakım kliniği	134	26.6
Dahiliye kliniği	183	36.5
Cerrahi kliniği	157	31.3
Çalıştığı Konum		
Sorumlu hemşire	23	4.6
Klinik hemşiresi	277	55.2
Ameliyathane hemşiresi	46	9.2
Yoğun bakım hemşiresi	128	25.4
Palyatif bakım hemşiresi	28	5.6

	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max
Yaş	29.42±6.48	19	47
Hizmet yılı	7.72±6.29	1	26

Tablo 2. Hemşirelerin Palyatif Bakım ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (n=502)

Özellikler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Palyatif Bakım ile İlgili Bilgi Alma Durumu (n=502)	245	48.8	257	51.2
Bilgi edinme yolları*(n=245)				
Kitap ve dergi	100	40.8	145	59.2
Hizmet içi eğitim	96	39.1	149	60.9
Temel eğitim	73	29.8	172	70.2
İnternet	41	16.7	204	83.3
Kongre ve seminer	30	12.2	215	87.8
Alınan Bilginin içeriği *(n=245)				
Etik yasal konular	222	90.0	23	10.0
Ağrı yönetimi	218	89.0	27	11.0
İletişim becerisi	166	67.7	79	32.3
Semptom kontrolü	146	59.6	99	40.4
Ölüm haberini verme	136	55.5	109	44.5
Yas süreci ile baş etme	65	26.5	180	73.5
Alınan Bilginin yeterliliği*(n=245)	78	31.8	167	68.2
Bilgi yeterli değilse almak istediği bilginin ne olduğu*(n=167)				
Semptom kontrolü	88	52.7	79	47.3
Palyatif bakımda hasta bakım ilkeleri	80	47.9	87	52.1

*Birden fazla cevap işaretlendiği için 'n' katlanmıştır; yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Tablo 3 Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamaları ile İlgili Görüşleri (n=502)

Özellikler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Yaşam sonu bakıma önem verme durumu (n=502)	243	48.4	259	51.6
Yaşam sonu bakıma verilen önemin hasta bakımını etkileme durumu (n=502)	323	64.3	179	35.7
Palyatif bakım hastasına bakım verme durumu(n=502)	210	41.8	292	58.2
Palyatif bakım verilirken hissedilen duygular*(n=210)				
Keder - üzüntü	131	62.4	79	37.6
Çaresizlik	57	27.1	153	72.9
Huzur	35	16.7	175	83.3
Korku	23	10.9	187	89.1
Anksiyete	15	7.1	195	92.9
Başarısızlık	15	7.1	196	92.9
Suçluluk	10	4.8	200	95.2
Öfke	0	0.0	210	100.0
Bakım verirken sorun yaşama durumu (n=210)	115	54.8	95	45.2
Yaşadığı sorunun ne olduğu*(n=210)				
Psikososyal destek yetersizliği	103	49.0	107	51.0
Manevi destek yetersizliği	100	47.6	110	52.4
Semptom yönetim yetersizliği	94	44.8	116	55.2
İletişim zayıflığı	70	33.3	140	66.7
Ağrı yönetimi yetersizliği	62	29.5	148	70.5
Bakım hedefi konusundaki belirsizlik	40	19.0	170	81.0
Kayıp yas sürecinde bakım yetersizliği	33	15.7	177	84.3
Kültürü anlamama	11	5.2	199	94.8
Bakım verirken sahip olunması gereken bilgi*(n=210)				
Yasal ve etik konularda bilgi sahibi olma	199	94.8	11	5.2
Ağrı yönetimi	187	89.0	23	11.0

Ölüm ve sonrası hasta bakımını bilme	185	88.1	25	11.9
İletişim becerileri	155	73.8	55	26.2
Kültürel farklılıkları bilmesi	111	52.9	99	47.1
Palyatif bakım hastasına yapılan hemşirelik bakım uygulamaları*(n=210)				
Fiziksel bakım	203	96.7	7	3.3
Ağrıya yönelik bakım	203	96.7	7	3.3
Semptomatik bakım	196	93.3	14	6.7
Ölüm ve sonrasına ilişkin bakım	193	91.9	17	8.1
Hasta ve ailesine yönelik bakım	152	72.4	58	27.6
Psikolojik destek	124	59.0	86	41.0
Spirüüel-manevi bakım	103	49.0	107	51.0
Etik yaklaşımlar	100	47.6	110	52.4
Palyatif bakım ekibinde bulunması gereken sağlık personeli*(n=502)				
Hemşire	502	100.0	0	0.0
Hekim	489	97.4	13	2.6
Fizyoterapist	460	91.6	42	8.4
Psikolog	442	88.0	60	12.0
Din görevlisi	336	66.9	166	33.1
Diyetisyen	334	66.5	168	33.5
Eczacı	297	59.2	205	40.8
Sosyal hizmet uzmanı	259	51.6	243	48.4
Gönüllüler	143	28.5	359	71.5

*Birden fazla cevap işaretlendiği için 'n' katlanmıştır; yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Tablo 4. Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Tutumlarının Dağılımı (n=502)

Tutum Maddeleri	Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım	
	n	%	n	%	n	%
1. Palyatif bakım sadece ölmek üzere olan hastalara verilir.	102	20.3	327	65.1	73	14.6
2. Palyatif bakım hastasının gereksinimlerini karşılamaya hazırım.	288	57.4	104	20.7	110	21.9
3. Palyatif bakım yaşam kalitesini artırır.	392	78.0	60	12.0	50	10.0
4. Palyatif bakım hastaya bütüncül yaklaşım gerektirir.	447	88.0	39	7.8	16	3.2
5. Palyatif bakım ekibi içerisinde hemşire aktif olarak yer almalıdır.	444	88.4	40	8.0	18	3.6
6. Palyatif bakım hastası ile çalışmak hemşirelerin duygularını kontrol etmelerini gerektirir.	397	79.1	73	14.5	32	6.4
7. Palyatif bakım sadece ağrı kontrolünü içerir.	57	11.3	392	78.1	53	10.6
8. Palyatif bakımda hemşirelik bakımı sadece hastayı değil ailesini de içermelidir.	260	51.8	147	29.3	95	18.9
9. Palyatif bakım hastasının ailesi için hemşirelik bakımı ölüm sonrasında kayıp ve yas süreci boyunca da devam etmelidir.	311	62.0	110	21.9	81	16.1
10. Palyatif bakım hastasında yaygın görülen semptomları yönetebilirim.	396	78.9	60	11.9	46	9.2
11. Hekim, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım konusu eksiktir.	412	82.1	47	9.4	43	8.5
12. Hekim, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım eğitimi zorunlu ders olmalıdır.	438	87.2	35	7.0	29	5.8
13. Palyatif bakım hizmetleri yasal kanunlar ile desteklenmelidir.	371	73.9	45	9.0	86	17.1
14. Ölmek üzere olan hastaya uzun süre bakım vermek beni hayal kırıklığına uğratar.	147	29.3	190	37.8	165	32.9
15. Palyatif bakım hastası ve ailesine bakım verirken iletişim kurmakta zorlanıyorum.	198	39.4	153	30.5	151	30.1
16. Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında rahatlıkla konuşabilirim.	190	37.8	121	24.1	191	38.1

Tablo 5. Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=502)

Palyatif Bakım Bilgi Testi Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Max	Min
Felsefe	0.93±0.73	2.0	0.0
Ağrı	1.53±1.14	5.0	0.0
Dispne	1.01±1.11	4.0	0.0
Psikiyatrik problemler	1.64±1.38	4.0	0.0
Gastrointestinal sistem problemleri	1.16±1.08	4.0	0.0
Toplam puan ortalaması	6.29±3.38	18.0	0.0

Tablo 6. Hemşirelerin Bilgi Testi Alt Boyutlarına Verdikleri Cevapların Dağılımı (n=502)

	PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ ALT BOYUTLARI	DOĞRU		YANLIŞ		
		n	%	n	%	
Felsefe	1.Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.	257	51.8	245	48.2	
	2.Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.	210	41.8	292	58.2	
Ağrı	3.Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.	339	67.5	163	32.5	
	4.Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin* opioidden daha sık kullanılmalıdır.	88	17.5	414	82.5	
	5.Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar kullanılmamalıdır.	76	15.1	426	84.9	
	6.Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin* ya da buprenorfinhidroklorür** opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır	64	12.7	438	87.3	
	7.Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar.	31	6.2	471	93.8	
	8.Opioidlerin kullanımı sağkalım süresini etkilemez.	174	34.7	328	65.3	
	Dispne	9.Morfin kanser hastalarında dispneyi hafifletmek için kullanılmalıdır.	154	30.7	348	69.3
		10.Opioidler düzenli olarak kullanıldığında, solunum depresyonu yaygın olarak görülecektir.	109	21.7	393	78.3
11.Oksijen saturasyonu düzeyleri dispne ile ilişkilidir.		58	11.6	444	88.4	
12.Antikolinergik ilaçlar veya skopolamin hydro bromür,*** ölmek üzere olan hastaların bronşiyal sekresyonlarının azaltılmasında etkilidir.		191	38.0	311	62.0	

Psikiyatrik Problemler	13.Yaşamın son günlerindeki elektrolit dengesizliğiyle ilişkilendirilen uyuskluk, sersemlik hali hastanın rahatsızlığını, huzursuzluğunu azaltır.	177	35.3	325	64.7
	14.Benzodiyazepinlerdeliryumun kontrol edilmesinde etkilidir.	223	44.4	279	55.6
	15.ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur.	273	54.4	229	45.6
	16.Morfin, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kez deliryuma sebep olur.	132	26.3	370	73.7
Gastrointestinal Problemler	17.Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori alımına gereksinimi vardır.	143	28.5	359	71.5
	18.Periferikintravenz yol kullanılamayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.	105	20.9	397	79.1
	19.İleri evre kanser hastalarında steroidler iştahı artırır.	110	21.9	392	78.1
	20.ölmek üzere olan hastalarda, intravenöz infüzyon ağız kuruluğunu azaltmada etkili olmayacaktır.	228	45.4	274	54.6



BÖLÜM 3

KARŞILANMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI

*Gözde ÇETİNKAYA ALKAYA¹,
Aysun TÜRE²*

¹ Doktora Öğrencisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, gozde13cetinkaya@gmail.com, Orcid ID: 0000-0003-3666-9649

² Doç. Dr. , Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Yönetimi Anabilim Dalı, ature@ogu.edu.tr, Orcid ID: 0000-0003-2513-0904

Giriş

Hemşirelik bakımının önemi, bireylerin sağlığının korunması ya da hastaların sağlığına kavuşup topluma kazandırılması sürecinde her geçen gün artmaktadır. Hemşirelik bakımı, günümüz sağlık organizasyonlarının hedefleri arasında yer alan hasta memnuniyetinin sağlanması da büyük bir önem taşımaktadır (Aiken vd, 2018). Kaliteli hemşirelik bakımı, sağlık bakım hizmetlerinin nihai amaçları arasındadır. Verilen hemşirelik bakımının kalitesine odaklanan sağlık organizasyon yapılarında karşılaşılan diğer kavram “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı” olmaktadır. Bu kavram ilk kez Kalisch’in (2006) gözlemlerine dayanmaktadır. Kalisch’e (2006) göre hemşireler bakımı kaırdıklarının tamamen farkında olduklarını ve kaçırılan bakımının ne olduğunu kolayca tespit edebildiklerini ancak kendilerine bu durum sorulmadıka açıkça kabul etmediklerini veya tartışmadıklarını gözlemlemiştir. Birçok hasta bakım ünitesinde bu konunun tartışmaya kapalı olduğunu ve aslında hemşirelerin durumdan kendilerini suçlu, güçsüz hissetmeleri veya korku yaşamalarından dolayı konuyla ilgili açık iletişim kurmadıklarını gözlemlemiştir (Kalisch, 2006). Literatüre yeni bir kavram olarak “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı (KHB)” kavramı Kalisch (2006) alışmasının sonucunda böylece eklenmiştir. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı’na ait ilk tanım ise Kalisch ve Williams (2009) tarafından “gereken bakımın tümünün ya da bir kısmının ihmal edilmesi veya ertelenmesi” olarak yapılmıştır. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı kavramı hasta güvenliği kavramıyla yakından ilişkilendirilmektedir. Hasta güvenliği literatürüne bakıldığında Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı önemli bir ihmal hatası olarak ele alınmaktadır. Sağlık organizasyon yapılarının hizmet sunumunda önemle üzerinde durduğu diğer kavram olan “Hasta Güvenliği” özellikle kaliteli hizmet sunumunun göstergeleri arasında yer almaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması güvenli sağlık bakım ortamının oluşturulması risk faktörlerinin ve olası hataların önceden belirlenmesiyle mümkündür (Walton ve ark., 2010). Sağlık hizmet sunumunda hatalar ihmal hataları ve tıbbi hatalar olarak ele alınmaktadır. İhmal hataları, bakım kalitesi ve hasta güvenliğiyle doğrudan ilişkili hatalar olmaktadır. İhmal hatalarının fark edilmesi tıbbi hatalara oranla daha düşük olmasına rağmen daha büyük sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Kalisch vd., 2011). Hemşirelik hizmetlerinin bakım sunumunda ihmal hatalarına önem verilmesinin kaliteli bakımı beraberinde getirmesi beklenmektedir. Literatürde “Tamamlanmamış Hemşirelik Bakımı”, “Kaçırılan Hemşirelik Bakımı”, “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı”ya da “Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı” şeklinde kullanılmaktadır. Bu bölümde akışı sağlamak amacıyla “Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı (KHB) şeklinde kullanılacaktır.

Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Kavramı

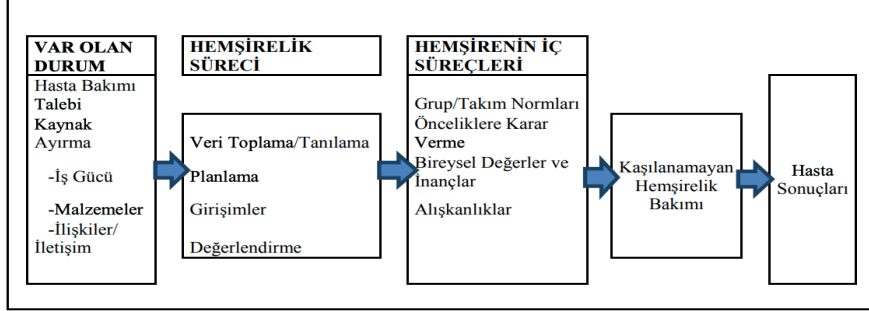
Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı kavramını tanımlayabilmek için önce bakım kavramına bakmak gerekmektedir. Bakım kavramını Türk Dil Kurumu (TDK), “*Bakma işi, bir şeyin iyi bir durumda kalması ve iyi gelişmesi için verilen emek, birinin giyinme, beslenme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi*” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2022). Hemşireliğin temeli bakım kavramına dayanmaktadır. Hemşireler, tıbbi bakım vericilerdir. Hemşirelik mesleğinde bakım kavramı ise “*fiziksel, ruhsal ve sosyokültürel bağlar ile iki bireyin karşılıklı etkileşiminin bilimsel, etik, sanat ve profesyonel olarak bireyselleştirilmiş bütüncül bir süreci*” olarak tanımlanmaktadır (Suhonen ve ark., 2010; Cebeci, 2021). Hemşireliğin en temel fonksiyonu olarak bakım; koruyucu, rahatlatıcı, bilgilendirici ve devam ettirici eylemleri içermektedir. Tüm bunları farklı boyut ve durumlarda ihtiyaç halinde hayata geçirmektedir (Dağhan, 2017).

Buradaki temel amaç hastanın ihtiyaçlarının giderilmesiyle sağlığına kavuşmasının sağlanması, var olan sağlık ve iyilik halinin desteklenerek korunması, iyilik halinin devam etmesi için gerekli olanların planlanmasıdır. Bahsedilen hedefler doğrultusunda hemşirelik mesleğinin profesyonelleri, hastanın bedensel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını belirleyerek bakım verici rolü başta olmak üzere üstlendiği rolleri kullanarak sağlıklı bireyler amaçlamaktadır (Göçmen, 2014; Karaca & Durna, 2018). Gerekli hasta bakımı hasta gereksinimlerine uygun temel hemşirelik bakımı standardıdır. Belirlenmiş standartlara dayalı hemşirelik bakımı veren profesyonel hemşirelerin, bakımı başarılı yönetmeleri karşılanmayan hemşirelik bakımıyla ilişkili olmaktadır.

Sağlık bakım ortamlarında hemşireler bakım sunumunda karar verici mekanizma olarak birçok durumda yer almaktadır. Bakımın yönetiminde, hemşirenin karmaşık klinik vakalarda bir hastaya gereken bakımı verirken önceliklendirilmesi gerekebilmektedir. Bu önceliklendirmenin kötü yönetiminde hemşireler, bazı görev bakımlarını geciktirmeyi veya atlamayı seçebilir ve bu durum hemşirelik bakım sunumunun verimliliğini, etkinliğini ve memnuniyetini etkileyen olumsuz hasta olayları doğurabilir niteliktedir (Kalisch vd., 2009; Manthey, 2014). Hemşirelerin bakımı karşılayamamalarının nedenlerine yönelik çalışma sonuçlarına bakıldığında, Bacaksız ve ark. (2019) tarafından yapılan bir çalışma hemşirelerin daha sık olarak daha basit bakım işlemlerini kaçırdıklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca çalışmada çalışma saatlerinin artması ve hemşire yetersizliğinin karşılanmayan hemşirelik bakım sıklığını arttırdığı belirtilmektedir (Bacaksız ve ark.,2019). Hemşire yetersizliğiyle karşılanmayan hemşirelik bakımını arasındaki ilişkiyi destekleyen diğer çalışma sonucu Lake ve ark. (2020) tarafından hastane çalışma ortamı ve hemşire istihdamı ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında ilişkiye odaklanılmakta ve anlamlı olduğunu

ortaya koymaktadır. Araştırmanın diğer sonucu olarak çalışma ortamını iyileştiren ve hemşire istihdamını artıran hastanelerde karşılanmayan hemşirelik bakımının önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir.

Şekil 1: Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Modeli



Kaynak: Kalish, B.J, Landstrom, L., Hinshaw, A.S (2009a). Theoretical Paper, Missing Nursing Care: A Concept Analysis, Journal Of Advance Nursing.

Modele göre karşılanmayan hemşirelik bakımı; var olan durumda hasta bakımı, kaynak kullanımı, malzeme ya da iletişim gibi faktörlerle hemşirelik sürecinde veri toplama, planlama, uygun hemşirelik girişimlerini belirlemeve değerlendirme esnasında hemşirelerin kendi iç süreçlerinde alışkanlıkları, normları, bireysel değer ve inançları gibi özelliklerin farklılık göstermesinin bir sonucu olarak hemşirelik bakımı eksik kalabilmektedir. Hemşirelerin farklı nedenlerle bakımı etkin yönetememelerinin yarattığı ihmalin hasta sonuçlarını etkilediği bir durum olarak “Karşılanmayan Hemşirelik Bakım Modeli” karşımıza çıkmaktadır. Model var olan durum, hemşirelik süreci ve hemşirenin iç süreçlerinin ihmal hatası olarak nitelendirilen karşılanmayan hemşirelik bakımına yol açarak hasta sonuçlarını etkilediğini ortaya koymaktadır. Model düzey olarak orta düzey bir model olarak kabul edilmektedir ve günümüzde geliştirilen diğer modellere kaynak niteliğindedir (Kalish vd., 2009a).

Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı Ve İlişkili Faktörler

Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı, birimde çalışan hemşire sayısı, iş yükü, örgüt iletişimi, çalışılan ortam özellikleri gibi birçok faktörle ilişkilendirilmektedir. Bu faktörler ve ilişkiler özet olarak aşağıdaki tabloda sunulmaktadır.

Tablo 1. Karşılanmayan Hemşirelik Bakımı ve İlişkili Faktörler

Hemşirelerin Kişisel, Mesleki, Çalışma Ortamı Özellikleri ve KHB	Hemşire Sayısı ve KHB	İş Yüğü ve KHB	Malzeme Kaynaklı KHB	Ekip İletişimi ve KHB
-Meslekte ve serviste çalışma yılı -Eğitim durumu -Haftalık çalışma saati -Haftalık fazla mesai saati -Hastane özellikleri (Magnet, akredite, yatak kapasitesi, hemşire-hasta oranı) -Çalışma ortamı (ekip çalışması, ekip üyeleri arasındaki iletişim, servis yöneticisiyle olan iletişim)	Hemşire sayısı azalması karşılanmamış hemşirelik bakım oranının artmasıyla ilişkilendirilmiştir.	Hemşirelerin hastaya özgü iş yükü ve servisin işleyişine ilişkin durumsal iş yükü	Hasta bakımını gerçekleştirmek için gerektiğinde hemşirenin Gereksinim duyduğu ekipman ve malzemeleri içermektedir	Etkili iletişim ve ekip çalışmasının, karşılanmayan hemşirelik bakımının azaltılması

Kaynak: Kalish, B.J, Landstrom, L., Hinshaw, A.S (2009a). Theoretical Paper, Missing Nursing Care: A Concept Analysis, Journal Of Advance Nursing.

Dünya Sağlık Örgütü (2006) yaptığı açıklamada sağlık sistemlerinde kalitenin altı boyutunda iyileştirmeler yapılmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu kalite boyutları etkinlik, verimlilik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik/hasta merkezlilik, eşitlik ve güvenlik olarak belirtilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2006). Kaliteli hemşirelik bakımı sunmak, sağlık organizasyon yapılarında kalitenin tüm boyutlarını karşılama noktasında koşul olmakta vehemşirelik bakımının kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Bail & Grealish, 2016; Kalisch vd., 2011; VanFosson vd., 2016; Rooddehghan vd., 2018; Lake vd., 2020). Karşılanmamış hemşirelik bakımının artması uluslararası alanda sağlık bakım endişesi haline gelmektedir (Jones vd., 2015). Uluslararası akut bakım hastanelerindeki karşılanmayan hemşirelik bakım prevalansının %55 ile %98 arasında olduğu bildirilmektedir (Kalisch vd., 2009; Kalisch vd., 2011; Jones vd., 2015; Lake vd., 2020).

Hastanın ihtiyaç duyduğunda verilemeyen ya da zamanında verilemeyen herhangi bir bakım, bakımın ihmali edilmesi olarak ifade edilmektedir. Bunlar ihmal eylemleri ya da hataları olarak tanımlanmaktadır (Lima JC vd., 2020). Karşılanmamış herhangi bir bakımın potansiyel olumsuz hemşirelik, hasta ve organizasyonel sonuçlarla ilişkili olduğunu bildirmektedir. Literatürde yapılan çalışmalar ihmal hatalarının çok daha yaygın ve so-

nuçlarının ağır olabildiğini öne sürmektedir (Recio-Saucedo A vd., 2018; Wiczorek-Wojcik B vd., 2020). Hemşirelik bakımının ihmal edilmesi; ilaç hatalarının artması, bası yaralarının gelişimi ve daha ciddi vakalarda ölümle ilgili olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Ayrıca hastanın aldığı sağlık hizmetinden memnuniyetsizliği, hastanede kalış süresinin uzaması, tekrarlayan hasta yatışları, sağlık kurumlarının maliyet giderlerinin artması ve hemşirelik profesyonellerinin memnuniyetsizliği için önemli bir öngörücü olarak da tanımlanmaktadır. Konuyla ilgili literatürde hasta sonuçlarına yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında, hasta güvenliğinin önemli göstergelerinden olan hasta düşmeleriyle ilgili yapılan bir çalışmada hasta düşme oranıyla karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Kalisch vd., 2012; Jones vd., 2015; Cho vd., 2016; Recio-Saucedo vd., 2018). Karşılanmayan hemşirelik bakımı ile idrar yolu enfeksiyonlarının ortaya çıkması arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu yer verilmektedir (Nelson & Flynn, 2015). Valles ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmanın sonucuna göre vücut bakımı ve pozisyon değişiminin ihmal edilmesiyle bası yarası gelişme riski artmaktadır (Valles vd., 2016).

Hemşirelik ekibi, güvenli ve kaliteli hasta bakımı sunumunda sağlık organizasyon yapılarında önemli bir rol oynamaktadır. Hemşire insan gücünde meydana gelen herhangi bir aksaklık, hemşire başına düşen hasta sayısı ve bakım gereksinimlerinin artması anlamına gelmektedir. İş yükünde yaşanan artış bakım gereksinimlerinin karşılanmamasını beraberinde getirmektedir. Bir bakımın karşılanma durumunu etkileyen faktörler boyutlarına bakıldığında işgücü kaynakları boyutunda, klinikteki hasta sayısının ve/veya hastanın klinik durumunun beklenmedik şekilde ağırlaşmasıyla iş yükünün artması; maddi kaynaklar açısından en yaygın nedenler, bulunmayan malzemeler/ekipmanlar veya gerektiğinde düzgün çalışmayan malzemelerle kaynak kullanımının etkisizliği, etik boyutta ise profesyonelin etik bir duruşa sahip olmaması ve işe ve/veya kuruma bağlılık ve katılım göstermemesi olarak tanımlanmaktadır (Oliveira MCN vd., 2022). Hemşire iş yükünü artıran önemli iki faktöre bakıldığında hemşire başına düşen hasta sayısının artışı ve hemşire yetersizliği olduğu görülmektedir (Ergezen ve Kol, 2021). Bu doğrultuda hemşirelik ekibinin hizmet sunumunda aksaklığa yol açan altyapı, malzeme ve personel yetersizliği, iş yükü fazlalığı gibi çeşitli faktörler bakımın uygulanmasını etkiler ve bu durum doğrudan bakım ihmal vakalarının artmasına ve olumsuz hasta / çalışan sonuçlarına yol açmaktadır (Dutra vd., 2019). Konuyla ilgili literatüre bakıldığında, On iki Avrupa ülkesinde 31.627 hemşire ile yapılan araştırma sonucu bir hemşirenin bakım verdiği hasta sayısını 6'dan 11'e yükseltmesinin karşılanmayan hemşirelik bakımlarını %26 oranında artırdığı ortaya koyulmuştur (Griffiths vd., 2014). Güney Kore'de kliniklerde çalışan hemşire sayısının artırılmasıyla karşılanmayan bakım uygulamalarının önemli

derecede azaldığı gözlemlenen çalışma bakımın kalitesini artırma amacına ulaşıldığını göstermektedir (Cho vd., 2015). Karşılınmayan hemşirelik bakımının hemşire iş yüküyle ilişkisi üzerine Tubbs-Cooley (2019) ve arkadaşlarının yaptığı 332 vardiya, 148 bebek ve 136 hemşirenin yer aldığı çalışma sonucunda bebek ölüm oranlarının yaklaşık yarısının karşılınmayan hemşirelik bakım oranının artmasıyla ilişkili olduğu gösterilmektedir (Tubbs-Cooley HL vd., 2019). Karşılınmayan hemşirelik bakımında ara sıra ihmal edilen hasta için dolaylı etkileri barındıran bakımlar örneğin, hasta bakımıyla ilgili multidisipliner ekip toplantısına katılım sağlamama, her boşaltım sonrası perine temizliğinin yapılmaması, pozisyon değişiminin 2 saati geçmesi, hidrasyon konusunda hastayla iş birliği, mobilizasyon gibi hasta için anında olumsuz sonuçlara yol açmamakla birlikte hastanın hastanede kalış süresinin uzamasına, aynı hastanın hastaneye tekrarlı yatışlarına, hemşirelik bakım ihmallerinin toplamına bakıldığında hastanın iyileşme sürecine olumsuz etkileri arttırmaktadır (Blackman I, vd.,2018; Moura, vd., 2020).

Uluslararası alanda artış gösteren iş tatminin, sağlanan hemşirelik bakımının düzeyi ile ilişkili olduğu ve daha fazla kaçırılan bakımın hemşireler arasında daha fazla tatminsizliğe yol açtığı gösterilmektedir (Plevová, I., Zeleníková, R., 2021). Ayrıca ihmal edilen bakımın profesyonellerin eğitim düzeyi, mesleki kategori ve birimdeki deneyim gibi özelliklerine göre değişebileceğini belirtilmiştir (Blackman I, vd., 2018). Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda eğitim düzeyi kritik bir değişken olarak ortaya çıkmaktadır. Eğitimin niteliği, hastaların çeşitli ihtiyaçlarını ayırt etme ve önceliklendirme yeteneklerini önemli ölçüde etkilemektedir. Eğitim düzeyi iyi bir hemşirenin, hasta bakımının karmaşıklığını basite indirgeme ve kritik ihtiyaçları hemen belirlenebilmesiyle ihtiyaç duyulan bakımın sunumu sağlanmaktadır (Blackman I, vd., 2018)

Sonuç

Uluslararası alanda sağlık hizmeti sunucuları ve yöneticileri için hasta güvenliği ve bakım kalitesi gibi hemşirelik mesleğinin önemli bileşenleri konusunda yapılması gereken iyileştirmeler temel öncelikler arasında yer almaktadır. Günümüzde artan hasta talepleri, personel sayısının azaltılması, personel devir hızının artması, sürekli yenilenen bilgi ve gelişen teknolojinin doğurduğu karmaşık çalışma ortamı içerisinde hemşirelerin hasta bakımını sunmak ve hızlı kararlar almak zorunda olmaları bakımı bütüncül olarak ele almalarını engellemektedir. Bu durumda hemşirelik bakımı tamamlanamayabilir, kısıtlanabilir, gecikebilir veya eksik nitelikte olabilmektedir. Hemşirelerin çalışma ortamı ve hemşirelik bakımının hasta bakım talepleriyle son derece ilişkili olduğu ve tüm bunların hasta sonuçları üzerinde etkili olduğu bir gerçektir.

Hemşirelik mesleğinde eğitim düzeyi, hastaların sağlık durumlarının ciddiyyetini ve hemşirelik bakımının planlanıp, uygulanıp, değerlendirilmesini ve böylece bakımı önceliklendirmeyi etkilemektedir. Özellikle karmaıklaan sağlık organizasyonlarında etkileşim ortamında sağlık ekibi üyeleriyle etkili iletişim halinde olmak, hastayla empati kurmak ve gereksinim duyulan bakımı planlayıp etkin, kaliteli ve güvenli bakımı sunabilme sürecinde nitelikli hemşirelere duyulan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır.

Kaynakça

- Baloh, J., Zhu, X., & Ward, M.M. (2018). Implementing team huddles in small rural hospitals: How does the Kotter model of change apply? *Journal of Nursing Management*, 26(5), 571–578. <https://doi.org/10.1111/jonm.12584>
- Blackman, I., Papastavrou, E., Palese, A., Vryonides, S., Henderson, J., & Willis, E. (2018). Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 33–41. <https://doi.org/10.1111/jonm.12514>
- Blackman, I., Lye, C.Y., Darmawan, I.G.N., Henderson, J., Giles, T., Willis, E., Toffoli, L., Xiao, L., & Verrall, C. (2018). Modeling Missed Care: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(3), 178–188. <https://doi.org/10.1111/wvn.12285>
- Bail, K., & Grealish, L. (2016). ‘Failure to maintain’: A theoretical proposition for a new quality indicator of nurse care rationing for complex older people in hospital. *International Journal of Nursing Studies*, (63), 146–161. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.001>
- Chao, M., Shih, C.T., Hsu, S.F., (2016). Nurse occupational burnout and patient-rated quality of care: the boundary conditions of emotional intelligence and demographic profiles. *Japan. Journal of Nursing Science*, 13 (1), 156–165. <https://doi.org/10.1111/jjns.12100>
- Dutra, C.K.R., Salles, B.G., Guirardello, E.B. (2019) Situações e razões para a omissão do cuidado de enfermagem em unidades de clínica médica e cirúrgica. *Rev Esc Enferm USP*, (53): e03470. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017050203470>.
- Jones, T.L., Hamilton, P., & Murry, N., (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch, B.J., Landstrom, G.L., & Hinshaw, A.S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., & Lee, H., (2011). Does missed nursing care predict job satisfaction? *Journal of Healthcare Management/ American College of Healthcare Executives*, 56(2), 117–131, Discussion 132-3.
- Kalisch, B.J. ve Lee, K.H. (2011). Nurse staffing levels and teamwork: A cross-sectional study of patient care units in acute care hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(1), 82-88.
- Kalisch, B.J., Landstrom, G.L. & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *J. Adv. Nurs.*, 67(5), 1509-1517.

- Lima, J.C., Silva, A.E.B.C., Caliri, M.H.L. (2020). Omission of nursing care in hospitalization units. *Rev Lat Am Enfermagem*, 28: e3233. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>.
- Lake, E.T., French, R., O'Rourke, K., Sanders, J., & Srinivas, S.K., (2020). Linking the work environment to missed nursing care in labour and delivery. *Journal of Nursing Management*. 28(8), 1901–1908. <https://doi.org/10.1111/jonm.12856>
- Manthey, M. (2014). A prática do Primary nursing: prestação de cuidadosdi- rigida pelosrecursos, basead anorelacionamento (2ndª ed.). SãoPaulo, SP: EditoraAtheneu.
- Moura, E. C. C., Lima, M.B., Peres, A.M., Lopez, V., Batista, M.E.M., & Braga, F.D.C.S.A.G. (2020). Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2103–2112. <https://doi.org/10.1111/jonm.12846>
- Nelson, S., & Flynn, L. (2015). Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 36(2), 126-130.
- Oliveira, M.C.N., Leite, H.D.C.S., Lopes, V.C.A., Cruz, J.V.O.M., Vasconcelos, C.D.A., Nogueira, L.T. (2022). Reasons correlated with omission of nursing care. *Rev Esc Enferm USP*. 28;56:e20220171. doi: 10.1590/1980-220X-RE-EUSP-2022-0171en.
- Plevová, I., Zeleníková, R., Jarošová, D., & Janíková, E. (2021). The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care. *Medycynapracy*, 72(3), 231–237. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01035>
- Rooddehghan, Z., Yekta, Z.P., & Nasrabadi, A.N. (2018). Ethics of rationing of nursing care. *Nursing Ethics*, 25(5), 591–600. <https://doi.org/10.1177/0969733016664973>
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J. Meredith, P., Griffiths, P., (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2248–2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Tubbs-Cooley, H.L., Mara, C.A., Carle, A.C., Mark, B.A., Pickler, R.H. (2019). Association of Nurse Workload With Missed Nursing Care in the Neonatal Intensive Care Unit. 173(1):44-51. doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.3619.
- TDK. (2022). *Guncel TurkceSozluk*. Türk Dil Kurumu: tdk.gov.tr
- VanFosson, C.A., Jones, T.L., & Yoder, L.H., (2016). Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. *Nursing Outlook*, 64(2), 124–136. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.12.010>
- Valles, J.H., Monsivais, M., Guzman, M., Interrial, G., & Arreola, L. (2016). Nursing care missed in patients at risk of or having pressureulcers. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, 24, 2817.

- Wieczorek-Wojcik, B., Gaworska-Krzemińska, A., Owczarek, A.J., Kilańska, D. (2020). In-hospital mortality as the side effect of missed care. *J Nurs Manag*, 28(8):2240-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12965>.
- Walton, M., Woodward, H., Van Staalduinen, S., Lemer, C., Greaves, F., Noble, D. ve ark. (2010). The WHO patient safety curriculum guide for medical schools. *BMJ Quality&Safety*. 19(6), 542-546.



BÖLÜM 4

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ YÖNETİMİNDE DUYGUSAL ZEKA

Müzelfe BIYIK¹ Aysun TÜRE²

1 Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı E-mail: muzelfeuysal@gmail.com

2 Doç. Dr. , Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Yönetimi Anabilim Dalı, ature@ogu.edu.tr, Orcid ID: 0000-0003-2513-0904

Giriş

Sağlık hizmetlerinin karmaşık ve duygusal yoğun ortamında, ekiplerin doğru bir şekilde yönlendirilmesi, motivasyonlarının yükseltilmesi ve kaliteli hasta bakımının sağlanması büyük önem taşımaktadır. Yönetici hemşireler, hastalar, hasta yakınları, hemşireler ve sağlık ekibindeki diğer meslek grupları arasında stratejik bir konumda yer almaktadır. Yönetici hemşireler, bakım süreçlerini yönetmekle kalmaz, aynı zamanda çeşitli paydaşlar arasındaki ilişkileri de etkili bir şekilde yönetmekten sorumludur. Duygusal zeka (DZ), yönetici hemşirelerin hem kendi duygularını hem de ekiplerinin duygularını algılayıp yönetmelerini sağlayarak yöneticilik ve liderlik rollerini etkili bir şekilde yerine getirmelerinde önemli bir rol oynamaktadır. Yönetici hemşirelerin yüksek düzeyde duygusal zekaya sahip olması, hem ekiplerin iş tatminini artırmakta hem de tükenmişlik düzeylerini azaltarak hasta bakım kalitesine olumlu katkı sağlamaktadır. Bu doğrultuda, duygusal zeka geliştirmeye yönelik eğitimler ve farkındalık çalışmaları, ekip içindeki iletişim ve iş birliğini iyileştirirken, yönetici hemşirelerin duygusal zeka ve liderlik yeterliliklerini güçlendirmektedir.

Duygusal Zeka Kavramı

Duygusal zeka kavramı, yetenek, özellik ve karma olmak üzere üç farklı modelde kavramsallaştırılmaktadır. Bu modeller, DZ'nin ölçüm araçlarının yapısını da doğrudan şekillendirmektedir. Salovey ve Mayer (1990) tarafından geliştirilen yetenek modeline göre, duygusal zeka bireylerin kendi duygularını ve başkalarının duygularını anlama ve yönetme kapasitesine dayalı, doğuştan gelen bir zeka biçimi olarak tanımlanmaktadır. Bu model dört ana başlıkta ele alınmaktadır: duyguların algılanması, duyguların kullanılması, duyguların anlaşılması ve duyguların düzenlenmesidir. Petrides ve Furnham'ın özellik modeli (2016), DZ'yi kişilik özellikleri ve eğilimlerle ilişkili, zamanla değişmeyen kalıcı bir davranış örüntüsü olarak ele almaktadır. Bu model, DZ'yi beş temel faktöre ayırmaktadır ve bunlar iyi oluş, öz kontrol, duygusallık, sosyallik ve destek özellikler gibi unsurları içermektedir. Karma model ise, özelliklerin ve yeterliliklerin birleşiminden oluşmaktadır. Bar-On (2006) ve Goleman (2012), duygusal zekayı karma modele dayandırarak geliştiren iki ana yaklaşımı oluşturmaktadır. Bar-On (2006), duygusal zekanın kişinin kendini anlama, ifade etme, başkalarını anlama, ilişki kurma ve günlük zorluklara uyum sağlama yeteneklerini yöneten bir dizi duygusal ve sosyal yeterlilik olarak tanımlamaktadır. Goleman'ın modeli, öz farkındalık, duygus düzenleme, motivasyon, empati ve ilişki yönetimi gibi duygusal ve sosyal yeterliliklerin yönetim performansına ve liderliğe katkı sağladığını vurgulamaktadır. Bu üç farklı model, duygusal zekanın farklı boyutlarını ve etkilerini anlamada önemli bir çerçeve sunmaktadır.

Duygusal Zekanın Önemi

Duygusal zeka, duygu ile mantıklı düşünce arasında kişisel ve kişilerarası yeterlilikleri kullanarak duygusal olarak yoğun sağlık hizmetleri ortamlarında önemli bir rol oynamaktadır (Giesbrecht ve ark., 2021). Hemşirelerin, hastalar ve meslektaşlarıyla sürekli duygu ve bilgi alışverişinde bulunması, duygusal zekayı hemşirelik mesleğinin temel unsurlarından biri haline getirmektedir. (American Association of Critical-Care Nurses, 2016; Jiménez-Herrera ve ark., 2020; Soto-Rubio vd., 2020; Ulrich ve ark., 2021). Hemşireler hem kurum içinde hem de kurum dışında birçok kişiyle etkileşim halinde olan kurum temsilcileridir (Geun ve Park, 2019). Ayrıca, hemşireler, iş beklentileri, kaynak eksiklikleri ve aşırı iş yükü nedeniyle duygusal baskı yaşamaktadır. Bu olumsuz çalışma ortamları hemşirelerde psikolojik baskıya ve tükenmişliğe yol açabilmektedir (Soto-Rubio ve ark., 2020). Hemşirelik hizmetlerinin yönetimi, yalnızca klinik bilgi ve teknik becerilerin değil, aynı zamanda etkili ilişki yönetimi için gerekli yeterliliklerin kullanılmasının önemli olduğu bir alandır. Yüksek DZ'ye sahip yönetici hemşireler, olumlu hedeflere ve sonuçlara ulaşmak için kendi duygularını ve başkalarının duygularını düzenleyebilir (Al-Oweidat ve ark., 2023). Son yıllarda, hasta bakımının iyileştirilmesi ve destekleyici bir çalışma ortamının oluşturulmasında duygusal zekaya daha fazla vurgu yapılmaktadır (Hong ve Lee, 2016; Cichon ve ark., 2023; Zhang ve ark., 2024). İnsan odaklı bakım sunabilmek için, fiziksel, duygusal ve sosyal taleplerle başa çıkmada yüksek duygusal zeka düzeyine sahip olmak önemlidir (Nightingale ve ark., 2018; Lee & Sim, 2021). Yönetici hemşireler, sağlık hizmetleri dönüşümünün zorlukları ve karmaşıklıklarıyla etkili bir şekilde başa çıkabilmede ve hemşirelere destek sağlamada duygusal zeka yeterliliklerine ihtiyaç duymaktadır. Bu sayede yüksek kaliteli hasta bakımını sağlama ve olumlu bir iş ortamı yaratmada etkili olabilirler (Hulshof, 2022).

Duygusal Zekanın Geliştirilmesi

Duygusal zekanın geliştirilebilir olduğu konusunda alan yazında geniş bir fikir birliği bulunmaktadır (Goleman, 2012; Mayer vd., 2016). Duygusal zekanın geliştirilebilir olması, yönetici hemşirelerin yöneticilik ve liderlik rollerini yerine getirmelerinde son derece önemli bir faktördür. Literatürde, eğitim programlarının sağlık çalışanlarının duygu düzenleme yeterliliklerini geliştirebileceği vurgulanmaktadır (Ye ve ark., 2022). Tyczkowski ve arkadaşlarının (2015) araştırmasına göre, DZ'nin danışmanlık, eğitim gibi yöntemlerle geliştirilebileceği bulunmuştur. Ancak, hemşireler arasında DZ'yi artırmaya yönelik müdahalelerin uygulamada sınırlı olduğu tespit edilmiştir (Kozłowski ve ark., 2018). Heckemann ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, duygusal zekanın sağlık alanındaki yöneticilerin liderlik rollerinde etkin olmalarını ve ekiplerinin duygularını yönetmelerinde yansıtıcı uygulamaların katkı sağlayabileceği belirtilmiştir.

Literatürde, yaş, cinsiyet, eğitim, kültür ve deneyimlerin DZ'yi şekillendirdiği (Goleman, 2012; Kahraman & Hicdurmaz, 2016; Orsal, 2014; Balcı Suslu, 2016) belirtilmektedir. Sakallı ve Timuçin'in (2023) sistematik derleme çalışmasında, liderlik davranışı, eğitim seviyesi, yaş ve çalışan desteği gibi faktörlerin DZ düzeyini artırdığı, ancak yönetici hemşirelerin çatışma çözme tarzları ve çalışanların tükenmişlik düzeylerinin DZ düzeyini azalttığı belirtilmiştir. Ayrıca medeni durum, hizmet içi eğitim, kıdem ve hastane türü gibi faktörlerin DZ ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Pérez-Fuentes ve arkadaşlarının çalışmasında (2020), kadınların DZ düzeylerinin özellikle kişiler arası ve içsel bileşenlerde erkeklerden daha yüksek olduğunu bulunmuştur. Bu bulgu, DZ'nin cinsiyetler arasında farklı olabileceğini göstermektedir. Farklı bir çalışmada, hastalarla ve meslektaşlarla olan deneyimlerin, duygusal zekanın güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı bulunmuştur (Prezakaros ve ark., 2018). Bununla birlikte, yönetim pozisyonundaki deneyimin DZ ile doğrudan ilişkili olmadığına dair bulgular yer almaktadır (Akbolat & Işık, 2015).

Hastane ortamında duygusal zekayı geliştirmek için, kurumsal kültürünün ve uygulamaların değiştirilmesi önerilmektedir (Foster ve ark., 2015; Orak ve ark., 2016). Duygusal zeka gelişimi, bireysel çabaların ötesinde, yönetim düzeyinde desteklenmelidir. Çalışanlara sağlanan eğitim programları, liderlik yaklaşımları ve iletişim politikaları, bu becerilerin gelişimine katkıda bulunmalıdır. Duygusal zeka eğitim programları, hemşirelere sadece lisans eğitimleri sırasında değil (Foster ve ark., 2015; Orak ve ark., 2016), aynı zamanda hastanelerin farklı alanlarında çalışanların ihtiyaçlarını karşılayabilecek bölüme özgü yapılandırılmalıdır (Davies ve ark., 2010; Bailey ve ark., 2011). Her bölümdeki hemşirelerin karşılaştığı duygusal ve sosyal zorluklar farklı olduğundan, bölüme özgü eğitimler, bu ihtiyaçlara yönelik daha etkili çözümler sunabilir. Yönetici hemşireler bu süreci yönlendirerek hemşirelerin profesyonel gelişimlerine ve ekip içi uyum sağlamalarına katkı sunabilir. Bu yüzden hemşirelik hizmetleri yönetiminde yer alan kişilere duygusal zekayı kullanmalarına ve koçluk yapabilmelerine yönelik eğitim programları sağlanmalıdır (Udod ve ark., 2020).

Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Duygusal Zeka

Duygusal zekanın, hasta, kurum ve hemşireler açısından çeşitli olumlu etkileri ve faydaları olduğu bilinmektedir. Duygusal zekanın hasta bakımı açısından, hizmet kalitesinin artması, olumlu hasta sonuçları ve hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Adams & Iseler, 2014; Celik, 2017; Bru-Luna ve ark., 2021; Al-Oweidat ve ark., 2023). Hastaların ihtiyaçlarına uygun bakım sağlanması, hemşirelerin empati kurma ve hastalarla etkili iletişim kurabilme yeteneklerine bağlıdır (Epstein ve ark., 2017). Bu özellikler, hastaların memnuniyetini doğrudan etkileyen önem-

li faktörler olarak öne çıkmaktadır. Duygusal zeka, hemşirelerin terapötik ilişkiler geliştirmelerine, hastalara ve ailelerine daha şefkatli bir yaklaşım sergilemelerine olanak tanımaktadır (Codier & Codier, 2017). Yönetici hemşireler ise, klinik hemşirelerinin yüksek kaliteli, hasta odaklı ve bütüncül bir bakım sunabilecekleri uygun çalışma ortamlarını sağlamakla yükümlüdür (McSherry ve ark., 2012). Munro'nun (2011) çalışmasında, yönetici hemşirelerin duygusal zeka düzeylerinin yüksek olmasının, bakımla ilişkili hasta memnuniyetini artırdığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda, yönetici hemşirelerin duygusal zekalarının, sadece kendi performansları ile sınırlı kalmayıp, tüm ekibin performansını ve hasta memnuniyetini artıran önemli bir unsur olarak değerlendirilebilir. Prezerakos ve arkadaşları (2018), DZ'yi geliştiren yönetici hemşirelerin, iletişim, empati ve direnç sağlayarak hasta bakımı sonuçları üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini belirtmiştir. Ayrıca, DZ'nin yöneticilik rolünün ilişkiler arası süreçlerini destekleyen bir özellik olarak görülmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Duygusal zeka, hemşirelerin iş performansı (Alsufyani ve ark., 2022; Alonazi, 2020; Hwang & Park, 2022), iş memnuniyeti (Soto-Rubio ve ark., 2020; Chauhan ve ark., 2022), bağlılık (Al-Oweidat ve ark., 2023) ve klinik yeterlilik (Dehnavi ve ark., 2022) üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca mesleki başarı (Cassano ve ark., 2020), daha az tükenmişlik (Kwon & Kim 2016; Soto-Rubio ve ark., 2020), daha az mesleki stres (Alsufyani ve ark., 2022) ve işten ayrılma niyeti (Al-Hamdan ve ark., 2020, Wang ve ark., 2023) ile ilişkilendirilmiştir. Duygusal zeka, yönetici hemşirelerin hemşireler ile ilişkilerini güçlendirerek hemşireleri mesleki stres ve tükenmişlikten koruduğu belirtilmektedir (Foji vd., 2020). DZnin gelişimi, sağlık hizmetleri ortamlarında genel refahı ve etkinliği teşvik etmede kritik rolü vurgulanmaktadır (Raghubir, 2018; Foji ve ark., 2020; Zhang ve ark., 2024). Duygusal talepleri yönetmek, empati, şefkat ve optimal hasta bakımı sunumu sağlamak için çalışanların duygusal refahını sürdürmesini gerektirmektedir. Bununla birlikte, bu istekleri yönetmenin etkisi genellikle hemşireler arasında duygusal emeğin artmasına yol açarak stres ve tükenmişliğe sebep olmakta ve bu da daha yüksek işten ayrılma oranlarıyla sonuçlanabilmektedir (Hong & Lee, 2016). Yönetici hemşireler destekleyici bir ortam oluşturarak hemşirelerin olumsuz duygular ile baş etmelerine yardımcı olabilirler.

Yönetici hemşirelerin DZ düzeylerinin, hemşirelerin örgütsel bağlılık ve iş tatmini düzeyleri üzerinde bir etkisi olmadığı, ancak tükenmişlik düzeylerini azalttığı bulunmuştur (Sakallı ve Timuçin, 2023). Farklı çalışmalarda ise duygusal zekanın bağlılık (Young-Ritchie ve ark., 2009) ve hemşire iş tatmini (Tyczkowski ve ark., 2015; Coladonato & Manning, 2017) üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca yönetici hemşirenin duygusal zekasının hemşireler tarafından algılandığı şekliyle işten ayrılma ni-

yeti üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Al-Hamdan ve ark., 2019; Majeed & Jamshed, 2021). Yöneticilerin DZ düzeylerinin iş performansı, hizmet kalitesini ve çalışanların tükenmişlik düzeylerini etkileyebileceği bildirilmektedir (Codier ve ark., 2011; Munro, 2011; Coladonato & Manning, 2017). Duygusal zeka, ekip üyelerini teşvik eden etkili bir liderlik tarzı benimsemeyi gerektirmektedir (Munro, 2011; Spano-Szekely ve ark., 2016; Echevarria ve ark., 2017). Literatürde, DZ'nin dönüşümsel liderlik uygulamalarıyla ilişkili olduğu ortaya konmaktadır. Dönüşümsel liderlerin sahip olduğu duyguları anlama, düzenleme ve yönetme, takipçilerinde bu özelliklerini geliştirilmesine katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (Spagnuolo ve ark., 2014). Yönetici hemşirenin duygusal zekası proaktifliği (Erkutlu & Chafra, 2012), ekip güçlendirmesini (Lucas ve ark., 2008; Erkutlu & Chafra, 2012) hasta memnuniyetini (Munro, 2011), refahı (Spagnuolo ve ark., 2014) ve iş tatminini (Tyczkowski ve ark., 2015; Spano-Szekely ve ark., 2016) artırdığı bulunmuştur. Bunlara ek olarak, duygusal zekanın olumlu bir çalışma ortamı ve iş tutumu (Al-Hamdan ve ark., 2017), zorbalık (Bennett & Sawatzky, 2013 çatışma yönetimi (Al-Hamdan ve ark., 2019),) gibi pek çok değişken üzerinde faydalı etkiler yarattığı ortaya konmuştur.

Duygusal zeka, yönetici hemşirenin rol model olarak kabul edilmesine ve ekip üyelerinin güvenini kazanmasına yardımcı olmaktadır (Saha ve ark., 2023). Yönetici hemşirelerin davranışlarının yalnızca teoride değil, pratikte de ekiplerine göstermeleri beklenmektedir (Alshammari ve ark., 2020). Bu özellik, ekip içinde bağlılığı teşvik etmekte ve yönetici hemşirelerin savunuculuk rollerini etkin bir şekilde yerine getirmelerine olanak tanımaktadır. Yönetici hemşirelerin, olumlu rol modelleri olmaları ekip üyeleri üzerinde daha yüksek düzeyde güven oluşturabilir (Gaib ve ark., 2023). Yönetici hemşirenin ekip üyelerine duygusal destek sunması ve bağ kurması güçlü bir etkileşim yaratmaktadır. Ayrıca, bu süreç takipçilerin de duygusal bağlılık göstermesini sağlamakta ve ekip içinde iş birliğini teşvik eden karşılıklı duyguların ifade edildiği bir ortam oluşturmaktadır (Alshammari ve ark., 2020; Al-Hamdan ve ark., 2021).

Yönetici hemşirelerin başkalarının duygularını değerlendirebilme becerisi, kişilerarası ilişkilerde etkili olmalarını sağlamaktadır. Bu özellikleri, yönetici hemşirelerin ekip üyelerinin duygularını anlama ve grup içinde uyumu sürdürmelerine yardımcı olmaktadır. Duygusal zeka, bireyler arasındaki farklılıkların yönetiminde, ekip üyelerinin ortak bir hedef doğrultusunda iş birliği yapmaları için kritik bir unsurdur (Liu ve ark., 2023). Yönetici hemşirelerin ekipteki farklı kişilik özelliklerine sahip hemşirelere uygun tepkiler vermesi, ekip içindeki uyumu güçlendiren bir özelliktir. Bu süreçte, yönetici hemşirenin ekip üyelerinden geri bildirim alması ve vermesi önemli olmaktadır. Böylelikle, mesleki deneyimlere sahip hem-

şirelerden faydalı içgörüler sağlayabilmektedirler (Mysirlaki & Paraskev, 2020). Ayrıca, duygusal zekanın takım çalışması ve yaratıcılık gibi alanlarda da önemli farklar yaratabileceği vurgulanmaktadır (Tyczkowski ve ark., 2015; Spano-Szekely & Quinn Griffin, 2016). Güçlü bir yönetici, ekip üyelerini motive ederek, güvenli ve iş birliğine dayalı bir çalışma ortamı yaratabilmektedir. Bu durum, ekip motivasyonunu yükseltirken işten ayrılma oranlarını azaltmaktadır (Aljarboa ve ark., 2022). Etkili iletişim, yönetici hemşirelerin ekip üyeleriyle daha güçlü ilişkiler kurmalarını ve düşüncelerini açık bir şekilde ifade etmelerini sağlamaktadır (López-Zafra ve ark., 2008). Cummings ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında yönetici pozisyonundaki hemşirelerin, çalışanlarının duygularını ve güdülerini kullanarak hedeflere ulaşmalarına katkı sağladıkları belirtilmiştir. Yönetici hemşirelerin görev motivasyonunun yüksek olması, ekip üyelerini belirli bir hedefe yönlendirmek için gerekli becerilere sahip olduğunu gösterebilir. Görev motivasyonu yüksek olan yönetici hemşirelerin, duygusal zeka yeterlilikleri arasında yer alan aktif dinleme, iletişime teşvik etme, katılımı artırma, uyum sağlama ve destekleyici olmalarını sağlamaktadır.

Sonuç

Hemşirelik, yüksek düzeyde sorumluluk, stres ve duygusal zorluklarla başa çıkmayı gerektiren bir meslektir. Hemşirelik hizmetleri yönetimi ise, yöneticilik ve liderlik rolünü yerine getirmede çok çeşitli duyguları tanımlama, kullanma ve yönetme yeterliliğini gerektirmektedir. DZ, sağlık bakım sisteminin artan taleplerini başarılı bir şekilde karşılamak için yönetici hemşireler için önemli hale gelmektedir. Bu doğrultuda, duygusal zekanın hemşirelik mesleğinin olumsuz etkilerine karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Yönetici hemşirelerin yüksek duygusal zeka düzeyleri hemşirelik uygulamalarının kalitesi ve hasta sonuçları üzerinde olumlu bir etki yaratmaktadır. Ayrıca, hemşirelerin stresle başa çıkma yöntemlerini, tükenmişliği önlemede, ekiplere ilham vererek güçlü bir çalışma ortamı oluşturmayı yaratarak faydalı olmaktadır. Yönetici hemşireler, duygusal zeka programlarına katılarak, duyguları anlama ve yönetme, olumlu ilişkiler geliştirebilmeleri için gerekli olan bilgi, tutum ve yeterlilikleri edinebilirler. Bu nedenle, yönetici hemşirelerin DZ'yi geliştirmeleri, hemşirelik hizmetlerinin sunumu ve yönetilmesinde bireysel ve ekip performansı açısından önemli bir etki sağlayabilir.

Kaynaklar

- Adams, K. L., & Iseler, J. I. (2014). The relationship of bedside nurses' emotional intelligence with quality of care. *J Nurs Care Qual*, 29(2), 174-81.
- Akbolat, M., & Işık, O. (2012). Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ düzeylerinin motivasyonlarına etkisi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 32.
- Al-Hamdan, Z., Oweidat, I.A., Al-Faouri, I. & Codier, E. (2017). Correlating Emotional Intelligence and Job Performance Among Jordanian Hospitals' Registered Nurses. *Nurs Forum*, 52(1), 12-20. <https://doi.org/10.1111/nuf.12160>.
- Al-Hamdan, Z., Al-Ta'amneh, I. A., Rayan, A., & Bawadi, H. (2019). The impact of emotional intelligence on conflict management styles used by Jordanian nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 560–566. <https://doi.org/10.1111/jonm.12711>.
- Al Hamdan, Z. M., Muhsen, A., Alhamdan, M., Rayan, A., Banyhamdan, K., & Bawadi, H. (2020). Emotional intelligence and intent to stay among nurses employed in Jordanian hospitals. *Journal of nursing management*, 28(2), 351-358.
- Al Hamdan, Z. M., Alyahia, M., Al Maaitah, R., Alhamdan, M., Faouri, I., Al Smadi, A. M., & Bawadi, H. (2021). The relationship between emotional intelligence and nurse–nurse collaboration. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(5), 615-622.
- Aljarboa, B. E., Pasay An, E., Dator, W. L. T., Alshammari, S. A., Mostoles Jr, R., Uy, M. M., ... & Gonzales, A. (2022). Resilience and emotional intelligence of staff nurses during the COVID-19 pandemic. In *Healthcare*, 10, (11), 2120.
- Alonazi, W. B. (2020). The impact of emotional intelligence on job performance during COVID-19 crisis: A cross-sectional analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, 749-757.
- Al-Oweidat, I., Shosha, G. A., Baker, T. A., & Nashwan, A. J. (2023). The relationship between emotional intelligence and organizational commitment among nurses working in governmental hospitals in Jordan. *BMC nursing*, 22(1), 195.
- Alshammari, F., Pasay-An, E., Gonzales, F., & Torres, S. (2020). Emotional intelligence and authentic leadership among Saudi nursing leaders in the Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Professional Nursing*, 36(6), 503-509.
- Alsufyani, A. M., Aboshaiqah, A. E., Alshehri, F. A., & Alsufyani, Y. M. (2022). Impact of emotional intelligence on work performance: The mediating role of occupational stress among nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(6), 738-749.

- American Association of Critical-Care Nurses. (2016). *Healthy Work Environments*. Nursing Excellence. Erişim tarihi: 01.12.2024 www.aacn.org/nursing-excellence/healthy-work-environments.
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of clinical nursing*, 20(23-24), 3364-3372.
- Balcı Süslü, S. (2016). Duygusal zekâ ve örgütsel stres: Örgütlerde hemşirelerin duygusal zekâ becerileri ve stresle başa çıkma düzeyleri arasındaki ilişki (Tez No. 423088) (Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi). Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi.
- Bennett, K., & Sawatzky, J. A. (2013). Building emotional intelligence: a strategy for emerging nurse leaders to reduce workplace bullying. *Nurs Adm Q*. Apr-Jun;37(2): 144-51 <https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e318286de5f>.
- Bru-Luna, L. M., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C., & Cervera-Santiago, J. L. (2021, December). Emotional intelligence measures: A systematic review. In *Healthcare*, 9(12), 1696.
- Cassano, F., Tamburrano, A., Mellucci, C., Galletti, C., Damiani, G., & Laurenti, P. (2020). Evaluation of emotional intelligence among master's degree students in nursing and midwifery: A cross-sectional survey. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6347.
- Chauhan, R., Kaul, V., & Maheshwari, N. (2022). Impact of emotional intelligence on job performance of nurses with mediating effect of job satisfaction. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 17(2), 1-8.
- Cichoń, J., Płaszewska Żywko, L., & Kózka, M. (2023). Emotional intelligence and coping strategies among intensive care unit nurses. *Nursing in critical care*, 28(2), 322-328.
- Coladonato, A. R., & Manning, M. L. (2017). *Nurse leader emotional intelligence: How does it affect clinical nurse job satisfaction?* *Nursing management*, 48(9), 26-32.
- Codier, E. & Codier, D. D. (2017). Could emotional intelligence make patients safer? *American Journal of Nursing*, 117(7), 58-62 <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520946.39224.db>
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., Muise, M., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns 3project nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int. J. Nurs. Stud*, 47(3), 363-385. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006>.
- Çelik, G. O. (2017). The relationship between patient satisfaction and emotional intelligence skills of nurses working in surgical clinics. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1363-1368.
- Davies, S., Jenkins, E., & Mabbett, G. (2010). Emotional intelligence: district nurses' lived experiences. *British Journal of Community Nursing*, 15(3),

141-146.

- Dehnavi, M., Estebarsari, F., Kandi, Z. R. K., Milani, A. S., Hemmati, M., Nasab, A. F., & Mostafaie, D. (2022). The correlation between emotional intelligence and clinical competence in nurses working in special care units: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, *116*, 105453.
- Echevarria, I. M., Patterson, B. J., & Krouse, A. (2017). Predictors of transformational leadership of nurse managers. *Journal of nursing management*, *25*(3), 167-175.
- Erkutlu, H., & Chafra, J. (2012). The impact of team empowerment on proactivity: The moderating roles of leader's emotional intelligence and proactive personality. *Journal of health organization and management*, *26*(5), 560-577.
- Foji, S., Vajdani, M., Salehiniya, H., & Khosrorad, R. (2020). The effect of emotional intelligence training on general health promotion among nurse. *Journal of Education and Health Promotion*, *9*.
- Foster, K., McCloughen, A., Delgado, C., Kefalas, C., & Harkness, E. (2015). Emotional intelligence education in pre-registration nursing programmes: An integrative review. *Nurse Education Today*, *35*(3), 510-517.
- Gaib, J. H., Mendrofa, F., & Dewi, R. (2023). Emotional intelligence and transformational leadership: The two factors affecting the nurses' performance at a general hospital in Bolaang Mongondow Monompia, Kotamobagu, Indonesia. *GHMJ (Global Health Management Journal)*, *6*(1), 36-43.
- Geun, H. G., & Park, E. (2019). Influence of emotional intelligence, communication, and organizational commitment on nursing productivity among Korean nurses. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, *30*(2), 226-233. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2019.30.2.226>
- Giesbrecht, M., Stajduhar, K. I., Cloutier, D., & Dujela, C. (2021). We are to be like machines... fill the bed before it gets cold: Exploring the emotional geographies of healthcare providers caring for dying residents in long-term care facilities. *Social Science & Medicine*, *272*, 113749.
- Goleman, D. (2012). *İşbaşında duygusal zeka* (10. Baskı). İstanbul: Varlık Yayınları
- Heckemann, B., Schols, J. M., Halfens, R. J. A. (2015). Reflective framework to foster emotionally intelligent leadership in nursing. *J Nurs Manag*, Sep;23(6):744-53.
- Hong, E., & Lee, Y. S. (2016). The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *International journal of nursing practice*, *22*(6), 625-632.
- Hulshof, S. F. (2022). *Healthcare transformation: a grounded systematic literature review into the conceptual explanation of healthcare transformation* (Master's thesis, University of Twente).
- Hwang, W. J, Park, E. H. (2022). Developing a structural equation model from

- Grandey's emotional regulation model to measure nurses' emotional labor, job satisfaction, and job performance. *Appl Nurs Res.* 64,151557. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151557>.
- Jiménez-Herrera, M. F., Llauradó-Serra, M., Acebedo-Urdiales, S., Bazo-Hernández, L., Font-Jiménez, I., & Axelsson, C. (2020). Emotions and feelings in critical and emergency caring situations: A qualitative study. *BMC nursing*, 19, 1-10.
- Lee, J. H., Sim, I. O. (2021). Analysis of the Relationship between the Psychological Well-Being, Emotional Intelligence, Willpower, and Job-Efficacy of Clinical Nurses: A Structural Model Application. *Int J Environ Res Public Health*, May 24;18(11):5582.
- Kahraman, N., & Hicdurmaz, D. (2016). Identifying Emotional Intelligence Skills of Turkish Clinical Nurses According to Socio-Demographic and Professional Variables. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1006-1015. <https://doi.org/10.1111/jocn.13122>
- Kozłowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., & Browne, G. (2018). Increasing nurses' emotional intelligence with a brief intervention. *Applied Nursing Research*, 41, 59-61.
- Kwon, M. J., & Kim, Y. H. (2016). Burnout, emotional labor and emotional intelligence of psychological nurses. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 8(2), 245- 254.
- Liu, N., Wang, L., & Yin, J. (2023). Impact of transformational leadership on the person–organization fit of Chinese nurses: The moderating effect of emotional intelligence. *Nursing Open*, 10(7), 4586-4596.
- López Zafra, E., Garcia Retamero, R., & Landa, J. M. A. (2008). The role of transformational leadership, emotional intelligence, and group cohesiveness on leadership emergence. *Journal of Leadership Studies*, 2(3), 37-49.
- Lucas, V., Spence Laschinger, H. K., & Wong, C. A. (2008). The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control. *Journal of nursing management*, 16(8), 964-973
- Majeed, N., & Jamshed, S. (2021). Nursing turnover intentions: The role of leader emotional intelligence and team culture. *Journal of nursing management*, 29(2), 229-239.
- Mayer, J. D. Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and Updates. *Emotion Review*, 8(4), 290-300.
- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K., & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 7-19.
- Munro, J. C. (2011). Nurse manager emotional intelligence as a predictor to registered nurse job satisfaction and RN perceptions of the practice environment and the relationship to patient, nursing and hospital outcomes. (Publication

No. 3464633) [Doctoral dissertation, University of South Florida]. ProQuest Dissertations & Theses Global.

- Mysirlaki, S., & Paraskeva, F. (2020). Emotional intelligence and transformational leadership in virtual teams: Lessons from MMOGs. *Leadership & Organization Development Journal*, 41(4), 551-566.
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *Int J Nurs Stud*, Apr;80:106- 117. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>.
- Orak, R. J., Farahani, M. A., Kelishami, F. G., Seyedfatemi, N., Banihashemi, S., & Havaei, F. (2016). Investigating the effect of emotional intelligence education on baccalaureate nursing students' emotional intelligence scores. *Nurse education in practice*, 20, 64-69.
- Orsal, Ö. (2014). Managers' emotional intelligence and personality types on the effect of job satisfaction: Eskisehir example (Publication No. 364996) [Master dissertation, Türk Hava Kurumu University, National Theses Center].
- Pérez-Fuentes, M. D. C., Herrera-Peco, I., Molero Jurado, M. M., Oropesa Ruiz, N. F., Ayuso-Murillo, D. & Gázquez Linares, J. J. (2020). A Cross-Sectional Study of Empathy and Emotion Management: Key to a Work Environment for Humanized Care in Nursing. *Front Psychol*, 11:706. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00706>
- Petrides, K. V., Siegling, A. B., & Saklofske, D. H. (2016). Theory and measurement of trait emotional intelligence. *The Wiley handbook of personality assessment*, 90-103.
- Prezerakos, P. E. (2018). Nurse Managers' Emotional Intelligence and Effective Leadership: A Review of the Current Evidence. *Open Nurs J*, May 31;12:86-92. <https://doi.org/10.2174/1874434601812010086>.
- Raghubir, A. E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: a concept review using rogers's evolutionary analysis approach. *Int J Nurs Sci*, 5(2):126-130
- Saha, S., Das, R., Lim, W. M., Kumar, S., Malik, A., & Chillakuri, B. (2023). Emotional intelligence and leadership: insights for leading by feeling in the future of work. *International Journal of Manpower*, 44(4), 671-701.
- Sakallı, D., & Timuçin, A. (2023). Factors Associated with the Emotional Intelligence Levels of Nurse Managers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Florence Nightingale journal of nursing*, 31(3), 203.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition & Personality*, 9 (3), 185-211.
- Soto-Rubio, A., Giménez-Espert, M. D. C., & Prado-Gascó, V. (2020). Effect of emotional intelligence and psychosocial risks on bur-

nout, job satisfaction, and nurses' health during the covid-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7998.

- Spagnuolo, A., De Santis, M., Torretta, C., Filippi, M., & Talucci, C. (2014). Emotional Leadership: a survey on the emotional skills expressed by nursing management. *Professioni infermieristiche*, 67(4), 203-210. <http://doi.org/10.7429/pi.2014.674203>.
- Spano-Szekely, L., Griffin, M. T. Q., Clavelle, J., & Fitzpatrick, J. J. (2016). Emotional intelligence and transformational leadership in nurse managers. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 46(2), 101-108.
- Tyczkowski, B., Vandenhouten, C., Reilly, J., Bansal, G., Kubsch, S. M., & Jakkola, R. (2015). Emotional intelligence (EI) and nursing leadership styles among nurse managers. *Nursing administration quarterly*, 39(2), 172-180.
- Udod, S. A., Hammond-Collins, K., & Jenkins, M. (2020). Dynamics of emotional intelligence and empowerment: the perspectives of middle managers. *Sage Open*, 10(2), 2158244020919508.
- Ulrich, B., Cassidy, L., Barden, C., Varn-Davis, N., & Delgado, S. A. (2022). National nurse work environments-October 2021: a status report. *Critical Care Nurse*, 42(5), 58-70.
- Wang, C. Y., Lin, Y. K., Chen, I. H., Wang, C. S., Peters, K., & Lin, S. H. (2023). Mediating effect of job performance between emotional intelligence and turnover intentions among hospital nurses during the COVID-19 pandemic: A path analysis. *Collegian*, 30(2), 247-253.
- Young-Ritchie, C., Spence Laschinger, H. K., & Wong, C. (2009). The effects of emotionally intelligent leadership behaviour on emergency staff nurses' workplace empowerment and organizational commitment. *Nurs Leadersh*, 22(1).
- Zhang, H. L., Liu, F., & Lang, H. J. (2024). The relationship between role ambiguity and anxiety in intensive care unit nurses: The mediating role of emotional intelligence. *Intensive and Critical Care Nursing*, 81, 103597.