

**ÖZGE ÇETİN**

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ -CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL-2019**



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS  
TEZİ

JİNEKOLOJİ VE PERİNATOLOJİ HASTALARININ BAKIMINDA OMAHA  
SİSTEMİ'NİN KULLANIMI

ÖZGE ÇETİN

DANIŞMAN  
PROF. DR. ERGÜL ASLAN

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

**TEZ ONAYI**

Bu çalışma 26.12.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından  
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları  
Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ergül ASLAN  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Selda Seçginli  
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Meltem Demirgöz Bal  
Marmara Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Özge ÇETİN

## İTHAF

Destegini ve guvenini eksik etmeyen Annem, Babam ve Kardeşim'e ithaf ediyorum

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının her aşamasında bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren ve destek olan değerli hocam ve danışmanım sayın Prof. Dr. Ergül ASLAN hocama,

Nightingale Notları sisteminin kullanımı ile ilgili yardımlarından dolayı İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Her zaman desteğiyle yanımda olan aileme teşekkürlerimi sunarım.



## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	X
ÖZET .....	X
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlık Bilişimi.....	4
2.1.1. Klinik Bilgi Sistemleri.....	6
2.1.2. Teşhis Tedavi Sistemleri.....	10
2.1.3. Türkiye'deki Sağlık Bilişim Uygulamaları.....	11
2.2. Hemşirelik Bilişimi.....	13
2.3. Omaha Sistemi.....	22
2.4. Jinekoloji ve Perinatoloji Hastalarının Problemleri.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Amacı.....	31
3.2. Araştırmanın Tipi.....	31
3.3. Araştırmanın Soruları.....	31
3.4. Araştırmanın Yeri.....	31
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması.....	32
3.7. Etik Konular.....	33
3.8. Verilerin Analizi.....	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	35

4.2. Omaha Sistemi Verilerine İlişkin Bulgular.....	39
4.2.1. Omaha Sistemi PSL'ye Göre Belirlenen Problemlere İlişkin Bulgular.....	39
4.2.2. Omaha Sistemi GŞ'a İlişkin Girişimlerle İlgili Bulgular.....	57
4.2.3. Omaha Sistemi PDÖ'e İlişkin Bakım Sonuçları Bulguları.....	68
5. TARTIŞMA.....	74
5.1. Omaha Sistemi PSL'ye Göre Belirlenen Problemlerin Tartışılması.....	75
5.2. Omaha Sistemi GŞ'a İlişkin Girişimlerin Tartışılması.....	80
5.3. Omaha Sistemi PDÖ'e İlişkin Bakım Sonuçlarının Tartışılması.....	83
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	85
6.1. Sonuç.....	85
6.2. Öneriler.....	90
KAYNAKLAR.....	91
FORMLAR.....	101
EK 1 HASTA TANITIM FORMU.....	102
EK 2 OMAHA SİSTEMİ PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ.....	103
EK 3 OMAHA SİSTEMİ GİRİŞİM ŞEMASI.....	115
EK 4 OMAHA SİSTEMİ PROBLEM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	116
EK 5 T.C. S.B. S.B.Ü. OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZİNİ.....	120
EK 6 ETİK KURUL KARARI.....	121
EK 7 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	123
EK 8 NIGHTINGALE NOTLARI SİSTEMİ KULLANIM İZİNİ.....	125
ETİK KURUL KARARI (EK 6).....	126
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	127
ÖZGEÇMİŞ.....	128



## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=60).....	35
Tablo 4-2: Kadınların jinekolojik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=60).....	36
Tablo 4-3: Kadınların klinik ve tedavi günü dağılımı (n=60).....	37
Tablo 4-4: Omaha Sistemine göre belirlenen problem alanlarının dağılımı.....	39
Tablo 4-5: Omaha Sistemine göre belirlenen problemlerin dağılımı (n=60).....	40
Tablo 4-6: Jinekoloji ve perinatolojide problemlerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı.....	43
Tablo 4-7: Jinekoloji ve perinatolojide problem sayılarının dağılımı.....	45
Tablo 4-8: Belirti/bulguların problemlere göre ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı (n=60).....	47
Tablo 4-9: Jinekoloji ve perinatolojide belirti/bulguların problemlere göre ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları.....	51
Tablo 4-10: Jinekoloji ve perinatolojide belirti/bulgu sayılarının dağılımı.....	54
Tablo 4-11: Problemin ciddiyetine ilişkin bulguların ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları (n=60).....	56
Tablo 4-12: Omaha Sistemi girişim kategorilerine ilişkin bulgular (n=60).....	57
Tablo 4-13: Girişim hedeflerine ilişkin bulguların ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları (n=60).....	58
Tablo 4-14: Jinekoloji ve perinatolojide hedeflerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları.....	59
Tablo 4-15: Jinekoloji ve perinatolojide hedef sayılarının dağılımı.....	60
Tablo 4-16: Hedeflere göre girişimlerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı (n=60).....	62
Tablo 4-17: Jinekoloji ve perinatolojide girişim sayılarının ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı.....	66
Tablo 4-18: Problemlere ilişkin bilgi düzeyinin ilk ve ikinci değerlendirme bulguları (n=60).....	68
Tablo 4-19: Probleme ilişkin davranış düzeyinin ilk ve ikinci değerlendirme bulguları (n=60).....	70
Tablo 4-20: Probleme ilişkin durum düzeyinin ilk ve ikinci değerlendirme bulguları (n=60).....	72

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: Problemlerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları.....	42
Şekil 4-2: Jinekoloji ve perinatolojide problem sayıları toplamının dağılımı.....	46
Şekil 4-3: Belirti/bulguların ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları.....	50
Şekil 4-4: Jinekoloji ve perinatolojide belirti/bulgu sayılarının dağılımı.....	55
Şekil 4-5: Jinekoloji ve perinatolojide hedef sayıları toplamının dağılımı.....	61
Şekil 4-6: Girişimlerin dağılımı.....	65
Şekil 4-7: Jinekoloji ve perinatolojide toplam girişim sayıları.....	67

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

- ANA: Amerikan Hemşireleri Birliği (American Nurses Association)
- ANI: Hemşire Bilgi Birliği (Alliance for Nursing Informatics)
- CCC/HHCC: Klinik Bakım Sınıflaması (Clinical Care Classification/Home Health Care Classification)
- DICOM: Tıpta Dijital Görüntüleme ve İletişim (Digital Imaging And Communications In Medicine)
- ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık
- ESK: Elektronik Sağlık Kayıtları
- GŞ: Girişim Şeması
- HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri
- HEBS: Hemşirelik Bilişim Sistemleri
- ICN: Uluslararası Hemşirelik Örgütü (International Council of Nurses)
- ICNP:Hemşirelik Uygulamalarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification For Nursing Practice)
- KBS: Klinik Bilgi Sistemleri
- KKDS: Klinik Karar Destek Sistemleri
- LBS: Laboratuvar Bilgi Sistemi
- NANDA-I:Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (The North American Nursing Diagnosis Association International)
- NIC:Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi (The Nursing Intervention Classification)
- NOC/NNN: Hemşirelik Bakımı Sonuçları Sınıflama Sistemi (The Nursing Outcomes Classification)
- PACS: Görüntü Saklama ve İletişim Sistemleri (Picture Archiving and Communication Systems)
- PCDS: Hasta Bakımı Veri Seti (The Patient Care Data Set)
- PDÖ: Problem Değerlendirme Ölçeği
- PNDS: Perioperatif Hemşirelik Veri Seti (The Perioperative Nursing Data Set)
- PSL: Problem Sınıflama Listesi
- S: Sürveyans
- SPGK: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
- Tİ: Tedavi ve İşlem
- TTS: Teşhis Tedavi Sistemleri
- VNA: Ziyaretçi Hemşire Derneği (Visiting Nursing Association)
- VY: Vaka Yönetimi

## ÖZET

Çetin, Ö. (2019). Jinekoloji ve Perinatoloji Hastalarının Bakımında Omaha Sistemi'nin Kullanımı. T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma jinekoloji ve perinatoloji hastalarında Omaha Sistemi'nin kullanımını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlandı. Araştırmanın örneklemini Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatan 30 jinekoloji ve 30 perinatoloji hastası oluşturdu. Veriler her hastayla iki görüşme yapılarak "Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi ve Bakım Planı" formu ile toplandı ve online Nightingale Notları sistemine girilerek değerlendirildi.

Jinekoloji ve perinatoloji hastalarında tanılanan problem alanları sırasıyla fizyolojik, sağlık davranışları, psikososyal, çevresel alan oldu. Toplam problem sayısı ilk değerlendirmede 450, ikinci değerlendirmede 462 olarak bulundu. Jinekoloji hastalarında en sık karşılaşılan problemler; bulaşıcı/infeksiyon durumu, ağrı, fiziksel aktivite, beslenme, bağırsak fonksiyonu oldu. Perinatoloji hasta grubunda ise bulaşıcı/infeksiyon durumu, gebelik, ruh sağlığı, ağrı, aile planlaması, dolaşım oldu. Problemler çoğunlukla aktüel olarak belirlendi. En sık belirlenen girişim kategorisi sürveyans iken onu eğitim, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlemin izlediği bulundu. Toplam girişim sayısı ilk değerlendirmede 837, ikinci değerlendirmede 370 olarak bulundu. Bakıma yönelik sonuçlarda hastaların bilgi düzeyinin genelde temel düzeyde, davranışlarının genellikle uygun olduğu ilk ve ikinci değerlendirmede belirgin farklılık olmadığı bulundu. İkinci değerlendirmede bazı problemlerin "durum" düzeyinde gelişme olduğu bulundu.

Sonuç olarak bakım aktivitelerinin yoğun olduğu jinekoloji ve perinatoloji kliniklerinde hasta sorun ve gereksinimlerinin belirlenmesinde, girişimlerin planlanması, uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesinde sınıflama sistemi olarak Omaha Sistemi kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Omaha Sistemi, Jinekoloji, Perinatoloji, Hemşirelik Bakımı, Bilişim

## ABSTRACT

Çetin, Ö. (2019). Using Omaha System on Gynecology and Perinatology Patients Care. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Women Health and Diseases Nursing, Master Thesis. İstanbul.

This study was designed as descriptive and cross-sectional type to assessment using Omaha System on gynecology and perinatology patient. The sample of study consisted of 30 gynecology and 30 perinatology patient who were staying in training and research hospital in time interval March-May 2019. The data were collected from each patient by two interviews with “Omaha System Problem Classification List and Care Plan” form and analyzed by using online Nightingale Notes.

Problems diagnosed for gynecology and perinatology patient were mostly by order of physiological, health behaviors, psychosocial, environmental domain. Total number of problems was 450 in first evaluation and 462 in second evaluation. Most common problems in gynecology patients were communicable/infectious condition, pain, physical activity, nutrition, bowel function. Most common problems in perinatology patients were communicable/infectious condition, pregnancy, mental health, pain, family planning, circulation. Problems were often identified actual. The most frequently identified intervention category was surveillance, followed by training, guidance and counseling, treatment and procedure. Total number of intervention was 837 in first evaluation and 370 in second evaluation. It was found that knowledge level of the patients was basic level and their behaviors were generally appropriate and there was no significant difference in first and second evaluation. It was found that “status” level of some of problems improved in second evaluation.

In conclusion, Omaha System can be used as classification system for determining patient problem and needs, planning and implementation of intervention, evaluating the results in gynecology and perinatology clinics where intensive care activities.

Key Words: Omaha System, Gynecology, Perinatology, Nursing Care, Informatics

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Birey, aile ve toplumun sağlık bakımına yönelik ayrıntılı uygulama, dökümantasyon, bilginin yönetimini sağlayan standardize edilmiş sağlık bakım sınıflama sistemi olan Omaha Sistemi, kırk yılı aşkın süredir sağlık bakım sunucularına, sağlık bakım araştırmaları ve klinik bilginin dökümantasyonu için çeşitli şekillerde hizmet sunmaktadır (Topaz ve ark 2014; Erdoğan ve ark 2016). Hemşirelik tanımlarını belirleme, girişimleri planlama, uygulama ve bakım sonuçlarını değerlendirme fırsatı sağlayarak, hemşirelik bakımının kanıt temelli ve kaliteli sunulmasını destekler (Erdoğan ve ark 2016). Omaha Sistemi 3 temel adımdan oluşur; problem, girişim ve sonuç. İlk adım problem sınıflama listesi (PSL) olarak adlandırılır, sağlık bakım uygulayıcıları hasta problemlerini tanılamak ve tanıyı formüle etmek için değerlendirilen belirti ve bulgular gibi verileri toplar. PSL, çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanı olmak üzere 4 alan içerir. Bu 4 alan altında kategorize edilmiş; problemin odağı (birey, aile, toplum) ve problemin aktüel, potansiyel, hastanın sağlığını geliştirmeyi kapsayan belirti ve bulgularla tanımlanmış 42 problem yer alır. İkinci adım olan girişim şeması (GŞ), uygulayıcılar tarafından dört girişim kategorisinde eğitim, rehberlik ve danışmanlık (ERD), tedavi ve işlem (Tİ), vaka yönetimi (VY) ve süreyans (S) uygulanır. Özel hemşirelik girişimleri 76 hedef (75+1 diğer) kullanımıyla tariflenmiştir. Son adım problem değerlendirme ölçeği (PDÖ), uygulayıcılar her bir problem için bilgi, davranış ve durum alanlarında likert ölçekle ölçülen sonuçlarla bakımdaki gelişmeyi değerlendirir (Topaz ve ark 2014; Erdoğan ve ark 2016).

Gebelik annenin vücut yapısında, hormonal ve ruhsal durumunda değişimlere neden olan normal fizyolojik bir süreçtir. Ancak her gebelikte fetüs, gebe ya da her ikisi için olumsuz sonuçlar doğurabilecek, kadının önceden var olan veya gebelikte ortaya çıkan hastalıkları ya da fetüse ait nedenlerden dolayı riskli durumlar ortaya çıkabilmekte ve bu gebelikler riskli gebelik olarak adlandırılmaktadır (Oskay 2015; Erkal Aksoy ve ark 2016). Gebelikte ortaya çıkan hastalıklar; GDM (Aksu Yurtsev 2009; Karaçam ve Şen 2012; Ural 2016), spontan abortus, ektopik gebelik, gestasyonel trofoblastik hastalık, servikal yetmezlik, plasenta previa, ablasyo plasenta, hiperemezis gravidarum, gestasyonel hipertansiyon (GHT), preeklampsi, eklampsi, HELLP sendromu, kan

uyuşmazlığı, polihidroamniyos, oligohidroamniyos, çoğul gebelik, erken membran rüptürü (EMR), erken doğum (Oskay 2015) kanama (Kılıçarslan 2008), preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği (IUGG), fetal distres, konjenital anomali, plasental anomali, makrozomi (Melekoğlu ve ark 2013), erken doğum riski (Derbent ve Turhan 2009), anemi (Balık ve ark 2015), ikizden ikize transfüzyon sendromu (İİTS) (Bozkurt ve Sevil 2008), (Aygün ve ark 2004; Ölçer ve Oskay 2015), plasenta dekolmanı, fetal ölüm (Er 2012) gibi durumlardır. Gebelik öncesi kadında var olan diyabetes mellitus (DM), hematolojik hastalıklar, anemi, solunum sistemi hastalıkları, adölesan ve ileri yaşıta olma (Beji ve Yılmaz 2015), enfeksiyonlar, kalp hastalıkları (Karaçam ve Şen 2012; Beji ve Yılmaz 2015), astım (Serçekuş ve Okumuş 2004), tiroid hastalıkları, hipertansiyon, migren, talasemi (Kılıçarslan 2008) gibi hastalık ve durumlar gebeliğin riskli olmasına neden olmaktadır. Gebeler yorgunluk, mide yanması, konstipasyon, kas krampları, sırt ağrısı, varikoz venler, hemoroid, ayaklarda ödem, solunum sıkıntısı (Babadağlı 2008) sık idrara çıkma, üriner sistem enfeksiyonu (Karaçam ve Özçelik 2014), solunum bozuklukları (Ulaşlı ve Ünlü 2014), anksiyete, depresyon (Şen ve Şirin 2013), yeme bozuklukları (Özdamar ve ark 2014), bel ve kasık ağrısı, kanama (Gökbaraz 2019) gibi sorunları sıklıkla yaşamaktadır. Gebelerin hastanede kesin yatak istirahatinde kalış süresi ortalama  $19.27 \pm 18.28$  gün (Pamuk ve Arslan 2009), doğumhane ve jinekoloji servisinde 4 gün ve daha kısa hastanede kaldıkları (Tuğut ve Gölbaşı 2013), gebelerin 4-20.haftalarında hastaneye yatırıldıkları ve bir gün süre ile yatak istirahatine alındıkları (Karaçam ve Özçelik 2014), 6-25. gebelik haftasında hastaneye yatıp 1-5 gün arasında hastanede kaldıkları (Kamalak 2015), 1-2 gün arasında yattıklarını (Boyacı 2018) gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Doğum sonu hastanede yatış ise spontan vajinal doğumda  $1.93 \pm 1.43$  gün, sezaryende  $4.42 \pm 1.51$  gündür (Gül 2008). Kadınlar premenstrual sendrom, dismenore, üriner inkontinans, genital sistem enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) (Aktaş ve ark 2012), over torsiyonu (Boynukalın ve ark 2016), menstrual düzensizlikler (Temür ve ark 2017), vulvar distrofiler, ürogenital atrofi ve pelvik organ prolapsusu (Mihmanlı ve Temel Yüksel 2013), anormal uterin kanamaları (amenore, oligomenore, polimenore, menoraji, hipomenore, metroraji, menometroraji, kontakt kanama), pelvik ağrı, üreme sistemi enfeksiyonları, infertilite (Şahin ve Bilgiç 2015), üreme organ tümörleri (vulva, vajina, uterus, serviks, over, tuba) (Şahin ve Bal 2015) gibi jinekolojik sorunlar yaşamaktadır.

Hemşirelik terminolojileri hemşirelik bilimi ve uygulamaları için standartlaşmanın temelidir. Bilgi temelli hemşirelik uygulamaları bakımın etkililiğiyle ilgili araştırmalara yol göstermede son derece önemlidir. Standart hemşirelik terminolojilerinin bilgisayara entegrasyonu ile iletişim formatı kapsamı, tutarlılık, bilginin yeterliliği ve etkililiğini geliştirebilir, bilgi hemşireler, diğer sağlık bakım ekibi üyeleri ve toplumda paylaşılabilir (Taştan ve ark 2014). Elektronik sağlık kayıtları (ESK)'nın kullanımının artmasıyla sınıflama sistemlerinin kullanılmasının gerekliliği de artmıştır. Hemşirelik sınıflama sistemleri hemşirelerin ele aldığı hasta sorunlarını, sorunlara yönelik uyguladığı girişimleri ve girişimlerin hasta sonuçlarına katkısını sınıflandırmayı ve adlandırmayı sağlar. Hemşirelik sürecini esas alan sınıflama sistemleri 1970'li yıllardan sonra geliştirilmiştir (Korkmaz Arslan ve Emiroğlu 2012). Amerikan Hemşireleri Birliği (American Nursing Association-ANA) tarafından tanınan hemşirelik terminolojileri: Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (The North American Nursing Diagnosis Association International-NANDA-I), Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi (The Nursing Intervention Classification-NIC), Hemşirelik Bakımı Sonuçları Sınıflama Sistemi (The Nursing Outcomes Classification-NOC/NNN), Hemşirelik Uygulamalarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification for Nursing Practice-ICNP), Omaha Sistemi, Klinik Bakım Sınıflaması (Clinical Care Classification-CCC/Home Health Care Classification-HHCC), Perioperatif Hemşirelik Veri Seti (The Perioperative Nursing Data Set-PNDS), Hasta Bakımı Veri Seti (The Patient Care Data Set-PCDS)'dir (Ay 2008; Korkmaz Arslan ve Emiroğlu 2012; Taştan ve ark 2014). Standart hemşirelik terminolojisi uygulaması hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve hasta sonuçlarının belgelendirilmesinin kalitesini geliştirir (Taştan ve ark 2014). Uluslararası alanda kullanılan bilgisayar destekli hasta kayıt sistemleri örnekleri; Problem Merkezli Tıbbi Kayıt (Problem-Oriented Medical Record-POMR), Problem Merkezli Tıbbi Bilgi Sistemi (Problem-Oriented Medical Information System-PROMIS), Hemşirelik Minimum Veri Seti (Nursing Minimum Data Set-NMDS), Perioperatif Hemşirelik Veri Seti (The Perioperative Nursing Data Set-PNDS), Telefon ile Verilen Sağlık Hizmeti (TELEHEALTH)'dir (Ay 2009).

Bu çalışmanın amacı Omaha Sistemi'nin jinekoloji ve perinatoloji kliniğinde yatmakta olan hastaların hemşirelik bakımında kullanımının değerlendirilmesidir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sağlık Bilişimi

Birey ve hastalardan toplanan veri ve bilgilerde büyük artış yaşanmakta, hizmetin kaliteli sunumu için bu verilerin doğru yönetimi önem kazanmaktadır (sağlık bakanlığı 2004; Erdoğan ve ark 2016). Bilgisayar sistemleri bilgi yönetiminde büyük kolaylık sağlamaktadır (Ay 2009). Sağlık hizmetlerinde bilgi teknolojilerini kullanmak; verilerin saklanması ve korunması, bütünleşmiş sağlık bilgi sistemi oluşumu, bilgilerin tüm sağlık kuruluş ve üyeleri arasında paylaşılması ve kısa sürede ulaşılabilirliğinde etkili olmaktadır (Erdoğan ve ark 2016). Teknolojik gelişmelerden etkilenen alanlardan biri olan sağlıkta elde edilen veri ve bilginin toplanması, kullanılması ve paylaşılabilmesini sağlayacak sistemlere ihtiyaç olmakta bu durum sağlık sektörünü bilgi sistem ve teknolojilerinin yoğun kullanıldığı sektör durumuna getirmektedir (Alacadağlı 2019). Teknoloji sayesinde uygulamalar elektronik ortamda yer alabilmekte hasta sağlığı ile ilgili bilgiler veri tabanına kaydedilerek ihtiyaç olduğunda hızlı erişim sağlanmaktadır, geçmiş sağlık verilerine erişim etkin ve doğru tedavi için de önemlidir (Yücel ve ark 2018). Sağlık kurumlarındaki hastaya ait veriler, tetkik ve tedaviler kurum içi ve dışı ulaşılabilir duruma gelmiştir (Eriş ve İlman 2019). Bilgi sistemlerinin bakımın iyileştirilmesi, randevu sistemi ile bekleme süresinin azalması, bürokrasinin aza indirilmesi gibi yararları olmaktadır (Göktaş ve ark 2017). Amacı tüm sağlık ekibi arasında iletişimi kolaylaştırmak, araştırmalarda istatistik veri sağlamak, uygulanan bakım ve tedaviyi belgeleyerek yasal kaynak oluşturmak olan tıbbi kayıtlar; kolay okunma, dosyalanma, hızlı kayıt, bilgisayara uyarlanma, kurum standartları ile uyumlu olma, kolay erişim ve sağlık uygulayıcılarının amacına uygunluk gibi özelliklere sahip olmalıdır (Ay 2009).

Hastanelerde bilgisayarlar tanı, tedavi, bakım, monitör ile hasta takibi, muhasebe, eczane gibi alanlarda kullanılmaktadır. Sağlık sistemine 1960'lardan sonra giren bilgisayarlar hasta ücretleri, ödenekler, tıbbi istatistikler gibi alanlarda kullanılmış; 1970'lerin sonlarında hasta bilgilerinin merkezi depolanması, kolay ulaşılabilirlik, gizlilik, güvenilirlik, tüm kayıtlar arasında bilgi transferini sağlama gibi ölçütlere temellenmiş; 1980'li yıllarda tıbbi kimya laboratuvar otomasyonlarında, tıbbi hasta kayıtlarının tutulmasında, koroner yoğun bakım ünitesi, acil servis gibi alanlarda hasta

izleminde, bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi, nükleer tıp alanlarında kullanılmaya başlanmıştır. Hasta bakımının sürdürülmesi ve kalitenin geliştirilmesinde bilgisayarın etkin kullanımı önemlidir. Bilgisayar sayesinde klinik karar verme, finansal düzenleme, kurumun ihtiyaçları, strateji ve organizasyon değişim ihtiyaçlarının belirlenmesi, kaynak yönetimi belirlenebilmektedir (Ay 2009). Hastane açısından yatak kapasitesi, acil servis kapasite yeterliliği alanlarında istatistiksel veri de sağlamaktadır (Yücel ve ark 2018). 1980'ler ve 1990'lı yılların başında bilgi ve iletişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler bilgi çağını başlatmıştır (Ömürbek ve ark 2013). Bilgi teknolojileri alanındaki çalışmalar sağlık alanına entegrasyonu ile birlikte 1990'lardan sonra ulusal ve uluslararası düzeyde artmaya başlamıştır (Eriş ve İlman 2019). Sağlık alanındaki bilgi sistemleri araştırmalarda kaynak oluşturmaktadır (Ömürbek ve ark 2013). Problem analizi, çalışanın performansının değerlendirilmesi, vatandaşın tercihlerine karar verilmesi, kurumlar arasında iç ve dış iletişimin sağlanması bilgi sistemlerinin yararlarındandır. Sağlık bilgi sistemleri her bir bireyin sağlığıyla ilgili güncel ve tam bilgi elde etmeyi sağlar. Ulusal sağlık bakımı bilişim ağında doğumdan ölüme kadar olan sağlığa ilişkin veriler paylaşılır. Hasta bilgileri istenen zamanda istenen yere sağlanabilir, veri gizliliği sağlanır, hasta yönetim işlemleri etkili şekilde kontrol edilebilir, yönetimde ve hasta bakımında karar verme gelişebilir, maliyeti giderir (Demirel 2017).

Sağlık bilişimi; gelişmiş bilgi iletişim teknolojileri kullanılarak tanı, tedavi, iletişim, eğitim, karar alma, sağlık uygulamalarıyla elde edilen verinin toplanması, yönetilmesi ve işlenmesini içeren, sağlığın geliştirilmesi, sağlık bilgisinin oluşturulması, paylaşılması, kullanılmasını sağlayan kavram, yöntem, araçlardan oluşan bilim ve mühendislik dalıdır (Ömürbek ve ark 2013; Erdoğan ve ark 2016; Peker ve ark 2018). Sağlık bilişim sistemleri; bir kurumda karar almayı desteklemek, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumu ile ilgili bilginin üretimi, kullanımı için kurulan donanım, yazılım gibi sistemlerdir (Ömürbek ve ark 2013; Yücel ve ark 2018). Sağlık hizmetlerinde artan maliyetler kurumların sağlık bilişim sistemlerini benimsemesi ve kullanmasını zorunlu kılmış ve etkili hizmet sunumuna olanak sağlamıştır (Turan ve Kaya 2017). Sağlık bilişim sistemleri genel olarak Klinik Bilgi Sistemleri (KBS) ve Teşhis Tedavi Sistemleri (TTS) olarak iki başlıkta incelenmektedir (Peker ve ark 2018).

### 2.1.1. Klinik Bilgi Sistemleri

Hastaların klinik bilgilerini biriktiren ve işlevsel hale getiren, eczane, laboratuvar, radyoloji ile ilgili arayüzleri içeren ve klinisyenlerin bilgileri görüntülemelerini sağlayan web tabanlı sistemlerdir (Ömürbek ve ark 2013). KBS hastaya ait bilgileri toplayıp kullanılabilir hale getirir (Mutluay ve Özdemir 2014). Doğrudan hasta bakımıyla ilişkili bir sistem olan KBS bakımı desteklemek için gerekli bilginin oluşması, depolanması, yeniden kullanılmasını sağlar. Daha etkili karar almada klinisyenlere kolaylık sağlar, teşhis ve tedaviyi destekler ve standart gelişimi sağlar, tıbbi kayıtların azaltılması, kalite gelişimi, personel verimliliğinin artmasını sağlar, sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi kolaylaştırır (Demirel 2017). KBS; Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK), Klinik Karar Destek Sistemleri (KKDS), Hemşire Bilgi Sistemleri (HBS), Hasta Görüntüleme Sistemleri, Klinik iletişim Sistemleri, Teletıp, Vaka Bileşimi, Sanal Gerçeklik Uygulamaları, Akıllı Kart Uygulamaları, Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS), Standartlar ve Sınıflandırma Sistemleri, Klinik Uygulama Rehberleri ve Klinik Bakım Haritaları bileşenlerinden oluşmaktadır (Ömürbek ve ark 2013; Peker ve ark 2018).

**Elektronik Sağlık Kayıtları (ESK):** Hasta demografik ve klinik bilgileri, hastalık sınıflamaları gibi medikal verilerin hasta bakımını belgelemek, sağlık üyeleri ile paylaşımını sağlamak amacıyla bilgisayar ortamında toplanması, gerektiğinde kullanılmasına olanak veren kayıtlardır (Peker ve ark 2018). Demografik bilgiler, tıbbi geçmiş ve bugünkü sağlık bilgisi, problemler, ilaçlar, alerjiler, bağışıklık durumu, laboratuvar test sonuçları, radyolojik görüntüleri, hayati belirtiler, muayene, order, bakım planları, kullanılan malzeme ve faturalandırma bilgisi gibi verileri içermektedir (Demirhan ve Güler 2011). Hasta hakkında toplanan bilgiyi bilgisayar ortamında bütüncül olarak depolayarak bütün kayıtları elde etmeyi sağlar. Böylece sağlık çalışanları düşük maliyet ve daha az zamanda farklı bilgi kaynaklarına ulaşabilir (Demirel 2017). Geniş hacimli kayıtların dökümantasyonunu kolaylaştırmaktadır (Erdoğan ve ark 2016). Bir hastaya ait tam bir kayıt sayesinde bakıma destek olan aktiviteleri içerir ve bütüncül değerlendirme sayesinde kanıta dayalı karar destek sistemi, kalite yönetimi, tıbbi sonuçların raporlanmasını sağlar (Demirhan ve Güler 2011; Erdoğan ve ark 2016). Bakım sonuçlarının ölçümünde klinik verilere elektronik olarak ulaşılmasını sağlar (Ömürbek ve Altın 2009). Maliyetin düşmesi, çalışan

verimliliğinin artmasıyla kuruluşların etkililiğine olumlu etkisi olmaktadır (Ömürbek ve Altın 2009; Demirhan ve Güler 2011).

**Klinik Karar Destek Sistemleri (KKDS):** Kurumlarda 1950-1960'lı yıllarda karar alma süreçlerinde bilgisayar sistemlerinin entegrasyonuna dayanan çalışmalar destek sistemleridir. KKDS, sağlık üyelerine hizmetin iyileştirilmesi için klinik karar vermede yardımcı olan, bakım ve tedavinin sürdürülmesi, tanı belirleme, ilaç doz ayarlaması, laboratuvar hizmetleri, sağlık yönetim hizmetleri gibi alanlarda destek sağlayan bilgisayar programlarıdır (Peker ve ark 2018). Bu sistemler sağlık profesyonellerine hasta verilerinin analizinde, sağlık sorunlarına yönelik teşhis ve tedavide karar aşamasında yardımcı olmak daha güncel bilgi sağlamak amacıyla tasarlanmaktadır (Demirhan ve Güler 2011; Demirel 2017). Sağlık çalışanlarının klinik kararlarında destek sağlamak için tıbbi bilgi veya klinik veri ile ilgili bilgisayar sistemleridir (Demirel 2017).

**Hemşire Bilgi Sistemleri (HBS):** Hemşireliğe özgü uygulamaları desteklemek, bakımın kalitesini artırmak, bilgi yönetiminde verimliliği yükseltmek amaçlı geliştirilen sistemlerdir (Peker ve ark 2018). Hemşirelik hizmeti sunumuyla ilişkili işlemler ve alanda faaliyet gösteren iletişim teknolojileri ve bilgiyi içeren sistemlerdir. Değerlendirme, monitörle takip etme, hemşirelik tanılarının belirlenmesi, planlanması, sunulması ve bakım planlarının analizinde hemşirelere hız ve kolaylık sağlar. Hemşireler için hemşirelik uygulaması, hemşirelik işlemleri, veri yönetim aşamalarında karar destek sistemi sağlar. Hemşirelik sunumunda bilgi teknolojisi kullanımı iş yükü ve hata oranını azaltır, hemşire ve hasta arasında güçlü iletişim sağlar (Demirel 2017). Hemşirelik bilgisi yeni bir alan olarak 1992'de ANA (Amerikan Hemşireleri Birliği) tarafından tanınmıştır (Bickford 2009).

**Hasta Görüntüleme Sistemleri:** Sağlık kurum ve kuruluşlarında hastaların hastanedeyken ve taburculuk sonrasında takibini, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesini ve iyileşme sürecinin izlenmesini sağlayan sistemlerdir (Demirel 2017). Hastanın kalp atımı, kan basıncı, saturasyonu, solunum sayısı, vücut sıcaklığı gibi hayati belirtileri monitörden takip edilebilmektedir (Ömürbek ve Altın 2009).

**Klinik İletişim Sistemleri:** Telefona ulaşımın mümkün olmaması bakımda etkinliğin düşmesine neden olmaktadır (Ömürbek ve Altın 2009). Etkin olmayan iletişim yöntemleri sağlık hizmet sunum kalitesini düşürmektedir (Peker ve ark 2018). Mobil

iletişim araçlarının klinik uygulamalarda kullanımı bakım için gerekli bilginin karşılanmasına katkı sağlamaktadır (Ömürbek ve Altın 2009). Sağlıkta bilgi paylaşımı için bilgi iletişim teknolojilerinin kullanımını artırmak amacıyla Sağlık Girişimcileri Birliği (Integrating the Healthcare Enterprise-IHE) kurulmuş ve bu birlik mevcut olan standartlar ile kaliteli ve etkin uygulamaların oluşturulması, sistem kullanımında karşılaşılan sorunların çözümlenmesi odaklı çalışan uluslararası birliktir (Peker ve ark 2018).

**Teletıp:** Farklı yerdeki sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında izlem, tedavi, teşhis için fizyolojik belirtileri ve amaçların değerlendirilmesini sağlayan bir yöntemdir (Demirel 2017). Hastalar kendileri için hazırlanan web siteleri sayesinde hastalığı hakkında bilgi sahibi olur ve ne zaman hastaneye başvurması gerektiğine karar verir (Ömürbek ve Altın 2009). Telesağlık, telekomünasyonun tıbbi teşhis ve bakım için uzak mesafede bulunanlara hizmet sunumu için kullanılmasıdır. Teleameliyat, gelişmiş iletişim teknolojisi yardımıyla uzakta olan cerrah tarafından robotik sistem ile cerrahi işlemlerin gerçekleştirilmesidir (Demirhan ve Güler 2011). Teleradyoloji, radyolojik görüntüler ile ilişkili bilgiler bir yerden başka bir yere yorumlanma veya danışmanlık için gönderilir. Telepatoloji, görüntülerin telekomünasyon aracılığıyla teşhis için yöntem, konsültasyon ve eğitim transfer işlemidir. Telekardiyoloji, elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi, kalp ritmi, fotoğraf ve ses gibi kardiyolojik verilerin toplanması ve uzak yerlere transferidir. Telebakım, hastaneye gitmeden uzaktan teşhis ve tedavi için hastanın evine video kamera yerleştirilmesidir (Demirel 2017).

**Vaka Bileşimi:** Sağlık sistem çıktıları ve hastaların durumlarını benzerliklerine göre gruplayan, klinik ve ekonomik yönden sınıflandıran bilişim sistemleridir (Ömürbek ve Altın 2009). Sağlık bakım servislerinin klinik yönü, bütçenin finansal yönü, politika geliştirme aktiviteleri arasında denge ve bağlantıyı sağlar (Demirel 2017).

**Sanal Gerçeklik Uygulamaları:** Bilgisayar kullanılarak üretilen grafik, ses gibi gerçeklik hissi veren ve kullanıcılarla etkileşim içinde olan bir simülasyondur (Demirel 2017). Bu model sağlık üyelerinin becerilerini geliştirebilme, yeni beceriler kazanıp uygulayabilmesi için gerekli olan herhangi bir tehlike oluşturmadan güvenli bilim ortamını sağlamaktadır (Peker ve ark 2018). Tıpta eğitim, teşhis ve tedavi için elde edilen verilerin bilgisayara işlenmesinde kullanılır (Ömürbek ve Altın 2009).

**Akıllı Kart Uygulamaları:** Bilgi teknolojilerinde verilere hızlı ve kolay erişim sağlayan, verileri depolama ve işleme özelliği olan taşınabilir entegre cihazlardır (Peker ve ark 2018). Hastanın tıbbi kayıtları arasından küçük bir veri kümesi seçilerek sağlık kartına yüklenir (Ömürbek ve Altın 2009). Hafıza kapasitesi, kart sahibinin tanımlanması, su yalıtımı ve bilgisayara ihtiyaç duymadan okunabilirlik ve hastanın tıbbi geçmişine hızlı erişim gibi yüksek avantajlara sahiptir (Demirel 2017).

**Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS):** Hastanelerde faturalandırma, maliyet hesaplama, istatistik gibi konularda işlem yapacak hastane bilgi sistemleri 1960'lı yılların sonlarına doğru geliştirilmiştir. Hasta kayıt sistemleri, dijital görüntüleme sistemleri, finansal işlem yapan sistemler 1980'li yıllarda kullanılmış; 1990'lı yıllarda Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü'nün yaptığı çalışmalar ile ileri seviyelere çıkmış; 2000'li yıllarda elektronik sağlık kayıt sistemleri oluşturulmaya başlanmıştır (Dizman 2017). HBYS hastane yönetiminde planlama, kontrol, eşgüdüm, analiz ve karar verme ile ilgili bilgi toplama, saklama ve dağıtma işlemlerini gerçekleştiren yazılım ve donanım sistemleridir (Peker ve ark 2018). Bu sistem ile randevu işlemleri, hasta kayıt, muayene, tetkik süreci, tedavi aşaması, hasta sevk, eczane hizmetleri, hastaneye yatış ve taburculuk işlemleri, ameliyathane, satın alma, insan kaynakları gibi birçok işlem elektronik ortamda yürütülmektedir (Ömürbek ve Altın 2009; Dizman 2017).

**Standartlar ve Sınıflandırma Sistemleri:** Sağlık Bilgisi Paylaşımı (Health Information Exchange), hastaların tıbbi verilerinin çalışanlar ve hastalar arasında paylaşımını elektronik ortamda sağlayan sistemdir. Tedavi Edici Kimyasallar Sınıflaması (Anatomic Therapeutic Chemical Classification), ilaçların uluslararası seviyede kodlanması ve sınıflandırılmasını sağlayan sistemdir. Küresel Tıbbi Cihaz Sınıflandırması (Global Medical Devices Nomenclature), yalnızca tıbbi cihazlar için tasarlanmış, beş haneli numerik yapıya sahip, uluslararası kodlama ve sınıflandırma sistemidir. Hastalıklar/sağlık sorunlarının uluslararası düzeyde kodlama ve sınıflamasını yapmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uluslararası Hastalık Sınıflandırması10 (International Classification of Disease 10-ICD-10) kodlama dizgesi oluşturmuştur. HBYS'ne standart geliştirmek için 1987 yılında kurulan Sağlık Seviye 7 Standardı (Health Level Seven-HL7) Uluslararası Standartlar Teşkilatı (International Standards of Organisations-ISO)'nın açık sistemler arasındaki bağlantı modelinin en üst düzeyini temsil etmektedir (Peker ve ark 2018).

**Klinik Uygulama Rehberleri ve Klinik Bakım Haritaları:** Klinik Uygulama Rehberleri; hasta sonuçlarına etkisi olan uygulamalara ilişkin güçlü verilerin ulaşıldığı araştırmalara dayanarak hazırlanan rehberler karar alma sürecinde sağlık sunucularına yardımcı protokollerden oluşmaktadır. Kanıta dayalı klinik uygulama rehberleri, hastaların bakıma aktif katılımına, sonuçların iyileştirilmesine imkan sağlamaktadır (Peker ve ark 2018). Klinik Bakım Haritaları; hastayla ilgili planlanan sonuçlara ulaşmak için multidisipliner ekip üyelerinin kendi içindeki uygulamalarını belli bir zaman çizelgesi üzerinde gösterimini sağlayan araçlardır (Peker ve ark 2018).

### **2.1.2. Teşhis Tedavi Sistemleri (TTS)**

Hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan bilgi temelli sistemlere ve donanımlara verilen addır (Ömürbek ve ark 2013). Bu sistemler tanı ve tedavi sürecini destekleyen görüntü ve laboratuvar tanı sistemleriyle diğer uygulamalardan oluşmaktadır (Demirel 2017).

**Laboratuvar Bilgi Sistemi (LBS):** Hastane laboratuvarlarının bilgi yönetim ihtiyaçları doğrultusunda hazırlanan LBS bilgi işlem sürecinin kolay ve etkin bir şekilde kontrol edilmesini, hızlı ve verimli iş akışını sağlar. Hastalar için gerekli laboratuvar testleri ayaktan tedavi veya diğer birimler tarafından istenir ve otomatik laboratuvar ekipmanından elde edilen sonuçlar doğrudan isteyen servise iletilir. LBS laboratuvarların bilgi toplama, test sonuçlarını doğrulama ve raporlama işlemlerini sağlar (Demirel 2017).

**Radyoloji Bilgi Sistemi (RBS):** Radyoloji sisteminden otomatik görüntüleri olarak iki yönlü dijital bilgi aktarımı yapabilir. Klinikte hasta randevusu, muayenesi, tanı bilgileri ile radyoterapi planlama bilgilerinin veri aktarımını gerçekleştirir ayrıca veri arşivleme özelliğine sahiptir (Demirel 2017). Tıpta Dijital Görüntüleme ve İletişim (Digital Imaging and Communications in Medicine-DICOM) dosya formatı, biyomedikal görüntüleme alanında uluslararası ve dinamik bir standart haline gelmiştir. Dijital depolama ve veriler için daha az yer kaplar ve geniş coğrafi alana aktarılması kolaydır (Gupta ve ark 2015). Medikal görüntüler, Görüntü Saklama ve İletişim Sistemleri (Picture Archiving and Communication Systems-PACS) kullanılarak sayısal olarak arşivlenmektedir (Peker ve ark 2018). Dijital görüntülerin gerektiğinde farklı noktalarda kullanıcılara sunulmasını sağlayan elektronik bir film arşivleme sistemidir (Demirel 2017). Arşivleme sistemlerinde kolaylık sağlar, hastanın önceki ve sonraki görüntüleri

başarıyla yıllar sonra karşılaştırılabilir (Demirel 2017). PACS üzerinden röntgen, ultrasonografi, manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi ve mammografi gibi medikal görüntü kaydedici cihazların sağladığı veriler saklanabilmektedir (Peker ve ark 2018). DICOM tarayıcıların, sunucuların, yazıcıların ve ağ donanımının birden fazla üreticiden bir PACS'ye entegrasyonunu sağlar (Gupta ve ark 2015).

**Eczane Bilgi Sistemleri:** Hasta bakımında ilaç kullanımı, ilaç stoku ve yönetim faaliyetlerini içerir. Narkotik ilaç kullanımı ve ilaçların stok yönetimi gibi eczacılık faaliyetlerinin yanı sıra tedavi hizmetlerini destekler. Sistem hastaya verilen ilaçları takip eder; sağlık çalışanlarını ilaçların etkileri ve yan etkileri konusunda uyarır (Demirel 2017; Peker ve ark 2018).

**Nükleer Tıp Bilgi Sistemi:** Nükleer tıp taleplerinin girişinden randevu planlamasına ve hasta bilgilerinin girilmesine kadar değişen çok yönlü işlemlere sahiptir. Radyoloji raporlarının hazırlanmasını sağlar ve mevcut hasta bilgi sistemlerine bilgi aktarma işlevini yerine getirir (Demirel, 2017). Sağlık bilişim sistemlerinin etkin kullanılmasıyla hizmetlerin verimi ve bakımın kalitesi artar, yanlış uygulamaların gerçekleşme durumu azalır, sağlık hizmetlerinin aksaması engellenir, hastalara teşhis ve tedavide kolaylık sağlar, çalışana motivasyon sağlar, yararlı maddi kaynak kullanımı sağlar (Göktaş ve ark 2017; Peker ve ark 2018; Yücel ve ark 2018). Sağlık kuruluşlarında çalışanların bilgi teknolojilerini kabullenmeleri önemlidir aksi takdirde teknolojinin sağlayacağı avantajlardan yararlanılamaz ve zaman kaybı, maliyet artışı, kalitede düşüş görülebilir (Göktaş ve ark 2017).

### 2.1.3. Türkiye'deki Sağlık Bilişim Uygulamaları

Türkiye'de bilgi sistemlerini sağlık hizmetlerinde en kapsamlı kullanan kurum Sağlık Bakanlığı'dır (Demirel 2017). Ülkemizde ilk çalışmalar 1960 ve 1970'li yıllarda Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinde eczane bilgi sistem uygulamaları ve sigortalı bireylerden kesilen bilgisayar katkı payları ile başlamıştır (Turan ve Kaya 2017; Alacadağlı 2019). E-sağlık olarak adlandırılan uygulamalara ise 1990'lı yılların başında başlayan ve sonuncusu 2004'te devreye sokulan üç proje kapsamında geçilmiştir (Alacadağlı 2019). Sağlık Bakanlığı'nda e-sağlığa geçişe yönelik ilk adımlar, Dünya Bankası Proje Değerlendirme Raporu ve 7 Ekim 1990'da yapılan Birinci Sağlık Projesi İkraz Anlaşması hükümleri uyarınca sağlık projelerinin hazırlanması ve uygulanması amacıyla kurulan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü



(SPGK) ve Sağlık Projesi ile atılmıştır (Peker ve ark 2018; Alacadağlı 2019). İkinci Sağlık Projesi İkraz Anlaşması 1994 yılının sonlarında imzalanmıştır (Alacadağlı 2019). Sağlık Bakanlığının 1991 ve 1995 yıllarında yürüttüğü sağlık enformasyon sistemleri projesi kapsamında HBYS çalışmaları başlatılmıştır (Dizman 2017; Turan ve Kaya 2017). Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı'nın kurulması ile birlikte 1996 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda elektronik veri tabanları ve personel takip sistemleri geliştirilmiştir (Peker ve ark 2018). Sağlıkta dönüşüm programı 2003 yılında uygulamaya konulmuştur (Sağlık Bakanlığı 2004). Organizasyona yönelik olarak yapısal değişiklikler geçirerek SPGK 2004 yılında "Proje Yönetimi Destek Birimi" adını almıştır. Türkiye'de sağlık-net olarak bilinen ulusal sağlık bilgi sisteminin kurulum çalışmaları 2004 yılında sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde başlamıştır. Sağlık-net, sağlık hizmetlerinde verim ve kalitenin artırılmasını hedefleyen bütünleşmiş, güvenli, hızlı ve genişleyebilen standart bir bilgi ve iletişim sistemidir. Tüm vatandaşlara ait sağlık verilerini, kurumların idari ve mali verilerini de içermektedir. Verilerin doğrudan üretildikleri yerden toplanmasını ve toplanan verilerden tüm paydaşlar için gerekli bilgilerin elde edilmesini sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2004; e-sağlık 2019).

Sağlık Bakanlığı e-sağlık uygulamaları; Ulusal Sağlık Sistemi ve Sağlık-Net, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), Sağlık Yönetim Sistemi (SYS), Mekansal İş Zekası (Coğrafi Bilgi Sistemi), Kimlik Paylaşım Sistemi, Teleradyoloji Sistemi, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), AB (Avrupa Birliği) ve Dünya Bankası Projeleri (ProEmpower Projesi, ESPRIT Projesi, Bütünleşik Sağlık Yönetim Sistemi Projesi, Sağlık Bilişimi Uygulama Standartları Geliştirme ve Uyum Projesi), Diğer Uygulamalar (Beyaz Kod Uygulaması, Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı (SAMBA), Sağlık Personeli Takip Sistemi (SPTS), Doktor Bilgi Bankası, Ulusal Engelliler Veri Bankası, Uyuşturucu ile Mücadele Bilgi Sistemi, Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) mobil uygulaması, Engelsiz Sağlık İletişim Merkezi (ESİM), Sporcu Sağlığı Bilgi Sistemi, Sağlık Bilişim Ağı (SBA)'dır. E-Nabız 2015 yılında hizmete alınmıştır. E-Nabız, vatandaşların tüm sağlık kayıtlarını tek bir platformda toplayan, zaman ve mekandan bağımsız olarak kolay, hızlı ve güvenilir şekilde erişimine ve kontrolüne sunan kişisel sağlık kaydı sistemidir (Alacadağlı 2019).

Türkiye’de sağlık alanında kullanılan bilgi sistemleri; Doktor Bilgi Bankası, Elektronik Belge Yönetim Sistemi, Elektronik Tüberküloz Yönetim Sistemi (E-TYS), Muayene Bilgi Yönetim Sistemi (MBYS), Hastane Enfeksiyonları, Özürlüler Veri Bankası, Personel Bilgi Sistemi (PBS), Türkiye Kemik İliği Bilgi Sistemi (KİBS), Türkiye Diyaliz Bilgi Yönetim Sistemi (TÜRKDİVES), Türkiye Yoğun Bakım İzleme Sistemi (YOBİS), Türkiye Organ ve Doku Bağışı Bilgi Sistemi (TODBS), Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi (TODS), Türkiye Ulusal İşitme Tarama Programı (İTP), Yardımcı Sağlık Personeli Bilgi Bankası (YSP), Yeşil Kart Bilgi Sistemi vb. olarak sıralanabilir. Hastane bilgi yönetim sistemleri ile ilgili Türk standardı tasarısında yer alan uygulama yazılımları; Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemi (PACS), Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS), Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) ve internet üzerinden servis sunan diğer sağlık bilişimi uygulama yazılımlarıdır. Bu uygulama yazılımlarının tamamı “Sağlık Bilgi Sistemi” olarak adlandırılmaktadır (Özdemirci 2018).

## **2.2. Hemşirelik Bilişimi**

Hemşireler akut, gezici, uzun dönem, evde bakım, iletişim ve halk sağlığı temelli uygulamaları birleştirmede, sürdürmede ve bakımın koordinasyonunu sağlamada etkin rol alır (Martin ve ark 2011). Sağlıklı/hasta bireye en yakın pozisyonda hizmet sunan hemşireler, bakım gereksinimlerini belirleme, uygulamaları planlama, bakım için malzemeleri seçme, zaman yönetimi gibi konularda karar vericidir. Hemşireler bu işlevleri gerçekleştirirken bilişim teknolojilerini yoğun biçimde kullanmaktadır (Ay 2009; Çakırlar ve Mendi 2016). Hemşirelik bilişimi, bireylerin, grupların ve toplumun sağlığını geliştirmek ve iyileştirmek amacıyla bilişim teknolojilerinin hemşireliğin kendine özgü bilgi birikimi ve uygulamalarında kullanımı sonucu ortaya çıkmıştır (Erdoğan ve ark 2016; Özdemir ve Karakaya 2017).

Hemşirelik bilişimi terimi olarak ilk kez 1980 yılında yer almıştır. ANA tarafından 1992 yılında bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmış, 1994 yılında uzmanlık alanı olarak tanımı ve kapsamı belirlenmiş, 1995 yılında da uygulama standartları yayınlanmıştır (Bickford 2009). Hemşirelik bilişimi uygulama standartları; durum belirleme, hastayla ilgili sorunların saptanması, sonuçların tanımlanması, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi gibi hemşirelik süreci

bileşenleriyle birlikte eğitimi ve mesleki değerlendirmeyi, uygulamanın niteliği, işbirliği, etik, araştırma, kaynak kullanımı, savunuculuk, liderlik gibi başlıkları da içermektedir. Hemşireliğin tıbbi kayıtlara olan katkısını görünür yapmakta ve hemşirelerin karar verme süreçlerinde destek görevindedir (Mutluay ve Özdemir 2014; Çakırlar ve Mendi 2016).

Hemşirelik bilişimi; hemşirelik eğitimi, uygulamaları, yönetimi, araştırmaları gibi hemşirelikle ilgili her alanda yer almaktadır (Bilgiç ve Şendir 2014). Bilgi sistemleri hemşirelik yönetiminde sıklıkla kullanılır. Hemşirelik eğitiminde rutinde yüz yüze simülasyondan online simülasyona kadar kullanılabilir. Bilgisayarlaştırılmış kayıtların korunması, bilgisayar destekli öğretim, telekonferans aracılığıyla uzak mesafe öğrenme, internet kaynakları, web tabanlı eğitim, yazılım sunumları hemşirelik eğitiminin ilerlemesini sağlamaktadır. Hemşirelik araştırması bilgi sistemlerinin bir diğer uygulamasıdır. Hemşirelik bilgi sistemleriyle iş listesi, bakım planı, hemşirelik dökümantasyonu, önceki hasta verilerine ilişkin karşılaştırmalara hızlı erişilebilir (Baker 2012). Hemşireler bilişimi kullanarak bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını verebilir, kısa sürede kaliteli bakım sunabilir, verdikleri bakımın etkinlik ve verimliliğini kısa sürede değerlendirebilir, bakım ve tedavideki eksiklik ve yanlışlıklar kısa sürede tespit edilebilir, eğitim ve danışmanlık gibi fonksiyonlarını daha sağlıklı bir şekilde yerine getirebilir (Bilgiç ve Şendir 2014; Özdemir ve Karakaya 2017). Hemşirelik bakımını bilgisayara kaydetmek uygulamaları belgeleme imkanı sağlamakta ve bu kayıtlar kanuni ve mesleki açıdan önem taşımaktadır (Özdemir ve Karakaya 2017). Bilişim teknolojileri hemşirelik verilerinin yayınlanmasını, paylaşılmasını kolaylaştırmakta, klinik karar vermede destek sağlamakta, bakım kalitesini artırmakta, kırtasiye yükünü azaltmakta, diğer sağlık profesyonelleri ile olan çalışmalarını destekleyip iletişimi geliştirmekte, hizmet ve bakım faaliyetlerinin doğru yere ve kişiye en kısa sürede ulaştırılmasını sağlamakta, hasta bakımına daha fazla zaman ayırma imkanı sunmaktadır (Bilgiç ve Şendir 2014; Mutluay ve Özdemir 2014; Çakırlar ve Mendi 2016).

Hemşirelik bilişim sistemleri (HEBS), hemşirelik sürecinin değerlendirilmesini, hemşirelik verilerinin yönetimini, bilgi ve iletişim teknolojilerinin hemşirelikle ilgili alanlarda uygulanmasını sağlayan bilgisayar tabanlı sistemlerdir (Mutluay ve Özdemir 2014). HEBS klinik alanda hasta değerlendirilmesi, izlenmesi ve hastalığın hemşirelik

süreci aşamalarında diğer sağlık personeli ile bilgi paylaşımının gerçekleştirilmesinde kullanılmaktadır. Yönetimde bütçe yapma, nöbet çizelgelerinin hazırlanması, personel denetimi ve verimliliğin ölçülmesi, istatistik oluşturma, performans değerlendirmesi gibi alanlarda kullanılmaktadır. Eğitimde programların hazırlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Mutluay ve Özdemir 2014). Uluslararası Tıp Bilişimi Derneği- Hemşirelik Bilişimi Çalışma Grubu (IMIA-NISIG-Special Interest Group on Nursing Informatics of IMIA), 1983 yılında tüm dünyada hemşirelik bilişimini geliştirmek üzere kurulmuş uluslararası bir yapıdır (IMIA 2019). Hemşirelik bilişimi alanında ABD (Amerika Birleşik Devletleri), Avusturalya, Brezilya, Finlandiya, Almanya, Norveç gibi ülkelerde yüksek lisans ve doktora programları yürütülmekte, sertifika programları ve seminerler düzenlenmektedir (Bilgiç ve Şendir 2014). Ülkemizde hemşirelik bilişimi eğitimi lisans düzeyinde temel bilgi teknolojileri ve bilgisayar dersi altında verilmekte olup Dokuz Eylül Üniversitesi ve Akdeniz Üniversitesi'nde tıp bilişim yüksek lisans programına hemşirelik mezunları da kabul edilmektedir. İlk kez 2005 ve 2009 yıllarında Tıp Bilişimi Kongresi'nde hemşirelik paneline yer verilmiştir (Bilgiç ve Şendir 2014). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi lisans müfredat programında "Hemşirelik Bilişimi Dersi", lisansüstü müfredat programında "Topluma Dayalı Hemşirelik Bilgi Sistemi Dersi" bulunmaktadır (İÜC 2019). Hemşirelik bilgi sistemleri, sağlık bilgi sistemleri içinde yer alan, kaliteli veri yönetimi amacı taşıyan önemli bir konudur (Erdoğan ve ark 2016). Hastadan verileri toplayan ve elde edilen verileri elektronik ortama aktaran hemşirelerin teknolojiyi kabullenmesi ve teknolojiyi kullanma durumları oldukça önemlidir (Çakırlar ve Mendi 2016).

Hemşireler hemşirelikte bilgisayar kullanımıyla ilgili olumlu ifadelerle genellikle katılmaktadır (Karaahmetoğlu ve ark 2017). Özdemir ve Karakaya (2017)'nin çalışmasında hemşirelerin bilişim teknolojilerini mesleki olarak sırasıyla hastaların laboratuvar sonuçlarını alma, eczaneden ilaç takibi yapma ve malzeme giriş çıkışını izleme amacıyla kullandıkları belirtilmiştir. Bilişim teknolojilerini gün içerisinde çoğunlukla iş yerinde kullandıkları, yazılım ürünü olarak en çok arama motorlarını, e-posta uygulamalarını ve ofis proramlarını kullandıklarını ve bunları en çok haberleşme ve güncel bilgilere ulaşmak, sosyal ağlardan yararlanmak, servis kayıtlarını tutmak için kullandıklarını belirtmişlerdir (Özdemir ve Karakaya 2017). Hemşirelerin internetten haber, bilgi, güncel haber takip ettiği, literatür taramada kullandığı bulunmuştur.

Hemşirelerin bilgisayar teknolojilerini kullanım alanları ise hemşirelikle ilgili kayıtları tutma, bilgi edinmede, personeli yönetmek ve eğitimi için, araştırma yapma/veri analiz etmede kullanımı bulunmuştur (Türkoğlu 2010). Çalışmaya katılan hemşirelerin hemşirelik süreçlerine ilişkin yazılım programları geliştirilmesi gerektiğini, elektronik sağlık kayıtlarının verilen sağlık bakımı kalitesine pozitif etkiye bulunduğunu, elektronik sağlık kayıtlarının yaşam kalitesini iyileştirdiğini düşündüğü saptanmıştır. Katılımcıların bilgisayar ve mobil teknolojileri en sık sosyal ağlara erişim için kullandığı saptanmıştır (Çakırlar ve Mendi 2016). Öğrenciler Hemşirelik Bilişimi Dersi'nin mesleği geliştirmek, kolaylaştırmak ve kalitesini artırmak için hemşirelik eğitiminde olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Derste edindikleri bilgileri hasta bakımında, kayıt tutmada, hemşirelik sürecinde, bilgi edinmede kullanabileceklerini belirtmişlerdir (Akcan ve ark 2007).

Sağlık alanındaki hızlı gelişmelere uyum sağlamak için hemşirelerin eğitim süreçleri içinde; bilgisayar ile ilgili becerileri kazanmaları, hemşirelik terminolojisini ve sınıflama sistemlerini öğrenmeleri, bilgi yönetimi becerileri kazanmaları önemlidir (Erdoğan ve ark 2016). Teknolojinin ilerlemesiyle hemşirelerin rol ve sorumlulukları artmış, hemşireliğin hastane bilgi sistemlerinde yer alması, bilgisayar tabanlı bakım planları kullanmak için hemşireliğe özel sınıflama sistemlerine ihtiyaç duyulmuştur (Ay 2008; Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012). Sağlık kurumlarında elektronik bilgi sistemlerinin kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte hemşirelerin de bu sistemlere entegre hemşirelik bilgi sistemi oluşturma ve yaptıkları bakımları elektronik ortamda belgeleme gereksinimi, standart rehberler geliştirme, kaliteyi geliştirip güvence altına alma, bilgi sistemlerini kullanabilme ve sağlıklı bir iletişim, yerel-bölgesel ve ulusal-uluslararası karşılaştırmalar yapabilmek için ortak bir terminoloji geliştirme zorunluluğu oluşturmuştur (Ay 2008; Bilgiç ve Şendir 2014; Oksay Şahin ve Erdemir 2016). Hemşireliği tanımlayan kavramların ortak dil ile sınıflandırıldığı sistemlere duyulan gereksinim Uluslararası Hemşirelik Örgütü'nün (ICN) 1989 yılında Seoul'da yaptığı toplantıda dünya hemşirelerine duyurulmuştur (Erdoğan 2003). Bilgisayara entegre kayıtlar hastalardan elde edilen verileri karşılaştırma fırsatı verir, bakımın sürekliliğini garanti altına almayı sağlar, hemşirelik araştırmalarını destekler (Ay 2009). ESK kullanımının artmasıyla hemşirelik sınıflama sistemlerinin kullanımı da artmıştır (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012).

Hemşire Bilgi Birliği (ANI) standardize hemşire ve diğer sağlık terminolojilerinin kullanımının eşitsizliğin giderilmesinde, sonuçların raporlandırılmasında, performans geliştirilmesinde, problem listesinin doğruluğunun korunması, tedavi, ihtiyaç olan bilgiyi kaliteli, etkili, güvenli şekilde yeniden kullanabilme konusunda zorunlu ve kararları desteklemede ön koşul olduğunu belirtmiştir (Martin ve ark 2011). Terminolojiler ayrıca bilgi temelli uygulama, kalite ve hemşirelik bakımının etkiliği ile ilişkili araştırmalar yol göstermek için son derece önemlidir (Taştan ve ark 2014). Hemşirelik süreciyle ilişkili terminolojiler 1970'li yıllardan sonra geliştirilmiş ve 2000'li yıllar uluslararası standardizasyon çağı olmuştur. Veri tabanları, hemşirelik bilgi sistemleri hemşirelik sürecini desteklemek ve ortak hemşirelik terminolojisi oluşturmak üzere şekillendirilmektedir (Oksay Şahin ve Erdemir 2016). Hemşirelik terminolojisi sınıflama sistemleri hemşirelik tanısı, hemşirelik girişimleri ve sonuçlarını içerir ve bir arada kullanır (Taştan ve ark 2014). Standart hemşirelik terminolojilerinin bilgisayarlaşması tutarlılık, kapsam, hemşirelik iletişim formatını ve bilginin yeterliği ve etkililiğini geliştirebilir. Hemşireler bu şekilde diğer sağlık bakım profesyonelleri, sağlık kuruluşları ve toplumla paylaşımda bulunabilir (Taştan ve ark 2014). Standart hemşirelik terminolojileri uygulaması hemşirelik tanıları, girişimleri, hasta sonuçlarının belgelendirilmesiyle kaliteyi geliştirir. Eğer veriler sistematik olarak toplanır ve depolanırsa tanılama ve en iyi uygulamanın yayılması, zayıf uygulamaların giderilmesini sağlayarak bakımın güvenliğini ve kalitesini geliştirecektir (Taştan ve ark 2014). ANA tarafından tanınan hemşirelik terminolojileri:

\*Uluslararası kuzey amerika hemşirelik tanıları birliği (The North American Nursing Diagnosis Association International - NANDA-I)

\*Hemşirelik girişimleri sınıflama sistemi (The Nursing Intervention Classification-NIC)

\*Hemşirelik bakımı sonuçları sınıflama sistemi (The Nursing Outcomes Classification-NOC/NNN)

\*Hemşirelik uygulamalarının uluslararası sınıflaması (International Classification for Nursing Practice-ICNP)

\*Omaha Sistemi

\*Klinik bakım sınıflaması (Clinical Care Classification-CCC/Home Health Care Classification-HHCC)

\*Perioperatif hemşirelik veri seti (The Perioperative Nursing Data Set-PNDS)

\*Hasta bakımı veri seti (The Patient Care Data Set-PCDS)'dir (Erdoğan 2003; Ay 2008; Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012; Mutluay ve Özdemir 2014; Taştan ve ark 2014).

Ülkemizde ESK kullanılmakta, hemşirelik kayıtları entegre edilmekte; NANDA Hemşirelik Tanıları Sınıflaması ve Omaha Sistemi bu amaçla kullanılmaktadır (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012).

**Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (The North American Nursing Diagnosis Association International-NANDA-I):** Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliğinin uzun çalışmaları sonucu geliştirilen NANDA, Hemşirelik Tanı Terminolojisi ve Sınıflaması en yaygın kullanılan ANA tarafından onaylanmış ilk sınıflama sistemidir (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012; Oksay Şahin ve Erdemir 2016). Amacı; dili artırıp geliştirerek profesyonel hemşireler tarafından kullanılabilen hemşirelikte tanı terminolojisi oluşturmaktır. İlk kez 1973 yılında toplanmış ve bu yıldan beri hemşirelik tanıları geliştirme ve sınıflandırma çalışmalarını sürdüren NANDA 1986 yılında ilk sınıflandırma sistemini oluşturmuştur (Ay 2008; Moyet 2012). Grup her iki yılda bir taksonomi revize etmek için toplanmaktadır. “Taksonomi I” 1987 yılında, 2003 yılında “Taksonomi II, NANDA'nın hemşirelik tanıları: Tanımlar ve Sınıflandırma 2003-2004” kitabı basılmıştır (Ay 2008; Moyet 2012). Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri sınıflandırma modeli 1998 yılında kabul edilmiş, 2002 yılında uluslararası katılıma paralel olarak NANDA International adını almıştır (Oksay Şahin ve Erdemir 2016). NANDA tanıları insanların, hastalık, risk, yaralanma, sağlık sorunlarına verdiği yanıtları belirlemede kullanılmaktadır. Hemşireler kritik düşünme sürecinde NANDA'yı kullanır. NANDA uluslararası hemşirelik tanıları taksonomisi 1970'lerin ortalarında hemşirelik tanılarının sınıflandırılmasında rehber olarak alfabetik listelenmiştir. Taksonominin 3 seviyeli yapısı vardır: 1. Etki alanı; ilgi veya çalışma alanı (fonksiyonel, fizyolojik, psikososyal, çevresel). 2. Sınıf; teşhis bölümüdür (aktivite/egzersiz, davranış veya bilgi, sağlık sistemi). 3. Hemşirelik tanıları; birey, aile veya toplum için tanımlanan sağlık probleminin aktüel veya potansiyel cevaplarıdır. Elektronik sağlık kaydı olarak yatan hasta, ayaktan veya evde bakım alan hastaların

öncelikli ihtiyaç ve problemlerini belirlemeye yardımcı olmakta ve hemşirelere iş akışında dokümantasyon sağlamaktadır. Problem listeleri, değerlendirme, bakım planı ve hasta durumunun değerlendirilmesinde klinik yol geliştirmek için kullanılır (Lundberg ve ark 2008). Bir çok dile çevrilerek 20'den fazla ülkede kullanılmaktadır (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012; Oksay Şahin ve Erdemir 2016). NANDA-I hemşirelik tanıları klinik olarak birey, aile, toplumun gerçek veya potansiyel sağlık sorunlarına cevapları olarak tanımlanır. NANDA-I Taksonomisi II'nin amacı; hemşirelik tanılarında standarda ulaşmak için tanınmış ve klinik olarak yararlı bir sınıflandırma oluşturmaktır. 13 alan, 47 sınıf ve 206 hemşirelik tanısından oluşmaktadır (Boldt ve ark 2010). NANDA-I Taksonomi II 7 eksenini içermektedir: Eksen 1: Teşhis Kavramı; tanılama kavramı teşhisin ana bileşenidir. Eksen 2: Teşhis Konusu; teşhis konusu kişiyi veya belirlenen hemşirelik tanısı konulan bireyleri ifade eder. Eksen 3: Yargı; bir yargı, sınırlama veya diyagnostik kavramın anlamını belirtir. Eksen 4: Konum; vücudun bölümlerini / bölgelerini açıklar ve/veya bunların ilgili işlevleri - tüm dokular, organlar, anatomik bölgeler veya yapılarını ifade eder. Eksen 5: Yaş; kişinin yaşını ifade eder. Eksen 6: Zaman; teşhisin süresini açıklar. Eksen 7: Teşhis Durumu; tanı veya tanı kategorizasyonu, eylemin gerçekliğini veya potansiyelini belirtir (Scroggins 2008). NANDA-I en çok kullanılan ve en çok araştırılan hemşirelik tanı sözlüğü olarak kabul edilmektedir (Juve Unida ve ark 2012).

**Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi (The Nursing Intervention Classification-NIC):** NIC hastalara hemşireler tarafından uygulanan hemşirelik tedavilerine dayalı sonuçları geliştirmek için klinik yargı ve bilgi sunmaktadır. Doğrudan hastaya uygulanan tedavi edici müdahaleleri içermektedir (Taghavi Larijani ve Saatchi 2019). Her alan ve bakım ortamında hemşirelik girişimlerini tanımlamada, standart hale getirmede, bakımda standart bir dil sağlayan kapsamlı bir sınıflama sistemidir (Ay 2008; Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012; Oksay Şahin ve Erdemir 2016). ABD'de Iowa Üniversitesi'nde 1987 yılında Hemşirelik Sınıflama ve Klinik Etkililik Merkezindeki araştırma ekibi tarafından geliştirilmeye başlanmıştır (Ay 2008; Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012; Oksay Şahin ve Erdemir 2016). Hemşirelerin uyguladığı girişimlerin araştırma temelli kapsamlı bir setidir. NIC kullanımı girişimlerin hasta üzerindeki etkisinin çıktılarının analizini kolaylaştırır. Hemşirelik girişimleri, sonuç odaklı çıktılarını belirleme ve değerlendirmede hemşirelik sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Birey , aile ve toplumda doğrudan ve dolaylı bakımı içerir (Lundberg ve ark



2008). NIC sınıflama sisteminin 2013 yılı 6. baskısında 7 alan, 30 kategori, 554 hemşirelik girişimi ve girişimlerin altında toplamda 13.000 aktivite bulunmaktadır (Oksay Şahin ve Erdemir 2016). NIC taksonomisi hemşirelik alanını tanımlamada 7 alan (fizyolojik: temel , fizyolojik: kompleks, davranış, güvenlik, aile, sağlık sistemi, toplum) ve 30 kategori içermektedir. Akut bakım, yoğun bakım üniteleri, evde bakım, bakımevlerinde, uzun süreli bakım ve birinci basamak gibi tüm klinik ortamlarda kullanılabilir (Lundberg ve ark 2008).

**Hemşirelik Bakımı Sonuçları Sınıflama Sistemi (The Nursing Outcomes Classification-NOC/NNN):** NOC, NIC'e göre uygulanan girişimlerle hastaların sağlık durumundaki değişiklikleri ifade etmektedir (Taghavi Larijani ve Saatchi 2019). Iowa Üniversitesi Hemşirelik Okulu'ndaki Hemşirelik Sınıflama ve Klinik Etkililik Merkezi araştırma ekibi tarafından tüm bakım alanlarında kullanılmak üzere 1991 yılında geliştirilmeye başlanmıştır. Hemşirelik girişimlerinin etkisini gösteren sonuçları içeren, kapsamlı ve standardize edilmiş sınıflamadır (Ay 2008; Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012; Oksay Şahin ve Erdemir 2016). Standart bir dille hemşire ve diğer sağlık üyeleri için önemli olan hasta odaklı sonuçları tanımlamakta, bireysel hemşirelik bakımının uygulanması/sürdürülmesini sağlamaktadır (Ay 2008). NOC kullanımı hemşirelerin bakım sonuçlarını hasta açısından bireysel olarak belirlemesini sağlamaktadır. Hastalar aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı kişiler ile karşılaştırılabilir. Hemşireler hasta popülasyonlarında klinik uygulamadaki benzerlik ve farklılıklarla hasta bakımının kalitesini değerlendirebilmektedir (Lundberg ve ark 2008). NOC alan, sınıf ve sonuçlar olmak üzere 3 seviyeden oluşmaktadır: 31 sınıf, 7 alan ve yaklaşık 350 hemşirelik sonucu yer almaktadır. Sonuçlar için 5 basamaklı bir ölçek kullanılmaktadır (Lundberg ve ark 2008; Oksay Şahin ve Erdemir 2016).).

**Hemşirelik Uygulamalarının Uluslararası Sınıflaması (International Classification for Nursing Practice-ICNP):** Hemşirelik uygulamalarını tanımlayan, Geneva'da ICN tarafından 1989 yılında hemşirelik bilgi yönetim sistemi ve veri seti için bir sınıflama oluşturmak üzere geliştirilmiştir. Mevcut hemşirelik terminolojilerini ve sınıflamalarını birleştiren, hemşirelik uygulamalarını tanımlayan, hemşireler arası iletişimi geliştiren sistemdir (Ay 2008; Oksay Şahin ve Erdemir 2016). ICNP pratik terimler, mevcut kelimeler ve sınıflandırmalar ile yerel dilin haritalandırılmasını kolaylaştıran hemşirelik için birleşik bir terminolojidir. ICNP'nin beta sürümü

hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri, hemşirelik sonuçlarını kolaylaştıran çok eksenli ve hiyerarşik bir sınıflandırmadır (Hyun ve Park 2002).

**Omaha Sistemi:** Birey, aile ve toplumun sağlık bakımına yönelik ayrıntılı uygulama, dökümantasyon, bilginin yönetimini sağlayan standardize edilmiş sağlık bakım sınıflama sistemidir (Erdoğan ve ark 2016).

**Klinik Bakım Sınıflaması (Clinical Care Classification-CCC/Home Health Care Classification-HHCC):** Önceleri evde sağlık bakımı sınıflama sistemi (HHCC) olarak bilinen CCC sistem Georgetown Üniversitesi Hemşirelik Okulundan bir ekip tarafından geliştirilmiş, 1991 yılında ANA tarafından kabul edilmiştir (Ay 2008; Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012; Oksay Şahin ve Erdemir 2016). Amacı; evde sağlık bakımı talebini değerlendirmek, gereksinimleri belirlemek, bakımı analiz etme, kayıt etme, sınıflama ve kodlamaktır (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012; Oksay Şahin ve Erdemir 2016). Birbiri ile ilişkili iki standart sınıflandırma ve 20 bakım ögesinden oluşan HHCC sisteme 2003 yılında bir bakım ögesi daha eklenerek CCC sistem adını almıştır. CCC sistem 21 bakım ögesi, 182 hemşirelik tanısı, 3 beklenen sonuç, 198 hemşirelik girişiminden oluşmaktadır (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu 2012; Oksay Şahin ve Erdemir 2016).

**Perioperatif Hemşirelik Veri Seti (The Perioperative Nursing Data Set-PNDS):** Perioperatif Uzman Hemşireler Derneği (Association of Perioperative Registered Nurses) tarafından geliştirilen PNDS, 1999 yılında ANA tarafından perioperatif dönemde hastaların ihtiyaçlarına yönelik uygulamalarda hemşirelerin kullanabileceği tek dil olarak kabul edilmiştir. Sistem birey ve ailenin cerrahi girişime verdikleri cevap ve ihtiyaçlarına odaklanmakta olup perioperatif hemşirelik uygulamalarıyla ilişkilidir (Ay 2008; Baker 2012). PNDS perioperatif hasta bakımına odaklanan cerrahi prosedürleri içeren tek standarttır. Tanı, hemşirelik girişimleri, cerrahi hasta sonuçlarıyla perioperatif hemşireliği açıklamaktadır. Perioperatif hemşirelik uygulamaları için evrensel bir dil sağlamakta ve hasta bakımı sonuçlarını ölçme ve değerlendirmede yardımcı olmaktadır. PNDS 74 hemşirelik tanısı, 133 hemşirelik girişimi, 28 sonuç verilerini içermektedir (Lundberg ve ark 2008).

**Hasta Bakımı Veri Seti (The Patient Care Data Set-PCDS):** Bakımın sürdürüldüğü tüm alanlarda kullanılabilen sistem; 363 problem, 1357 girişim, 311 sonuç içermektedir (Ay 2008).

Standart terminolojiler bakımında ESK'ların önemli bir bileşenidir. Uygulayıcıların ESK'daki bakım terminolojilerini tam olarak ve devamlı kullanmaları halinde hasta popülasyonunun ihtiyaçlarını yansıtan kaliteli veri seti üretilecektir. Veriler bakımın kalitesinin denetimi, hasta sonuçları, toplumun sağlık uygulamaları için kullanılabilir, çeşitli gruplarda oluşan klinik veriler referans terminolojilerle eşleştirilebilir (Martin ve ark 2011). Sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri arasında hasta güvenliği açısından iletişimi geliştiren standart hemşirelik terminolojileri kullanımı hemşirelik bakımını belgelendirmede ve bakımın planlanmasının gelişiminde bir çerçeve sağlar. Standart hemşirelik terminolojileri kullanımı bakımın anlaşılması, paylaşımı, sürdürülmesi ve istenen hasta sonuçlarını geliştirmede, zaman yönetimi, iş zorluğunun değerlendirilmesi, ekonomik analizlerde yardımcı olur (Taştan ve ark 2014). Uluslararası alanda kullanılan bilgisayar destekli hasta kayıt sistemleri örnekleri; Problem Merkezli Tıbbi Kayıt (Problem-Oriented Medical Record-POMR), Problem Merkezli Tıbbi Bilgi Sistemi (Problem-Oriented Medical Information System-PROMIS), Hemşirelik Minimum Veri Seti (Nursing Minimum Data Set-NMDS), Perioperatif Hemşirelik Veri Seti (The Perioperative Nursing Data Set-PNDS), Telefon İle Verilen Sağlık Hizmeti (TELEHEALTH)'dir (Ay 2009).

### **2.3. Omaha Sistemi**

Omaha Sistemi, kırk yılı aşkın süredir sağlık bakım sunucularına, sağlık bakım araştırmaları ve klinik bilginin dökümantasyonu için çeşitli şekillerde hizmet sunmaktadır (Topaz ve ark 2014). Hemşirelik tanımlarını belirleme, girişimleri planlama, uygulama ve bakım sonuçlarını değerlendirme fırsatı sağlayarak, hemşirelik bakımının kanıt temelli ve kaliteli sunulmasını destekler (Erdoğan ve ark 2016). Omaha Sistemi 3 temel adımdan oluşur; Problem, Girişim ve Sonuç. İlk adım problem sınıflama listesi (PSL) olarak adlandırılır, sağlık bakım uygulayıcıları hasta problemlerini tanılamak ve tanıyı formüle etmek için değerlendirilen belirti ve bulgular gibi verileri toplar. PSL, çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanı olmak üzere 4 alan içerir. Bu 4 alan altında kategorize edilmiş; problemin odağı (birey, aile, toplum) ve problemin aktüel, potansiyel, hastanın sağlığını geliştirmeyi kapsayan belirti ve bulgularla tanımlanmış 42 problem yer alır. İkinci adım olan girişim şeması (GŞ), uygulayıcılar tarafından dört girişim kategorisinde: Eğitim, rehberlik ve danışmanlık (ERD), tedavi ve işlem (Tİ), vaka yönetimi (VY) ve sürveyans (S) uygulanır. Özel hemşirelik girişimleri

76 hedef (75+1 diğer) kullanımıyla tariflenmiştir. Son adım problem değerlendirme ölçeği (PDÖ), uygulayıcılar her bir problem için bilgi, davranış ve durum alanlarında likert ölçekle ölçülen sonuçlarla bakımdaki gelişmeyi değerlendirir (Topaz ve ark 2014; Erdoğan ve ark 2016).

Elektronik sağlık kayıtları kağıt temelli sistemleri aşan hasta bakımına ilişkin verilerin yeniden düzenlenmesi, yayılması, depolanması için kapasiteye sahiptir. ESK'daki probleme yönelik dokümantasyon kolaylaştırmaktadır. ESK'ler Omaha Sistem verilerini içeren, tanımlayıcı sağlık problemlerini, problem çözümünü sağlayan girişimler ve problem kategorisine özel çıktıları gibi bakım bölümlerini içerecek şekilde tasarlanmıştır (Lee ve ark 2015). Omaha Sistemi kamusal alanda var olan araştırmaya dayalı, kapsamlı, standardize edilmiş bir taksonomi veya sınıflandırmadır. Uygulama, dokümantasyon ve bilgi yönetimini geliştirmek için tasarlanmıştır. Her yaştan, coğrafi konumdan, tıbbi teşhisten, sosyo-ekonomik alandan, manevi inançtan, etnik kökenden ve kültürel değerden temsil edilen birey, aile ve toplumlar için bakım süresince kullanılması amaçlanmıştır. Klinik verilerin toplanmasını, depolanmasını ve analizini sağlar. Kalite iyileştirme, eleştirel düşünme ve iletişimi destekler. En iyi uygulamaları / kanıta dayalı uygulamaları içeren araştırmaları teşvik eder. Klinik verileri demografik, finansal, idari ve personel verilerine bağlar. Bilgisayara uyumlu olacak şekilde tasarlanan Omaha Sistemi, klinik verileri entegre etmek ve paylaşmak için bir çerçeve sağlar. Omaha Sistemi üzerindeki çalışmalar 1970'lerde, Omaha (Nebraska) personelinin Ziyaretçi Hemşire Derneği (Visiting Nursing Association- VNA) personelinin evde sağlık ve halk sağlığı birey kayıtlarını revize etmeye ve probleme yönelik bir yaklaşım benimsemesiyle başlamıştır. Amaç uygulama için faydalı bir rehber, dokümantasyon için bir yöntem ve bilgi yönetimi için bir çerçeve sağlamaktır (theomahasystem 2019). İlk olarak 1970'li yılların başlarında VNA uygulayıcıları tarafından Omaha Dökümantasyon Sistemi olarak ve evde bakım servislerinin yönetiminde başlayan Omaha Sisteminin uygulanabilirliği ve güvenirliliği on yıllar boyunca giderek artmıştır. VNA Omaha uygulayıcıları, yönetici ve idareciler 1970'li yılların başlarında profesyonel sağlık bakım uygulamalarının kalitesine ihtiyacın arttığının farkına varmışlar. VNA standart terminoloji kullanımı ve hemşirelik gelişmelerini faaliyete geçirecek inşa edilen bir sistem tanımlamada vizyon geliştirmiştir. Omaha Sisteminin oluşumunu bu vizyon, VNA çabalarının birleşimi ve birkaç akademik kuruluş meydana getirmiştir. ANA'nın tanıdığı standart hemşirelik

terminolojilerinin en eskilerinden biri olan Omaha Sistemi günümüzde, sağlık bakım disiplini, ABD ve uluslararası ortamlarda geniş kullanım alanına sahiptir (Topaz ve ark 2014). ANA tarafından bakım noktası terminolojilerinden biri olarak kabul edilmiş ve ANI dökümanlarında sunulmuştur. Kullanıcı dostu veriler üreten, hastalarla ve aileleriyle paylaşılabilen, verilerin bakım merkezli kodlanması ve analizleri için sağlık bakım sunucularına kolaylık sağlayan anlamlı kullanım için tanımlanan karakterler içerir. Omaha Sistemi standartlarla uyumludur (Martin ve ark 2011). İlk gelişim, güvenilirlik, geçerlilik ve kullanılabilirlik araştırması, 1975 ve 1993 yılları arasında servis sağlayan uygulayıcılar değil hastalara odaklanan federal olarak finanse edilen 4 araştırma çalışmasıyla yürütülmüştür (Martin ve ark 2011; theomahasystem.org). Omaha Sistemi hasta bakımı hakkında taburculuk için kabul edilen iletişim bilgisi ve dökümantasyon, uygulama geliştirme, dokümantasyon ve bilgi yönetimi, basit, hiyerarşik, çok yönlü ve bilgisayar uyumlu, disiplinler arası uygulayıcılar tarafından kullanılır. Bakım süreci ile karşılıklı kullanımı amaçlanmıştır (Martin ve ark 2011). Bugün, hasta bakımını değerlendirmek ve kapsamlı veri tanımlamak ve üretmek için Omaha Sistemi kapsamlı standart terminolojileri tasarlanmıştır (Topaz ve ark 2014). Omaha Sistemi multidisipliner ve çeşitli alanlarda hasta sonuçlarında değerlendirilmiş ve kullanımı keşfedilmiş, yapılandırılmış problem listesi ve bakım noktasını belgelendirmeye uygundur. Omaha Sistemi kullanılan çeşitli çalışmalar klinik karara destek, farklı klinik ortamlarda ve çeşitli popülasyonlarda kanıt temelli uygulama için klinik rehberlerin yayılımını içerir. Omaha Sisteminin problem listesi verilerin girişim ve sonuçlarla ilişkisinin değerlendirilmesini kolaylaştırır (Monsen ve ark 2015).

Omaha Sistemi birlikte kullanılmak üzere tasarlanmış ilişkisel, geçerli ve güvenilir 3 bileşenden oluşur; PSL, GŞ ve PDÖ (theomahasystem 2019). İlk adım PSL olarak adlandırılır. Sağlık bakım profesyonelleri belirti ve bulgular gibi değerlendirilen verileri hasta problemlerini tanımlamak ve tanıyı formüle etmek için toplarlar. Birey, aile ve toplumda var olan (yaşanan, gerçek, aktüel) ya da olası sağlık problemlerinin tanımlandığı listedir. PSL 4 problem alanı içerir; çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları (Topaz ve ark 2014; Monsen ve ark 2015).

**Çevresel Alan:** Yaşam alanı, mahalle ve toplumu kapsayan fiziksel ve çevresel kaynaklarla ilgili problemleri içerir (Gelir, Sanitasyon, Konut, Yaşanılan Mahalle/İş yeri Güvenliği) (theomahasystem 2019).

**Psikososyal Alan:** Davranış, duygu, iletişim, ilişkiler ve gelişim özellikleriyle ilişkili problemleri içerir (Toplum Kaynakları İle İletişim, Sosyal Etkileşim, Rol Değişimi, Kişilerarası İlişkiler, Maneviyat, Yas, Ruh Sağlığı, Cinsellik, Bakım / Ebeveynlik, İhmal, İstismar, Büyüme ve Gelişme) (theomahasystem 2019).

**Fizyolojik Alan:** Hayatı koruyan işlevler ve işlemler ile ilgili problemleri içerir (İşitme, Görme, Konuşma ve Dil, Ağız Sağlığı, Bilişsel Durum, Ağrı, Bilinç, Deri, Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu, Solunum, Dolaşım, Sindirim-Hidrasyon, Bağırsak Fonksiyonu, Üriner Fonksiyon, Üreme Fonksiyonu, Gebelik, Postpartum, Bulaşıcı / İnfeksiyon Durumu) (theomahasystem 2019).

**Sağlık Davranışları Alanı:** Sağlığı koruyan veya geliştiren, iyileşmeyi destekleyen ve hastalık riskini azaltan aktivite kalıpları ile ilgili problemleri içerir (Beslenme, Uyku ve Dinlenme Düzeni, Fiziksel Aktivite, Kişisel Bakım, Madde Kullanımı, Aile Planlaması, Sağlık Bakım Denetimi, İlaç Rejimi). Dört alan altında kapsamlı ve bütüncül sağlığı tanımlayan 42 problem kategorize edilmiştir ve her bir problem toplamda 335 belirti bulguyla tanımlanır, problemin belirleyicileri problemin odağı (birey, aile, toplum) ve problemin ciddiyetini (aktüel, potansiyel veya hastanın sağlığının geliştirilmesi) kapsar (Erdoğan ve ark 2016; theomahasystem 2019). GŞ'ı PSL'de her bir ölçüm ve problemi önlemeyle ilişkili olan 42 problemle ilişkilidir (Lee ve ark 2015). PSL uygulayıcıların sağlıkla ilgili ihtiyaçları ve güçlü yönleri toplamasına, sıralamasına, belgelendirmesine, sınıflandırmasına, analiz etmesine, almasına ve ilemesine yardımcı olur (theomahasystem 2019).

Girişim şeması, multidisipliner uygulamaları, hastalıkları önleme, sağlığı iyileştirme veya geliştirme, sağıktaki bozulmayı azaltma ve / veya ölümden önce rahatlık sağlama amaçlı uygulamaları tanımlamak ve iletmek için tasarlanmıştır. Uygulayıcılar GŞ'nı sağlıkla ilgili bakım planlarını ve birey, aile ve toplumlar için hizmetleri tanımlamada kullanır (theomahasystem 2019). GŞ hiyerarşisinde girişimler kategori, hedef ve bakım tanımı olmak üzere 3 seviyeli hiyerarşi ile hasta problemleriyle ilişkili olan terimlerin düzenlenmesidir (Lee ve ark 2015; Monsen ve ark 2015). Girişimler tek problem konseptiyle ilişkilidir ve aktüel girişimler uygulayıcılar tarafından uygulanır (Topaz ve ark 2014; Monsen ve ark 2015). Girişim şemasında ilk seviye olan girişim kategorisi 4 geniş başlık içerir; ERD, VY, Tİ ve S (Lee ve ark 2015).

**Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık:** Bilgi ve materyal sağlamak, kişisel bakım ve başa çıkma için eylem ve sorumluluğu teşvik etmek ve birey / aile / topluma karar verme ve problem çözme konusunda yardımcı olmak için tasarlanmış etkinliklerdir (theomahasystem 2019).

**Tedavi ve İşlem:** Birey / aile / toplumun belirti ve semptomlarını önlemek, azaltmak veya hafifletmek için tasarlanan yara bakımı, örnek toplama, dirençli egzersizler ve ilaç reçeteleri gibi teknik faaliyetlerdir (theomahasystem 2019).

**Vaka Yönetimi:** Hizmet sunumunu kolaylaştıran, sağlık ve insani hizmet sağlayıcıları arasındaki iletişimi geliştiren, iddialılığı teşvik eden ve birey / aile / toplumu uygun kaynakların kullanımına yönlendiren koordinasyon, savunuculuk ve yönlendirme gibi faaliyetlerdir (theomahasystem 2019).

**Sürveyans:** Bireyin / ailenin / toplulumun belirli bir durum veya olayla ilgili durumunu belirlemeyi amaçlayan tespit, ölçüm, kritik analiz ve izleme gibi faaliyetlerdir (theomahasystem 2019). İkinci seviyede bakım aktivitelerine bilgi sağlayan seçilen kategori ve dört kategorinin herbiri ile kullanılabilen 76 hedef (75+1 diğer) vardır (Lee ve ark 2015; Erdoğan ve ark 2016). Ancak üçüncü olarak bakım tanımı çoğunlukla özel olarak standardize değildir. Uygulama, toplum ya da hastanın sağlık durumu olarak özelleştirilebilir (Lee ve ark 2015). Tamamen kişiye özel bakım tanım terimleri önerilmiştir, protokol veya kanıt temelli bakım rehberleri kolaylık için referans alınabilir. Böylece GŞ problem, kategori, hedef, bakım tanımı olmak üzere 4 terimle bağlantıyı içerir (Monsen ve ark 2015).

Son adım PDÖ hizmet süresi boyunca bireyin ilerlemesini değerlendirmek için bir yöntemdir. Bakım sunanlar bakımdaki gelişmeyi likert ölçekle (1=en düşük, 5=en yüksek) her bir probleme özel bilgi, davranış ve durum alanlarında sonuçlar değerlendirilir. Bilgi, bireyin bildiği gibi tanımlanır, bireyin yaptığı gibi davranış ve belirti ve semptomlarının sayısı ve ciddiyeti durum olarak tanımlanır. Omaha Sistem geliştiricileri disiplinler arası ekip yaklaşımının önemi ve çeşitli sağlık bakım profesyonelleri tarafından kullanılan kapsamlı terimler için standart terminoloji üretmenin önemini vurgulamıştır. Problem Sınıflandırma Listesi, Girişim Şeması ve Çıktılar İçin Problem Değerlendirme Ölçeği'nin kullanılması uygulama, eğitim ve araştırma için kapsamlı bir problem çözme modeli oluşturur (Topaz ve ark 2014; Monsen ve ark 2015; theomahasystem 2019).

Omaha Sistemi ANA tarafından kabul edilmiş ve 2005 yılında güncel değişimler yapılmıştır. Bu sistemin kullanıldığı akut bakım, taburculuk planlaması, belli grupların sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi, diğer sistemlerle Omaha Sisteminin karşılaştırılmasında, öğrenci eğitimi, vaka yönetimi, halk sağlığı uygulamalarını içeren çalışmalar yürütülmüştür (Tokur Kesgin ve Kublay 2014). Hasta bakımı, uygulamanın değerlendirilmesi, evde bakım şirketlerinin kaynak kullanımının tahmini tanımlamak için çalışmalar yürütülmüştür (Westra ve ark 2010). Omaha Sistemi iletişim temelli, hasta merkezli bakım, organizasyon, dokümantasyon ve kapsamlı sonuçların değerlendirilmesinde bir modeldir (Aylaz ve ark 2010).

İlk Omaha Sistemi makalesi 1981'de, ilk kitapları 1992'de ve son kitabı 2005'te yayınlanmıştır. Omaha Sistemi, 1975'ten bu yana defalarca güncellenmiştir. Omaha Sistemi ile ilgili çeşitli uygulama, eğitim, araştırma ve otomasyon uzmanlığına sahip temsilcileriyle 2001'de 12 üyeli, uluslararası bir Yönetim Kurulu oluşturulmuştur. Hemşirelik uygulamalarını desteklemek için ANA tarafından 1992'de tanınan ilk standart terminolojilerden birisidir. 1985'ten itibaren Danca, Arapça, Çince, Çekçe, Hollandaca, Estonca, Fransızca, Almanca, Yunanca, Japonca, Korece, Norveççe, Slovence, İspanyolca, Svahili, İsveççe, Tayca ve Türkçe dillerinde çevirileri yapılmıştır. Mevcut kullanıcılar hemşire, fizyoterapist, terapist, sosyal hizmet uzmanı / danışman, konuşma ve dil patoloğu, doktor, diyetisyen, din görevlisi, eczacı, toplum sağlığı çalışanı, masör ve diğer sağlık hizmet sağlayıcılarıdır. Kullanıcılar aynı zamanda hemşirelik eğitimcilerini, araştırmacılarını, doktora programı ve sağlıkla ilgili diğer disiplinlerden gelen öğrencileri ilişkilendirmek üzere kayıtlı olan öğrencileri içermektedir. Yaklaşık 22.000 pratisyen günümüzde ulusal ve uluslararası olarak sundukları hizmetleri belgelemek için bakım noktası omaha sistemi yazılımını kullanmaktadır (theomahasystem 2019).

Omaha Sistemi kullanılarak tanımlanan sağlık problemi, hizmet ve sonuçlarla standardize veriler üretilir. Bu veriler hastanın karşılıklı olarak toplumun bilgi, sağlık bakım kalitesini değerlendirme ve sağlık servis araştırmaları gibi uygulamada anlamlı şekilde kullanılabilir. Uygulama, eğitim ve araştırmada 1990 yılından beri Omaha Sisteminin kabullenilmesi artmaktadır. Yaklaşık 300 makale, bölüm ve kitaplar yazılmış ulusal ve uluslararası yazarlar tarafından ve websitesinde listelenmiştir bu durum Omahanın kabulünün yaygınlığının yansımasıdır. Omaha Sisteminin uygulamada



anlamli kullanımı; bilgedeki hızlı artış ve ESK uygulamaları hasta verilerinin anlamli kullanımı artırmaktadır. ESK bakım standartlarının yaygınlaşması için sistem sağlar ve klinik veri üretir. Omaha Sistemi veri seti araştırma ve değerlendirme programı için kullanılabilir. Eğitimdeki kullanımı; eğitimciler eğitimdeki çeşitli yollara Omaha Sistemi ile çözüm bulmuştur. Batı ülkeleri 1975 ve 1993 yılları arasında yürütölen araştırmaları birleştirmiştir. Omaha Sistemi öğretim üyeleri tarafından ilk olarak 1980'li yıllarda öğrencilere tanıtılmaya başlanmıştır. Gilbey ve Hernew Brunswick, Kanada'da öğrencilerin becerilerini artırmak için Omaha Sistemini anlatmış ve profesyonel uygulama, bakım kalitesi, karar verme becerileri, standart dokümantasyon ve iletişime odaklanmıştır. Sonraları ABD'de çoğu hemşirelik programlarında ön lisans, lisans diploması, yüksek lisans ve doktora programları ve bazı uluslararası okullarda kullanımı gerçekleşmiştir. Hemşire eğitimciler meslektaşlarına sağlık bakım profesyoneli olarak ve diğeri disiplinlerindeki öğrencilere de işbirliği için sistemi tanıtmıştır. Günümüzde bakımda klinik karar vermek, problem çözümede, hastayla işbirliği, yarar sağlama, etkili dökümantasyon ve standart sağlık bilgi kullanımını içermektedir. Omaha Sisteminin araştırmada kullanımı; düşük doğum ağırlıklı bebek bakımı, perinatal ve postpartum dönem, kronik hastalığı olan yaşlılar, terminal dönemdeki hastaları içermektedir. Akut bakım, evde bakım, hemşirelik bakım merkezleri, halk sağlığı, hemşirelik okulu ve halka yönelik alanlarda hizmet sunmaktadır. Omaha Sistemi kullanımı kime, nasıl, nerede, ne zaman, ne olduğunu tanımlamada yarar sağlar. Araştırmacıların hasta bakımını kolaylaştırmak, hemşirelik girişimleri ve hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemek için klinik araştırma girişimlerinin ayrıntılı dokümantasyonunda kullanılır. Klinik bilgi sistemlerinde hemşire girişim ya da hedefleri hastaneden eve bilgi transferi ile Omaha kullanımını destekler. Böylece bir ortamdan diğeriine bakım planları için iletişikle bakımın sürekliliğinde önemli rol oynar. Uygulayıcıya açıkça bilgi veren hastanın bilgisi, davranışı ve herbiri problemle ilişkili belirtilerin durumu hakkında nesnel ölçüm yapılarak değerlendirilir. Bu değerlendirmeler süre içerisinde tekrar ya da kaliteli gözlem ve hasta hedeflerine doğru gelişimle hemşirelik girişimlerinin geçerliliğinin değerlendirilmesinde yararlıdır ve taburculuğa karar vermeyi kolaylaştırır (Martin ve ark 2011).

#### 2.4. Jinekoloji ve Perinatoloji Hastalarının Problemleri

Gebelik annenin vücut yapısında, hormonal ve ruhsal durumunda değişimlere neden olan normal fizyolojik bir süreçtir. Ancak her gebelikte fetüs, gebe ya da her ikisi için olumsuz sonuçlar doğurabilecek, kadının önceden var olan veya gebelikte ortaya çıkan hastalıkları ya da fetüse ait nedenlerden dolayı riskli durumlar ortaya çıkabilmekte ve bu gebelikler riskli gebelik olarak adlandırılmaktadır (Oskay 2015; Erkal Aksoy ve ark 2016). Gebelikte ortaya çıkan hastalıklar; gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) (Aksu Yurtsev 2009; Karaçam ve Şen 2012; Ural 2016), spontan abortus, ektopik gebelik, gestasyonel trofoblastik hastalık, servikal yetmezlik, plasenta previa, ablasyo plasenta, hiperemesis gravidarum, gestasyonel hipertansiyon (GHT), preeklampsi, eklampsi, HELLP sendromu, kan uyuşmazlığı, polihidroamniyos, oligohidroamniyos, çoğul gebelik, erken membran rüptürü (EMR), erken doğum (Oskay 2015) kanama (Kılıçarslan 2008), preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği (IUGG), fetal distres, konjenital anomali, plasental anomali, makrozomi (Melekoğlu ve ark 2013), erken doğum riski (Derbent ve Turhan 2009), anemi (Balık ve ark 2015), ikizden ikize transfüzyon sendromu (İİTS) (Bozkurt ve Sevil 2008), (Aygün ve ark 2004; Ölçer ve Oskay 2015), plasenta dekolmanı, fetal ölüm (Er 2012) gibi durumlardır. Gebelik öncesi kadında var olan diyabetes mellitus (DM), hematolojik hastalıklar, anemi, solunum sistemi hastalıkları, adölesan ve ileri yaşta olma (Beji ve Yılmaz 2015), enfeksiyonlar, kalp hastalıkları (Karaçam ve Şen 2012; Beji ve Yılmaz 2015), astım (Serçekuş ve Okumuş 2004), tiroid hastalıkları, hipertansiyon, migren, talasemi (Kılıçarslan 2008) gibi hastalık ve durumlar gebeliğin riskli olmasına neden olmaktadır.

Gebelerde bulantı kusma (Şahan 2012), yorgunluk, mide yanması, konstipasyon, kas krampları, sırt ağrısı, varikoz venler, hemoroid, ayaklarda ödem, solunum sıkıntısı (Babadağlı 2008) sık idrara çıkma, üriner sistem enfeksiyonu (Karaçam ve Özçelik 2014), solunum bozuklukları (Ulaşlı ve Ünlü 2014), anksiyete, depresyon (Şen ve Şirin 2013), yeme bozuklukları (Özdamar ve ark 2014), bel ve kasık ağrısı, kanama (Gökbaraz 2019) gibi sorunlar sıklıkla görülmektedir.

Kadınlar premenstrual sendrom, dismenore, üriner inkontinans, genital sistem enfeksiyonları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) (Aktaş ve ark 2012), over torsiyonu (Boynukalın ve ark 2016), menstrual düzensizlikler (Temür ve ark 2017), vulvar distrofiler, ürogenital atrofi ve pelvik organ prolapsusu (Mihmanlı ve Temel

Yüksel 2013), anormal uterin kanamalar (amenore, oligomenore, polimenore, menoraji, hipomenore, metroraji, menometroraji, kontakt kanama), pelvik ağrı, üreme sistemi enfeksiyonları, infertilite (Şahin ve Bilgiç 2015), üreme organ tümörleri (vulva, vajina, uterus, serviks, over, tuba) (Şahin ve Bal 2015) gibi jinekolojik sorunlar yaşamaktadır.

Omaha Sisteminin sezaryen doğum yapan kadınlarda (Weiss ve ark 2009), yüksek riskli gebeler ve postpartum dönemde kullanımı (Brooten ve ark 2007) ve tarım alanında çalışan kadın işçiler (Taşçene ve ark 2017) üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar bulunmaktadır.



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Omaha Sistemi'nin Jinekoloji ve Perinatoloji Kliniğinde yatmakta olan hastaların bakımında kullanımının değerlendirilmesidir.

#### 3.2. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

#### 3.3. Araştırmanın Soruları

1. Jinekoloji ve perinatoloji hastalarında hemşireler tarafından Omaha Sistemi problem sınıflama listesine göre tanılanan problemler nelerdir?
2. Jinekoloji ve perinatoloji hastalarında hemşireler tarafından Omaha Sistemine göre planlanan girişim ve hedefler nelerdir?
3. Jinekoloji ve perinatoloji hastalarına uygulanan girişimlerin sonucu nedir?

#### 3.4. Araştırmanın Yeri

Çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Kadın Doğum Servisi'nde jinekoloji ve jinekolojik onkoloji tanıları ile 31 hasta yatağı bulunmaktadır. Serviste 6 hemşire/ebe görev almakta, iki vardiyalı sistemde çalışmaktadır.

Perinatoloji hastalarının yattığı doğum servisi'nde normal doğum, sezaryen doğum yapan kadınlar ve riskli gebelik yaşayan gebeler yatmaktadır. Yatak sayısı 25'tir, 20 hemşire/ebe görev almakta ayrıca bebek hemşireleri bulunmaktadır. Hemşire/ebe'ler iki vardiyalı sistemde çalışmaktadır. Gündüz vardiyası 08:00-17:00 arası, gece vardiyası 16:00-08:00 şeklindedir.

### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında jinekoloji veya perinatoloji endikasyonlarla yatmakta olan hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise belirtilen tarihler arasında örnekleme alınma kriterlerini karşılayan hastalar arasından amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen 60 hasta oluşturmuştur. Üç hasta ikinci değerlendirme yapılamadan taburcu olduğundan dolayı çalışmaya dahil edilememiştir.

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- Jinekolojik veya perinatolojik tanı ile hastanede yatıyor olmak
- En az 2 gün süre ile yatacak olmak
- 18 yaşını doldurmuş olmak
- İletişim açısından bir engeli bulunmamak

### 3.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Veriler T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde yatmakta olan ve en az 2 gün süreyle yatan hastalardan toplanmıştır. Hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde iki görüşme yapılmış, ilk değerlendirmeyi takiben ikinci değerlendirme ertesi gün gerçekleştirilmiştir. Hastane ebe/hemşireleri tarafından yapılan hemşirelik bakım girişimlerinin sonucu Omaha Sistemine girilerek değerlendirilmiştir. Veriler hastalarla yüz yüze görüşülerek (her bir görüşme ortalama 45 dk olmak üzere) araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Veri toplama araçları olarak “Hasta Tanıtım Formu” (EK 1), “Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi” (EK 2), “Omaha Sistemi Girişim Şeması” (EK 3) ve “Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği” (EK 4) kullanılmıştır. Hasta Tanıtım Formunda sosyo-demografik (8 soru), obstetrik (2 soru başlığı altında 12 madde) ve jinekolojik özellikler (1 soru başlığı altında 7 madde) ve tıbbi tanı ve tedaviye ilişkin bilgileri içeren toplam 14 soru yer almaktadır. Problem Sınıflama Listesinden (çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanlarında) elde edilen veriler Omaha

Sistemi temel alınarak geliştirilen online Nightingale Notları Sistemi'ne aktarılmış ve sistem üzerinde kategorize edilmiştir. Özellikle tıbbi tanı, tedavi uygulamaları ve bakım girişimleri, Omaha Problem Sınıflama Listesinin fizyolojik alan ve sağlık davranışı ile ilgili veriler hasta dosyasından da elde edilmiştir. Tüm sorular hasta mahremiyetine uygun şekilde (müsaitse hasta odasında, değilse klinikte uygun bir yer belirlenerek) araştırmacı tarafından sorulmuştur.

### **3.7. Etik Konular**

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Kurum İzni alınmıştır (EK 5). İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul İzni alınmıştır (EK 6). Araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara araştırmanın amacı, elde edilen verilerin gizli kalacağı ve kimse ile paylaşılmayacağı açıklanarak bilgilendirilmiş sözel ve yazılı onamları alınmıştır (EK 7). Omaha Sistemi temel alınarak geliştirilen Nightingale Notları Sistemi'nin Türkçe telifini almış olan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan kullanım izni alınmıştır (EK 8). Hasta dosya verilerinin kullanımında da bilgilerin gizli tutulması ilkesine uyulmuştur.

### **3.8. Verilerin Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler Nightingale Notları Sistemi Excel formatı Lisanslı istatistik paket programına aktarılmıştır. Verilerin tanımlayıcı özellikleri yüzdeler ve ortalama, standart sapma ile gösterilmiştir. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanısıra normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon işaret test kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Omaha Sistemi'nin jinekoloji ve perinatoloji kliniğinde yatmakta olan hastaların bakımında kullanımının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma jinekoloji kliniğinden 30 hasta ve perinatoloji kliniğinden 30 hastadan oluşan 60 hasta ile gerçekleştirildi. Çalışma sonucu elde edilen bulgular iki başlık altında sunuldu.

1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
2. Omaha Sistemi verilerine ilişkin bulgular



#### 4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4-1: Kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=60)**

		Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss
<b>Yaş (yıl)</b>		18-36 (34,5)	34,97±11,90
<b>Boy (cm)</b>		150-175 (71,5)	160,85±5,60
<b>Kilo (kg)</b>		46-110 (71,5)	72,73±13,70
<b>BKI (kg/m<sup>2</sup>)</b>		17,01-42,72 (27,41)	28,12±5,17
		n	%
<b>Medeni durum</b>	Evli	52	86,7
	Bekar	8	13,3
<b>Eğitim durumu</b>	Okur-Yazar Değil	2	3,3
	Okur-Yazar	1	1,7
	İlkokul	25	41,7
	Ortaokul	8	13,3
	Lise	12	20,0
	Üniversite	12	20,0
	<b>Çalışma durumu</b>	Evet	13
	Hayır	47	78,3
<b>Alışkanlıklar</b>	Alkol	2	3,3
	Sigara	16	26,7
<b>Kronik hastalık varlığı</b>	Evet	14	23,3
	Hayır	46	76,7

Kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4-1’de verildi. Hastaların yaşları 18 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalama 34,97±11,90 yıldır. Boy ölçümleri 1,5 ile 1,75 m arasında değişmekte olup, ortalama 160,85±5,60 cm; kilo ölçümleri 46 ile 110 kg arasında değişmekte olup, ortalama 72,73±13,70 kg; BKİ ölçümleri 17,01 ile 42,72kg/m<sup>2</sup> arasında değişmekte olup, ortalama 28,12±5,17 kg/m<sup>2</sup>’dir. Olguların %86,7’si (n=52) evli, %13,3’ü (n=8) bekadır.

Eğitim durumları incelendiğinde; %3,3 (n=2) okur-yazar değil, %1,7 (n=1) okur-yazar, %41,7 (n=25) ilkokul mezunu, %13,3 (n=8) ortaokul mezunu, %20 (n=12) lise mezunu, %20 (n=12) üniversite mezunu olduğu gözlenmiştir. Çalışan oranı %21,7’si (n=13)’dir. Olguların %3,3’ü (n=2) alkol, %26,7 (n=16) sigara kullanmaktadır. Olguların %23,3’ünün (n=14) kronik hastalığı bulunmaktadır. Bu hastalıklar; DM (n=7), HT (n=7), Astım (n=1), Epilepsi (n=2), MS (n=1), Meme Ca (n=2)’dir.



**Tablo 4-2: Kadınların jinekolojik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=60)**

	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss
Menarş yaşı	9-17(13)	13,08±1,23
Menopoz yaşı	36-51(48)	46,33±4,92
Menstruasyon süresi (gün)	3-10(6)	5,96±2,00
Menstruasyon sıklığı (gün)	15-180(25)	30,28±24,40
Gebelik sayısı	1-9(2)	3,00±2,00
Doğum sayısı	1-5(2)	2,00±2,00
Normal doğum	1-5(2)	2,00±1,09
Sezaryen doğum	1-3(1)	1,00±1,00
Ölü doğum sayısı	1-1(1)	1,00±0,00
Abortus sayısı	1-6(1)	2,00±2,00
Küretaj sayısı	1-2(1)	1,00±0,50
Yaşayan çocuk sayısı	1-5(2)	2,00±1,00
Gebelik haftası (gebeler için)	24,00-37,00 (30)	31,58±3,50
Gebelik öncesi vücut ağırlığı (gebeler için)	41,00-105,00 (67)	65,68±15,93
Gebelikte kilo alımı (gebeler için)	-12,00-23,00 (9)	8,11±9,24
	<b>n</b>	<b>%</b>
Riskli gebelik/doğum geçirme	4	6,7
Menstruasyon bozukluğu geçirme	15	25,0
Şuanda gebelik varlığı	19	31,7
Geçirilen jinekolojik sorun/ameliyat varlığı	2	3,4
Aile planlaması yöntemi kullanımı varlığı	27	45,0
Kullanılan aile planlaması yöntemi		
RIA	11	18,3
Prezervatif	8	13,3
Oral Kontraseptif	5	8,3
Tüp Ligasyonu	2	3,3
Enjeksiyon	1	1,7

Kadınların jinekolojik ve obstetrik özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular Tablo 4-2’de verildi. Olguların menarş yaşı 9 ile 17 yaş arasında değişmekte olup, ortalama 13,08±1,23 yıl; menopoz yaşı 36 ile 51 yaş arasında değişmekte olup, ortalama 46,33±4,92 yıl; menstruasyon süresi 3-10 gün arasında değişmekte olup, ortalama 5,96±2,00 gündür. Menstruasyon sıklığı 15-180 gün arasında değişmekte olup, ortalama 30,28±24,40 gündür.

Olguların gebelik sayısı 1 ile 9 arasında değişmekte ortalama 3,00±2,00 doğum sayısı 1 ile 5 arasında değişmekte ortalama 2,00±2,00 normal doğum sayısı 1 ile 5 arasında değişmekte ortalama 2,00±1,09 olduğu görülmüştür.

Olguların sezaryen doğum sayısı 1 ile 3 arasında değişmekte ortalama 1,00±1,00 ölü doğum sayısı 1’dir, abortus sayısı 1 ile 6 arasında değişmekte ortalama 2,00±2,00

küretaj sayısı 1 ile 2 arasında değişmekte ortalama  $1,00 \pm 0,50$  olduğu görülmüştür, yaşayan çocuk sayısı 1 ile 5 arasında değişmekte ortalama  $2,00 \pm 1,00$  gebelik haftası 24 ile 37 arasında değişmekte ortalama  $31,58 \pm 3,50$ ; gebelik öncesi vücut ağırlığı 41 ile 105 arasında değişmekte ortalama  $65,68 \pm 15,93$ ; gebelikte kilo alımı -12 ile 23 arasında değişmekte ortalama  $8,11 \pm 9,24$  olduğu görülmüştür

Olguların %6,7'sinde (n=4) önceki gebeliğinde sorun mevcut, %25'inde (n=15) menstruasyon bozukluğu var, %31,7'si (n=19) şu anda gebe, %3,4'ünde (n=2) geçirilen jinekolojik sorun veya ameliyat mevcuttur.

Hastaların %45'inde (n=27) aile planlaması yöntemi uygulamaktadır. Kullanılan aile planlaması yöntemleri: RİA (n=11, %18,3), Prezervatif (n=8, %13,3), Oral Kontraseptif (n=5, %8,3), Tüp Ligasyonu (n=2, %3,3), Enjeksiyon (n=1, %1,7)'dur.

**Tablo 4-3: Kadınların klinik ve tedavi günü dağılımı (n=60)**

		n	%
<b>Yatışın olduğu klinik</b>	<b>Jinekoloji</b>	30	50,0
	<b>Perinatoloji</b>	30	50,0
<b>Tedavinin kaçınıcı gününde olduğu</b>	<b>Medikal Tedavi</b>		
	1.Gün	24	40,0
	2.Gün	4	6,7
	3.Gün	2	3,3
	4.Gün	1	1,7
	5.Gün	1	1,7
	<b>Cerrahi Tedavi</b>		
	Preop	1	1,7
	Postop 1.Gün	24	40,0
	Postop 2.Gün	1	1,7
	Postop 3.Gün	2	3,3

Kadınların klinik ve tedavi günü dağılımı Tablo 4-3'te verildi. Hastaların 30'u jinekoloji, 30'u perinatoloji hastasıdır. Olguların %40'ı (n=24) medikal tedavinin 1. gününde, %6,7'si 2. gününde, %3,3'ü 3. gününde, %1,7'si 4. ve 5. gününde, %1,7'si (n=1) cerrahi tedavinin preoperatif döneminde iken, %40'ı (n=24) postoperatif 1. gününde, %1,7'si (n=1) postoperatif 2. gününde ve %3,3'ü (n=2) postoperatif 3. gününde olduğu görülmüştür.

Hastaların hastaneye yatışta aldıkları tıbbi tanıları: jinekoloji olgularında adenomyozis (n=1), desensus uteri (n=1), endometriyal polip (n=2), endometrioma (n=1), menometroraji+anemi (n=1), myom+over kisti (n=1), myoma uteri (n=7),

myoma uteri+adneksiyal kist (n=1), myoma uteri+adneksiyal kitle (n=1), myoma uteri+menoraji (n=1), myoma uteri+tedaviye dirençli kanama (n=1), myom+ovaryen kitle (n=1), over kist observasyon (n=1), over kisti, torsiyon (n=1), pelvik kitle (n=1), over kisti (n=2), TAH+BSO (n=2), total prolapsus (n=1), tuba ovaryen abse (n=1), uterus myomatozus+menometroraji (n=1) tanıları yer almaktadır. Perinatoloji olgularında ikinci trimester kanama (n=2), üçüncü trimester kanama (n=3), üçüncü trimester kanama+dekolman plasenta (n=1), üçüncü trimester kanama+GDM (n=1), anemi+gebelik (n=1), EDT (n=4), epilepsi+sezaryen (n=1), GDM (n=1), IUGG+polihidroamniyos (n=1), IUMF+preeklampsi (n=1), IUGG (n=1), İYE+gebelik (n=2), MAG (n=5), plasenta previa totalis+EMR (n=1), plasenta previa (n=1), preeklampsi (n=3), preterm eylem (n=1) tanıları yer almaktadır.

## 4.2. Omaha Sistemi Verilerine İlişkin Bulgular

### 4.2.1. Omaha Sistemi PSL'ye Göre Belirlenen Problemlere İlişkin Bulgular

Tablo 4-4: Omaha Sistemine göre belirlenen problem alanlarının dağılımı

		Jinekoloji (n=30)		Perinatoloji (n=30)		Toplam	x <sup>2</sup> -p
		n	%	n	%		
Çevresel Alan	Var	3	100,0	0	0,0	3	x <sup>2</sup> =3,158 p=0,076
	Yok	27	47,4	30	52,6	57	
Psikososyal Alan	Var	12	34,3	23	65,7	35	x <sup>2</sup> =8,297 p=0,004
	Yok	18	72,0	7	28,0	25	
Fizyolojik Alan	Var	30	50,0	30	50,0	60	
	Yok	0	0,0	0	0,0	0	
Sağlık Davranışları Alanı	Var	30	56,6	23	43,4	53	x <sup>2</sup> =7,925 p=0,005
	Yok	0	0,0	7	100,0	7	

Omaha Sistemine göre belirlenen problem alanlarının dağılımı Tablo 4-4'te verildi. Problem alanı çevresel olan problemler üç kadında görülmekte olup hepsi jinekoloji kliniğinde görülmektedir, ancak bu istatistiksel olarak anlam değildir (*Ki kare test:3,158; p:0,076; p>0,05*).

Problem alanı psikososyal olan problemler jinekolojide %34,3 oranında perinatolojide ise %65,7 oranındadır. Bu da istatistiksel olarak anlamlıdır (*Ki kare test:8,297; p:0,004; p<0,01*).

Problem alanı fizyolojik olan problemler jinekoloji ve perinatoloji olgularında eşit oranda %50,0 görülmektedir.

Problem alanı sağlık davranışı alanı olan problemler jinekolojide %56,6 oranında perinatolojide ise %43,4 oranındadır. Bu da istatistiksel olarak anlamlıdır (*Ki kare test:7,925; p:0,005; p<0,01*).

**Tablo 4-5: Omaha Sistemine göre belirlenen problemlerin dağılımı (n=60)**

Problemler	İlk değerlendirme		İkinci değerlendirme	
	n	%	n	%
<b>ÇEVRESEL ALAN</b>				
Yaşanılan mahalle/işyeri güvenliği	3	5,0	3	5,0
<b>PSİKOSOSYAL ALAN</b>				
Ruh sağlığı	25	41,7	25	41,7
Rol değişimi	12	20,0	14	23,3
Yas	1	1,7	1	1,7
<b>FİZYOLOJİK ALAN</b>				
Bulaşıcı/infeksiyon durumu	47	78,3	50	83,3
Ağrı	42	70,0	43	71,7
Bağırsak fonksiyonu	26	43,3	31	51,7
Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	22	36,7	22	36,7
Ağız sağlığı	21	35,0	21	35,0
Dolaşım	21	35,0	21	35,0
Görme	19	31,7	19	31,7
Gebelik	19	31,7	14	23,3
Sindirim-hidrasyon	17	28,3	17	28,3
Üriner fonksiyon	17	28,3	18	30,0
Postpartum	11	18,3	12	20,0
Üreme fonksiyonu	11	18,3	11	18,3
İşitme	7	11,7	7	11,7
Solunum	5	8,3	5	8,3
Deri	1	1,7	1	1,7
<b>SAĞLIK DAVRANIŞLARI ALANI</b>				
Fiziksel aktivite	30	50,0	30	50,0
Beslenme	29	48,3	30	50,0
Aile planlaması	22	36,7	22	36,7
Uyku ve dinlenme düzeni	18	30,0	21	35,0
Madde kullanımı	15	25,0	15	25,0
Sağlık bakım denetimi	8	13,3	8	13,3
İlaç rejimi	1	1,7	1	1,7

Omaha Sistemine göre belirlenen problemlerin dağılımı Tablo 4-5'te verildi. Problemler incelendiğinde çevresel alana ait Yaşanılan mahalle/işyeri güvenliği problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %5,0 (n=3) olguda görülmüştür.

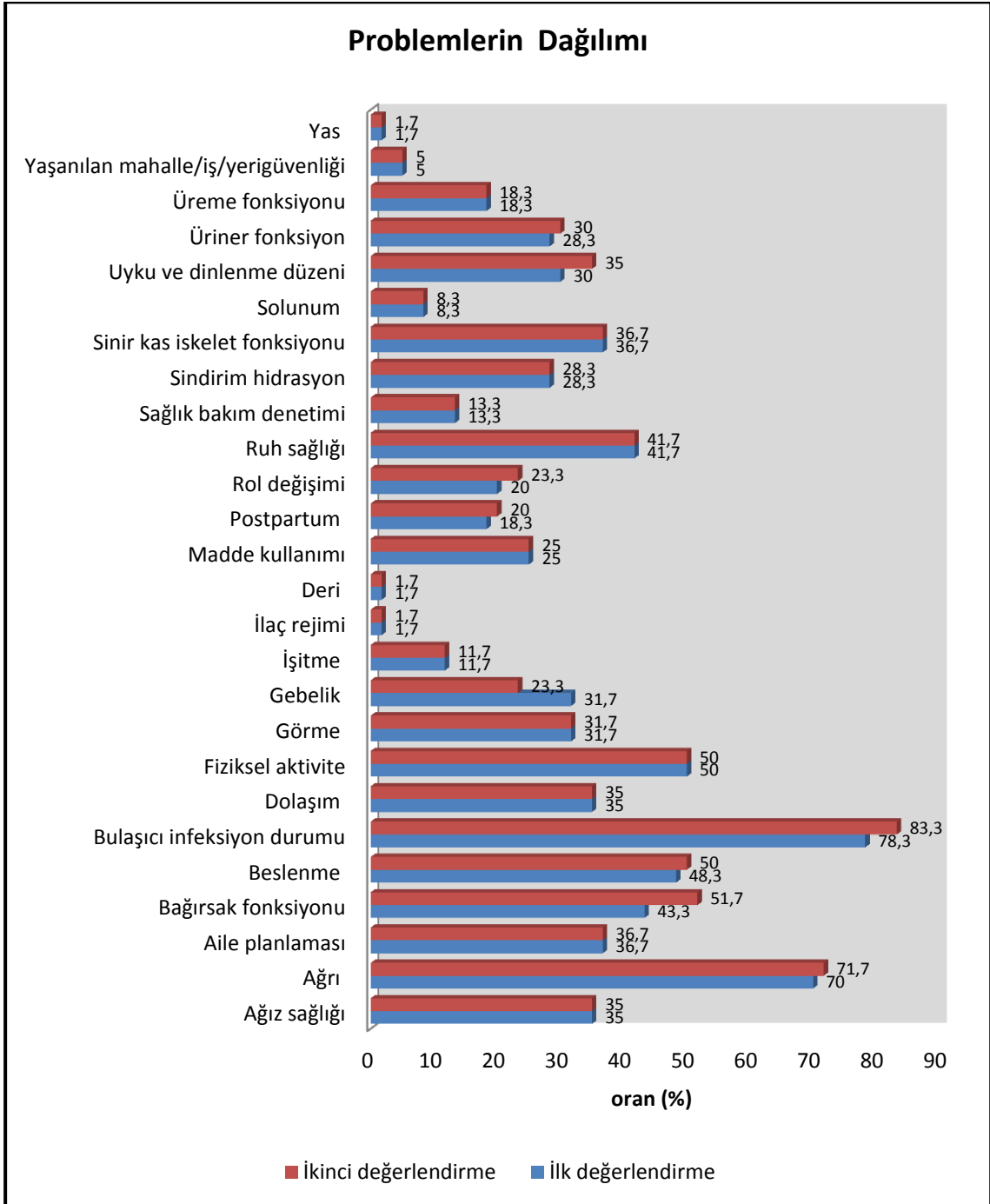
Psikososyal alana ait problemler incelendiğinde Ruh sağlığı problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %41,7 (n=25) olguda görülmüştür, Rol değişimi problemi ilk değerlendirmede %20,0 (n=12) olguda görülürken, ikinci değerlendirmede %23,3

(n=14) olarak saptanmıştır, Yas problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %1,7 (n=1) olguda görülmüştür.

Fizyolojik alana ait problemler incelendiğinde Bulaşıcı/İnfeksiyon Durumu ilk değerlendirmede %78,3 (n=47) olguda görülürken, ikinci değerlendirmede %83,3 (n=50) olgu saptanmıştır, ilk değerlendirme Ağrı problemi yaşayan %70 (n=42) olgu varken, ikinci değerlendirme %71,7 (n=43) olguda bu problem saptanmıştır, İlk değerlendirme Bağırsak Fonksiyonu problemi görülen %43,3 (n=26) olgu varken, ikinci değerlendirme %51,7 (n=29) bu problemi yaşayan olgu saptanmıştır, Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %36,7 (n=22) olguda görülmüştür, ilk ve ikinci değerlendirmede Ağız Sağlığı problem yaşayan %35 (n=21) olgu bulunmaktadır, ilk ve ikinci değerlendirmede Dolaşım problemi yaşayan %35 (n=21) olgu bulunmaktadır, ilk ve ikinci değerlendirmede Görme problemi yaşayan %31,7 (n=19) olgu saptanmıştır, Gebelik problemi ilk değerlendirmede %31,7 (n=19) olguda görülürken, ikinci değerlendirmede %23,3 (n=14) olguda görülmüştür, Sindirim-Hidrasyon problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %28,3 (n=17) olguda görülmüştür, Üriner Fonksiyon problemi ilk değerlendirmede %28,3 (n=17) olguda görülürken, ikinci değerlendirmede 30,0 (n=18) olguda saptanmıştır, Postpartum tanısı ilk değerlendirmede %18,3 (n=11) olguda görülürken, ikinci değerlendirmede %20,0 (n=12) olguda görülmüştür, Üreme Fonksiyonu problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %18,3 (n=11) olguda görülmüştür, İşitme problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %11,7 (n=7) olguda görülmüştür, Solunum problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %8,3 (n=5) olguda görülmüştür, Deri problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %1,7 (n=1) olguda görülmüştür.

Sağlık davranışları alanına ait problemler incelendiğinde ilk ve ikinci değerlendirmede Fiziksel Aktivite problemi yaşayan %50 (n=30) olgu saptanmıştır, ilk değerlendirme Besleme problemi yaşayan %48,3 (n=29) olgu varken, ikinci değerlendirme %50,0'inde (n=30) bu problem saptanmıştır ilk ve ikinci değerlendirmede Aile Planlaması tanısı %36,7 (n=22) olarak saptanmıştır, Uyku ve Dinlenme Düzeni problemi ilk değerlendirmede %30,0 (n=18) iken, ikinci değerlendirmede %35,0 (n=21) olarak saptanmıştır, Madde Kullanımı problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %25,0 (n=15) olguda görülmüştür, Sağlık Bakım Denetimi tanısı ilk ve ikinci değerlendirmede %13,3 (n=8) olguda görülmüştür, İlaç Rejimi

problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %1,7 (n=1) olguda görülmüştür. Problemlerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları Şekil 4-1’de verildi.



**Şekil 4-1: Problemlerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları**

**Tablo 4-6: Jinekoloji ve perinatolojide problemlerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı**

Problemler	Jinekoloji (n=30)				Perinatoloji (n=30)			
	İlk değer.		İkinci değer.		İlk değer.		İkinci değer.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>ÇEVRESEL ALAN</b>								
Yaşanılan mahalle/iş yeri güvenliği	3	10,0	3	10,0	0	0,0	0	0,0
<b>PSİKOSOSYAL ALAN</b>								
Ruh sağlığı	8	26,7	8	26,7	17	56,7	17	56,7
Rol değişimi	4	13,3	6	20,0	8	26,7	8	26,7
Yas	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
<b>FİZYOLOJİK ALAN</b>								
Bulaşıcı/infeksiyon durumu	27	90,0	27	90,0	20	66,7	23	76,7
Ağrı	27	90,0	28	93,3	15	50,0	15	50,0
Bağırsak fonksiyonu	26	86,7	27	90,0	0	0,0	4	13,3
Sinir-kas-iskelet fonksiyonu	22	73,3	22	73,3	0	0,0	0	0,0
Ağız sağlığı	14	46,7	14	46,7	7	23,3	7	23,3
Dolaşım	7	23,3	7	23,3	14	46,7	14	46,7
Görme	13	43,3	13	43,3	6	20,0	6	20,0
Gebelik	0	0,0	0	0,0	19	63,3	14	46,7
Sindirim-hidrasyon	7	23,3	7	23,3	10	33,3	10	33,3
Üriner fonksiyon	5	16,7	5	16,7	12	40,0	13	43,3
Postpartum	0	0,0	0	0,0	11	36,7	12	40,0
Üreme fonksiyonu	9	30,0	9	30,0	2	6,7	2	6,7
İşitme	7	23,3	7	23,3	0	0,0	0	0,0
Solunum	5	16,7	5	16,7	0	0,0	0	0,0
Deri	0	0,0	0	0,0	1	3,3	1	3,3
<b>SAĞLIK DAVRANIŞLARI ALANI</b>								
Fiziksel aktivite	27	90,0	27	90,0	3	10,0	3	10,0
Beslenme	26	86,7	27	90,0	3	10,0	3	10,0
Aile planlaması	6	20,0	6	20,0	15	50,0	15	50,0
Uyku ve dinlenme düzeni	13	43,3	13	43,3	5	16,7	8	26,7
Madde kullanımı	10	33,3	10	33,3	5	16,7	5	16,7
Sağlık bakım denetimi	7	23,3	7	23,3	1	3,3	1	3,3
İlaç rejimi	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0



Jinekoloji ve perinatolojide problemlerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı Tablo 4-6'da verildi. Problemlerin kliniklere göre dağılımları incelendiğinde, Jinekolojide ağrı, bulaşıcı/infeksiyon durumu ve fiziksel aktivite en yüksek oranda görülürken bunu bağırsak fonksiyonu ve beslenme takip etmiştir. Perinatolojide ise en yüksek oranda bulaşıcı/infeksiyon durumu ve gebelik gelirken bunu ruh sağlığı, ağrı, aile planlaması ve dolaşım takip etmektedir.

Çevresel alan problemi olan yaşanan mahalle/iş yeri güvenliği problemi ilk ve ikinci değerlendirmede %10,0 (n=3) oranında jinekoloji hastalarında tanılanmıştır.

Psikososyal alan problemlerinden ruh sağlığı jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %26,7 (n=8) oranında, perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %56,7 (n=17) oranında tanılanmıştır, rol değişimi jinekoloji hastalarında ilk değerlendirmede %13,3 (n=4) ikinci değerlendirmede %20,0 (n=6), perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %26,7 (n=8) oranında tanılanmıştır, yas problemi ise sadece perinatolojide %3,3 (n=1) oranında tanılanmıştır.

Fizyolojik alanda bulaşıcı/infeksiyon durumu jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %90,0 (n=27) oranında, perinatoloji hastalarında ilk değerlendirmede %66,7 (n=20) ikinci değerlendirmede %76,7 (n=23) oranında tanılanmıştır, ağrı problemi jinekoloji hastalarında ilk değerlendirmede %90,0 (n=27) ikinci değerlendirmede %93,3 (n=28) oranında, perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %50,0 (n=15) oranında tanılanmıştır, bağırsak fonksiyonu jinekoloji hastalarında ilk değerlendirmede %86,7 (n=26) ikinci değerlendirmede %90,0 (n=27) oranında, perinatoloji hastalarında ikinci değerlendirmede %13,3 (n=4) oranında tanılanmıştır, gebelik problemi perinatoloji hastalarında ilk değerlendirmede %63,3 (n=19) ikinci değerlendirmede %46,7 (n=14) oranında tanılanmıştır, dolaşım problemi perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %46,7 (n=14) oranında, jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %23,3 (n=7) oranında tanılanmıştır.

Sağlık davranışları alanında fiziksel aktivite problemi jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede 90,0 (n=27) oranında, perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %10,0 (n=3) oranında tanılanmıştır, beslenme problemi jinekoloji hastalarında ilk değerlendirmede %86,7 (n=26) ikinci değerlendirmede %90,0

(n=27) oranında, perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %10,0 (n=3) oranında tanılanmıştır, aile planlaması problemi perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %50,0 (n=15) oranında, jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %20,0 (n=6) oranında tanılanmıştır.

**Tablo 4-7: Jinekoloji ve perinatolojide problem sayılarının dağılımı**

		Min	Maks	Toplam problem sayısı	Ortalama	SS	p
<b>Jinekoloji (n=30)</b>	<b>Problem sayısı ilk değer.</b>	6	12	274	9,13	1,61	<sup>a</sup> 0,157
	<b>Problem sayısı ikinci değer.</b>	7	12	279	9,30	1,55	
<b>Perinatoloji (n=30)</b>	<b>Problem sayısı ilk değer.</b>	3	9	176	5,86	1,40	<sup>a</sup> 0,071
	<b>Problem sayısı ikinci değer.</b>	3	9	183	6,10	1,47	
<b>İlk değerlendirme Jinekoloji-Perinatoloji</b>							<sup>b</sup> 0,001**
<b>İkinci değerlendirme Jinekoloji-Perinatoloji</b>							<sup>b</sup> 0,001**

<sup>a</sup>Wilcoxon Signed Rank test

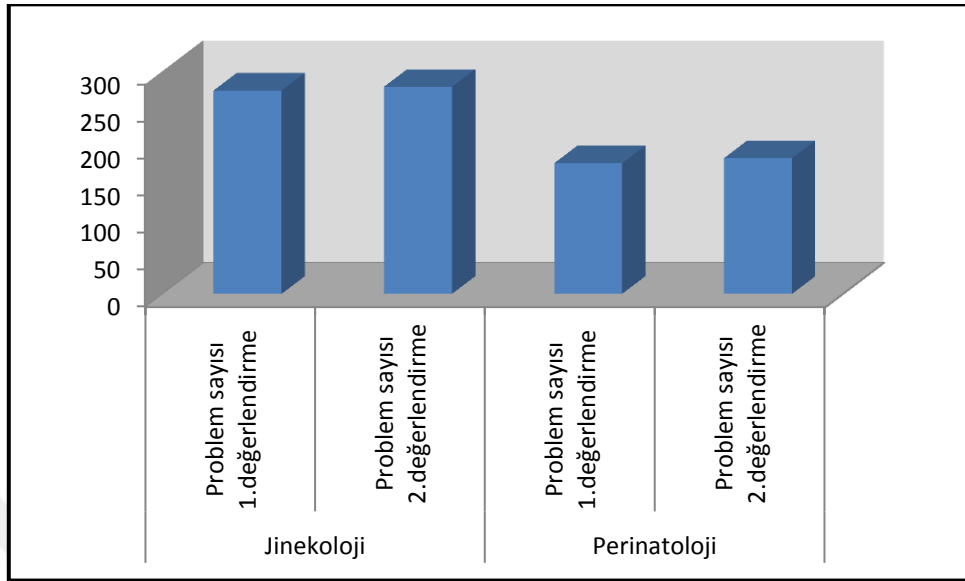
<sup>b</sup>Mann Whitney U test

\*\*p<0,01

Jinekoloji ve perinatolojide problem sayılarının dağılımı Tablo 4-7’de verildi. Jinekoloji olgularında ilk değerlendirme ve ikinci değerlendirme toplam problem sayılarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Perinatoloji olgularında da ilk değerlendirme ve ikinci değerlendirme toplam problem sayılarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

İlk değerlendirme jinekoloji ile perinatoloji problem sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0,01), jinekoloji kliniğinde problem sayısı anlamlı düzeyde yüksektir.

İkinci değerlendirme jinekoloji ile perinatoloji problem sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0,01), jinekoloji kliniğinde problem sayısı anlamlı düzeyde yüksektir. Kliniklerde problem sayıları toplamının dağılımı Şekil 4-2’de verildi.



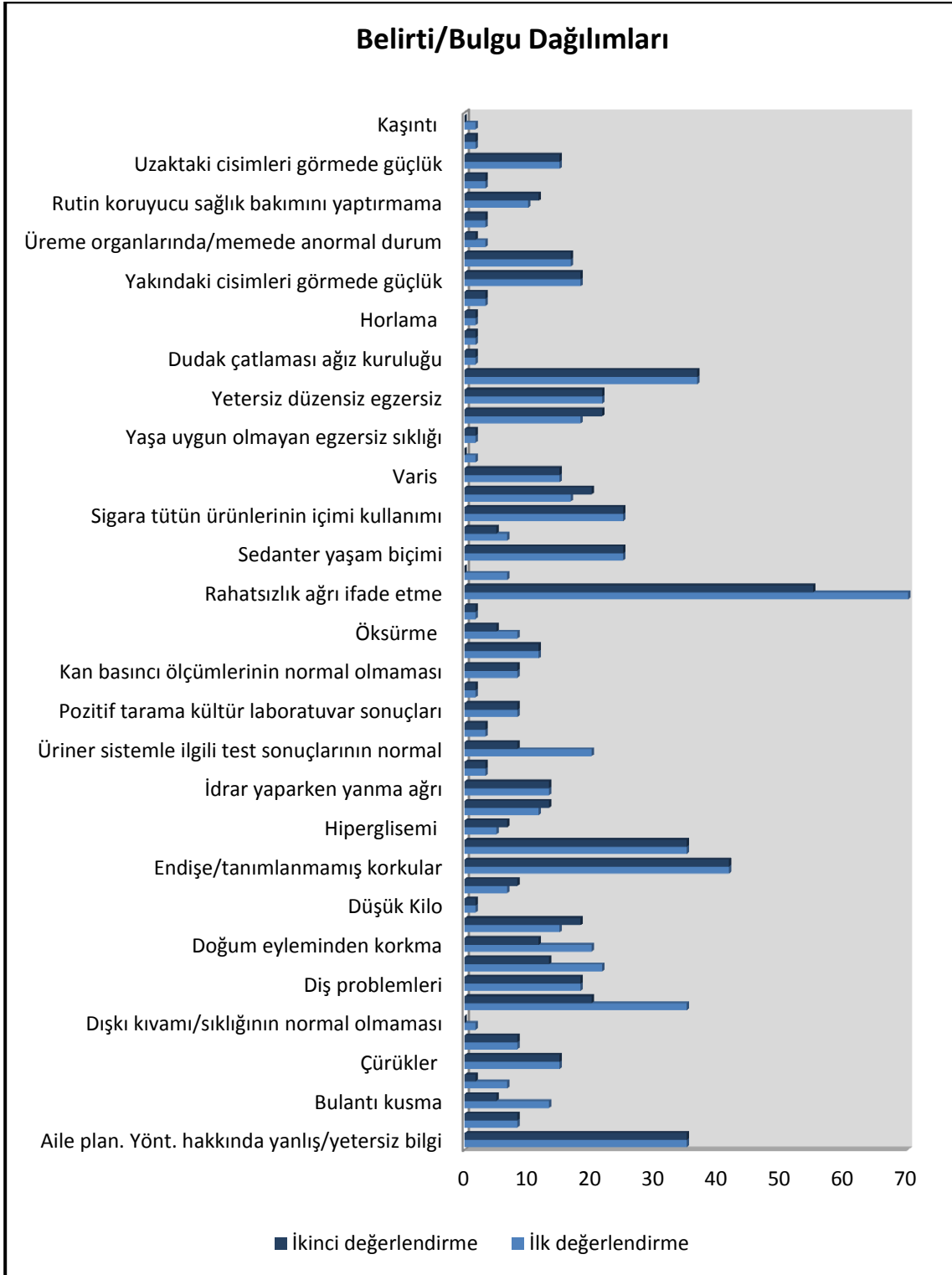
**Şekil 4-2: Kliniklerde problem sayıları toplamalarının dağılımı**

**Tablo 4-8: Belirti/bulguların problemlere göre ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı (n=60)**

Belirti/bulgular	İlk değer.		İkinci değer.	
	n	%	n	%
<b>AĞRI</b>				
Rahatsızlık/ağrı ifade etme	42	70,0	33	55,0
Ağrıyan bölgeyi sakınan/koruyan hareketler	4	6,7	0	0,0
<b>RUH SAĞLIĞI</b>				
Endişe/tanımlanmamış korkular	25	41,7	25	41,7
<b>SİNİR-KAS- İSKELET FONKSİYONU</b>				
Yürüme/hareket etme güçlüğü	22	36,7	22	36,7
<b>AİLE PLANLAMASI</b>				
Aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi	21	35,0	21	35,0
<b>BESLENME</b>				
Fazla kilo (BKİ'nin yetişkinlerde 25 ve üzerinde, çocuklarda 95. persentil ve üzerinde olması)	21	35,0	21	35,0
Dengesiz beslenme	5	8,3	5	8,3
Hiperglisemi	3	5,0	4	6,7
Düşük kilo	1	1,7	1	1,7
<b>FİZİKSEL AKTİVİTE</b>				
Sedanter yaşam biçimi	15	25,0	15	25,0
Yetersiz/düzensiz egzersiz	13	21,7	13	21,7
Yaşa uygun olmayan egzersiz sıklığı	1	1,7	1	1,7
<b>MADDE KULLANIMI</b>				
Sigara/tütün ürünlerinin içimi/kullanımı	15	25,0	15	25,0
<b>GEBELİK</b>				
Doğum öncesi egzersiz/dinlenme/diyet ve davranışlar ile ilgili yetersizlik	13	21,7	8	13,3
Doğum eyleminden korkma	12	20,0	7	11,7
<b>ÜRİNER FONKSİYON</b>				
Üriner sistemle ilgili test sonuçlarının normal olmaması	12	20,0	5	8,3
İdrar yaparken yanma/ağrı	8	13,3	8	13,3
Sıkışma hissi/sık idrara gitme	2	3,3	2	3,3
<b>AĞIZ SAĞLIĞI</b>				
Dişlerde şekil bozukluğu/kırık/kayıplar	11	18,3	11	18,3
Çürükler	9	15,0	9	15,0
<b>ROL DEĞİŞİMİ</b>				
Yeni rol üstlenme	11	18,3	13	21,7
İstenmeyen rol değişimi	1	1,7	1	1,7
<b>GÖRME</b>				
Yakındaki cisimleri görmede güçlük	11	18,3	11	18,3
Uzaktaki cisimleri görmede güçlük	9	15,0	9	15,0
Küçük karakterli yazıları görmede güçlük	2	3,3	2	3,3

<b>UYKU VE DİNLENME DÜZENİ</b>				
Uykusuzluk	10	16,7	12	20,0
Gece sık sık uyanma	7	11,7	8	13,3
Horlama	1	1,7	1	1,7
<b>ÜREME FONKSİYONU</b>				
Menstruasyon düzeninde/döngüsünde bozulma	10	16,7	10	16,7
Üreme organlarında veya memede anormal kitle, şişme ve hassasiyet	2	3,3	1	1,7
<b>POSTPARTUM</b>				
Doğum sonu egzersiz/dinlenme/beslenme ve davranışlar ile ilgili yetersizlik	9	15,0	11	18,3
Emzirmede güçlük	4	6,7	5	8,3
<b>DOLAŞIM</b>				
Varis	9	15,0	9	15,0
Ödem	7	11,7	7	11,7
Kan basıncı ölçümlerinin normal olmaması	5	8,3	5	8,3
Senkop atakları (bayılma)/baş dönmesi	4	6,7	3	5,0
Kalp ritminde düzensizlik	1	1,7	0	0,0
<b>SİNDİRİM-HİDRASYON</b>				
Bulantı/kusma	8	13,3	3	5,0
Anemi	5	8,3	5	8,3
İştahsızlık	4	6,7	1	1,7
Dudak çatlaması/ağız kuruluğu	1	1,7	1	1,7
<b>SAĞLIK BAKIM DENETİMİ</b>				
Rutin/koruyucu sağlık bakımını yaptırmama	6	10,0	7	11,7
<b>BULAŞICI/İNFEKSİYON DURUMU</b>				
Pozitif tarama/kültür/laboratuvar sonuçları	5	8,3	5	8,3
İnfeksiyon	2	3,3	2	3,3
<b>SOLUNUM</b>				
Öksürme	5	8,3	3	5,0
<b>İŞİTME</b>				
Normal ses tonunu duymada güçlük	2	3,3	2	3,3
Yüksek frekanslı sesleri duymada güçlük	1	1,7	1	1,7
<b>YAŞANILAN MAHALLE/İŞ YERİ GÜVENLİĞİ</b>				
Suç oranının yüksek olması	2	3,3	2	3,3
Fiziksel tehlikeler	1	1,7	1	1,7
<b>BAĞIRSAK FONKSİYONU</b>				
Dışkı kıvamı/sıklığının normal olmaması	1	1,7	0	0,0
<b>İLAÇ REJİMİ</b>				
Önerilen doz/tedavi programına uymama	1	1,7	1	1,7
<b>DERİ</b>				
Kaşınıtı	1	1,7	0	0,0
<b>*Diğer</b>	21	35,0	12	20,0

Belirti/bulguların problemlere göre ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı Tablo 4-8'de verildi. Belirti ve bulgularda en yüksek oranda rahatsızlık ve ağrı ifadesi görülürken bunu endişe/tanımlanmamış korkular daha sonra ise yürüme/hareket etme güçlüğü gelirken sonrasında fazla kilo ve aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/yetersiz bilgi takip etmektedir. Ağrı problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu rahatsızlık/ağrı ifade etme, ruh sağlığı problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu endişe/tanımlanmamış korkular, sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu yürüme/hareket etme güçlüğü, aile planlaması problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi, beslenme problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu fazla kilo olmuştur. Diğer başlığı altındaki belirti/bulgular ise; az duyma, kulakta çınlama, postop beslenme, diş implantı varlığı, duyma kaybı, işitme cihazı kullanma, riskli gebelik varlığı, az görme, bacakta venöz yetmezlik olmuştur. Belirti/bulguların ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları Şekil 4-3'te verildi.



**Şekil 4-3: Belirti/bulguların ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları**

**Tablo 4-9: Jinekoloji ve perinatolojide belirti/bulguların problemlere göre ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları**

Problemler-Belirti/bulgular	Jinekoloji (n=30)				Perinatoloji (n=30)			
	İlk değer. n	%	İkinci değer. n	%	İlk değer. n	%	İkinci değer. n	%
<b>AĞRI</b>								
Rahatsızlık ağrı ifade etme	27	90,0	23	76,7	15	50,0	10	33,3
Ağrıyan bölgeyi sakınan/koruyan hareketler	4	13,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>RUH SAĞLIĞI</b>								
Endişe/tanımlanmamış korkular	8	26,7	8	26,7	17	56,7	17	56,7
<b>SİNİR-KAS- İSKELET FONKSİYONU</b>								
Yürüme/hareket etme güçlüğü	22	73,3	22	73,3	0	0,0	0	0,0
<b>AİLE PLANLAMASI</b>								
Aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/yetersiz bilgi	6	20,0	6	20,0	15	50,0	15	50,0
<b>BESLENME</b>								
Fazla kilo (BKİ'nin yetişkinlerde 25 ve üzerinde, çocuklarda 95. persentil ve üzerinde olması)	21	70,0	21	70,0	0	0,0	0	0,0
Dengesiz beslenme	5	16,7	5	16,7	0	0,0	0	0,0
Hiperglisemi	2	6,7	3	10,0	1	3,3	1	3,3
Düşük Kilo	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>FİZİKSEL AKTİVİTE</b>								
Sedanter yaşam biçimi	14	46,7	14	46,7	1	3,3	1	3,3
Yetersiz/düzensiz egzersiz	12	40,0	12	40,0	1	3,3	1	3,3
Yaşa uygun olmayan egzersiz sıklığı	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>MADDE KULLANIMI</b>								
Sigara/tütün ürünlerinin içimi/kullanımı	10	33,3	10	33,3	5	16,7	5	16,7
<b>GEBELİK</b>								
Doğum öncesi egzersiz/dinlenme/diyet ve davranışlar ile ilgili yetersizlik	0	0,0	0	0,0	13	43,3	8	26,7
Doğum eyleminden korkma	0	0,0	0	0,0	12	40,0	7	23,3
<b>ÜRİNER FONKSİYON</b>								
Üriner sistemle ilgili test sonuçlarının normal olmaması	0	0,0	0	0,0	12	40,0	5	16,7
İdrar yaparken yanma/ağrı	4	13,3	4	13,3	4	13,3	4	13,3
Sıkışma hissi/sık idrara gitme	1	3,3	1	3,3	1	3,3	1	3,3
<b>AĞIZ SAĞLIĞI</b>								
Dişlerde şekil bozukluğu/kırık/kayıplar	7	23,3	7	23,3	4	13,3	4	13,3
Çürükler	6	20,0	6	20,0	3	10,0	3	10,0



<b>ROL DEĞİŞİMİ</b>								
Yeni rol üstlenme	3	10,0	5	16,7	8	26,7	8	26,7
İstenmeyen rol değişimi	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>GÖRME</b>								
Yakındaki cisimleri görmede güçlük	11	36,7	11	36,7	0	0,0	0	0,0
Uzaktaki cisimleri görmede güçlük	5	16,7	5	16,7	4	13,3	4	13,3
Küçük karakterli yazıları görmede güçlük	1	3,3	1	3,3	1	3,3	1	3,3
<b>UYKU VE DİNLENME DÜZENİ</b>								
Uykusuzluk	7	23,3	7	23,3	3	10,0	5	16,7
Gece sık sık uyanma	5	16,7	5	16,7	2	6,7	3	10,0
Horlama	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>ÜREME FONKSİYONU</b>								
Menstruasyon/düzeninde döngüsünde bozulma	8	26,7	8	26,7	2	6,7	2	6,7
Üreme organlarında veya memede anormal kitle, şişme ve hassasiyet	2	6,7	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>POSTPARTUM</b>								
Doğum sonu egzersiz/dinlenme/beslenme ve davranışlar ile ilgili yetersizlik	0	0,0	0	0,0	9	30,0	11	36,7
Emzirmede güçlük	0	0,0	0	0,0	4	13,3	5	16,7
<b>DOLAŞIM</b>								
Varis	3	10,0	3	10,0	6	20,0	6	20,0
Ödem	3	10,0	3	10,0	4	13,3	4	13,3
Kan basıncı ölçümlerinin normal olmaması	0	0,0	0	0,0	5	16,7	5	16,7
Senkop atakları (bayılma)/baş dönmesi	2	6,7	0	0,0	2	6,7	3	10,0
Kalp ritminde düzensizlik	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0
<b>SİNDİRİM-HİDRASYON</b>								
Bulantı/kusma	4	13,3	1	3,3	4	13,3	2	6,7
Anemi	2	6,7	2	6,7	3	10,0	3	10,0
İştahsızlık	0	0,0	0	0,0	4	13,3	1	3,3
Dudak çatlaması/ağız kuruluğu	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>SAĞLIK BAKIM DENETİMİ</b>								
Rutin/koruyucu sağlık bakımını yaptırmama	5	16,7	6	20,0	1	3,3	1	3,3
<b>BULAŞICI/İNFEKSİYON DURUMU</b>								
Pozitif tarama/kültür/laboratuvar sonuçları	1	3,3	1	3,3	4	13,3	4	13,3
İnfeksiyon	1	3,3	1	3,3	1	3,3	1	3,3
<b>SOLUNUM</b>								
Öksürme	5	16,7	3	10,0	0	0,0	0	0,0

<b>İŞİTME</b>								
Normal ses tonunu duymada güçlük	2	6,7	2	6,7	0	0,0	0	0,0
Yüksek frekanslı sesleri duymada güçlük	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>YAŞANILAN MAHALLE/İŞ YERİ GÜVENLİĞİ</b>								
Suç oranının yüksek olması	2	6,7	2	6,7	0	0,0	0	0,0
Fiziksel tehlikeler	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>BAĞIRSAK FONKSİYONU</b>								
Dışkı kıvamı/sıklığının normal olmaması	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>İLAC REJİMİ</b>								
Önerilen doz/tedavi programına uymama	1	3,3	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>DERİ</b>								
Kaşıntı	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0
<b>*Diğer</b>	6	20,0	2	6,7	15	50,0	10	33,3

Jinekoloji ve perinatolojide belirti/bulguların problemlere göre ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları Tablo 4-9'da verildi. Belirti ve bulgularda Jinekoloji ve Perinatoloji kliniklerinde en yüksek oranda rahatsızlık ve ağrı ifadesi görülürken bunu endişe/tanımlanmamış korkular daha sonra ise yürüme/hareket etme güçlüğü gelirken sonrasında fazla kilo takip etmektedir. Ağrı problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu rahatsızlık/ağrı ifade etme jinekoloji hastalarında ilk değerlendirmede %90,0 (n=27) ikinci değerlendirmede %76,7 (n=23) oranında, perinatoloji hastalarında ilk değerlendirmede %50,0 (n=15) ikinci değerlendirmede %33,3 (n=10) oranında görülmüştür. Ruh sağlığı problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu endişe/tanımlanmamış korkular perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %56,7 (n=17) oranında, jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %26,7 (n=8) oranında görülmüştür. Sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu yürüme/hareket etme güçlüğü jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %73,3 (n=22) oranında görülürken perinatoloji hastalarında bu belirti/bulguya rastlanılmamıştır. Aile planlaması problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %50,0 (n=15) oranında görülürken jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %20,0 (n=6) oranında görülmüştür. Beslenme problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu fazla kilo jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %70,0 (n=21) oranında görülürken perinatoloji hastalarında bu belirti/bulguya rastlanılmamıştır.

**Tablo 4-10: Jinekoloji ve perinatolojide belirti/bulgu sayılarının dağılımı**

		Min	Maks	Toplam Belirti/bulgu sayısı	Ortalama	SS	p
<b>Jinekoloji (n=30)</b>	<b>Belirti/bulgu sayısı ilk değer.</b>	5	13	236	7,86	1,83	<sup>a</sup> <b>0,006**</b>
	<b>Belirti/bulgu sayısı ikinci değer.</b>	4	12	219	7,30	1,93	
<b>Perinatoloji (n=30)</b>	<b>Belirti/bulgu sayısı ilk değer.</b>	3	10	188	6,26	2,09	<sup>a</sup> <b>0,001**</b>
	<b>Belirti/bulgu sayısı ikinci değer.</b>	1	9	161	5,36	2,02	
<b>İlk değerlendirme Jinekoloji-Perinatoloji</b>							<sup>b</sup> <b>0,001**</b>
<b>İkinci değerlendirme Jinekoloji-Perinatoloji</b>							<sup>b</sup> <b>0,001**</b>

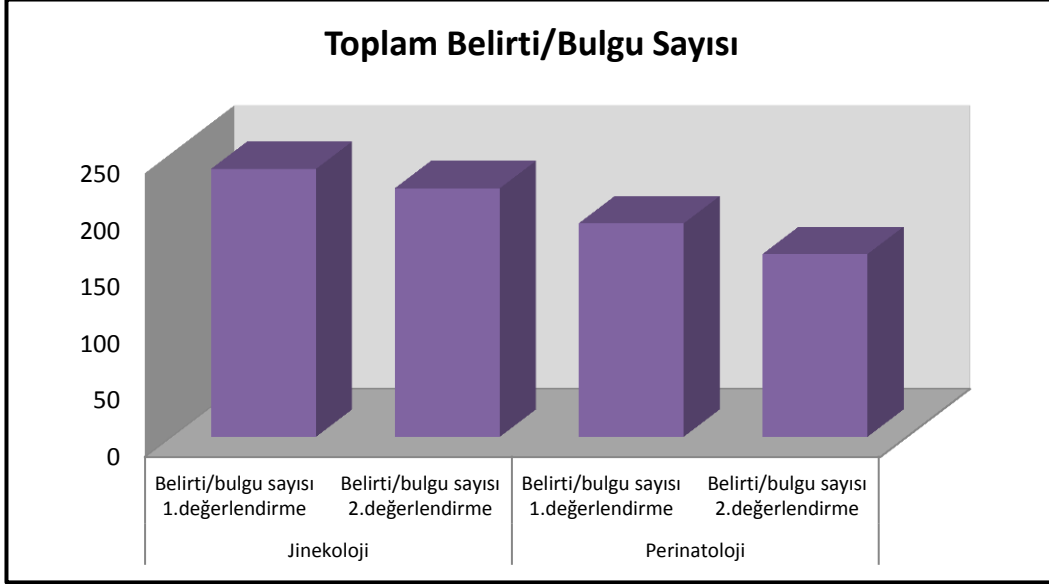
<sup>a</sup>Wilcoxon Signed Rank test<sup>b</sup>Mann Whitney U test

\*\*p&lt;0,01

Jinekoloji ve perinatolojide belirti/bulgu sayılarının dağılımı Tablo 4-10'da verildi. Jinekoloji olgularında ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam belirti/bulgu sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01). Perinatoloji olgularında da ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam belirti/bulgu sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01).

İlk değerlendirme jinekoloji ile perinatoloji belirti/bulgu sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0,01), jinekoloji kliniğinde belirti/bulgu sayısı anlamlı düzeyde yüksektir.

İkinci değerlendirme jinekoloji ile perinatoloji belirti/bulgu sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0,01), jinekoloji kliniğinde belirti/bulgu sayısı anlamlı düzeyde yüksektir. Jinekoloji ve perinatolojide belirti/bulgu sayılarının dağılımı Şekil 4-4'te verildi.



**Şekil 4-4: Jinekoloji ve perinatolojide belirti/bulgu sayılarının dağılımı**

**Tablo 4-11: Problemin ciddiyetine ilişkin bulguların ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları (n=60)**

Problemler	İlk değerlendirme						İkinci değerlendirme					
	Aktüel		Potansiyel		Yeterli		Aktüel		Potansiyel		Yeterli	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ağrı</b>	42	100,0	0	0,0	0	0,0	34	79,1	0	0,0	9	20,9
<b>Fiziksel aktivite</b>	30	100,0	0	0,0	0	0,0	30	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Beslenme</b>	27	93,1	2	6,9	0	0,0	27	93,1	2	6,9	0	0,0
<b>Ruh sağlığı</b>	25	100,0	0	0,0	0	0,0	17	68,0	0	0,0	8	32,0
<b>Aile planlaması</b>	22	100,0	0	0,0	0	0,0	17	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Sinir-kas-iskelet fonksiyonu</b>	22	100,0	0	0,0	0	0,0	19	86,4	0	0,0	3	13,6
<b>Dolaşım</b>	21	100,0	0	0,0	0	0,0	19	90,5	0	0,0	2	9,5
<b>Ağız sağlığı</b>	20	100,0	0	0,0	0	0,0	20	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gebelik</b>	19	100,0	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Görme</b>	19	100,0	0	0,0	0	0,0	19	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Uyku ve dinlenme düzeni</b>	18	100,0	0	0,0	0	0,0	17	81,0	0	0,0	4	19,0
<b>Üriner fonksiyon</b>	18	100,0	0	0,0	0	0,0	16	88,9	0	0,0	2	11,1
<b>Sindirim-hidrasyon</b>	17	100,0	0	0,0	0	0,0	12	70,6	0	0,0	5	29,4
<b>Madde kullanımı</b>	15	100,0	0	0,0	0	0,0	15	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Rol değişimi</b>	12	100,0	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Üreme fonksiyonu</b>	11	100,0	0	0,0	0	0,0	10	90,9	0	0,0	1	9,1
<b>Postpartum</b>	10	90,9	1	9,1	0	0,0	12	92,3	1	7,7	0	0,0
<b>Sağlık bakım denetimi</b>	8	100,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>İşitme</b>	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Bulaşıcı/infeksiyon durumu</b>	5	10,6	42	89,4	0	0,0	5	10,0	45	90,0	0	0,0
<b>Solunum</b>	5	100,0	0	0,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	3	60,0
<b>Bağırsak fonksiyonu</b>	1	3,8	25	96,2	0	0,0	0	0,0	22	71,0	9	29,0
<b>Deri</b>	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>İlaç rejimi</b>	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Yas</b>	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
<b>Yaşanılan mahalle/işyeri güvenliği</b>	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0

Problemin ciddiyetine ilişkin bulguların ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları Tablo 4-11’de verildi. Ciddiyete ilişkin bulgular incelendiğinde; bağırsak fonksiyonu ve bulaşıcı/infeksiyon durumu problemleri potansiyel olarak tanımlanırken, beslenme ve postpartum içinde düşük oranlarda potansiyel cevabı verildiği görülmektedir. Diğer

problemlere ait ciddiyet kriterlerinin hepsi aktüel olarak tanımlanmıştır. İkinci değerlendirmede yeterli düzeye gelen problemler gözlenmiştir.

#### 4.2.2. Omaha Sistemi Girişim Şemasına İlişkin Girişimlerle İlgili Bulgular

**Tablo 4-12: Omaha Sistemi girişim kategorilerine ilişkin bulgular (n=60)**

<b>Kategori</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sürveyans</b>	335	52,0
<b>Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık</b>	175	27,0
<b>Tedavi ve İşlem</b>	135	21,0
<b>Toplam</b>	645	100,0

Omaha Sistemi girişim kategorilerine ilişkin bulgular Tablo 4-12’de verildi. Tabloya göre S girişim kategorisi olgularda %52,0 oranında, ERD girişim kategorisi olgularda %27,0 oranında, Tİ kategorisi olgularda %21,0 oranında kullanılmıştır. VY girişim kategorisi olgularda kullanılmamıştır.

**Tablo 4-13: Girişim hedeflerine ilişkin bulguların ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları (n=60)**

Hedefler	İlk değerlendirme		İkinci değerlendirme	
	n	%	n	%
<b>Belirti/bulgular-fiziksel</b>	59	98,3	60	100,0
<b>Laboratuvar bulguları</b>	57	95,0	13	21,7
<b>İlaç tedavisinin yönetimi</b>	56	93,3	54	90,0
<b>Diyet yönetimi</b>	45	75,0	31	51,7
<b>İnfeksiyon kontrol önlemleri</b>	40	66,7	3	5,0
<b>Örnek toplama</b>	37	61,7	17	28,3
<b>Egzersiz</b>	32	53,3	0	0,0
<b>Belirti/bulgular-ruhsal/duygusal</b>	26	43,3	10	16,7
<b>Yürüme eğitimi</b>	22	36,7	2	3,3
<b>Madde kullanımını bırakma</b>	15	25,0	0	0,0
<b>Başetme becerileri</b>	10	16,7	0	0,0
<b>Dinlenme/uyku</b>	6	10,0	1	1,7
<b>Eğitim</b>	5	8,3	6	10,0
<b>Dayanıklı tıbbi araçlar</b>	2	3,3	0	0,0
<b>Aile planlaması hizmetleri</b>	1	1,7	0	0,0
<b>Gevşeme/nefes alma teknikleri</b>	1	1,7	0	0,0
<b>Hemşirelik bakımı</b>	1	1,7	0	0,0
<b>Kişisel hijyen</b>	1	1,7	0	0,0
<b>Pozisyon verme</b>	0	0,0	1	1,7

Girişim hedeflerine ilişkin bulguların ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları Tablo 4-13'te verildi. Hedefe ilişkin bulgular incelendiğinde; en yüksek oranda belirti/bulgular-fiziksel, laboratuvar bulguları ve ilaç tedavisinin yönetimi hedef kullanımının olduğu bunları diyet yönetimi, infeksiyon kontrol önlemleri hedeflerinin izlediği görülmektedir.

Tablo 4-14: Jinekoloji ve perinatolojide hedeflerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları

Hedefler	Jinekoloji (n=30)				Perinatoloji (n=30)			
	İlk değer.		İkinci değer.		İlk değer.		İkinci değer.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Belirti/bulgular-fiziksel</b>	29	96,7	30	100,0	30	100,0	30	100,0
<b>Egzersiz</b>	28	93,3	0	0,0	4	13,3	0	0,0
<b>İlaç tedavisinin yönetimi</b>	28	93,3	29	96,7	28	93,3	25	83,3
<b>Laboratuvar bulguları</b>	28	93,3	4	13,3	29	96,7	9	30,0
<b>Diyet yönetimi</b>	26	86,7	19	63,3	19	63,3	12	40,0
<b>İnfeksiyon kontrol önlemleri</b>	25	83,3	0	0,0	15	50,0	3	10,0
<b>Yürüme eğitimi</b>	22	73,3	2	6,7	0	0,0	0	0,0
<b>Örnek toplama</b>	11	36,7	8	26,7	26	86,7	9	30,0
<b>Madde kullanımını bırakma</b>	10	33,3	0	0,0	5	16,7	0	0,0
<b>Belirti/bulgular-ruhsal/duygusal</b>	8	26,7	5	16,7	18	60,0	5	16,7
<b>Dinlenme/uyku</b>	4	13,3	1	3,3	2	6,7	0	0,0
<b>Başetme becerileri</b>	2	6,7	0	0,0	8	26,7	0	0,0
<b>Dayanıklı tıbbi araçlar</b>	2	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Aile planlaması hizmetleri</b>	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Gevşeme/nefes alma teknikleri</b>	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Hemşirelik bakımı</b>	1	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Eğitim</b>	0	0,0	0	0,0	5	16,7	6	20,0
<b>Kişisel hijyen</b>	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0
<b>Pozisyon verme</b>	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0

Jinekoloji ve perinatolojide hedeflerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımları Tablo 4-14'te verildi. Jinekoloji olgularında, hedefe ilişkin sonuçlar incelendiğinde; en yüksek oranda belirti/bulgular-fiziksel gelirken bunu egzersiz, laboratuvar bulguları ve ilaç tedavisinin yönetimi takip etmekte daha sonra bunları diyet yönetimi, infeksiyon kontrol önlemleri hedeflerinin izlediği görülmektedir.

Perinatoloji olgularında, hedefe ilişkin sonuçlar incelendiğinde; en yüksek oranda belirti/bulgular-fiziksel gelirken bunu laboratuvar bulguları ve ilaç tedavisinin yönetimi takip etmekte daha sonra bunları örnek toplama ve diyet yönetimi hedeflerinin izlediği görülmektedir.



**Tablo 4-15: Jinekoloji ve perinatolojide hedef sayılarının dağılımı**

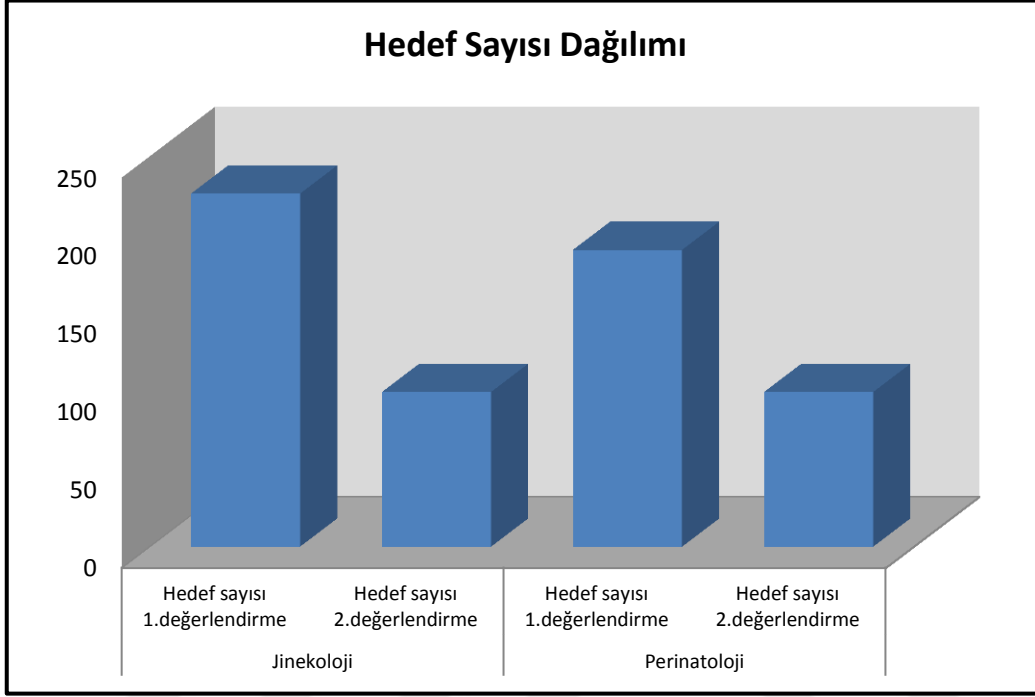
		Min	Maks	Toplam Hedef sayısı	Ortalama	SS	<i>p</i>
<b>Jinekoloji (n=30)</b>	<b>Hedef sayısı ilk değer.</b>	1	10	226	7,53	1,67	<b><sup>a</sup>0,006**</b>
	<b>Hedef sayısı ikinci değer.</b>	2	5	99	3,30	0,70	
<b>Perinatoloji (n=30)</b>	<b>Hedef sayısı ilk değer.</b>	3	10	190	6,33	1,47	<b><sup>a</sup>0,001**</b>
	<b>Hedef sayısı ikinci değer.</b>	1	8	99	3,30	1,51	
<b><i>İlk değerlendirme Jinekoloji-Perinatoloji</i></b>							<b><sup>b</sup>0,001**</b>
<b><i>İkinci değerlendirme Jinekoloji-Perinatoloji</i></b>							<b><sup>b</sup>0,603</b>

<sup>a</sup>Wilcoxon Signed Rank test<sup>b</sup>Mann Whitney U test\*\* $p < 0,01$ 

Jinekoloji ve perinatolojide hedef sayılarının dağılımı Tablo 4-15'te verildi. Jinekoloji olgularında ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam hedef sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,01$ ). Perinatoloji olgularında da ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam hedef sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,01$ ).

İlk değerlendirme jinekoloji ile perinatoloji hedef sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ( $p < 0,01$ ), jinekoloji kliniğinde hedef sayısı anlamlı düzeyde yüksektir.

İkinci değerlendirme jinekoloji ile perinatoloji hedef sayıları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Jinekoloji ve perinatolojide hedef sayıları toplamının dağılımı Şekil 4-5'te verildi.



**Şekil 4-5: Jinekoloji ve perinatolojide hedef sayıları toplamının dağılımı**

**Tablo 4-16: Hedeflere göre girişimlerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı (n=60)**

Girişimler	İlk değer.		İkinci değer.	
	n	%	n	%
<b>BELİRTİ/BULGULAR-FİZİKSEL</b>				
Hayati bulgular/kan basıncı	59	98,3	59	98,3
Kilo	37	61,7	0	0,0
Ağrı ifadesi	29	48,3	23	38,3
Ağrının nedeni	29	48,3	1	1,7
Dışkı rengi kıvamı ve sıklığı	25	41,7	31	51,7
Beden kitle indeksi (BKI)	22	36,7	0	0,0
Boy	22	36,7	0	0,0
Kanama takibi	16	26,7	17	28,3
Hiper-hipoglisemi	9	15,0	8	13,3
Fetal kalp tonları hareketleri	15	25,0	13	21,7
Ağır/aşırı/kötü kokulu doğum sonrası vajinal akıntı	11	18,3	13	21,7
NST takibi	6	10,0	7	11,7
Anesteziye bağlı olabileceği	4	6,7	0	0,0
Aldığı çıkardığı sıvı	3	5,0	3	5,0
Bebekle ilgili bilgi verme	2	3,3	2	3,3
Kan basıncı	2	3,3	0	0,0
Nabız ölçümü	1	1,7	0	0,0
İştah	1	1,7	1	1,7
<b>LABORATUVAR BULGULARI</b>				
Balgam, kan, dışkı ve akıntı testlerinin yorumlanması	45	75,0	11	18,3
İdrar testlerinin yorumlanması	13	21,7	1	1,7
Kan testleri ve diğer testlerin yorumlanması	12	20,0	5	8,3
Dışkı, kan, idrar ve gastrik içerik testlerinin yorumlanması	5	8,3	5	8,3
Kan testlerinin yorumlanması	5	8,3	0	0,0
<b>İLAÇ TEDAVİSİNİN YÖNETİMİ</b>				
Antibiyotik tedavisi	44	73,3	47	78,3
Analjezik uygulama	37	61,7	34	56,7
Kortikosteroid tedavisi	9	15,0	4	6,7
Antihipertansif tedavi	4	6,7	3	5,0
Antiemetik tedavi	3	5,0	0	0,0
İnsülin uygulama	3	5,0	3	5,0
Demir preparat tedavisi	2	3,3	3	5,0
Kan transfüzyonu	2	3,3	0	0,0

---

**İNFEKSİYON KONTROL ÖNLEMLERİ**

El yıkama 38 63,3 4 6,7

**DİYET YÖNETİMİ**

Önerilen diyet 33 55,0 26 43,3

Gaz yapan yiyeceklerin azaltılması 25 41,7 1 1,7

Önerilen besin ve sıvı alımı 10 16,7 8 13,3

Süt vermeye ilişkin ihtiyaçlar 10 16,7 2 3,3

Uygun kilo alma 4 6,7 0 0,0

Beklenen kilo değişimleri 9 15,0 2 3,3

Yetersiz beslenme 1 1,7 0 0,0

Yüksek lifli 1 1,7 0 0,0

Beslenme günlüğü 1 1,7 0 0,0

Kaçınılacak besinler 1 1,7 0 0,0

Sıvı dengesi 1 1,7 0 0,0

**ÖRNEK TOPLAMA**

Kan örneği 28 46,7 10 16,7

İdrar örneği 11 18,3 1 1,7

Kan şekeri ölçümü 10 16,7 8 13,3

**EGZERSİZ**

Egzersiz türü miktarı 27 45,0 0 0,0

Bağırsak fonksiyonunun uyarılması 25 41,7 1 1,7

Yatak istirahati 2 3,3 0 0,0

**BELİRTİ/BULGULAR-RUHSAL/DUYGUSAL**

Hastaya gerekli açıklamaları yapma 25 41,6 8 13,3

Belirti ciddiyeti 22 36,7 5 8,3

Baş etme mekanizmaları 1 1,7 0 0,0

Korku/anksiyete 1 1,7 0 0,0

**YÜRÜME EĞİTİMİ**

Yürüme teknikleri 21 35,0 2 3,3

**MADDE KULLANIMINI BIRAKMA**

Kullanım düzeni 15 25,0 0 0,0

Kullanımın kişi üzerindeki etkileri 3 5,0 0 0,0

**EĞİTİM**

Emzirme 3 5,0 3 5,0

Süt sağma ve saklama 1 1,7 3 5,0

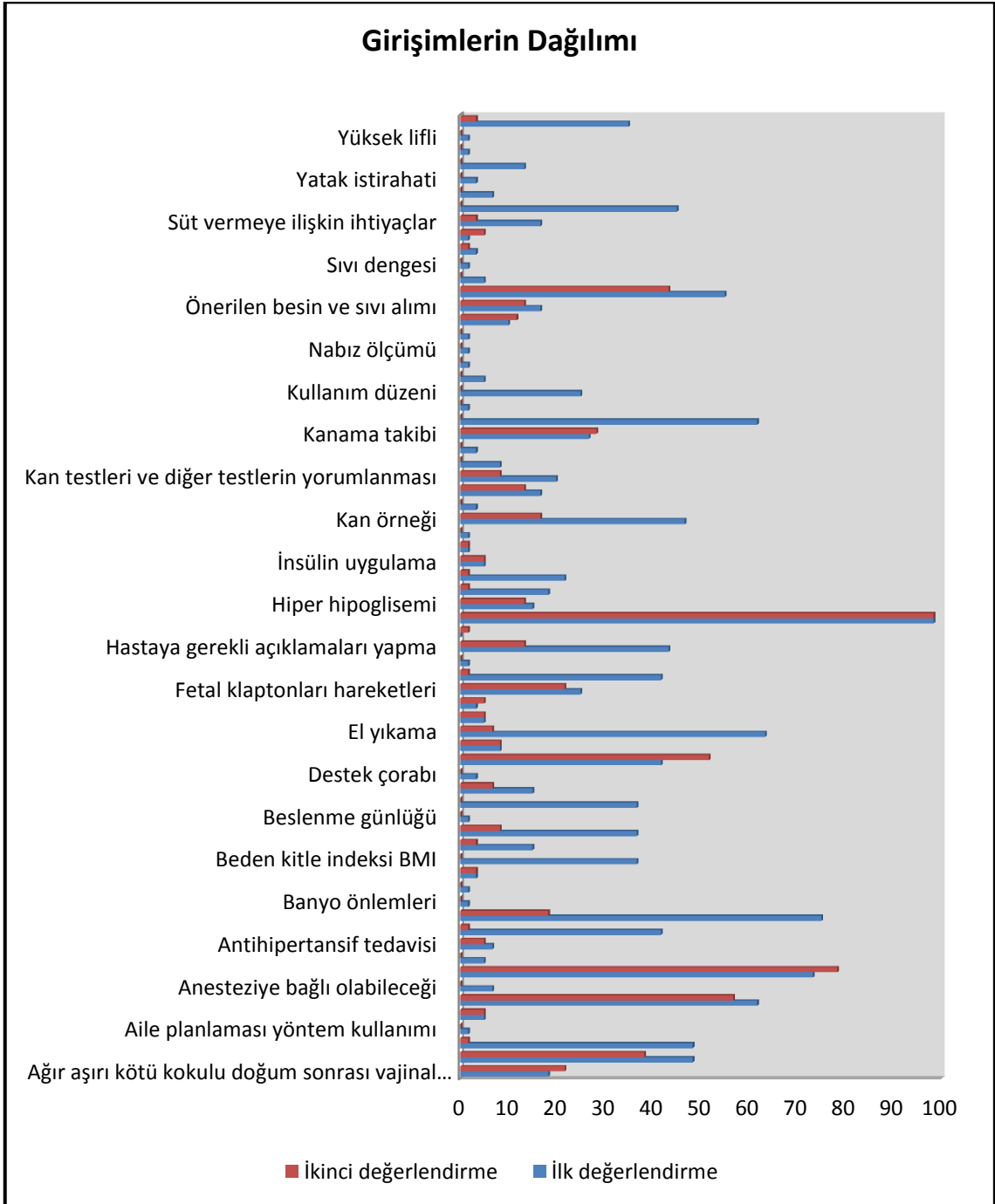
**BAŞ ETME BECERİLERİ**

Yeterli/uygun 8 13,3 0 0,0

---

<b>KİŞİSEL HİJYEN</b>				
Banyo önlemleri	1	1,7	0	0,0
Meme ve meme ucu bakımı	1	1,7	0	0,0
<b>AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİ</b>				
Aile planlaması yöntem kullanımı	1	1,7	0	0,0
<b>DAYANIKLI TIBBİ ARAÇLAR</b>				
Destek çorabı	2	3,3	0	0,0
<b>DİNLENME/UYKU</b>				
Planlanan dinlenme ve kestirmeler	3	5,0	0	0,0
Süre/zaman aralığı	2	3,3	1	1,7
Gece sıvı tüketimini azaltma, aynı saatte yatma	1	1,7	0	0,0
<b>GEVŞEME/ NEFES ALMA TEKNİKLERİ</b>				
Nefes alma teknikleri	1	1,7	0	0,0
<b>HEMŞİRELİK BAKIMI</b>				
Hastaya gerekli açıklamaları yapma	1	1,7	0	0,0
<b>POZİSYON VERME</b>				
Hastaya uygun pozisyon verme	0	0,0	1	1,7

Hedeflere göre girişimlerin ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı Tablo 4-16'da verildi. Girişimler incelendiğinde en yüksek oranda hayati bulgular/kan basıncı iken, bunu balgam, kan, dışkı ve akıntı testlerinin yorumlanması ve antibiyotik tedavisi takip etmektedir. Belirti/bulgular-fiziksel hedef başlığı altında en sık uygulanan girişim hayati bulgular/kan basıncı olmuştur devamında kilo takibi, ağrı ifadesinin değerlendirmesi ve ağrı nedeninin açıklanması girişimleri gelmektedir. Laboratuvar bulguları hedef başlığı altında en sık balgam, kan, dışkı ve akıntı testlerinin yorumlanması girişimi yer alırken bunu idrar testlerinin yorumlanması girişimi takip etmektedir. İlaç tedavisinin yönetimi hedef başlığı altında en sık antibiyotik tedavisinin uygulanması yer alırken bunu analjezik tedavisinin uygulanması takip etmektedir. Girişimlerin dağılımı Şekil 4-6'da verildi.



**Şekil 4-6: Girişimlerin dağılımı**

**Tablo 4-17: Jinekoloji ve perinatolojide girişim sayılarının ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı**

		Min	Maks	Toplam Girişim sayısı	Ortalama	SS	p
<b>Jinekoloji (n=30)</b>	<b>Girişim sayısı ilk değer.</b>	1	21	472	15,73	3,88	<sup>a</sup> <b>0,001**</b>
	<b>Girişim sayısı ikinci değer.</b>	2	9	177	5,90	1,60	
<b>Perinatoloji (n=30)</b>	<b>Girişim sayısı ilk değer.</b>	8	19	365	12,17	2,76	<sup>a</sup> <b>0,001**</b>
	<b>Girişim sayısı ikinci değer.</b>	2	17	193	6,43	3,80	
<b>İlk değerlendirme Jinekoloji-Perinatoloji</b>							<sup>b</sup> <b>0,001**</b>
<b>İkinci değerlendirme Jinekoloji-Perinatoloji</b>							<sup>b</sup> <b>0,799</b>

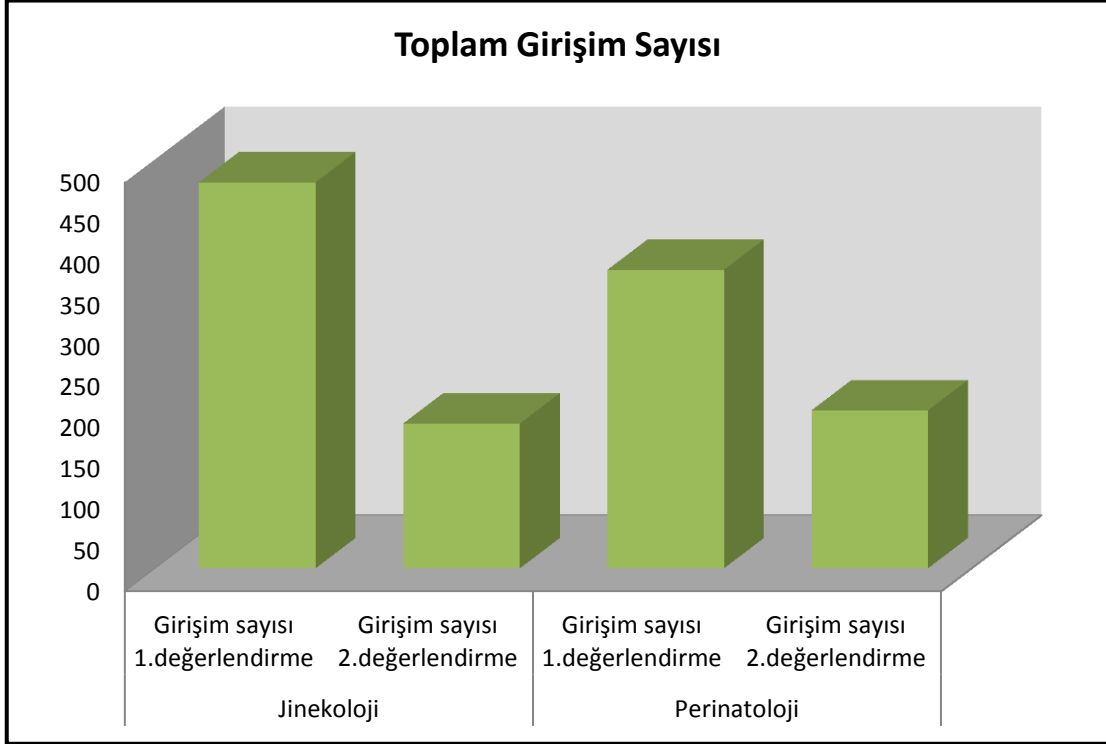
<sup>a</sup>Wilcoxon Signed Rank test<sup>b</sup>Mann Whitney U test

\*\*p&lt;0,01

Jinekoloji ve perinatolojide girişim sayılarının ilk ve ikinci değerlendirme dağılımı Tablo 4-17'de verildi. Jinekoloji olgularında ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam girişim sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01). Perinatoloji olgularında da ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam girişim sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01).

İlk değerlendirme jinekoloji ile perinatoloji girişim sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0.01); jinekoloji kliniğinde girişim sayısı anlamlı düzeyde yüksektir.

İkinci değerlendirme jinekoloji ile perinatolojinin girişim sayıları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Jinekoloji ve perinatolojide toplam girişim sayıları Şekil 4-7'de verildi.



**Şekil 4-7: Jinekoloji ve perinatolojide toplam girişim sayıları**



### 4.2.3. Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bakım Sonuçları Bulguları

#### Bilgi düzeyine ilişkin bulgular

Tablo 4-18: Probleme ilişkin bilgi düzeyinin ilk ve ikinci değerlendirme bulguları (n=60)

Problemler	Jinekoloji (n=30)		Perinatoloji (n=30)	
	Ort	± SS	Ort	± SS
Ağız Sağlığı-1.Değer.	3,29	0,47	3,00	0,00
Ağız Sağlığı-2.Değer.	3,29	0,47	3,00	0,00
Ağrı-1.Değer.	3,67	0,48	3,07	0,26
Ağrı-2.Değer.	3,64	0,56	3,07	0,26
Aile Planlaması-1.Değer.	2,00	0,00	2,13	0,34
Aile Planlaması-2.Değer.	2,00	0,00	2,13	0,34
Bağırsak Fonksiyonu-1.Değer.	3,73	0,45	0,00	0,00
Bağırsak Fonksiyonu-2.Değer.	3,74	0,45	0,00	0,00
Beslenme-1.Değer.	2,69	0,47	2,67	0,58
Beslenme-2.Değer.	2,67	0,52	2,67	0,58
Bulaşıcı/İnfeksiyon Durumu-1.Değer.	2,89	0,51	2,75	0,44
Bulaşıcı/İnfeksiyon Durumu-2.Değer.	2,85	0,53	2,70	0,47
Dolaşım-1.Değer.	2,71	0,49	3,00	0,39
Dolaşım-2.Değer.	3,00	0,00	3,17	0,47
Fiziksel Aktivite-1.Değer.	2,63	0,63	3,00	0,00
Fiziksel Aktivite-2.Değer.	2,63	0,63	3,00	0,00
Deri-1.Değer.	0,00	0,00	2,00	0,00
Deri-2.Değer.	0,00	0,00	2,00	0,00
Gebelik-1.Değer.	0,00	0,00	2,53	0,51
Gebelik-2.Değer.	0,00	0,00	2,57	0,51
Görme-1.Değer.	3,15	0,55	3,33	0,52
Görme-2.Değer.	3,15	0,55	3,33	0,52
İşitme-1.Değer.	3,00	0,58	0,00	0,00
İşitme-2.Değer.	3,00	0,58	0,00	0,00
İlaç Rejimi-1.Değer.	3,00	0,00	0,00	0,00
İlaç Rejimi-2.Değer.	3,00	0,00	0,00	0,00
Madde Kullanımı-1.Değer.	3,00	0,00	2,40	0,55
Madde Kullanımı-2.Değer.	3,00	0,00	2,40	0,55
Postpartum-1.Değer.	0,00	0,00	2,55	0,52
Postpartum-2.Değer.	0,00	0,00	2,69	0,48
Rol Değişimi-1.Değer.	3,00	0,00	3,38	0,52

Rol Değişimi-2.Değer.	3,00	0,00	3,00	0,00
Ruh Sağlığı-1.Değer.	2,88	0,35	3,00	0,00
Ruh Sağlığı-2.Değer.	3,00	0,00	0,00	0,00
Sağlık Bakım Denetimi-1.Değer.	2,57	0,53	2,00	0,00
Sağlık Bakım Denetimi-2.Değer.	2,57	0,53	2,00	0,00
Sindirim-Hidrasyon-1.Değer.	3,14	0,38	2,90	0,32
Sindirim-Hidrasyon-2.Değer.	3,00	0,00	2,83	0,41
Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu-1.Değer.	3,73	0,46	0,00	0,00
Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu-2.Değer.	3,83	0,41	0,00	0,00
Solunum-1.Değer.	2,60	0,55	0,00	0,00
Solunum-2.Değer.	2,67	0,58	0,00	0,00
Uyku ve Dinlenme Düzeni-1.Değer.	3,00	0,58	3,00	0,00
Uyku ve Dinlenme Düzeni-2.Değer.	2,50	0,58	3,00	0,00
Üriner Fonksiyon-1.Değer.	2,40	0,55	2,54	0,52
Üriner Fonksiyon-2.Değer.	2,00	0,00	2,83	0,41
Üreme Fonksiyonu-1.Değer.	2,67	0,50	3,00	0,00
Üreme Fonksiyonu-2.Değer.	3,00	0,00	0,00	0,00
Yas-1.Değer.	0,00	0,00	3,00	0,00
Yas-2.Değer.	0,00	0,00	3,00	0,00
Yaşanılan Mahalle/İşyeri Güvenliği-1.Değer.	3,33	0,58	0,00	0,00
Yaşanılan Mahalle/İşyeri Güvenliği-2.Değer.	3,33	0,58	0,00	0,00

Probleme ilişkin bilgi düzeyinin ilk ve ikinci değerlendirme bulguları Tablo 4-18'de verildi. Tabloya göre ilk ve ikinci değerlendirmede bilgi düzeyi olarak ağrı problemine yönelik bir hastada bilgi düzeyi 3'ten 4'e çıktığı, postpartum problemine yönelik bir hastanın bilgi düzeyi 2'den 3'e çıktığı bulundu. Bunun dışında bilgi düzeyinde ilk ve ikinci değerlendirmede belirgin bir artış gözlenmedi. İlk değerlendirmede 2 bilgi düzeyinde olan problem 95 iken ikinci değerlendirmede 97'dir. İlk değerlendirmede 3 bilgi düzeyinde olan problem 279 iken ikinci değerlendirmede 287'dir. İlk değerlendirmede 4 bilgi düzeyinde olan problem 76 iken ikinci değerlendirmede 78'dir. Hastaların bilgi düzeyi genel olarak 3- Temel düzeydedir.

### Davranışa ilişkin bulgular

**Tablo 4-19: Probleme ilişkin davranış düzeyinin ilk ve ikinci değerlendirme bulguları (n=60)**

Problemler	Jinekoloji (n=30)	Perinatoloji (n=30)
	Ort ± SS	Ort ± SS
Ağız Sağlığı-1.Değer.	3,86 0,36	3,71 0,49
Ağız Sağlığı-2.Değer.	3,86 0,36	3,71 0,49
Ağrı-1.Değer.	4,00 0,00	4,00 0,00
Ağrı-2.Değer.	4,00 0,00	4,00 0,00
Aile Planlamasi-1.Değer.	3,50 0,55	3,44 0,51
Aile Planlamasi-2.Değer.	3,50 0,55	3,44 0,51
Bağırsak Fonksiyonu-1.Değer.	4,04 0,20	4,00 0,00
Bağırsak Fonksiyonu-2.Değer.	4,04 0,19	0,00 0,00
Beslenme-1.Değer.	3,23 0,43	4,00 0,00
Beslenme-2.Değer.	3,83 0,41	4,00 0,00
Bulaşıcı/İnfeksiyon Durumu-1.Değer.	3,63 0,49	3,80 0,41
Bulaşıcı/İnfeksiyon Durumu-2.Değer.	3,67 0,48	3,83 0,39
Dolaşım-1.Değer.	3,71 0,49	3,86 0,36
Dolaşım-2.Değer.	4,00 0,00	3,71 0,49
Deri-1.Değer.	0,00 0,00	4,00 0,00
Deri-2.Değer.	0,00 0,00	4,00 0,00
Fiziksel Aktivite-1.Değer.	3,00 0,00	4,00 0,00
Fiziksel Aktivite-2.Değer.	3,00 0,00	4,00 0,00
Gebelik-1.Değer.	0,00 0,00	4,00 0,00
Gebelik-2.Değer.	0,00 0,00	3,69 0,48
Görme-1.Değer.	3,11 0,32	3,33 0,58
Görme-2.Değer.	3,11 0,32	3,33 0,58
İşitme-1.Değer.	3,92 0,28	0,00 0,00
İşitme-2.Değer.	3,92 0,28	0,00 0,00
İlaç Rejimi-1.Değer.	3,00 0,00	0,00 0,00
İlaç Rejimi-2.Değer.	3,00 0,00	0,00 0,00
Madde Kullanımı-1.Değer.	3,00 0,00	1,80 0,84
Madde Kullanım-2.Değer.	3,00 0,00	1,80 0,84
Postpartum-1.Değer.	0,00 0,00	4,00 0,00
Postpartum-2.Değer.	0,00 0,00	4,00 0,00
Rol Değişimi-1.Değer.	4,00 0,00	4,00 0,00

Rol Değişimi-2.Değer.	4,00 0,00	4,00 0,00
Ruh Sağlığı-1.Değer.	3,83 0,41	4,00 0,00
Ruh Sağlığı-2.Değer.	3,83 0,41	4,00 0,00
Sağlık Bakım Denetimi-1.Değer.	3,88 0,35	0,00 0,00
Sağlık Bakım Denetimi-2.Değer.	3,88 0,35	0,00 0,00
Sindirim-Hidrasyon-1.Değer.	4,00 0,00	3,83 0,41
Sindirim-Hidrasyon-2.Değer.	4,00 0,00	3,83 0,41
Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu-1.Değer.	4,00 0,00	0,00 0,00
Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu-2.Değer.	4,00 0,00	0,00 0,00
Solunum-1.Değer.	3,80 0,45	0,00 0,00
Solunum-2.Değer.	3,80 0,45	0,00 0,00
Uyku ve Dinlenme Düzeni-1.Değer.	4,00 0,00	3,80 0,42
Uyku ve Dinlenme Düzeni-2.Değer.	4,00 0,00	4,00 0,00
Üriner Fonksiyon-1.Değer.	3,92 0,28	4,00 0,00
Üriner Fonksiyon-2.Değer.	3,92 0,28	4,00 0,00
Üreme Fonksiyonu-1.Değer.	4,00 0,00	4,00 0,00
Üreme Fonksiyonu-2.Değer.	4,00 0,00	4,00 0,00
Yas-1.Değer.	0,00 0,00	4,00 0,00
Yas-2.Değer.	0,00 0,00	4,00 0,00
Yaşanılan Mahalle/İş Yeri Güvenliği-1.Değer.	4,00 0,00	0,00 0,00
Yaşanılan Mahalle/İş Yeri Güvenliği-2.Değer.	4,00 0,00	0,00 0,00

Probleme ilişkin davranış düzeyinin ilk ve ikinci değerlendirme bulguları Tablo 4-19'da verildi. Tabloya göre hastaların davranış düzeyinde bulaşıcı/infeksiyon durumu probleminde bir hastanın davranış düzeyinin 3'ten 4'e yükseldiği, uyku probleminde ilişkin davranış düzeyinin bir hastada 3'ten 4'e yükseldiği bulundu. Diğer hastalarda ilk ve ikinci değerlendirmede davranış düzeyinde bir değişim gözlenmedi. İlk ve ikinci değerlendirmede 1 davranış düzeyinde olan problem 2'dir. İlk ve ikinci değerlendirmede 2 davranış düzeyinde olan problem 2'dir. İlk değerlendirmede 3 davranış düzeyinde olan problem 118 iken, ikinci değerlendirmede 114'tür. İlk değerlendirmede 4 davranış düzeyinde olan problem 326 iken, ikinci değerlendirmede 342'dir. İlk ve ikinci değerlendirmede 5 davranış düzeyinde olan problem 2'dir. Hastaların gösterdikleri davranış düzeyi genel olarak 4- Genellikle uygun düzeyindedir.

## Duruma ilişkin bulgular

**Tablo 4-20: Problemlerin durum düzeyine ilişkin ilk ve ikinci değerlendirme bulguları (n=60)**

Problemler	Jinekoloji (n=30)	Perinatoloji (n=30)
	Ort ± SD	Ort ± SD
Ağız Sağlığı-1.Değer.	3,93 0,27	4,00 0,00
Ağız Sağlığı-2.Değer.	3,93 0,27	4,00 0,00
Ağrı-1.Değer.	3,33 0,55	3,40 0,51
Ağrı-2.Değer.	4,00 0,72	4,27 0,70
Aile Planlaması-1.Değer.	4,00 0,00	3,88 0,34
Aile Planlaması-2.Değer.	4,00 0,00	3,88 0,34
Bağırsak Fonksiyonu-1.Değer.	4,92 0,39	0,00 0,00
Bağırsak Fonksiyonu-2.Değer.	5,00 0,00	5,00 0,00
Beslenme-1.Değer.	2,73 0,78	4,00 1,00
Beslenme-2.Değer.	2,67 0,82	4,00 1,00
Bulaşıcı/İnfeksiyon Durumu-1.Değer.	4,89 0,58	4,55 0,89
Bulaşıcı/İnfeksiyon Durumu-2.Değer.	4,89 0,58	4,70 0,70
Dolaşım-1.Değer.	3,71 0,49	3,43 0,65
Dolaşım-2.Değer.	4,50 0,71	3,57 0,79
Fiziksel Aktivite-1.Değer.	3,30 0,67	4,00 0,00
Fiziksel Aktivite-2.Değer.	3,30 0,67	4,00 0,00
Deri-1.Değer.	0,00 0,00	4,00 0,00
Deri-2.Değer.	0,00 0,00	4,00 0,00
Gebelik-1.Değer.	0,00 0,00	3,11 0,46
Gebelik-2.Değer.	0,00 0,00	3,23 0,44
Görme-1.Değer.	3,62 0,51	4,00 0,00
Görme-2.Değer.	3,62 0,51	4,00 0,00
İşitme-1.Değer.	3,71 0,49	0,00 0,00
İşitme-2.Değer.	3,71 0,49	0,00 0,00
İlaç Rejimi-1.Değer.	3,00 0,00	0,00 0,00
İlaç Rejimi-2.Değer.	3,00 0,00	0,00 0,00
Madde Kullanımı-1.Değer.	3,90 0,32	3,00 0,00
Madde Kullanımı-2.Değer.	3,90 0,32	3,00 0,00
Postpartum-1.Değer.	0,00 0,00	3,73 0,65
Postpartum-2.Değer.	0,00 0,00	3,85 0,55
Rol Değişimi-1.Değer.	4,00 0,00	4,00 0,00
Rol Değişimi-2.Değer.	4,00 0,00	4,00 0,00
Ruh Sağlığı-1.Değer.	4,00 0,00	3,47 0,51

Ruh Sağlığı-2.Değer.	4,00 0,00	3,47 0,51
Sağlık Bakım Denetimi-1.Değer.	3,29 0,49	4,00 0,00
Sağlık Bakım Denetimi-2.Değer.	3,29 0,49	4,00 0,00
Sindirim-Hidrasyon-1.Değer.	3,43 0,98	3,40 0,52
Sindirim-Hidrasyon-2.Değer.	5,00 0,00	4,00 0,82
Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu-1.Değer.	3,90 0,30	0,00 0,00
Sinir-Kas-İskelet Fonksiyonu-2.Değer.	3,90 0,30	0,00 0,00
Solunum-1.Değer.	4,00 0,00	0,00 0,00
Solunum-2.Değer.	4,67 0,52	0,00 0,00
Uyku ve Dinlenme Düzeni-1.Değer.	3,85 0,38	4,00 0,00
Uyku ve Dinlenme Düzeni-2.Değer.	5,00 0,00	4,00 0,00
Üriner Fonksiyon-1.Değer.	3,40 0,55	3,17 0,58
Üriner Fonksiyon-2.Değer.	5,00 0,00	3,67 0,58
Üreme Fonksiyonu-1.Değer.	3,22 0,44	3,00 0,00
Üreme Fonksiyonu-2.Değer.	5,00 0,00	3,00 0,00
Yas-1.Değer.	0,00 0,00	3,00 0,00
Yas-2.Değer.	0,00 0,00	3,00 0,00
Yaşanılan Mahalle/İşyeri Güvenliği-1.Değer.	3,00 0,44	0,00 0,00
Yaşanılan Mahalle/İşyeri Güvenliği-2.Değer.	3,00 0,44	0,00 0,00

Probleme ilişkin durum düzeyinin ilk ve ikinci değerlendirme bulguları Tablo 4-20’de verildi. Tabloya göre belirti/bulgunun olmadığını ifade eden 5 düzeyine geline problemeler olduğu bulundu. Bu problemler; ağrı (n=11), ruh sağlığı (n=8), sindirim-hidrasyon (n=5), sinir-kas-iskelet fonksiyonu (n=4), solunum (n=3), dolaşım (n=2), bağırsak fonksiyonu (n=1), bulaşıcı/infeksiyon durumu (n=1), üriner fonksiyon (n=1), üreme fonksiyonu (n=1)’dur. İlk ve ikinci değerlendirmede 2 durum düzeyinde olan problem 23’tür. İlk değerlendirmede 3 durum düzeyinde olan problem 142 iken, ikinci değerlendirmede 106’dır. İlk değerlendirmede 4 durum düzeyinde olan problem 217 iken, ikinci değerlendirmede 216’dır. İlk değerlendirmede 5 durum düzeyinde olan problem 68 iken, ikinci değerlendirmede 117’dir. Hastaların durum düzeyi genel olarak 4 - Çok az düzeyde belirti/ bulgu düzeyindedir.

## 5. TARTIŞMA

Çalışma Omaha Sistemi'nin jinekoloji ve perinatoloji kliniğinde yatmakta olan hastaların bakımında kullanımının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Jinekoloji kliniğinden 30 hasta ve perinatoloji kliniğinden 30 hastadan oluşan 60 hasta ile gerçekleştirildi. Çalışmanın bulguları üç bölümde tartışıldı:

5.1. Omaha Sistemi PSL'ye göre belirlenen problemlerin tartışılması

5.2. Omaha Sistemi GŞ'a ilişkin girişimlerin tartışılması

5.3. Omaha Sistemi PDÖ'e ilişkin bakım sonuçlarının tartışılması



### 5.1. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine Göre Belirlenen Problemlerin Tartışılması

Literatürde Omaha Sistemi kullanılarak gerçekleştirilen koroner arter by pass greft ameliyatı geçiren hastalarda 320 problem belirlenmiş, birey başına ortalama 10,6 problem belirlenmiştir. Çalışmada Omaha Sistem problemlerinin %35,7'si tanılanmıştır (Öztürk 2011). Dilli'nin bakım merkezinde kalan yaşlılar ile ilgili çalışmasında 207 tanı belirlenmiş, her birey için ortalama 6,5 problem belirlenmiştir. Omaha Sistem problemlerinin %45'i tanılanmıştır (Dilli 2011). Kolorektal kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmada 440 problem belirlenmiştir (Karahana ve Erdoğan 2019). Seçginli ve ark (2014)'nın doğrudan tüberküloz tedavisi gören hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada Omaha Sisteminde yer alan 11 problem kullanılmış, birey başına ortalama problem sayısı  $1,73 \pm 1,04$  olarak bulunmuştur (Seçginli ve ark 2014). Evde bakım ile ilgili bir çalışmada 2260 problem belirlenmiş, birey başına ortalama  $3,9 \pm 2,2$  problem belirlenmiş. Çalışmada Omaha Sistem problemlerinden 34 problem tanılanmıştır (Erdoğan ve ark 2013). Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilen bir çalışmada Omaha Sistemi problemlerinden 12 problem başlığı tanılanmıştır (Altınar 2016).

Bu çalışmada jinekoloji hastalarında ilk değerlendirmede toplam 274 problem ortalama birey başına 9,13 problem belirlenmiş, ikinci değerlendirmede toplam 279 problem ortalama birey başına 9,30 problem belirlenmiştir. Perinatoloji hastalarında ilk değerlendirmede toplam 176 problem ortalama birey başına 5,86 problem belirlenmiş, ikinci değerlendirmede toplam 183 problem ortalama birey başına 6,10 problem belirlenmiştir. İlk değerlendirme genel toplam problem sayısı 450 iken ikinci değerlendirmede toplam problem sayısı 462 olmuştur (Tablo 4-7). Omaha Sistemi'ne ait 42 problemde 26 problem çalışmada tanılanmıştır.

Brooten ve ark (2007)'nin çalışmasında antenatal dönemde fizyolojik alan (%59,2) ve sağlık davranışları alanı (%33,3)'na ait problemler, postpartum dönemde fizyolojik alan (%44,0) ve psikososyal alan (%31,6) problemlerine sıklıkla rastlanılmıştır (Brooten ve ark 2007). Erdoğan ve ark (2013)'nin çalışmasında fizyolojik alan (%63), sağlık davranışları alanı (%16,8), çevresel alan (%10,3), psikososyal alan (%9,9) şeklinde görülmüştür (Erdoğan ve ark 2013). Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilen bir çalışmada fizyolojik alan (%50), sağlık davranışları alanı (%33), çevresel alan (%12), psikososyal alan (%5) olarak görülmüştür (Kaya 2019). Öztürk (2011), Dilli (2011) , Seçginli ve ark (2014) çalışmalarında en fazla tanı konulan



problem alanları sırasıyla fizyolojik alan, sağlık davranışları alanı, psikososyal alan olmuştur (Dilli 2011; Öztürk 2011; Seçginli ve ark 2014).

Çalışmada benzer şekilde problem alanı fizyolojik olan problemler jinekoloji ve perinatoloji olgularında eşit oranda (%50,0) ve olguların tümünde görülmektedir. Problem alanı sağlık davranışı alanı olan problemler jinekoloji hastalarında %56,6 (n=30) oranında, perinatoloji hastalarında ise %43,4 (n=23) oranında görülmektedir. Problem alanı psikososyal olan problemler jinekoloji hastalarında %34,3 (n=12) oranında, perinatoloji hastalarında ise %65,7 (n=23) oranındadır. Problem alanı çevresel olan problemler sadece üç olguda görülmekte olup hepsi jinekolojide görülmektedir. (Tablo 4-4).

Öztürk (2011)'ün çalışmasında fizyolojik alanda dolaşım, solunum, deri, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu tanılanmıştır. Sağlık davranışları alanında beslenme, fiziksel aktivite, ilaç rejimi tanılanmıştır. Psikososyal alanda mental sağlık problemi sıklıkla tanılanmıştır (Öztürk 2011). Dilli (2011)'nin çalışmasında fizyolojik alanda sinir-kas-iskelet fonksiyonu, deri, solunum, sindirim-hidrasyon, dolaşım, bağırsak fonksiyonu, ağrı, üriner fonksiyon tanılanmıştır. Sağlık davranışları alanında kişisel bakım, beslenme, psikososyal alanda mental sağlık problemi tanılanmıştır (Dilli 2011). Karahan ve Erdoğan (2019)'nın çalışmasında fizyolojik alanda deri, bulaşıcı/infeksiyon durumu, bağırsak fonksiyonu, sağlık davranışları alanında beslenme, kişisel bakım, uyku ve dinlenme düzeni problemleri tanılanmıştır. Psikososyal alanda cinsellik, ruh sağlığı, çevresel alanda sanitasyon problemleri tanılanmıştır (Karahan ve Erdoğan 2019). Seçginli ve ark (2014)'nin çalışmasında en sık tanılanan 5 problem bulaşıcı/infeksiyon durumu, sosyal ilişki, beslenme, solunum, dolaşım olmuştur (Seçginli ve ark 2014). Brooten ve ark (2007)'nin çalışmasında fizyolojik alanda en sık antepartum/postpartum %94,5, dolaşım %1,7, deri %1,4; psikososyal alanda en sık büyüme/gelişme %44,8, kişilerarası ilişkiler %39,2, bakım/ebeveynlik %13,4; sağlık davranışları alanında en sık sağlık bakım denetimi %73,2, beslenme %21,6 olarak bulunmuştur (Brooten ve ark 2007). Erdoğan ve ark (2013)'nin çalışmasında en sık görülen problemler deri, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, kişisel bakım, beslenme, üriner fonksiyon olmuştur (Erdoğan ve ark 2013). Altiner (2016)'nin çalışmasında en sık karşılaşılan problemler sağlık bakım denetimi, büyüme/gelişme, gebelik, postpartum, bakım verme/ebeveynlik olmuştur (Altiner

2016). Kaya (2019)'nın çalışmasında alanlara göre en sık görülen 3 problem; fizyolojik alanda ağız sağlığı, görme, sindirim. Sağlık davranışları alanında fiziksel aktivite, beslenme, madde kullanımı, sağlık bakım denetimi. Çevresel alanda yaşanan mahalle/iş yeri güvenliği, gelir, sanitasyon. Psikososyal alanda ruh sağlığı, rol değişimi, toplum kaynakları ile iletişim olmuştur (Kaya 2019).

Alanlara göre tanılanan problemlere bakıldığında en fazla problem tanılanan alan fizyolojik alandır. Fizyolojik alana ait 15 problem başlığı yer almıştır. Fizyolojik alanda en sık karşılaşılan problem bulaşıcı/infeksiyon durumu (ilk değerlendirme n=47, %78,3; ikinci değerlendirmede n=50, %83,3) olmuştur. Bunu ağrı problemi takip etmektedir (ilk değerlendirme n=42, %70,0; ikinci değerlendirmede n=43, %71,7). Ardından bağırsak fonksiyonu problemi (ilk değerlendirme n=26, %43,3; ikinci değerlendirmede n=31, %51,7) takip etmektedir. Sağlık davranışları alanında 7 problem başlığı yer almıştır. Sağlık davranışları alanında en sık karşılaşılan problem fiziksel aktivite problemi olmuştur (ilk değerlendirme n=30, %50,0; ikinci değerlendirmede n=30, %50,0). Bunu beslenme problemi (ilk değerlendirme n=29, %48,3; ikinci değerlendirmede n=30, %50,0), aile planlaması (ilk değerlendirme n=22, %36,7; ikinci değerlendirmede n=22, %36,7) tanıları izlemektedir. Psikososyal alanda 3 problem başlığı yer almıştır. Psikososyal alan problemlerinden en sık görülen problem ruh sağlığı (ilk değerlendirme n=25, %41,7; ikinci değerlendirmede n=25, %41,7) olmuştur. Devamında rol değişimi problemi yer almıştır (ilk değerlendirme n=12, %20,0; ikinci değerlendirmede n=24, %23,3). Çevresel alana ait tek bir problem başlığı (yaşanılan mahalle/iş yeri güvenliği) 3 hastada tanılanmıştır (Tablo 4-5).

Problemlerin jinekoloji ve perinatoloji kliniklerine göre karşılaştırılması yapıldığında: jinekolojide en sık karşılaşılan problemler ağrı (ilk değerlendirme n=27,%90,0; ikinci değerlendirme n=28, %93,3), bulaşıcı/infeksiyon durumu (ilk değerlendirme n=27, %90,0; ikinci değerlendirme n=27, %90,0) ve fiziksel aktivite (ilk değerlendirme n=27, %90,0; ikinci değerlendirme n=27, %90,0) iken bunları bağırsak fonksiyonu (ilk değerlendirme n=26, %86,7; ikinci değerlendirme n=27, %90,0) ve beslenme (ilk değerlendirme n=26, %86,7; ikinci değerlendirme n=27, %90,0) problemleri takip etmiştir. Perinatoloji hastalarında ise en sık karşılan problemler bulaşıcı/infeksiyon durumu (ilk değerlendirme n=20, %66,7; ikinci değerlendirme n=23, %76,7), gebelik (ilk değerlendirme n=19, %63,3; ikinci değerlendirme n=14, %46,7),

ruh sağlığı (ilk değerlendirme n=17, %56,7; ikinci değerlendirme n=17, %56,7), aile planlaması (ilk değerlendirme n=15, %50,0; ikinci değerlendirme n=15, %50,0) ve ağrı (ilk değerlendirme n=15, %50,0; ikinci değerlendirme n=15, %50,0), dolaşım (ilk değerlendirme n=14, %46,7; ikinci değerlendirme n=14, %46,7) olmuştur (Tablo 4-6).

Öztürk (2011)'ün çalışmasında yer alan belirti/bulgular öksürememe/bağımsız olarak balgam çıkaramama, hareketlerde sınırlılık, banyo yapmada güçlük, günlük kalori/sıvı alımının istenilen standardın altında olması, hiperglisemi, ağrıyan bölgeyi koruyan hareketler, yetersiz/düzensiz egzersiz, ödem, defekasyon sıklığında/dışkı kıvamında anormallik, yaşa/fiziksel duruma göre yetersiz uyku/dinlenme, iştahsızlık, endişe/tanımlanmamış korkular, üzüntü/umutsuzluk/azalmış özgüven, stres yönetiminde güçlük, sınırlı sosyal ilişki şeklinde (Öztürk 2011). Dilli (2011)'nin çalışmasında bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma/istememe/yapamama, hareketlerde sınırlılık, yürüme/hareket etme güçlüğü, öksürememe/bağımsız olarak balgam çıkaramama, çiğneme/yutma/sindirim güçlüğü/yapamama, defekasyon sıklığında/dışkı kıvamında anormallik, rahatsızlık/ağrı ifade etme, ödem, lezyon/bası yarası, giyim kuşam aktivitelerinde güçlük, mesaneyi boşaltmada güçlük, banyo yapmada güçlük, ağız bakımı/diş fırçalama/diş ipi kullanımında güçlük, huzursuz/ajite/saldırđan, üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük, kötü vücut kokusu, gece sık sık uyanma, uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi, öz bakım aktivitelerini yapmada ilgi kaybı, ilişkiye başlama/sürdürmede güçlük belirti/bulguları yer almaktadır (Dilli 2011). Kaya (2019)'nın çalışmasında en sık görülen belirti/bulgular dişlerde şekil bozukluğu/kırık/kayıplar, uzaktaki cisimleri görmede güçlük, hazımsızlık, yetersiz/düzensiz egzersiz, fazla kilo, sigara/tütün ürünlerinin içimi/kullanımı, rutin koruyucu sağlık bakımını yaptırmama, fiziksel tehlikeler, gereksinimlerini satın almada güçlük, kötü kokular, endişe/tanımlanmamış korkular, rol kaybı, hizmetlerden memnun olmama olmuştur (Kaya 2019).

Belirti/bulguların problemlere göre dağılımına bakıldığında: en sık karşılaşılan belirti/bulgu ağrı problemi altında rahatsızlık/ağrı ifade etme (ilk değerlendirme n=42, %70,0; ikinci değerlendirme n=33, %55,0) olmuştur. Bunu ruh sağlığı problemi altında yer alan endişe/tanımlanmamış korkular belirti/bulgusu (ilk değerlendirme n=25, %41,7; ikinci değerlendirme n=25, %41,7), sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemi altında yürüme/hareket etme güçlüğü belirti/bulgusu (ilk değerlendirme n=22, %36,7;

ikinci değerlendirme n=22, %36,7), aile planlaması problemi altında aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi belirti/bulgusu (ilk değerlendirme n=21, %35,0; ikinci değerlendirme n=21, %35,0) ve beslenme problemi altında yer alan fazla kilo belirti/bulgusu (ilk değerlendirme n=21, %35,0; ikinci değerlendirme n=21, %35,0) takip etmektedir (Tablo 4-8).

Ağrı problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu rahatsızlık/ağrı ifade etme jinekoloji hastalarında ilk değerlendirmede %90,0 (n=27) ikinci değerlendirmede %76,7 (n=23) oranında, perinatoloji hastalarında ilk değerlendirmede %50,0 (n=15) ikinci değerlendirmede %33,3 (n=10) oranında görülmüştür. Ruh sağlığı problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu endişe/tanımlanmamış korkular perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %56,7 (n=17) oranında, jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %26,7 (n=8) oranında görülmüştür. Sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu yürüme/hareket etme güçlüğü jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %73,3 (n=22) oranında görülürken perinatoloji hastalarında bu belirti/bulguya rastlanılmamıştır. Aile planlaması problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi perinatoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %50,0 (n=15) oranında görülürken jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %20,0 (n=6) oranında görülmüştür. Beslenme problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu fazla kilo jinekoloji hastalarında ilk ve ikinci değerlendirmede %70,0 (n=21) oranında görülürken perinatoloji hastalarında bu belirti/bulguya rastlanılmamıştır (Tablo 4-9).

Jinekoloji hastalarında karşılaşılan ilk değerlendirmede toplam belirti/bulgu sayısı 236 ortalama birey başına 7,86 belirti/bulgu, ikinci değerlendirmede toplam belirti/bulgu sayısı 219 ortalama birey başına 7,30 belirti/bulgu olmuştur. Perinatoloji hastalarında karşılaşılan ilk değerlendirmede toplam belirti/bulgu sayısı 188 ortalama birey başına 6,26 belirti/bulgu, ikinci değerlendirmede toplam belirti/bulgu sayısı 161 ortalama birey başına 5,36 olmuştur. İlk değerlendirme genel toplam belirti/bulgu sayısı 424 iken ikinci değerlendirmede toplam belirti/bulgu sayısı 380 olmuştur (Tablo 4-10).

Dilli (2011) ve Öztürk (2011)'ün çalışmalarında problemlerin çoğunluğu aktüel olarak belirlenmiştir (Dilli 2011; Öztürk 2011). Karahan ve Erdoğan (2019)'ın çalışmasında problemlerin çoğunluğu potansiyel olarak bulunmuştur (Karahan ve Erdoğan 2019).

Çalışmada problemin ciddiyetine ilişkin bulgular incelendiğinde; bağırsak fonksiyonu ve bulaşıcı/infeksiyon durumu problemleri potansiyel olarak tanımlanırken, beslenme ve postpartum içinde düşük oranlarda potansiyel cevabı verildiği görülmektedir. Diğer problemlere ait ciddiyet kriterlerinin hepsi aktüel olarak tanımlanmıştır. İkinci değerlendirmede yeterli düzeye gelen problemler gözlenmiştir (Tablo 4-11).

## 5.2. Omaha Sistemi Girişim Şemasına İlişkin Girişimlerin Tartışılması

Omaha Sistemi çalışmalarındaki girişim sayıları Öztürk (2011)'ün çalışmasında toplam 2470 girişim, Karahan ve Erdoğan (2019)'ın çalışmasında toplam 2905 girişim, Dilli (2011)'nin çalışmasında 616 girişim, Erdoğan ve ark (2013)'nün çalışmasında toplam 8657 girişim uygulanmıştır (Dilli 2011; Öztürk 2011; Erdoğan ve ark 2013; Karahan ve Erdoğan 2019).

Çalışmada jinekoloji hastalarında girişimlerin ilk değerlendirmede toplam sayısı 472 ortalama birey başına 15,73 girişim, ikinci değerlendirmede toplam girişim sayısı 177 ortalama birey başına 5,90 girişim olmuştur. Perinatoloji hastalarında girişimlerin ilk değerlendirmede toplam sayısı 365 ortalama birey başına 12,17 girişim, ikinci değerlendirmede toplam girişim sayısı 193 ortalama birey başına 6,43 girişim olmuştur. İlk değerlendirme genel toplam girişim sayısı 837 iken ikinci değerlendirmede toplam girişim sayısı 370 olmuştur (Tablo 4-17).

Weiss ve ark (2009)'nün sezaryen doğum yapan kadınlarla ilgili çalışmasında ERD (%70,9), VY (%13,3), Tİ (%9,3) ve S (%6,5) girişim kategorilerinin kullanıldığı bulunmuştur (Weiss ve ark 2009). Brooten ve ark (2007)'nün riskli gebeler ve postpartum dönemlerini içeren çalışmasında S kategorisi antenatal dönemde %65,6 postpartum dönemde %66,0 oranında, ERD kategorisinin antenatal dönemde %25,4 postpartum dönemde %28,1 oranında kullanıldığı bulunmuştur (Brooten ve ark 2007). Öztürk (2011), Karahan ve Erdoğan (2019)'ın çalışmasında sırasıyla değişik oranlarda ERD, S, VY, Tİ girişim kategorileri kullanılmıştır (Öztürk 2011; Karahan ve Erdoğan 2019). Dilli (2011)'nin çalışmasında sırasıyla S (%55,4), VY (%24,2), Tİ (%15,9), ERD (%4,5) kategorileri kullanılmış (Dilli 2011). Seçginli ve ark (2014)'nün çalışmasında sırasıyla ERD (%44), S(%33), Tİ (%18), VY (%5) kategorileri kullanılmıştır (Seçginli ve ark 2014). Erdoğan ve ark (2013)'nün çalışmasında ERD (%47), Tİ (%22), S (%22), VY (%9) girişim kategorileri kullanılmıştır (Erdoğan ve ark 2013). Altınar (2016)'in

çalışmasında S (%47), ERD (%19,4), Tİ (%18,6), VY (%15,3) girişim kategorileri kullanılmıştır (Altiner 2016).

Çalışmadaki girişim kategorilerine ilişkin bulgulara göre S girişim kategorisi olgularda %52,0 oranında (n=335), ERD girişim kategorisi olgularda %27,0 oranında (n=175), Tİ kategorisi olgularda %21,0 oranında (n=135) kullanılmıştır. VY girişim kategorisi olgularda kullanılmamıştır (Tablo 4-12).

Dilli (2011)'nin çalışmasında sıklıkla kullanılan hedefler kişisel hijyen, belirti/bulgular-fiziksel, pozisyon verme, profesyonel olmayan bakım yardımı, solunum bakımı, tıbbi/diş bakımı, dayanıklı tıbbi araçlar, fizik tedavi bakımı, deri bakımı, mesane bakımı, diyet yönetimi, yaşam sonu bakım, pansuman değişimi, iletişim, bağırsak bakımı yer almaktadır (Dilli 2011). Karahan ve Erdoğan (2019)'ın çalışmasında sık kullanılan hedefler belirti/bulgular-fiziksel, deri bakımı, enfeksiyon kontrol önlemleri, kişisel hijyen, yara bakımı/pansuman değişimi, örnek toplama, araç-gereçler hedefleridir (Karahan ve Erdoğan 2019). Seçginli ve ark (2014)'nın çalışmasında en sık kullanılan hedefler ilaç etkisi/yan etkisi, enfeksiyon önlemleri, örnek toplama, ilaç yönetimi, belirti/bulgular-fiziksel, anatomi-fizyoloji, belirti/bulgular-ruhsal/duygusal olmuştur (Seçginli ve ark 2014). Erdoğan ve ark (2013)'nin çalışmasında sık kullanılan hedefler yara bakımı/pansuman, belirti/bulgular-fiziksel, deri bakımı, pozisyon verme, bakımın sürekliliği olmuştur (Erdoğan ve ark 2013). Altiner (2016)'in çalışmasında en sık kullanılan 3 hedef bakımın sürekliliği, belirti/bulgular-fiziksel, iletişim olmuştur (Altiner 2016).

Çalışmada girişim hedeflerinin kullanımı değerlendirildiğinde en sık kullanılan hedef belirti/bulgular-fiziksel (ilk değerlendirmede n=59, %98,3; ikinci değerlendirmede n=60, %100,0) iken bunu laboratuvar bulguları (ilk değerlendirme n=57, %95,0; ikinci değerlendirme n=13, %21,7), ilaç tedavisinin yönetimi (ilk değerlendirme n=56, %93,3; ikinci değerlendirme n=54, %90,0), diyet yönetimi (ilk değerlendirme n=45, %75,0; ikinci değerlendirme 31, %51,7), enfeksiyon kontrol önlemleri (ilk değerlendirme n=40, %66,7; ikinci değerlendirme n=3, %5,0) ve örnek toplama (ilk değerlendirme n=37, %61,7; ikinci değerlendirme n=17, %28,3) hedeflerinin izlediği belirlenmiştir (Tablo 4-13).

Jinekoloji hastalarında en sık kullanılan hedef belirti/bulgular-fiziksel (ilk değerlendirme n=29, %96,7; ikinci değerlendirme n=30, %100,0) olmuştur. Takibinde

egzersiz (ilk değerlendirme n=28, %93,3; ikinci değerlendirme n=0), ilaç tedavisinin yönetimi (ilk değerlendirme n=28, %93,3; ikinci değerlendirme n=29, %96,7), laboratuvar bulguları (ilk değerlendirme n=28, %93,3; ikinci değerlendirme n=4, %13,3) ve diyet yönetimi (ilk değerlendirme n=26, %86,7; ikinci değerlendirme n=19, %63,3) hedefleri gelmektedir. Perinatoloji hastalarında en sık kullanılan hedef belirti/bulgular-fiziksel (ilk değerlendirme n=30, %100,0; ikinci değerlendirme n=30, %100,0) olmuştur. Takibinde laboratuvar bulguları (ilk değerlendirme n=29, %96,7; ikinci değerlendirme n=9, %30,0), ilaç tedavisinin yönetimi (ilk değerlendirme n=28, %93,3; ikinci değerlendirme n=25, %83,3), örnek toplama (ilk değerlendirme n=26, %86,7; ikinci değerlendirme n=9, %30,0) ve diyet yönetimi (ilk değerlendirme n=19, %63,3; ikinci değerlendirme n=12, %40,0) hedefleri gelmektedir (Tablo 4-14).

Jinekoloji hastalarında kullanılan ilk değerlendirmede toplam hedef sayısı 226 ortalama birey başına 7,53 hedef, ikinci değerlendirmede toplam hedef sayısı 99 ortalama birey başına 3,30 hedef olmuştur. Perinatoloji hastalarında kullanılan ilk değerlendirmede toplam hedef sayısı 190 ortalama birey başına 6,33 hedef, ikinci değerlendirmede toplam hedef sayısı 99 ortalama birey başına 3,30 hedef olmuştur. İlk değerlendirme genel toplam hedef sayısı 416 iken ikinci değerlendirmede toplam hedef sayısı 198 olmuştur (Tablo 4-15).

Seçginli ve ark (2014)'nin çalışmasında yer alan girişimler ilaç etkisi/yan etkisi hedef başlığı altında alınan ilacın önemi yan etkileri, infeksiyon önlemleri hedef başlığı altında maske, eldiven, gözlük gibi koruyucu giysiler, örnek toplama hedef başlığı altında kan ve balgam örneği, ilaç yönetimi hedef başlığı altında oral ve parenteral tedaviler, belirti/bulgular-fiziksel hedef başlığı altında ağrı ve iştahsızlık, anatomi-fizyoloji hedef başlığı altında bulaşma ve hastalık süreci, belirti/bulgular-ruhsal/duygusal hedef başlığı altında tanı ile baş etme ve yan etkiler olmuştur (Seçginli ve ark 2014). Brooten ve ark (2007)'nin çalışmasında S kategorisinde belirti/bulgular-fiziksel ile ilgili 30.421 girişim, iletişim ile ilgili 13.204 girişim, laboratuvar bulguları ile ilgili 9.510 girişim gerçekleştirilmiş, ERD kategorisinde iletişim ile ilgili 7.320 girişim, belirti/bulgular-fiziksel ile ilgili 6.064 girişim gerçekleştirilmiştir (Brooten ve ark 2007).

Belirti/bulgular-fiziksel hedef başlığı altında en sık uygulanan girişim hayati bulgular/kan basıncı (ilk değerlendirme n=59, %98,3; ikinci değerlendirme n=59,

%98,3) olmuştur devamında kilo takibi (ilk değerlendirme n=37, %61,7; ikinci değerlendirme n=0), ağrı ifadesinin değerlendirmesi (ilk değerlendirme n=29, %48,3; ikinci değerlendirme n=23, %38,3) ve ağrı nedeninin açıklanması (ilk değerlendirme n=29, %48,3; ikinci değerlendirme n=1, %1,7) girişimleri gelmektedir. Laboratuvar bulguları hedef başlığı altında en sık balgam, kan, dışkı ve akıntı testlerinin yorumlanması (ilk değerlendirme n=45, %75,0; ikinci değerlendirme n=11, %18,3) girişimi yer alırken bunu idrar testlerinin yorumlanması (ilk değerlendirme n=13, %21,7; ikinci değerlendirme n=1, %1,7) girişimi takip etmektedir. İlaç tedavisinin yönetimi hedef başlığı altında en sık antibiyotik tedavisinin uygulanması (ilk değerlendirme n=44, %73,3; ikinci değerlendirme n=47, %78,3) yer alırken bunu analjezik tedavisinin uygulanması (ilk değerlendirme n=37, %61,7; ikinci değerlendirme n=34, %56,7) takip etmektedir (Tablo 4-16).

### **5.3. Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bakım Sonuçlarının Tartışılması**

Omaha Sistemi kullanılarak yapılan çalışmalarda bilgi, davranış, durum düzeylerinde gelişme görülen çalışmalar bulunmaktadır (Dilli 2011; Öztürk 2011; Seçginli ve ark 2014; Karahan ve Erdoğan 2019). Öztürk (2011)'in çalışmasında bilgi düzeyi ilk değerlendirme puan ortalaması 2,8 iken son değerlendirme puan ortalaması 3,1; davranış düzeyi ilk değerlendirme puan ortalaması 3,3 iken son değerlendirme puan ortalaması 4; durum düzeyi ilk değerlendirme puan ortalaması 3,4 iken son değerlendirme puan ortalaması 4,2 olarak bulunmuş (Öztürk 2011). Dilli (2011)'nin çalışmasında bilgi düzeyi ilk değerlendirme puan ortalaması 3,2 iken son değerlendirme puan ortalaması 3,53; davranış düzeyi ilk değerlendirme puan ortalaması 3,27 iken son değerlendirme puan ortalaması 3,46; durum düzeyi ilk değerlendirme puan ortalaması 2,2 iken son değerlendirme puan ortalaması 2,69 olarak bulunmuş (Dilli 2011). Seçginli ve ark (2014)'nın çalışmasında bilgi düzeyi ilk değerlendirme puan ortalaması 2,04 iken son değerlendirme puan ortalaması 3,52; davranış düzeyi ilk değerlendirme puan ortalaması 1,83 iken son değerlendirme puan ortalaması 3,33; durum düzeyi ilk değerlendirme puan ortalaması 1,62 iken son değerlendirme puan ortalaması 3,71 olarak bulunmuş (Seçginli ve ark 2014).

Çalışmada bilgi düzeyindeki sonuçlara bakıldığında genel olarak hastaların problemlere ilişkin bilgi düzeyi 3- Temel düzeyde olduğu bulundu. İlk ve ikinci değerlendirmede bilgi düzeyinde belirgin bir artış görülmedi (Tablo 4-18). Davranış



düzeyinde hastaların sağlık sorunlarıyla ilgili davranışlarının genelde 4- Genellikle uygun düzeyde olduğu görüldü (Tablo 4-19). Durum başlığında hastaların sağlık sorunlarına yönelik belirti/bulguların varlığına ilişkin sonuçlarda hastaların durum düzeyleri genelde 4- Çok az düzeyde belirti/bulgu olarak bulundu. Ayrıca ikinci değerlendirmede belirti/bulgunun olmadığını ifade eden 5 düzeyine geline problemler olduğu gözlemlendi. Bu problemler; ağrı (n=11), ruh sağlığı (n=8), sindirim-hidrasyon (n=5), sinir-kas-iskelet fonksiyonu (n=4), solunum (n=3), dolaşım (n=2), bağırsak fonksiyonu (n=1), bulaşıcı/infeksiyon durumu (n=1), üriner fonksiyon (n=1), üreme fonksiyonu (n=1)'dur (Tablo 4-20).



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Sonuç olarak çalışmaya alınan hastaların yaşları ortalama  $34,97 \pm 11,90$  yıldır. Boy ölçümleri ortalama  $160,85 \pm 5,60$  cm; kilo ölçümleri ortalama  $72,73 \pm 13,70$  kg; BKİ ölçümleri ortalama  $28,12 \pm 5,17$  kg/m<sup>2</sup>'dir. Olguların %86,7'si (n=52) evli, %13,3'ü (n=8) bekadır (Tablo 4-1).

Eğitim durumları incelendiğinde; %3,3 (n=2) okur-yazar değil, %1,7 (n=1) okur-yazar, %41,7 (n=25) ilkokul mezunu, %13,3 (n=8) ortaokul mezunu, %20'si lise mezunu, %20'si üniversite mezunu olduğu gözlenmiştir. Çalışan oranı %21,7'dir. Olguların %3,3'ü (n=2) alkol, %26,7 (n=16) sigara kullanmaktadır, %23,3'ünün kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 4-1). Bu hastalıklar; DM, HT, Astım, Epilepsi, MS, Meme Ca'dır.

Kadınların jinekolojik ve obstetrik özelliklerinin dağılımında menarş yaşı ortalama  $13,08 \pm 1,23$  yıl; menopoz yaşı ortalama  $46,33 \pm 4,92$  yıl; menstruasyon süresi ortalama  $5,96 \pm 2,0$  gün; menstruasyon sıklığı ortalama  $30,28 \pm 24,40$  gündür. Olguların gebelik sayısı ortalama  $3,00 \pm 2,00$  doğum sayısı ortalama  $2,00 \pm 2,00$  normal doğum sayısı ortalama  $2,00 \pm 1,09$ ; sezaryen doğum sayısı ortalama  $1,00 \pm 1,00$  ölü doğum sayısı 1'dir, abortus sayısı ortalama  $2,00 \pm 2,00$  küretaj sayısı ortalama  $1,00 \pm 0,50$  olduğu görülmüştür, yaşayan çocuk sayısı ortalama  $2,00 \pm 1,00$  gebelik haftası 24 ile 37 arasında değişmekte ortalama  $31,58 \pm 3,50$ ; gebelik öncesi vücut ağırlığı ortalama  $65,68 \pm 15,93$ ; gebelikte kilo alımı ortalama  $8,11 \pm 9,24$  olduğu görülmüştür. Olguların %6,7'sinde önceki gebeliğinde sorun mevcut, %25'inde menstrasyon bozukluğu var, %31,7'si şu anda gebe, %3,4'ünde geçirilen jinekolojik sorun veya ameliyat mevcuttur. Hastaların %45'i aile planlaması yöntemi uygulamaktadır. Kullanılan aile planlaması yöntemleri: RİA, prezervatif, oral kontraseptif, tüp ligasyonu, enjeksiyondur (Tablo 4-2).

Hastaların 30'u jinekoloji, 30'u perinatoloji hastasıdır. Olguların %40'ı medikal tedavinin 1. gününde, %6,7'si 2. gününde, %3,3'ü 3. gününde, %1,7'si 4. ve 5. gününde, %1,7'si cerrahi tedavinin preoperatif döneminde iken, %40'ı postoperatif 1. gününde, %1,7'si postoperatif 2. gününde ve %3,3'ü postoperatif 3. gününde olduğu görülmüştür (Tablo 4-3). Hastaların hastaneye yatışta aldıkları tıbbi tanılar: jinekoloji

olgularında adenomyozis, desensus uteri, endometriyal polip, endometrioma, menometroraji+anemi, over kisti, myoma uteri, adneksiyal kist, adneksiyal kitle, menoraji, tedaviye dirençli kanama, ovaryen kitle, over kist observasyon, over torsiyon, pelvik kitle, TAH+BSO, total prolapsus, tuba ovaryen abse şeklindedir. Perinatoloji olgularında ikinci trimester kanama, üçüncü trimester kanama, dekolman plasenta, GDM, anemi+gebelik, EDT, epilepsi+sezaryen, polihidroamniyos, IUMF+preeklampsi, İYE+gebelik, MAG, plasenta previa totalis+EMR, plasenta previa, preeklampsi, preterm eylem tanıları yer almaktadır.

En sık problem görülen alanlar sırasıyla fizyolojik alan, sağlık davranışları alanı, psikososyal alan, çevresel alan oldu. Kliniklerde Omaha Sistemine göre belirlenen problem alanlarının dağılımında çevresel olan problemler sadece üç olguda görülmekte olup hepsi Jinekolojide görülmektedir, ancak bu istatistiksel olarak anlam değildir. Problem alanı psikososyal olan problemler Jinekolojide %34,3 oranında Perinatolojide ise %65,7 oranındadır. Bu da istatistiksel olarak anlamlıdır. Problem alanı fizyolojik olan problemler jinekoloji ve perinatoloji olgularında eşit oranda %50,0 görülmektedir. Problem alanı sağlık davranışı alanı olan problemler Jinekolojide %56,6 oranında Perinatolojide ise %43,4 oranındadır. Bu da istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4-4).

Kadınlarda Omaha Sistemine göre belirlenen problemlerin dağılımında çevresel alana ait yaşanan mahalle/işyeri güvenliği problemi görülmüştür. Psikososyal alanda ruh sağlığı, rol değişimi, yas problemleri görülmüştür. Fizyolojik alanda bulaşıcı/infeksiyon durumu, ağrı, bağırsak fonksiyonu, sinir-kas-iskelet fonksiyonu, ağız sağlığı, dolaşım, görme, gebelik, sindirim-hidrasyon, üriner fonksiyon, postpartum, üreme fonksiyonu, işitme, solunum, deri problemleri görülmüştür. Sağlık davranışları alanında fiziksel aktivite, besleme, aile planlaması, uyku ve dinlenme düzeni, madde kullanımı, sağlık bakım denetimi, ilaç rejimi problemleri görülmüştür (Tablo 4-5).

Toplam problem sayısı ilk değerlendirmede 450, ikinci değerlendirmede 462 olarak bulundu. Jinekoloji hastalarında en sık karşılaşılan problemler; bulaşıcı/infeksiyon durumu, ağrı, fiziksel aktivite, beslenme, bağırsak fonksiyonu oldu. Perinatoloji hasta grubunda ise bulaşıcı/infeksiyon durumu, gebelik, ruh sağlığı, ağrı, aile planlaması, dolaşımdır (Tablo 4-6).

Jinekoloji olgularında ilk değerlendirme ve ikinci değerlendirme toplam problem sayılarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık

göstermemektedir. Perinatoloji olgularında da ilk değerlendirme ve ikinci değerlendirme toplam problem sayılarında görülen değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. İlk ve ikinci değerlendirmede jinekoloji ile perinatoloji problem sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir, jinekoloji hastalarında problem sayısı anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4-7).

Belirti ve bulgularda en yüksek oranda rahatsızlık ve ağrı ifadesi görülürken bunu endişe/tanımlanmamış korkular daha sonra ise yürüme/hareket etme güçlüğü gelirken sonrasında fazla kilo ve aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/yetersiz bilgi takip etmektedir. Ağrı problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu rahatsızlık/ağrı ifade etme, ruh sağlığı problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu endişe/tanımlanmamış korkular, sinir-kas-iskelet fonksiyonu problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu yürüme/hareket etme güçlüğü, aile planlaması problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi, beslenme problemi ile ilgili en sık belirti/bulgu fazla kilo olmuştur. Diğer başlığı altındaki belirti/bulgular ise; az duyma, kulakta çınlama, postop beslenme, diş implantı varlığı, duyma kaybı, işitme cihazı kullanma, riskli gebelik varlığı, az görme, bacakta venöz yetmezlik olmuştur (Tablo 4-8).

Belirti/bulgularda jinekoloji ve perinatoloji kliniklerinde en yüksek oranda rahatsızlık ve ağrı ifadesi görülürken bunu endişe/tanımlanmamış korkular daha sonra ise yürüme/hareket etme güçlüğü gelirken sonrasında fazla kilo takip etmektedir. Jinekoloji hastalarındaki en fazla görülen belirti/bulgular; rahatsızlık/ağrı ifade etme, yürüme/hareket etme güçlüğü, fazla kilo, sedanter yaşam biçimi, yetersiz/düzensiz egzersiz olmuştur. Perinatoloji hastalarında en fazla görülen belirti/bulgular; endişe/tanımlanmamış korkular, rahatsızlık/ağrı ifade etme ve aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/yetersiz bilgi, doğum öncesi egzersiz/dinlenme/diyet ve davranışlar ile ilgili yetersizlik, doğum eyleminden korkma ve üriner sistemle ilgili test sonuçlarının normal olmaması olmuştur (Tablo 4-9).

Jinekoloji olgularında ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam belirti/bulgu sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Perinatoloji olgularında ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam belirti/bulgu sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İlk ve ikinci değerlendirmede jinekoloji ile perinatoloji

belirti/bulgu sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir, jinekoloji kliniğinde belirti/bulgu sayısı anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 4-10).

Ciddiyete ilişkin bulgular incelendiğinde; bağırsak fonksiyonu ve bulaşıcı/infeksiyon durumu problemleri potansiyel olarak tanımlanırken, beslenme ve postpartum içinde düşük oranlarda potansiyel cevabı verildiği görülmektedir. Diğer problemlere ait ciddiyet kriterlerinin hepsi aktüel olarak tanımlanmıştır. Problemler çoğunlukla aktüel olarak belirlendi. İkinci değerlendirmede yeterli düzeye gelen problemler gözlenmiştir (Tablo 4-11).

En sık belirlenen girişim kategorisi sürveyans iken onu eğitim, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlemin izlediği bulundu. Vaka yönetimi girişim kategorisinin kullanılmadığı bulundu (Tablo 4-12).

Hedefe ilişkin bulgular incelendiğinde; en yüksek oranda belirti/bulgular-fiziksel, laboratuvar bulguları ve ilaç tedavisinin yönetimi hedef kullanımının olduğu bunları diyet yönetimi, infeksiyon kontrol önlemleri hedeflerinin izlediği görülmektedir (Tablo 4-13).

Hedeflerin kliniklere göre dağılımlarında jinekoloji olgularında, hedefe ilişkin bulgular incelendiğinde; en yüksek oranda belirti/bulgular-fiziksel gelirken bunu egzersiz, laboratuvar bulguları ve ilaç tedavisinin yönetimi takip etmekte daha sonra bunları diyet yönetimi, infeksiyon kontrol önlemleri hedeflerinin izlediği görülmektedir. Perinatoloji olgularında, hedefe ilişkin bulgular incelendiğinde; en yüksek oranda belirti/bulgular-fiziksel gelirken bunu laboratuvar bulguları ve ilaç tedavisinin yönetimi takip etmekte daha sonra bunları örnek toplama ve diyet yönetimi hedeflerinin izlediği görülmektedir (Tablo 4-14).

Jinekoloji olgularında ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam hedef sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Perinatoloji olgularında da ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam hedef sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İlk değerlendirme jinekoloji ile perinatoloji hedef sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir, jinekoloji kliniğinde hedef sayısı anlamlı düzeyde yüksektir. İkinci değerlendirme jinekoloji ile perinatoloji hedef sayıları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4-15).

Toplam girişim sayısı ilk değerlendirmede 837, ikinci değerlendirmede 370 olarak bulundu. Girişimler incelendiğinde en yüksek oranda hayati bulgular/kan basıncı iken, bunu balgam, kan, dışkı ve akıntı testlerinin yorumlanması ve antibiyotik tedavisi takip etmektedir. Belirti/bulgular-fiziksel hedef başlığı altında en sık uygulanan girişim hayati bulgular/kan basıncı olmuştur devamında kilo takibi, ağrı ifadesinin değerlendirilmesi ve ağrı nedeninin açıklanması girişimleri gelmektedir. Laboratuvar bulguları hedef başlığı altında en sık balgam, kan, dışkı ve akıntı testlerinin yorumlanması girişimi yer alırken bunu idrar testlerinin yorumlanması girişimi takip etmektedir. İlaç tedavisinin yönetimi hedef başlığı altında en sık antibiyotik tedavisinin uygulanması yer alırken bunu analjezik tedavisinin uygulanması takip etmektedir (Tablo 4-16).

Jinekoloji olgularında ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam girişim sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Perinatoloji olgularında ilk değerlendirmeye göre ikinci değerlendirmede toplam girişim sayılarında görülen düşüş yönündeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İlk değerlendirme jinekoloji ile perinatoloji girişim sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir; jinekoloji kliniğinde girişim sayısı anlamlı düzeyde yüksektir. İkinci değerlendirme jinekoloji ile perinatolojinin girişim sayıları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4-17).

İlk ve ikinci değerlendirmede bilgi düzeyi olarak ağrı problemine yönelik bir hastada bilgi düzeyi 3'ten 4'e çıktığı, postpartum problemine yönelik bir hastanın bilgi düzeyi 2'den 3'e çıktığı bulundu. Bunun dışında bilgi düzeyinde ilk ve ikinci değerlendirmede belirgin bir artış gözlenmedi. Hastaların bilgi düzeyi genel olarak 3-Temel düzeydedir (Tablo 4-18).

Hastaların davranış düzeyinde bulaşıcı/infeksiyon durumu probleminde bir hastanın davranış düzeyinin 3'ten 4'e yükseldiği, uyku problemine ilişkin davranış düzeyinin bir hastada 3'ten 4'e yükseldiği bulundu. Diğer hastalarda ilk ve ikinci değerlendirmede davranış düzeyinde bir değişim gözlenmedi. Hastaların gösterdikleri davranış düzeyi genel olarak 4- Genellikle uygun düzeyindedir (Tablo 4-19).

Problemlerin durum düzeyine ilişkin ilk ve ikinci değerlendirme bulgularında ikinci değerlendirmede belirti/bulgunun olmadığını ifade eden 5 düzeyine geline problemler olduğu bulundu. Bu problemler; ağrı, ruh sağlığı, sindirim-hidrasyon, sinir-

kas-iskelet fonksiyonu, solunum, dolaşım, bağırsak fonksiyonu, bulaşıcı/infeksiyon durumu, üriner fonksiyon, üreme fonksiyonudur. Hastaların durum düzeyi genel olarak 4 - Çok az düzeyde belirti/ bulgu düzeyindedir (Tablo 4-20).

Bakım aktivitelerinin yoğun olduğu jinekoloji ve perinatoloji kliniklerinde hasta sorun ve gereksinimlerinin belirlenmesinde, girişimlerin planlanması, uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesinde Omaha Sistemi sınıflama sistemi olarak kullanılabilir.

Bu çalışma kadın hastalıkları ve doğum servislerinde çalışan sağlık profesyonellerine hasta bakımı konusunda, yöneticilere ise bakım kalitesini ölçebilme konusunda yardımcı olabilmektedir.

## **6.2. Öneriler**

Jinekoloji ve Perinatoloji hasta gruplarında Omaha Sistemi'nin kullanımının daha büyük örneklem grubunda incelenmesi, sağlık bakım sisteminde yaygınlaştırılması, deneysel, prospektif araştırmaların gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Lisans ve lisansüstü eğitim programlarında Omaha Sistemi'nin eğitimi yapılmalı ve mezuniyet sonrası eğitimlerde yer verilmelidir. Sağlık profesyonellerinin bu konuda eğitilmeleri önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Akcan, A., Keser, İ., Sucu, G. ve Saka, O. (2007). Hemşirelik Bilişimi Dersi Alan Öğrencilerin Hemşirelik Bilişimine İlişkin Görüşleri. *Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi/Sözel Bildiriler*, 78-82. Erişim 29.06.2019, <https://turkmia.net/kongre2007/cd/pdf/78-82.pdf>.
- Aksoy, Y. E., Yılmaz, S. D. ve Aslantekin, F. (2016). Riskli Gebeliklerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, **1**(3), 163-169. Erişim 13.06.2019, <https://www.turkiyeklinikleri.com/journal/journal-of-health-sciences>.
- Aksu, H. ve Yurtsev, E. (2009). Gebelik, Diyabet ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **16**(3), 50-58 Erişim 06.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hunhemsire/issue/7841/103276>.
- Aktaş, D., Şahin, E. ve İlknur, M. G. (2012). Kadın Sağlığını Etkileyen Sık Görülen Bazı Jinekolojik Problemler ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1**(2), 37-53. Erişim 07.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/509448>.
- Alacadağlı, E. (2019). Bilgi Yönetimi Dijitalleşme ve Türk Sağlık Sistemi. *Electronic Turkish Studies*, **14**(2). Erişim 02.07.2019, [http://www.turkishstudies.net/files/turkishstudies/1729566537\\_4Alacada%C4%9F1%C4%B1Esmeray-67-86.pdf](http://www.turkishstudies.net/files/turkishstudies/1729566537_4Alacada%C4%9F1%C4%B1Esmeray-67-86.pdf).
- Altın, M. (2016). *İstanbul İlinde Bulunan Bir Aile sağlığı Merkezindeki Hemşirelik ve Ebelik Uygulamalarının Omaha Sistemi'ne Göre Değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Erişim 21.10.2018, <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi>.
- Ay, F. (2008). Uluslararası Alanda Kullanılan Hemşirelik Tanıları ve Uygulamaları Sınıflandırma Sistemleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **28**(4), 555-561. Erişim 13.06.2018, <https://www.turkiyeklinikleri.com/journal/journal-of-health-sciences>.
- Ay, F. (2009). Uluslararası Elektronik Hasta Kayıt Sistemleri, Hemşirelik Uygulamaları ve Bilgisayar İlişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **51**(2), 131-136. Erişim 13.06.2018, [http://www.gulhanemedj.org/uploads/pdf/pdf\\_GMJ\\_492.pdf](http://www.gulhanemedj.org/uploads/pdf/pdf_GMJ_492.pdf).
- Aygün, C., Çetinkaya, M., Aydın, O., Alper, T., Karagöz, F. ve Küçüköyük, Ş.



- (2004). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 2003 Yılı Perinatal Mortalitesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, **47**, 177-82. Erişim 13.06.2019, [http://www.cshd.org.tr/uploads/pdf\\_CSH\\_94.pdf](http://www.cshd.org.tr/uploads/pdf_CSH_94.pdf).
- Aylaz, R., Bilgin, N., Omaç, M. ve Ulukoca, N. (2010). Impact Of Using The Omaha System Of Public Health Nursing Students Working At Community Health Care Centers On Family Health. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **13**(3), 28-35. Erişim 07.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29552>.
- Babadağlı, B. (2008). Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **11**(3), 96-105. Erişim 13.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29427>.
- Bahar, B. (2018). *Düşük Tehdidi Nedeni ile Hastanede Yatan Kadınların Deneyimleri ve Bakım Gereksinimleri*. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın. Erişim 29.06.2019, <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/3510>.
- Baker, J.D. (2012). Nursing Informatics. *Perioperative Nursing Clinics*, **7**, 151-160. Erişim 24.09.2019, [https://rc.library.uta.edu/uta-ir/bitstream/handle/10106/9689/Baker\\_2012\\_Informatics\\_PNC.pdf?sequence=1](https://rc.library.uta.edu/uta-ir/bitstream/handle/10106/9689/Baker_2012_Informatics_PNC.pdf?sequence=1).
- Balık, G., Şentürk, Ş., Güvendağ Güven, E., Kağıtçı, M. ve Kır Şahin, F. (2015). Doğu Karadeniz Bölgesindeki Miadında Gebe Kadınlarda Anemi Sıklığı ve Bazı Hematolojik Parametrelerin Analizi. *Medeniyet Medical Journal*, **30**(1), 8-12. Erişim 13.06.2019, [http://www.journalagent.com/medeniyet/pdfs/MMJ\\_30\\_1\\_8\\_12.pdf](http://www.journalagent.com/medeniyet/pdfs/MMJ_30_1_8_12.pdf).
- Beji, N.K. ve Yılmaz, T. (2015). Kronik Sağlık Sorunları ve Gebelik. İçinde Beji, N.K. (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 473.
- Bickford, C.J. (2009). Nursing Informatics: Scope and Standards of Practice. *Connecting Health and Humans*. USA. 855. Erişim 03.01.2020, <https://europepmc.org/article/med/19593018>.
- Bilgiç, Ş. ve Şendir, M. (2014). Hemşirelik Bilişimi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **3**(1), 24-28. Erişim 29.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/48787>.
- Boldt, C., Grill, E., Bartholomeyczik, S., Brach, M., Rauch, A., Eriks-Hoogland, I. ve ark (2010). Combined application of the International Classification of Functioning, Disability and Health and the NANDA-International Taxonomy II. *Journal of*

- Advanced Nursing*, **66**(8), 1885-1898. Erişim 02.11.2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20557378>.
- Boynukalın, F., Güven, S., Güven, E. S. ve Polat, M. (2016). Over Torsiyonuna Genel Bakış. *Kocatepe Tıp Dergisi*, **17**(1), 30-35. Erişim 30.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/161705>.
- Bozkurt, Ö. D. ve Sevil, Ü. (2008). İkizden İkize Transfüzyon Sendromu ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **1**, 60-68. Erişim 13.06.2019.
- Brooten, D., Youngblut, J. M., Donahue, D., Hamilton, M., Hannan, J. ve Felber Neff, D. (2007). Women With High-Risk Pregnancies, Problems, and APN Interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, **39**(4), 349-357. Erişim 10.11.2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3532049/pdf/nihms211829.pdf>.
- Çakırlar, A. ve Mendi, B. (2016). Hemşirelerin Elektronik Sağlık Kaydı ve Bilişim Uygulamaları Kapsamındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, **2**(1), 32-39. Erişim 29.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/158446>.
- Derbent, A., Turhan, N. Ö. (2009). Erken Doğum Riski ve Tahmini. *Yeni Tıp Dergisi*, **26**, 139-144. Erişim 07.06.2019, <http://www.turkmedline.net>.
- Demirel, D. (2017). Effectiveness of Health Information System Applications: Clinical Information and Diagnosis-Treatment Systems in Turkey. *European Journal of Multidisciplinary Studies*, **2**(5), 122-131. Erişim 14.10.2019, [http://journals.euser.org/files/articles/ejms\\_may\\_aug\\_17/Demokaan.pdf](http://journals.euser.org/files/articles/ejms_may_aug_17/Demokaan.pdf).
- Demirhan, A. ve Güler, İ. (2011). Bilişim ve Sağlık. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, **4**(3), 13-20. Erişim 29.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/75290>.
- Dilli, S. (2011). *Bir Bakım Merkezinde Kalan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri, Hemşirelik Uygulamaları ve Sonuçları: Omaha Sistemine Dayalı Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Erişim 21.10.2018, <https://www.ulusaltezmerkezi.net>.
- Dizman, H. (2017). Hastane Yönetim Bilgi Sistemlerini Kullanan Sağlık Kurumlarında Personel Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **10**(IASOS Özel Sayısı), 85-115. Erişim 29.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/394597>.
- Er, N. (2012). *Riskli Erken Doğumda Antenatal Risk Faktörlerinin Analizi*. Yüksek

- Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne. Erişim 13.06.2019, <https://sbf.trakya.edu.tr>.
- Erdoğan, S. (2003). Standart ve Ortak Dil Kullanmak Hemşireliğin Geleceği İçin Fırsat mı?, *İ.Ü.F.N.H.Y.O Hemşirelik Dergisi*, **13**(50). Erişim 07.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/95269>.
- Erdoğan S. Nahcivan N. Esin M.N. Seçginli S. Coşansu G. ve Ardıç A. *Omaha Sistemi Hemşirelikte Bilgi Yönetimi*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.
- Erdoğan, S., Seçginli, S., Coşansu, G., Nahcivan, N.O., Esin, M.N., Aktaş, E. ve ark. (2013). Using the Omaha System to Describe Helth Problems, Interventions, and Outcomes in Home Care in İstanbul, Turkey. CIN: Computers, Informatics, Nursing, **31**(6), 290-298. Erişim 30.12.2019, <https://insights.ovid.com/crossref?an=00024665-201306000-00008>.
- Eriş, H. ve İlman, E. (2019). Sağlık Çalışanlarının Hastane Bilgi Sistemi Hakkındaki Görüşleri. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, **16**, 301-309. Erişim 29.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/729481>.
- Gökbaraz, M. (2019). *Erken Doğum Tehdidi Olan Gebelerin Bakım Gereksinimleri*. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın. Erişim 29.06.2019, <http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/3534>.
- Göktaş, B., Önder, R. Ö., Duran, M., Şakar, S., Yılmaz, M., Güler, S. ve ark. (2017). Türkiye’de Sağlık Bilgi Sistemleri Üzerine Bir Araştırma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6**(1), 125-138. Erişim 29.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/509521>.
- Gupta, M., Singh, N., Shrivastava, K. ve Mishra, P. (2015). Significance of Digital Imaging and Communication in Medicine in Digital Imaging. *Digital Medicine*, **1**(2), 63. Erişim 14.10.2019, <http://www.digitmedicine.com/article.asp?issn=22268561;year=2015;volume=1;issue=2;spage=63;epage=66;aulast=Gupta>.
- Gül, N. (2008). *Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi, TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul. Erişim 07.11.2019, [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile\\_hekimligi](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi).
- Hyun, S., & Park, H. A. (2002). Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. *International Nursing Review*, **49**(2), 99-110. Erişim 02.11.2019,

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12094837>.
- IMIA (2019). <https://imia-medinfo.org/wp/sig-ni-nursing-informatics/>. Erişim 30.12.2019.
- İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa (2019). <http://cdn.istanbul.edu.tr>. Erişim 30.12.2019.
- Juve Udina, M. E., Gonzalez Samartino, M. ve Matud Calvo, C. (2012). Mapping the diagnosis axis of an interface terminology to the NANDA International Taxonomy. *ISRN Nursing*. Erişim 02.11.2019, <http://downloads.hindawi.com/journals/isrn.nursing/2012/676905.pdf>.
- Kamalak, H. (2015). *Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Antepartum Semptomların Gebelik Uyumuna Etkisi*. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın. Erişim 13.06.2019, <http://adudspace.adu.edu.tr>.
- Karaahmetoğlu, U.G., Softa, K. H. ve Demiraslan, E. (2017). Hemşirelerin Bilgisayar Kullanımı. *Kastamonu Sağlık Akademisi*, **2**(1), 24-39. Erişim 02.07.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/305078>.
- Karaçam, Z. ve Şen, E. (2012). Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **19**(2), 80-91. Erişim 07.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88623>.
- Karaçam, Z. ve Özçelik, G. (2014). Gebelikte Sık Karşılaşılan Yakınmalar, Fiziksel, Ruhsal ve Cinsel Sağlık Sorunları, Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi İle İlişkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **30**(3), 1-18. Erişim 13.06.2019, <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/825178>.
- Karahan, A. ve Erdoğan, S. (2019). Kolorektal Kanser Hastalarında Cerrahi Alan Enfeksiyonunu Önleyen Hemşirelik Bakımının Omaha Sistemi ile Raporlandırılması. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, **27**(1), 38-47. Erişim 02.11.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/663025>.
- Kaya, Ş. (2019). Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kişilerde Fiziksel Aktivitenin Omaha Sistemi İle İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul. Erişim 03.01.2020, <http://istanbulc.edu.tr>.
- Kılıçarslan, S. (2008). *Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri*. Uzmanlık tezi, Edirne. Erişim 13.06.2019, <http://193.255.140.18/Tez/0069750/METIN.pdf>.
- Korkmaz Aslan, G. ve Emiroğlu, O. N. (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). Erişim 07.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88622>.
- Lee, S., Kim, E. ve Monsen, K.A. (2015). Public Health Nurse Perceptions of Omaha System Data Visualization. *International Journal of Medical Informatics*, **84**(10), 826-834. Erişim 23.09.2018, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505615300174>.
- Lundberg, C., Warren, J., Brokel, J., Bulechek, G., Butcher, H., McCloskey Dochterman, J. ve ark (2008). Selecting a standardized terminology for the electronic health record that reveals the impact of nursing on patient care. *Online Journal of Nursing Informatics*, **12**(2). Erişim 02.11.2019, <https://pdfs.semanticscholar.org/3ff3/3e52839493d4d5352874ea8de34d448847c6.pdf>.
- Martin, K.S., Monsen, K.A., Bowles, K.H. (2011). The Omaha System and Meaningful Use Applications for Practice, Education And Research. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, **29**(1), 52-58. Erişim 04.04.2018, [https://journals.lww.com/cinjournal/Fulltext/2011/01000/The\\_Omaha\\_System\\_and\\_Meaningful\\_Use\\_Applications.11.aspx](https://journals.lww.com/cinjournal/Fulltext/2011/01000/The_Omaha_System_and_Meaningful_Use_Applications.11.aspx).
- Melekoğlu, R., Evrûke, C., Kafadar, T., Mısırlıoğlu, S., Büyükkurt, S. ve Özgünen, F. T. (2013). Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları. *Journal of Turkish Society of Obstetrics & Gynecology*, **10**(4). Erişim 07.06.2019, [https://www.journalagent.com/tjod/pdfs/TJOD\\_10\\_4\\_213\\_219.pdf](https://www.journalagent.com/tjod/pdfs/TJOD_10_4_213_219.pdf).
- Mihmanlı, V. ve Temel Yüksel, İ. (2013). Geriatrik Hastalarda Jinekolojik Sorunlar. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **29**(Ek sayı 2), 127-131. Erişim 30.06.2019, [https://www.journalagent.com/eamr/pdfs/OTD\\_29\\_SUP\\_2\\_127\\_131.pdf](https://www.journalagent.com/eamr/pdfs/OTD_29_SUP_2_127_131.pdf).
- Monsen, K.A., Schenk, E., Schleyer, R. ve Schiavenata. (2015). Applicability of The Omaha System in Acute Care Nursing For Information Interoperability in The Era of Accountable Care. *The American Journal of Accountable Care*, 53-61. Erişim 07.06.2019, <https://www.ajmc.com/journals/ajac/2015/2015-vol3-n3/applicability-of-the-omaha-system-in-acute-care-nursing-for-information-interoperability-in-the-era-of-accountable-care>.
- Moyet, L.J.C. (2012). Hemşirelik Tınları El Kitabı. Erdemir, F. (Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

- Mutluay, E. ve Özdemir, L. (2014). Sağlık Bilişim Sistemleri Kapsamında Hemşirelik Bilişiminin Kullanımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **22**(3), 180-186. Erişim 29.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/issue-file/6213>.
- Oskay, Ü. (2015). Gebelik Komplikasyonu Sonucu Gelişen Riskli Durumlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde Beji, N.K. (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 447.
- Oksay Şahin, A. ve Erdemir, F.(2016). Hemşirelikte Ortak Dil ve Uluslararası Hemşirelik Terminolojileri . *Türkiye Klinikleri Surgical Nursing-Special Topics*, **2**(1), 27-36. Erişim 29.06.2019, <https://www.turkiyeklinikleri.com>.
- Ölçer, Z. ve Oskay, Ü. (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **12**(2), 85-92. Erişim 07.06.2019, [https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD\\_12\\_2\\_85\\_92.pdf](https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_12_2_85_92.pdf).
- Ömürbek, N. ve Altın, F. G. (2009). Sağlık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma: İzmir Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **19**, 211-232. Erişim 14.10.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/117987>.
- Ömürbek, N., Demirgubuz, M. Ö. ve Tunca, M. Z. (2013). Hastanelerdeki Bilişim Sistemlerinden Klinik Bilgi Sistemlerinin Kullanımına Yönelik Bir Araştırma: Denizli ve Isparta Örneği. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **13**(25), 301-328. Erişim 29.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/288927>.
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H. ve Muhcu, M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **45**(2), 71-77. Erişim 13.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/205281>.
- Özdemir, F.K. ve Karakaya, G. (2017). Hemşirelerin Bilgisayar ve Bilişim Teknolojisini Kullanma Durumları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, **27**(2), 126-130. Erişim 02.07.2019, [https://www.journalagent.com/terh/pdfs/TERH\\_27\\_2\\_126\\_130.pdf](https://www.journalagent.com/terh/pdfs/TERH_27_2_126_130.pdf).
- Özdemirci, F. (2018). Sağlık Bilgi Sistemleri Yönetimi ve Toplumsal Bellek/Gelecek Açısından Değerlendirilmesi. *Bilgi Yönetimi Dergisi*, **1**(2), 149-155. Erişim 02.07.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/604935>.
- Öztürk, Y. (2011). *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sürecinde Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi'nin (OHEBIS) Kullanılması*.

- Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Erişim 21.10.2018, <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/48147.pdf>.
- Pamuk, S. ve Arslan, H. (2009). Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2**(2), 37. Erişim 07.06.2019, [http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi2/23\\_32.pdf](http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi2/23_32.pdf).
- Peker, S. V., Van Giersbergen, M. Y. ve Biçerşoy, G. (2018). Sağlık Bilişimi ve Türkiye’de Hastanelerin Dijitalleşmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, **3**(3), 81-120. Erişim 29.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/529396>.
- Sağlık Bakanlığı (2004). Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı. TC Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı Raporu, Ankara. Erişim 14.10.2019 [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik\(16\).pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/biyoistatistik(16).pdf).
- Sağlık Bakanlığı (2019). <https://e-saglik.gov.tr/TR,6212/sagliknet-hakkinda.html>.
- Scroggins, L. M. (2008). The developmental processes for NANDA international Nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, **19**(2), 57-64. Erişim 02.11.2019, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1744-618X.2008.00082.x>.
- Seçginli, S., Kayaoğlu, S. Ç. ve Erdoğan, S. (2014). Doğrudan Gözetimli Tüberküloz Tedavisi Yönetiminde Omaha Sistemi'nin Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **17**(4). Erişim 02.11.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2667/34604>.
- Serçekuş, P. ve Okumuş, H. (2004). Yüksek Riskli Gebelerde Uzun Süre Hastanede Yatmanın Etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **7**(3). Erişim 07.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29248>.
- Şahin, N.H. ve Bal, M.D. (2015). Üreme Organ Tümörleri. İçinde Beji, N.K. (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 143.
- Şahin, N.H. ve Bilgiç, D. (2015). Kadın Üreme Sağlığı Sorunları ve Özel Durumlar. İçinde Beji, N.K. (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 85-113.
- Şen, E. ve Şirin, A. (2013). Preterm Eylem Tanısı Alan Gebelerin Kaygı, Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Gaziantep Medical Journal*, **19**(3), 159-163. Erişim 13.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gantepmj/issue/6514/86344>.

- Taghavi Larijani, T. ve Saatchi, B. (2019). Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial. *Nursing Open*, **6**(2), 612-619. Erişim 02.11.2019, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.244>.
- Taşçene K., Koçoğlu D., Akın B. (2017). Tarımda Çalışan Bir Grup Kadın İşçinin Omaha Sistemine Göre Sağlık Problemlerinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **7**(3), 148-155. Erişim 04.04.2018, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/368570>.
- Taştan, S., Linch, G. C., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L. ve ark. (2014). Evidence For The Existing American Nurses Association-Recognized Standardized Nursing Terminologies: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, **51**(8), 1160-1170. Erişim 13.06.2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913003817>.
- Omaha Sistemi. <https://www.theomahasystem.org>. Erişim 14.10.2019.
- Temür, M., Çift, T., Balcı, U. G., Güçlü, Y. A., Yılmaz, Ö. ve Öngel, K. (2017). Kadın Yaşamında Obezitenin Jinekolojik Etkileri. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **24**(4), 153-158. Erişim 30.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/457248>.
- Tokur Kesgin, M. ve Kublay, G. (2014). Using The Omaha System in Occupational Health Nursing Applications: Advantages of A Common Language in The Diagnosis, İntervention and Evaluation of Nurses' Health Problems. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, **152**, 488–494. Erişim 02.07.2019, <https://pdf.sciencedirectassets.com/277811/1-s2.0-S1877042814X00479/1-s2.0-S1877042814053051/main.pdf>.
- Topaz, M., Golfenshtein, N. ve Bowles, K. H. (2014). The Omaha System: A Systematic Review Of The Recent Literature. *Journal of the American Medical Informatics Association*, **21**(1), 163-170. Erişim 04.04.2018, <https://watermark.silverchair.com/211163.pdf>.
- Tuğut, N. ve Gölbaşı, Z. (2013). Bir Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, **10**(2), 38-44. Erişim 07.06.2019, <http://kuhead.org/jvi.aspx?pdire=kuhead&plng=tur&un=KUHEAD-99609>.



- Turan N., Kaya H. (2017). Bulut Bilişim ve Sağlık Bakımı. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **14**(2), 161-166. Erişim 29.06.2019, [https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD\\_14\\_2\\_161\\_166.pdf](https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_14_2_161_166.pdf).
- Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Erişim 14.10.2019, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453>.
- Türkoğlu, J. (2010). *Hemşirelerin Bilişim Teknolojisini Kullanımı ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. Erişim 02.07.2019, <http://dspace.marmara.edu.tr/handle/11424/24126>.
- Ulaşlı, S. S. ve Ünlü, M. (2014). Gebelikte Uyku Sorunları. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, **2**(2), 237-244. Erişim 13.06.2019, <http://ghs.asyod.org/konular/2014-2-14.pdf>.
- Ural, A. (2016). Gestasyonel Diabetes Mellitus ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **6**(2), 120-127. Erişim 13.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/224971>.
- Yücel, Y. B., Aytekin, A., Ahmet, A. Y. A. Z. ve Tüminçin, F. (2018). Bilişim Sistemlerinin Sağlık Sektörü Açısından Önemi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, **5**(8), 147-155. Erişim 29.06.2019, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/595329>.
- Weiss, M., Fawcett, J. ve Aber, C. (2009). Adaptation, Postpartum Concerns, and Learning Needs in The First Two Weeks After Caesarean Birth. *Journal of Clinical Nursing*, **18**(21), 2938-2948. Erişim 10.11.2019, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2702.2009.02942.x>.
- Westra, B.L., Oancea, C., Savik, K. ve Marek, K.D. (2010). The Feasibility of Integrating The Omaha System Data Across Home Care and Vendors. *Comput Inform Nurs*, **28**(3), 162–171. Erişim 07.06.2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090219/pdf/nihms-219598.pdf>.

**FORMLAR**

EK 1 HASTA TANITIM FORMU

EK 2 OMAHA SİSTEMİ PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ

EK 3 OMAHA SİSTEMİ GİRİŞİM ŞEMASI

EK 4 OMAHA SİSTEMİ PROBLEM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

EK 5 T.C. S.B. SBÜ. OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KURUM İZİNİ

EK 6 ETİK KURUL KARARI

EK 7 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EK 8 NIGHTINGALE NOTLARI SİSTEMİ KULLANIM İZİNİ

**EK 1 HASTA TANITIM FORMU**

1. Hasta adı-soyadı:
2. Hastanın yaşı:
3. Medeni durum: Evli ( ) Bekar ( )
4. Eğitim durumu : Okur-yazar değil ( ) Lise ( )  
Okur –yazar ( ) Lisans ( )  
İlkokul ( ) Yüksek lisans ( )  
Ortaokul ( )
5. Mesleğiniz :
6. Çalışma durumu: Evet ( ) Hayır ( )
7. Alışkanlıklar : Alkol ( ) Sigara ( ) Madde ( ) Hiçbirini Kullanmıyor ( )
8. Boy : Kilo : BKİ :
9. Hastanın Tıbbi Tanısı :
10. Kullandığı İlaçlar :

İlacın Adı	Dozu	Uygulama yolu

11. Hasta tedavinin kaçınıcı gününde:
12. Kronik Hastalık Öyküsü: ( ) Yok ( ) Var Belirtiniz.....
- 13.

OBSTETRİK ÖYKÜ	JİNEKOLOJİK ÖYKÜ
Gebelik sayısı :	İlk menarş yaşı: Menopoz yaşı:
Doğum sayısı: NSD: C/S:	Menstürasyon süresi:
Ölü doğum sayısı:	Menstürasyon sıklığı:
Abortus sayısı:	Menstrüasyon bozukluk:
Küretaj sayısı:	Kullanılan aile planlaması yöntemi:
Yaşayan çocuk sayısı:	
Önceki gebelik doğuma ilişkin sorunlar (erken doğum, riskli gebelik, düşük doğum ağırlığı ...):	Geçirilen jinekolojik sorun ve ameliyatlara: Ameliyatın tarihi:

14. Mevcut gebelik : Evet ( ) Hayır ( )  
Gebelik haftası:  
Gebelik öncesi vücut ağırlığı:  
Gebelikteki kilo alımı:

## EK 2 OMAHA SİSTEMİ PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ

Problemin belirleyicilerini: 1)Sağlığı Geliştirme, Potansiyel, Aktüel (birini) ve 2) A: Aile, B:Birey, T:Toplum(birini) seçerek olarak daire içine alınız. Birey/ bireylerin numarasını #.....ile belirtilen yere yazınız. Potansiyel'i işaretlediyseniz, risk faktörlerini, Sağlığı Geliştirmeyi işaretlediyseniz gerekli açıklamaları yazınız; Aktüel'i işaretlediyseniz; bir ya da daha fazla belirti/ bulguyu daire içine alınız. Birden fazla birey için aynı problemde birden fazla belirti /bulgu işaretlediyseniz yan taraftaki açıklamalar bölümünü doldurunuz.

Tarih:  
Hemşire Adı:  
Aile Adı:  
Aile No:  
Aile Bireyleri:  
(1)  
(4)  
(2)  
(5)  
(3)  
(6)

### 01. ÇEVRESEL ALAN

Yaşam alanı, mahalle ve toplumu kapsayan fiziksel ve çevresel kaynaklarla ilgili problemleri tanımlar

	<b>01. Gelir</b> (Yaşamın sürdürülmesi ve sağlık harcamaları için gerekli olan gelir, para)	.....
A	Gelir Kaynağı:.....	.....
B	Gelir Miktarı.....	.....
T	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
#	<b>01.</b> gelirin düşük olması / hiç olmaması <b>02.</b> sağlık güvencesinin olmaması <b>03.</b> para yönetiminde güçlük <b>04.</b> sadece temel gereksinimlerini satın alabilme <b>05.</b> gereksinimlerini satın almada güçlük <b>06.</b> Diğer	.....
.....		.....
	<b>02. Sanitasyon</b> (Enfeksiyonlara ve hastalıklara karşı önlemler ve çevre temizliği)	.....
A	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
B	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
T	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
	<b>01.</b> yaşanan alanının kirli olması <b>02.</b> besinlerin saklanması ve atılmasında yetersizlik <b>03.</b> böcek / kemiricilerin olması <b>04.</b> kötü kokular <b>05.</b> su sağlamada yetersizlik <b>06.</b> kanalizasyon sisteminde yetersizlik <b>07.</b> çamaşır yıkama koşullarının yetersiz olması <b>08.</b> alerjenler <b>09.</b> enfeksiyon- kontaminasyon etkenleri <b>10.</b> küf	.....
#	<b>11.</b> evde hayvan sayısının fazla olması <b>12.</b> Diğer	.....
.....		.....
A	<b>03. Konut</b> (Yaşam alanı)	.....
B	Konutun Tipi .....	.....
	Konut: <input type="checkbox"/> Kendine ait <input type="checkbox"/> Kira	.....
T	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
	<b>Potansiyel</b> ;(Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....

	<b>01.</b> yapısal olarak sağlam olmaması	<b>02.</b> ısıtma/soğutma sisteminin yetersiz olması	.....
#	<b>03.</b> dik / güvenli olmayan merdivenler	<b>04.</b> bina giriş çıkışlarının dar ve yetersiz olması	.....
.....	<b>05.</b> yaşanılan alanın dağınık olması	<b>06.</b> tehlikeli madde ve araçların güvenli bir şekilde saklanmaması	.....
	<b>07.</b> halı/ paspasların güvenli bir şekilde serilmemesi	<b>08.</b> güvenlik araçlarının (alarm, yangın söndürücü vb.) yetersiz olması	.....
	<b>09.</b> kurşun bazlı boya kullanımı	<b>10.</b> güvenli olmayan ev eşyaları / aletleri	.....
	<b>11.</b> yaşam alanının kalabalık/yetersiz olması	<b>12.</b> elektrik kablolarının vb. gereçlerinin açıkta ve korunmasız olması	.....
	<b>13.</b> yapısal engeller	<b>14.</b> yaşanılacak bir evin olmaması	.....
	<b>15.</b> Diğer		.....
	<b>04. Yaşanılan Mahalle / İş Yeri Güvenliği</b> (İş yerinde ya da toplumda hastalık, yaralanma ve kayıpların olmaması)		.....
A	<b>Sağlığı Geliştirme</b>		.....
B	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....		.....
T	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>		.....
	<b>01.</b> suç oranının yüksek olması	<b>02.</b> kirlilik düzeyinin yüksek olması	.....
#	<b>03.</b> kontrol edilmemiş tehlikeli ve enfekte hayvanlar	<b>04.</b> oyun ve egzersiz alanlarının yetersiz olması / güvenli olmaması	.....
.....	<b>05.</b> sağlığı teşvik etmek için kaynakların/alanların yetersiz olması	<b>06.</b> Şiddet ile ilgili tehditler/ ihbarlar	.....
	<b>07.</b> fiziksel tehlikeler	<b>08.</b> araç/ trafik tehlikeleri	.....
	<b>09.</b> kimyasal tehlikeler	<b>10.</b> radyasyon tehlikesi	.....
	<b>11.</b> diğer		.....

### Çevresel Değerlendirme:

.....

.....

.....

## 02. PSİKOSOSYAL ALAN

*Davranış, duygu, iletişim, ilişki ve gelişim ile ilgili problemleri tanımlar*

	<b>05. Toplum kaynakları ile iletişim</b> ( Birey/aile/ toplum ile sosyal hizmet kurumları, okullar ve işletmeler arasındaki hizmetler, bilgi ve malzemelere ilişkin etkileşim)	.....	
A	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....	
B	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....	
T	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....	
	<b>01.</b> hizmetlerden yararlanma seçeneklerini / süreçlerini bilmeme	.....	
#	<b>02.</b> hizmet sunanların rollerini /yasal sorumluluklarını anlamada güçlük	<b>03.</b> hizmet sunanlarla iletişim kuramama	.....
.....	<b>04.</b> hizmetlerden memnun olmama	.....	
	<b>05.</b> kaynakların olmaması/ yetersiz olması	<b>06.</b> dil engeli	.....
	<b>07.</b> kültürel engeller	<b>08.</b> eğitimsel engeller	.....
	<b>09.</b> ulaşım engelleri	<b>10.</b> bakıma/ hizmetlere/ malzemelere sınırlı erişim	.....
	<b>11.</b> iletişim araçlarının yetersizliği/ kullanılamaması	<b>12.</b> diğer	.....

		.....
		.....
		.....
<b>A</b>	<b>06. Sosyal etkileşim</b> (Birey, aile / toplum ile yaşam alanı	.....
<b>B</b>	<i>dışındaki diğerleri arasındaki etkileşim)</i>	.....
<b>T</b>	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
<b>#</b>	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
.....	<b>01.</b> sınırlı sosyal etkileşim	.....
	<b>02.</b> sosyal etkileşim için sağlık çalışanlarını kullanma	.....
	<b>03.</b> dış uyaranların /boş zaman aktivitelerinin çok az olması	.....
	<b>04.</b> diğer	.....
<b>A</b>	<b>07. Rol değişimi</b> (Beklenen davranış özelliklerine yeni rollerin	.....
<b>B</b>	<i>eklenmesi ya da rol kaybı)</i>	.....
<b>T</b>	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
<b>#</b>	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
.....	<b>01.</b> istenmeyen rol değişimi <b>02.</b> yeni rol üstlenme	.....
	<b>03.</b> rol kaybı <b>04.</b> diğer	.....
		.....
		.....
		.....
<b>A</b>	<b>08.Kişiler arası ilişkiler</b> (Birey, aile ve toplum ile diğerleri	.....
<b>B</b>	<i>arasındaki bağlar ve ilişkiler)</i>	.....
<b>T</b>	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
<b>#</b>	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
.....	<b>01.</b> ilişki kurma/ sürdürmede güçlük <b>02.</b> paylaşılan aktivitelerin	.....
	az olması <b>03.</b> değerler/ amaçlar/ beklentiler / zamanlamada	.....
	uyuşmazlık	.....
	<b>04.</b> kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik <b>05.</b> uzun süren,	.....
	düzelmeyen gerginlik <b>06.</b> gereksiz şüphe/ manipülasyon–	.....
	yönlendirme / kontrol <b>07.</b> eşe/ partnere duygusal ve fiziksel	.....
	olarak kötü davranma <b>08.</b> çatışmaya girmeden problem	.....
	çözememe <b>09.</b> diğer	.....
		.....
		.....
<b>A</b>	<b>09. Maneviyat</b> (Din, inanç, değerler ve maneviyatı içeren	.....
<b>B</b>	<i>uygulamalar ve inanışlar)</i>	.....
<b>T</b>	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
<b>#</b>	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
.....	<b>01.</b> maneviyatla ilgili endişelerini ifade etme <b>02.</b> maneviyatla	.....
	ilişkin ritüellerin/ uygulamaların kesintiye uğraması <b>03.</b>	.....
	maneviyat ile ilgili güven kaybı <b>04.</b> tıbbi / sağlık bakımı	.....
	uygulamaları ile dini inançların çatışması <b>05.</b> diğer	.....
		.....
		.....



..... memnuniyetsizlik **07.** sözlü /sözsüz iletişime cevap vermeme ya .....  
da anlamada güçlük **08.**ihmkâr / umursamaz **09.** kötü .....  
davranma **10.** diğer .....

**14. İhmal** (*Çocuk veya erişkinin, temel düzeyde beslenme,* .....  
*giyinme, barınma ve bakım gereksinimlerinden mahrum* .....  
*birakılması*) .....

**A** .....

**B** **Sağlığı Geliştirme** .....

**T** **Potansiyel** (Risk faktörleri: .....)

**#** **Aktüel ; Belirti /Bulgular** .....

..... **01.** fiziksel bakım eksikliği**02.** duygusal bakım /destek eksikliği .....

**03.** uygun uyaran /bilişsel deneyim eksikliği **04.** uygun olmayan .....

şekilde yalnız bırakılma **05.** gerekli denetimin / gözetimin .....

eksikliği .....

**06.** yetersiz / gecikmiş tıbbi bakım **07.** diğer .....

.....

**15.İstismar**(*Çocuk veya erişkinin kazasal olmayan nedenlerle* .....  
*fiziksel, duygusal veya cinsel şiddete maruz kalması,* .....  
*yaralanması*) .....

**A** .....

**B** **Sağlığı Geliştirme** .....

**T** **Potansiyel** (Risk faktörleri: .....)

**#** **Aktüel ; Belirti /Bulgular** .....

..... **01.** sert / aşırı disiplin **02.**izler / morartı / yanıklar/ diğer yaralar .....

**03.** yaralanma ile ilgili çelişkili açıklamalar **04.** sözlü saldırıya .....

uğrama**05.** korkak / ürkek davranışlar **06.** şiddet içeren çevre .....

**07.**sürekli olumsuz eleştiri / mesajlar**08.** cinsel saldırıya uğrama .....

**09.** diğer .....

.....

**A** **16.Büyüme / gelişme**(*Doğumdan ölüme kadar yaşam* .....  
*boyunca süren fiziksel, duygusal ve sosyal olgunlaşma*) .....

**B** **Sağlığı Geliştirme** .....

**T** **Potansiyel** (Risk faktörleri: .....)

**#** **Aktüel ; Belirti /Bulgular** .....

..... **01.** gelişimsel tarama test sonuçlarının normal olmaması **02.** .....

tartı - boy, baş çevresi değerlerinin yaş/ büyüme standardına .....

uygun olmaması **03.** yaşa uygun olmayan davranışlar**04.** .....

gelişimine uygun görevlerini başarmada / sürdürmede .....

yetersizlik .....

**05.** diğer .....

.....

**Psiko-sosyal Değerlendirme:** .....

.....

.....

.....

### 03. FİZYOLOJİK ALAN

Yaşamın sürekliliğini sağlayan süreç ve fonksiyonlar ile ilişkili problemleri tanımlar.

.....





A	oryantasyonunda bozulma	03. yakın zamandaki olayları	.....
B	hatırlamada yetersizlik	04. uzun zaman öncesindeki olayları	..
T	hatırlamada yetersizlik	05. hesaplama ve sayı sayma	.....
T	becerilerinde yetersizlik	06. konsantrasyonda yetersizlik	..
#	07. mantıklı /soyut düşünebilmede sınırlılık	08. kontrolsüz hareket	.....
#	09. tekrarlayan konuşmalar /davranışlar		..
#	10. bilinçsiz / amaçsız olarak dolaşmak /kaybolmak	11. diğer	.....
.....			..
	<b>22. Ağrı</b> (Gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan duyuusal ve duygusal deneyim)		..
A	<b>Sağlığı Geliştirme</b>		.....
B	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	)	.....
T	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>		..
#	01. rahatsızlık/ağrı ifade etme	02. ağrıya bağlı nabız / solunum	.....
#	sayısı / kan basıncında yükselme	03. ağrıyan bölgeyi sakınan/	..
.....	koruyan hareketler	04. yerinde duramama	.....
	05. yüzünü		.....
	buruşturma	06. soluk görünüm / terleme	..
	07. diğer		.....
			..
			.....
A			..
B	<b>23. Bilinç</b> (Çevrenin ve uyarıların farkında olma, yanıt verme)		..
T	<b>Sağlığı Geliştirme</b>		.....
#	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	)	.....
#	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>		..
	01. dalgın (letarji)	02. uykulu (stupor)	03. uyarılara cevap
	vermeme	04. koma hali	05. diğer
			.....
			..
			.....
	<b>24. Deri</b> (Vücudun doğal örtüsü)		..
A	<b>Sağlığı Geliştirme</b>		.....
B	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	)	..
T	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>		.....
#	01. lezyon / basınç yarası	02. döküntü	03. aşırı kuru
#	04. aşırı yağlı	05. enflamasyon	06. kaşıntı
.....	07. akıntı		.....
	08. çürük- ezik	09. tırnakların aşırı büyümesi / hipertrofisi	..
	10. İnsizyon yarasının iyileşmesinde gecikme	11. diğer	.....
			..
A	<b>25. Sinir-kas-iskelet fonksiyonu</b> (Sinirlerin, kasların ve kemiklerin özel hareketleri gerçekleştirmesi ve duyuları koordine etmesi)		.....
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>		..
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	)	.....
#	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>		..
.....	01. eklem hareket açıklığında (ROM) sınırlılık	02. kas gücünde	.....
	azalma	03. koordinasyonda azalma	04. kas tonüsünde azalma
	05. kas tonüsünde artma	06. duyuda azalma	07. duyuda artma
	08. dengede bozukluk	09. yürüme / hareket etme güçlüğü	..
	10. taşınma/transfer güçlüğü	11. kırıklar	12. titremeler / nöbetler
			.....

	13. vücut ısısının düzenlenmesinde zorluk	14. diğer	..
A	<b>26.Solunum</b> ( <i>Nefes alıp verme yolu ile vücuttaki oksijen değişimi</i> )		..
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>		..
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....		..
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>		..
#	01. normal olmayan solunum tipleri	02. bağımsız olarak nefes alamama	03. öksürme
.....	04. öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama	05. siyanoz	06. anormal balgam
	07. sesli solunum	08. burun akıntısı /nazal konjesyon	09. normal olmayan solunum sesleri
	10. solunum ile ilgili normal olmayan laboratuvar sonuçları	11. diğer	..
A	<b>27.Dolaşım</b> ( <i>Vücuda yeterli miktarda ve basınçta kan pompalanması</i> )		..
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>		..
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....		..
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>		..
#	01.ödem	02. ekstremitelerde ağrı/ kramp	03. nabız sayısında azalma
.....	04. deride renk değişikliği / siyanoz	05. etkilenmiş bölgede ısı değişikliği	06. varis
	07. senkop atakları (bayılma)/ baş dönmesi	08. kan basıncı ölçümlerinin normal olmaması	09. pulsusdefisit (pulsedeficit)
	10. kalp ritminde düzensizlik	11. kalp hızında aşırı artış	12. kalp hızında aşırı azalma
	13. göğüs ağrısı	14. anormal kalp sesleri / üfürümler	15. pıhtılaşma bozukluğu
	16. kardiyak test sonuçlarının normal olmaması	17. diğer	..
A	<b>28.Sindirim- Hidrasyon</b> ( <i>Besinlerin hazmedilmesi ve emilebilir hale getirilmesi için dönüştürme süreci ve sıvı dengesinin sürdürülmesi</i> )		..
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>		..
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....		..
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>		..
#	01.bulantı /kusma	02.çiğneme/ yutma/ sindirim güçlüğü	03.hazımsızlık
.....	04.reflü	05.iştahsızlık	06.anemi
	07.assit	08. sarılık/ karaciğer büyümesi	09. deri turgorunun azalması
	10.dudak çatlaması/ ağız kuruluğu	11.elektrolit dengesizliği	12.diğer
A	<b>29.Bağırsak Fonksiyonu</b> ( <i>Atıkların uzaklaştırılması için besinlerin sindirim sistemi boyunca taşınması</i> )		..
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>		..
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....		..
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>		..
#	01. dışkı kıvamı / sıklığının normal olmaması	02.ağrılı defekasyon	03.bağırsak seslerinde azalma
.....	04.dışkıda kan	05.dışkıda renk değişikliği	06.kramp / karın bölgesinde rahatsızlık
	07.fekal inkontinans	08.diğer	..

A	<b>30. Üriner Fonksiyon</b> ( <i>İdrar üretimi ve boşaltımı</i> )	.....
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	..
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
#	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	..
.....	<b>01.</b> idrar yaparken yanma / ağrı <b>02.</b> idrar kaçırma <b>03.</b> sıkışma hissi/sık idrara gitme <b>04.</b> idrar yapmada güçlük <b>05.</b> mesaneyi boşaltmada güçlük <b>06.</b> idrar miktarının normal olmaması <b>07.</b> hematüri / renk değişikliği <b>08.</b> noktüri <b>09.</b> üriner sistemle ilgili test sonuçlarının normal olmaması <b>10.</b> diğer	.....
		..
A	<b>31. Üreme Fonksiyonu</b> ( <i>Genital organlar ve memelerin durumu ve üreme yeteneği</i> )	.....
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
#	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
.....	<b>01.</b> anormal akıntı <b>02.</b> menstruasyon düzeninde/ döngüsünde bozulma <b>03.</b> menopoza / andropozu yönetmede güçlük <b>04.</b> üreme organlarında veya memede anormal kitle, şişme ve hassasiyet <b>05.</b> cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı <b>06.</b> infertilite <b>07.</b> impotans <b>08.</b> diğer	.....
		..
A	<b>32. Gebelik</b> ( <i>Döllenmeden bebeğin doğumuna kadar geçen dönem</i> )	.....
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
#	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
.....	<b>01.</b> doğmamış bebeği kabullenmede güçlük <b>02.</b> vücut değişikliklerine uyum sağlamada güçlük <b>03.</b> doğum öncesi egzersiz/ dinlenme/ beslenme ve davranışlar ile ilgili yetersizlik <b>04.</b> doğum eyleminden korkma <b>05.</b> prenatal komplikasyonlar/ erken doğum <b>06.</b> yetersiz sosyal destek <b>07.</b> diğer	.....
		..
A	<b>33. Postpartum</b> ( <i>Doğumu izleyen altı haftalık dönem</i> )	.....
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
#	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
.....	<b>01.</b> emzirmede güçlük <b>02.</b> doğum sonu değişiklikler ile başetmede güçlük <b>03.</b> doğum sonu egzersiz/ dinlenme/ diyet ve davranışlar ile ilgili yetersizlik <b>04.</b> anormal kanama/ vajinal akıntı <b>05.</b> doğum sonu komplikasyonlar <b>06.</b> depresif duygular <b>07.</b> diğer	.....
		..
A	<b>34. Bulaşıcı /Enfeksiyon Durumu</b> ( <i>Organizmaların istila / yayılma potansiyeline sahip yüzeysel ya da sistemik hastalık oluşturması durumu</i> )	.....
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....

	<b>01.enfeksiyon02. enfestasyon03.ateş 04.biyolojik tehlikeler</b>	..
#	<b>05. pozitif tarama / kültür/ laboratuvar sonuçları 06. bulaşmayı</b>	.....
	önlmek için araç-gereç/ malzeme/ politikaların yetersiz olması	..
.....	<b>07.enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınmaması 08. yetersiz</b>	.....
	bağışıklık <b>09.Diğer</b>	..

### Fizyolojik

**Değerlendirme:**.....

.....

### 04. SAĞLIK DAVRANIŞLARI ALANI

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sağlayan aktivite örüntüleri

	<b>35. Beslenme</b> (Sağlık, büyümenin sürdürülmesi ve faaliyetler için	.....
	<i>sıvıların ve besinlerin seçilmesi, tüketilmesi ve kullanılması)</i>	..
A	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
B	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: ..	..
T	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
#	<b>01.fazla kilo (BKİ'nin yetişkinlerde 25 ve üzerinde, çocuklarda</b>	..
	<b>95. persentil ve üzerinde olması) 02. düşük kilo (BKİ'nin</b>	.....
	<b>yetişkinlerde 18,5 ve altında, çocuklarda 5. persentil ve</b>	..
	<b>altında olması) 03. günlük kalori/ sıvı alımının istenilen</b>	.....
	<b>standartın altında olması 04. günlük kalori/ sıvı alımının istenilen</b>	.....
	<b>standartın üzerinde olması 05. dengesiz beslenme 06.yaşa uygun</b>	....
.....	<b>olmayan beslenme programı 07. önerilen beslenme programını</b>	.....
	<b>sürdürememe 08. açıklanamayan / sürekli kilo kaybı 09. besin</b>	..
	<b>alma/ hazırlamada yetersizlik 10.hipoglisemi11.hiperglisemi12.</b>	.....
	<b>diğer</b>	..
		.....
	<b>36. Uyku ve Dinlenme Düzeni</b> (Motor ve duyu aktivitelerine	..
	<i>ara verme ve hareketsizlik dönemi, dinlenme ya da mental</i>	.....
A	<i>sakinlik, durgunluk dönemi)</i>	..
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: ..	..
#	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
	<b>01.uyku ve dinlenme düzeninin aile üyelerini rahatsız etmesi</b>	..
	<b>02.gece sık sık uyanma 03. uyurgezerlik04.uykusuzluk 05.kabus</b>	..
	<b>görme 06.yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme</b>	.....
.....	<b>07. uyku apnesi 08. horlama 09. diğer</b>	..
		.....
		..
A	<b>37.Fiziksel Aktivite</b> (Günlük yaşamda vücut hareketlerinin	.....
	<i>durumu ve kalitesi)</i>	..
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: ..	..
#	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
	<b>01.sedanter yaşam biçimi 02.yetersiz / düzensiz egzersiz 03. yaşa</b>	..
.....	<b>/ fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz tipi/ sıklığı 04.diğer</b>	.....
		..
		.....
		..

A	<b>38. Kişisel Bakım</b> ( <i>Kişisel temizlik ve giyinmenin yönetimi</i> )	.....
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	..
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	..
	<b>01.</b> giysilerin temizliğinde/ yıkanmasında yetersizlik <b>02.</b> banyo yapmada yetersizlik <b>03.</b> boşaltım ile ilgili temizlik aktivitelerinde yetersizlik <b>04.</b> alt vücut giyiminde güçlük <b>05.</b> üst vücut giyiminde güçlük <b>06.</b> kötü vücut kokusu <b>07.</b> saçları yıkama/ taramada yetersizlik <b>08.</b> ağız bakımı/ diş fırçalama/ diş ipi kullanmada güçlük <b>09.</b> bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutmama/ yapmayı istememe/yapamama <b>10.</b> diğer	.....
		.....
		.....
A	<b>39. Madde Kullanımı</b> ( <i>Hastalığa, fiziksel ya da psikolojik bağımlılığa ve/ veya duyu durum değişikliğine neden olabilecek ilaçlar, uyuşturucu maddeler ve diğer maddelerin kullanımı</i> )	.....
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
	<b>01.</b> reçeteli/ reçetesiz ilaçların kötüye kullanımı <b>02.</b> uyarıcı / uyuşturucu/ sokakta satılan maddelerin kullanımı <b>03.</b> alkolün kötüye kullanımı <b>04.</b> sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı <b>05.</b> günlük rutinleri yerine getirmede zorlanma <b>06.</b> reflekslerde bozulma <b>07.</b> davranış değişikliği <b>08.</b> sigara- puro dumanına maruz kalma <b>09.</b> yasal olmayan maddeleri satma/ satın alma <b>10.</b> diğer	.....
		.....
		.....
A	<b>40. Aile Planlaması</b> ( <i>İnançlar, değerler, tutumlar bağlamında gebelikler arasındaki süreyi planlamak için yapılan uygulamalar</i> )	.....
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel ; Belirti /Bulgular</b>	.....
	<b>01.</b> aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi <b>02.</b> gebelik öncesi sağlık uygulamalarına ilişkin yanlış / yetersiz bilgi <b>03.</b> Aile planlaması yöntemlerini yanlış/tutarsız kullanma <b>04.</b> kullandığı yöntemden memnun olmama <b>05.</b> aile planlaması seçimi hakkında başkalarının tepkilerinden korkma <b>06.</b> aile planlaması yöntemlerine ulaşmada güçlük <b>07.</b> diğer	.....
		.....
		.....
A	<b>41.Sağlık Bakım Denetimi</b> ( <i>Sağlık bakım profesyonelleri tarafından tedavi planının yönetimi</i> )	.....
B	<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
T	<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	.....
	<b>Aktüel; Belirti /Bulgular</b>	.....
	<b>01.</b> rutin / koruyucu sağlık bakımını yaptırmama <b>02.</b> tedavi / değerlendirme gerektiren semptomlar için bakım almama <b>03.</b> önerilen sağlık randevularına gitmeme <b>04.</b> birden fazla randevuyu/ tedavi planını koordine edememe <b>05.</b> sağlık bakım kaynaklarının sürekliliğinin olmaması <b>06.</b> sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması <b>07.</b> tedavi planının yetersiz olması <b>08.</b> diğer	.....
		.....

.....	.....
	..
<b>42. İlaç Rejimi</b> ( <i>Reçete edilen/önerilen ve reçetesiz alınan ilaçların ve infüzyonların uygun zaman, terapötik etki ve güvenlik ilkeleri çerçevesinde kullanımı ya da uygulanması</i> )	.....
<b>A</b>	..
<b>B</b>	..
<b>T</b>	.....
<b>Sağlığı Geliştirme</b>	.....
<b>Potansiyel</b> (Risk faktörleri: .....	..
<b>Aktüel; Belirti /Bulgular</b>	.....
<b>01.</b> önerilen doz/ tedavi programına uymama <b>02.</b> yan etki	..
<b>#</b> /istenmeyen tepkilerin olması <b>03.</b> ilaç sağlayan sistemin yetersiz	.....
olması <b>04.</b> İlaçların uygun olmayan şekilde	..
..... saklanması <b>05.</b> yedek ilaçların tekrar yerine konmasında yetersizlik	.....
<b>06.</b> bağışıklamanın sağlanmasında yetersizlik <b>07.</b> ilaç rejiminin	..
uygun olmaması <b>08.</b> yardımsız ilaç uygulayamama /alamama	.....
<b>09.</b> diğer	..

### Sağlık Davranışları Değerlendirme:

.....

.....

.....

### EK 3 OMAHA SİSTEMİ GİRİŞİM ŞEMASI

#### GİRİŞİM ŞEMASI /BAKIM PLANI

Birey / Grup Adı:

Birey / Grup No:

Plan Tarihi:

PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ		
<b>Alan:</b>	<b>Problem:</b>	<b>Öncelik:</b>
<b>Kapsam: Ciddiyet:</b>	<b>Risk faktörleri</b> ( <i>Problem potansiyel ise yazınız</i> ):	
<b>Belirti-bulgular:</b>		

GİRİŞİM ŞEMASI (GS)		
Kategori	Hedef	Bireye Özel Girişimler



**EK 4 OMAHA SİSTEMİ PROBLEM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**  
**PROBLEM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

<b>PROBLEM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PDÖ)</b>			
	<b>KAVRAM*</b>	<b>PUAN</b>	<b>AÇIKLAMA</b>
<b>Değerlendirme Tarihi:</b>	Bilgi		
	Davranış		
	Durum		
<b>Değerlendirme Tarihi:</b>	<b>KAVRAM*</b>	<b>PUAN</b>	
	Bilgi		
	Davranış		
<b>Değerlendirme Tarihi:</b>	<b>KAVRAM*</b>	<b>PUAN</b>	
	Bilgi		
	Davranış		
<b>Değerlendirme Tarihi:</b>	<b>KAVRAM*</b>	<b>PUAN</b>	
	Bilgi		
	Davranış		
<b>Değerlendirme Tarihi:</b>	<b>KAVRAM*</b>	<b>PUAN</b>	
	Bilgi		
	Davranış		

KAVRAM*		1	2	3	4	5
<b>BİLGİ</b>	Bilgiyi Hatırlama Bilgiyi Yorumlama	BİLGİSİZ YOK	ÇOK AZ DÜZEYDE	TEMEL DÜZEYDE	YETERLİ DÜZEYDE	ÜST DÜZEYDE
<b>DAVRANIŞ</b>	Gözlenen Yanıt Harekete Dönüş	UYGUN DEĞİL	NADİREN UYGUN	TUTARSIZ	GENELLİKLE UYGUN	HER ZAMAN UYGUN
<b>DURUM</b>	Varolan Objektif/ Subjektif Belirti/ Bulgu	ÇOK CİDDİ	CİDDİ	ORTA DÜZEYDE	ÇOK AZ DÜZEYDE	YOK

## HEDEFLER

**Aile planlaması hizmetleri:** doğurganlığın düzenlenmesi için aile planlaması yöntemlerinin kullanılması ve desteklenmesini sağlayan aktiviteler

**Alçı bakımı:** alçı, tespit tahtaları ya da diğer araçlar ile hareketsiz kalan yaralanmış vücut bölgesinin temiz ve kuru tutulması; desteklenmesi; sıkışma, basınç ve ağrı duygusunun azaltılmasına yönelik aktiviteler.

**Anatomi/Fizyoloji:** insan vücudunun yapısı ve fonksiyonu.

**Araç-gereçler:** bakım verirken kullanılan tek kullanımlık malzemeler (örn: pansuman malzemeleri, enjektör, sonda, çocuk bezi, biberon gibi).

**Bağırsak bakımı:** bağırsak fonksiyonlarını düzenleyen/destekleyen aktiviteler (örn: bağırsak eğitimi ve lavman gibi).

**Bağlanma:** iki kişi arasındaki karşılıklı olumlu ilişki (örn: ebeveyn bebek/çocuk ya da bakım verici ve bebek/çocuk arasındaki ilişki gibi).

**Bakım destek hizmetleri:** profesyonel sağlık çalışanlarının gözetimi altında yetiştirilmiş elemanlar tarafından sağlanan ev işi, çocuk/yetişkin bakımı, ulaşım, yemek gibi hizmetler

**Bakım verme/ebeveynlik becerileri:** bağımlı çocuk/erişkine beslenme, banyo yapma, disiplin, terbiye ve uyarılar vb. sağlayan aktiviteler

**Bakımın sürekliliği:** hizmetlerin/çabaların tekrarını önlemek/azaltmak, güvenli ve etkili bakım sağlamak için bakım veren kişiler ve kurumlar arasındaki bilgi akışı

**Başetme becerileri:** hastalık, yetersizlik, gelir kaybı, çocuğun doğumu ya da aile bireylerinden birinin ölümü gibi zorlukları ve değişimleri etkin yönetebilme yeteneği

**Belirti/bulgular-fiziksel:** objektif ya da subjektif fiziksel sağlık problemlerinin göstergeleri (örn: ateş, ani kilo kaybı ya da ağrı ifadesi gibi)

**Belirti/bulgular-ruhsal/duygusal:** objektif ya da subjektif ruhsal/duygusal problemlerin göstergeleri (örn: depresyon, konfüzyon, ajitasyon gibi)

**Beslenme işlemleri:** sıvı yada yiyeceklerin emzirme, biberon, kaşık, tüp ya da damar yolu gibi yöntemler kullanılarak verilmesi

**Büyüme/gelişme:** çocuklarda yaşa uygun büyüme ve gelişmeyi gösteren aktiviteler (örn: tartı, boy, baş çevresi ölçümleri; gelişimsel özellikleri ile uyumlu uyaranların sağlanması gibi)

**Çeviri hizmetleri:** profesyonel sağlık çalışanlarının gözetimi altında, ehliyetli kişiler tarafından sağlanan, farklı dillerde sözel ve yazılı iletişime yardım hizmetleri

**Çevre:** konut, mahalle ya da toplumu etkileyen fiziksel/çevresel koşullar

**Davranış değişimi:** alışkanlıkları/davranış biçimlerini değiştirme aktiviteleri

**Dayanıklı tıbbi araçlar:** bakım verirken kullanılan dayanıklı/tek kullanımlık olmayan malzemeler (örn: özel yataklar, yürüteçler, solunum cihazları gibi)

**Deri bakımı:** deri bütünlüğünü sağlayan aktiviteler (örn: losyon ve masaj uygulamaları gibi)

**Destek grubu:** benzer/ortak sorunları olan birey/aileye destek amacıyla kurulmuş örgütlü bilgi/yardım kaynakları ya da kuruluşlar (örn:alkolizm, obezite, alzheimer hatallığı gibi özel durumlara yönelik hizmetler, güvenilir web sayfaları telefon ile danışmanlık gibi)

**Destek sistemi:** sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların yönetilmesi için bakım, sevgi ve yardım sağlayan yapılar, aile/arkadaş çevresi, sivil toplum örgütleri

**Diğer toplum kaynakları:** bu listede tanımlanmayan, bireyin gereksinimi olan beslenme ve diğer bakım hizmetlerini sağlayan gruplar/kuruluşlar (örn: yiyecek dağıtım/aş evleri, egzersiz alanları gibi)

**Dinlenme/uyku:** değişen derecelerde uyku ve uyanıklık durumu

**Disiplin:** uygun davranışı ve kendini kontrol etmeyi sağlayan terbiye edici uygulamalar

**Diyet yönetimi:** yaşamı sürdürmek, sağlıklı olmak, büyümek ve enerji sağlamak için gerekli olan yiyecek ve içeceklerin dengeli olarak alınması

**Diyetisyen hizmetleri:** diyetisyenler tarafından sağlanan tanı ve tedavi

**Egzersiz:** terapötik amaçlı fiziksel aktiviteler (örn: aktif/pasif eklem hareketleri, izometrik, germe ve ağırlık kaldırma hareketleri gibi)

**Eğitim:** tüm yaş grubundaki bireylere odaklı genel, teknik ya da bireyselleştirilmiş formal programlar (örn: zorunlu eğitim, tamamlama programları, mesleki kurslar, engelli bireyler için özel eğitim programlar gibi)

**Erken tanı/tarama:** riskli durumları belirlemek, hastalıkları erken tanımak ve zaman içindeki değişimi/ilerlemeyi izlemek için kullanılan tarama ve değerlendirme işlemleri

**Esenlik:** fiziksel ve ruhsal sağlığı geliştiren uygulamalar (örn: bağışıklama, egzersiz, beslenme, güvenli cinsellik gibi)

**Etkileşim:** kişiler arasındaki karşılıklı etkileşme (örn: ebeveyn-çocuk, ebeveyn-öğretmen, hemşire-birey gibi)

**Ev:** yaşanılan yer

**Ev işleri:** evde ya da sağlık bakım birimlerinde yemek hazırlama, temizlik, bulaşık gibi aktivitelerin yönetimi

**Finans/mali işler:** gelir ve giderlerin yönetimi

**Fizik tedavi hizmetleri:** fizik tedavi uzmanı, fizyoterapist ve yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedavi

**Genetik:** konjenital anomalileri, doğumsal defekleri belirlemek, önlemek ya da tedavi etmek amacıyla yapılan tanı, konsültasyon ve işlemler

**Gevşeme/nefes alma teknikleri:** kas gerilimini azaltan ve enerji kaynaklarını düzenleyen aktiviteler (örn: derin nefes egzersizleri, meditasyon, hayal etme ve masaj gibi)

**Günlük bakım/kısa süreli bakım:** ebeveyn/bakım vericileri rahatlatmak, desteklemek amacıyla çocuğun/yetişkinin gözetimini sağlayan kısa süreli bakım hizmeti

**Güvenlik:** yaralanma, kayıp ya da risklere izin vermeme

**Hareket/transfer:** yürüme ve pozisyon değişimi gibi desteklenmesi gereken beden hareketleri

**Hastalık/yaralanmada bakım:** hastalık ya da kazalarda yapılan uygulamalar (ilk yardım, vücut ısısını ölçme vb.)

**Hemşirelik bakımı:** hemşireler tarafından yapılan tanı, tedavi/girişim ve değerlendirme işlemleri

**İlaç etkileri/yan etkileri:** ilaçların olumlu ya da olumsuz sonuçları

**İlaç hazırlığı:** oral/parenteral ilaçları hazırlama ve kontrol etme aktiviteleri

**İlaç tedavisinin koordinasyonu/düzenlenmesi:** ilaçları reçete eden/hazırlayan kişilerle; ilaçların uygun ve zamanında sağlanması için birey/aile/toplum destek sistemleri ile ilişki kurma

**İlaç tedavisinin yönetimi:** ilaçların bireyler, ebeveyn /bakım vericiler ya da sağlık çalışanları tarafından verilmesi ya da uygulanması ile ilgili aktiviteler

**İlaçların reçete edilmesi/temini:** ilaçların uygun olarak ve zamanında reçetelenmesi/sipariş edilmesi/sağlanması

**İletişim:** birey/aile/toplum ile diğerleri arasında sözlü ya da sözsüz bilgi alışverişi

**İnfeksiyon kontrol önlemleri:** bulaşıcı hastalıkların yayılmasını/artmasını azaltan önlemler (örn: el yıkama, izolasyon, örnek toplama, yayılmayı izleme, yapılan işlemleri raporlama ve çevre kontrolü gibi)

**İstihdam/çalışma:** gelir sağlayan iş/uğraş

**İş terapisi:** iş terapistleri ve yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedavi

**Kardiyak bakım:** kalp ve dolaşım fonksiyonlarını destekleyen aktiviteler (örn: sıvı dengesini ve enerjiyi koruma gibi)

**Kişisel hijyen:** duş alma, banyo yapma, tuvalet gibi kişisel bakım aktiviteleri

**Konuşma ve dil bozuklukları hizmetleri:** konuşma ve dil bozuklukları uzmanları ya da yardımcıları tarafından yapılan tanı ve tedavi

**Laboratuvar bulguları:** kan, idrar analizi gibi sıvı ve doku test sonuçları

**Madde kullanımını bırakma:** zararlı ve bağımlılık yapan maddelerin kullanımını bırakmayı sağlayan aktiviteler

**Manevi bakım:** bireysel huzuru ve rahatlamayı destekleyen manevi uygulamalar ile ilgili aktiviteler

**Mesane bakımı:** mesane fonksiyonlarını geliştiren aktiviteler (örn: mesane eğitimi, kateter değişimi, kateter irigasyonu gibi)

**Meşguliyet terapisi:** meşguliyet terapisti ya da yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedaviler **Ostomi bakımı:** kolostomi, ileostomi ve ürostomi gibi yüzeye açılan yol ile dışkı ya da idrarın boşaltımını yöneten aktiviteler

**Öfke yönetimi:** şiddeti içeren olumsuz duygu ve etkileşimleri kontrol altına alan ve azaltan aktiviteler

**Örnek toplama:** kan, idrar, dışkı, balgam ve drenaj sıvısı gibi insan ve hayvanlardan doku, sıvı ve sekresyon örneklerinin elde edilmesi ile ilgili aktiviteler

**Pozisyon verme:** vücudun işlevleri ve rahatlığı için pozisyon verme

**Solunum bakımı:** solunum ya da akciğer fonksiyonlarını destekleyen aktiviteler(örn: aspirasyon ve buhar tedavisi gibi)

**Solunum terapisi hizmetleri:** solunum terapisti ya da yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedaviler

**Sosyal hizmetler/danışmanlık:** sosyal hizmet çalışanları, danışmanlar ya da onların yardımcıları tarafından sağlanan hizmetler

**Stres yönetimi:** güç yaşam koşulları sırasında sağlıklı kalmayı sağlayan fiziksel, bilişsel ve duygusal aktiviteler

**Tıbbi tedavi/diş tedavisi:** hekimler, diş hekimleri ve yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedavi

**Ulaşım:** otomobil, taksi, otobüs, motosiklet gibi araçlarla ulaşımın sağlanması

**Uyarma:** sağlıklı fiziksel, duygusal ve entelektüel gelişmeyi destekleyen aktiviteler

**Yara bakımı/pansuman değişimi:** yara infeksiyonunu önleyen ve yarayı iyileştiren aktiviteler (örn: yara, lezyon ya da insizyonu gözleme, ölçme, temizleme, yıkama ve/veya kapatma gibi)

**Yardımcı/destek bakım hizmetleri:** profesyonel sağlık çalışanlarının gözetimi altında hemşire yardımcıları, evde bakım yardımcıları gibi eğitilmiş elemanlar tarafından sunulan yardım

**Yasal sistem:** yetkili makamlar; yasa, yönetmelik ve kurallarının uygulanması

**Yaşam sonu bakımı:** ölmekte olan kişiye ve ailesine/yakınlarına, fiziksel ve duygusal rahatlık sağlayan aktiviteler (örn: ağrı kontrolü, fiziksel bakım, inanç bakımı, dini tören vb)

**Yürüme eğitimi:** yardımcı araçlarla ya da araçsız yürümeyi destekleyen/geliştiren sistemli aktiviteler

**Diğer:** bu listede tanımlanmayan aktiviteler ya da kişiler, yerler ve benzeri

**EK 5 T.C. S.B. S.B.Ü. OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KURUM İZİNİ**



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI OKMEYDANI EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
06/02/2019 12:44 - 48670771 - 771 - E-3281



Sayı : 48670771-771  
Konu : Araştırma İzni (Özge ÇETİN)

**İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

İlgi: 25/12/2018 tarih ve 16867222-604.01.01-E.4115 sayılı yazı

İlgi sayılı yazı ile İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek lisans Programına 2701160132 numara ile kayıtlı Özge ÇETİN'in, Prof. Dr. Ergül ASLAN'ın danışmanlığında yürütülecek "Jinekoloji ve Perinatoloji Hastalarının Bakımında Omaha Sisteminin Kullanımı" başlıklı tez çalışması kapsamındaki araştırmasını hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapma talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır,  
Prof. Dr. Hakan GÜRBÜZ  
Başhekim

**EK 6 ETİK KURUL KARARI**

Tarih ve Sayı: 09/11/2018-353408



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu  
Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-  
Konu :Özge ÇETİN

**Sayın Özge ÇETİN**

İlgi :24/10/2018 tarihli, 98992 sayılı yazı

Sorumlu araştırmacılığımı üstlendiğiniz 2018/177 dosya numaralı "Jinekoloji ve Perinatoloji Hastalarının Bakımında Omaha Sistemi'nin Kullanımı" başlıklı çalışma Kurulumuzun 05.11.2018 tarih 10 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı  
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ  
Başkan

EK :  
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

09/11/2018 B.İşl. : S.ARIK

**Doğrulamak için:** <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE6EEDJU9>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Süleyman ARIK Dahili : 10689

Istanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü  
34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul  
Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88  
e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr





**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER  
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI**



İlgili makama,  
İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi **Özge ÇETİN** "Jinekoloji ve Perinatoloji Hastalarının Bakımında Omaha Sistemi'nin Kullanımı" başlıklı, 2018/177 dosya numaralı 24.10.2018 tarih ve 98992 sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 05.11.2018 tarihinde gerçekleştirilen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişki	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	B. Turan
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	A
Prof. Dr. Yasemin İŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	Yf
Prof. Dr. Suat GEZGİN	İletişim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input checked="" type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	S. Kuyumcu
Prof. Dr. Seyhan NİŞEL	İşletme Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	S. N. N. N.
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	M. S. S. S.
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilgiler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	S. Y. Y. Y.
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	H. O. S. B.
Prof. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	R. İ. G.
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	H. Z.
Doç. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	E. K.

## EK 7 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Prof.Dr. Ergül Aslan’ın danışmanlığında Özge Çetin tarafından yürütülen “**Jinekoloji ve Perinatoloji Hastalarının Bakımında Omaha Sistemi’nin Kullanımı**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz.

Bu araştırmanın amacı hasta kayıtlarını sistemli olarak tutmayı sağlayan Omaha Sistemini kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde yatmakta olan hastaların bakımında kullanmaktır. Araştırma kapsamında sizinle hasta odasında özel olarak görüşülecek, sorular sorulacaktır. Bu sorularda kişisel özellikleriniz ve sağlık sorununa ilişkin durumlar yer almaktadır. Görüşme ortalama 30 dakika sürecektir. Bazı teşhis ve tedavi bilgileri de hasta dosyanızdan elde edilecektir. Hastanede kaldığımız süre boyunca (en az 2 gün) yapılan hemşirelik bakım girişimlerinin sonucu bir veri programına girilerek değerlendirilecektir. Araştırmaya sizin dışınızda 59 kişi katılacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [ozgebilgecetin@gmail.com](mailto:ozgebilgecetin@gmail.com) e-posta adresi ve 0534 984 55 03 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

---

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcının:**

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:



İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını;  kabul ediyorum  kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Özge ÇETİN

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

---

## EK 8 NIGHTINGALE NOTLARI SİSTEMİ KULLANIM İZNI



T.C.  
**Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi**  
 Halk Sağlığı Hemşireliği  
 Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : HSH-2018/6

Tarih: 01.10.2018

Sayın **Özge ÇETİN**,

Anabilim Dalımız tarafından Türk diline uyarlanarak tescil ettirilen Omaha Sistemi kod ve kavramlarını içeren Formları tüm hakları (kopyalanamaz, değiştirilemez ve ticari amaçla kullanılamaz) saklı kalmak koşulu ile öğrenci eğitiminde ve bilimsel araştırmalarınızda kullanabilirsiniz. Sistemin öğretiminde "OMAHA SİSTEMİ Hemşirelikte Bilgi Yönetimi" kitabı temel kaynak olarak önerilir.

Çalışmalarınızın sonuçları ile ilgili geri bildirim almaktan memnuniyet duyarız. Başarı dileklerimizle.

**Prof. Dr. M. Nihal ESİN**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı**

### Omaha Sistem Formları

1. Problem Sınıflama Listesi
2. Girişim Şeması / Bakım Planı ve Problem Değerlendirme Ölçeği
3. Girişim Kategorileri ve Hedefler Listesi: OMAHA SİSTEMİ Hemşirelikte Bilgi Yönetimi Kitabı sayfa: 45-46

**ETİK KURUL KARARI**

EK 6 olarak verilmiştir.



## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### JİNEKOLOJİ VE PERİNATOLOJİ HASTALARININ BAKIMINDA OMAHA SİSTEMİ'NİN KULLANIMI

#### ORJİNALLIK RAPORU

% <b>13</b>	% <b>9</b>	% <b>4</b>	% <b>9</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Istanbul University</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to TechKnowledge Turkey</b> Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>haticeninnblogu.blogspot.com</b> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>fahrettinozdemirci.com.tr</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>www.hacettepehemsirelikdergisi.org</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>Submitted to Akdeniz University</b> Öğrenci Ödevi	<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>halksagligiokulu.org</b> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Özge	<b>Soyadı</b>	ÇETİN
<b>Doğ.Yeri</b>	Bartın	<b>Doğ.Tar.</b>	13.03.1994
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>TC Kim No</b>	65941305508
<b>Email</b>	ozgebilgecetin@gmail.com	<b>Tel</b>	05349845503

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2016
<b>Lise</b>	Bartın Anadolu Lisesi	2012

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Hemşire	T.C. S.B. S.B.Ü. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2,5 (2017- Devam ediyor)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) YDS Puanı
İngilizce	iyi	orta	orta		60

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	78,03320	78,55789	70,74175

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word, Power Point, Excel)	iyi

### Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Çetin, Ö. ve Aslan, E. (2019). Adölesanlarda Sık Görülen Jinekolojik Sorunlar. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi (SABİAD)*, 2(1), 36-43.

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu SANERC- Temel Yaşam Desteği Eğitimi Sertifika- 18-19 mart 2016

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Gezmek, kitap okumak