



**T.C.**  
**Avrasya Üniversitesi**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**  
**Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği Anabilim Dalı**

**HEMŞİRELİK SÜRECİNDE ELEKTRONİK  
UYGULAMALARA GEÇİŞİN ETKİLERİ**

**Ayşe KAVGACI**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Trabzon 2016**

**HEMŞİRELİK SÜRECİNDE ELEKTRONİK  
UYGULAMALARA GEÇİŞİN ETKİLERİ**

Ayşe KAVGACI

Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danıőmanı

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN

Doğ. Dr. Havva ÖZTÜRK

Trabzon 2016

## KABUL VE ONAY

Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN ve Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Ayşe KAVGACI tarafından hazırlanan “Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Etkileri” başlıklı bu çalışma, Enstitü Yönetim Kurulunun .. / .. / 2016 gün ve ..... sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından yapılan sınavda **Yüksek Lisans** olarak kabul edilmiştir.

İmza

Unvanı Adı Soyadı  
JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Yavuz ÖZORAN

İmza

Unvanı Adı Soyadı  
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Osman Yıldızlar

İmza

Unvanı Adı Soyadı  
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. İsmail Hakkı OCAK

İmza

Unvanı Adı Soyadı  
ÜYE

Prof. Dr. Mehmet Türkeri

İmza

Unvanı Adı Soyadı  
ÜYE

Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Yrd. Doç. Dr. Osman Yıldızlar

Enstitü Müdürü

**T.C.**

**AVRASYA ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim (.../.../2016)

Ayşe KAVGACI

## ÖZET

### HEMŞİRELİK SÜRECİNDE ELEKTRONİK UYGULAMALARA GEÇİŞİN ETKİLERİ

KAVGACI, Ayşe Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Etkileri, Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2016.

Bu çalışma ile bir üniversite hastanesinde oluşturulan elektronik hemşirelik sürecinin değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeleri yapabilmek için kullanılacak ölçeklerin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma, KTÜ. Farabi hastanesinde çalışan toplam 611 hemşireden 545 (%89) ile yürütülmüştür. Veriler, hemşirelerin demografik özelliklerini içeren bilgi formu ve taslak olarak hazırlanıp sonrasında geçerlik ve güvenilirliği sağlanmış 5 ayrı ölçek ile toplanmıştır. Ölçekler; elektronik uygulamaların hemşirelik uygulamalarına (HUYÖ), hastaya (HYÖ), kurum ve sağlık çalışanlarına (KŞÇYÖ), hasta ve çalışan güvenliğine yararı (HÇGYÖ) ve olumsuz yaklaşım (OYÖ) ölçekleridir. Bulgulara göre, hemşirelerin HUYÖ ( $42,2 \pm 7,27$ ), HYÖ ( $23,14 \pm 5,16$ ), KŞÇYÖ ( $16,72 \pm 3,81$ ), HÇGYÖ ( $19,84 \pm 3,82$ ) ve OYÖ ( $21,27 \pm 5,12$ ) puanları yüksek ya da orta düzeyden biraz yüksektir. Hemşirelerin pozisyonları, mesleki deneyimleri ile hastanede ve klinikteki çalışma yılları, aile yapıları, çalıştıkları klinik ölçek puanlarını etkilemiştir ( $p<0.05$ ). Bu sonuçlara göre servis sorumlu ve kalite hemşireleri, cerrahi kliniklerin hemşireleri, mesleki çalışma yılı ve hastanedeki çalışma yılı fazla olan hemşireler elektronik uygulamaları daha yararlı bulmaktadır. Sonuç olarak, hemşireler elektronik uygulamaları yararlı bulmalarına rağmen mesleki deneyimi az, çekirdek aileye sahip, yönetici ya da kalite hemşiresi olmayan, dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşireler bu uygulamalara daha olumsuz yaklaşmaktadırlar.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik, hemşire, elektronik hemşirelik süreci, hemşirelik bilşimi

## ABSTRACT

### THE EFFECTS OF SWITCHING TO ELECTRONIC PRACTICES IN NURSINGPROCESS, MASTER'S THESIS ABOUT,

KAVGACI, Ayşe. The Effects of Switching to Electronic Practices in Nursing Process, Health Management And Administration, Master's Thesis About, Trabzon, 2016

In this study it is aimed to evaluate Electronic Nursing Process created at a University Hospital and to develop the scales to be used to make this assessment. This study has been carried out by 545 nurses which is 89 % of 611 nurses at Blacksea Technical University Farabi Hospital. Used datas were prepared as draft and information forms which contained demographic properties of nurses then they have been gathered by five different scales which their validity and reliability had been provided. These scales are scales of the benefits of electronic applications to the nursing processes scale (BNPS), to patients scale (BPS), to institution and healthcare staff scale (BIHSS), to security of patient-staff scale (BSPSS) and negative approach scale (NAS). According to datas, scores of the nurses are high or a little bit higher than the medium level which are  $42,2 \pm 7,27$  for BNPS,  $23,14 \pm 5,16$  for BPS,  $16,72 \pm 3,81$  for BIHSS,  $19,84 \pm 3,82$  for BSPSS and  $21,27 \pm 5,12$  for NAS. It has been obtained that positions of the nurses, professional working experiences and years in both at hospitals and clinics, structures of their family and the clinic at which they are working effect the scale points of the nurses ( $p < 0.05$ ). According to these results, the nurses who is responsible for the service and quality, the nurses of surgery clinics and the nurses who have higher working years of profession and working years at hospital find the electronic applications more beneficial. As a result, although nurses find the electronic applications useful in general, the nurses who have little working experiences, nuclear family, the ones who is not an executive or quality nurses and the nurses working at clinics of internal diseases take a dim view of these electronic nursing applications.

**Key Words:** Nursing, Nurse, The Process of Electronic Nursing, Nursing Informatics.

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa No

ÖZET .....	XII
ABSTRACT.....	XIII
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar DİZİNİ.....	IX
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	III
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	VIII
KISALTMALAR LİSTESİ .....	XI
ÖNSÖZ .....	IV
GİRİŞ.....	1

### **BİRİNCİ BÖLÜM**

#### **GENEL BİLGİLER**

1.1. HEMŞİRELİK TANIMI.....	5
1.2. HEMŞİRELİK SÜRECİ.....	10
1.2.1. Hemşirelik Sürecinin Amacı ve Yararları.....	11
1.2.2. Hemşirelik Sürecinin Basamakları.....	14
1.3. HEMŞİRELİK BİLİŞİMİ .....	19
1.3.1. Elektronik Hemşirelik Süreci .....	20
1.3.2. KTÜ Farabi Hastanesinde Elektronik Hemşirelik Süreci.....	22

### **İKİNCİ BÖLÜM**

#### **GEREÇ VE YÖNTEM**

2.1. Araştırmanın Tipi.....	46
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	46
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	46
2.4. Veri Toplama Araçları .....	47
2.4.1. Elektronik Uygulamalara Geçişin Hemşirelik Uygulamalarına Yararı Ölçeği (HUYÖ) .....	48

2.4.2. Elektronik Uygulamalara Geçişin Hastaya Yararını Belirlemeye Yönelik Ölçek (HYÖ).....	50
2.4.3. Elektronik Uygulamaların Kuruma ve Sağlık Çalışanlarına Yararını Belirlemeye Yönelik Ölçek (KSÇYÖ) .....	52
2.4.4. Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Yararı Ölçeği (HÇGYÖ).....	53
2.4.5. Elektronik Uygulamalara Geçişe Olumsuz Yaklaşım Ölçeği (OYÖ) .....	54
2.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ .....	56

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

3.1. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR ..	57
3.2. HEMŞİRELİK SÜRECİNİN ELEKTRONİK ORTAMDA UYGULANMASININ ETKİLERİNİN/YARALARININ DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	57
3.3. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE ELEKTRONİK UYGULAMALARA GEÇİŞİN ETKİLERİNİ/ YARARLARINI DEĞERLENDİREN ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR .....	61
<b>TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>68</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>81</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>87</b>
EK 1: Etik Kurul Onayı.....	87
EK 2: Kurum İzni .....	90
EK 3: Anket Çalışması .....	91
EK 4: Özgeçmiş.....	98



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Giriş Sayfası .....	24
Şekil 2. Hasta Kabulünde Kliniğin Seçim Sayfası .....	24
Şekil 3. Klinik Seçim Sayfası .....	25
Şekil 4. Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Formu Ana Sayfası .....	26
Şekil 5. Hastanın Servise Uyumunu Sağlanması Sağlaması Sayfası.....	27
Şekil 6. Hasta Kabul Bilgilerinin Alınması .....	27
Şekil 7. Hastalık Hikâyesinin Alınması Görüntü Örneği .....	28
Şekil 8. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hasta Değerlendirme Ekranı.....	29
Şekil 9. Hasta Eğitimi Sayfası Uygulama Örneği Görüntüsü.....	30
Şekil 10. Tetkik Sonuç Formuna Erişim Sayfası .....	31
Şekil 11. Tetkik Sonuç Butonundan İlgili Tetkik Seçimi Yapılır .....	31
Şekil 12. Hemşire Değerlendirme Formunun Çoğaltılması Sayfası.....	32
Şekil 13. Hemşirelik Sürecinin Yönetim Sistemine Giriş Sayfası.....	33
Şekil 14. Elektronik Hemşirelik Süreci Çalışma Sayfası Ekran Görüntüsü .....	34
Şekil 15. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Devir Teslimi Ve Hemşirelik Bakım Planı Çıktı Örneği .....	36
Şekil 16. Kliniklere Göre En Çok Tercih Edilen Hemşirelik Tanıları Veri Tabanı .....	37
Şekil 17. Elektronik Sistemde Doktor İstem Formu Ekran Görüntüsü .....	39
Şekil 18. Hemşire Gözlem Formu Örneği .....	40
Şekil 19. Uygulama Talimat ve Protokoller Listesi Ekran Görüntüsü .....	41
Şekil 20. Uygulama Talimatı Örneği.....	42
Şekil 21. Bir Prosedür Örneği.....	43
Şekil 22. Değerlendirme Skalaları Listesi Ekran Görüntüsü .....	44
Şekil 23. İtaki Düşme Riski Ölçeği Uygulama Modeli Ekran Görüntüsü.....	45
Şekil 24. HUYÖ'nin Yamaç-Birikinti Grafiği .....	50
Şekil 25. HUYÖ'nin Ortalama ve Minimum-Maximum Puan Aralığı .....	59
Şekil 26. HYÖ'nin Ortalama ve Minimum-Maximum Puan Aralığı .....	60
Şekil 27. KSCYÖ'nin Ortalama ve Minimum-Maximum Puan Aralığı .....	60
Şekil 28. HÇGYÖ'nin Ortalama ve Minimum-Maximum Puan Aralığı.....	60
Şekil 29. OYÖ'nin Ortalama ve Minimum-Maximum Puan Aralığı .....	61

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Elektronik Hemşirelik Süreci Hazırlık Süreci Çalışmaları Tablosu.....	23
Tablo 2. Hemşirelerin En Fazla Tercih Ettiği Hemşirelik Tanıları Veri Tabanı Sonuçları .....	38
Tablo 3. KTÜ Farabi Hastanesi Tanıtıcı Özellikleri.....	46
Tablo 4. HUYÖ'nün Alt Boyutlarına İlişkin Faktör Yük Değerleri ve Cornbach Alpha Değerleri .....	49
Tablo 5. Elektronik Uygulamalara Geçişin Hastaya Yararını Belirlemeye Yönelik Ölçeğin Faktör Yapısı .....	51
Tablo 6. Elektronik Uygulamaların Kuruma Ve Sağlık Çalışanlarına Yararını Belirlemeye Yönelik Ölçek Faktör Yapısı.....	52
Tablo 7. Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Katkısına Yönelik Ölçek Faktör Yapısı .....	54
Tablo 8. Elektronik Uygulamalara Geçişe Olumsuz Yaklaşım Ölçeği Faktör Yapısı ...	55
Tablo 9. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı .....	58
Tablo 10. Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Etkilerini Değerlendiren Ölçeklerin Toplam Puan Ortalamaları .....	59
Tablo 11. Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişini Değerlendiren Ölçek Puanlarının Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması .....	62
Tablo 12. Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Yararlarına İlişkin Ölçekler Arasındaki İlişkisi .....	67

## KISALTMALAR LİSTESİ

- ANA : Amerikan Hemşireler Birliğinin (American Nursing Association)
- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)(WHO)
- ICN : Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council Of Nurses)
- ICD 10 : Hastalıkların Ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi (International Statistical Classification Of Diseases And Related Health Problems)
- ICNP : Hemşirelik Uygulamalarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification For Nursing Practice)
- İOM : Uluslar Arası Göç Teşkilatı (installation, operation, and maintenance; International Organization for Migration)
- JCI : Joint Commission International Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları
- HUYÖ : Hemşirelik Uygulamalarına Yararı
- HYÖ : Hastaya Yararı Ölçeği
- KŞÇYÖ : Kurum Sağlık Çalışanlarına Yararı Ölçeği
- HÇGYÖ : Hasta Çalışan Güvenliğine Yararı Ölçeği
- NANDA : Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (International North American Nursing Diagnosis Association )
- NIC : Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Intervention Classification)
- NOC : Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (Nursing Outcomes Classification)
- SPSS : Statistical Package For The Social Sciences
- SKS : Sağlıkta Kalite Standartlarına
- THD : Türk Hemşireler Derneği
- OYÖ : Olumsuz Yaklaşım Ölçeği

## ÖNSÖZ

Bilişim ve iletişim çağı olarak adlandırılan günümüzde teknolojik ve bilimsel gelişmeler tüm disiplinlerde olduğu gibi hemşirelik mesleğini de önemli ölçüde etkilemiştir. Hemşirelik bu gelişmeleri ve değişimleri izlemek, uygulamalarına aktarmak durumunda kalmıştır. Günümüzde gelişen bilişim sistemleri de hemşireliğin bilimsel ve klinik uygulamalarındaki hedeflerine ulaşmasında önemli bir adımdır. Bu doğrultuda KTÜ Farabi Hastanesinde hemşirelik hizmetleri yönetimi altında bilişim sistemiyle destekli elektronik hemşirelik süreci uygulamalarına 2013 yılından itibaren geçilmiştir. Dolayısıyla bu sistemin hemşirelik uygulamaları, hasta, diğer sağlık çalışanları, hastane, hasta ve çalışan güvenliği üzerindeki etkisinin kullanıcıları olan hemşireler tarafından değerlendirilmesi, sistemin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi açısından önemli olarak görülmüş ve bu çalışma planlanmıştır.

Yüksek lisans tezimin hazırlanmasında ve her aşamasında yardımını ve desteğini daime hissettiğim tez danışmanım Doç.Dr. Havva ÖZTÜRK ve Prof.Dr. Yavuz ÖZORAN'a çok teşekkür ederim. Ayrıca bu çalışma kapsamında hastanede "elektronik hemşirelik sürecin"nin oluşturulmasında ve yapılandırılmasında desteğini veren hastane ve hemşirelik hizmetleri yönetimine, sevgili hemşireslektaşlarıma, Farabi Hastanes Bilgi İşlem Birimi çalışanlarına ve KTÜ Sağlık Bilimleri

Fakültesi Öğretim Üyelerine teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tez çalışmam süresinde evde aileme ayırmam gereken zamanımın büyük bir kısmını bu çalışmaya ayırdım, bu süreçte canım çocuklarım, Nurcuğ kızım, Umayım, Gözdem, Oğulcanım ve aşkm sevgili eşime teşekkür ediyorum.

## GİRİŞ

Dünyada ekonomik değişiklikler, küreselleşme, jeopolitik olaylar, hasta hakları, yasalar ve hukuk sistemleri, sağlık hizmetlerinin planlanmasını ve sunumunu etkilemektedir. Global değişimlere uygun olarak, sağlık hizmet sunumunda mükemmellik hedeflenerek hasta verilerini bütünleştirici sağlık disiplinlerini bilişim ağı ile ortak dilde multidisipliner iletişime yönlendiren, bilgisayar sistemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Günümüzde yaşanan gelişmeler hasta sonuçlarında iyileşme, kurumsal verimlilik, hasta ve çalışan güvenliği sağlamaya odaklı bilişim sistemlerinin oluşturulması zorunlu hale getirmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin üretilmesinde, klinik uygulama verileri ile bilimsel bilgilerin toplanması, birleştirilmesi ve analiz edilerek hizmet kalitesinin artırılmasında bilgisayar tabanlı bilişim sistemlerinin kullanılmasına ihtiyaç vardır. Bilgisayar tabanlı bu sistemler, hekimlere, hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına tanı, tedavi ve klinik karar süreçlerinde destek sağlayan programlardır (Te-Hui Hao v.d. 2013). Ayrıca, ödeme sistemleri, sağlık bakım organizasyonlarında kullanılan aşamalarda bilgi teknolojilerinin kullanımını teşvik etmiştir (Sağiroğlu ve Özturhan 2006: 892-899).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda olduğu gibi veri toplamada da çok önemli rolü olan hemşirelik mesleğinin bilimsel standartlarda ve nitelikli altyapılarla şekillenerek hastaya ulaştırılması ve geleceğin mükemmel sağlık verilerinin oluşturulması, hemşirelik mesleğinin vizyon ve misyonu için önemli olduğu kadar sağlık sistemi için de vazgeçilmez bir gereklilik olmuştur.

Ülke genelinde başlatılan kaliteli sağlık hizmet sunumu kapsamında profesyonel sağlık uygulayıcısı olan hemşirelerin klinik uygulamalarının görünürlüğü sağlanmalıdır ve hemşirelik hizmetleri desteklenmelidir. Bu açıdan klinik hemşirelik uygulamalarının ulusal /uluslararası bilimsel çalışma ve uygulama standartlarına temellendirilmesi gerekmektedir.

Joint Commission International Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları (JCI) Hastayı merkezine alan bakım modelinin sağlanması ve kalitenin geliştirilmesi için

hastanın kliniğe kabulünden, taburculuğa kadar geçen sürede, bakımının planlanarak devamlılığının sağlanması, sonuçlarının değerlendirilmesi, ölçülmesi ve eğitime odaklanan anlayış kabul edilmektedir. Hemşireler klinik alanda bilimsel verileri kanıt dayalı uygulamalarla güçlendirerek diğer disiplinlerle veri alışverişinde profesyonel rol almalıdırlar. Hemşireliğin özerk rollerini güçlendirmede bilimsel anlamda güçlü hemşirelik profilinin öneminin anlaşılması için bilişim teknolojileriyle hemşirelik mesleği güçlendirilmelidir. Son yıllarda hemşirelik hizmetlerinin yasal olarak artan sorumlulukları yanında mesleğin klinik uygulama standartlarındaki eksikliklerin devam ettiği ve ivedilikle çözüm beklediği görülmektedir.

Ülkemizde bakım sürecinin iyileştirilmesi ve klinik alanda kaliteli sağlık sonuçlarına ulaşılması amacıyla “Klinik Kalite Programı” başlatılmıştır. Konuyla ilgili 08.11.2013 tarih ve 21 sayılı Genelge yayımlanmıştır. Klinik kalite programı sağlık hizmetlerinin çıktılarını ölçen bir sistem geliştirmeyi hedeflemektedir (saglik.gov.tr/klinik kalite, 2014). Dolayısıyla bugün hemşirelik mesleği bilişim teknolojileri ve bilimsel nitelikte elektronik hemşirelik süreci uygulamalarıyla klinik bilgi birikimlerini güçlendirmelidir. Bu nedenle hemşireler gelecekte klinik alanda hedeflediği bilimsel hemşirelik modeline ulaşmak için günümüzdeki teknoloji ve bilişim sistemlerindeki gelişmelerin farkında olmalı (Vafae vd., 2010: 47-53) ve bilişim teknolojilerinin hemşirelik sürecinde uygulanabilirliğini sağlama çalışmalarına başlamalıdır. Klinik hemşirelik alanında teknolojik gelişmelerle bilimsel verilerin yoğurulması, uygulama sahasında kullanılması ve uygulama anında kayıt altına alınması, verilerin analiz edilmesi, yorumlanması, sağlık sisteminin sürekli iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde olmazsa olmaz niteliktedir (Haux, 2006:268-281), (Ay, 2009:131-136), (Çaylan, 2013:10-31), (Aslan ve Emiroğlu 2012:69-79) Bu doğrultuda bilimsel temele dayanan, klinik alanda kullanılabilir standart verilerinin varlığı, yerinde, doğru kullanımı ve analiz edilebilir olması hemşirelik mesleğinin profesyonelliğe ulaşmasında ve mesleğin uygulama sahasında kullanılabilir bilgi birikimi oluşturulmasında önemlidir (Hao AT, Heunis C.. 2013: 604-612). Ayrıca hemşirelik mesleğinin toplum tarafından daha iyi anlaşılması, hemşirelik bakım hizmetlerinin yüksek kalitede, nitelikli, sürekli olmasını (ICN, 2008), (ICN, 2009). hasta ve ailelerin problemlerine yönelik girişimlerin ve

yaklaşımların uluslararası standartlarda sunulmasını sağlar (Biol, 2009:5-21), (Kaya, v.d. 2011: 025-031), (Yıldırım ve Özkahraman, 2012: 165-173).

Ancak yapılandırılan elektronik hemşirelik süreci kurumun standartları ile uyumlu, kişi ve kurumun bilgi güvenliğini koruyan, güvenli ve bilimsel nitelikte çalışılabilir altyapı sağlamalıdır. Klinik alanda kritik yol ve yöntem göstermeli, bilimsel uygulama standartlarına, sağlık profesyonellerine ve hasta yararına uygun kurum aidiyetini teşvik eder özelliklerde tasarlanmalıdır. Fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel yönden hastanın gereksinimlerinin belirlemesi ve uygun girişimlerin planlanması ve kayıt altına almasını temin etmelidir (Esatoğlu, 2002: 29-40), (Erdemir vd.2005:78-84), (Vural, Sağiroğlu,2008: 507-522), (Andsoy vd., 2013: 88-949), (Saluvan ve Şahin, 2014: 43-76). Bu doğrultuda, uluslararası alanda birey, aile ve toplumun hemşirelik bakımına olan ihtiyacını tanımlayan, hemşirelik sınıflama sistemleri ile bilgisayar sisteminde hemşirelik verileri yönetiminin sağlanması, karşılaştırılması ve yeni politikaların oluşturulmasında hemşirelik uygulamaları için veri tabanlı bilişim sistemleri geliştirilmelidir (Erdemir, 2010: 24-28), (Turhan ve Köse: 2010:123-131), (Bilgiç ve Şendir, 2014:24-28). Bu veri tabanı hemşireliğin sağlık ve sağlık bakımına etkileriyle bilişim sisteminde görünür olmasını sağlar. Hemşirelik, kavramsal bilgi ve beceriyi içeren uygulamalı bir meslektir. Hemşirenin temel rolü bakımdır ve bu rolü yerine getirirken sağlıklı/hasta birey merkezli çalışarak karar verme becerisini kullanan hemşireliğin standart anlayışlarla uygulanması ve görünür olması gereklidir (Enç v.d. 2012:146). Görünürlüğün sağlanması, hasta çalışan güvenliğinin sağlanması (Gökdoğan ve Yorgun, 2010: 58), (Korkmaz, 2012: 91-112) kurumun, sağlık seviyesi ve toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi bakımından gereklidir (Hersh, 2002: 1955-1958). Ayrıca, sağlık ekibi arasında etkili iletişim kurulması, sağlık araştırmalar için istatistiksel verilerin sağlanması, uygulanan bakım ve tedavinin belgelenmesinde yasal kaynak, tıbbi kayıtlara yetkili kişilerin hızlı erişimi, arşivleme ve kırtasiye giderlerini azaltılması gibi yararları da vardır.

Bu doğrultuda hastane otomasyon sistemleri içerisinde sadece fatura ve ödeme sistemlerinde yer alan hemşirelik hizmetlerine ait modüller yerine hemşireliğin hasta bakımı ve diğer uygulamaları için uygulanabilir bilişim teknolojilerinin kullanılması, yönetici hemşirelerin bu konuda klinik çalışmalar yapması ve bilişim teknolojisini

hemşirelik uygulama sahasına kazandırması gerekmektedir. Çünkü bu durum hemşirelik bakımının kalitesi, mesleki profesyonelleşme ve sağlıkta kalite standartlarının artırılması demektir (Korkmaz, 2011: 059-067), (Turhan ve Köse:2010:123-131), (Bilgiç ve Şendir,2014:24-18). Bu nedenle elektronik hemşirelik uygulamalarının yararları ve klinik hemşirelik uygulamalarına etkilerinin değerlendirilmesi önemlidir (Hersh, 2002: 1955-1958). (Esatoğlu, 2002: 29-40). Bu çalışmada da bir üniversite hastanesinin elektronik hasta kayıt sistemi ile uyumlu hemşirelik hizmetlerine ait oluşturulmuş elektronik hemşirelik süreci ve kayıt sistemine ilişkin uygulamaların etkilerinin bu sistemin kullanıcıları olan hemşireler tarafından değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu doğrultuda araştırma, bir üniversite hastanesinde oluşturulan elektronik hemşirelik süreci uygulamalarına geçişin hemşirelik uygulamalarına, hastaya, kuruma ve sağlık çalışanlarına, hasta ve çalışan güvenliğine etkilerinin hemşirenin görüşleri ile değerlendirilmesi amacıyla başlatılmıştır.



# BİRİNCİ BÖLÜM

## GENEL BİLGİLER

Bu bölümde hemşirelik tanımına, hemşirelik süreci, hemşirelik bilişim sistemleri ve KTÜ. Farabi Hastanesi uygulama örneğine yer verilmiştir.

### 1.1. HEMŞİRELİK TANIMI

Hemşirelik, kelime kökeni Latince “nutricia” kelimesinden türemiş bir kavramdır ve insan gereksinimlerinden doğmuştur. İnsanı çevresi ve fizyolojik gereksinimleri ile holistik ve hümanisttik anlayışla ele alan bilim ve sanatın etik değerlerle uygulandığı bir meslektir. (Karaöz, 2000: 1-15), (Erdemir, 1998:59-63). Hemşirelik mesleğinin kapsadığı alan hasta ve sağlam insanlar, bu insanların ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların çözümüne yönelik yaklaşımlardır. Hemşirelik uygulaması, sağlık bilimi ile bakım sanatının, bilimsel bilginin holistik ve hümanistik yönünü, klinik uygulamayı, iletişimi ve sosyal bilimlere sanatı ve bilişim teknolojilerini içine alır (Turhan ve Köse:2010:123-131), (Bilgiç ve Şendir, 2014:24-18), (Phillips D. C. 1976: 149). Hemşirelik hizmetleri insana odaklı ve kapsamlıdır, bu bağlamda bilişim teknolojileri, hemşirelik hizmetlerinde ve kurumun yönetiminde hız, kalite, esneklik, etkinlik verimlilik, kurum içerisinde bölümler arası koordinasyon düşük maliyet, ve uyumlu iletişim sağlar (Erdal, 2003).

Modern sağlık sistemleri karmaşıktır günümüzde geleneksel müşteri hizmet modeli hızla değişmektedir. Bu nedenle, elektronik sağlık bakım verileri temel etik ilkelere dayandırılmalıdır (Ay,2008:165-175). Hemşirelik bakım kalitesini ve etkililiğini artırma potansiyeline sahip olmasına rağmen sağlık alanında bilişim teknolojilerinin kullanımı, ekonominin ve diğer sektörlerinin gerisinde kalmıştır (Anderson, 2007). Bu nedenle ulusal düzeyde minimum sağlık veri setlerinin oluşturulmasına ihtiyaç vardır (Ay,2008: 165-175). Hemşirelik mesleğinin bilişim teknolojilerinden uzak kalması düşünülemez. Araştırmalara göre dünyada birçok ülkede hemşirelik meslek örgütlerince bilgisayar ve sosyal medya kullanımı ile ilgili politikaları içeren çalışmalar ve rehberlerin oluşturulduğu ve meslek örgütlerinin üyelerince paylaşıldığı ifade edilmektedir (Çobaner ve Işık (2014). 1996 yılında Institute of Medicine (IOM)

tarafından sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesini sağlamak üzere kurulan “Amerika’da Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi Komitesi”nin yayınlamış olduğu “Hata İnsana Özgüdür, Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi İnşa Etmek” ve “Kalite Uçurumunu Aşmak, 21. Yüzyıl İçin Yeni Sağlık Sistemi” isimli raporlar bu çabaların artışında önemli göstergelerdir (IOM, 2013) .

Hemşirelik hizmetleri yönetimi sağlık hizmetinin hastaya sunumunda bilişim teknolojilerini kullanma yolunda sağlık bakanlığının başlattığı çalışmalarla bu süreci daha da hızlandıracaktır. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı 06/10/2006 tarih ve 2006/103 Sayılı Genelge yayımlamıştır, buna göre; “Sağlık Personeli, işlerinin bir parçası olarak form ve defterlere kaydettiği tıbbi verilerin elektronik ortama kaydını yapmaya teşvik edilmeli, sistem altyapısı buna uygun hale getirilmelidir. Bunun için İdareler tüm personele, kendi işleri ile ilgili program kullanım eğitimini sağlamakla mükelleftir” T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı 2006/103 Sayılı Genelge) Görüldüğü gibi hemşirelik güncel gelişmelere göre şekillenerek teknoloji ve bilişim sistemleri ile hastanın ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye odaklı bir meslektir. Sağlık hizmetlerinin günümüzün gelişmişlik düzeyine uygun bir şekilde sunulmasını sağlamak için standardizasyona ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda bilgi teknolojileri ve enformasyon sistemlerinin kullanımı büyük önem taşımaktadır (Oğuz ve Akbolat, 2010 :365-389). Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunumunda, hasta memnuniyetinin sağlanması en iyi hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması kaçınılmazdır. Kalite çalışmalarında herkesin katılımı (ekip çalışması), sürekli iyileştirme (sorun çözme ve önleme yaklaşımı) ve yönetimin kararlılığı esastır (Ovayolu ve Bahar, 2006:104-110).

Kaliteli sağlık hizmeti; mümkün olan en kısa sürede sağlığı iyileştirme, korunma, erken tanı ve tedavi, kabul edilebilir bilimsel ilkeler, modern teknolojiyi kullanma, uygun profesyonel kaynakları kullanma, hizmetin sürekliliği ve değerlendirme için belgeleme ve kayıt tutma ile sağlanabilir. (Ovayolu ve Bahar, 2006:104-110). Hemşirelik uygulamalarının araştırma sonuçlarına dayalı olması, mesleği profesyonel bir meslek olarak güçlü kılacak, mesleğin bilimsel kalitesi artacaktır. Bu nedendir ki araştırma bulguları uygulamaya aktarılarak hemşirelik eğitimi, uygulamaları ve hemşirelik araştırmaları arasında köprü oluşturmada günümüz

hemşireleri sağlam ve hasta bireye odaklanmada bilişim teknolojilerinden destek almalıdırlar. Bu bağlamda hemşirelik tanımlarını inceleyecek olursak;

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses= ICN) hemşireliği “bireyin, ailenin, toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık hâlinde iyileşme ve rehabilite etmeye katılan meslek grubudur. Hemşire ise sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarını geliştirmeye ve uygulamaya katılır. Hemşire bu yardımı, birey yeterli kuvvet, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yardımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar sürdürür ve bireyi en kısa zamanda bağımsızlığa kavuşturmayı amaçlar” şeklinde tanımlamıştır (Akdoğan ve Ceyhan, 2011: 1309-0658). (Biol,1997). Hemşirelik mesleğinin profesyonelliğe ulaşmasında mesleğin uygulama sahasında kullanılabilir bilimsel temele dayanan standart verilerinin oluşturulması, yerinde kullanımı ve analiz edilebilir veri kaydı ile mümkündür (Akça Ay, 2013:343-348).

Amerikan Hemşireler Birliğinin (American Nursing Association =ANA) tanımında ise hemşirelik “yardım sunan bir meslek olup, bu hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunur. Hemşirelik mesleğinin ise hizmet alan bireyler için yaşamsal bir önemi vardır. Hemşirelik hizmetleri, hastanın kendisi, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir” şeklinde nitelendirilmektedir” Amerikan Hemşirelik Birliği (ANA) 1992 yılında yeni bir uzmanlık alanı olarak hemşirelik bilişimini tanımlamıştır. Elektronik bilgisayar sisteminin veri yönetim olanağı sağlayarak hasta bakımında ve diğer hemşirelik uygulamalarında araçların, uygulamaların, aşamaların, planların değerlendirilmesi ve geliştirilmesi süreçlerinde hemşirelere karar destek sistemi sağladığını bildirmiştir. Hemşirelik bilişimi çalışmaları, tıp bilişimi alanındaki gelişmelerle birlikte son yıllarda büyük bir ivme kazanmıştır (Turhan ve Köse, 2010: 123-131). Plansız iş odaklı uygulamalar sonucu hemşire hastaya bilimsel nitelikte odaklanmanın aksine iş merkezli yaklaşım göstermekte dolayısıyla hasta problemlerini saptamada güçlük yaşamakta ve toplumla bütünleşmede sorunlar yaşamaktadır (Turhan ve Köse, 2010:123-131). Klinik alanda hemşirelik uygulama süreçlerinde bilimsel metotlardan yeterince yararlanılmaması hemşireliğin sahada güçsüzleşmesine sebep olmaktadır (Yıldırım ve Özkahraman, 2012:165). Bu durum hemşirelik öğrenci eğitiminde, hemşirelik

uygulamalarında ve toplumun sağlık beklentilerini karşılamada hemşirelik mesleğini olumsuz etkilemektedir. Hemşirelik mesleğini uygulama alanında bilimsel bakımdan güçsüz düşürmekte dolayısıyla diğer sağlık disiplinleriyle multidisipliner iletişimini ve profesyonelliğini, engellemekte ve sonuç olarak hemşireliğin toplumla bütünleşmesini ve mesleki imajını olumsuz etkilemektedir (Dil, vd. 2012: 1217-1228). Sağlıkta iş yükü ve insan gücü şartlarının ağırlaştığı günümüzde hemşire hasta sorunlarına odaklanma ve problem çözmede yetersizlikle karşı karşıya kalmakta ve hasta ile tıropatik (tedavi edici) iletişim kuramamakta, sahada yetersizlik ve güçlüklerle karşı karşıya kalmaktadır (Günüşen ve Üstün 2011:72-77). Hemşireler, hastalarına güncel gelişmelere göre profesyonellik ilkeleri çerçevesinde bakım vermek zorundadırlar (Tugut ve Gölbası, 2013: 38-45). ANA sağlık kurumlarında hemşirelik hizmetleri yönetiminde mükemmelliği onaylayan akreditasyon programı olan Magnet (mıknatıs) hasta bakım standartları olarak; hemşirelik teşhisleri, hasta sonuçlarının tanımlanması, bakımı planlama, uygulama ve değerlendirme kriterlerine yer vermektedir (Uçak, 2008:145-152).

Türk Hemşireler Derneğinin(THD) tanımına göre, hemşirelik “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve örgütlenmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir”.

Hemşire ise Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 4. maddesinde tanımlanmıştır. Madde 4'e göre "Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar” şeklinde tanımlanmıştır.

Hemşirelik Yönetmeliği (2010) madde 6'nın 1. bendinde ise hemşireler;

a) Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

b) Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir (Hemşirelik yönetmeliği. 2010).

Hemşirelik Hizmetleri ise aynı yönetmeliğin 5. maddesinde tanımlanmıştır (2010). Madde 5'in 1.bendinde hemşirelik hizmetleri;

“a) Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin yerine getirdiği bakım verme, hekimce hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği yapma ve iletişimi sağlama rolleri,

b) Mesleki eğitimle kazanılan bilgi, beceri ve karar verme yeteneklerini kullanarak, insanlara yaşadıkları ve çalıştıkları her ortamda doğum öncesinden başlayarak yaşamın tüm evrelerinde meslek standartları ve etik ilkeler çerçevesinde sunduğu hemşirelik bakımı,

c) Hemşirelik hizmetlerinin ve bu hizmetlerden sorumlu insan gücü kaynaklarının, diğer kaynakların ve bakım ortamının yönetimi ile risk yönetimidir (Hemşirelik yönetmeliği 2010). Bu tanımlardan, kanun ve yönetmeliklerden yapılan çıkarıma göre hastanelerdeki hemşirelik hizmetleri yönetimi, hastalara hemşirelik bakımı verilirken gerekli her türlü olanağı sağlayan, hastanenin amaç ve politikalarının gerçekleştirilmesine yönelik bir koordine faaliyetler sistemidir (Öztürk v.d. 2009:57-65).

Bu nedenle hemşirelik hizmetleri yöneticiliği özel bilgi, beceri ve kişilerarası ilişkilerde ileri anlayış gerektirir. Araştırmalarda uygulama boşluğunu kapatmak için

hemşirelerin çalıştığı ortamı anlaması gerekmektedir. Eğitim ve klinik ortamlar arasındaki boşluğu kapatabilecek uygulama verileri ve araştırma ekiplerinin değerleri kanıtlanmıştır. Bu araştırma ekipleri, hem iş yükünü azaltmada hem de en uygun hemşirelik bakımının teşvikinde klinisyen hemşireler ile hastane yönetimlerine araştırmaların önemini gösterme potansiyeli taşımaktadır (Herdman, 2012: 3-9).

Hemşireler ise klinik uygulamaları sırasında hemşirelik sürecini kullanmak hatta bu süreç kapsamında hemşirelik girişimlerini kanıta dayalı şekilde gerçekleştirmek zorundadır (Can, 2015). Hemşireler mesleki eğitimle kazandığı bilgiler dahilinde, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, işbirliği ve iletişim sağlama ve insan gücü kaynaklarının yönetimini sağlamalıdır. Ayrıca, olası risklerin yönetimi, karar verme rolleri, etik ilkelerle ve mesleki standartlar ile ilgili tüm hemşirelik klinik uygulama süreçlerinin elektronik ortamda bilimsel standartlar, kalite kapsamı ve yasal çerçevede gerçekleştirilme sırasında kayıt altına alınma süreçleri yönetilmelidir (Ünsar,v.d. 2011).

## **1.2. HEMŞİRELİK SÜRECİ**

Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin ve ailenin bakım gereksinimlerinin ve sorunlarının belirlenmesi, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucunun değerlendirilmesi aşamalarından oluşan bir yaklaşımdır (Biol,1997), (Erdemir, 1998: 59-63), (Vural ve Sağıroğlu 2008:507-522), (Akça Ay, 2013).

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre hemşirelik süreci; hemşirelik bakımında bilimsel problem çözümü yönteminin hasta yararı açısından sistemli bir biçimde kullanılması ve tutuma dönüştürülmesidir. Hemşireler bilimsel ve kanıt temelli çalışma ortamında, mesleki bilgi ve tecrübeleriyle hastayı bütüncül olarak değerlendiren, olası problemleri gören, yaratıcı düşünen, eleştirel tutumunu uygulamalarına yansıtan, etik değerleri koruyan ve hemşirelikte etik karar almayı bilen hasta ve ailesine tutum ve yaklaşımlarıyla değer veren profesyonellerdir. Tutumların sistemli ve hiyerarşik olarak organize edilmiş biçimine “değer sistemleri” denilir. Tutumların davranışa dönüşmesinde çevresel etkenlerin birey üzerindeki baskısı inanç ve değer yargılarının devamlılığı önemlidir. İnanç ve tutumların davranışlarla açığa çıkmasında duygular çok

önemlidir. Hemşirelerin klinik uygulamalarında, hasta değer ve inançlarını önemseyen sistematik sorun çözme yönetenleri geliştirmesi hastaya olduğu kadar hemşireye de yarara sağlamaktadır (Biol, 2011), (Gülova ve Demirsoy, 2012:49).

Hemşirelik süreci kavramı ilk kez 1955 yılında Lydia Hall tarafından tanımlanmıştır. Ida Jean Orlando ise 1960 yılında “The Dynamic Nurse Patient Relationship” adlı kitabında hemşirelik süreci kavramı üzerinde üzerine durmuştur. 1967 'de Helen Yura, Mary B. Walsh problem çözme bilimine temellendirilen hemşirelik sürecinin dört basamağını belirlemiştir (Velioğlu,1999:24-37), (Avşar, 2014:216-221). Amerikan Hemşireler Birliği 1973 de hemşirelik sürecini “hemşirelik uygulamalarının standartları” olarak adlandırmıştır. Türkiye’de ise hemşirelik sürecine ilişkin çalışmalar 1980 yılında Aykut Veziroğlu tarafından başlamıştır. 1989-1990 yıllarında Leman Biol dört aşamalı Hemşirelik Süreci Modelini kullanmıştır. 1989 yılında Sağlık Bakanlığı ve Hemşirelik Yüksekokullarının işbirliği ile ulusal düzeyde bir hemşirelik süreci kursu düzenlenmiştir. Günümüzde hemşirelik sürecinde sistematik yaklaşım pek çok profesyonel tarafından sorunların çözümünde ve değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Velioğlu,1999:24-37), (Potter PA. 2009:215-230). Sistematik bir problem çözme yöntemi olan hemşirelik süreci hastaların bakım gereksinimlerinin ve sorunlarının belirlenmesi, neden, amaç, yarar, risk değerlendirmesi yapılarak hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucunun değerlendirilmesi aşamalarından oluşan bir yaklaşımdır (Potter PA .2009:215-230), (Uçan, vd. 2008: 17-27).

### **1.2.1. Hemşirelik Sürecinin Amacı ve Yararları**

Bireyin sağlık bakım ihtiyaçlarını tanımlamak, öncelikleri ve hedefleri saptamak, bireyin ihtiyaçlarını karşılayabilecek hemşirelik girişimlerini belirlemek, uygulamak ve hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmektir (Vural ve Sağıroğlu, 2008:507-522), (Biol, 2011), (Vicdan, v.d. 2015:1626-1636), (Carpenito-MoyetLJ. 2005), (Korkmaz v.d. 2012:69-79).

Ayrıca hemşirelik süreci ile hemşirelik bakımına planlı yaklaşım anlayışı getirmek veya sağlıklı bireylerin sağlığının korunması için etkili ve kapsamlı eğitim ve hemşirelik bakımı sağlamak amaçlanmaktadır. Hemşirelik bakım süreci, hasta hakkında

toplanmış tam ve doğru bilgileri içerir, hemşirelik hizmetlerinin uygulanmasında bilimsel yöntem sağlar. Hemşirelik mesleğine profesyonel bir kimlik kazandıran hemşirelik süreci bilimsel olarak düşünme ve araştırmayı gerektiren, birey/aileye özgü olarak planlanıp uygulanan ve değerlendirilen dinamik bir süreçtir. Hemşirelik uygulamalarının temelidir. Hemşirelik sürecini kullanarak verilen hasta bakımı kapsamlı, ayrıntılı ve daha koordine (Korkmaz v.d.2012:69-79), (Ertem, 2003: 45-174).

Hemşirelik Sürecinin Yararları Aşağıda sunulmaktadır.

- Hemşireye hasta kabulden taburculuğa kadar hasta merkezli çalışma olanağı sağlar.
- Hemşireye sürekli araştırma, geliştirme ve sorgulama imkanı verir.
- Hemşirelik bakım kalitesini artırır.
- Sistematik hizmet sunumu ile zaman kaybını önler.
- Sorun çözümede hedefe ulaşmayı kolaylaştırır.
- Bakımın kayıt edilmesini kolaylaştırır.
- Sürekli öğrenme fırsatı verir.
- Vardiya değişimlerinde hemşirelerin bilgi alışverişinin kayıt altına alınmasını ve organize edilmesini sağlar.
- Hastanın sağlık bakım ihtiyaçlarının dokümantasyonunu sağlar.
- Bakım planı boyunca hemşirenin karar vermesini sağlar.
- Hastanın problemlerini tanılama ve hemşirenin amaçlarını formüle etmesini sağlar.
- Hemşirelik bakımının koordine edilmesinde ve değerlendirilmesinde kullanılabilecek amaçların belirlenmesini sağlar.
- Hemşirelik tanı verilerini, problem listesini, diğer hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin tedavileri ile ilgili veri akışını, iletişimi ve işbirliğini sağlar.
- Bireyin gereksinimleri doğrultusunda bütüncül bakım hizmeti almasını ve bakımın devamlılığını sağlar.



- Bir hemşireden diğerine bakımın sistematik olarak sürdürülmesini kolaylaştırır.
- Bakımın amaçlarına ulaşmak için gerekli özel hemşirelik uygulamalarını belirlemeyi ve hastaya özgü bireysel bakımı sağlar.
- Bakımın hasta yararına ve hemşirenin hedeflediği şekilde sonuçlanmasına yön verir.
- Bireyi kendi bakımına katılma konusunda teşvik eder.
- Ekip üyeleri arasında bireyin ihtiyaçları konusunda iletişim sağlar.
- Hemşirelik bakımının olası eksik, hatalı veya yanlış olma riskini azaltır.
- Hemşirelere kayıt tutma alışkanlığı kazandırır.
- Hastaya verilen bakımın daha objektif olarak hemşireler tarafından değerlendirilmesini sağlar.

Hastanın taburculuk aşamasında ihtiyaçlarının belirlenmesine ve eğitimine yardımcı olur. Ayrıca hastanın taburculuğunun hızlanmasını sağlar (Biol, Leman 1997), (Biol, Leman. 2011), (Velioğlu, 1999: 24-37), (Carpenito-MoyetLJ. 2005).

- Hemşirelerin görev alanlarının tanınmasını sağlar, uygulama sonuçlarını değerlendirilmesine ve bilgisayar uygulamalarına sistematik bir yapı oluşturulmasını sağlar (Biol, Leman. 2011).

Bu nedenlerle hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının fark edilebilmesini sağlayan önemli bir araçtır. Hemşirelik süreci ile standart hemşirelik bakımının hasta memnuniyetini yükselttiği ve hedeflenen sonuç kriterlerine ulaşmada etkin olduğu saptanmıştır (Ertem, 2003: 45-174).

Hemşirelik süreci başlangıçta, zaman alan ve zor bir klinik uygulama olarak görünmesine rağmen, görüldüğü gibi hemşirelik sürecinin kullanılması ile hemşirelik bakımının sunulmasında pek çok yarar bulunmaktadır (Biol, Leman. 2011).

### 1.2.2. Hemşirelik Sürecinin Basamakları

Bu basamaklar; hastanın durumunu değerlendirme/veri toplama, hemşirelik tanımlarını belirleme, hemşirelik girişimlerini planlama, uygulama ve hemşirelik sonuçlarını değerlendirme olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Hemşirelik süreci, bazı hemşire liderler tarafından tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere dört aşamada da ele alınabilmektedir (Biol, Leman. 2011), (Avşar, 2014:216-221), (Uçan, vd. 2008: 17-27).

#### Veri toplama/ön değerlendirme

Hemşirelik sürecinin birinci basamağını oluşturur. Bireyin/ailenin bakım gereksinimlerinin saptanması için yapılan ön değerlendirme olarak tanımlanmaktadır. Hasta/sağlıklı birey hakkında bilgilerin toplanması, değerlendirilmesi ve iletişim kurmak için kullanılan sistematik bir süreçtir (Biol, Leman. 2011), (Avşar, 2014:216-221), (Uçan, vd. 2008: 17-27).

Veri toplama, birey/hastanın sorunlarının nedenini araştırmada, eleştirel düşünerek, sezgileri ile doğru bakım yapmada ve karara vermede hemşireye yardımcı olur. Hemşirenin eleştirel düşünerek bir ya da birden fazla problemi görmesine, kapsamlı durum değerlendirmesi yapmasına, problemi tanımlamasına ve çözümünü geliştirmesine yardımcı olmaktadır (Biol, Leman. 2011), (Avşar, 2014:216-221), (Uçan, vd. 2008: 17-27).

Veri toplamaya, sağlıklı ya da hasta birey/ailesi ile ilk karşılaştığı andan itibaren başlanır ve aralıksız devam ettirilir. Bireyin/ailesinin bedensel, akılsal, sosyal, duygusal ve fonksiyonel durumu hakkında tüm bilgileri toplanır. Burada verilerin doğru ve eksiksiz toplanması çok önemlidir. Veriler objektif ve subjektif olarak gruplandırılır. Subjektif veri hastanın/ailenin sözel olarak ifade ettikleridir. Objektif veriler ise hemşire veya diğer ekip üyelerinin görüşme, gözlem, fiziksel değerlendirme yoluyla topladıkları veri, yapılan tanı işlemlerini ve laboratuvar sonuçlarını kapsar (Yıldırım ve Özkahraman. 2012:165-173) (Biol, Leman. 2011), (Avşar, 2014:216-221), (Uçan, vd. 2008: 17-27).

Veri toplarken bazı hemşirelik kuram ya da modellerinden yararlanılabilmektedir. Bu hemşirelik kuram/modelleri, birey ya da hastadan ve ailesinden sistemli ve kapsamlı bir şekilde veri toplanmasına fırsat verir. Örneğin ilk olarak modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale ise hemşirelik bakımında veri toplamanın önemini, veri toplama ile tanımlama ve açıklama yapılabileceğini göstermiştir. Virginia Henderson'un temel insan gereksinimleri modelinde ise hemşirenin birincil fonksiyonu hastalık ya da sağlık durumunda bireye yardım etmek, sağlığını devam ettirmesi ya da tekrar sağlığına kavuşması için, mümkün olduğunca çabuk bağımsızlığına kavuşmasını sağlamaktır. Henderson, geliştirdiği hemşirelik kuramını, insanın temel gereksinimleri üzerine kurar. İnsanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve spirituel (manevi) boyutlarını kapsayan 14 gereksinimini ele almıştır. Veriler, bu 14 gereksinime dayandırılarak toplanabilir. Roper, Logan ve Tierney'in Günlük Yaşam Aktiviteleri kuramında ise veriler, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, solunum, beslenme, boşaltım, bireysel hijyen ve giyim, beden ısının kontrolü, hareket, çalışma ve eğlence, cinselliğin ifadesi, uyku ve ölüm boyutlarında toplanabilir.

Günümüzde en çok kullanılan/yaygın olan ve Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği'nin (North American Nursing Diagnosis Association =NANDA) tanıları ile uyumlu olan model ise Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelidir. Bu model, bireyin gereksinimlerini birbiri ile ilişkili fonksiyonel alanlarda incelemekte, verilerin doğru, objektif ve eksiksiz toplanmasını ve analiz edilmesini kolaylaştırmaktadır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile birey/ailenin sadece şikâyetleri, sınırlılıkları ve problemleri değil, daha önce problemleri olduğunda baş etme becerileri ve olumlu sağlık uygulamaları da belirlenmektedir (Carpenito-MoyetLJ.2005). Model; sağlığı geliştirme ve sürdürme, beslenme, eliminasyon, aktivite-dinlenme, bilişsel-algısal, kendini algılama, rol ilişkileri, baş etme-stres toleransı, değer-inanç, güvenlik-korunma, rahatlık, konfor, büyüme, gelişme alt boyutlarında sınıflandırmıştır Carpenito-MoyetLJ. 2005). Veriler bu boyutlarda toplanarak hastaların sorunları NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda tanımlanmaktadır.

## Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik sürecinin en önemli ve ikinci basamağıdır. Hemşirelik tanısı, yaşam boyunca birey, aile ve toplumun gerçek ya da potansiyel sağlık problemleri hakkında verilen klinik kararlar olarak tanımlanmıştır. NANDA, hemşirelik tanısını “birey/aile ya da toplumun gerçek ve olası sağlık sorunları veya yaşam süreçlerindeki yanıtları hakkındaki klinik karar” olarak tanımlamıştır (Biol, 2009: 5-21), (Akça Ay, 2013). Hemşirelik tanısı, hemşirenin bağımsız olarak uygun hemşirelik yaklaşımları ile önlemek, hafifletmek ya da çözümlmek için yasal olarak ele almaya yetkili olduğu, birey ve ailenin potansiyel sağlık problemleridir. Hemşirelik tanısını belirlemenin ve kullanmanın pek çok avantajı vardır. Hemşirelik tanısı hem hemşireler hem de diğer sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimi kolaylaştırdığı gibi hastanın iyilik seviyesi ve taburculuk planı hakkında hemşireler arasında iletişimi de kolaylaştırır. Hasta ihtiyaçları arasında önceliklerin belirlenmesine yardım eder, kaliteli bakım sağlamayı ve sürdürmeyi sağlar. Hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine yardım eder, sürecin değerlendirmesini ve izlenmesini kolaylaştırır. Hemşireler arasında dil birliği ve son olarak hemşirelik tanılarının etiolojisini/nedenini doğrudan hemşirelik girişimlerinin seçimini sağlar (Carpenito-MoyetLJ. 2005). Günümüzde en yaygın kullanılan tanılama sistemi, NANDA Taksonomi II'dir (Carpenito-MoyetLJ. 2005), (Korkmaz v.d. 2012:69-79).

Bu tanılama sistemine göre hemşirelik tanı tipleri; gerçek, risk, olası ve ortak tanımlar şeklinde sınıflandırılmıştır. Gerçek (mevcut, var olan, aktüel) tanı; hasta değerlendirildiğinde var olan hasta problemidir. Belirti ve bulguların hastada görülmesine ya da bulunmasına dayanır. Risk (potansiyel) tanı; problemin var olmadığı tanımlardır. Girişimde bulunulmazsa gelişmesi muhtemel problemleri ifade eder. Olası hemşirelik tanısı; hastanın sağlık problemi hakkında kesinlik yoktur. Olası tanımlarda, tanıyı destekleyen ya da reddeden veriye ihtiyaç duyulur. Ortak (kollaboratif) tanı; bir hastalığa yönelik tanının konulması için diğer sağlık çalışanları ile ortak çalışarak karar verebilen ve bağımsız hemşirelik faaliyetleri ile çözülebilen tanımlardır.

## Planlama

Bu aşama, bireysel, organize ve amaca yönelik olarak nasıl bir hemşirelik bakımı verileceğine karar verme zamanıdır. Hasta ile birlikte karar verilerek öncelikler belirlenir, bakımın amaçlarının kısa ve uzun vadeli beklenen sonuçları belirlenir, hemşirelik girişimlerine karar verilir ve bakım planı yazılır (Yıldırım ve Özkahraman 2012: 165-173), (Erdemir, 2010: 24-28), (Carpenito-MoyetLJ. 2005). Problemlerin önceliklerinin sıralanmasında hemşire, hangi problemlerin acil ele alınması gerektiğini, aynı anda ele alınması gereken başka önemli bir problem olup olmadığını, problemin ele alınış sırasının doğru yapıp yapılmadığını değerlendirir. Planlama aşamasında; hemşire tarafından belirlenen hemşirelik tanılarına göre yapılacak hemşirelik girişimleri diğer sağlık bakım üyelerinin işbirliği ve hasta/ailesinin de katılımı ile planlanır.

## Uygulama

Hemşirelik sürecinin beşinci aşamasıdır. Amaca dönük belirlenen girişimler doğrultusunda oluşturulan planın uygulanması aşamasıdır. Bu basamağın uygulanabilmesinde aşağıdaki aşamalar göz önünde bulundurulur (Yıldırım ve Özkahraman 2012: 165-173), (Erdemir, 2010: 24-28), (Carpenito-MoyetLJ. 2005). Bunlar; hastanın güvenliği ve sağlığının devamı için gerekli aktivite ve girişimlerin uygulanması, hastanın bakımında planlanan önceliklerin uygulanması, diğer sağlık ekibi ile planlanan hasta bakımı ve gereksinimlerinin birlikte uygulanması, hastanın hakkının savunulması, yapılan uygulamaların, hastadan alınan sözel ve sözel olmayan yanıtların kayıt edilmesini içerir. Hemşirelik uygulamaları, bireyin gereksinimlerine yönelik, sağlığı geliştirme, sürdürme ve hastalıkları önleme/rehabilitasyon amaçları kapsamında uygulanan hemşirelik girişimleridir. Hemşirelik uygulamaları daima kişiler arası iletişim, karar verme, iyi gözlem yapma, açık iletişim ve teknik becerileri, psikomotor becerileri gerektirir. Sonuç olarak uygulama aşaması; girişimlerin uygulanmasını, eğitim, danışmanlık, bilgilendirme ve kayıt etmeyi kapsar (Ay, 2009: 131-136), (Erdemir, 1998 : 59-63), (Carpenito-MoyetLJ. 2005).

## Değerlendirme

Bu aşama, hemşirelik sürecinin son aşamasıdır. Değerlendirmede, planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda belirlenen hasta sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığına bakılır.

Değerlendirme, yapılan uygulamaların sonuçlarının karşılaştırılması ve bir karara varılması olarak ta tanımlanabilir. Ayrıca değerlendirme, hastanın sorununun giderilip giderilmediğini değerlendirmek için bilgi sağlar. Hastanın durumundaki değişikliklerin, gelişimlerin ve komplikasyonların belirlenebilmesine de katkısı olur (Ay, 2009: 131-136), (Erdemir, 1998:59-63), (Carpenito-Moyet L. J. 2005). Bu aşamada; beklenen hasta sonuçları ile ulaşılan hasta sonuçları karşılaştırılır, hastanın tüm sağlıkla ilgili bulguları genel olarak elektronik hasta kayıtları ile değerlendirilir. Belirlenen amaçlara ulaşılma durumu yargılanır, değişen ihtiyaçlara göre öncelikler yeniden düzenlenir. Değerlendirme sonucu olumsuz olduğunda, çözümlenemeyen problemler yeniden gözden geçirilerek süreç tekrar başlatılır ve plan yeniden yapılır (Biol, 2009:5-21), (Can ve İbicioğlu, 2008:253-275). Ayrıca hemşire bu aşamada verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir. Hemşire hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak hemşirelik hizmetlerinin yönetiminde gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir (Korkmaz v.d.2012:69-79), (Ekici,2013-1-10). Bu beş aşamadan oluşan hemşirelik sürecinin son gelişmelere paralel olarak sistematik olarak oluşturulması gerektiği ortaya konmuştur. Aksi halde hastaya profesyonel hemşirelik bakımı vermenin mümkün olmadığı anlaşılmış ve bakım verme sistematigi geliştirilmiştir (Potter PA .2009:215-230), (Uçan, vd. 2008:17-27), (Vicdan, v.d. 2015:1626-1636). Ancak klinik uygulamalarda hemşirelik sürecinin, bilişim teknolojileri ile yürütülmesi ve bilimsel düşünce sistematigi ile sunulması açısından istenilen hedefe ulaşamamıştır. Oysa hemşireliğe özgü bilimsel bilgi, beceri, kanıt ve deneyimlerle, Sağlık Bakanlığının başlattığı, sağlıkta kalite standartları kapsamında programlanan hemşirelik sürecinin küresel gelişmelere uygun ölçütlerde elektronik sistemde yönetilmesi hemşireliğin özerkliğinin artırılmasına katkı sağlayacaktır (Esatoğlu. 2002:29-40).Ayrıca hemşirelik sürecinde elektronik uygulama modellerinden yararlanmak hemşirenin artan rol ve sorumluluklarını gerçekleştirmede karşılaştığı

sorunların çözümüne yönelik güncel ve bilimsel uygulamalar da sağlanacaktır (Esatoğlu, 2002:29-40) 62 (Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme2011).

### **1.3. HEMŞİRELİK BİLİŞİMİ**

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1974 yılından itibaren çalışmaları sürdürülmeye başlayan ve son yıllarda tıp bilişim alanındaki gelişmelere paralel olarak büyük bir ivme kazanan hemşirelik bilişimi Graves ve Corcoran tarafından “hemşirelik bakımını sağlamak ve hemşirelik uygulamalarını desteklemek için hemşirelik verisinin ve enformasyonunun işlenmesinde ve yönetilmesinde yardımcı olmak amacı ile bilgisayar biliminin, bilgi biliminin ve hemşirelik biliminin bir kombinasyonu” olarak tanımlanmıştır. Uluslararası Tıp ve Hemşirelik İnformatik Kuruluşu tarafından da hemşirelik bilişimi; “sağlığı desteklemek için iletişim teknolojisi ve informasyon süreciyle informasyon yönetiminin ve hemşirelik enformasyonunun hemşireliğe entegrasyonu” olarak tanımlanmıştır (Turhan ve Köse, 2010: 123-131). Amerikan Hemşireler Birliği'de (ANA) 1992 yılında yeni bir uzmanlık alanı olarak hemşirelik bilişimini tanımlamıştır. Hemşirelik bilişimi, hasta bakımı için temel oluşturan bilimsel verilerin yönetilmesi, hemşirelik uygulamalarının, sağlık uygulama araçlarının, hemşirelik sürecinin aşamalarının geliştirilmesi için hemşirelere destek sağlayan bir sistemdir (Ay 2009: 131-136).

Hasta bakımı için klinik süreçlerin uygulanmasına, bakımın bilim, kanıt, kalite ve yasalar kapsamında tasarlanmasına, uygulanmasına, yönetilmesine, maliyet analizine uygun bilimsel veri süreçlerinin geliştirilmesine, hemşirelerin ve öğrencilerin uygulamalarına, hasta bakım sürecine katkı sağlayan bilgisayar sistemidir (Turhan ve Köse, 2010: 123-131), (Korkmaz v.d.2012:69-79), (Can ve İbicioğlu, 2008:253-275).

Hemşirelik bakım sürecinin ve hasta değerlendirme skalalarının bilgisayar üzerinden elektronik sistemde yürütülmesi, kayıt altına alınması, doktor istemlerinin elektronik ortamda yazılması ve okuma hatalarını da önlemektedir. Ayrıca hasta sonuçlarının izlemesini, klinik bakım haritalarının /yollarının ve bakım prosedürlerinin kullanılmasını kolaylaştırır. Bu doğrultuda hasta durumundaki değişikliklerin değerlendirmesi, kayıt ve uyarı sistemlerinin etkili kullanılması, bölümler ve vardiyalar

arasında hastaya özgü bilişim ortamında devir teslimlerin yapılması, etkili iletişimin kurması için zemin hazırlar. Bununla birlikte hastaya özgü bütün uygulamaların elektronik ortamda, zaman damgalı kayıt altında olması sağlanır. Ayrıca hastanın bakım sonuçlarının değerlendirilmesi bölüm bazlı takip edilmesini ve istatistiksel olarak değerlendirilebilmesini sağlar (Turhan ve Köse, 2010: 123-131), (Turhan ve Köse, 2010: 123-131). Sistem hemşirenin hastaya/aileye odaklanarak sorgulama ve araştırma yapmasına, sorunların etkili bir şekilde çözülmesine de olanak verir Turhan ve Köse, 2010: 123-131). Bilişim sistemleri bilişim desteği ile yeniden dizayn edilen hemşirelik uygulamalarının güvence altına alınması, hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetine katkı sağlaması bakımından da önemlidir. Bu nedenle yönetici/lider hemşireler ve klinik hemşireler, Sağlık Bakanlığının başlattığı Sağlıkta Kalite Standartlarına (SKS) ulaşmak, hasta ve çalışan memnuniyetine yönelik işleyişlerin düzenlenmesinin sağlamak, hemşireliği geliştirmek ve kurgulamak için ivedilikle bilişim teknolojilerini kullanmaya başlamalıdır. Bu bağlamda hemşirelik süreci uygulamalarının bilişim sistemleri aracılığı ile bilgisayar ortamına aktararak yönetilmesi gerekmektedir (Korkmaz v.d.2012:69-79), (Can ve İbicioğlu, 2008:253-275).

### **1.3.1. Elektronik Hemşirelik Süreci**

Bu sistem, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına uygulama kolaylığı sunan, kurumun standartları ile uyumlu, bilimsel veri desteği, hızlı erişim, veri kaydı ,güvenliği, multidisipliner iletişim ve işbirliği sağlayan sistemler zinciridir.

Elektronik hemşirelik süreci; hemşirelik hizmetlerinin görünürlüğünü, bilimsel yöntemlere uygun hemşirelik bakımı verilmesini ve bakımın sağlıkta kalite standartlarına göre gerçekleşmesini sağlar. Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için veri oluşturur. Uluslararası/ulusal hemşirelik süreç yönetiminin kullanılmasında etkinlik sağlayarak hemşirelik uygulamalarını uluslararası standartlara taşır. İş gücü, zaman ve maliyet yönetimi sağlar, hemşirenin elle kayıt yaparak yazmaya harcadığı zamanı hastaya ayırmasını olanak tanır. Nöbet devir tesliminin ve hasta devir tesliminin kayıtlı olmasını sağlar. Devir teslim sırasında kaydedilen veriler yasal, etik ve bilimsel, analiz yapmaya uygun veri ve dokümanlar sağlar. Hastanın/bireyin hem bireysel hem de bütüncül bakım almasını sağlar. Hemşirelik sürecinin kanıta dayalı uygulanmasına,



uygulama kanıtlarının yeni kanıt olarak kaydedilmesine olanak sunar. Hemşirelik hizmetlerinin geçerliliğini ve güvenilirliğini sağlar. Ölçme ve değerlendirme skalalarının sistemde doğru hesaplanması ve kalıcı olmasına fırsat verir. Yeni mezun hemşirenin ve öğrenci hemşirenin eğitimine görsel ve bilimsel katkı verir. Hemşirelik hizmetleri yönetiminin ve klinik hemşirenin kendi kendini değerlendirmesini ve denetlemesini sağlar (Andsoy v.d. 2013: 88-9499), (Korkmaz v.d.2012:69-79), (Can ve İbicioğlu, 2008:253-275). Ayrıca olası ilaç hatalarının önlenmesinde ve hasta güvenliğinin sağlanmasında etkilidir. Disiplinler arası iletişimi görünür duruma getirir. Sağlık sistemine, hemşirelik yönetmeliğine, mevzuatlara uygun bir hemşirelik hizmeti sunumu için bilgisayar ortamında kanıtlı veri tabanlı sistem oluşturur (Korkmaz v.d.2012:69-79), (Can ve İbicioğlu, 2008:253-275).

Son olarak elektronik hemşirelik süreci klinik hemşirelik uygulamalarının planlanmasında, uygulanmasında hemşire, hekim ve diğer sağlık çalışanları arasında iletişim, işbirliği ve karara vermede veri oluşturularak hasta merkezli bakım sunumuna imkân sağlar. Bu durum toplumun hemşirelik mesleği ile ilgili değer yargılarının olumlu yönde gelişmesine de katkı verir (Yıldırım ve Özkahraman, 2012:165-173) .

Elektronik sistemlerin bu yararlarına rağmen ülkemizde birçok sağlık kurum ve kuruluşlarında ve bu kurumların kliniklerinde hemşirelik hizmetlerine yönelik bu sistemler oluşturulmamış ya da istenilen niteliğe ulaştırılamamıştır. Dolayısıyla bu sistemlerin istenilen seviyeye ulaşmamış olması sağlık alanındaki diğer sorunlarla etkileşerek hasta ve çalışan açısından olumsuzluklara, hastaya iş merkezli yaklaşılmasına, hasta problemlerinin saptanmasında güçlük yaşanmasına (Turhan ve Köse, 2010: 123-131) dolayısıyla hemşirenin toplum ile bütünleşmesinin engellenmesine neden olduğu görülmüştür (Yıldırım ve Özkahraman, 2012:165-173)

Ayrıca klinik alanlarda hemşirelik süreçlerinde bilimsel yöntemlerden ve bilişim sistemlerinden yararlanılmaması da hemşireliğin klinik uygulama alanında bilimsel bakımdan güçsüzleşmesine neden olmaktadır. Sonuç olarak bu durum neticesinde hemşirelik mesleğinin bilimsel manada yalnız bırakılmasına, multidisipliner iletişim ve profesyonelliğin zayıflayarak hemşirelik imajının bilimsel olarak olumsuz etkilenmesine sebebiyet verdiği gözlenmektedir (Bilgiç ve Şendir, 2014: 24-28).

Bu doğrultuda sağlık kurumları ve kliniklerinde bilişim sistemleri ile elektronik hemşirelik sũreci uygulamalarının en kısa sũre başlatılarak yaygınlaştırılma çalışmalarına hız vermek gerekmektedir. Araştırmanın yapıldığı ũniversite hastanesinde de elektronik hemşirelik sũreci uygulamaları 2013 yılından itibaren bilgisayar ortamında yapılandırılarak kullanımı başlatılmış ve halen geliştirme çalışmalarımız devam etmektedir.

### **1.3.2. KTũ Farabi Hastanesinde Elektronik Hemşirelik Sũreci**

Bu sũre, elektronik hasta kayıtlarının yararlı olduğunu gũsteren ulusal/uluslararası çalışmalar ve hemşirelik yũnetmeliđine dayanılarak oluşturulmuş, Sağlık Bakanlığının ũniversite Hastaneleri için başlattığı kalite çalışmaları ile hızlandırılmıştır. Bununla birlikte bu sũrecin hemşirelik uygulamalarına, hastaya, kurumun işleyişine, sağlık çalışanlarına, bilimsel çalışmalara ve sağlık sistemini geliştirme çalışmaları gibi birçok parametrede yararlı olması hedeflenmiştir. Bu doğrultuda hastanede elektronik hemşirelik sũreci çalışmalarına 2012 yılında KTũ Farabi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Yũnetimi tarafından dahiliye, cerrahi, pediatri kliniklerinden ve yoğun bakım ũnitelerinden pilot olarak seçilen kliniklerde başlatılmıştır. Halen geliştirme çalışmaları sũren elektronik hemşirelik sũreci uygulamaları 08 Kasım 2013 tarihinde itibaren acil, poliklinikler ve ameliyathaneler hariç hastanenin tũm kliniklerinde kullanılmaktadır. Hastanede kullanılan bu elektronik hemşirelik sũre uygulamalarının tũmũ hemşirelerin klinik alanda ihtiyaç duydukları verilerle desteklenerek, karar -destek oluşturan bir sistem halinde “Hemşirelik Yũnetim Sistemi” adı ile adlandırılarak hemşirelerin kullanımına sunulmuştur. “Elektronik Hemşirelik Yũnetim Sistemine Geçişin” tũm hazırlık alışmaları Tablo 1’de gũsterilmektedir.

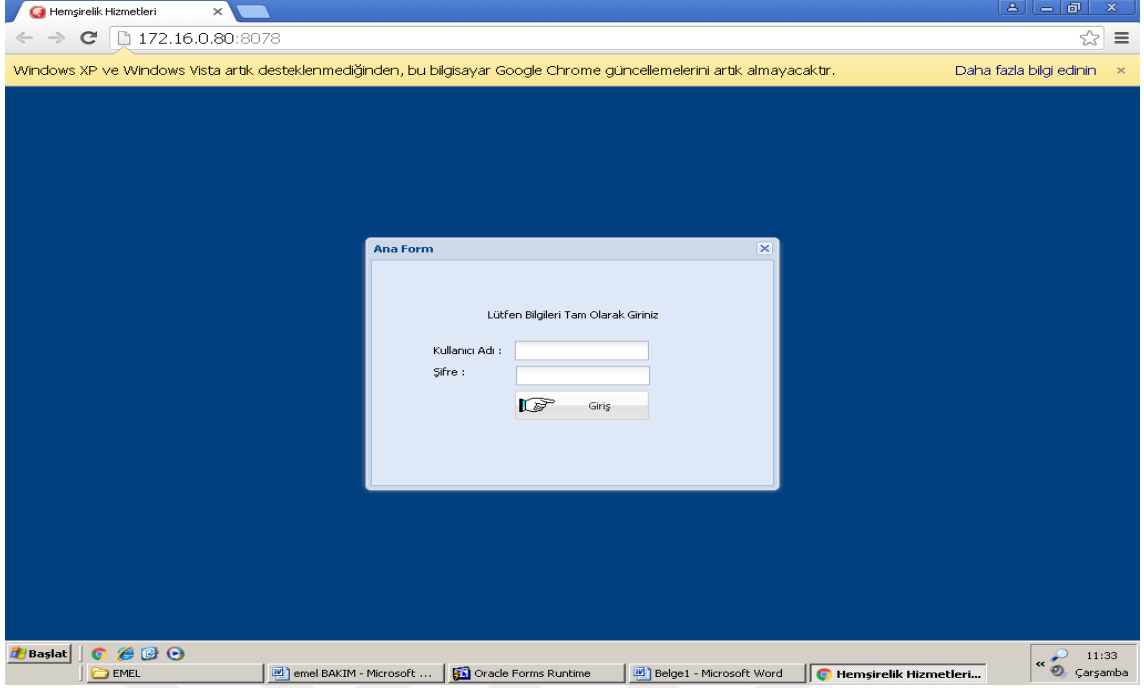
**Tablo 1.** Elektronik Hemşirelik Süreci Hazırlık Süreci Çalışmaları Tablosu

2011	Dâhiliye, cerrahi, pediatri ve yoğun bakımlar olmak üzere dört ana birimden ikişer sorumlu hemşirenin, klinik hemşirelerin ve yönetici hemşirelerin katıldığı gruplar oluşturuldu. Görev alanlarına göre grup eğitim toplantıları yapıldı ve bu toplantılar sırasında KTÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden uzman görüşü alındı.
2012	Gruplar kendi kliniklerine yönelik elektronik hemşirelik süreç ile ilgili literatür taraması yaptı. İlk olarak kâğıt üzerinde hemşirelik hizmetleri hasta kabul ön değerlendirme formu oluşturuldu. Tüm hemşirelik hizmetleri kayıtları bir dosya altında toplandı. Bu dosyalardan yararlanılarak bilgisayar programının taslak içeriği hazırlandı. Bakım protokolleri ve eğitim prosedürleri bilgisayar ortamında oluşturuldu ve bu çalışmalar Mayıs 2013 tarihine kadar devam etti.
2013	Bilgisayar ortamındaki kayıt ve veri toplama sistemi iyileştirildi ve güncelleştirildi Tüm klinik sorumlu hemşireleri ve bilgi işlem uzmanları ile birlikte oluşturulan tüm hemşirelik doküman sisteminin bilgisayar ortamında ve uygulama alanında kullanımına ilişkin toplantı yapıldı. Toplantı sonucunda hemşirelik hizmetleri yönetimine ilişkin tüm dokümanlar (hasta kabul, hemşirelik süreci, uygulama talimatları) bilgisayar ortamına aktarılarak hemşirelerin klinikte kullanımına açıldı (8.11.2013).
2016	Elektronik hemşirelik sürecini geliştirme çalışmaları ameliyathane ve acil birimleri için devam etmektedir.

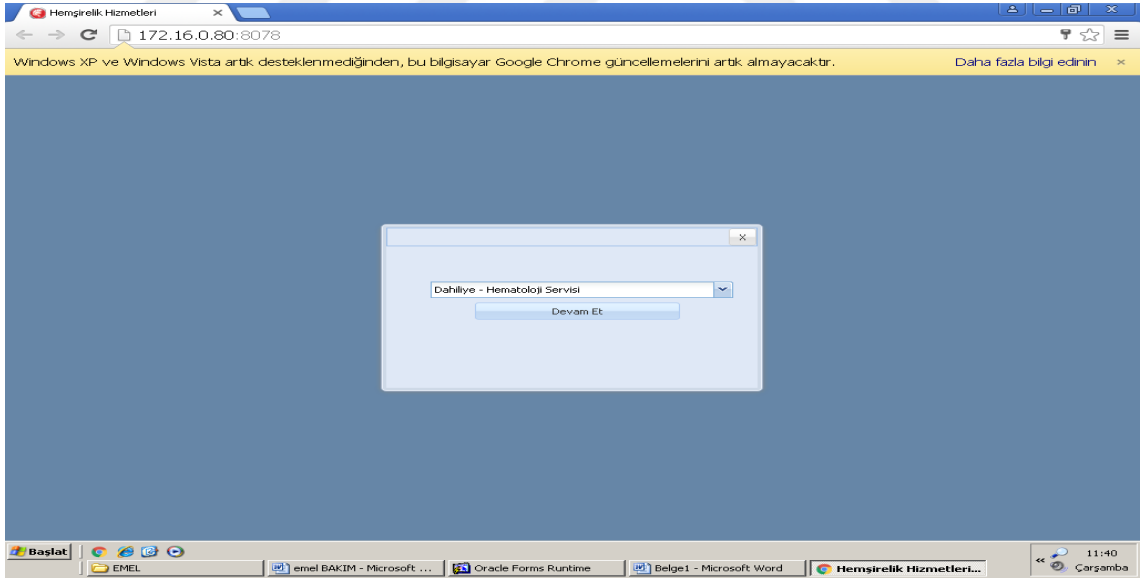
Hemşireler hemşirelik yönetim sistemine hasta odasından tablet veya cep telefonları ile internet üzerinden hasta başında personel şifre ile giriş yapabilmektedir. Bu işlem ana bilgisayar üzerinde ve hemşirelik bankosunda da yapılabilmektedir. Sistem açık bırakıldığında hasta mahremiyeti ve gizliliği nedeni ile 5 dakika içinde programı kapatmaktadır.

KTÜ Farabi Hastanesinde bir hemşire bu sistemi kullanmak istediğinde izlenmesi gereken adımlar aşağıda sıralanmaktadır:

Hemşire, ‘hemşirelik yönetim sistemine’ ilk olarak hastanın kliniğe kabulünü sağlamak, veri toplamak ve hemşirelik sürecini gerçekleştirmek amacıyla hasta başında tablet veya hemşire deskinde masaüstü bilgisayarla kendisine tanımlı şifresini kullanarak giriş yapar (Şekil 1).

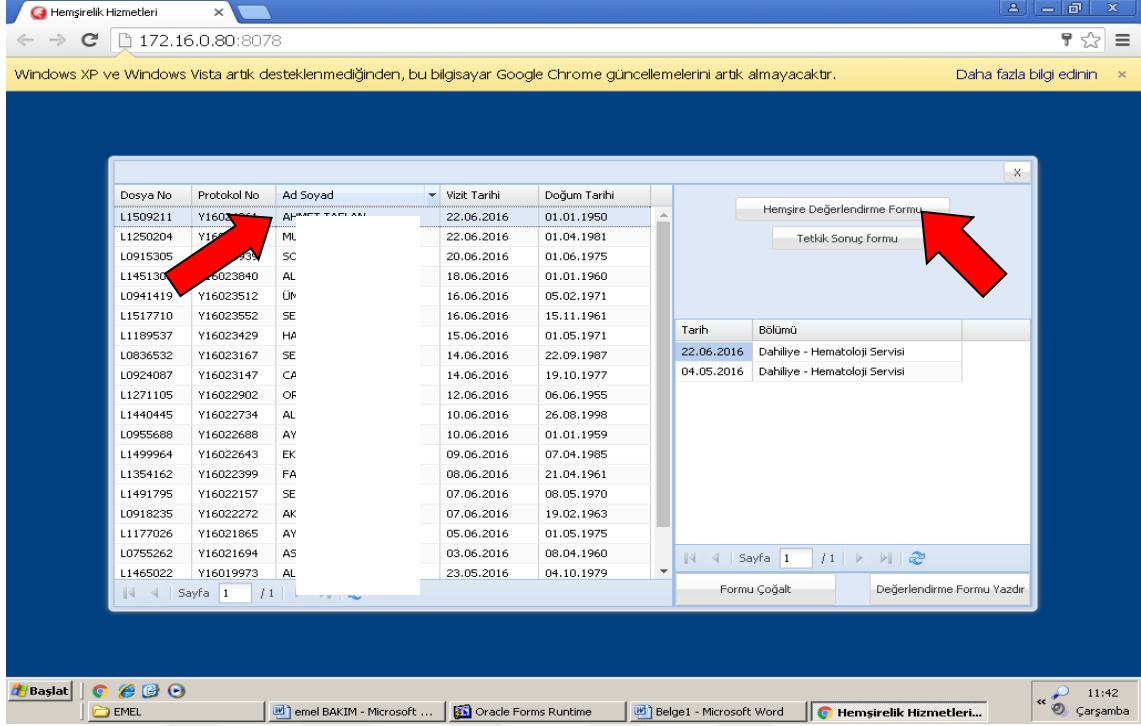


Şekil 1. Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Giriş Sayfası



Şekil 2. Hasta Kabulünde Kliniğin Seçim Sayfası

Elektronik sistemde hemşire deskinden ya da hasta başından sisteme girilerek klinik seçimi yapılır (Şekil 2).



Şekil 3. Klinik Seçim Sayfası

Klinik seçim sayfasından kliniğe yatışı yapılmış olan hasta listesine erişilir (Şekil 3). Hasta listesinden kliniğe kabul edilecek hasta seçilir. Hasta listesinin bulunduğu sayfada, Protokol No, Hasta Adı Soyadı, Vizit Tarihi, Doğum Tarihi, Hemşire Değerlendirme Formu, Tetkik Sonuç Formu, Tarih ve Bölüm Sayfa Sayısı, Formu Çoğaltma, Değerlendirme formu Yazdır kısımları bulunmaktadır.

Kliniğe kabul edilecek hasta seçildikten sonra hemşire değerlendirme formuna geçiş yapılır. Hemşire değerlendirme formu; Hasta Kabul, Değerlendirmeler, Eğitim ve Değişiklikleri Kaydet bölümlerinden oluşmaktadır. Ayrıca bu sayfada hastanın demografik özellikleri ve kalite standartlarında yer alan uygulama kriterleri yer almaktadır. Kalite birimi kriterleri; hastane çevresi ve olanaklarının açıklanması, bölüm işleyişi ve kuralların anlatılması, alerji durumunu belirtir renkli kimlik kol bandının takılması ve düşme riskinin değerlendirilmesi aşamalarını kapsar. Bu kriterler hasta kabul aşamasında hastaya anlatılarak hasta tarafından algılandığı değerlendirilir. Bununla birlikte sayfada buton olarak hastanın servise uyumu, hasta kabul bilgileri,

hastalık hikâyesi ve Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (Alan1: Sağlık Geliştirme Sürdürme, Alan 2: Beslenme vb.) yer almaktadır.

Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Formu Ana Sayfası

Şekil 4. Hemşirelik Hizmetleri Değerlendirme Formu Ana Sayfası

Hasta kabul butonundan “hastanın servise uyumunu sağlama, hasta kabul bilgileri ve hastanın, hastalık hikâyesi” kısmına erişilir (Şekil 4). Bu sayfada kalite kriterleri olan hastaya hastane çevresi ve olanakları, bölüm işleyiş kuralları anlatılır, alerjisi olup olmadığı sorgulanır, düşme riski değerlendirilir.

Hemşirelik hizmetleri hasta kabul aşamasının klinik uyum ve eğitim süreci hasta kliniğe yatış yaptığı anından itibaren yatak başında veya hemşire deskinde hemen başlatılmakta ve yattığı sürece eğitim ve bilgilendirme devam etmektedir.

Şekil 5. Hastanın Servise Uyumunun Sağlanması Sağlamasına İlişkin Sayfa

Şekil 6. Hasta Kabul Bilgilerinin Alınması

Hemşire hastanın kabul bilgilerini alır. Hemşire hastanın kimlik bilgileri, hasta yakını bilgilerini, hastanın yatış şeklinin (planlı/acil) yatış bilgilerini sisteme kayıt eder. Ayrıca hastanın boyu, kilosunu, kullandığı protezleri, daha önce kan transfüzyonu yapıp yapılmadığı bilgisi, reaksiyon gelişip gelişmediği, kan grubu bilgilerini de alır (Şekil 5). Ayrıca bu bilgilerin çoğu klinik sekreteri veya hekim tarafından daha önce kaydedildiği için sisteme düşerek hastanın kayıtlı verileri görünür durumda hemşirenin ekranına düşer. Bu nedenle sistem hemşirenin veri toplamada vakit kaybını ve hatalı bilgi elde etmesini önlemektedir.

**Şekil 7.** Hastalık Hikâyesinin Alınması Görüntü Örneği

Hemşire hasta kabulün bir parçası olan hastalık hikâyesine ilişkin bilgileri alır. Bu bilgiler; geçirilmiş hastalıklar ve operasyonlar, ailesel kronik hastalıklar ve alerjisi durumuna ilişkin bilgilerdir (Şekil 7).



**Şekil 8.** Gordonun Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hasta Değerlendirme Ekranı

Hemşire hasta değerlendirme formu kapsamında yer alan değerlendirme butonunda, hastanın ön değerlendirilmesi/veri toplamasını yapar. Hemşire bu verileri Şekil 8 de görülen Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre 13 alanda (Sağlığı Geliştirme ve Sürdürme, Beslenme Metabolik Durum, Eliminasyon, Aktivite Dinlenme, Bilişsel Algısal, Kendini Algılama, Rol ilişkileri, Cinsellik, Baş etme Stres Toleransı, Yaşam İlkeleri, Güvenlik/ Koruma, Konfor/ Rahatlık, Büyüme/ Gelişme) toplar.

Hemşirelik Hizmetleri

172.16.0.80:8078

Windows XP ve Windows Vista artık desteklenmediğinden, bu bilgisayar Google Chrome güncellemelerini artık almayacaktır. Daha fazla bilgi edinin

Hasta Değerlendirme Formu

Hasta Kabul Değerlendirmeler Eğitim Değişiklikleri Kaydet

Alan 8 : Cinsellik Alan 9 : Baş Etme / Stres Toleransı Alan 10 : Yaşam İlkeleri Alan 11 : Güvenlik Koruma Alan 12 : Konfor / Rahatlık Alan 13 : Büyüme / Gelişim

**EĞİTİM ÖNCESİ HASTADEĞERLENDİRME**  D

**Eğitimi engelleyecek Faktörler**

Engel Yok  Bedensel Engel  Algılama Bozukluğu  Dil Farklılığı  İşitme/Konuşma/Görsel Engeller

Eğitim Almaya İsteksiz  Hastalığı Hakkında Bilgisiz

**Engellere Çözüm Yöntemleri**

Eğitim Öncesi İlaç Verilmesi  Çevirmen Bulundurma  Güven - Destek Olunma  İçeriği Sınırlama  Gözden Geçirme/Tercih

Yakınına Eğitim Verme

**Eğitim Verilecek Kişi**

**Eğitim Metodları**  Sözlü Anlatım/Sunum Yapma  Soru-Cevap  Uygulamalı Eğitim

**1. HASTANIN BÖLÜME KABULÜNDE VERİLECEK EĞİTİMLER**

Personel Tanımı  Servis ve Oda Tanıtımı  Kahvaltı ve Yemek Saatleri  Hasta ve Yakınının Uy.Ger.Kur.  Ziyaret Saatleri ve Ziyaret Kuralları

Tuvalet Banyo Kullanımı  Yatak Kullanımı  Telefon Kullanımı  Hekimin Günlük Vizitleri  Hemşire Çağrı Sistemi Kullanımı

**2. HASTANIN TEDAVİ SÜRECİNDE VERİLECEK EĞİTİMLER**

Diyabet Eğitimi Bası Yar. Önl.  Egzersizler  Pansuman ve Yara Bakımı  Kul.İlaçların Yan Etkisi  Anne Sütü

Ağrı Yönetimi  Taburculuk Eğitimi  Kendi Meme Muayenesi  Hasta Hakları  Hasta Düşme Önleme

Atıkların Ayrıştırılması  Akılcı ve Doğru İlaç Kullanımı  Evde Kul.Araç ve Gereç Kul.  Sigara İçme Yasağı  Sigaranın Zararları

El Hijyeninin Önemi  Hastane Enfeksiyonlarından Korunma

**3. TABURCULUK EĞİTİMİ**

İlaç Eğitimi  Sosyal Aktivite  Kişisel Hijyen  Kontrol Gelme Zamanı  Aspirasyon Eğitimi

Trakeostomi Bakımı  Pansumanlar  Yara  Bası Yarası  Beslenme

Özel Diyet  Nazogastrik Sonda  PEG  Evde Bakım Eğitimi

Başlat

EMEL

Oracle Forms Runtime

emel hemşirelik yönetim s...

Hemşirelik Hizmetleri...

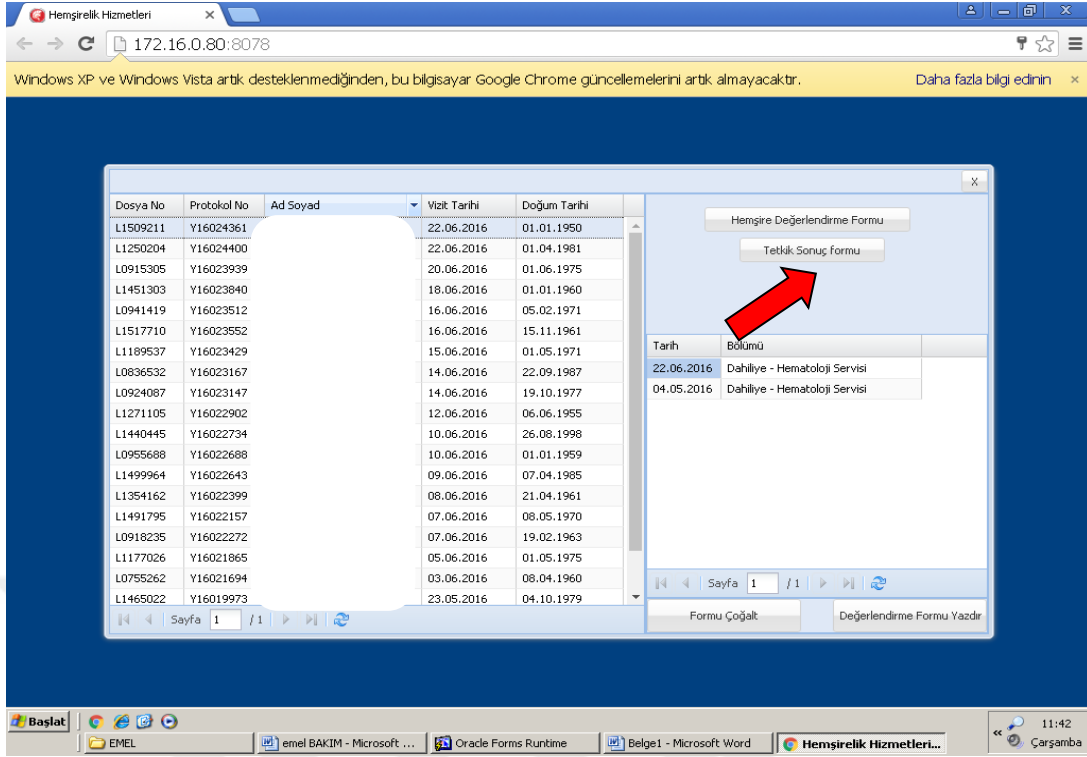
13:13

Çarşamba

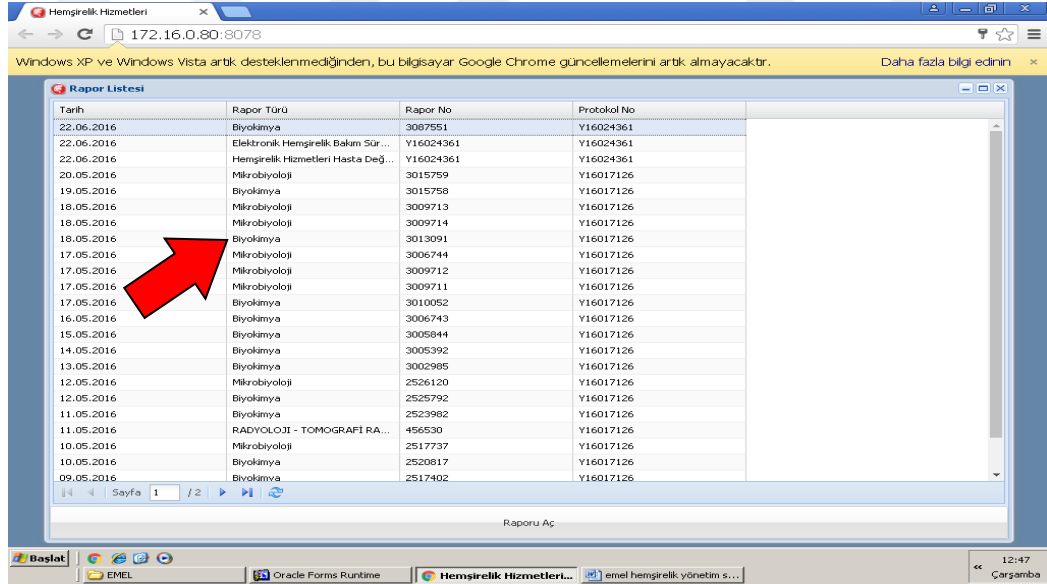
Şekil 9. Hasta Eğitimi Sayfası Uygulama Örneği Görüntüsü

Hasta değerlendirme formu kapsamında yer alan eğitim butonu altında hemşire hastayı eğitim öncesi değerlendirir. Hastanın kabulünde, tedavi ve taburculuk sürecinde verilecek eğitimleri çek atar ve sayfa bilgileri dışında olabilecek eğitim gereksinimlerini hemşire notuna kaydeder. Ayrıca hasta ailesinin de eğitim gereksinimleri saptanarak eğitim planlanır (Şekil 9).

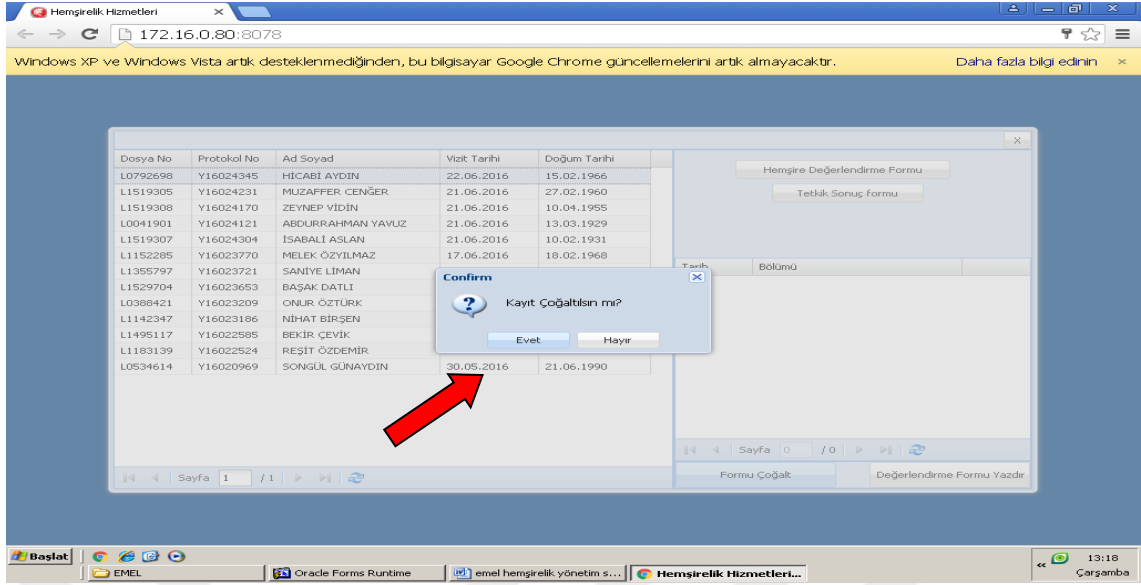
Hemşire değerlendirme formuna ilişkin tüm bilgiler toplandıktan sonra hemşire hasta listesinin bulunduğu sayfadan tetkik sonuç formu bilgilerine erişir. Bu bilgiler biyokimya, mikrobiyoloji, radyoloji vb. tetkik sonuçlarını kapsar (Şekil 10-11).



Şekil 10. Tetkik Sonuç Formuna Erişim Sayfası



Şekil 11. Tetkik Sonuç Butonundan İlgili Tetkik Seçim Ekranı



Şekil 12. Hemşire Değerlendirme Formunun Çoğaltılması Sayfası

Hemşire değerlendirme formu hasta ikinci kez yatışı yapıyorsa daha önceden sistemde kayıtlı olan hemşire değerlendirme formuna ulaşılabilir. Hastanın önceki yatışlarına ait veriler incelenir, bu form çoğaltılarak hastanın yeni verileri ile güncelleme yapılır (Şekil 12). Bu durum hasta ile ilgili daha önce kaydedilmiş verilerin hemşire tarafından incelenerek hastanın daha hızlı değerlendirilmesi ve çözüm üretilmesini sağlarken, aynı zamanda hemşirenin hasta ile ilgili veri kayıt tekrarı önleyerek işgücü ve zaman yönetimine katkı sağlaması ve hemşirenin hastaya daha fazla zaman ayırmasını sağlamak amacıyla yapılandırılmıştır.

Bu aşamaya kadar hemşire hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasını tamamlamıştır. Bu aşamadan sonra hemşire elde edilen veriler doğrultusunda NANDA'nın tanımlarını kullanarak hemşirelik tanısını koyar, tanıya ilişkin girişimleri planlar, uygular ve değerlendirir.

10.10.4.117 - KTÜ FARABI - Hemşirelik Süreç Yönetimi

Memur: KAAY09  
Tarih: 20/06/2016

**Ameliyathane**

Ameliyat Bilg. ve Tetkik Kaydı | Ameliyat Malz. Hazırlama | LCD Ekran Mesajı  
Malzeme Çoğaltma | Günlük Ameliyat Listesi

**Giriş - Çıkış İşlemleri**

DEPO

Taahhüt İşlem Fişleri(Çıkışlar) | Taahhüt İşlem Fişleri(Çıkış) | ŞARJ (Eczane)  
Hastaya Çıkışlar | Hastaya Çıkış Fişi | İADE (Eczane İçin)  
İlaç İade İşlemi | YAME | YAME | Hemşirelik Yönetim Sistemi | Reçete Listesi (Eczane İçin)  
TPN | 101 | ITS (Eczane İçin)  
Kemoterapi ANT | E-Reçete Onay

**Stok - Satınalma - İhale**

Malzeme Ayrıntıları  
Malzeme Kontrolü  
Stok Detay Görme  
Malzeme Satınalma İsteği  
İhale Süreci  
Depo Malzeme/İlaç/Demirbaş İsteği  
Malzeme Sorun Bildirme  
Hasta İçin Malzeme Talep Etme

**Araçlar**

Birimlerden Yapılan Talepler  
İhracat Kontrol  
Hizmet Kayıt  
Hasta Rapor Bilgileri  
Kalite Koordinatörlüğü  
Yıl Sonu Sayım Formu  
201 | 06 | Aylık Rapor | Onayla  
Hasta Malzeme Talep Karşılı

**Diğer Formlar**

Eczane Son 2 Günde Aldığı İlaç Listesi  
Personel Yemek İstek Formu  
Ara Öğün İstek Formu  
Personel Mesai Tanımlama Formu  
Aşı Kayıt | Doğum Değ. | Y.Doğ.İst  
Zimmet Dökümü | Zimmet Listesi  
Hemşirelik Bakım Planları  
Bası Yarası Takip Formu

Güncelle | Duyurular | Telefon Rehberi | İstek Bildirimi | Arıza Bildirimi | Çıkış

**Şekil 13.** Hemşirelik Sürecinin Yönetim Sistemine Giriş Sayfası

Hemşire, veri toplama aşamasından sonraki hemşirelik sürecinin diğer aşamalarını gerçekleştirmek için bilgisayardaki “Hemşirelik Yönetim Sistemine” tekrar giriş yapar (Şekil 13).

Sisteme girildikten sonra “Hemşirelik Sürecinin Yönetim Sayfası” açılmaktadır. Bu sayfa hemşirelik hizmetleri hasta kabul, nöbet/hasta devir teslim işlemi, hemşirelik süreci (veri toplama, hemşirelik tanıları belirleme, hemşirelik bakımını planlama, hemşirelik uygulamaları, girişimler, değerlendirme) ilaç talepleri, tedavi/ilaç uygulamaları, hemşire gözlem kâğıdı hasta değerlendirme ölçekleri, rapor bilgileri, bası yarası takibi, hemşirelik uygulama talimatları, prosedürler hasta eğitimi, taburculuk, güvenlik raporlama bölümlerinden oluşmaktadır. Ayrıca bu sistemden tedavi/ilaç order, ilaç talepleri, verilen ilaç, hemşire order gör bölümünden hemşireler doktor istemlerine, laboratuvar sonuçlarına ve hasta diyetine ulaşmaktadırlar. Bununla birlikte doktorlar hasta tedavilerini girdiğinde otomatik olarak bu istemler hemşirelik tedavi planı uygulamaları sayfasına düşmekte, hekime istem/orderının görüldüğü uyarısı verilmektedir (Şekil 17).

Hemşirelik yönetim sistemi butonundan “Hemşirelik Süreci Çalışma” sayfasına girilir. Bu sayfada; hasta adı soyadı ve yaşı, kurumu, protokol numarası, birim ve servis

adı, kol bandı, hasta devir, teslim işlemleri hastanın beraberinde getirdiği ilacın teslim alınması ve taburculukta iade işlemi, hasta alt vizitleri, Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases= ICD 10), rapor bilgileri bölüme özgü tanımlanmıştır. Ayrıca sayfada hemşirelik girişimlerinde kullanılan sarf ya da sarj malzemelerin ilişkilendirildiği kayıt sayfası bulunmaktadır (Şekil 14).

Hemşireler tüm bu sisteme, hemşirelik desk/ bankosu üzerindeki ana bilgisayardan ya da hasta başında tablet ve cep telefonu aracılığı ile ulaşılabilmektedir.

10.10.4.77 - Hemşirelik Sürecinin Yönetimi

İşlem Tarih: 22/06/2016 Birim: KKBB A Servisi: Kulak-Burun-Boğaz Servisi Hemşirelik Yönetmeliği ve Girişimleri

Dosya No: L1415335 Ad/Soyad/Kurum/Yaş: YII 61000-SGKI 58 Hasta Kol Bandı

Servis: KKBB Takip Tipi: Normal Açıklama: - Vizit Tarihi: 14/04/2016 Protokol: Y16014306 Üst Viziti: İlaç Talepleri: 1XWL8CL Provizyon: B\_1M85BXQ Başyuru No: İlaç Bilgisi ICD - Protokoller

Hkno	Ad	Soyad	A.
L1522991	AV		
L1505156			
L268063			
L0842662			
L1146333			
L1176033			
L1525046			
L1150357			
L1516809			
L1525095			
L1521273			
L1012085			
L1263494			
L0400444			
L0949946			
L1521649			
L0658989			
L1482601			
L1521611			
L1415335			
L1500131			
L1521616			

Order Gözlemler Hemşirelik Bakım Planları Diyetler İlaç Order İlaç Talepleri Verilen İlaçlar Listeler/Şkalalar Order Gör

**Hasta Devir İşlemleri**

STABIL Teslim Alan

**Tanımlar ve Değerlendirmesi**

+	00039 ASPIRASYON RISKİ	CEEM01-05/06	
-	00051 SÖZEL İLETİŞİMDE BOZULMA	TEÖZ01-07/05	ASPIRE EDİLİYOR.
-	00004 ENFEKSİYON RISKİ	ŞEBU01-15/04	ASPIRE EDİLİYOR.
			RİSK DEVAM EDİYOR
			21/06/2016 07:42:37 CEEM01

**Nedenler**

+	Fasiaal, faranjial, jarengial ve /veya solunum kaslarının zayıflığı	CEEM01-05/06/2016 07:12
-		
Stop		

**Amaçlar**

+	Aspirasyon riskini engellemek	CEEM01-05/06/2016 07:12
-		
Stop		

**Uygulamalar**

+	Gerektiğinde oral ve faranjial aspirasyon yapılır.	CEEM01-05/06/2016 07:13
-	Ağızdan bir şey verildiğinde hastayı yatağında yada sandalyesinde sağ yana doğru yükseltir. <th>CEEM01-05/06/2016 07:13</th>	CEEM01-05/06/2016 07:13
Stop	Akciğer sesleri, rihltu, solunum sesi azalması/yokluğu değerlendirilir. <th>CEEM01-05/06/2016 07:13</th>	CEEM01-05/06/2016 07:13

Uygulandı Tümünü Uygulandı

Yazdır Stoplananan Gösterme Değişiklikleri Kaydet

Günlük İlaç Orderi Kaydedilmemiş Hastalar  
İlaç Orderi Mevcut Olmayan Hastalar

Hemş. Hizmetleri Laboratuvar Sonuçları ICD10 Tanımı Rapor Bilgileri Talimat/Prosedür Gözlem Kağıdı Bası Yarası Güvenlik Raporlama Çıkış

Başlat EMEL emel BAKIM - Microsoft ... Oracle Forms Runtime Belge1 - Microsoft Word

10:52 Çarşamba

Şekil 14. Elektronik Hemşirelik Süreci Çalışma Sayfası Ekran Görüntüsü

Bu sayfada hastanın bakım planı oluşturulur. Sistem hastanın ad, soyadını otomatik olarak kaydeder. Bu sayfada hemşire bakım planlaması işlemini beş aşamada gerçekleştirir. Hemşirelik bakım planları sayfasında; hasta devir işlemleri, tanılar ve değerlendirmesi, nedenler, amaçlar, uygulamalar ve yazdır bölümleri bulunmaktadır. (Şekil 14).

Şekil 14’de hemşirelik bakım planları sayfasından hemşire bakımı planlamaya başlamadan önce ilk bölümde yer alan hasta devir teslim işlemlerini sistem üzerinde gerçekleştirir. Bu bölümde teslimi veren hemşirenin adı soyadı, teslim verdiği saat, teslim notu ve teslimi karşılayan hemşirenin adı soyadı, teslim aldığı saat yer almaktadır. Hemşire hasta devir işlemlerini çalıştığı vardiyanın sonunda yer alan saatlerde sistem açıldığı zaman kayıt yapabilir. Hemşire bu kısımdaki (+) artı butonuna tıkladığında otomatik olarak adı ve soyadı sistemde görünür ve hastanın bakım planlamasını yapan hemşire değerlendirme notları sisteme kaydederek hastayı nöbetçi hemşireye teslim eder (Şekil 14).

Hasta devir işlemlerini tamamlayan hemşire, hemşirelik süreci çalışma sayfasının sol kısmında bulunan hasta listesinden hastasını seçer. Daha sonra hastaya ilişkin hemşirelik tanısını, tanılar ve değerlendirme bölümünden (+) butonuna basarak seçer (+) butonuna bastığı zaman sistemde ilişkili olan diğer tüm tanılara da ulaşabilir. Bu tanıya ilişkin bir alt basamakta bulunan nedenler kısmından hastanın probleminin ana nedenlerini (+) butonuna basarak belirler. Sonrasında problemin nedenlerine dönük amaçları da amaçlar bölümünde yer alan (+) butonunu işaretleyerek saptar. Ardından hemşireyi bu amaca ulaştıracak ya da hastanın problemini ortadan kaldıracak uygulamaları veya girişimleri uygulamalar bölümünden (+) butonuna basarak seçer. Son olarak yaptığı uygulamaların veya girişimlerin etkisini değerlendirmek, amaca ulaşılabilirliği saptamak veya hastanın probleminde ne kadar çözüme ulaştığını değerlendirir. Değerlendirme her bir tanı için ayrı yazılır. Hemşire bu sonucu tanılar ve değerlendirme bölümünün hemen sağında yer alan pencereye kayıt eder (Şekil 14).

YS\_HEMŞİRE\_BAKIM: Önizleyici

Dosya Görünüm Yardım

Sayfa: 1

RİSKLER DEVAM EDİYOR	28/04/2015 15:02	28/04/2015 16:35
MEVCUT RİSKLER DEVAM EDİYOR.	28/04/2015 05:43	28/04/2015 09:15
MEVCUT RİSKLER DEVAM EDİYOR	27/04/2015 15:02	28/04/2015 05:43
TEDAVİSİ VE RİSKLER DEVAM EDİYOR	27/04/2015 07:01	27/04/2015 09:05
YARIN TEDAVİNİN CERRAHI ŞEKLİ BELİRLENECEK.TEDAVİ VE RİSKLER DEVAM EDİYOR.	26/04/2015 14:33	27/04/2015 07:01
TEDAVİ DEVAM EDİYOR	26/04/2015 05:28	26/04/2015 08:34
PAZARTESİ GÜNÜ İŞLEMİN ŞEKLİ BELİRLENECEK RİSKLER DEVAM EDİYOR.	25/04/2015 14:59	25/04/2015 16:47
RİSKLER DEVAM EDİYORR	25/04/2015 07:31	25/04/2015 08:27
RİSKLER DEVAM EDİYOR	24/04/2015 15:52	24/04/2015 17:59
TEDAVİ VE TAKİPLERİ DEVAM EDİYOR.	24/04/2015 05:45	24/04/2015 09:52
Tedavi ve riskler devam ediyor.	23/04/2015 14:39	24/04/2015 09:52
tedavisi devam ediyor.	22/04/2015 22:28	23/04/2015 08:58
RİSKLER DEVAM EDİYOR	22/04/2015 15:46	22/04/2015 16:32
HASATA HİPER GLİSEMİYE GİRDİ.İNSULİN İNFUZYONU ALDI AN İTIBARI İLE REGULE	22/04/2015 05:17	22/04/2015 09:29
OPERASYON ERTELENDİ KAROTİS TIKANIKLIĞI MEVCUT	21/04/2015 14:21	21/04/2015 16:43
RİSKLER DEVAM EDİYOR	21/04/2015 14:18	
HASTA BUGÜN OPERE EDİLECEK 24 TEN SONRA AÇ BIRAKILDI.	21/04/2015 06:58	
	20/04/2015 15:51	21/04/2015 06:58

**00155 DÜŞME RİSKİ** Bsl.Zamanı : 21/04/2015 14:16 Stop.Zamanı : 04/05/2015 16:01

<b>Tanı Değerlendirmeleri</b>	
Hedefe Ulaşıldı	04/05/2015 16:01
<b>Nedenler</b>	
65 yaş ve üstü hastalar, ve Kronik hastalıklar	Bsl.Zamanı : 21/04/2015 14:16 Stop.Zamanı :
Ortastatik Hipotansiyon	Bsl.Zamanı : 21/04/2015 14:16 Stop.Zamanı :
<b>Amaçlar</b>	
Hastanın düşmemesi ve yaralanma olmaması için hasta düşme riski yönünden değerlendirilerek olası tedbirleri olacaktır.	Bsl.Zamanı : 21/04/2015 14:16 Stop.Zamanı :
<b>Uygulamalar</b>	
DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRİLMESİ YAPILIR(Hastanın kuruma kabulünde Transfer esnasında . Hastanın durumundaki değişiklikte Düşme sonrasında)	Bsl.Zamanı : 21/04/2015 14:16 Stop.Zamanı : Uygulama Zamanları : 04/05/2015 15:37

Sayfa 1

Baslat Oracle Forms Runtime Çıkarılabilir Disk (F:) Microsoft PowerPoint - ... Rapor Artalan Makinesi YS\_HEMŞİRE\_BAKIM... 16:20

Şekil 15. Hemşirelik Hizmetleri Hasta Devir Teslimi ve Hemşirelik Bakım Planı Çıktı Örneği

Hemşire hemşirelik bakım planları kısmından hastaya özgü hazırlamış olduğu bakım planının çıktısını hemşirelik bakım planları sayfasının alt kısmında yer alan “yazdır” butonunu tıklayarak hemşirelik süreci uygulama çıktısını alabilir (Şekil 15).



TANI\_LISTESİ (1) [Korumalı Görünüm] - Excel

Halil KAVGACI

Dosya Giriş Ekle Sayfa Düzeni Formüller Veri Gözden Geçir Görünüm Ne yapmak istediğinizi söyleyin

KORUMALI GÖRÜNÜM Dikkatli olun! İnternet kaynaklı dosyalar virüs içerebilir. Düzenlemeniz gerekmiyorsa, Korumalı Görünümde kalmanız daha güvenli olur. Düzenlemeyi Etkinleştir

A102 : X ✓ fx 00004 ENFEKSİYON RISKİ

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
88	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KDAH02	169													
89	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KBYNC	201													
90	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KDAHGA	219													
91	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KPEDY	230													
92	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KDAHNE	240													
93	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KGNLC2	244													
94	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KDAHEN	324													
95	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KGCER	434													
96	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KDAHON	471													
97	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KGOZ	509													
98	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KKORON	538													
99	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KGOĞUS	601													
100	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KUROLO	769													
101	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KKBB	860													
102	00004 ENFEKSİYON RISKİ	KGNLC	1077													
103	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KGOĞY	1													
104	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KPSIKY	1													
105	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KPLST	1													
106	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KDAHGA	1													
107	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KCKCK	1													
108	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KPEDAC	2													
109	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KPEDHE	2													
110	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KNRŞYB	3													
111	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KBYNC	3													
112	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KKBB	5													
113	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KPEDAD	6													
114	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KGOĞUS	8													
115	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KARYBÜ	9													
116	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KDAHON	9													
117	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KPEDY	10													
118	00005 VUCÜT SICAKLIĞINDA DENGESİZLİK RISKİ	KPEDEF	12													

SQL Results SQL Statement

Hazır

AVŞE KAVGACI 12 ... Bu bilgisayar ölçek sorulari Yandex - Yandex Mynet Email = Lid... 24 haziran cuma t... TANI\_LISTESİ (1) ... 09:13

**Şekil 16.** Kliniklere Göre En Çok Tercih Edilen Hemşirelik Tanımları Veri Tabanı

Elektronik hemşirelik yönetim sistemi üzerinde hemşirenin kayıt altına aldığı tüm veriler analiz edilebilir durumda depolanır. Hemşirelerin hemşirelik süreci boyunca uygulama verilerinin depolandığı bilgilerin tümünü bu kısım kapsamaktadır. Bunlar; klinik alanlara göre tercih edilen hemşirelik tanımları, hemşirelik tanımlarının uygunluğu, nedenler, amaçlar, uygulamalar/hemşirelik girişimleri gibi hemşirelik sürecinde hedefe ulaşma ve sonuçlandırma durumu ile ilgili verileri kapsamaktadır. Hemşirelik hizmetleri yönetimi, bilişim sistemi ile uzaktan erişimle elektronik ortamda bütün bu aşamaları değerlendirebilmekte ve denetleyebilmekte ve analiz edebilmektedir (Şekil 16).

**Tablo 2.** Hemşirelerin En Fazla Tercih Ettiği Hemşirelik Tanıları Veri Tabanı Sonuçları

00004 Enfeksiyon Riski	Genel Cerrahi Servisi
00132 Akut Ağrı	Kadın-Doğum Servisi
00155 Düşme Riski	Ortopedi Servisi
00126 Bilgi Eksikliği	Dahiliye - Onkoloji Servisi
00206 Kanama Riski	Göğüs Cerrahisi Servisi
00134 Bulantı	Kardiyoloji Servisi
00148 Korku	Plastik Cerrahi Servisi
Öz Bakım Eksikliği	Üroloji Servisi
00032 Etkisiz Solunum Örüntüsü	Göz Servisi
00125 Güçsüzlük	Kalp-Damar Cerrahisi Servisi
00007 Hipertermi	Göğüs Hastalıkları Servisi
00146 Anksiyete	Koroner Bakım Servisi
00002 Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Az	Pediyatri Enfeksiyon Servisi
Enfeksiyon Bulaştırma Riski	Beyin Cerrahi Servisi
00011 Konstipasyon	Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi
00093 Yorgunluk	Nöroloji Servisi
00051 Sözel İletişimde Bozulma	Yanık Ünitesi
00047 Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski	Dahiliye - Gastroenteroloji Servisi
00095 Uyku Düzeninde Rahatsızlık	Radyasyon Onkolojisi Servisi
00044 Doku Bütünlüğünde Bozulma	Pediyatri (Adölesan) Servisi
00015 Konstipasyon Riski	Anestezi Yoğun Bakım BD.Servisi
Emzirme Yardımı Eğitimi	Kulak-Burun-Boğaz Servisi
00031 Hava Yollarını Temizlemede Etkisizlik/Yetersizlik	Nöroşirürji yoğun Bakım Servisi
00133 Kronik Ağrı	Dahiliye - Nefroloji Servisi
00124 Ümitsizlik	Pediyatri (Süt Çocuğu) Servisi

10.10.4.77 - Hemşirelik Sürecinin Yönetimi

İşlem Tarih: 14/01/2016 Birim: KGNLC Servisi: Genel Cerrahi Servisi Hemşirelik Yönetmeliği ve Girişimler

Dosya No: L1087161 Ad/Soyad/Kurum/Yaş: A 61000-SGKI 53 Hasta Kol Bandı

Servis: KGNLC Takip Tipi: Normal Açıklama: -

Takipler: KGNLC Normal

Vizit Tarihi: 11/01/2016 Protokol: Y16001266 Üst Viziti: TV1H97M Provizyon: B\_1J0FC8Q Başvuru No: ICD - Protokol

Hkno	Ad	Soyad	A.
L0957716			
L1087161			
L0778163			
L1211458			
L1336948			
L0567901			
L1420814			
L0929841			
L1491911			
L0835874			
L1495379			
L1313454			
L1064128			
L1489136			
L0462080			
L1103813			
L0998094			
L0056666			
L1477008			
L1487770			
L1422140			
L1222754			
L1490898			
L1495336			
L1000233			
L1130832			
L0082524			
L1203914			
L1350671			
L1461191			
L0607822			
L1489371			
L1334318			
L0896317			
L1490099			

Kod	Ad	Tarih	İsteyen	Açıklama	Stop Doktor	Onay Hemşire
99	DİĞER	13/01/2016	DR1833	ÖZG: KBH		HAIL01
99	DİĞER	13/01/2016	DR1833	A>Ç		HAIL01
02	ALDIĞI-ÇIKARDIĞI	13/01/2016	DR1833	AÇIT- SİT		HAIL01
01	ATEŞ-NABİZ-TANSİYON-SÖLÜNÜM	13/01/2016	DR1833			HAIL01
99	DİĞER	12/01/2016	DR1829	ÖZG: KBH		MOAS01
99	DİĞER	12/01/2016	DR1829	A>Ç		MOAS01
02	ALDIĞI-ÇIKARDIĞI	12/01/2016	DR1829	AÇIT- SİT		MOAS01
01	ATEŞ-NABİZ-TANSİYON-SÖLÜNÜM	12/01/2016	DR1829			MOAS01

Kayıt Zamanı: 12/01/2016 23:56:10 Stop Zamanı: Onay Zamanı: 13/01/2016 01:20:32

ÖZG: KBH

Kan Ürünü	K. Grubu	Verildi	Rezerv

Günlük İlaç Orderi Kaydedilmemiş Hastalar  
İlaç Orderi Mevcut Olmayan Hastalar

Laboratuvar Sonuçları ICD10 Tanımı Rapor Bilgileri Talimat/Prosedür Gözlem Kağıdı Bası Yarası Güvenlik Raporlama Çıkış

Kayıt: 1/1

Baslat 24 aralık hemşirelik bakım ... BAYCHIP (F:) 14ocak-k 2016 ... Oracle Forms ... Yeni Microsoft W... 12:33

Şekil 17. Elektronik Sistemde Doktor İstem Formu Ekran Görüntüsü

Bakım planlarının ardından hemşire hekimin ilaç order/istemlerini de hemşirelik süreci yönetimi sayfasında yer alan ilaç order butonundan takip edebilir (Şekil17).

KTÜ FARABI HASTANESİ  
HEMŞİRE TAKİP FORMU

Tarih : 27/06/2016

Dosya / Protokol No : L0967781/Y16024867  
Yatış Tarihi : 24/06/2016  
Hasta Adı-Soyadı :  
Öğretim Üyesi :

Tanı : K56.7-ileus, tanımlanmamış(24/06/2016)  
Gözlem : 01-ATEŞ-NABİZ-TANSİYON-SOLLUNUM

Diyetler: Q-ORAL YOK

Tedavi Çizelgesi

ELEXANE 40 MG ( 25/06/2016 - 3. gün ) Subkutan şekilde 24 Saatte 1 ADET uygulanacak.	1
DEKS %5 NaCl %0,45 500 cc TORBA ( 25/06/2016 - 3. gün ) Intra venöz şekilde 24 Saatte 5 uygulanacak.	5
MAGNEZYUM SÜLFAT %15 AMP. ( 26/06/2016 - 2. gün ) Intra venöz şekilde 24 Saatte 2 ADET uygulanacak.	2
POTASYUM KLORÜR %7.5 AMP. ( 26/06/2016 - 2. gün ) Intra venöz şekilde 24 Saatte 6 uygulanacak.	6
ULCURAN AMP. ( 24/06/2016 - 4. gün ) Intra venöz şekilde 24 Saatte 1 uygulanacak.	1

99-DİŞER(NG TAKİP)  
99-DİŞER(NG DEN GELENİ RL İLE KARSILA)

Saat	Ateş	Nabız	Sol.	Tansiyon	sPO2		

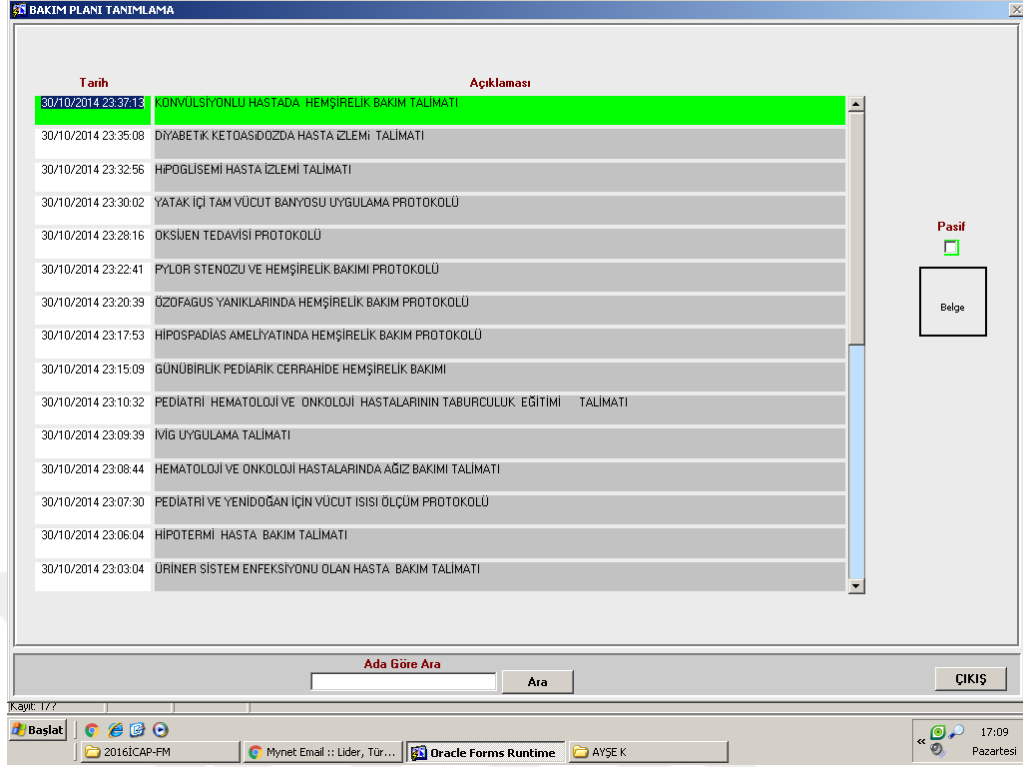
Başlat

2016İCAP-FM Mynet Email :: ... Oracle Forms R... AYŞE K tez - Microsoft ... Rapor Artalan ... Y\_ILAC\_ORDE...

17:10 Pazartesi

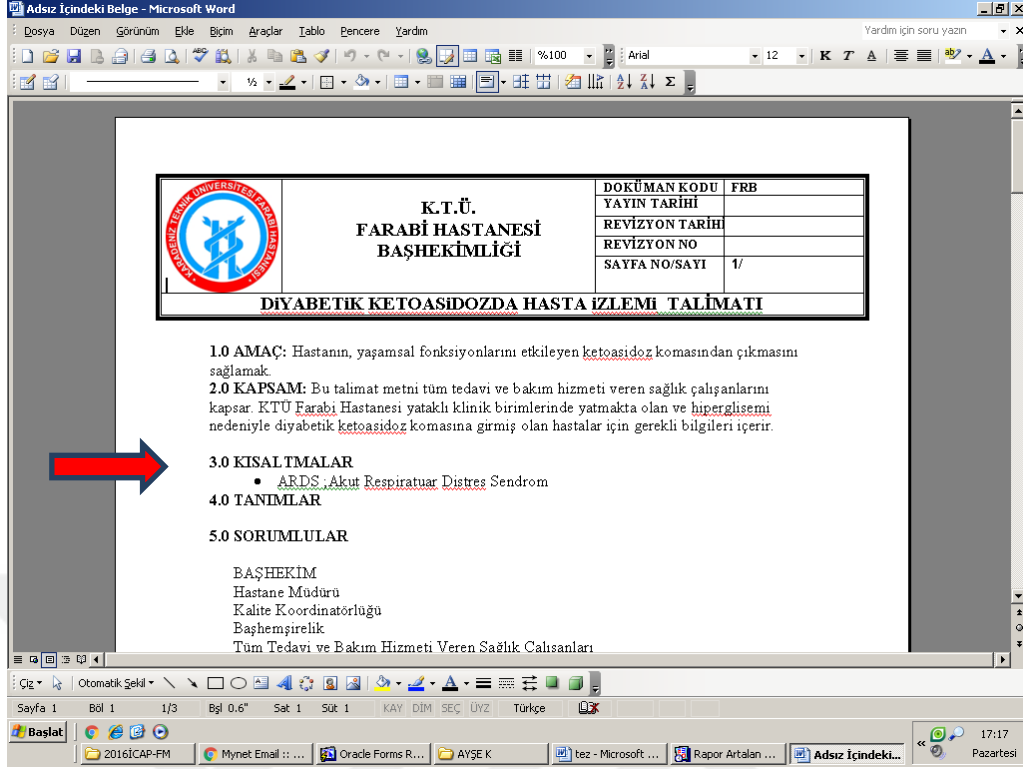
Şekil 18. Hemşire Gözlem Formu Örneği

Doktor istemde bulunduğu andan itibaren ilaç orderleri elektronik ortamda hemşire gözlem formunda görülebilmektedir. Hemşire ilaç orderlerinin (istem) bulunduğu gözlem formunu yazdırarak çıktı alabilir (Şekil18).



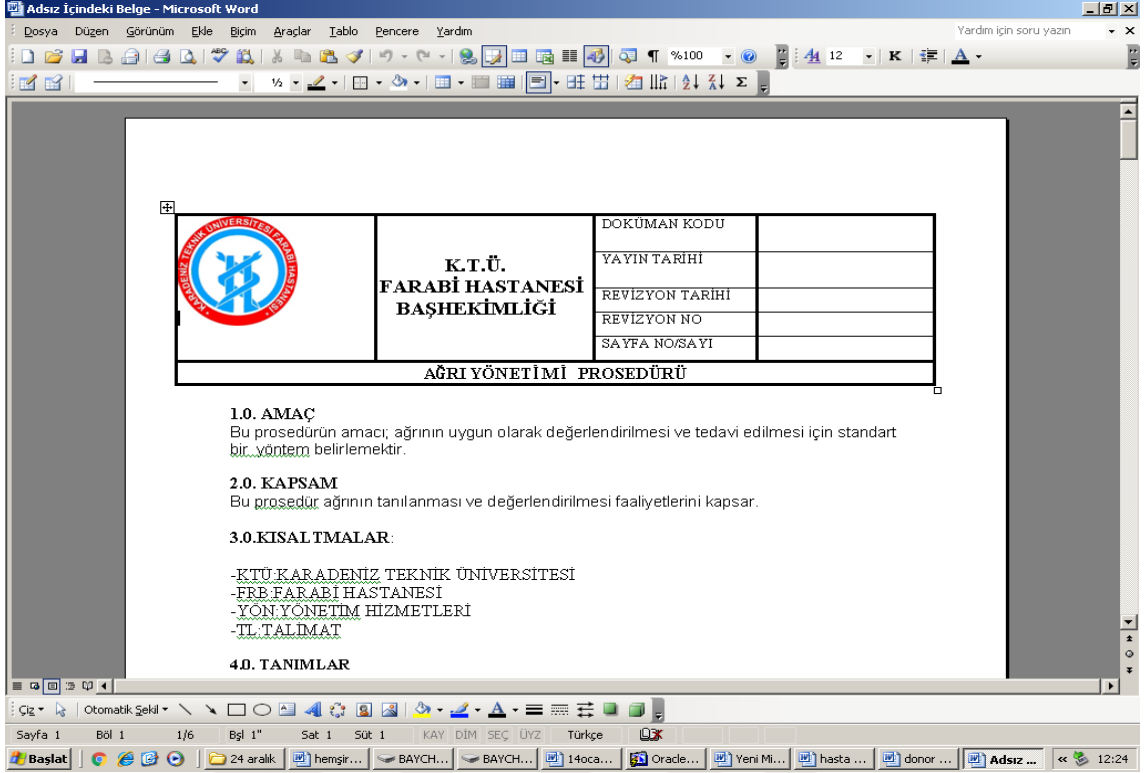
Şekil 19. Uygulama Talimat ve Protokoller Listesi Ekran Görüntüsü

Hemşire uygulamalarını gerçekleştirmeden önce kendisine rehber olabilecek olan talimat ve prosedürlere hemşirelik sürecinin yönetimi ana sayfasının alt kısmında yer alan talimat/prosedür butonundan da erişebilir. Bu sayfadan tüm talimat ve prosedür listelerine erişilmektedir (Şekil 19). Hemşire bu listeden bir talimatı seçip, isterse çıktı alabilir.



Şekil 20. Uygulama Talimatı Örneği

Şekil 20’de bir talimat örneğinden kesit görülmektedir.



Şekil 21. Bir Prosedür Örneği

Şekil 21’de bir prosedür örneği verilmiştir.

10.10.4.77 - Hemşirelik Sürecinin Yönetimi

İşlem Tarihi: 14/01/2016 Birim: KGNLNC Servis: Hemşirelik Yönetmeliği ve Girişimler  
Dosya No: L1087161 Ad/Soyad/Kurum/Yaş: Ad 61000-SGKI 53 Hasta Kol Bandı

Servis: KGNLNC Takip Tipi: Normal Açıklama: - Vizit Tarihi: 11/01/2016 Protokol: Y16001266 Üst Viziti: TV1H97M Provizyon: B\_1J0FC8Q Başvuru No: ICD - Protokol

Order Gözlemler Hemşirelik Bakım Planları Diyetler İlaç Order İlaç Talepleri Verilen İlaçlar Listeler/Skalalar Order Gör

Listeleme Tarihi: 14/01/2016 00:00:00  
Aktif Hasta Order Listesi  
H.GÜNLÜK LİSTE  
H.TÜM LİSTE  
İLAÇLI LİSTE  
HASTALI LİSTE  
EHU  
İSTEKLER

label

Değerlendirme Skalaları Wong Baker Yüz Skalası  
Skala Risk

Riker Sedasyon-Ajiktasyon Skalası (SAS)  
Ramsey Sedasyon Skalası  
Wong Baker Yüz Skalası  
Glasgow Koma Skalası  
Harizmi Düşme Riski Ölçeği  
İtali Düşme Riski Ölçeği

Detay Gör

Günlük İlaç Orderi Kaydedilmemiş Hastalar  
İlaç Orderi Mevcut Olmayan Hastalar

L0957716  
L1087161  
L0778163  
L1211458  
L1336948  
L0567901  
L1420814  
L0929841  
L1491911  
L0835874  
L1495379  
L1313454  
L1064128  
L1489136  
L0462080  
L1103813  
L0998094  
L0056666  
L1477008  
L1487770  
L1422140  
L1222754  
L1490898  
L1495336  
L1000233  
L1130832  
L0082524  
L1203914  
L1350671  
L1461191  
L0607822  
L1489371  
L1334318  
L0896317  
L1490099

Kayıt: 1/1

Başlat 24 aralık hengirelik bakım yöne... BAYCHIP (F:) 14ocak-k 2016 TEZL... Oracle Forms Runtl... 12:31

Şekil 22. Değerlendirme Skalaları Listesi Ekran Görüntüsü

Hemşire, uygulamalarında kullanabileceği ve ona rehber olabilecek ölçek ve listelere hemşirelik sürecinin yönetimi ana sayfasının sağ üst kısmında bulunan "listeler/skalalar" butonundan ulaşabilir.

Hemşire listeler/skalalar butonuna tıkladığı zaman (Şekil 22) görülen ölçeklerin/ skalaların bulunduğu liste açılmaktadır. Hemşire uygulamak istediği ölçeği bu listeden seçer ve ilgili ölçek sayfası açılır (Şekil 22).



Oracle Forms Runtime

İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

KAAY09 AYAKTAN HASTA YATAN HASTA

Protokol No : Y15043584 Dosya No L0257019 Vizit Tarihi 20/11/2015 Tab.Tar. S/Ü S  
 Protokol Y15043584 Adı GO A/Y Y  
 Dosya No Ay.Protokolü Kurum 61000-SGKE Pol.Kodu KGNLC  
 257019 ARA Yeni Kayıt

Dosya No	Tarih	Hkno	Pkno	Memur	F	Sil
257019						X
Kaydedilmiş Raporları						

Değerlendirme Zamanı :

**MINÖR RISK FAKTÖRLERİ**

(1) 1. 65 Yaş ve üzeri :

(1) 2. Bilinç kapalı :

(1) 3. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var :

(1) 4. Kronik hastalık öyküsü var :

(1) 5. Ayakta veya yürürken fiziksel desteğe gereksinimi var :

(1) 6. Üriner-fekal inkontinansı var :

(1) 7. Görme durumu zayıf :

(1) 8. Günlük 4'ten fazla ilaç kullanımı var :

(1) 9. Hastaya bağlı 1 veya 2 adet bakım ekipmanı var :

(1) 10. Yatak korkulukları bulunmuyor veya çalışmıyor :

(1) 11. Yürüme alanında fiziksel engel(ler) var :

**MAJÖR RISK FAKTÖRLERİ**

(5) 12. Bilin açık koopere değil :

(5) 13. Ayakta veya yürürken denge problemi var :

(5) 14. Baş dönmesi var :

(5) 15. Ortostatik hipotansiyonu var :

(5) 16. Görme engeli var :

(5) 17. Bedensel engeli var :

(5) 18. Hastaya bağlı 3 ve üzerinde bakım ekipmanı var :

(5) 19. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var :

Toplam Skor :

Kaydet Çıkış

Şekil 23. İtaki Düşme Riski Ölçeği Uygulama Modeli Ekran Görüntüsü

Şekil 23 de örnek olarak İtaki Düşme Riski Ölçeği ekran görüntüsü verilmiştir. Hemşire hastadan elde ettiği veriler doğrultusunda ölçeği çek ederek ölçek puanını elde eder. Buna göre hastasının bakımını planlar ve uygular.

Hemşire hasta taburcu edilirken en son taburculuk eğitimi gerçekleştirilir. Taburculuk eğitimi ekran görüntüsü hemşirelik bakım planı sayfasında ulaşarak planlar ve uygular (Şekil 9).

## İKİNCİ BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma, hemşirelik sürecinde elektronik uygulamalara geçişin etkilerini değerlendirmek üzere 5 ayrı ölçek geliştirildiği için metodolojik, hemşirelik sürecinde elektronik uygulamalara geçişin etkilerinin hemşirelerin görüşleri ile değerlendirilmesi nedeni ile tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

#### 2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesinde 6 Nisan- 28 Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın yapıldığı Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesinin tanıtıcı özellikleri Tablo 3’de sunulmuştur. Ayrıca KTÜ Farabi Hastanesinde 8 Kasım 2013 tarihinden itibaren hemşirelik hizmetlerinde elektronik uygulamalara geçilmiştir. Bu gün itibarı ile elektronik uygulamalar toplam 33 klinikte kullanılırken, erişkin ve çocuk acil birimlerinde, ve polikliniklerde kullanılmamaktadır.

**Tablo 3.** KTÜ Farabi Hastanesi Tanıtıcı Özellikleri

Klinikler	Hemşire Sayısı	Yönetici Hemşire Sayısı	Yatak Sayısı
Yoğun bakım	104	11	82
Dâhili klinikler	234	29	346
Cerrahi klinik	218	25	423
Ameliyathane	46	4	24
Poliklinik ve diğer birimler	9	6	22
Toplam	611	75	897

#### 2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, KTÜ. Farabi Hastanesinde Çalışan toplam “611 ”hemşire oluşturmuştur. Araştırma, örneklem seçimine gidilmeksizin elektronik ortamda hemşirelik sürecinin kullanıldığı kliniklerde çalışan, çalışmaya katılımda gönüllü olan, raporlu ya da izinli olmayan 545 (%89) hemşire ile tamamlanmıştır. Bu dönemde

raporlu ve izinli olan hemşire sayısı 34 ve çalışmaya katılımda gönüllü olmayan hemşire sayısı 11 dir. Erişkin ve çocuk acil birimlerinde ve polikliniklerde elektronik hemşirelik süreci programı kullanmadığı için 21 hemşire çalışmaya dâhil edilmemiştir.

#### 2.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında bilgi formu (Ek1), hemşirelik sürecinde elektronik uygulamalara geçişin etkilerini belirlemeye yönelik 5 taslak ölçek (Ek1) kullanılmıştır.

##### Bilgi formu

Araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bu form, klinik alanda çalışan hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile yapısı, medeni durumu, gelir düzeyi, çalışılan klinik, pozisyonu, hastanedeki deneyimi, hastanedeki çalışma süresi, klinikteki çalışma süresi, toplam çalışma süresi ile ilgili 11 sorudan oluşmaktadır.

##### Ölçekler

Çalışmada hemşirelik sürecinde elektronik uygulamaların kullanımına ve etkilerini değerlendirmeye ilişkin “Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Hemşirelik Uygulamalarına Yararı Ölçeği (HUYÖ)”, “ Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Hastaya Yararı Ölçeği (HYÖ)”, “Hemşirelik sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Kuruma ve Sağlık Çalışanlarına Yararı Ölçeği (KSCYÖ)”, “Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Yararı (HÇGYÖ)”, “Hemşirelik sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Olumsuz Etkileri (OYÖ)” olmak üzere 5 taslak ölçek kullanılmıştır. Bu ölçekler Evet (3), Hayır (1), Kısmen (2) şeklinde değerlendirilen 3'lü Likert tipi ölçeklerdir.

HUYÖ 17 soru, HYÖ 10 soru, KSCYÖ 7 soru, HÇGYÖ 8 soru, OYÖ 10 soru içerecek şekilde literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından araştırma kapsamında geliştirilmiştir. Daha sonra ölçeklerin anlaşılır olup olmadığı test etmek için ölçekler klinik hemşirelerin ve klinik sorumlu hemşirelerin görüşlerine sunulmuştur. Bu aşamadan sonra ölçeklerin kapsam geçerliliği sağlamak için hemşirelik alanında 3, halk

sağlığı alanında 2 olmak üzere 5 uzman görüşü ve bir deneyimli yönetici hemşirenin görüşleri alınmıştır.

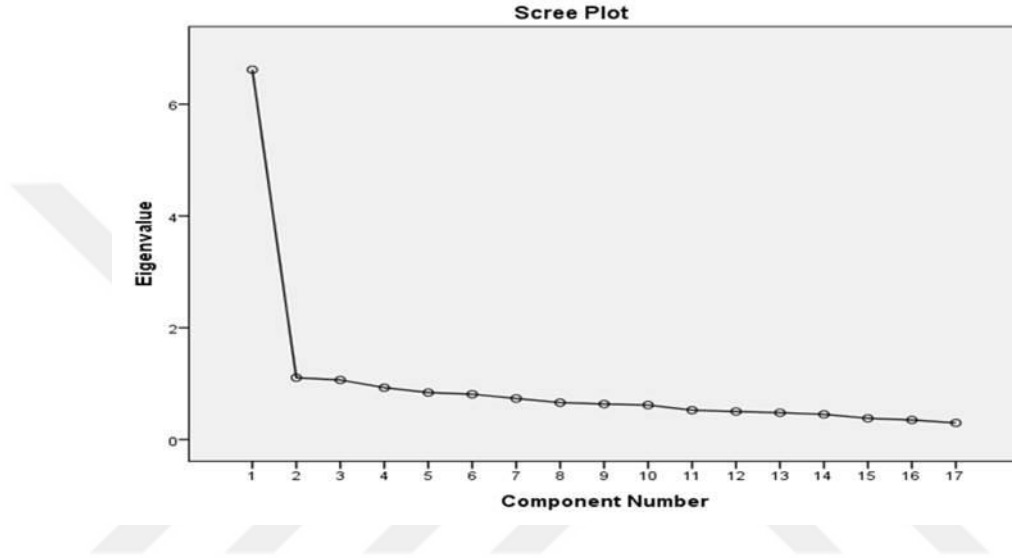
#### **2.4.1. Elektronik Uygulamalara Geçişin Hemşirelik Uygulamalarına Yararı Ölçeği (HUYÖ)**

Elektronik Uygulamalara Geçişin Hemşirelik Uygulamalarına Yararı ölçeğindeki 17 maddenin güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenilirliği  $\alpha=0.899$  olarak çok yüksek bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak için açıklayıcı (açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ( $p=0.000<0.05$ ) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ( $KMO=0.921>0,60$ ) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında Varimax Yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha ve açıklanan varyans değerine göre Elektronik Uygulamalara Geçişin Hemşirelik Uygulamalarına Yararı ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı aşağıda görülmektedir. Aşağıda gösterilen Tablo 4’te Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %51.703 olan 3 faktör altında toplanmıştır.

**Tablo 4.** HUYÖ'nün Alt Boyutlarına İlişkin Faktör Yük Değerleri ve Cronbach Alpha Değerleri

Boyut	Ölçek Alt Boyutları ve Maddeleri	Faktör Yükü	Varyans	Cronbach Alpha	
F1 (Özdeğer=6.617)	11	Hemşirelik sürecinin elektronik sistemle yürütülmesi sonucu sağlık disiplinlerine/hemşirelik mesleğine bilimsel nitelikte veri oluşturduğunuzu düşünüyor musunuz?	0,752	26,029	0,871
	5	Hemşirelik bakımında ortak bakım yaklaşımı sağlanması için sürecin elektronik sistem üzerinden uygulanmasını önemli bir aşama olarak değerlendiriyor musunuz?	0,657		
	9	Elektronik hemşirelik bakım sürecinin öğrencilerin teorik bilgilerini uygulama alanında pekiştirmelerine destek olabileceğini düşünüyor musunuz?	0,651		
	12	Vardiyalar ve kişiler arasında sistem üzerinden yazılı veri akışı ve teslim sağlayarak iletişimin etkinliğini arttırdığınızı düşünüyor musunuz?	0,643		
	14	Hemşirelik yönetim sistemindeki talimat ve prosedürler hemşirelik girişimlerini uygulamanızda, gerektiğinde size ve yeni başlayan hemşirelere rehberlik eder mi?	0,634		
	8	Kullandığınız elektronik sistemle teorik ve pratik bilgilerinizi uygulamalarınıza aktardığınızı ve hemşirelikte bilimsel bakım süreci uyguladığınızı düşünüyor musunuz?	0,625		
	17	Sistemin hemşirenin günlük çalışma programını uygun saat dilimlerine bölerek zaman yönetimi sağladığını düşünüyor musunuz?	0,624		
	15	Elektronik hemşirelik bakım sürecinin elde yazmaya kıyasla daha az zamanınızı aldığını düşünüyor musunuz?	0,596		
	10	Elektronik hemşirelik bakım yönetim programıyla size gerekli bilgilere sistemden hızlı ulaşarak hastanıza etkili ve bütüncül hemşirelik bakımı uyguladığınızı düşünüyor musunuz?	0,461		
	2	Elektronik sistemde yeni ortak bakım disiplini dizayn edilerek hemşireliğin global anlamda güçlenmesi ve değeri görmesi gerektiğine inanıyor musunuz?	0,368		
F2 (Özdeğer=1.107)	13	Sistemde kayıtlı verilerin size gerektiğinde ulaşılabilir yasal doküman sağladığını düşünüyor musunuz?	0,678	13,978	0,667
	6	Elektronik sistemi ile doktor istemlerini karşılarken sistemde kayıtlı verileri olası ilaç yazım-okuma hataları riskini önlemede etkili buluyor musunuz?	0,674		
	7	Hekim istemlerini elektronik sistemden daha hızlı aldığınızı ve zamanınızı daha etkin kullandığınızı düşünüyor musunuz?	0,618		
	16	Hasta güvenliği ile ilgili hemşirelik uygulamalarınızı elektronik ortamda kayıt altına alarak yasal olarak kayıt oluşturduğunuzu düşünüyor musunuz?	0,605		
F3	1	Hemşirelik yönetim sistemi ile değerlendirilebilir, geliştirilebilir, ölçülebilir nitelikte mesleki görünürlük sağladığınızı ve uygulamalarınızı kayıt altına aldığınızı düşünüyor musunuz?	0,799	11,696	0,639
	4	Hemşirelik bakım sürecini standart ölçütlerde bilimsel yol ve yöntemlerden yararlanarak planlı ve yetkiniz dâhilinde hastanıza özgü uygulamaktan memnun musunuz?	0,546		
	3	Elektronik sistemdeki uygulama verilerinin hemşirenin işgücü ve performansının kayıtlı göstergesi olduğunu düşünüyor musunuz?	0,522		

HUYÖ'nin faktör analizi değerlendirilmesinde öz değeri birden büyük faktörlerin ele alınmasına, değişkenlerin faktör içerisindeki ağırlığını gösteren faktör yüklerinin yüksek olmasına, aynı değişken için faktör yüklerinin birbirine yakın olmamasına dikkat edilmiştir. Ölçeği oluşturan faktörlerin güvenirlik katsayıları ve açıklanan varyans oranlarının yüksek olması ölçeğin güçlü bir faktör yapısına sahip olduğunu göstermiştir. Faktör analizine ilişkin saçılım grafiği (Şekil 24). gösterilmiştir.



Şekil 24. HUYÖ'nin Yamaç-Birikinti Grafiği

Yamaç-Birikinti Grafiği incelendiğinde, birinci faktörden sonra kırılım gerçekleşmektedir. Bu durum ölçeğin tek faktörlü bir yapıda olduğunu göstermektedir. Ölçekteki maddeler toplanarak ölçek puanı elde edilmiştir. Ölçekten alınan puan 17-51 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması elektronik uygulamalara geçişin hemşirelik uygulamalarına yararına ilişkin tutum ve görüşlerin yüksek olduğunu göstermektedir.

#### 2.4.2. Elektronik Uygulamalara Geçişin Hastaya Yararını Belirlemeye Yönelik Ölçek (HYÖ)

HYÖ'deki 10 maddenin güvenirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan "Cronbach Alpha" hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenirliği  $\alpha=0.886$  olarak çok yüksek bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı (açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda

( $p=0.000<0.05$ ) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ( $KMO=0.909>0,60$ ) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında Varimax Yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %49,969 olan tek faktör altında toplanmıştır. (Tablo 5) Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha ve açıklanan varyans değerine göre Elektronik Uygulamalara Geçişin Hastaya Yararı ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı aşağıda görülmektedir.

**Tablo 5.** Elektronik Uygulamalara Geçişin Hastaya Yararını Belirlemeye Yönelik Ölçeğin Faktör Yapısı

Madde No	Ölçek Boyutu ve Maddeleri	Faktör Yüğü
9	Hemşirelik sürecinde kaydettiğiniz uygulama bilgileriniz hasta bakımının etkinliğini değerlendirmenize ve hastanız için yeni girişimler geliştirmenize imkan sağlıyor mu?	0,808
6	Hemşirelik bakım yönetim sisteminden ilgili verilere ulaşarak hastanıza bütüncül hemşirelik bakım yaklaşımı uyguladığınızı düşünüyor musunuz?	0,770
2	Elektronik süreç ile uygulama verilerinin depolanarak bilimsel veri oluşturduğunu ve hasta bakımını geliştireceğini düşünüyor musunuz?	0,768
7	Hemşirelik bakım yönetim sistemindeki elektronik veriler hastanıza ilgili uygun hemşirelik girişimini seçmeniz için size rehberlik eder mi?	0,747
1	Hemşirelik sürecinde elektronik uygulamaları bilimsel yol ve yöntem göstererek hastaya bakım verici rolünüzü geliştirdiğini düşünüyor musunuz?	0,747
8	Elektronik süreç yönetim programının hastanızla ilgili girişimlerinizin sonunda uygulamalarınızı çek etmeniz size destek sağladığını düşünüyor musunuz?	0,733
10	Hemşirelik yönetim sistemindeki eğitim protokolleri ve dökümanların hasta ve yakınlarının eğitiminde size katkı verdiğini düşünüyor musunuz?	0,731
4	Hemşirelik bakım sürecini elektronik sistemde hastanıza özgü uygulayarak hastanızın memnuniyetini sağladığınızı düşünüyor musunuz?	0,728
5	Elektronik ortamdan hekim istemlerini karşılayarak istem yazmaya ayıracağınız süreyi hastalarınızın bakımına ayırdığınızı düşünüyor musunuz?	0,542
3	Elektronik ortamdan hekim istemlerini sistemden alarak ilaç yazım-okuma hataları riskine karşı hastanızı güven altına aldığınızı düşünüyor musunuz?	0,386
Toplam Varyans %49,969		

Ölçekteki maddeler toplanarak ölçek puanı elde edilmiştir. Ölçekten alınan puan 10-30 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması elektronik uygulamalara geçişin hastaya yararına ilişkin tutum ve görüşlerin yüksek olduğunu göstermektedir.

### 2.4.3. Elektronik Uygulamaların Kuruma ve Sağlık Çalışanlarına Yararını Belirlemeye Yönelik Ölçek (KSÇYÖ)

Elektronik Uygulamaların Kuruma ve Sağlık Çalışanlarına Yararı ölçeğindeki 7 maddenin güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenilirliği  $\alpha=0.852$  olarak çok yüksek bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı (açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ( $p=0.000<0.05$ ) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ( $KMO=0.885>0,60$ ) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında Varimax Yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %53,269 olan tek faktör altında toplanmıştır. Tablo 6) Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha ve açıklanan varyans değerine göre Elektronik Uygulamaların Kuruma ve Sağlık Çalışanlarına Yararı ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı aşağıda görülmektedir.

**Tablo 6.** Elektronik Uygulamaların Kuruma ve Sağlık Çalışanlarına Yararını Belirlemeye Yönelik Ölçek Faktör Yapısı

		Faktör Yüğü
1	Sağlık disiplinlerine bilimsel veri kaynağı oluşturduğunuzu düşünüyor musunuz?	,787
4	Kurumun iyileştirilmesinde sistemdeki verilerinizin kaynak gösterilebileceğini düşünüyor musunuz?	,760
2	Elektronik hemşirelik yönetim sisteminin kurumun maliyet etkinlik çalışmalarında veri kaynağı olduğunu düşünüyor musunuz?	,754
3	Verinizi yasal nitelikte elektronik sistemde doğru kaydederek kurumun misyon ve vizyonunu geliştirdiğinizi düşünüyor musunuz?	,754
6	Sistemdeki prosedürlerin öğrenci eğitimini ve hasta eğitimini iyileştirdiğini dolayısıyla kurumun eğitim kalitesine katkı sağladığını düşünüyor musunuz?	,702
7	Hemşirelik sürecinde elektronik uygulamalara geçiş ile kurumda maliyet etkinlik sağladığınızı düşünüyor musunuz?	,694
5	İstem, ilaç yazım-okuma ve hata riskini önlemede kullandığınız hemşirelik yönetim sisteminin kurumda olası hata riskini azalttığını ve kaliteyi artırdığını düşünüyor musunuz?	,647
Toplam Varyans %53,269		



Ölçekteki maddeler toplanarak ölçek puanı elde edilmiştir. Ölçekten alınan puan 7-21 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması Elektronik Uygulamaların Kuruma ve Sağlık Çalışanlarına Yararına ilişkin tutum ve görüşlerin yüksek olduğunu göstermektedir.

#### **2.4.4. Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Yararı Ölçeği (HÇGYÖ)**

Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Katkısı ölçeğindeki 8 maddenin güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan “Cronbach Alpha” hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenilirliği  $\alpha=0.839$  olarak çok yüksek bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı (açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ( $p=0.000<0.05$ ) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ( $KMO=0.839>0,60$ ) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında Varimax Yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %47,33 olan tek faktör altında toplanmıştır. (Tablo 7) Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha ve açıklanan varyans değerine göre Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Katkısı ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı aşağıdaki tablo 7’de görülmektedir.

**Tablo 7.** Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Katkısına Yönelik Ölçek Faktör Yapısı

		Faktör Yüğü
5	Öngördüğünüz olası hataların bildirimini sistemden yapabiliyor musunuz? Hasta güvenliğini koruma ve iyileştirmede etki sağladığınızı düşünüyor musunuz?	,775
	Sistem üzerinden olası hata veya öngördüğünüz riskleri bildirebiliyor musunuz? Çalışan güvenliğini korumada ve iyileştirmede etkili sağladığınızı düşünüyor musunuz?	,770
7	Sistemdeki kayıtlı bildirimlerinizin hasta- çalışan-iş sağlığı ve güvenliğinin iyileştirilmesinde güvenlik kültürü oluşturmada" etkili olabileceğini düşünüyor musunuz?	,751
1	Elektronik hemşirelik yönetim sisteminin olası yanlış uygulamaları önlemede hemşirenin uygulamalarını çek etmesini sağlayarak hasta ve çalışan güvenliğini korumaya destek olabileceğini düşünüyor musunuz?	,709
8	Elektronik hemşirelik uygulama verilerinin maliyet-kalite göstergelerinin ölçülebilir ve denetlenebilir nitelikte kuruma katkı sağlayacağını düşünüyor musunuz?	,690
4	Elektronik hemşirelik sistemi üzerinden olası hatalı uygulamaları güvenlik raporlamaya ilete iletebiliyor musunuz? DÖ Faaliyet başlatabiliyor musunuz?	,660
2	Elektronik doktor istem-hemşire gözlem uygulamasının olası tıbbi hataların önlenmesinde ve hasta güvenliğinin sağlanmasında etkili " olduğunu düşünüyor musunuz?	,570
3	Elektronik doktor istem-hemşire gözlem uygulamasının çalışan güvenliği sağlamada hemşireyi koruduğunu düşünüyor musunuz?	,538
	Toplam Varyans % 47,330	

Ölçekteki maddeler toplanarak ölçek puanı elde edilmiştir. Ölçekten alınan puan 8-24 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Katkısına ilişkin tutum ve görüşlerin yüksek olduğunu göstermektedir.

#### **2.4.5. Elektronik Uygulamalara Geçişe Olumsuz Yaklaşım Ölçeği (OYÖ)**

Elektronik Uygulamalara Geçişe Olumsuz Yaklaşım ölçeğindeki 10 maddenin güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan "Cronbach Alpha" hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenirligi  $\alpha=0.844$  olarak çok yüksek bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı(açımlyıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ( $p=0.000<0.05$ ) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda ( $KMO=0.878>0,60$ ) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında Varimax yöntemi seçilerek faktörler

arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %57.566 olan 2 faktör altında toplanmıştır. (Tablo 8) Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha ve açıklanan varyans değerine göre Elektronik Uygulamalara Geçişe Olumsuz Yaklaşım ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı aşağıda görülmektedir.

**Tablo 8.** Elektronik Uygulamalara Geçişe Olumsuz Yaklaşım Ölçeği Faktör Yapısı

Boyut	Madde	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	Cronbach's Alpha
F1 (Özdeğer=4.272)	10. Elektronik sürecin hemşirelik mesleğine ve sağlık disiplinlerine bilimsel nitelikte veri kazandırdığını düşünmüyorum	0,828	38,838	0,870
	7 Elektronik hemşirelik yönetim sisteminin hemşirelik mesleğini güçlendireceğine inanmıyorum	0,797		
	9 .Elektronik hemşirelik yönetim sistemiyle olası hataları kayıt ederek önlemeye yardımcı olabileceğimi düşünmüyorum.	0,782		
	8 Sistemindeki verilerin bana gerekli olduğunu ve beni geliştirdiğini düşünmüyorum.	0,777		
	5 Elektronik hemşirelik bakım sürecindeki kayıtların çalışan güvenliği sağlamaya destek olduğunu düşünmüyorum.	0,729		
	4 Elektronik hemşirelik bakım sürecindeki hemşirelik girişimlerinin hasta güvenliğini sağlamada etkinlik sağladığını düşünmüyorum	0,662		
	1 Elektronik sistemin hemşire-hemşire ve hemşire diğer sağlık profesyonelleri arasında yeterince veri alışverişi sağladığına inanmıyorum	0,572		
F2 (Özdeğer=1.485)	8 Bölümde/kurumda iş yoğunluğumuz nedeni ile sistemi etkin kullanmada zaman zaman güçlük yaşadığımı düşünüyorum	0,790	18,728	0,644
	2 Hemşire sayısındaki yetersizliğimizden dolayı elektronik sistemi kullanmak istediğim halde sistemi etkin kullanamadığımı düşünüyorum	0,756		
	3 Zamanımın bir kısmını bilgisayar ve doküman kaydına ayıracağımı düşünüyorum.	0,709		
Toplam Varyans %57.566				

Faktör analizi sonucunda belirlenen faktörler isimlendirilemediğinden araştırmada ölçeğin genel puanı alınmıştır. Ölçekteki maddeler toplanarak ölçek puanı elde edilmiştir. Ölçekten alınan puan 10-30 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan

puanın artması Elektronik Uygulamalara GeçiŖe Olumsuz YaklaŖımın yüksek olduğunu göstermektedir.

## 2.5. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

AraŖtırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiŖtir. Ölçeklerin yapı geçerliliği faktör analizi uygulanarak belirlenmiŖtir. Ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları Cronbach's Alpha katsayısı ile belirlenmiŖtir. Cronbach's Alpha Katsayısının değerlendirilmesinde aŖađıdaki kriterler kullanılmıŖtır.

HemŖirelerin demografik özelliklerinin ve ölçeklerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel analizler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıŖtır.

HemŖirelikte elektronik uygulamalara geiŖin etkilerine iliŖkin ölçek puanları ile hemŖirelerin demografik özellikleri arasında normal dağılımı test etmek için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulanmıŖtır. Normal dağılım varsayımını sağlayan değerkenlerin farklılıklarının belirlenmesinde parametrik yöntemler, normal dağılım varsayımını sağlamayan değerkenlerin farklılıklarının belirlenmesinde non-parametrik hipotez testleri uygulanmıŖtır. Verilerin analizinde parametrik yöntemler olarak iki bağımsız grubun karŖılaŖtırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grubun karŖılaŖtırılmasında Tek yönlü (One way) ANOVA testi kullanılmıŖtır. ANOVA testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı ileri analizi olarak Scheffe testi kullanılmıŖtır. Verilerin analizinde non-parametrik yöntemler olarak iki bağımsız grubun karŖılaŖtırılmasında, Mann Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grubun karŖılaŖtırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıŖtır. Kruskal Wallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Mann Whitney-U testi testi kullanılmıŖtır.

AraŖtırmanın sürekli değerkenleri arasında pearson korelasyon analizi uygulanmıŖtır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde deđerlendirilmiŖtir.

## ÜÇÜNÇÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Bulgular, hemşirelerin demografik özellikleri, hemşirelik sürecinin elektronik ortamda uygulanması ile bu uygulamalara geçişin etkilerinin/yaralarının değerlendirilmesi ve hemşirelerin demografik özellikleri ile elektronik uygulamalara geçişin etkilerini/yaralarını değerlendiren ölçek puanlarının karşılaştırılması başlıklarında sunulmuştur.

#### 3.1. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Hemşirelerin 78'i (%25,2) 18-25 yaş, 66'sı (%21,3) 26-30 yaş, 85'i (%27,4) 31-35 yaş, 52'si (%16,8) 36-40 yaş, 29'u (%9,4) 40 ve üstü yaşta. 296'sı (%95,5) kadın ve 14'ü (%4,5) erkektir. 188'i (%60,6) evli, 122'si (%39,4) bekârdır. 55'i (%17,7) sağlık meslek lisesi, 28'i (%9,0) ön lisans, 210'u (%67,7) lisans, 17'si (%5,5) lisansüstü eğitime sahiptir (Tablo 9).

Hemşirelerin 266'sı (%85,8) çekirdek aile, 44'ü (%14,2) geniş aile de yaşamaktadır. Hemşirelerin 126'sının (%40,6) geliri giderden az, 184'ünün (%59,4) geliri gidere eşit veya fazladır (Tablo 9).

Hemşirelerin 152'si (%49,0) dâhili, 158'i (%51,0) cerrahi kliniklerde, 263'ü (%84,8) klinik hemşiresi, 35'i (%11,3) servis sorumlusu, 12'si (%3,9) birim kalite hemşiresi, 132'si (%42,6) 1-5 yıl, 100'ü (%32,3) 6-10 yıl, 25'i (%8,1) 11-15 yıl, 32'si (%10,3) 16-20 yıl, 21'i (%6,8) 20 yıl üstünde hastanede, 189'u (%61,0) 1-5 yıl, 79'u (%25,5) 6-10 yıl, 22'si (%7,1) 11-15 yıl, 20'si (%6,5) 16-20 yıl kliniklerde çalışmaktadır. Ayrıca hemşirelerin 112'si (%36,1) 1-5 yıl, 95'i (%30,6) 6-10 yıl, 46'sı (%14,8) 11-15 yıl, 35'i (%11,3) 16-20 yıl, 22'si (%7,1) 20 yıl üstü mesleki deneyime ya da meslek yaşamı boyunca çalışma süresine sahiptir (Tablo 9).

**Tablo 9.** Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	Gruplar	Sayı(n)	Yüzde (%)
Yaş	18-25 Yaş	78	25,2
	26-30 Yaş	66	21,3
	31-35 Yaş	85	27,4
	36-40 Yaş	52	16,8
	40 Yaş üstü	29	9,4
Cinsiyet	Kadın	296	95,5
	Erkek	14	4,5
Eğitim Düzeyi	Sağlık Meslek Lisesi	55	17,7
	Ön Lisans	28	9,0
	Lisans	210	67,7
	Lisansüstü	17	5,5
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	266	85,8
	Geniş Aile	44	14,2
Medeni Durum	Evli	188	60,6
	Bekâr	122	39,4
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	126	40,6
	Gelir Gidere Eşit Veya Fazla	184	59,4
Çalışılan Klinik	Dâhili	152	49,0
	Cerrahi	158	51,0
Pozisyon	Klinik Hemşire	263	84,8
	Servis Sorumlusu	35	11,3
	Birim Kalite Hemşiresi	12	3,9
Hastanede Çalışma Süresi	1-5 Yıl	132	42,6
	6-10 Yıl	100	32,3
	11-15 Yıl	25	8,1
	16-20 Yıl	32	10,3
	20 Yıl üstü	21	6,8
Klinikte Çalışma Süresi	1-5 Yıl	189	61,0
	6-10 Yıl	79	25,5
	11-15 Yıl	22	7,1
	16-20 Yıl	20	6,5
Toplam Çalışma Süresi	1-5 Yıl	112	36,1
	6-10 Yıl	95	30,6
	11-15 Yıl	46	14,8
	16-20 Yıl	35	11,3
	20 Yıl üstü	22	7,1
	Toplam	310	100,0

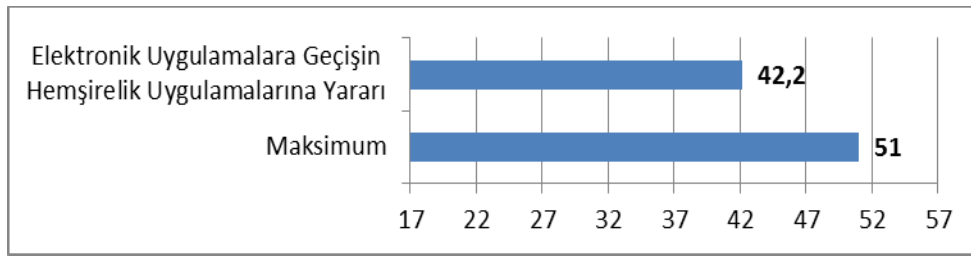
### 3.2. HEMŞİRELİK SÜRECİNİN ELEKTRONİK ORTAMDA UYGULANMASININ ETKİLERİNİN / YARALARININ DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 10’da hemşirelik sürecinde elektronik uygulamalara geçişin etkilerini değerlendiren ölçeklerin toplam puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Bu tabloda yer alan her bir ölçeğe ilişkin bulgular aşağıda sırasıyla ayrıntılı olarak sunulmuştur.

**Tablo 10.** Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Etkilerini Değerlendiren Ölçeklerin Toplam Puan Ortalamaları

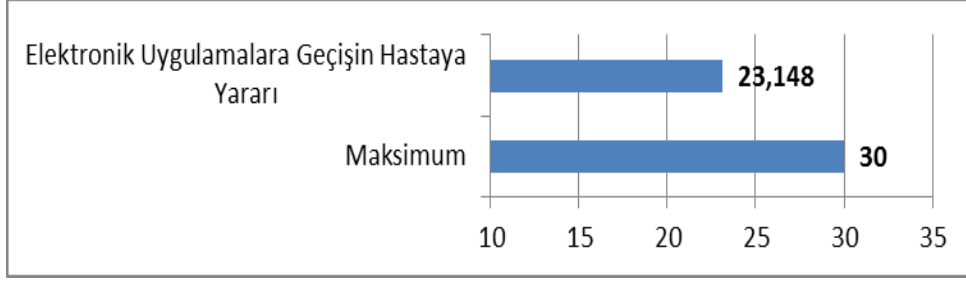
Ölçekler	n	Ort	SS	Min.	Maks.	Ölçek Puan Aralığı
Elektronik Uygulamalara Geçişin Hemşirelik Uygulamalarına Yararı	310	42,200	7,271	17,000	51,000	17-51
Elektronik Uygulamalara Geçişin Hastaya Yararı	310	23,148	5,162	10,000	30,000	10-30
Elektronik Uygulamaların Kuruma ve Sağlık Çalışanlarına Yararı	310	16,726	3,817	7,000	21,000	7-21
Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Katkısı	310	19,842	3,823	8,000	24,000	8-24
Elektronik Uygulamalara Geçişe Olumsuz Yaklaşım	310	21,274	5,127	10,000	30,000	10-30

Araştırmaya katılan hemşirelerin HUYÖ ilişkin puan ortalamaları, ölçek minimum ve maksimum puan değerleri hem Tablo 10 ’da hem de Şekil 25’de görülmektedir. HUYÖ’nin toplam puan ortalaması  $42.2 \pm 7,27$  (Min. 17- Max. 51) dir.



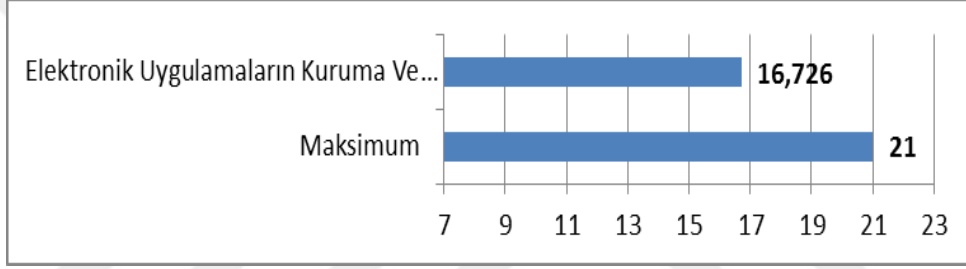
**Şekil 25.** HUYÖ’nin Ortalama ve Minimum-Maximum Puan Aralığı

Hemşirelerin HYÖ ilişkin puan ortalamaları, ölçek minimum ve maksimum puan değerleri hem Tablo 10’da hem de Şekil 26’de görülmektedir. HYÖ’nin toplam puan ortalaması  $23.14 \pm 5,16$  (Min. 10- Max. 30) dir.



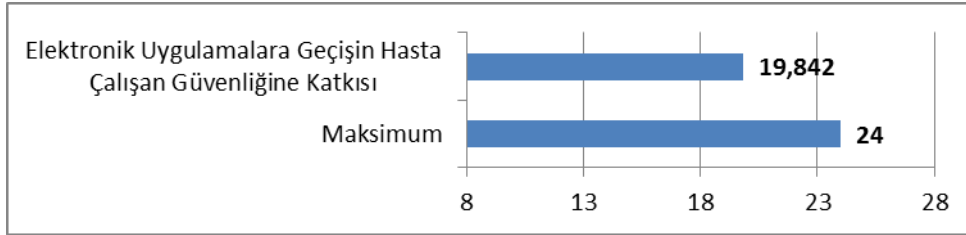
**Şekil 26.** HYÖ'nin Ortalama ve Minimum-Maximum Puan Aralığı

Hemşirelerin KSCYÖ ilişkin puan ortalamaları, ölçek minimum ve maksimum puan değerleri hem Tablo 10 'da hem de Şekil 27'de görülmektedir. KSCYÖ'nin toplam puan ortalaması  $16.72 \pm 3,81$  (Min. 7- Max. 21) dir.



**Şekil 27.** KSCYÖ'nin Ortalama ve Minimum-Maximum Puan Aralığı

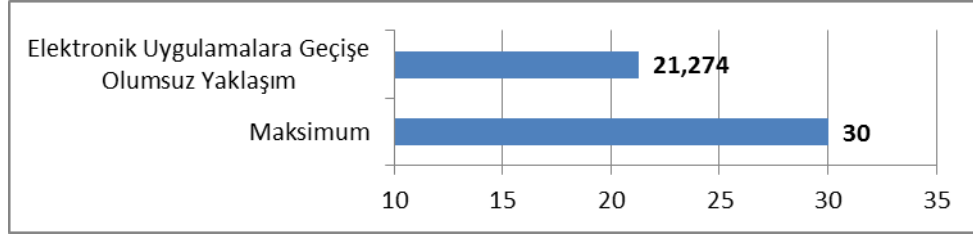
Hemşirelerin HÇGYÖ ilişkin puan ortalamaları, ölçek minimum ve maksimum puan değerleri hem Tablo 10'da hem de Şekil 28'de görülmektedir. HÇGYÖ'nin toplam puan ortalaması  $19.84 \pm 3,82$  (Min. 8- Max. 24) dir.



**Şekil 28.** HÇGYÖ'nin Ortalama ve Minimum-Maximum Puan Aralığı



Hemşirelerin OYÖ ilişkin puan ortalamaları, ölçek minimum ve maksimum puan değerleri hem Tablo 10’da hem de Şekil 29’da görülmektedir. OYÖ’nin toplam puan ortalaması  $21,27 \pm 5,12$  (Min. 10- Max. 30) dir.



Şekil 29. OYÖ nin Ortalama ve Minimum-Maximum Puan Aralığı

### 3.3. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ İLE ELEKTRONİK UYGULAMALARA GEÇİŞİN ETKİLERİNİ/ YARARLARINI DEĞERLENDİREN ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin HUYÖ, HYÖ, KŞÇYÖ, HÇGYÖ, OYÖ puanları ile yaşları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 11).

Hemşirelerin HUYÖ, HYÖ, KŞÇYÖ, HÇGYÖ, OYÖ puanları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ( $p>0.05$ ), (Tablo 11) .

Hemşirelerin HUYÖ, HYÖ, KŞÇYÖ, HÇGYÖ, OYÖ puanları ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında da; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 11).

Hemşirelerin KŞÇYÖ (MWU=4720,500;  $p=0.018<0.05$ ) ve OYÖ (MWU=4497,000;  $p=0.011<0.05$ ) puanları ile aile yapıları karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu farklılara göre çekirdek aileye sahip olan hemşirelerin KŞÇYÖ puanları, geniş aileye sahip olan hemşirelerin

puanlarından daha düşükken, çekirdek aileye sahip olan hemşirelerin OYÖ puanları, geniş aileye sahip olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir (Tablo 11) .

Hemşirelerin HUYÖ, HYÖ, HÇGYÖ puanları ile aile yapıları karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 8).

**Tablo 11.** Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçiş Değerlendiren Ölçek Puanlarının Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	HUYÖ	HYÖ	KŞÇYÖ	HÇGYÖ	OYÖ
Yaş		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
18-25 yaş	78	151,15(44,00)	159,31(24,00)	152,87(18,00)	153,60(20,00)	142,25(21,00)
26-30 yaş	66	149,74(44,00)	145,63(23,00)	136,31(17,00)	137,94(20,00)	159,26(22,00)
31-35 yaş	85	154,96(43,00)	152,12(24,00)	167,30(18,00)	161,65(21,00)	160,38(22,00)
36-40 yaş	52	155,48(44,50)	158,06(24,00)	150,54(17,00)	150,90(20,50)	166,33(21,00)
40 yaş üstü	29	181,93(46,00)	173,05(25,00)	180,57(19,00)	190,79(22,00)	148,88(21,00)
$\chi^2_{kw=}$		2,994	2,230	7,108	7,742	3,002
p=		0,559	0,694	0,130	0,102	0,558
Cinsiyet		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
Kadın	296	154,90(44,00)	155,32(24,00)	157,09(18,00)	155,20(20,00)	154,60(21,00)
Erkek	14	168,25(46,50)	159,29(23,50)	121,89(15,50)	161,86(21,00)	174,43(22,50)
MWU/z=		1893,500/- 0,546	2019,000/- 0,162	1601,500/- 1,447	1983,000/- 0,274	1807,000/- 0,810
p=		0,585	0,871	0,148	0,784	0,418
Eğitim düzeyi		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
Sağlık meslek lisesi	55	155,15(44,00)	160,67(24,00)	152,13(18,00)	143,16(20,00)	149,64(21,00)
Ön lisans	28	134,29(43,00)	136,05(22,50)	145,98(17,00)	157,86(20,50)	176,30(23,00)
Lisans	210	157,25(44,00)	156,29(24,00)	157,65(18,00)	156,32(21,00)	154,56(21,00)
Lisansüstü	17	169,94(45,00)	161,09(25,00)	155,53(18,00)	181,35(22,00)	151,82(22,00)
$X^2_{kw=}$		2,100	1,593	0,523	2,539	1,803
p=		0,552	0,661	0,914	0,468	0,614
Aile yapısı		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
Çekirdek aile	266	151,77(44,00)	153,22(24,00)	151,25(17,00)	154,92(20,00)	160,59(22,00)
Geniş aile	44	178,02(46,00)	169,26(25,50)	181,22(18,50)	159,02(21,00)	124,70(18,50)
MWU/z=		4861,000/- 1,803	5246,500/- 1,103	4720,500/- 2,071	5697,000/- 0,284	4497,000/- 2,466
p=		0,071	0,270	0,038	0,776	0,014

**Tablo 11.'in devamı**

Medeni durum		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
Evli	188	160,21(45,00)	157,30(24,00)	162,12(18,00)	159,97(21,00)	161,40(22,00)
Bekar	122	148,24(43,00)	152,72(24,00)	145,30(17,00)	148,62(20,00)	146,41(21,00)
MWU/z=		10582,000/- 1,152	11129,000/- 0,441	10224,000/- 1,627	10628,500/- 1,099	10358,500/- 1,442
p=		0,249	0,659	0,104	0,272	0,149
Gelir düzeyi		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
Gelir giderden az	126	145,13(43,00)	150,08(23,50)	154,81(18,00)	153,50(20,00)	167,10(22,00)
Gelir gidere eşit/ fazla	184	162,60(44,50)	159,21(24,00)	155,97(17,00)	156,87(21,00)	147,56(21,00)
MWU/z=		10285,000/- 1,690	10908,500/- 0,884	11505,500/- 0,113	11340,000/- 0,328	10130,500/- 1,890
p=		0,091	0,376	0,910	0,743	0,059
Çalışılan klinik		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
Dahili	152	149,06(44,00)	150,46(24,00)	145,27(17,00)	150,92(20,00)	160,31(22,00)
Cerrahi	158	161,70(44,50)	160,35(24,00)	165,34(18,00)	159,91(21,00)	150,88(21,00)
MWU/z=		11028,500/- 1,244	11241,500/- 0,974	10452,500/- 1,988	11311,500/- 0,891	11277,500/- 0,928
p=		0,213	0,330	0,047	0,373	0,353
Pozisyon		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
Klinik hemşire	263	146,13(43,00)	149,99(23,00)	148,25(17,00)	147,06(20,00)	158,16(21,00)
Servis sorumlusu	35	210,81(47,00)	186,41(26,00)	192,77(20,00)	199,51(23,00)	129,29(18,00)
Birim kalite hemşiresi	12	199,54(47,50)	186,04(26,00)	205,71(20,00)	212,04(24,00)	173,75(23,50)
X <sup>2</sup> <sub>KW</sub> =		19,182	6,589	11,727	15,833	3,738
p=		0,000	0,037	0,003	0,000	0,154
İleri test (MWU)=		2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	
Hastanede çalışma süresi		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
1-5 yıl	132	152,53(44,00)	160,34(24,00)	151,70(18,00)	147,42(20,00)	152,02(21,00)
6-10 yıl	100	138,81(42,00)	135,87(22,50)	142,03(17,00)	148,71(20,00)	165,59(22,00)

**Tablo 11.'in devamı**

11-15 yıl	25	171,74(46,00)	167,88(25,00)	176,28(19,00)	158,12(19,00)	157,40(21,00)
16-20 yıl	32	189,02(46,00)	174,47(25,00)	179,34(19,00)	174,92(22,00)	141,58(20,00)
20 yıl üstü	21	183,24(46,00)	174,88(25,00)	182,50(20,00)	205,88(23,00)	148,29(22,00)
X <sup>2</sup> <sub>KW=</sub>		10,964	8,123	8,142	9,986	2,396
p=		0,027	0,087	0,086	0,041	0,663
İleri test (MWU)=		4>1, 4>2 (p<0.05)			5>1, 5>2 (p<0.05)	
Klinikte çalışma süresi		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
1-5 yıl	189	160,53(44,00)	167,20(25,00)	156,67(18,00)	155,01(20,00)	151,29(21,00)
6-10 yıl	79	133,73(42,00)	122,56(22,00)	136,03(16,00)	147,57(20,00)	171,40(22,00)
11-15 yıl	22	172,25(45,50)	175,14(24,50)	188,91(19,00)	164,50(21,00)	122,93(18,50)
16-20 yıl	20	175,55(46,00)	153,40(23,00)	184,55(19,00)	181,57(22,50)	168,28(23,00)
X <sup>2</sup> <sub>KW=</sub>		7,055	15,047	9,063	2,586	6,239
p=		0,070	0,002	0,028	0,460	0,101
İleri test (MWU)=			1>2, 3>2 (p<0.05)	3>2, 4>2 (p<0.05)		
Toplam çalışma süresi		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
1-5 yıl	112	150,86(44,00)	159,73(24,00)	153,37(18,00)	149,00(20,00)	147,61(21,00)
6-10 yıl	95	139,46(42,00)	136,20(22,00)	137,28(17,00)	140,60(20,00)	174,23(22,00)
11-15 yıl	46	154,58(43,50)	153,73(24,00)	163,21(18,00)	159,79(21,00)	155,10(21,00)
16-20 yıl	35	194,56(47,00)	181,20(26,00)	181,99(19,00)	177,49(22,00)	138,44(20,00)
20 yıl üstü	22	188,18(46,00)	180,11(25,50)	186,77(20,00)	208,95(23,50)	142,75(21,50)
X <sup>2</sup> <sub>KW=</sub>		12,973	9,264	10,226	13,495	6,759
p=		0,011	0,055	0,037	0,009	0,149
İleri test (MWU)=		4>1, 4>2, 5>2 (p<0.05)		4>2, 5>2 (p<0.05)	5>1, 4>2, 5>2, 5>3 (p<0.05)	

HUYÖ= Elektronik Uygulamalara Geçişin Hemşirelik Uygulamalarına Yararı Ölçeği, HYÖ= Hastalara Yararı Ölçeği, KŞÇYÖ= Kurum ve Sağlık Çalışanlarına Yararı Ölçeği, HÇGYÖ= Hasta ve Çalışan Güvenliğine Yararı Ölçeği, OYÖ= Olumsuz Yaklaşım Ölçeği.

Hemşirelerin HUYÖ, HYÖ, HÇGYÖ, KŞÇYÖ, OYÖ puanları ile medeni durumları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05), (Tablo 11).

Hemşirelerin HUYÖ, HYÖ, KŞÇYÖ, HÇGYÖ, OYÖ puanları ile gelir düzeyleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 11).

Hemşirelerin HUYÖ, HYÖ, HÇGY, OYÖ puanları ile çalışılan klinikler karşılaştırıldığında da, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 11).

Hemşirelerin KŞÇYÖ ( $\chi^2KW=10452,5$ ;  $p=0.047<0.05$ ) puanı ile çalışılan klinikler karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Bu farka göre cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin KŞÇYÖ puanları dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin KŞÇYÖ puanlarından daha yüksektir (Tablo 11). Hemşirelerin, HUYÖ ( $\chi^2KW=19,182$ ;  $p=0<0.05$ ), HYÖ ( $\chi^2KW=6,589$ ;  $p=0.037<0.05$ ), KŞÇYÖ ( $\chi^2KW=11,727$ ;  $p=0.003<0.05$ ), HÇGYÖ ( $\chi^2KW=15,833$ ;  $p=0<0.05$ ) puanları ile hemşirelerin pozisyonları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılara göre servis sorumlusu ve kalite hemşiresi pozisyonunda olan hemşirelerin HUYÖ, HYÖ, KŞÇYÖ ve HÇGYÖ puanları klinik hemşirelerin puanlarından daha yüksektir (Tablo 11). Yine servis sorumlusu olan hemşirelerin HYÖ puanları klinik hemşirelerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Bununla birlikte hemşirelerin OYÖ puanları ile pozisyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 11) .

Hemşirelerin HUYÖ ( $\chi^2KW=10,964$ ;  $p=0.027<0.05$ ) ve HÇGYÖ ( $\chi^2KW=9,986$ ;  $p=0.041<0.05$ ) puanları ile hastanede çalışma süresi karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılara göre hastanede çalışma süresi 16-20 yıl olan hemşirelerin HUYÖ puanları, 20 ve yıl üstü olan hemşirelerin de HÇGYÖ puanları hastanede çalışma süresi 1 ile 10 yıl arasında olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir (Tablo 11). Oysa hemşirelerin HYÖ, KŞÇYÖ, OYÖ puanları ile hastanede çalışma süreleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 11).

Hemşirelerin HYÖ ( $\chi^2KW=15,047$ ;  $p=0.002<0.05$ ) ve KŞÇYÖ ( $\chi^2KW=9,063$ ;  $p=0.028<0.05$ ) puanları ile klinikteki çalışma süresi karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklara göre klinikte çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin HYÖ puanları klinikte çalışma süresi 1-5 yıl ile 11-15 yıl arasında olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür. Yine klinikte çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin KŞÇYÖ puanları klinikte çalışma süresi 11-20 yıl arasında olan hemşirelerin puanlarından daha düşüktür (Tablo 11) .Bununla birlikte hemşirelerin HUYÖ, HÇGYÖ, OYÖ puanları ile klinikte çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 11) .

Hemşirelerin HUYÖ ( $\chi^2KW=12,973$ ;  $p=0.011<0.05$ ), KŞÇYÖ ( $\chi^2KW=10,226$ ;  $p=0.037<0.05$ ) ve HÇGYÖ ( $\chi^2KW=13,495$ ;  $p=0.009<0.05$ ) puanları ile toplam çalışma süreleri karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklara göre toplam çalışma süresi 16-20 yıl olan hemşirelerin HUYÖ puanları 1-10 yıl olan hemşirelerin puanlarından yüksektir. Yine toplam çalışma süresi 20 yıl ve üstü olan hemşirelerin HUYÖ puanları, toplam çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin puanlarından yüksektir ( $p<0.05$ ), (Tablo 11) .

Toplam çalışma süresi 16 ile 20 yıl ve üstü arasında olan hemşirelerin KŞÇYÖ puanları da toplam çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ( $p<0.05$ ), (Tablo 11) .

Toplam çalışma süresi 20 yıl ve üstü olan hemşirelerin HÇGYÖ puanları da toplam çalışma süresi 1 ile 15 yıl arasında olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir. Ayrıca toplam çalışma süresi 16-20 yıl olan hemşirelerin HÇGYÖ puanları da toplam çalışma süresi 6-10 yıl olan hemşirelerin puanlarından daha yüksektir ( $p<0.05$ ), (Tablo 11) .

Hemşirelerin HYÖ, OYÖ puanları ile toplam çalışma süreleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 11) .

**Tablo 12.** Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Yararlarına İlişkin Ölçekler Arasındaki İlişkisi

Ölçekler		HUYÖ	HYÖ	KŞÇYÖ	HÇGYÖ	OYÖ
HUYÖ	r	1,000				
	p	0,000				
HYÖ	r	<b>0,810</b>	1,000			
	p	<b>0,000</b>	0,000			
KŞÇYÖ	r	<b>0,707</b>	<b>0,756</b>	1,000		
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,000		
HÇGYÖ	r	<b>0,677</b>	<b>0,635</b>	<b>0,684</b>	1,000	
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,000	
OYÖ	r	<b>-0,309</b>	<b>-0,317</b>	<b>-0,262</b>	<b>-0,217</b>	1,000
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,000

HUYÖ ile HYÖ ( $r= 0,810$ ;  $p= 0,000$ ), KŞÇYÖ ( $r= 0,707$ ;  $p= 0,000$ ) ve HÇGYÖ ( $r= 0,677$ ;  $p= 0,000$ ) puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunurken, HUYÖ ile OYÖ ( $r= -0,309$ ;  $p= 0,000$ ), puanı arasında negatif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 12).

HYÖ ile KŞÇYÖ ( $r= 0,756$ ;  $p= 0,000$ ) ve HÇGYÖ ( $r= 0,635$ ;  $p= 0,000$ ), puanları arasında ise istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek ya da orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken, HYÖ ile OYÖ ( $r= -0,317$ ;  $p= 0,000$ ) puanı arasında negatif yönde zayıf ancak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 12) .

KŞÇYÖ ile HÇGYÖ ( $r= 0,684$ ;  $p= 0,000$ ) puanları arasında ise istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken, KŞÇYÖ ile OYÖ ( $r= -0,262$ ;  $p= 0,000$ ) puanı arasında negatif yönde zayıf ancak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca HÇGYÖ ile OYÖ ( $r= -0,217$ ;  $p= 0,000$ ) puanı arasında negatif yönde zayıf ancak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 12).

## TARTIŞMA ve SONUÇ

Günümüzdeki bilimsel ve teknolojik gelişmeler sağlık sektöründe bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını hızlandırmış, hastane bilgi yönetim ve hemşirelik bilişim sistemlerini gündeme getirmiştir (Özkul v.d. 2014:158-160). Ayrıca sağlık hizmetinin güvenliği ve memnuiyeti, kalite geliştirme, klinik hataların azaltılması, erken teşhis, uygun tedavi hastaya özgü profesyonel klinik hemşirelik bakım süreci hedefleri ve artan sağlık maliyetlerinin azaltılması gibi gelişmeler de bilişim teknolojilerinin sağlık alanında kullanılmasını zorunlu hale getirmiştir (Mutluay ve Özdemir 2014:180-186). Bilişim sistemlerinin kullanılması ile verimliliği ve hizmet kalitesini artırmak, maliyetleri düşürmek, rekabet avantajı sağlamak ve karlılığı artırmak amaçlanmıştır (Özkul v.d. 2014:158-160). Ayrıca bu çalışmalarla hemşirelik sürecinin bilişim teknolojileri ve bilimsel verilerle bütünleştirilerek klinik uygulama süreçlerine entegre edilmesi, ulusal ve uluslararası sağlık bilişim sistemleri içinde hemşirelik bilişim sistemlerini geliştirilme sürecini kapsamalıdır. Dolayısıyla hastane bilgi yönetimi sistemleri içerisinde hemşirelik bilişim sistemlerinin kullanımı, hemşirelik sürecinin bilgisayar ortamında kullanımına olan ihtiyacı ortaya çıkarmış ve bu sürecin gelişimine izin vermiştir. Hemşirelik bilişim sistemleri hastaya özgü nöbet devir teslim işlemlerinde veri kaydı ve güvenliği, hemşirelik bakım planının uygulanması ve değerlendirilmesi, hasta takibi, hasta eğitim kayıtlarının sağlanması ve izlemi, değerlendirme skalalarının bilişim sisteminde uygulanabilirliği ve kanıta dayalı hemşirelik bakımı ile bilgisayar sisteminde değerlendirme ve denetleme gibi hemşirelik alanında birçok uygulamanın yapılmasına fırsat vermiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında kamu hastanelerinde başlattığı kalite çalışmaları da hasta gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik bakım planının düzenlenmesini zorunlu hale gelmiştir. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığının 2011 yılında başlattığı, bu kalite kriterinde; hemşirenin hazırladığı bakım planının diğer sağlık disiplinleri ile koordineli olması gerektiği belirtilmektedir. Hemşire bakım planına; hastanın bakım gereksinimleri, bakım gereksinimine yönelik hedefler, bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar, uygulama sonuçlarının değerlendirilmesini kayıt etmelidir (Andsoy v.d. 2013:88-949), (Özkul v.d. 2014:158-160). Bu gereklilikler bilimsel çalışmalarla da desteklenmiş ve yasal zorunluluklar doğrultusunda kamu kurumlarında hemşirelik bakım planı uygulaması ve hemşirelik bakım planlarının hastane bilgi yönetim



sistemine aktarılması çalışmalarına başlanmış veya bu çalışmalara hız verilmiştir (Özkul v.d. 2014:158-160). Oysa, klinik çalışmalara bakıldığında sağlık bakanlığının kalite çalışmalarından önce ülkemizde bilgisayar destekli hemşirelik süreci uygulamalarına yönelik klinik çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir (Bilgiç ve Şendir 2014: 24-28). Bu çalışma ise bir üniversite hastanesinde oluşturulan elektronik hemşirelik sürecinin klinik hemşirelik uygulamalarında aktif kullanılması ve uygulama sonuçlarının hemşireler tarafından değerlendirilmesi bakımından özgün bir çalışmadır.

KTÜ Farabi Hastanesinde de bu gelişmeler ve ihtiyaçlardan esinlenerek hemşirelik süreci ve hemşirelik kayıtlarına ilişkin uygulamalar 2013 yılından itibaren hastane bilişim sistemiyle uyumlu bir şekilde başlatılarak hemşirelik süreci ve tüm dokümanlar bilgisayar sistemine aktarılmıştır. Bu doğrultuda bu çalışma ile elektronik ortamda hemşireler tarafından kullanılan elektronik hemşirelik süreci ya da bakım planı uygulamalarının etkileri ya da yararlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Farabi hastanesinde elektronik hemşirelik sürecini kullanan ve çalışmaya katılan çoğunluğu kadın, lisans mezunu, evli ve orta yaşlarda olan hemşirelerin elektronik uygulamalara geçiş HUYÖ puanı yüksek, HYÖ, KSCYÖ, HÇGYÖ puanlarını orta düzeyden biraz yüksektir. Bir başka ifadeyle hemşireler elektronik uygulamalara geçişi hemşirelik uygulamaları, hasta, kurum ve sağlık çalışanı, hasta ve çalışan güvenliği için yararlı görmüşlerdir. Bazı çalışmalar da bu çalışmada elde ettiğimiz bulgularımızı destekler şekilde, sağlık bilişim sistemleri kapsamında hemşirelik bilişim sistemlerinin kullanılmasının sağlık kurumlarının yönetimine, hasta, hekim, hemşire gibi sağlık çalışanlarına, sağlık disiplinlerine/hemşirelik mesleğine yararları olduğunu belirtmişlerdir (Hao v.d, 2013:604-612), (Mutluay ve Özdemir 2014:180-186). Ortiz ve Clancy'de bilgi teknolojilerinin sağlık bakımının kalitesi üzerinde olumlu etkisi olduğunu açıklamıştır (Ortiz ve Carolyn 2003: 503–776). Erdemir ve arkadaşları ile Işık ve Akbolat'ın çalışmasında da sağlık çalışanları ya da hemşireler bilgi teknolojilerinin hemşirelikte kullanımını önemli ve olumlu görmüşlerdir (Erdemir v.d.2005:78-84), (Işık ve Akbolat 2010: 365-389). Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin bilimsel verilerle desteklenmiş, kanıt temelli sistematik uygulamaların dışında kalan olumsuz uygulamalar, altyapı eksikliği veya yetersiz çalışma şartları, mesleki uygulamalarda yetersizlikler, olası ihmal ihtimalinde artma, dolayısıyla hastanın zarar görme olasılığı

gibi olumsuzluklara sebep olabilir (Dinç 2009:113-119). Dolayısıyla bilişim sistemlerinin kullanımının hemşirelere ve sağlık sistemine yasal döküman sağladığı, olası ilaç yazma-okuma, istem hataları riskini önlemeye yardımcı olduğu da belirtilmektedir (Glandon v.d. 2008:209). (Çobaner ve Işık 2014: 137-148). Ya da bu sistemler olası hataların görünmesini, analiz edilebilmesini sağlayarak kurum içinde düzeltici önleyici tedbirlerin başlatılmasına geliştirilmesine veri desteği oluşturur. Bununla birlikte hemşirelik bilişim sistemleri bilgiye ulaşma, verileri elde etme, kullanma ve kayıt altına alarak saklanmasına da olanak vermektedir. Dolayısıyla hemşirelik uygulama verilerinin görünürlüğü, hemşirenin işgücü ve performansının bilişim sisteminde kayıtlı ve gerektiğinde analiz edilebilir nitelik kazanması sağlanmaktadır (Çobaner ve Işık 2014: 137-148). Özkul ve arkadaşları da çalışmasında, bizim çalışmamızı destekler nitelikte hemşirelik bilişim sistemlerinin hemşirelerin diğer sağlık disiplinleri ile iletişimini, hasta bakımını koordine etmesini ve yönetmesini, hasta bakımı ve hemşirelik sürecine ilişkin bilgiyi yönetmesini desteklediğini bildirmiştir (Özkul v.d. 2014:158-160). Aynı zamanda hemşirenin uygulama, yönetim, eğitim ve araştırma rollerinde de etkili olduğunu açıklamışlardır (Özkul v.d. 2014:158-160). Mutluay ve Özdemir'de çalışmasında bu sistemlerin hemşirenin hemşirelik tanısı, girişim, uygulama ve hastalıkların yönetimi ile ilgili faaliyetlerini kaydetme imkânı verdiğini belirtmiştir. (Mutluay ve Özdemir 2014:180-186). Bazı çalışmalarda da yine bizim klinik çalışmamızı destekler nitelikte olduğu görülmüştür bu sistemlerin dokümantasyonun hazırlanması için harcanan zamanı azalttığı verilerin kullanılabilirliğini artırdığı, kaliteli hasta bakımına olanak ve destek sağladığı açıklanmıştır (Vural ve Sağıroğlu, 2008: 507-522), (Joo v.d.2009:234-244), (Ömürbek v.d.2009:211-232). Bizim çalışmamızın özellikle klinik alanda çalışan hemşirelere bilimsel yol, yöntem, veri sağladığı, bilimsel temele dayanan çalışmalarda klinik hemşirelerde farkındalık yarattığı, dolayısıyla hemşirelerin kanıta dayalı çalışmaları kullanmalarına bilimsel altyapı sağladığı görülmüştür. Moody ve arkadaşlarının bir araştırmasında da elektronik hasta kayıt sisteminin hemşirenin iş yükünü azalttığı, hasta bakımını olumlu yönde etkilediği ve hasta mahremiyetini daha az tehdit ettiği belirtilmiştir (Moody v.d,2004: 337-344). Ayrıca Heunis, ve arkadaşları bu bilişim sistemlerinin hemşirelerin bakımı planlamasını ve bakım sonuçlarını değerlendirmesini kolaylaştırdığı bildirilmiştir (Heunis v.d.2011: 67-73). Bununla birlikte bilgisayar

tabanlı sistemler ile hasta odasından merkezi monitöre ya da uzak bir merkeze bilgiler aktarılabilir. Hasta takip ve izleme sistemlerinde yer alan kardiyopulmoner monitör, nabız ölçer ve fetal monitörler ile kalp atışı, kan basıncı gibi bilgiler anında bilgisayar ekranından izlenebilir. Bu izleme sistemleri hemşireyi anormal değerlere karşı uyarmakta ve tekrarlayan görevleri engelleyebilir (Sullivan ve Decker, 2001: 96-201). Bunların yanı sıra bilişim sistemleri Ömürbek v.d, Fossum, Bilgiç ve Şendirin çalışmalarında da görüldüğü gibi güncel tıbbi bilgilerle, hastaya özel bilgileri kullanarak hasta bakımının geliştirilmesi, klinik detayların izlenmesi, öğrenciler ve personelin eğitimi, klinik araştırmalar ve rehberlik konusunda destek sağladığı bildirilmiştir (Ömürbek v.d. 2009: 211-232), (Fossum v.d. 2011: 607-617), (Bilgiç ve Şendir 2014: 24-28). Bu çalışmaların bizim çalışma bulgularımızda çıkan sonuçları desteklediği görülmüştür. Bilgiç ve Şendir' de bilişim sistemlerinin öğrenci hemşireler ve hasta/sağlıklı bireylerin eğitiminde oldukça önemli olduğunu açıklamışlardır (Bilgiç ve Şendir 2014: 24-28). Bilgisayara dayalı istem girişinin faydaları birçok çalışmada belgelenmiştir. Çok az karar destek yeteneği ile ya da hiç karar destek yeteneği olmaksızın bile bu sistemler; istemlerin kaybolma ihtimalini ve okunaksız el yazısından kaynaklanan belirsizlikleri engelleyerek, ilişkili istemleri otomatik olarak üreterek, tekrarlı istemleri izleyerek, istem yapma zamanını azaltarak iş akışı süreçlerini iyileştirebilir (IOM, 2003, 7-9). Hemşirelik uygulama verilerinin görünürlüğü ile hemşirenin işgücü ve performansının kayıtlı göstergesi bilişim sisteminde kayıtlı ve gerektiğinde analiz edilebilir nitelik kazanmıştır. IOM, 2003: 7-9). Çalışmamızda kullanılan elektronik hemşirelik sürecinin kullanılması hasta bakımı ile ilişkili sağlık kayıtlarının dokümantasyonundan verilerin analizine kadar tüm alanlarda hemşireye rehber olduğunu bildirmişlerdir. Bu bilişim sistemleri kullanılarak bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının verilebileceğini, eğitim ve danışmanlık fonksiyonların daha sağlıklı yerine getirilebileceğini ve mesleki profesyonelleşmede önemli katkı sağlayacağını da vurgulamışlardır. Özetle Ünlütürk ve arkadaşlarının çalışmasında belirttiği ve HUYÖ bulgularımızda elde ettiğimiz gibi hemşirelik bilişim sistemleri hasta ve hemşire arasındaki iletişim sorunlarının çözülmesine, hasta bakım hizmetlerinin verimliliğinin ve kalite düzeyinin artırılmasına ve zamandan tasarruf edilmesine olanak sağlamaktadır (Ünlütürk v.d. 2010: 224-235), (Dikmen v.d. 2015: 162-167). Hemşirelik bilişim sistemleri hemşirelere yarar sağladığı kadar diğer sağlık

çalışanlarına da yarar sağlamaktadır. Örneğin ihtiyaç duyulan verilere hızlı bir şekilde ulaşmalarına, hastanın klinik problemlerinin etkin bir şekilde çözmesine yardımcı olmaktadır. Kayıtların depolanması sağlandığı için sağlık ekibi tarafından da iletişim, eğitim, tanımlama, araştırma, kanuni belge, denetim ve kontrol aracı olarak kullanılmaktadırlar. Ayrıca multidisipliner koordinasyonu geliştirmektedirler (Vezyridis v.d. 2011:455–465).

Sağlık bilişim sisteminin hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının yanı sıra kurum yönetimine de yararları vardır. Bu yararlar sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanması, finansal düzenlemelerin ve kurum ihtiyaçlarının belirlenmesi, kaynakların yönetilmesi, maliyetlerin azaltılması, kurum stratejisi ve organizasyonunun değişen ihtiyaçların belirlenmesi olarak belirtilmiştir (Poissant v.d.2005: 505-515).

Global olarak sürekli değişirken yeni gereksinimleri de beraberinde getiren sağlık sistemi hasta/ aile sorunlarının çözümüne yönelik bilimsel verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu gereksinimlerin karşılanmasında sağlığın korunması, geliştirilmesi, tedavi uygulamaları ve bakımı verici olarak hizmet sunmakta olan hemşirelik mesleği bilimsel, teknolojik ve ekonomik anlamda toplumun ihtiyaçlarına cevap verir nitelikte güncel gelişmelere görebilişim sistemleri ile yapılandırılmalı ve güçlendirilmelidir. Hemşireliğin hizmet sunumu alanı toplumla bütünleştirilerek profesyonel hemşireliğin gelişimine katkı sağlanmalıdır (Leino v.d., 2000: 235-241), (Akçay Ay,2013:343), Hemşirelik bilişim sistemleri kapsamında hemşire dökümantasyon sistemi, hemşire karar destek sistemleri, hasta takip ve izlem sistemleri, anımsatıcılar, uyarıcılar ve çağrı sistemleri ile, hasta memnuniyeti ile hemşirenin klinik uygulama etkinliğini sağlanmaya destek olduğu bildirilmiştir (Ay,2009:159-163), Hersh bir çalışmada bilgi teknolojisinin hasta sonuçlarını iyileştirerek maliyetleri azalttığını ve bilgiye erişimi kolaylaştırdığını açıklamıştır (Hersh, 2002):1955-1958). Ayrıca bu sistemlerin büro işlerinin ve kırtasiyecilik yükünün azaltarak hemşirelik uygulamalarındaki gibi doğrudan hasta bakıma ayrılan zamanı da artırdığı saptanmıştır. Bu sistem, kâğıt tüketimini ya da kırtasiye giderlerini ve ilaçları da kapsayan tıbbi hatalarda da azalma sağlamakta olduğunu bildirmiştir. Ayrıca bu sistemler performansa dayalı bakım kalitesini kolaylaştırmakta ve sürekli kalite iyileştirme çalışmalarına önemli katkı

sağlamakta olduğu ile ilgili çalışmaların bizim bulgularımızı desteklediği görülmüştür (Kutney ve Deena 2011: 466-472).

Bununla birlikte, bilişim sistemlerinin kullanımı ile sağlık sektöründe çalışanlar ihtiyaç duydukları bilgileri kolaylıkla ulaşabilmekte ve yöneticilerin kararları daha başarılı olmaktadır. Tedavi sistemleri ile gerekli olan tıbbi malzemeler zamanında hastanelere ulaşmakta tasarım ve üretim sistemleri ile tıbbi malzemeler ihtiyaçlara daha fazla cevap verebilmekte, muhasebe ve finansman sistemleri ile gerekli kayıtlar bilgisayar aracılığıyla tutulmakta ve yatırım kararları daha doğru alınmakta, insan kaynakları yönetim sistemleri ile iş gücü planlaması, personel seçme, eğitim ve geliştirme, ücret yönetimi konularında yaşanan sorunlar aşılmakta, iletişim sistemleri ile çalışanlar ve bölümler arasındaki koordinasyon sorunu çözülmektedir. Hemşirelik uygulamalarına klinik karara desteği vermesi ve hastaya bütüncül hemşirelik yaklaşımı sağlamada destek olduğu sonucuna varılarak çalışmamızın sonucunda çıkan bulguları desteklediği görülmüştür. diğer bir çalışmada ise hemşire dökümantasyon sisteminin, dokümanların hazırlanması için harcanan zamanı azalttığı, verilerin kullanılabilirliğini arttırdığı, kaliteli hasta bakımı için veri destek sağladığı bildirilmektedir (Ömürbek v.d.2009:211-232). Bu yönetsel yararların dışında hemşirelik bilişim sistemleri hemşire yöneticilerinin bütçe yapmasına, nöbet çizelgelerini hazırlanmasına, personel kontrolü ve denetimini yapmasına, verimliliğin ölçülmesine, istatistikleri oluşturmasına ve performans değerlendirmeleri yapmasına fırsat vermektedir. Ayrıca eğitim programlarının hazırlanmasına, uygulanmasına ve değerlendirmesine olanak sunmaktadır (Jen v.d. 2007: 565-574).

Özetle bilişim sistemlerinin hasta bakımının kalitesini, kurumun verimliliğini artırdığı gibi hemşire yöneticilerin işlerini kolaylaştırdığı, sorunlara daha hızlı çözüm bulunulmasına yardımcı olduğu görülmüştür. Çalışma bulgularımızda da servis sorumlusu ve kalite hemşirelerinin klinik hemşirelerine göre Hemşirelik Uygulamalarına Yararı Ölçeği, Hastaya Yararı Ölçeği, Kurum Sağlık Çalışanlarına Yararı Ölçeği ve Hasta Çalışan Güvenliğine Yararı Ölçeği puanlarının yüksek olması ya da servis sorumlusu ve kalite hemşirelerinin klinik hemşirelerine göre elektronik hemşirelik süreci uygulamalarının hemşirelik uygulamalarına, hastaya, kuruma ve sağlık çalışanlarına, hasta ve çalışan güvenliğine daha yararlı olduğu bulgumuzla

benzer çalışma bulgularının uyumlu olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışma bulgumuza göre cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin dahiliye servisinde çalışan hemşirelere göre, elektronik hemşirelik süreci uygulamalarını kurum ve sağlık çalışanları için daha yararlı bulmuşlardır. Bunun nedeni cerrahi birimlerin daha fazla invazif girişim ve izlem gerektiren hastalara ve hemşirelik uygulamalarına sahip olması olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla bu bilişim sistemi cerrahi hemşirelerini işlerini kolaylaştırmakta, rehberlere kısa sürede ulaşmasına imkân tanımakta, izlemesi gereken yol ve yöntemleri hızlıca göstermekte ve uyarılar vererek dikkatli olmalarını sağlamaktadır. Bundan dolayı cerrahi hemşireleri elektronik uygulamaları daha yararlı görmüş olabilirler.

Görüldüğü gibi sağlık bilişim sistemlerinin yalnızca hemşirelere ve sağlık çalışanlara değil hastalara da sayısız yararları vardır. Bu sistemler hasta gözlem sayısını, gözlemlerin güvenilirliğini ve doğruluğunu artırmakta, olası ilaç, tıbbi veri hatalarını azaltmakta dolayısıyla bakımın kalitesini yükseltmekte hasta memnuniyetini artırmaktadır. Ayrıca allerjik reaksiyonları ve mortalite hızlarını azaltmaktadır. Sonuç olarak olası ilaç ve tıbbi uygulama hatalarını azaltmakta hasta güvenliği ve bakımın kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Kutney ve Deena 2011: 466–472).

Hemşirelik bilişim sistemlerinin bu kadar çok yararı olmasına rağmen çalışmamızda özellikle çekirdek aileye sahip olan hemşireler olmak üzere çalışma kapsamına alınan hemşirelerin OYÖ puanları yüksek bulunmuştur. Bir başka ifadeyle hemşirelerin elektronik hemşirelik süreci uygulamalarına olumlu bakmalarına rağmen olumsuz yaklaşma puanlarının da yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak; hemşire sayısının yetersizliği ve iş yoğunluğu, bilgisayar kullanımının zaman alıcı olarak görülmesi, mesleğe ve sağlık disiplinlerine bilimsel veri kazandırmaması gibi konularda bilişim sistemine ilişkin hemşirelerin görüşlerini değerlendiren Olumsuz Yaklaşım Ölçeği değerlendirilme puanları yüksektir. Bunun nedeni olarak diğer sebepler incelendiğinde ise; hemşirelik uygulamalarında ortak dil terminoloji birliğinin olmaması, klinik alanda elektronik hemşirelik süreci kullanımı ile ilgili farkındalığın yeni olması, klinik hemşireliğin mesleki tabanında ve temel hemşirelik eğitiminde bilgisayar kullanımı ve bilgisayar sistemleri konularının yeterince gelişmemiş olması ve bilişim sistemlerine yetersiz yer verilmesi olabilir. Ayrıca bazı çalışmalarda da

hemşirelik eğitiminin farklı düzeylerde verilmesi farklı bakış açılarında ve farklı yeterlilik düzeylerinde olan hemşirelerin aynı rol ve sorumluluklarının olması, toplumda bilgisayar okur yazarlık düzeyinin düşük olması ve bilgi teknolojilerinin kullanımı konusunda çekingenlik teknofobisinin gelişmesi gibi birçok sebepten dolayı olabilir (Erdemir, 2005: 78-84), (Kaya v.d. 2011: 025-031). Bununla birlikte hemşirelerin bu elektronik uygulamalara olumsuz yaklaşmasının bir diğer nedeni ise bilgisayar kullanımı ile ilgili eğitim eksikliklerinin olabileceği düşünülebilir Chow ve arkadaşları da, bilgi teknolojilerinin kullanımını kolay bulanların bilgi teknolojilerinin kullanılması konusunda daha olumlu tutum sergiledikleri belirtmesi bu görüşü desteklemektedir (Chow v.d. 2012: 1685-1696). Jen ve arkadaşlarının çalışmasında da hemşirelerin yazılımdan hoşnut olmadıklarını, bilişim sistemlerinin kullanımını kolay bulmadıklarını, hasta güvenliği için olumsuz etkilere sahip olduğuna ilişkin görüşlerinin olduğunu saptamışlardır (Jen v.d. 2007: 565-574). Bunların yanı sıra Farabi Hastanesinde çalışan bu hemşirelerin olumsuz tutum sergilemesine neden olan diğer faktörler ise hemşire sayısındaki yetersizlik, iş yoğunluğu, teknofobi ya da bu yeni uygulamaları kabullenmede isteksiz ve dirençli olmalarıdır.

Özetle, hemşireler bu sistemi bilgisayar kullanımı ile ilgili eğitim eksikliği nedeni ile bir iş yükü olarak algılamaları, sistemin hemşirelik mesleğine ve sağlık sistemine olumlu katkı vereceğine ilişkin yeterli inanca sahip olmamaları ölçek puanlarını olumsuz etkilemiş olabilir. Turhan ve Köse'nin Trabzon'da yaptığı bir çalışmada da hemşireler bilgisayar kullanımının hemşirenin otonomisini azalttığını hastanın güvenliğini tehlikeye soktuğunu, humaniter olmayan bir bakım sağladığını ifade etmişlerdir (Turhan ve Köse 2010: 123-131). Oysa hemşirelik bilişim sistemlerinin ya da gelişen teknolojinin doğru ve etkin kullanılabilmesi için bilimsel, ekonomik, sosyal ve etik boyutların sürekli değerlendirilerek gerekli düzenlemeleri yapabilecek bilgi, beceri, tutum ve davranışa sahip meslek üyelerinin ya da iyi eğitilmiş sağlık profesyonellerinin sağlık bakımının kalitesini ve verimliliğini artırabileceği vurgulanmaktadır (Jen v.d. 2007: 565-574).

Çalışmada bu bulguların yanı sıra hemşirelerin mesleki deneyim yılı ya da toplam çalışma süresi, hastanede ve klinikte çalışma süresi, ölçek puanlarını etkilemiştir. Mesleki deneyim yılı 16 yıl ve üzerinde olan hemşireler, mesleki deneyim

yılı 16 yıldan az olan hemşirelere göre elektronik uygulamaları hemşirelik uygulamaları, kurum ve sağlık çalışanları, hasta ve çalışan güvenliği için daha yararlı görmüşlerdir. Yine hastanedeki çalışma süresi 16-20 yıl olan hemşireler elektronik uygulamaları hemşirelik uygulamaları, 20 yıl ve üstündeki hemşireler de hasta ve çalışan güvenliği için daha yararlı görmüşlerdir. Bu doğrultuda hemşirelerin mesleki ve hastanedeki deneyim yılı arttıkça elektronik hemşirelik uygulamalarını daha yararlı gördükleri söylenebilir. Ayrıca özellikle klinikte çalışma süresi 6-10 yıl arasında olan hemşireler elektronik uygulamaları hastalar için ve kurum ve sağlık çalışanları için daha az yararlı bulmuşlardır. Bu durumun nedeninin kurum içerisinde derinlemesine incelenerek eksikliğin giderilmesine yönelik ilgili çalışmalar yapılabilir.

Bu bulgularla birlikte, hemşirelerin yaşları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, medeni durumları, gelir düzeyleri elektronik ortama geçişe ilişkin görüşlerini etkilememiştir.

Ayrıca, elektronik hemşirelik süreci uygulamaları doğrultusunda hemşirelerin HUYÖ puanları arttıkça HYÖ, KSCYÖ, HÇCYÖ puanlarının artmasının yanı sıra HYÖ puanları arttıkça KSCYÖ puanının ve KSCYÖ puanı arttıkça HÇGYÖ puanının arttığı da saptanmıştır. Bulgularda görüldüğü gibi elektronik hemşirelik uygulamaları sisteminin yalnızca hemşirelik uygulamalarına değil hastaya, kurum sağlık çalışanlarına, hasta ve çalışan güvenliğine bir bütün olarak etki etmektedir. Hemşirelik hizmetlerindeki bu elektronik uygulamaların yararı tüm kamu kurumunda çalışanları ve bu çalışanlardan hizmet alan hastaları ve onların güvenliğini etkilemektedir.

## **Sonuç**

Elektronik hemşirelik uygulamalarına geçişin etkilerinin ya da yararlarının değerlendirildiği bu çalışmaya katılan hemşirelerin %27'si 31-35 yaş arasında çoğunluğu kadın, evli, çekirdek aileye sahip, geliri giderine eşit ya da fazla ve lisans mezunu hemşirelerdir. Bu hemşirelerin yarısı (%51) KTÜ. Farabi Hastanesi cerrahi kliniklerde ve çoğunluğu servis hemşiresi olarak, hastanede ve kliniklerde 1-5 yıl arasında toplam çalışma süresine sahiptir.



Farabi Hastanesinde çalışan bu hemşireler elektronik hemşirelik uygulamasına geçişi hemşirelik uygulamaları, hasta, kurum ve sağlık çalışanları ile hasta ve çalışan güvenliği için yararlı bulmuşlardır. Servis sorumlu hemşireleri ve kalite birimi hemşireleri de klinik hemşirelerine göre bu elektronik uygulamaları daha yararlı bulmuşlardır.

Cerrahi kliniklerindeki hemşireler de dâhili kliniklerindeki hemşirelere göre bu elektronik uygulamaları daha yararlı görmüşlerdir.

Mesleki çalışma süresi ve hastanedeki çalışma süresi 16 yıldan fazla olan hemşireler de elektronik uygulamaları daha yararlı görmektedirler. Ancak klinikteki çalışma süresi 6 -10 yıl arasında olan hemşireler elektronik uygulamalarına geçişe ilişkin kurum ve sağlık çalışanı açısından şüphelere sahiptir.

Hemşireler elektronik hemşirelik uygulamalarını/sürecini yararlı bulmalarına rağmen OYÖ puanlarına göre bu sistemlere karşı hemşire yetersizliği ve iş yoğunluğu, zaman alıcı olması, hasta güvenliğine yararlı olmaması, bilgisayar kullanımındaki yetersizlikler gibi nedenlerle olumlu yaklaşmamaktadırlar.

#### Klinik Uygulama Sonuçları

1. Elektronik hemşirelik süreç sistemi bilgisayar yazılımı yanında android uygulamalarla hasta başı tabletler ve cep telefonları ile kullanılabilir durumda programlanmış ve hemşirelerin kullanımına sunulmuştur.

2. Bilimsel temelli hemşirelik uygulamaları gerçekleştirilerek sistemde yetkili kişiler tarafından ulaşılabilir durumda veri tabanlı olarak arşivlenmektedir.

3. Hemşirelik hizmetleri hasta kabulü ve değerlendirilmesi fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gerçekleştirilmektedir.

4. Kliniklerin özelliklerine ve bölümlere göre hangi hemşirelik tanılarının daha çok tercih edildiği belirlenmektedir.

5. Hemşirelik hizmetleri yönetimi tarafından klinik hemşirelerin hemşirelik tanısının bilme ve uygulanma verileri bilgisayar sistemi üzerinden değerlendirilmektedir.

6. Elektronik sistemde hemşirelik tanısına uygun hemşirelik girişimlerinin seçilme etkinliğinin değerlendirilmesi sağlanmıştır.

7. Elektronik sistemde hastaya özgü hemşirelik tanısı belirlenmede görünürlük sağlanmıştır.

8. Tanı ile ilişkili doğru hemşirelik girişimlerinin seçilme durumunun belirlenmesi sağlanmıştır.

9. Hemşirelik sürecinde hedefe ulaşma veya ulaşamama durumunun belirlenmesi sağlanmıştır.

10. Elektronik sistemde görünür durumda hemşirelik uygulama, değerlendirme denetleme ve iyileştirme yapılabilmektedir.

11. Hemşirelik hizmetleri yönetimi uzaktan erişimle elektronik sistem üzerinden değerlendirme ve denetleme gerçekleştirmektedir.

12. Kurum sistemdeki verilerine göre düzeltici önleyici faaliyet ve maliyet muhasebesi yapabilmektedir. Kâğıt harcamaları azaltılmıştır.

12. Hemşirelikte bilişim sistemlerinin etkili kullanımı ve hasta odaklı yaklaşım ile olası hataların görünürlüğü önlenebilirliği ve gerekli tedbirlerin alınması veya sistemin iyileştirilmesi sağlanmaktadır.

13. Hemşirelik sürecinde elektronik uygulamalara geçiş ile hemşirelik uygulamaları, yönetimi, eğitimi araştırmaları, sağlık bakım ortamı ve sağlık sisteminin iyileştirilmesi, hasta çalışan güvenliği ve memnuniyeti sağlanmasında yüksek düzeyde olumlu etkileri olduğu bulgusu elde edilmiştir.

## Öneriler

Bu doğrultuda, hemşirelerin elektronik hemşirelik uygulamalarına ilişkin olumlu yaklaşım gösterebilmesi için hemşire sayısının artırılması, elektronik hemşirelik uygulamalarının kullanımına ve yararına dönük özellikle çekirdek aileye sahip, mesleki ve hastanede çalışma süresi az olan, yönetici ya da kalite hemşiresi dışında kalan ve dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelere düzenli ve sürekli eğitimlerin yapılması, bilgisayar kullanmayı bilmeyen hemşirelere de bilgisayar kullanım kurs fırsatlarının sunulması önerilebilir.

### Klinik Uygulama Sonuçlarına Göre Öneriler

1. İlgili araştırmacılar, hemşirelik uygulamalarında elektronik sistemin etkilerini öğrenci hemşireler açısından inceleyebileceği gibi, diğer kamu ve özel hastanelerde de uygulayarak karşılaştırma çalışmaları yapmaları önerilebilir.

2. Ayrıca hemşirelik hizmetlerinin hastaya ulaştırılmasında android uygulama programlarının hasta başı tabletlere aktarılması ve ülke genelinde kullanımının yaygınlaştırılması önerilebilir.

3. Bilişim teknolojilerinin kullanımının önündeki etik ve yasal sorunların ivedilikle çözülmesi için yasal düzenlemelerin hızlandırılması.

4. Hemşirelik, bilişim sistemleri ve teknoloji alanında deneyimli kişilerle ortak yürütülmesi gereken üst düzey proje yönetim becerisine sahip hemşirelerin katkısı sistemin kabul görmesinde ve uygulanmasında önemlidir.

5. Elektronik hemşirelik süreç uygulama sistemi ile ilgili ülke genelinde farkındalık oluşturulması, yaygınlaştırılması sürecin aktif olarak ve yaygın bir şekilde kullanılmasının sağlanması ve hemşirelik bilişimindeki gelişmeler ve uygulamaların yaygınlaştırılması önerilebilir.

6. Geliştirilmiş olan hasta başı tablet ve android programlarının yaygınlaştırılması,

7. Elektronik bilişim hemşireliği sözlüğü oluşturulması,

8. Bilişim hemşireliği ile ilgili sağlık bakanlığı sertifika programlarının başlatılması

9. Hemşirelik bilişiminin ülkemizde gelişimi için lisansüstü programların yaygınlaştırılması,

10. Hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin bilgi yönetimi için hemşirelik bilişim teknolojileri ile ilgili destekleme ve geliştirme çalışmalarında bilgi işlem biriminde aktif rol alması sağlanması ve kullanıcı hemşirelerin görüşlerine yer verilmesi önerilebilir.

11. Sağlık Bakanlığının ülkemizde ve dünyada kullanılacak ortak bir program geliştirmesi için çalışma başlatması önerilebilir.

12. Hastane Bilgi Sistemleri için belirli standartlar hazırlanması ve ruhsatlandırılması önerilebilir.

13. Hastane hizmet kalite standartlarının içinde hemşirelik bilişiminin zorunlu standartlar içinde yer alması ile ilgili çalışmalar yapılması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

Akça Ay, Fatma. 2013, **Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler** İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

Akdoğan, Ramazan. Ceyhan, Esra. 2011, **Terapötik İlişkide İnsan Faktörü” Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry S 3.1, 117-141 © 2011, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.**

Anderson, J.G. 2007, “Social, ethical and legal barriers to E-health. International Journal of Medical Informatics” 76, 480-483.

Andsoy, Işıl Işık. Güngör Tuğba. Dikmen Yurdanur. Bagheri Nabel Elnaz. 2013, “Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler.” Çağdaş Tıp Dergisi, S 3.2, 88-949.

Aslan, Gülbahar. Korkmaz, Oya. Nuran Emiroğlu. 2012, “Hemşireliğin Görünürlüğünü Artırmak İçin Standardize ve Kodlu Bir Sınıflama Sisteminin Kullanılması: Klinik Bakım Sınıflama Sistemi.” Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, S, 19.2, 69-79.

Avşar, Gülçin. 2014, “Hemşirelerin Hasta Bakımında Kullandıkları Hemşirelik Süreci Uygulamalarının Değerlendirilmesi.” Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences cilt17.S 4. s216-221.

Ay Fatma 2009 “Uluslararası elektronik hasta kayıt sistemleri, hemşirelik uygulamaları ve bilgisayar ilişkisi”. Gülhane Tıp Dergisi, Cilt:51, Sayı:2, , 131-136

Ay, Fatma. 2008, “Elektronik Hasta Kayıtları: Güvenlik, Etik Ve Yasal Sorunlar” Anadolu University Journal Of Sciences & Technology, Cilt/Vol.: 9-Sayı/No: 2: 165-175.

Ay, Fatma. 2009, “Telesağlık Sistemi, Maliyet ve Etkililik Değerlendirilmesi” Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi, Cilt.9, s.159-163.

Bilgiç, Şebnem. Şendir Merdiye. 2014, Hemşirelik Bilişimi Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 3(1): 24-28.

Biröl, Leman. 2009, **Hemşirelik Süreci” 9.baskı, İzmir: Etki Yayınları, 5-21.**

Biröl, Leman. 2011. “Hemşirelik Süreci: **Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım** İzmir 10. baskı. Dumat Ofset Matbaacılık Ltd.Şti.

Biröl, Leman.1997, **Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım**, İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.

Can, Ali. Hasan İbicioğlu. 2008, ”Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi.” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi cilt13, S3 , 253-275.

Can, Gülbeyaz. 2015, **Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus İstanbul**, Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.,s1-282 Editör: Doç. Dr. Gülbeyaz Can.

Carpenito- Moyet LJ. 2005, **Handbook of Nursing Diagnosis** (çeviri: Erdemir Firdevs.), İstanbul: 2. baskı Nobel Tıp Kitabevi.

Chow SK, Chin WY, Lee HY, Leung HC, Tang FH. 2012, **Nurses' perceptions and attitudes towards computerisation in a private hospital. J Clin Nurs** ;21(12):1685-1696. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03905>.

Çobaner, A.A.. Işık T..2014, “ Hemşireler Arasında Sosyal Medya Kullanımının Yarar Ve Risklerinin Tıp Etiği Bağlamında Tartışılması” Türkiye Biyoetik Dergisi, 1 (1): 137-148.

Dikmen, Yurdanur. Ak Bedriye. Yorgun Songül. 2015, Teorikten Pratiğe: Bilgisayar Destekli Hemşirelik Süreci Uygulaması. Journal of Human Rhythm, 14:162-167.

Dil, Satı. Müge Uzun. Burcu Aykanat. 2012, "Innovation in nursing education" Journal of Human Sciences 9.2 1217-1228.

Dinç, Leyla. 2009, “Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler” Hacettepe Tıp Dergisi; Cilt 40 , Sayı2:113-119, Doi 10.1111/14756773.00127.

Ekici, Dilek .2013, **Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi** Ankara: Sim Matbaası, (ISBN – 978-605-86352-1-10).

Enç, Nuray. Gülbeyaz Can. Özcan Ş, Tülek Z, Uysal H, Alkan H. 2012, **İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Öğrenci Eğitim Modülü** İstanbul 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, -2012, 143.

Erdal, S. 2003, “E-Sağlık ve Uluslararası Yasal Çerçeve; ABD ve AB Mevzuatına Bir Bakış”, E-Sağlık; Bilişim Teknolojileri Perspektifinden İlaç Paneli, İstanbul Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, İstanbul,

Erdemir, Firdevs. 1998, “The roles and functions of nurses and the philosophy of nursing education” Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 2, 59-63.

Erdemir, Firdevs. 2010, **Hemşirelik Sınıflama Sistemleri**, Samsun, IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, 24-28.

Erdemir, Firdevs. Hanoğlu Ziyafet. Akman Arzu. 2005, **Hemşirelerin Bilgisayar ve İnternet Kullanma Durumu ve Hemşirelikte Bilgisayar Kullanımının Değerine İlişkin Görüşleri**. 2.Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi/Sözel Bildiriler, Kongre Özet Kitabı, 78-84.

Ertem, Gül. 2003, “Standartlara dayalı verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi” T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi 45-174.

Esatoğlu, Afsun Ezel. 2002, “Hastanelerde bilgisayar teknolojisi kullanımı” Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 55(01), 29-40.

Fossum Marianne, Alexander Gregory L., Ehnfors Margareta, Ehrenberg Anna (2011). “Effects of a computerized decision support system on pressure ulcers and malnutrition in nursing homes for the elderly. International Journal of Medical Informatics, 80: 607–617.

Glandon, Gerald L. Smaltz Detlev Herb. Slovensky Donna Jean. 2008, "Austin and Boxerman's Information Systems for Healthcare" Chicago: AUPHA Health Administration Press, ss.209.

Gökdoğan, Feray. Yorgun Songül. 2010, "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler" Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt 13, Sayı 2, s.58.

Gülova, Asena Altın. Demirsoy Özge. 2012, "Örgüt Kültürü ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki ilişki: Hizmet Sektörü Çalışanları Üzerinde Ampirik Bir Araştırma" Business and Economics Research Journal 3.3 49-76.

Günüşen, Neslihan Parlak. Üstün Besti. 2011, "Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme beceri düzeyleri ile kontrol odağı arasındaki ilişki" Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi S, 4 (2), s 72-77 <http://www.deuhyoedergi.org>.

Hao, Lee-Pin Wu. Ajit Kumar. Wen-Shan Jian. Li-Fang Huang. Ching-Chiu Kao. Chien-Yeh Hsu. 2013, "Nursing process decision support system for urology ward. International Journal of Medical Informatics" 82 :604-612.

Haux, Reinhold. 2006, "Health information systems–past, present, future." International journal of medical informatics" 75.3 268-281.

Hemşirelik yönetmeliği. 2010. T.C. Resmî Gazete, 27515 8 Mart.

Herdman, Elizabeth Anne. 2012, "Liderlik ve Yönetim:" Teori Var Pratik Yok? Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9 1: 3-9.

Hersh, William R. 2002, "Medical informatics improving health care through information." Jama 288,S16,s 1955-1958.

Heunis, Christo. Wouters Edwin. Kigozi Gladys. Engelbrecht Michelle. Tsibolane Yolisa. Merwe Sonja .Motlhanke Seipat. 2011, "Accuracy of tuberculosis routine data and nurses' views of the TB-HIV information system in the Free State, South Africa. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care" 22:1, 67-73.

ICN, 2008 Raporu ICN (International Council of Nurses Uluslararası Hemşireler Konseyi).

ICN, 2009 Raporu ICN (International Council of Nurses Uluslararası Hemşireler Konseyi).

IOM, 2013, "The Quality of Health Care in America. Erişim: 10.07.2016, Institute of Medicine: <http://www.iom.edu/Activities/Quality/QualityHealthCareAmerica>" aspx.

IOM. (2003). Key Capabilities of an Electronic Health Record System Letter Report. USA: National Academy of Sciences. ISBN: 978-605-335-138.

Jen, W Y, Chao C. C, Hung M. C, Li Y C, Chi Y. P. (2007). Mobile information and communication in the hospital outpatient service. International Journal of Medical Informatics,76: 565-574.

Joo, L. . Mikyoung E. .Moorhead L. .2009, “Developing on electronic nursing record system for clinical care and nursing effectiveness research in Korean home healthcare setting.” CIN, 27(4) s.234-244. doi: 10.1097/NCN.0b013e3181a91b75.

Karaöz, Süreyya. 2000, “Cerrahi hemşireliği ve etik.” C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1) 1-15.

Kaya, Nurten. Bolol Nurper. Turan Nuray . Kaya Hatice . İşçi Çiğdem. 2011, “Kulak Burun Boğaz Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Karar Verme Stratejileri ve Mesleki Doyumları” Fırat Tıp Dergisi, S 16. 025-031.

Klinik Kalite/belge/1985/turkiye-klinik-kalite-programi-veri-dogrulama-sureci, <http://www.saglik.gov.tr>, 1-3 erişim tarihi 02.04.2016.

Korkmaz, Aslan. Gülbahar Emiroğlu. Oya Nuran. 2012. “Hemşireliğin Görünürlüğünü Artırmak İçin Standardize ve Kodlu Bir Sınıflama Sisteminin Kullanılması” Klinik Bakım Sınıflama Sistemi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal, 19(2).69-79.

Korkmaz, Fatoş. 2011, “Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik” Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, S18(2), s 059-067.

Korkmaz, Oya. 2012, “Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı” Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , Cilt 14, Sayı 4, s 91-112.

Kutney-Lee Ann . Kelly Deena. 2011, “The effect of hospital electronic health record adoption on nurse-assessed quality of care and patient safety. J Nurs Adm, 41,11: 466-472.

Linda E. Moody, PhD, MPH, FAAN; Elaine Slocumb, PhD, RN; Bruce Berg, MD; Donna Jackson, MSN, RN, BC. (2004). Electronic health records documentation in nursing: Nurses’ perceptions, attitudes, and preferences. Comput Inform Nurs, 22,6: 337-344.

Mutluay, Ezgi. Özdemir Leyla. 2014, “Sağlık Bilişim Sistemleri Kapsamında Hemşirelik Bilişiminin Kullanımı ”Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi;22.3, ss.180-186.

Oğuz, Işık. Mahmut , Akbolat. 2010 “Bilgi Teknolojileri ve Hastane Bilgi Sistemleri Kullanımı: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma.” Bilgi Dünyası S11.2, 365-389.

Ortiz, Eduardo . Carolyn M. Clancy. 2003, “ Use of information technology to improve the quality of health care in the United States Health Services Research” 38: 2, 503-776.

Ovayolu, Nimet. Bahar Aynur. 2006, “Hemşirelik ve Kalite” Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences, S 9.1.104-110.



Ömürbek, Nuri.Altın, Fatma Gül.2009, “Sağlık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma: İzmir Örneği.” Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi19 DÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:19, s.211-232.

Özkuş, Hacer. Özel Dilek. Özdemir Ürkmez. Demiray Sevgi. Cebeci Zahide. 2014, “Hemşirelik Bilişimi ve Hastane Bilgi Yönetimi Sistemi” Okmeydanı Tıp Dergisi 30(3), s.158-160.

Öztürk, Havva. Yılmaz Fatma. Demir Nejla . 2009, “Hastanelerde Çalışan Yönetici Hemşirelerin Sorunları” Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, cilt 12, S 2 57-65.

Pektekin, Çaylan. 2013, **Hemşirelik felsefesi. Kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar.** İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık.10-31

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. “Hastane Hizmet Kalite Standartları” 2011, Ankara. ISBN: 978-975-590-368-2 Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı.

Phillips, D. C. 1976, Holistic Thought in Social Science (Stanford, CA: Stanford Univ. Press), pp149.

Poissant, Lise. Pereira Jennifer. Tamblyn Robyn. Kawasumi Yuko.2005, “The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: A systematic review” Journal of The American Medical Informatics Association, 12,5: 505-515.

Potter PA .2009, “ Critical Thinking in Nursing Practice. In: Fundamentals of Nursing” PA Potter, AG.Perry (Editör), 7th ed. Mosby Elsevier , St.Louis, Missouri; p:215-230.

Sairoglu, Ozge. Meltem Ozturan. 2006, “Implementation Difficulties Of Hospital Information Systems. “Information Sınformation Technology Journal 5.5 S.892-899 DOI:10.3923/İtj.2006.892.899.

Saluvan, Mehmet. İsmet, Şahin. 2014, “Hastane Bilgi Sistemlerinin İşlevselliği Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Etkiler mi?” Performans ve Kalite Dergisi Sağ. Perf. Kal. Derg; (8): 43-76.

Sullivan, J E. Decker PJ .2001, **Using management information systems.** Jamerson, P. A. (Ed.). Effective Leadership and Management in Nursing. 5. basım, Upper Saddle River, New Jersey, 96-201.

T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı **Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı.**2006, Sayı: B.10.0.BİDB-0.00.00.00- 702-1-8/1536 06/10/2006/103 Sayılı Genelge.1-57.

Tugut, Nilufer. Gölbaşı Zehra. 2013, “Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet Düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. Journal of Education and Research in Nursing, cilt 10, S 2, s 38-45.

Turhan, Kemal. Köse Aslı. 2010, “Hemşirelerin Hemşirelik Bilişimi Hakkındaki Düşüncelerinin Değerlendirilmesi” VII. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Bildirileri 123-131.

Uçak, Hatice. 2008, “Hastanelerde Yenilik ve Uygulamalar: Sağlık Kurumlarında Uygulanan Yönetim Eğilimlerinin Değerlendirilmesi” İç Hastalıkları Dergisi, Cilt 15. No:3, sayfa 145-152.

Uçan, Özlem. Sultan Taşçı. Nimet Ovayolu. 2008, "Eleştirel düşünme ve hemşirelik."Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 3.7 :17-27.

Ünlütürk, Mehmet S. Atay Coşkun. Kurtel Kaan. 2010, **Hemşire Çağrı Sistemlerinde Yazılım Gözlemcisi Uygulaması**. 2. Yazılım Kalitesi ve Yazılım Geliştirme Araçları Sempozyumu Kitabı, TC. İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul, 224-235.

Ünsar, Serap. Akgün Kostak, Melahat. Kurt, Seda .Erol, Özgül. (2011). Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi c 4 S1, 2-6.

Vafae, Ali. Mohammad Vahedian. Habibollah Esmaily. Khalil Kimiafar. 2010, “Views of Users towards the Quality of Hospital Information System in Training Hospitals Journal of Research in Health Sciences JRHS 10(1):47-53

Velioglu, Perihan. 1999, **Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar**. İstanbul: Alaş ofset; 24-37.

Vezyridis, Paraskevas. Timmons Stephen. Wharrad Heather. 2011, “Going paperless at the emergency department: A socio-technical study of an information system for patient tracking. International Journal of Medical Informatics, 80: (7) , s 455–465.

Vicdan, Ayşe Kaçaroğlu. Bilgi Gülseven Karabacak. Ecevit Alpar Şule. 2015, “Classification of 2012-2014 NANDA-I nursing diagnostics using the Nursing Model Based on Activities of Living 2012-2014 NANDA-I hemşirelik tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline göre sınıflandırılması.” International Journal of Human Sciences cilt12.S 2 1626-1636.

Vural, Yılmaz. Sağiroğlu Şeref. 2008, “Kurumsal Bilgi Güvenliği Ve Standartları Üzerine Bir İnceleme” Gazi Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi. Cilt 23, No 2, 507-522.

Wen-Yuan Jen. Chia-Chen Chao. Ming-Chien Hung. Yu-Chuan Li. Y.P. Chi (2007). Mobile information and communication in the hospital outpatient service. International Journal of Medical Informatics,76: 565-574.

Yıldırım, Belgin. Şükran Özkahraman. 2012, “Hemşirelikte Karar Verme Süreci.” EJOVOC: Electronic Journal of Vocational Colleges S, 2.1, 165-173

## EKLER

### Ek 1: Etik Kurul Onayı

T.C. KARADENİZ  
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL  
ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ  
TECHNICAL UNIVERSITY  
FACULTY OF MEDICINE  
ETHIC COUNCIL


Sayı: 24237859- 617  
Konu: Onay Belgesi

Tarih:16/11/2015

Sayın; Y.Doç.Dr.Mohammed Sami ABDULA-Y.Doç.Dr.İsmail H. OCAK  
Avrasya Üniversitesi

“Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Etkileri” başlıklı etik kurul  
2015/129 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan  
uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof.Dr.Faruk AYDIN  
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

ASLININ AYNIDIR  
  
Şerafettin YILMAZ  
Etik Kurul Sekreteri

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Etkileri”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2015/129		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Y.Doç.Dr.Mohammed Sami ABDULA, Y.Doç.Dr.İsmail Hakkı OCAK		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İİBF Maliye, İş Sağlığı ve Güvenliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Ayşe KAVGACI		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

<b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b>	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

**ASLININ AYNI DİR**  
Şerafettin YILMAZ  
Etik Kurul Sekreteri

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<b>Karar No:</b> 2	<b>Tarih:</b> 09/11/2015
	Y.Doç.Dr.Mohammed Sami ABDULA ve Y.Doç.Dr.İsmail Hakkı OCAK'ın sorumluluğunda yürütülen Yük.Lis.Öğr.Ayşe KAVGACI'ya ait "Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Etkileri" başlıklı 2015/129 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

<b>KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b>	
<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Doç.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Evrim Ö. KARAGÜZEL Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* :Araştırma ile İlişki  
\*\* :Toplantıda Bulunma

**ASLININ AYNI DİR**  
**Şerafettin YILMAZ**  
Etik Kurul Sekreteri

## Ek 2: Kurum İzni



T.C.  
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
FARABİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi  
Başhekimliği - Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi ( Farabi  
Hastanesi ) Yazı İşleri Birimi  
07/04/2015 14:55 - 48814514-200-E.2402  
00477907

Sayı : 48814514/200/  
Konu: Anket Çalışması Hk.

06/04/2015

Sayın Ayşe KAVGACI  
Başhemşire V.

İlgi: 02.04.2015 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçenizde konu edilen “**Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Etkileri**” konulu tez çalışmanız kapsamındaki anket formunun hastanemizde çalışan hemşirelere uygulanması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ  
Başhekim

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 54 51

Faks: +90(462) 325 05 18

www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat  
Şef Emine DİNÇ  
eminedinc@ktu.edu.tr

Sayfa

1 / 1

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak teyidinde <http://e-belge.ktu.edu.tr> adresinden Belge Num.:48814514-200-E.2402 ve Barkod Num.:477907 bilgileriyle erişebilirsiniz.



### Ek 3. Anket Çalışması

Hemşirelik sürecinde elektronik uygulamalara geçişin etkileri değişkenlerine ilişkin normal dağılım testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Demografik Özellikler	n	Elektronik Uygulamalara Geçişin Hemşirelik Uygulamalarına Yararı	Elektronik Uygulamalara Geçişin Hastaya Yararı	Elektronik Uygulamaların Kuruma Ve Sağlık Çalışanlarına Yararı	Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Katkısı	Elektronik Uygulamalara Geçişe Olumsuz Yaklaşım
Yaş		p	p	p	p	p
18-25 yaş	78	0,001	0,002	0,000	0,001	0,160
26-30 yaş	66	0,004	0,004	0,000	0,000	0,165
31-35 yaş	85	0,003	0,003	0,000	0,000	0,014
36-40 yaş	52	0,000	0,200	0,000	0,005	0,011
40 yaş üstü	29	0,002	0,068	0,005	0,002	0,434
Cinsiyet		p	p	p	p	p
kadın	296	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
erkek	14	0,038	0,200	0,200	0,062	0,625
Eğitim Düzeyi		p	p	p	p	p
sağlık meslek lisesi	55	0,001	0,005	0,000	0,039	0,133
ön lisans	28	0,050	0,186	0,004	0,144	0,361
lisans	210	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
lisansüstü	17	0,014	0,074	0,131	0,031	0,559
Aile Yapısı		p	p	p	p	p
çekirdek aile	266	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
geniş aile	44	0,003	0,003	0,000	0,002	0,421
Medeni Durum		p	p	p	p	p
evli	188	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
bekar	122	0,001	0,000	0,000	0,000	0,024
Gelir Düzeyi		p	p	p	p	p
gelir giderden az	126	0,000	0,002	0,000	0,000	0,005
gelir gidere eşit veya fazla	184	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
Çalışılan Klinik		p	p	p	p	p
dahili	152	0,000	0,001	0,000	0,000	0,001
cerrahi	158	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002
Pozisyon		p	p	p	p	p

kllinik hemşire	263	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
servis sorumlusu	35	0,002	0,017	0,000	0,000	0,040
birim kalite hemşiresi	12	0,011	0,200	0,006	0,001	0,131
Hastanede Çalışma Süresi		p	p	p	p	p
1-5 yıl	132	0,000	0,000	0,000	0,000	0,028
6-10 yıl	100	0,000	0,010	0,002	0,000	0,010
11-15 yıl	25	0,001	0,135	0,004	0,110	0,279
16-20 yıl	32	0,001	0,086	0,002	0,003	0,025
20 yıl üstü	21	0,093	0,052	0,001	0,003	0,597
Klinikte Çalışma Süresi		p	p	p	p	p
1-5 yıl	189	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
6-10 yıl	79	0,000	0,001	0,000	0,000	0,011
11-15 yıl	22	0,009	0,200	0,022	0,050	0,303
16-20 yıl	20	0,012	0,200	0,104	0,013	0,162
Toplam Çalışma Süresi		p	p	p	p	p
1-5 yıl	112	0,000	0,000	0,000	0,000	0,115
6-10 yıl	95	0,000	0,018	0,001	0,000	0,012
11-15 yıl	46	0,051	0,014	0,001	0,007	0,109
16-20 yıl	35	0,000	0,041	0,001	0,004	0,013
20 yıl üstü	22	0,071	0,045	0,000	0,001	0,451



Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Etkileri Değişkenlerine İlişkin Normal Dağılım Testi

<b>Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Hemşirelik Uygulamalarına Yararı Ölçeği (HUYÖ)</b>			
1-	Hemşirelik yönetim sistemi ile değerlendirilebilir, geliştirilebilir, ölçülebilir nitelikte mesleki görünürlük sağlar ve uygulamalarını kayıt altına alırım.	Evet	Kısmen Hayır
2-	Elektronik sistemde yeni ortak bakım disiplini dizayn edilerek Hemşireliğin global amda güçlenmesi ve değer görmesi gerektiğine inanırım.	Evet	Kısmen Hayır
3-	Elektronik sistemdeki uygulama verilerinin hemşirenin işgücü ve performansının “kayıtlı göstergesi olduğunu” düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
4-	Hemşirelik bakım sürecini standart ölçütlerde bilimsel yol ve yöntemlerden yararlanarak planlı ve yetkim dahilinde hastama özgü uygulardım.	Evet	Kısmen Hayır
5-	Hemşirelik bakımında ortak bakım yaklaşımı sağlanması için sürecin elektronik sistem üzerinden uygulanmasını önemli bir aşama olarak değerlendiririm.	Evet	Kısmen Hayır
6-	Elektronik sistemi ile doktor İstemlerini karşılarken sistemde kayıtlı verilerin ilaç yazım-okuma hataları riskini önlemede etkili bulurum.	Evet	Kısmen Hayır
7-	Hekim istemlerini elektronik sistemden daha hızlı aldığımı ve zamanımı daha etkin kullandığımı düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
8-	Kullandığım elektronik sistemle teorik ve pratik bilgilerimi uygulamalarıma aktardığımı ve hemşirelikte bilimsel bakım süreci uyguladığımı düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
9-	Elektronik hemşirelik bakım sürecinin hemşire öğrencilerin teorik bilgilerini uygulama alanında pekiştirmelerine destek olabileceğini düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
10-	Elektronik hemşirelik bakım yönetim programıyla bana gerekli bilgilere (diyet laboratuvar sonuçları v.b.) sistemden hızlı ulaşarak etkili ve bütüncül hemşirelik bakımı uygulardım.	Evet	Kısmen Hayır
11-	Hemşirelik sürecinin elektronik sistemle yürütülmesi sonucu sağlık disiplinlerine/hemşirelik mesleğine bilimsel nitelikte veri oluştururum.	Evet	Kısmen Hayır
12-	Vardiyalar ve kişiler arasında sistem üzerinden etkili veri akışı ve teslim sağlayarak, iletişimin etkinliğini artırdığımı düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
13-	Sistemde kayıtlı verilerin bana gerektiğinde ulaşılabilir yasal döküman sağladığımı düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
14-	Hemşirelik yönetim sistemindeki talimat ve prosedürler hemşirelik girişimlerini uygularken gerektiğinde bana ve yeni başlayan hemşirelere rehberlik eder.	Evet	Kısmen Hayır
15-	Elektronik hemşirelik bakım sürecinin elle yazmaya kıyasla daha az zamanımı alır.	Evet	Kısmen Hayır
16-	Hasta güvenliği ile ilgili hemşirelik uygulamalarını elektronik ortamda kayıt altına alarak yasal olarak kayıt oluştururum.	Evet	Kısmen Hayır
17-	Hemşirelik yönetim sistemi hemşirenin günlük çalışma programını uygun saat dilimlerine bölerek zaman yönetimi sağlar.	Evet	Kısmen Hayır

<b>Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Hastaya Yararı Ölçeği (HYÖ)</b>			
1-	Hemşirelik sürecinde elektronik uygulamaların bilimsel yol ve yöntem göstererek "hastaya bakım verici rolünümü" geliştirdiğini düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
2-	Hemşirelik sürecinde elektronik uygulama verilerinin depolanarak bilimsel veri oluşturduğunu ve "hasta bakımının geliştirilmesine ve hastaya yararlı olacağını" düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
3-	Elektronik ortamdan hekim istemlerini sistemden alarak "ilaç yazım-okuma hataları riskine" karşı hastamı "güven altına aldığımı" düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
4-	Hemşirelik bakım sürecini elektronik sistemde "hastama özgü uygulayarak hastamın memnuniyetini sağladığımı" düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
5-	Elektronik ortamdan hekim order/istemlerini karşılayarak "istem yazmaya ayrıcağım süreyi hastalarımın bakımına ayırdığımı düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
6-	Hemşirelik bakım yönetim sisteminden ilgili verilere ulaşarak "hastama bütüncül hemşirelik bakım yaklaşımı uyguladım."	Evet	Kısmen Hayır
7-	Hemşirelik bakım yönetim Sistemdeki elektronik veriler hastamla ilgili uygun hemşirelik girişimlerini seçmem için bana rehberlik eder.	Evet	Kısmen Hayır
8-	Elektronik süreç yönetim programı hastamla ilgili "girişimleri uygulama ve çek etmemde bana destek sağlar."	Evet	Kısmen Hayır
9-	Hemşirelik sürecinde kaydettiğim uygulama bilgilerim hasta bakımının etkinliğini değerlendirmede ve hastam için yeni girişimler geliştirmemde bana destek sağlar.	Evet	Kısmen Hayır
10-	Hemşirelik yönetim sistemindeki eğitim protokolleri ve dökümanlar hasta ve yakınlarının eğitiminde bana destek verir.	Evet	Kısmen Hayır

<b>Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Kuruma ve sağlık çalışanlarına Yararı Ölçeği (KSCYÖ)</b>			
1-	Sağlık disiplinlerine "bilimsel veri kaynağı oluşturduğumu" düşünüyorum	Evet	Kısmen Hayır
2-	Elektronik hemşirelik yönetim sisteminin kurumun maliyet etkinlik çalışmalarında veri kaynağı olduğunu düşünüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
3-	Verinizi yasal nitelikte elektronik sistemde "doğru kaydederek kurumun misyon ve vizyonunu geliştirdiğimi" düşünüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
4-	Kurumun "iyileştirilmesinde" sistemdeki verilerimin kaynak gösterileceğini "düşünüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
5-	İstem, ilaç yazım-okuma ve hata riskini önlemede kullandığım hemşirelik yönetim sisteminin "kurumda olası hata riskini azalttığımı ve kaliteyi artırdığımı" düşünüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
6-	Sistemdeki prosedürlerin"öğrenci eğitimini iyileştirdiğini dolayısıyla kurumun eğitim kalitesine katkı sağladığımı" düşünüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
7-	Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin ile kurumda maliyet etkinlik sağladığımı düşünüyorum.	Evet	Kısmen Hayır

<b>Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Hasta Çalışan Güvenliğine Yararı Ölçeği (HÇGYÖ)</b>			
1-	.Elektronik hemşirelik yönetim sisteminin olası yanlış uygulamaları önlemede "hemşirenin uygulamalarını çek etmesini sağlayarak hasta ve çalışan güvenliğini korumaya destek" olabileceğini düşünmem.	Evet	Kısmen Hayır
2-	.Elektronik doktor istem-hemşire gözlem uygulamasının" olası tıbbi hataların önlenmesinde ve hasta güvenliğinin sağlanmasında etkili " olduğuna inanmıyorum.	Evet	Kısmen Hayır
3-	Elektronik "doktor istem-hemşire gözlem uygulamasının" çalışan güvenliği sağlamada "hemşireyi koruduğunu düşünmem"	Evet	Kısmen Hayır
4-	Elektronik hemşirelik sistemi üzerinden olası hatalı uygulamaları" güvenlik raporlamaya iletirim, düzeltici önleyici faaliyeti başlatırım.	Evet	Kısmen Hayır
5-	Öngördüğüm olası hataların bildirimini sistemden yapabiliyorum "hasta güvenliğini koruma ve iyileştirmede etki sağladığımı düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
6-	Sistem üzerinden olası hata veya öngördüğüm riskleri bildirebiliyorum"çalışan güvenliğini korumada ve iyileştirmede "etkili sağladığımı" düşünüyorum	Evet	Kısmen Hayır
7-	Sistemdeki kayıtlı bildirimlerimin"hasta- çalışan-iş sağlığı ve güvenliğinin iyileştirilmesinde, güvenlik kültürü oluşturmada" etkili olabileceğini düşünüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
8-	Elektronik hemşirelik uygulama verilerinin "maliyet-kalite göstergelerinin ölçülebilir ve denetlenebilir nitelikte kuruma katkı sağlayacağına inanıyorum.	Evet	Kısmen Hayır

<b>Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişe Olumsuz Yaklaşım Ölçeği (OYÖ)</b>			
1-	Elektronik sistemin hemşire-hemşire ve hemşire diğer sağlık profesyonelleri arasında yeterince veri alışverişi sağlamaz.	Evet	Kısmen Hayır
2-	Hemşire sayısındaki yetersizliğimizden dolayı elektronik sistemi kullanmak istediğim halde zaman zaman sistemi etkin kullanamadığımı düşünürüm.	Evet	Kısmen Hayır
3-	Zamanımın büyük bir kısmını bilgisayar ve doküman kaydına ayırmam gerektiğini düşünüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
4-	Elektronik hemşirelik bakım sürecindeki hemşirelik girişimlerinin hasta güvenliğini sağlamaya destek olmaz.	Evet	Kısmen Hayır
5-	Elektronik hemşirelik bakım sürecindeki kayıtlar çalışan güvenliği sağlamaya destek olmaz.	Evet	Kısmen Hayır
6-	Sistemdeki verilerin bana gerekli olduğunu ve beni geliştirdiğini düşünmüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
7-	Elektronik hemşirelik yönetim sisteminin hemşirelik mesleğini güçlendireceğine inanmıyorum.	Evet	Kısmen Hayır
8-	Bölümde/kurumda iş yoğunluğumuz nedeni ile sistemi etkin kullanmada zaman zaman güçlük yaşadığımı düşünüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
9-	Elektronik hemşirelik yönetim sistemiyle olası hataları kayıt ederek önlemeye yardımcı olabileceğimi düşünmüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
10-	Elektronik sürecin hemşirelik mesleğine ve sağlık disiplinlerine bilimsel nitelikte veri kazandırdığını düşünmüyorum.	Evet	Kısmen Hayır
<b>Görüş önerileriniz</b> .....			
<b>Teşekkür Ederim Ayşe KAVGACI</b> <b>KTÜ FARABI HASTANESİ</b> <b>BAŞHEMŞİRE</b>			

## **HEMŞİRELİK SÜRECİNDE ELEKTRONİK UYGULAMALARA GEÇİŞİN ETKİLERİ**

Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde “Hemşirelik Yönetmeliği” kapsamı ile programlandırılmış elektronik hemşirelik süreci ve bakım yönetimi uygulaması başlatılmıştır. Hemşirelik süreci “hemşirelik tanıları-neden-amaç-hemşirelik girişimleri ve değerlendirme süreçleri ile hasta-çalışanı güvenliği ve kalite uygulamalarından oluşmaktadır.

Hemşirelik sürecinde hasta güvenliği, çalışan güvenliği uygulamalarının elektronik veri yönetimi ile desteklenerek bilimsel anlamda geliştirilebilir iyileştirilebilir ve görünür nitelikte hemşirelik yönetim sistemi uygulaması hedeflenmektedir. Bu çalışmayla elektronik sistemde yeni anlayışla ortak bakım disiplini dizayn edilerek, toplumun ihtiyaçları ve mesleğin ilkeleri doğrultusunda hemşireliğin dünya çapında anlamda güçlendirilmesi hedeflenmektedir.

Multidisipliner iletişimi bilişim ağı ile destekleyen “Hemşirelik Sürecinde Elektronik Uygulamalara Geçişin Etkilerinin sistemi kullanan ilgili hemşireler tarafından” hemşirelik uygulamalarına yararı, hastaya yararı, kuruma ve sağlık çalışanlarına yararı, hasta çalışan güvenliğine yararı ve elektronik uygulamalara geçişin olumsuz etkilerinin” değerlendirilmesini incelemek üzere (KTÜ Farabi hastanesi) kullanımı başlatılan sistem ile ilgili aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar bilimsel çalışmada ve sistemin pratik uygulamasının geliştirilmesinde kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ayşe KAVGACI  
KTÜ TIP FAKÜLTESİ FARABİ HASTANESİ  
BAŞHEMŞİRE

## DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER HASTANEYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

- 1.Yaş  
(.....)
- 2.Cinsiyet  
(.....)  
a. Kadın b. Erkek
- 2.Eğitim Durumu  
a.Sağlık meslek lisesi  
b.Ön lisans  
c.Lisans  
d.Lisans /üstü eğitim  
(yüksek lisans /doktora)
- 3.Medeni durumu  
a.Evli b.Bekar
- 4.Gelir Düzeyi  
a.Gelir giderden az  
b.Gelir gidere eşit/fazla
- 5.Aile yapısı  
a.Çekirdek aile  
b.Geniş aile
- 6.Çalışılan klinik:  
Dahili klinikler.....  
Cerrahi klinikler.....
- 7.Pozisyon:  
a.Klinik Hemşire  
b.Servis sorumlusu  
c.Supervizör  
d.Birim Kalite Hemşiresi
- 8.Hastanenizdeki deneyim  
.....(yıl)..... (ay)
- 9.Hastanedeki çalışma süre  
.....(yıl).....(ay)
- 10.Şu anda klinik çalışma süresi  
..... (yıl).....(ay)
- 11.Toplam çalışma süresi  
.....(yıl).....(ay)

#### **Ek 4.**

### **ÖZGEÇMİŞ**

Ayşe KAVGACI 12.05.1965 tarihinde Eynesil’de doğdu. 1984 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Sağlık Meslek Lisesini bitirdi. 1990 yılında Anadolu Üniversitesi Hemşirelik bölümü ön lisans okudu. 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Lisans eğitimini tamamladı. 1984 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde hemşire olarak göreve başladı. 1987 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde Ameliyathane sorumlu hemşiresi olarak görev yaptı. 2010 Yılından itibaren Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesinde Başhemşire olarak görev yapmaktadır.