



T.C.

ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**HEMŞİRELERİN BAKIM VERİRKEN HEMŞİRELİK
SÜRECİNİ BİLME VE UYGULAMA DURUMLARI**

Dilek OLMAZ

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Papatya KARAKURT

ERZİNCAN

2016

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
KISALTMALAR	IV
TABLolar DİZİNİ	V
GRAFİKLER DİZİNİ	VIII
ARAŞTIRMACININ ÖZ GEÇMİŞİ	VIII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	XIV
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Hemşirelik ve Hemşirelik Süreci.....	3
2.2 Hemşirelik Sürecinin Tarihi Gelişimi.....	5
2.3 Hemşirelik Sürecinin Aşamaları.....	6
2.4 Hemşirelik Sürecinin Özellikleri.....	24
2.5 Hemşirelik Sürecinin Yararları.....	24
2.6 Hemşirelerin Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1 Araştırmanın Türü.....	27
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	27
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4 Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.5 Veri Toplama Aracı.....	28
3.6 Ön Uygulama.....	28
3.7 Verilerin Toplanması.....	28
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.9 Araştırmanın Etik İlkeleri.....	29
3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirlik.....	29
4. BULGULAR	31

5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
7. KAYNAKLAR	50
8. EKLER	66

EK I: Kişisel Bilgi Formu

EK II: Hemşirelik Süreci Bilgi ve Uygulama Düzeyi Belirleme Formu

EK III: Etik Kurul Onayı

EK IV : Resmi İzin Yazısı



TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamın planlanması, yşrştşlmesinde destek olan, tezin tşm aşamalarında önerileriyle bana yşn veren, ilgisini esirgemeyen bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danıőman hocam Sayın Doç. Dr. Papatya KARAKURT'a değerli önerileriyle çalıőmama yşn veren Doç. Dr. Ayla ŐNSAL ve Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÖSE'ye,

Çalıőmama katılıp çalıőmamın veri tabanını oluşturan Tunceli Devlet Hastanesi'ndeki tşm meslektaőlarıma,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan aileme, sonsuz teőekkřrlerimi sunuyorum.

Dilek OLMAZ

KISALTMALAR

- ICN** : The International Council of Nurses (Uluslararası Hemşirelik Konseyi)
- THD** : Türk Hemşireler Derneği
- ANA** : American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Derneği)
- NANDA-I** : North American Nursing Diagnoses Association International (Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği)
- WHO** : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- PES** : Problem, Etiyoloji, Semptom

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=131).....	31
Tablo 2. Hemşirelik Süreci Basamağında Yaşanan Sorunlar (N=131)	32
Tablo 3. Hemşirelerin Hemşirelik Sürecini Kullanma Becerilerini Artırmaya Yönelik Önerileri ve Verilen Bakımın Yararları (N=131)	33
Tablo 4. Hemşirelerin Sorulara Doğru Cevapları (N=131)	34
Tablo 5. Hemşirelerin Sorulara Doğru Cevap Verme Ortalamaları (N=131)	35
Tablo 6. Hemşirelerin Bilgi ve Vaka Sorularının Doğru Cevap Sayılarının Yaşa Göre Dağılımı (N=131)	36
Tablo 7. Hemşirelerin Bilgi ve Vaka Sorularının Doğru Cevap Sayılarının Cinsiyete Göre Dağılımı (N=131)	37
Tablo 8. Hemşirelerin Bilgi ve Vaka Sorularının Doğru Cevap Sayılarının Mezun Oldukları Hemşirelik Okuluna Göre Dağılımı (N=131).....	38
Tablo 9. Hemşirelerin Soru Türlerine Verdikleri Doğru Cevaplarının Korelasyon Analizi (N=131).....	38
Tablo 10. Hemşirelerin Doğru Cevap Sayılarının Yaşa Göre Karşılaştırılması (N=131).....	39
Tablo 11. Hemşirelerin Doğru Cevap Sayılarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=131).....	40

Tablo 12. Hemşirelerin Doğru Cevap Sayılarının Mezun Olunan Hemşirelik Okuluna Göre Karşılaştırılması (N=131)	41
---	----



GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik No

Sayfa No

Grafik 1. Soruların Doğru Cevaplanma Düzeyi 35

Grafik 2. Soru Gruplarının Doğru Cevaplanma Düzeyi 36



ARAŞTIRMACININ ÖZ GEÇMİŞİ

Araştırmacı, 1989 yılında Tunceli'nin Pertek ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Tunceli'de tamamladı. Lisans eğitimini Antalya Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda 2008-2012 yılları arasında tamamladıktan sonra 2012 yılında özel bir hastanede hemşire olarak 6 ay görev yaptı. 2013 yılında Tunceli Devlet Hastanesi'nde hemşirelik görevine devam etti. Lisansüstü eğitime 2013 yılında Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda başladı. Halen Tunceli Devlet Hastanesi Dahili Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

Dilek OLMAZ

ÖZET

Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları

Giriş: Hemşirelik süreci bireyin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve çözüme ulaştırılmasında kullanılan sistematik bir yöntemdir. Ülkemizde bakım alanlarında kullanımı henüz yeni olan hemşirelik sürecinin hemşireler tarafından bilme ve uygulanma durumlarının belirlenmesi konu ile ilgili gerekli iyileştirmelerin yapılmasına katkı sağlayacaktır.

Amaç: Bu araştırma hemşirelerin, bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı türde olan bu araştırma bir ilin devlet hastanesinde çalışan hemşireler ile Ocak- Eylül 2015 tarihleri arasında yürütülmüş olup, Mayıs 2016 tarihinde tamamlanmıştır. Bu araştırmanın evrenini, sözü edilen hastanede görev yapmakta olan 151 hemşire, örneklemini ise çalışmaya gönüllü olarak katılım ve hemşireye ulaşılabilme durumu esas alınarak 131 hemşire oluşturmuştur. Veriler "araştırmacı tarafından literatür ve benzer çalışmalardan yararlanılarak geliştirilen "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hemşirelik Süreci Bilgi ve Uygulama Düzeyi Belirleme Formu" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, Kruskal-Wallis Varyans , Mann-Whitney U ve Korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan hemşirelerden %77.9'unun hemşirelik sürecinde kendisini yeterli bulduğu, %94.7'sinin klinikte hastaya bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli gördüğü belirlenmiştir. Hemşirelerin en çok hemşirelik sürecinin veri toplama (%36.6) aşamasında, en az ise değerlendirme (8.5) aşamasında sorun yaşadıkları bulunmuştur. Hemşirelik süreci kullanımını artırmadaki önerilerde hemşirelerin %40.5'i hizmet içi eğitimlerin verilmesini, hemşirelik süreci kullanımının sağladığı yararlar da ise hemşirelerin %37.5'i daha kaliteli bakım verilmesini sağladığını bildirmişlerdir. Literatür dikkate alınarak hazırlanan "Hemşirelik Süreci Bilgi ve Uygulama Düzeyi Belirleme Formunda yer alan çoktan seçmeli 21 sorunun tümüne doğru cevap veren hemşire bulunmamıştır.

Hemşirelerin hemşirelik süreci ile ilgili teorik bilgilerine yönelik sorulara verdikleri doğru cevap ortalaması 80.09 ± 14.10 , uygulamaya yönelik hazırlanan 3 örnek vakaya ait sorulara verdikleri doğru cevap ortalaması 78.30 ± 23.31 bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin bilgi sorularına verdikleri cevapların doğru düzeyi ile uygulama soruları doğru düzeyleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($p < 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Hemşirelerin tamamına yakınının bilme ve uygulama durumlarının yeterli olduğu fakat sürecin en çok veri toplama aşamasında sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda lisans öğrenim süresince hemşirelik eğitiminde hemşirelik sürecinin önemi vurgulanmalı ve meslek hayatında ise hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, hemşirelik süreci, süreci bilme, süreci uygulama

ABSTRACT

The Extent to which Nurses Know and Apply the Nursing Process When Giving Care

Objective: Nursing process is a systematic and method used to determine one's care needs and to answer them. Since it is new in care settings in our country, to determine awareness level and implementation status of nursing process by nurses will be useful in terms of making contributions to the necessary reformations and improvements. This study was conducted to determine the extent to which nurses know and apply the nursing process when giving care.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted between January and September 2015 with nurses working in a provincial state hospital and was completed in May 2016. The study population consisted of 151 nurses who were working at the hospital and the sample consisted of 131 nurses who volunteered to take part in the study and who could be contacted easily. The data were collected using a personal information form and a Nursing Process Knowledge Assessment Questionnaire, which were developed by the investigator with the help of the literature and similar studies. The data were analyzed using numbers, percentages, Kruskal-Wallis Variance Analysis, Mann-Whitney U test and Correlation analysis.

Results: From the nurses included in the study, 77.9% stated that they found themselves competent in the nursing process and 94.7% that they considered it necessary to utilize the nursing process while giving care to patients in the clinic. The nurses experienced problems mostly in the data collection (36.6%) stage of the nursing process. When they were asked about their suggestions for improving their skills in using the nursing process, they mostly recommended in-service training (40.5%). As for the benefits rendered through the use of nursing process, they stated that the nursing process enabled them to give more qualified care to patients (37.5%). There were not any nurses who gave correct answers to 21 multi-optional questions in the "Form to determine knowledge and implementation status of nursing process". It was found that average score obtained from questions that were correctly

answered and addressed nurses' theoretical knowledge about nursing process was 80.09 ± 14.10 while average score obtained from questions that were correctly answered and addressed their practical knowledge through 3 sample cases was 78.30 ± 23.31 . Besides; it was noted that there was a positive but weak correlation between correctly answered theoretical questions and correctly answered practical questions ($p < 0.05$).

Conclusion: It was identified that knowledge level and implementation level of nursing process of nearly all the nurses were satisfactory but they experienced difficulties during data collection phase most. In line with these results; it may be recommended that importance of nursing process should be emphasized during undergraduate nursing education and reinforced during professional career through on-the-job trainings.

Keywords: Nurse, nursing process, knowing the process, applying the process

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Modern ve çağdaş hemşirelik 19.yüzyıl ortalarında Florence Nightingale ile başlamışsa da tarih öncesi dönemlerde ve her uygarlıkta hasta bakımıyla uğraşan insanlar olmuştur. Hemşirelik bu bakım olayının geleneksel örüntüsü içinde olmuştur (1, 2). Hemşireler var olduklarından bu yana gözlemlerine ve deneyimlerine dayalı pek çok problem çözme yöntemi geliştirmişlerdir. Ancak bu yöntemler kullanışlı olsa da etkili olmamıştır. Çünkü yöntemler dizgeli olmayıp, gelişi güzel bir şekilde gerçekleşmiştir (3). Hemşirelik eğitimi ve uygulama alanında meydana gelen gelişmeler, gelişen ve değişen tıp teknolojinin hemşirelik bakımında kullanılması, artan toplumsal beklentiler hemşirelik bakımının sezgisel değil, bilimsel bir temele dayandırılmasını gerektirmiştir (4).

Hemşirelik mesleği kuramsal bilgi ve beceriyi içeren uygulama gerektiren bir sağlık disiplini. Bu nedenle her profesyonel disiplinde olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de uygulamalar için bilimsel metotlar kullanılmaktadır (1,5). Hemşirelik bakımına bilimsel ve planlı bir yaklaşım getiren yöntem ise hemşirelik sürecidir (1). Hemşirelik süreci; sağlıklı/hasta bireyin, ailenin, grupların bakım gereksinimlerinin, sorunlarının, belirlenmesi gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi aşamalarından oluşan sistemli bir yaklaşımdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre hemşirelik süreci, hemşirelik bakımında bilimsel problem çözümüleme yönteminin sistemli bir biçimde kullanılması olarak tanımlanmıştır (1,6). Hemşirelik Kanununa göre, hemşireler uygulamalarında hemşirelik sürecini temel almalıdırlar (7).

Hemşirelik sürecinin öneminin eğitim sürecinde vurgulanmasına ve yasal düzenlemeye karşın, hemşirelerin çeşitli nedenlerden dolayı uygulamada süreci yeterince kullanmadığı bilinen bir gerçektir. Akredite olmuş sağlık kurumlarında ise hemşirelik sürecinin kullanıldığı, fakat uygulama süresince zorluk yaşandığı görülmüştür. Hemşirelerin, hemşirelik süreci basamaklarını etkin bir şekilde kullanma durumlarının saptanmasının ve uygulama sürecinde yaşadıkları zorlukların

belirlenmesinin önemli bir aşama olduğu düşünülmektedir. Hemşirelik süreci, hemşirelerin hasta sorunlarını tanımlamalarını ve onların çözümleri için plan yapmayı öğretmelerini sağlayan en temel araçtır. Sistemli hemşirelik bakımı verebilmek için hemşirelik sürecinin kullanılması önerilmektedir (8-10) .

Bu araştırmanın yürütüleceği ildeki devlet hastanesinde çalışan hemşirelerle hemşirelik sürecine yönelik çalışma yapılmadığı tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumları belirlenerek hemşirelik sürecinin uygulanmasının arttırılmasına ve gerekli iyileştirilmelerin yapılmasına yardımcı olunacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma hemşirelerin, hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin, hemşirelik sürecine ilişkin bilgi düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin, hemşirelik sürecine ilişkin uygulamaları nedir?
3. Hemşirelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre hemşirelik sürecine ilişkin bilgi ve uygulamaları arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik ve Hemşirelik Süreci

Hemşirelik; kökü çok eskilere dayanan bir meslek olup, bu mesleğin ortaya çıkma nedeni, yaşam içinde bireylerin önüne çıkan sağlık problemlerini çözmede hemşirelerin yardımına gereksinimlerinin olmasıdır (11, 12). Çok eski zamanlardan süregelen bakım etkinliğinin görece yakın geçmişte meslek haline gelmesiyle ortaya çıkan hemşirelik, kuramsal-bilimsel bilgi temelli olup uygulama becerisi gerektiren bir sağlık disiplini (13).

Tarih boyunca hemşirelik mesleğinin birçok tanımı yapılmıştır. Florence Nightingale 1860'da hemşireliği, "Hastayı iyileştirmek için hasta çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi olarak tanımlamıştır" (14, 15). Virginia Henderson; "Hemşireyi bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç olarak görmüştür" (16). Uluslararası Hemşireler Konseyi (The International Council of Nurses-ICN) ise "Hemşirelik; bireyin ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur" tanımını yapmıştır (15). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) hemşireliği şöyle tanımlamıştır; "Hemşirelik, yardım sunan bir meslek olup bu hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunur (17). Türk Hemşireler Derneği 'nin (THD) 1981 yılında yaptığı tanımı da şöyledir: "Hemşirelik bireyin, toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini" (18).

Hemşirelik mesleğine ait bu tanımlamalar insanı, toplumu, hemşirelik mesleğini tanımlaması ve hastalığı önleyip, sağlığı sürdürmeyi amaç edinmesi bakımından benzerlik göstermektedir. Hemşirelik; dünyada ve Türkiye'de geleneksel örüntü biçiminden sıyrılarak bilimsel, teknolojik, sosyo kültürel değişimlerle kendini yenileyen, birey aile ve toplumun sağlığı ile ilgilenen uygulamaya dayalı bir sağlık disiplini (19). Hemşirelik mesleği gelişen ve değişen sağlık teknolojilerinden,

çevreden, insandan, toplumun sosyo-kültürel yapısından etkilenmekte ve bu etkiler sebebi ile sürekli değişkenlik göstermektedir (20). Bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşireliğin de gelişmesini ve değişmesini sağlamış, rol ve işlevlerini güçlendirerek toplumsal beklentileri artırmıştır (21, 22). Hemşirelik hizmetlerinin amacı; toplumsal beklentileri dikkate alarak sürekli olarak güncellenen kanıta dayalı bilgilerle entegre edilen etkin ve kaliteli bakım vermektir (17). Hemşirelik süreci de toplumun giderek artan sağlık beklentilerini bilimsel temele dayandırarak, hemşirenin mesleki gelişimine katkıda bulunan, sistematik ve bütüncül bir yaklaşımın oluşturduğu bakım aktiviteleridir (23).

Modern hemşirelik, üstlendiği çağdaş rolleri ile bireyin tüm bakım ortamlarında, en iyi hemşirelik bakımını almasını sağlayacak şekilde, hemşirelik bakımını organize etme ve sağlamada sistematik yaklaşımı benimsemektedir. Bu yaklaşım, bilimsel, planlı, sistematik bir araç olan hemşirelik sürecidir (5, 17, 24). Profesyonel bir disiplinin esas amacı mesleğin uygulamalarında kullanabileceği bilimsel bilgi içeriğini ortaya çıkarmaktır (21). Hemşirelik mesleğine profesyonel bir kimlik kazandıran hemşirelik süreci bilimsel olarak düşünme ve araştırmayı gerektiren, birey/aileye özgü olarak planlanıp uygulanan ve değerlendirilen dinamik bir süreçtir (2,22,25). Diğer bir deyişle hemşirelik süreci, hastanın sorunlarının tanımlanmasında ve çözüme ulaştırılmasında sorun çözme yaklaşımına dayanan planlı bir süreci içermektedir (26).

Süreç terimi, belirli ve istenen sonuca ulaştıran işlemler dizisi anlamında kullanılmaktadır. Hemşirelik sürecinde ise bu işlemler, hasta/sağlıklı birey hakkında veri toplama, bu verileri analiz etme, yorumlama, sorunun tür ve önemini saptama, sorunu çözümlenici girişimleri planlama ve uygulama, sonucu değerlendirme yolu ile senteze gitme gibi aşamalardan oluşmaktadır (17). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre hemşirelik süreci; "hemşirelik bakımında bilimsel problem çözme yönteminin sistemli bir biçimde kullanılmasıdır" (1). The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) hemşirelik sürecini, "hemşirenin birey, aile ve toplumun gerçek ya da olası problemleri hakkında klinik karar vermesi" olarak tanımlamaktadır (27). Hemşirelik sürecinin amacı da; sağlıklı ya da hasta bireyin sağlık bakım ihtiyaçlarını tanımlamak, önceliklerini ve hedeflerini belirlemek,

ihtiyaçlarını karşılayabilecek hemşirelik girişimlerini saptamak, uygulamak ve hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmektir (28).

2.2. Hemşirelik Sürecinin Tarihi Gelişimi

Hemşireliğin tarihçesine bakıldığında hemşirelik sürecinin, Florence Nightingale ile başladığı görölmektedir. Nightingale; hemşirenin rolünü, bakım planına göre değerlendirme ve müdahaleyi kapsayacak şekilde tanımlamıştır (2). Hemşireler 1950-1960'lı yıllarda, "Hemşirelik nedir?" sorusuna cevap aramaya başlamışlar. Lider hemşireler, hemşirelerin sadece ne yaptığını değil nasıl, niçin, neden yaptığını da araştırmaya başlamışlardır. Yapılan araştırmalar sonrasında hemşirelik süreci tanımlanmıştır. Böylece hemşirelik uygulamalarının kuramsal çerçevesi oluşmuş ve hemşirelik mesleğinin bilimsel bir tabana oturtularak profesyonel bir kimlik kazanması sağlanmıştır (21). Hemşirelik mesleğinin belirli bir sürece göre yapıldığı ilk kez 1955 yılında Lydia Hall tarafından ele alınmıştır. Ida Jean Orlando ise 1960 yılında "The Dynamic Nurse Patientn Relationship" adlı kitabında hemşirelik süreci kavramı üzerine durmuştur. Orlando'nun görüşüne göre "hemşireliğin amacı hastanın gereksinimlerinin karşılanması için hastanın gereksinim duyduğu desteği vermektir". Hemşire bu amaca hastanın gereksinimlerini belirleyerek ve bu gereksinimleri doğrudan ya da dolaylı olarak karşılamasına yardım eden bir süreci başlatarak ulaşmaktadır (25,29,30).

Yura ve Walsh, hemşirelik sürecini, "günlük hemşirelik uygulamalarında, hemşirenin bütün aktivitelerine rehberlik eden düşünce şekli" olarak tanımlamıştır. 1967'de Yura ve Walsh hemşirelik sürecinin veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluşan dört aşamasını belirlemişlerdir. Bu tarihten sonra bazı lider hemşireler ve hemşirelik kuruluşları, hemşirelik süreci aşamalarını benzer yaklaşımla, fakat farklı adımlarla ele almışlardır. Hemşirelik süreci, hemşirelikte ayrı bir başlık olarak ilk kez 1980 yılında karşımıza çıkmaktadır. Tanı teriminin kullanımı hakkındaki tartışmalar 1970'den 1980'e kadar devam etmiştir. Hemşirelerin hasta tanılmasında yetkili olduğu düşünölmemiştir (29).

ANA tarafından 1973 yılında yayınlanan "Uygulama Standartları" sekiz standardı içermekte ve bu standartlar da hemşirelik süreci de yer almaktadır. Bu standartlar

hasta bakım kalitesini belirlemek için kullanılmıştır. Bu standartlarda, hemşirelik tanısını da içeren, hemşirelik süreci tanımlanmıştır. Hemşirelik tanısı terimi ilk olarak, 1973 yılında Fry tarafından kullanılmıştır. NANDA'nın 1974 yılındaki ilk toplantısında diğer hemşirelik süreci aşamalarına bir aşama olarak eklenmiştir. Bundan önce, hemşirelik sürecinin ilk aşamasının doğal bir sonucu olarak görülmekteydi. 1991 yılında yayınlanan standartlarda ise, hemşirelik süreci, veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere beş aşamadan oluşmuştur. Hemşirelik alanındaki profesyonel organizasyonlar hemşirelik sürecinin kullanımını desteklemiştir. Örneğin; 1980 de ANA tarafından yayınlanan "Hemşireliğin Sosyo Politik Durumu" isimli kitabında tanı ve tedavi aracılığı ile hemşireliği tanımlamışlardır. "Amerikan Yoğun Bakım Hemşireliği Derneği" 1990 yılında hemşirelik tanısını hemşirelik uygulamalarının kavramsallaştırılmış bir ifadesi olarak tanımlamıştır. ANA 1991 yılında, "Klinik Hemşirelik Uygulamalarının Standartları"nı yeniden düzenleyerek yayınlamıştır (22,29,31-33)

2.3. Hemşirelik Sürecinin Aşamaları

Hemşireler, bilimsel yöntemlerden fayda sağlayarak problemlere çözüm getirmeyi amaçlar. Bilimsel problem çözme süreci ile hemşirelikte problemi çözme süreci paralellik göstermektedir. Hemşirelik sürecine bakıldığında hastaya ve aileye odaklanan, problem çözme odaklı olup bilimselliği temel alan, sistematik bir süreç olduğu görülmektedir (34). Hemşirelik süreci birbirini izleyen her biri eşit derecede öneme sahip, her birinin doğruluğunun diğerini etkilediği, her birinde farklı metod kullanılan beş aşamadan oluşur (34-36). Ancak konuyla ilgili literatür incelendiğinde hemşirelik sürecinin genelde dört ya da beş aşamadan oluştuğu da görülmektedir.

Yura ve Wals 1967'de hemşirelik sürecinin dört aşamasını tanımlamışlardır.

- ✓ Tanılama
- ✓ Planlama
- ✓ Uygulama
- ✓ Değerlendirme (29,30)

ANA'nın hemşirelik uygulamaları standartlarına göre hemşirelik süreci aşamaları;

- ✓ Veri toplama
- ✓ Hemşirelik tanısı belirleme
- ✓ Hedef saptama
- ✓ Hemşirelik bakımının planlanması
- ✓ Hemşirelik uygulamaları
- ✓ Değerlendirme
- ✓ Planı gözden geçirme (1,30).

Hemşirelik süreci bilimsel problem çözme yöntemidir. Bilimsel Problem Çözme Yönteminin Aşamaları

- ✓ Problemin farkına varma
- ✓ Bilgi toplama
- ✓ Hipotezi oluşturma, hipotezi test ederek plan geliştirme
- ✓ Hipotezi test etme
- ✓ Çözümü değerlendirme.

Hemşirelik Süreci Aşamaları

- ✓ Veri toplama, Verileri analiz etme
- ✓ Hemşirelik tanısı belirleme
- ✓ Planlama
- ✓ Uygulama
- ✓ Değerlendirme olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır. Bu çalışmada bu beş aşamalı hemşirelik süreci incelenecektir (1,34,38,39).

Veri Toplama

Veri toplama hemşirelik sürecinin başlangıç aşamasıdır. Bu aşamada bireyin bakımında temel olacak veriler toplanır yani bireyin ilk değerlendirmesi yapılmaktadır (1,5). Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarına temel olan veri toplamanın doğru, objektif ve eksiksiz yapılması gerekmektedir. Verilerin sistemli ve kapsamlı bir şekilde toplanması için uygun bir modele sahip olmak gerekir. Hemşirelik tanısı koymada yeterli olmanın kriterlerinden biri, hemşirelik verisini toplamaya yol göstermesi için bir hemşirelik modeli kullanma yeteneğine ve bilgisine sahip olmaktır (1,40). Hemşire verileri kullandığı modele göre (Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeli-Yaşam Aktiviteleri/YA, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, İnsan Yanıtı Örüntüleri vb.) sınıflandırır (41).

Veri toplama aşamasında sağlıklı/hasta bireyin ve ailenin, fiziksel, sosyal psikolojik durumu hakkında tüm bilgiler toplanmaktadır (42). Uygun ve doğru verileri toplayabilmek, hasta ve ailesi ile profesyonel ve güvene dayalı bir ilişki gerektirmektedir (5). Veri toplama sağlıklı/hasta birey ile ilk karşılaştığı andan itibaren başlar, aralıksız bir şekilde taburculuğa kadar devam eder (1,43). Bu aşamada hemşirenin, sürecin diğer basamaklarına temel olduğu için verileri zamanında ve yerinde toplaması ve tamamlaması çok önemlidir (31). Durum değerlendirmesini yapmak için en uygun ortam; sağlıklı/hasta birey ve ailesinin bulunduğu ortamdır (20,44).

Veri Tipleri

Hemşirenin topladığı veriler subjektif ve objektif olabilir. Subjektif veri; bireyin kendisinden elde edilen veridir. Subjektif veriler başka kaynaktan elde edilemez. Ayrıca bu veriler belirti ve gizli veriler olarak tanımlanabilmektedir. Örneğin; karnım ağrıyor, ameliyattan korkuyorum gibi bireyin kendi söylemleridir (45,46).

Objektif veriler ise, bireyin kendisi dışındaki bireyler tarafından görülen duyulan veya hissedilebilen gözlenebilen ölçülebilen verilerdir. Bu veriler bulgu veya açık veri olarak tanımlanmaktadır. Objektif veriler, başka bireyler tarafından gözlem yapılarak doğrulanabilir. Örneğin; kaşektik, koltuk değneği ile yürüyor gibi (1,46).

Veri Kaynakları

Veriler çeşitli kaynaklardan elde edilmektedir. En iyi bilgi kaynağı bireyin kendisidir. Ayrıca bilgi bireyin kendisinden alındığı gibi fizik muayene yaparak, laboratuvar test sonuçlarını değerlendirerek, hasta ve ailesini gözleyerek, onlara sorular sorarak, geçmiş tıbbi kayıtları inceleyerek ve diğer sağlık bakım görevlilerine danışarak toplanabilir (1,36,46,47).

Veri Toplama Yöntemleri

Hasta ile ilgili veri toplayabilmek için hemşirenin görüşme ve gözlem yapma, sağlıklı/hasta bireyi dinleme konularında bilgi ve beceriye sahip olması gerekir (48). Sağlıklı /hasta birey hakkında veriler çeşitli yöntemlerle toplanır. Bunlar;

Görüşme

Sağlıklı /hasta bireyden veri toplarken ilk adım bireyle görüşerek subjektif verinin toplanılmasıdır. Amaç bireyin geçmiş sağlık öyküsü ve mevcut sağlık durumu hakkında bilgi elde etmektir (46). Hemşirenin görüşmeyi doğru bir şekilde yönetmesi, sağlıklı/hasta bireyin kendisini ifade etmesine fırsat verir (24). Hemşire görüşmeye başlamadan önce ortam, zaman, oturma düzeni ile ilgili bir hazırlık yapmalıdır. Hemşire görüşme yapılacak ortamı bireyin rahat edeceği, gizliliğinin sağlandığı bir şekilde düzenlemelidir. Görüşme, iyi aydınlatılmış, iyi havalandırılmış, gürültünün olmadığı bir ortamda yapılmalıdır (1,46,49).

Görüşme hastanın fiziksel olarak rahat, endişelerinden uzak, ağrısız, dikkatinin dağınık olmadığı bir zamanda yapılmalıdır. Görüşme sırasında hem oturma düzeni hem de sağlıklı/hasta birey ile hemşire arasındaki mesafe önemlidir. Hemşirenin bireyin ayak ucunda veya yanında ayakta durması üst -alt ilişkisine neden olur. Bu yüzden hemşire sağlıklı/hasta birey ile göz hizasında hastaya ne çok yakın ne de çok uzak olmayan uygun bir yere oturmalıdır (1,12,46).

Hemşire görüşmeye, adını, pozisyonunu, görüşmenin amacını söyleyerek başlamalıdır (46). Hemşire hasta ile görüşürken mümkün olduğunca tıbbi terimlerden uzak, açık, anlaşılır, hastanın duyabileceği yumuşak ve sakin bir ses tonuyla konuşmalıdır (50). Başlangıçta birey/hastaya kolay yanıtlayabileceği spesifik sorular

sorulmalıdır (1,24). Daha sonra, duygularını ifade etmesine imkan sağlayan sorular sorulmalıdır. Gereksiz soru sormaktan kaçınılmalıdır (1). Başarılı bir görüşme bireye görüşmenin sonlandırılacağı söylenilerek dikkatli bir şekilde sonlandırılmadır (46).

Gözlem

Gözlem, hemşirelik öyküsü alındığı zaman veya fiziksel muayede kullanılan temel hemşirelik becerilerinden biridir. Başka bir deyişle gözlem hemşirenin veri toplama amacıyla duyu organlarını bilinçli olarak kullanmasıdır. Hemşire tüm duyu organlarını kullanarak birey ile ilk karşılaştığı an itibariyle onu dikkatle izler (1,24). Hastanın gözlemlenen davranışları ile ilgili problemlerin anlamlandırılması, hemşirelik sürecinin tanı aşaması için önemlidir (5). Ayrıca gözlem yaparak elde ettiği veriler tanılamayı tamamlamak için hangi veriye gereksinimleri olduğuna karar vermede yardımcı olur. Gözlem yaparken hemşire baktığı şeyi gerçekten görmeli, görmek istediği şey hakkında mesleki bilgi ve deneyimlerinden yararlanmalıdır. Hemşirenin pratikte mesleki bilgi ve deneyimlerini kullanabilmesi için gözlem yeteneğinin gelişmiş olması gerekmektedir (1,46,50).

Dinleme

Hemşirede olması gereken önemli özelliklerden biri de iyi bir dinleyici olmasıdır. Eğer söylenenler dikkatli bir şekilde dinlenilip kavranılmazsa konuşma bir değer taşımaz. Dinleme; hemşirenin ilgisi ve kabullenici tavrının birey ya da hastaya sözsüz olarak iletildiği yollardan biridir (12). Birey/hasta bir şey sorduğu zaman veya bir şey paylaşmak istediğinde hemşire, duruşu ile yüz ifadesi ve mimikleriyle hastaya onu dinlediğini hissettirmelidir (24). Hemşire hastanın anlattığı konuya odaklanmalıdır. Birey/ hasta konuşmasına ara verdiğinde sessizliği bozmamalı bireyin ya da hastanın kendiliğinden tekrar konuşması beklenmelidir. Hemşirenin eğer vakti yok ise acil olarak yapması gereken başka bir uygulamanın söz konusu olduğunu, geri döneceğini ona gereken zamanı ayıracağını uygun bir dille anlatmalıdır. Çünkü hemşire ilgisiz ayaküstü dinlemeye kalkıştığında hasta kendiliğinden susar. Hemşire hastanın anlattıklarını dikkatli bir şekilde dinlemeli ve önemli olanları kaydetmelidir (1,46).

Hemşirelik Öyküsü

Hemşirelik öyküsü, bireyin kişisel bilgileri, şikayetleri, o anki sağlık problemi, geçmiş sağlık öyküsü, bunların mevcut tedavisi, alerjileri, yaşam biçimi, ailesel hastalık öyküsü ve sosyal durumu hakkındaki verileri içermektedir. Hemşire bireyi kapsamlı bir şekilde tanımaya odaklanmalıdır. Hemşirelik öyküsü tanılamamanın en önemli ögesidir. Kapsamlı bir şekilde elde edilen bilgilerin ilişkilendirilmesi doğru bir bakım planının uygulamaya konulmasına katkı sağlar. Hemşirelik öyküsü birey hastaneye yattıktan kısa bir zaman içerisinde veri toplamanın ilk aşaması olan görüşme yapılırken alınmalıdır ve hemşirelik öyküsünü fiziksel muayene izlemelidir (1,24,46,51). Hastadan veri alırken hemşirelik verisi toplamak çok önemlidir. Çünkü hemşirelik verisi tanı koymayı kolaylaştırır. Hemşirelik tanısının belirlenmesinde eleştirel düşünme, bilgi ve deneyim gerekmektedir (36,52,53)

Fiziksel Değerlendirme

Fiziksel değerlendirme; sağlıklı/hasta bireyin durumunun daha iyi tanımlanabilmesi amacıyla objektif verilerin inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon teknikleri kullanılarak değerlendirilmesidir (1). Amaç, normal durumdan sapmaları belirlemektir (51). Muayene sırasında elde edilen veriler standart kabul edilmiş değerler ile karşılaştırılarak toplanılmaktadır (Sabuncu 2008). Bu veriler hemşirelik bakımının planlanmasına katkı sağlar. Fizik muayene hemşirelik öyküsü ve görüşmeyi takiben yapılır. Yapılan muayene hemşirelik öyküsü ile elde edilen verileri doğrulayabilir veya yeni verilerin elde edilmesini sağlayabilir (1,46).

Veriler hangi yöntemle toplanırsa toplansın elde edilen verilerin sorunla alakalı, gereksiz olmayan, anlamlı, gizliliği olan ve kaydedilebilir olması gerekir. Hemşirenin var olan sağlık gereksinimini ortaya çıkarmak amacıyla toplanan veriler, hastanın psikolojik, fiziksel, sosyo kültürel, ekonomik ve çevresel durumuna ilişkin olarak toplanır. Diğer bir deyişle sağlıklı/hasta bireye bütüncül yaklaşım gösterilerek yapılmalıdır (46).

Verilerin Doğrulanması

Verilerin doğrulanması, toplanılan verilerin gerçek ve doğru olduğunun onaylanmasıdır. Amaç tanılama aşamasının doğru yapılabilmesi için yanlışların, yan tutmanın ve hatalı yorumlamanın mümkün olduğunca engellenmesidir. Hemşire verileri, veri toplama esnasında veya veri toplama sürecinin sonunda doğrulayabilir (1,46).

Hemşire bu aşamada elde edilen verilerin doğru ve gerçek olduğundan emin olmak için, verilerin doğruluğunu geçici olarak etkileyen etken olup olmadığını kontrol etmelidir (46,51). Elde edilen veriler normalden oldukça farklı ise mutlaka yeniden veri toplanmalıdır. Sağlıklı/ hasta bireyin ifade ettikleri ve hemşirenin gözlemleri arasında tutarsızlık söz konusu ise ya da veriler objektiflikten uzak ise verilerin doğrulanması gerekmektedir. Hemşire topladığı verilerin doğruluğundan emin olmadığı durumlarda daha deneyimli bir meslektaşından yardım alıp doğru bilgiye ulaşmaya çalışmalıdır. Laboratuvar çalışmalarının doğruluğunu etkileyen bazı yanlış uygulamaların sonucu olumsuz etkileyeceği unutulmamalıdır (1,46). Verilerin doğru olduğuna emin olunduktan sonra, hemşire verileri analiz edip yorumlayarak hemşirelik tanısını belirlemelidir (46).

Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Analiz, toplanılan verilerin anlamlı ve kullanılabilir gruplara organize edilmesiyle başlar. Veri iyi bir şekilde gruplandırıldığında analiz kolay olmakta ve bireysel hemşirelik tanıları ve ortak sorunlar doğru bir şekilde belirlenmektedir. Verilerin analizi, hemşirenin karar verme, eleştirel düşünme becerisi ve deneyimleri ile ilişki kurabilme yeteneğine bağlıdır. Hemşire akıl yürütme ve yargılama yoluyla bireyin sağlık durumu ile ilgili verinin ne olduğuna karar verir. Veri toplanırken ve yorumlanırken sorunla ilgili olan ve olmayanların ayıklanması gerekir. Hemşire verileri yorumlarken aynı zamanda anlamlandırmalıdır. Çünkü toplanan veriler anlamlandırılmaz ise işe yaramaz (41,46,53).

Hemşirelik Tanısı

Hemşirelik sürecinin ikinci aşaması olan hemşirelik tanısı hemşirelik uygulamalarına temel oluşturur (20). Bu aşama hemşirenin eleştirel düşünme becerisini kullanarak topladığı verileri analiz edip bireye özgü bakımın sunumunda bir ya da daha fazla hemşirelik tanısı belirlemekle sonuçlanır. Hemşirelik tanısı ile bireyin sağlık sorunu ve bu soruna neden olan faktörler belirlenir (54).

Hemşirelik tanıları birey, aile ya da toplumun var olan veya potansiyel sağlık problemlerine gösterdikleri tepkiler konusunda bir klinik karar tanımlamaktadır. (55,56) Başka bir ifadeyle hemşirelik tanısı; var olan ya da olası sağlık problemlerine karşı birey aile ya da toplumun fizyolojik, biyolojik, fonksiyonel, psikolojik, sosyal, spiritüel tepkilerini içermektedir (57). NANDA hemşirelik tanısını “birey aile ve toplumun, gerçek ve olası sağlık problemleri veya yaşam süreçleri yanıtları hakkında klinik bir karar/yargıdır” olarak tanımlamaktadır (20,36). Gordon hemşirelik tanısını, “hemşirelerin deneyim ve bilgisi ile çözmeye yetkili oldukları gerçek ve potansiyel sağlık sorunlarıdır” şeklinde tanımlamıştır (58). Hemşirelik tanısı belirlemede amaç; birey, aile ya da toplumun sağlık veya hastalığa verdiği yanıtları gösteren, gerçek/olası problemleri, probleme neden olan etiyolojik faktörleri, birey aile ve toplumun sorunlarını çözüme ve önlemede yaşadığı güçlükleri belirlemektir (54).

Hemşirelik tanısının gelişim süreci incelendiğinde hemşirelik tanısı terimi, ilk olarak 1950’li yıllarda Virginia Fry tarafından ortaya atılmıştır. Fry, hemşirelik bakım planının oluşturulmasında en önemli aşamanın, hemşirelik tanısının formüle edilmesi olduğunu ileri sürmüştür. Fry hemşirelikte bilimselleşmeyi sağlamak amacıyla, hemşirelik tanısının formüle edilmesi ve bu formül esas alınarak bakım planının yapılması gerektiğini savunmuştur. Başlangıçta hemşirelik tanılarının kullanımı ANA gibi mesleki organizasyonlar tarafından desteklenmemiş ve beklenen ilgiyi görmemiştir. Tanı, “sadece tıbbi tedavi gerektiren bir sorun için kullanılır” fikri hakim olmuştur (1,41,54,59). Önceleri “Hemşirelik Tanısı” kavramı yerine hemşirelik girişimlerine yön veren, bireyin ve ailenin “Hemşirelik Problemi” ya da “Hastanın Gereksinimi” kavramı kullanılmaktaydı. 1960’lı yıllarda tanı koymanın hekimin görevi olduğu düşüncesi yaygın görülmekteydi. Dr. Lester King “Tanılama Nedir?” konulu yayınında, “sadece hekim tanı koyabilir” fikrinin yanlış olduğunu,

tıbbi tanılama hekimin işi olmasına rağmen, tanılama kavramının sadece tıba ait olmadığını belirtmiştir (1).

Hemşirelik literatüründe hemşirelik tanısı kavramının sık yer almasının yanı sıra, 1970'li yıllara gelindiğinde ise, hemşirelik uygulamaları ve eğitiminde de hemşirelik tanılarının kullanımı artmıştır. ANA tarafından 1973 yılında yayınlanan "Uygulama Standartları" sekiz standart içermektedir. Bu standartlar bakımın kalitesini belirlemek için kullanılmıştır. Bu standartlarda, hemşirelik tanısının da yer aldığı, hemşirelik süreci kavramı tanımlanmıştır. 1980'lerde formal bir taksonominin gerekliliği konusunda yaygın bir görüş hakim olmuştur. 1982 yılında kurulan NANDA'nın amacı, hemşirelerin kullanımı için hemşirelik tanı terminolojisini belirlemek, sadeleştirmek ve geliştirmektir. 2003 yılında NANDA uluslar arası bir kuruluş haline gelerek NANDA- international (NANDA I) olarak adını değiştirmiştir (20,30,57). Günümüzde NANDA hemşirelik tanılama sistemi uluslararası platformda geniş bir yer tutmaktadır (56,60). Hemşirelik tanıları, profesyonel hemşire-birey etkileşiminin esas ögesidir ve NANDA hemşirelik tanılarının geliştirilmesinde ve sınıflanmasında öncelikli olarak tanınmaktadır (61).Yıllarca süren çalışmalarda taksonomide bugün 13 alan, 47 sınıf ve 206 hemşirelik tanısı bulunmaktadır. 2009-2011 listesine 21 tanı eklenmiş 9 tanı revize edilmiş ve 6 tanı listeden çıkarılmıştır (54).

Hemşirelik süreci hemşirelikte önceliği olan bir konudur ve hemşirelik tanıları ise süreçte olması gereken bir aşamadır (51). Bireyin sağlık probleminin başarı ile çözülmesi hemşirelik tanısının doğru belirlenmesine bağlıdır (54). Hemşirelik tanılarının doğruluğu ise, sağlıklı veri toplamaya bağlı olup, sürecin planlama, uygulama ve değerlendirme basamakları için doğru adımların atılmasında önemlidir (62). Böylece doğru tanımlanan bir hemşirelik tanısı ile bireyin gerçek gereksinimlerinin karşılanması ve bakımın sistematik bir biçimde verilmesi sağlanmaktadır (5,63). Hemşirelik tanıları, profesyonel hemşirelik bakımının merkezini oluşturup mesleğin bağımsız karar verme özelliğini yansıtan, hemşirelerin bireysel ve toplumsal sağlığa olan sorumluluklarının önemli göstergeleri olmaktadır (64,65,66).

Hemşirelik tanısını belirleme ve kullanma pek çok avantaja sahiptir. Hemşirelik tanıları, bireyselleştirilmiş sistematik bakım planlarının oluşturulmasında bilginin organize edilip karar alınması için bir metod olarak kullanılmakta (56) ve hemşirenin yerine getirmeye sorumlu olduğu girişimlerin seçimine yön vermekte ve doğru sonuçlar için temel oluşturmaktadır (67). Hemşirelik tanısı hem hemşireler hem de diğer sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimi kolaylaştırır, hasta ihtiyaçlarının önceliklerini belirlemeye yardım eder, kaliteli bakım sağlama ve sürdürmeyi, sürecin değerlendirilmesini ve izlenmesini sağlar (53).

Mesleğin profesyonel olarak devam ettirmede profesyonel bir dil kullanımı esastır. Bu bağlamda bireysel ve bütüncül bakımın sağlanmasında hemşirelik dilini geliştirmek bakımı standardize ederek değil, hemşireliği ifade edişimizi standardize ederek sağlanabilir. Bu nedenle ortak dil kullanımı önemlidir (62). Hemşirelik tanıları bakımın, bakım ihtiyacının, bakım yönetiminin ve sonucunun ne olduğunun ortak bir dille tanımlanmasını sağlar (54). Lopes ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında hemşirelikte ortak bir dil sağlayan NANDA hemşirelik tanılarının kullanışlı, geçerli ve önemli olduğunu vurgulanmaktadır (68). NANDA hemşirelik tanıları hemşirelikte dil birliğini sağlamada önemli olduğu gibi hemşire kayıtlarında, hemşirelik uygulamalarında ve hasta sonuçlarında kaliteyi sağlamada da gereklidir (69). Hemşirelik tanıları; kanıta dayalı uygulamalarda, profesyonel hemşirelik bakımında, bireyin gereksinimlerinin etkili şekilde karşılanmasında ve hizmet verilen bireyin güvenliğinin sağlanmasında anahtar olarak görülmektedir (41).

Hemşirelik Tanısının Yapısı

Hemşirelik tanısının belirleme süreci öncelikle toplanan verilerin analizi ve yorumlanmasını sonra bu verilerin gruplandırılarak bireyin sorununun tanımlanması ve belirlenen hemşirelik tanısının PES (Problem, Etiyoloji, Semptom) formatına göre formüle edilmesi aşamalarından oluşur (54). PES formatı olarak adlandırılan format Gordon tarafından geliştirilmiştir. Bu formatta P, NANDA tanılama seviyesini kullanarak problemin kısa tanımı anlamına gelir. Durumun bir parçası olan E, tanı ile ilişkili etiyooloji için kullanılır. Bu ilişkili faktörler problemin gelişmesine katkıda bulunan ya da neden olan durum ya da durumlardır. Tanı ifadesinin son bölümü S'dir. Semptom olarak ya da NANDA'nın isimlendirdiği gibi tanımlama

özellikleri için kullanılır. Tüm tanı tipleri, problem, etiyoloji, semptom (PES) unsurlarını içerir. Her tanının mutlaka bir adı, etiyolojisi ve belirtileri olmalıdır (2).

Hemşirelik Tanı Tipleri ve Ortak (Kollaboratif) Problem

Bireyin yaşadığı ve klinik karar gerektiren sağlık sorunları; hemşirelik tanısı, tıbbi tanı ve kollaboratif sorundur. Hemşirelik tanıları tıbbi tanı ile karıştırılmamalıdır. Tıbbi tanı organ ve vücut sistemlerinin patolojisini tanımlar. Hemşirelik tanısı ise; hemşirelerin bağımsız olarak karar vermekte oldukları sağlık sorunlarıdır. Sadece hemşirenin uygulama alanındaki sağlık bakımı sorunları hemşirelik tanıları olarak tanımlanabilir. Hemşire tıbbi tanıyı belirleyemez ve tedavisinde yetkili değildir (54).

Hemşirelik tanıları genel olarak, Mevcut/Gerçek, Risk, İyilik/Esenlik ve Sağlığı Geliştirme Hemşirelik Tanıları olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (36,41,70,71).

Mevcut/Gerçek Hemşirelik Tanıları: Sağlık durumuna, karşı birey, aile ya da toplumun verdiği insan yanıtlarının var olması olarak tanımlanır. Mevcut /Gerçek hemşirelik tanısı hemşirenin major tanımlayıcı özellikleri doğruladığı, tanının varlığını gösteren belirti ve bulgularla desteklenen klinik bir karardır (57,64,70). Hemşirelik tanısının üç temel unsuru yani problem, etiyoloji ve semptom mevcut hemşirelik tanısında vardır (2).

Risk Hemşirelik Tanısı: Sağlık durumuna karşı birey, aile veya toplumda insan yanıtının gelişmesi riskinin bulunması olarak tanımlanmaktadır (70). Örselenebilirliği arttıran, artmasına yol açan risk faktörlerinin varlığı ile desteklenir. Önlem alınmazsa ortaya çıkabilecek problemleri ifade etmek için kullanılan hemşirelik tanılarıdır. Problemin henüz belirti ve bulguları ortaya çıkmamıştır, ancak tanımlayıcı özellikler risk olarak mevcuttur. Bu risk hemşirenin alacağı önlemlerle ya da yapacağı hemşirelik girişimleri ile ortadan kaldırılabilir, böylece problem ortaya çıkmaz (36,54,72).

İyilik/Esenlik Tanıları: İyilik ve esenliğe ulaşma istekliliğine sahip birey, aile ya da toplumda esenlik düzeyine karşı gelişen insan yanıtı olarak tanımlanmaktadır (70). Başka bir ifadeyle, iyi durumda bulunan ve bu iyilik halini güçlendirmeye hazır olan bir kişinin, bir ailenin veya toplumun iyilik düzeyine karşı insan yanıtlarını tanımlar

(64). Bu tanı türünde birey, aile veya toplumun esenliğini daha üst seviyeye geçiş için isteklilik gösterdiğine ilişkin belirti ve bulgular bulunmaktadır. İyilik / esenlik hemşirelik tanıları ise, tanının ismi, tanımını ve tanımlayıcı özellikler olmak üzere üç komponentten meydana gelir ve tanı ismi ile ifade edilmelidir (37,70).

Sağlığı Geliştirme Hemşirelik Tanıları: İnsan sağlığı potansiyelini geliştirmek ve iyilik halini yükseltmek için birey, aile ya da toplumun motivasyonu ve isteğinin klinik kararıdır. Sağlığı geliştirme hemşirelik tanılarında birey, aile veya toplumun iyilik halinin bir düzeyinden daha üst düzeyine geçiş için isteklilik gösterdiğine ilişkin belirti ve bulgular yer almaktadır (41). Bu tanı türü tanının ismi, tanımını ve tanımlayıcı özellikler olmak üzere üç komponentten meydana gelir ve sadece tanı ismi ile ifade edilmelidir (70).

Olası Hemşirelik Tanısı: Bazı literatürlerde (73) bir tanı türü olarak yer alan olası hemşirelik tanısı gerçek, risk, esenlik, sağlığı geliştirme hemşirelik tanıları gibi bir tanı türü değildir (74). Olası hemşirelik tanısı problemi doğrulanmak ya da dışlanmak için daha fazla bilgiye gereksinim olduğu durumları ifade etmek için kullanılan ifadelerdir. Kayıtlarında "olası problem" ifadesi belirtildiği zaman, problemin varlığını ispat etmek ya da tamamen dışlayabilmek, yoktur diyebilmek için daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır. Toplanan bilgiler sonucunda ya problemin varlığı kabul edilir, ya da problemin varlığı reddedilir (2,64).

Ortak (Kollabaratif) Problem

Hemşire planladığı ve uyguladığı bağımsız hemşirelik uygulamaları ile her problemi çözüme ulaştıramayabilir. Problemin çözümü için farklı meslek gruplarının bilgisine ihtiyaç duyabilir. Aynı şekilde diğer sağlık ekibinin de hemşirenin bilgisi kararı dikkati olmadan çözemedikleri problemler vardır. Bu tür problemler ortak problem ya da kollabratif problem olarak isimlendirilir. Diğer bir deyişle, hemşirenin bağımsız olarak ilgilendiği problemler hemşirelik tanılarıyla adlandırılırken, bağımlı işlevleri ortak problemler altında adlandırılmıştır (53,57,64). Hemşire kollabratif problemleri sağlık sorununun komplikasyonlarını en aza indirmek için doktor tarafından tanımlanan ve hemşire tarafından tanımlanan girişimleri kullanarak yönetir (74) Örneğin; enfeksiyon tanısı hem hemşirenin bağımsız olarak alacağı

önlemleri gerektirirken, hem de mutlaka enfeksiyon hastalıkları uzmanı bir hekimin önereceği tedavinin uygulanmasını gerektirir (2).

Planlama

Planlama hemşirelik sürecinin, ne yapılacağına karar verme ve problemi çözmeyi içeren üçüncü aşamasıdır. Planlama aşamasına toplanılan veriler analiz edildikten ve hemşirelik tanısı belirlendikten sonra başlanılır. Planlama aşaması hemşirelik tanıları ile belirlenen sorunların önceliklerinin, ulaşılması gereken amaçların belirlenmesini ve bu amaçlara ulaşmak için hemşirelik girişimlerinin seçimini içerir (36,75-77). Bu aşamada hemşire saptadığı problemlerin çözüme kavuşması, ihtiyaçların karşılanması için vereceği hemşirelik bakımına karar verir (43). Planlama aşaması;

- a) Önceliklerin belirlenmesi
- b) Bakımın amaçlarının /hedeflerinin belirlenmesi
- c) Hemşirelik girişimlerine karar verilmesi
- d) Bakım planının yazılmasını kapsar (1).

Önceliklerin Belirlenmesi

Öncelikleri belirlemek problemlerin sıralanması demek değildir. Planlanan hemşirelik bakımında hangi tanının öncelikli olarak ele alınacağı belirlenmesidir. Bireyin istekleri, gereksinimleri ve güvenliği esas alınarak, problemler önem derecesine göre sıralanır (24,78). Hemşirelik tanıları önceliklerine göre yüksek, orta ve düşük olarak sınıflandırılabilir. Hemşire, öncelikleri belirlerken farklı model ve kuramlardan yararlanabilir. Genellikle Maslow'un "Temel İnsan Gereksinimleri" başta olmak üzere diğer ilgili kuramlar dikkate alınır. Bu sıralamaya göre; öncelik fizyolojik gereksinimlere zarar veren problemlerden başlanılarak, kendini kanıtlamayı olumsuz etkileyen problemlere doğru bir öncelik sıralaması yapılır (1,43,51,43).

Bakımın Amaçlarının / Hedeflerinin Belirlenmesi

Hemşire hastada topladığı verileri analiz edip değerlendirdikten, hemşirelik tanılarını belirleyip, öncelik sıralamasını yaptıktan sonra her bir hemşirelik tanısına özgü bakımın amaçlarını ve bu amaçlara yönelik hedefleri belirler (1).

Bazı hemşireler hemşirelik bakım planında "hedef" terimi yerine "hastanın beklenen sonuçları" terimini kullanmaktadır. Bakım planı yapılırken amaç, hedef, hastanın beklenen sonuçları sözcükleri birbirinin yerine kullanılabilir. Çünkü bu sözcüklerin hepsi hemşirelik bakımı sonucunda başarılması istenen durumu ifade etmektedir. Ancak amaç ve hedef terimleri arasında biraz farklılık vardır. Her iki terimi tanımlayacak olursak hedef terimi, hemşirelik girişimleri sonucunda, bireyin bakım sorununun çözümüne ilişkin özel beklentidir. Amaç ise, hemşirelik girişimleri sonucundan beklenen daha genel beklentidir. Örneğin; "Bireyin barsak eliminasyonu normale dönecektir" ifadesi bir amaç cümlesiyken, "Günaşırı en az bir kez yumuşak barsak boşaltımı olduğu görülecektir" ifadesi daha özel olup belirlenen hasta sonucunu ifade eder (1,29). Amaçlar kısa vadeli ya da uzun vadeli olarak önceliklerine göre belirlenmelidir. Amaçlar önceliklerine göre gerçekçi bir şekilde belirlenmedikçe hem hemşire hem de hasta hemşirelik bakımında istenilen hedeflere ulaşamaz (79).

Hedef ve amaçlar, var olan sağlığı sürdürmeye ve sağlık sorununu çözümlenmeye veya bozulmuş sağlığı düzeltmeye yönelik olmalıdır. Bu hedef ve amaçlar ulaşılabilir, anlaşılabilir, gözlenebilir, test edilebilir, gerçekçi, hastayı ve gerekiyorsa ailenin işbirliğini kapsayacak özellikte olmalıdır. Böylece değerlendirme daha başarılı olur (1,29,43,75).

Hemşirelik Girişimlerine Karar Verilmesi

Hemşirelik girişimlerinin seçimi bir karar verme sürecidir. Uygun girişimlere karar vermede yöntem her zaman aynıdır, fakat girişimin tipi hasta ya da sağlıklı bireyin ihtiyacına göre bireyselleştirilmelidir (77,35,36). Hemşirelik girişimleri, bilimi temel alan verilere, davranış ve fen bilimlerini de içeren bilgilere göre planlanır (51).

Bakımın amaç ve hedefleri belirlendikten sonra bu amaç ve hedeflere yönelik hemşirelik faaliyetlerine karar verilir. Amaç ve beklenen hasta sonuçlarına ulaşabilmek için birden fazla yöntem olabilir. Bu yöntemler hasta ile birlikte gözden geçirilerek belirlenmelidir.

Hemşirelik girişimleri hemşirelik tanısı, problemin etiyolojisi ve beklenen sonuç dikkate alınarak belirlenmelidir. Belirlenen bu hemşirelik girişimleri hemşirenin diğer sağlık personellerinden bağımsız kendi otonomisini kullanarak gerçekleştirdiği girişimler olduğu gibi doğrudan diğer sağlık personeline bağlı ya da diğer sağlık personelleriyle ortak olarak gerçekleştirdiği girişimler de olabilir (1,36,50).

Hemşirelik girişimleri hem fizyolojik hem de psikolojik girişimleri kapsar (1). Algier ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hemşirelerin en fazla fizyolojik alandaki hemşirelik girişimlerini önemsedikleri belirtilmiştir. Türk ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da hemşirelerin fizyolojik gereksinimlere öncelik verdiği ortaya çıkmıştır. Hemşirenin bakım verdiği bireylerin beklentileri ve algılamalarının farkında olarak bakımını yönlendirmesi, hasta ve hemşire arasındaki etkileşimi ve bakım kalitesini geliştirecek, güçlendirecektir (80,81).

Bakım Planının Yazılması

Planlama aşamasının son adımıdır. Bakım planı amaca yönelik yapılan bir hemşirelik modelidir. Hemşirelik bakım planında toplanan veriler, hemşirelik tanıları, amaçlar ve hedefler, hemşirelik girişimleri ve değerlendirmeler yazılmaktadır. Bakım planının yazılması, bakımın devamlılığı ve değerlendirilmesi için gereklidir. Bakım planları günlük bakımın devamlılığını sağlayacak bir şekilde düzenlenmelidir (20,78). Bakımın devamlılığını sağlamak, kaliteyi iyileştirmek ve bakımı yönetebilmek için hemşirelik bakımının planlanarak kaydedilmesi önemlidir. Bakımın planlanarak verilmesi ve doküman olarak sunulması ideal olan ve gerekliliği kabul edilen bir konudur (81).

Çakır ve Güneş'in (2011) yaptığı bir çalışmada bakım planlarında yer alan planlanan girişimler incelendiğinde yazılan girişimlerin tamamına yakınının beklenen hasta sonucu ile ilişkili olduğu, ancak bunun yanında olması gereken tüm girişimlerin %69.7'sinin bakım planı formuna eksik kayıt edildiği belirlenmiştir. Dosyadaki diğer

formlar incelendiğinde ise bakım planına kayıt edilmemesine rağmen yapılması beklenen tüm girişimlerin uygulandığı görülmüştür. Bu çalışma sonrasında planlanan tüm girişimlerin aynı zamanda bakım planına da kaydedilmesinin sağlanması, girişimlerin yazılırken öncelik sırasına uygun olarak yazılmasının sağlanması için eğitimlerin verilmesi, gözlemlerin artırılması önerilmiştir (82).

Hemşire bakım planını yaparken, tıbbi problemleri aynı olan birçok hasta olmasına rağmen her bireyin bireyselliğini göz önünde bulundurmalıdır. Bakım planı her bireyin kendine özgü gereksinimlerini belirlemesini sağlamaktadır. Süreç, bakımı bireyselleştirdiği için de problemin belirlenmesi ve çözümü daha kolay olmakta ve bakımın kalitesi yükselmektedir. Ayrıca hemşire bakım planında birlikte çalıştığı personel sayısını, bilgi ve becerisini, araç gereç durumunu dikkate almalıdır. Birlikte çalıştığı ekip üyelerinin görüşünü almalı bakım planında yer alan hemşirelik girişimlerini açık anlaşılır ve kesin olarak yazmalıdır (43,83).

Uygulama

Hemşirelik uygulamaları planlandıktan sonra, hemşirelik bakımının gerçekleştirildiği basamak olarak bilinen sürecin dördüncü basamağı olan uygulama aşaması başlar. Hemşire planladığı girişimleri uygularken hümanistik bir yaklaşımla mesleğinin sanatsal yönünü ortaya koyar (36,53,84).

Hemşirelik uygulama gerektiren bir bilimdir. Uygulamalı bilim yaklaşımı bilgi ve uygulama arasındaki ilişkiyi ortaya koyar ve bilginin uygulamaya geçirilmesiyle anlam kazanır. Bilgi, uygulama ve araştırma hemşirelik bilimini tanımlayan döngüsel bir süreçtir. Uygulama bu döngüde katalizör olarak görev alır (85). Bakım planında istenen hedefe ulaşmak için planın uygulamaya konulması gerekir (1). Planlanan bakım, bireyin öz-bakımını güçlendirmesine fırsat verdiği sürece başarılı olur (86). Bakım planının daha başarılı ve etkin olabilmesi için bireyin ve mümkünse ailenin bakıma aktif olarak katılması gerekir (86,87).

Avşar ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin en fazla uygulama aşamasında (%25.9) güçlük yaşadığı saptanmıştır. Hemşirelerin en fazla uygulama aşamasında güçlük yaşaması, planlanan hemşirelik girişimlerinin bakıma yansımada güçlük yaşandığını işaret etmektedir (88). Hemşirelik sürecinin

uygulama aşamasına başlamadan önce hemşire bireyi ve bakım planını yeniden gözden geçirir, öncelikleri belirler, araç gereci, çevreyi düzenler, bireyi hazırlar, komplikasyonları önceden tahmin eder, gerekli önlemleri alarak hemşirelik girişimlerini uygulamaya başlar (86). Hemşirelik uygulamalarının merkezinde eleştirel düşünebilme, deneyim ve bilgiyi kullanma, olumlu kişiler arası iletişim, iyi gözlem yapma, teknik ve psikomotor beceri, problem çözme ve karar verme süreçleri yer almaktadır. Eğer bu becerilerden herhangi biri eksik olursa, hemşirelerin, hemşirelik sürecini uygulamaya geçirmeleri güçleşir (22,77,86,89).

Hemşirelik uygulamalarındaki amaç; probleme neden olan "etiyojoloji"lerin azaltılması ya da çözümlenmesidir. Örneğin; Ameliyat sonrası immobilité nedeniyle "Solunum Örüntüsünün Bozulması" probleminde, hemşirelik uygulamaları ameliyat sonrası immobilitenin olumsuz etkilerini azaltmaya yöneliktir (2). Uygulama esnasında ortaya çıkan yeni durumlar için her zaman bakım planında değişiklik yapmak mümkündür (6).

Yapılan tüm uygulamalar kayıtlara temellenmelidir. Kayıt etme sadece hemşirelere değil, diğer sağlık profesyonellerine de gerektiğinde başvurulabilecek bir kaynak oluşturur. Aynı zamanda hemşire için yasal bir dayanaktır. Hemşirelik sürecinin kayıt edilmesi; tanılama, bakım amacını belirleme, planlama, uygulama için veri tabanı oluşturur. Eğer yapılan girişimlerin kayıt işleminde gerektiği gibi yapılmaz ise hemşirelik süreci başarılı olmaz (1,43,86,90).

Değerlendirme

Değerlendirme, hemşirelik sürecinin beşinci ve son aşamasıdır. Değerlendirme aşaması hemşirelik sürecinde hem bir sonuç, hem de bir başlangıçtır (1,6,43). Değerlendirmede, hastanın sorunları ile ilgili her bir amaca yönelik planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda belirlenen hasta sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığına bakılır (1,42,89).

Hemşirelik bakım planının etkinliği değerlendirme aşamasında belirlenir. Bu aşamada, hemşirelik girişimleri "sonlandırılmalı mı?", "devam etmeli mi?" yoksa "değiştirilmeli mi?" sorularının cevabı aranır. Yapılan değerlendirme sonucunda istenen hedeflere ulaşılmadığında yani problem çözümlenemediğinde;

- ✓ Hastanın sağlık durumu hakkında sürecin ilk basamağına dönülerek yeniden veri toplanır,
- ✓ Toplanan verilere göre yeni bir hemşirelik tanısı oluşturulur,
- ✓ Yeni hemşirelik tanısına göre amaçlar ve girişimler belirlenir,
- ✓ Yeni plana göre uygulama gerçekleştirilir.

Böylece veri toplama basamağından başlayarak süreç yeniden başlar. İşte bu yönleriyle hemşirelik süreci dinamiktir (2,6,20,42,86). Değerlendirme aşamasının başarılı sonuçlanması hemşirelik sürecinin diğer basamaklarının doğru yapıp yapılmadığına bağlıdır. Değerlendirme aşaması sürecin son aşaması olarak görünse de her bir aşamada yer aldığı için değerlendirmede süreklilik esastır. Bir önceki aşamada yapılan değerlendirme genelde yeniden tanı koyma ve plan yapmayı gerektirir (5,86). Değerlendirme hasta için belirlenen sağlık amaçlarına ulaşmaya ve/veya hasta taburcu edilinceye kadar değerlendirme devam eder (50,51).

Zaybak ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin en yüksek oranla değerlendirme basamağında "girişimleri doğru değerlendirme"de (%42.5) güçlük yaşadıkları bulunmuştur (91). Hemşire verdiği bakımı doğru bir şekilde değerlendirebilmek için, uyguladığı girişimlerin etkisinin ne olacağını ve sonuçlarını tahmin edebilmelidir. Hemşirenin, yaptıkları uygulamaların kanıtlanmasında ve girişimlerin istenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı veya ne kadar ulaşıldığı kararının verilmesinde, yapacağı değerlendirme hasta merkezli, objektif, zaman sınırlı, gerçekçi, ölçülebilir ve gözlenebilir özellikleri içermelidir (23,29,36,51,77) Açık ve anlaşılır olmayan belirsiz ifadelerden kaçınılmalıdır. Örneğin; "hastanın durumu iyi" gibi genel ifadeler hasta hakkında kesin bilgi vermemektedir. Değerlendirme sonuçları şunlardan biri olabilir:

- Amaca ulaşılmıştır ek bir uygulamaya gerek duyulmamaktadır.
- Amaca kısmen ulaşılmıştır ve uygulamaya devam edilmelidir.
- Amaca ulaşılamamıştır (1,43,89).

2.4. Hemşirelik Sürecinin Özellikleri

Hemşirelik mesleğinin özünü oluşturan bu yöntemin özellikleri şöyle sıralanabilir,

- ✓ Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının mantıksal, sistematik bir şekilde sunulmasını sağlayan en temel araçtır.
- ✓ Bireye bakım verirken bireysel ve mantıksal yaklaşımla eleştirel düşünmeyi gerektirmektedir.
- ✓ Problem çözmeye odaklı dinamik bir süreçtir.
- ✓ Hemşireliğin her konu alanında kullanılan bir yöntemdir. Özellikle hemşirelik eğitimi müfredat programlarına ve klinik uygulamaya temel oluşturur.
- ✓ Hemşirelik bakımında, hemşirenin otonomisini artırır.
- ✓ Hemşirenin bilgisini artırır ve uygulamalarını geliştirir.
- ✓ Yasal doküman, ayrıca araştırmalar için yazılı kaynak oluşturur.
- ✓ Önceliklerin belirlenmesinde yol gösterir ve hedeflere yöneltir.
- ✓ Bilgi, psikomotor beceri, deneyim, kişilerarası etkileşim, otonomi ve etik ilkelere dayalıdır.
- ✓ Verilerin toplanması, hemşirelik tanısı, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere birbiriyle ilişkili beş aşamadan oluşur (1,2,38,39,42,92,93).

2.5. Hemşirelik Sürecinin Yararları

Hemşirelik sürecinin birçok yararı bulunmaktadır. Hemşirelik sürecinin yararları şöyle sıralanabilir.

- ✓ Hemşirelerin bakımı sistematik bir şekilde vermesini sağlayarak bakımın kalitesini artırır. Bakımda sürekliliği sağlar.
- ✓ Sağlıklı/ hasta bireye özgü ve bütüncül yaklaşımı sağlar.

- ✓ Soruna yönelik çalışıldığı için hemşireye zaman ve insan gücü açısından ekonomik fayda sağlar.
- ✓ Hemşirenin yaratıcılığını ve eleştirel düşünme gücünü artırarak karar verme yeteneğini geliştirir. Aynı zamanda hemşirenin bağımsız işlevlerini artırır.
- ✓ Hemşire, bilgi ve becerilerini ortaya koyarak çalıştığı için doyum sağlar.
- ✓ Hemşireler ve diğer sağlık ekip üyeleri arasında iletişim ve işbirliğini esas alarak ekip çalışması sağlar.
- ✓ İdari denetimi kolaylaştırır.
- ✓ Yasal ve etik doküman sağlar.
- ✓ Bilimsel bilginin uygulamaya aktarılmasını sağlar.
- ✓ Hemşirelerin görev alanlarının toplumca tanınmasına olanak sağlar.
- ✓ Bilgisayar uygulamaları için bir yapı oluşturulmasını sağlar (1,2,84,88,93-97).

2.6. Hemşirelerin, Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları

Günümüzde çağdaş hemşirelik anlayışına sahip hemşirenin uygulamalarında hemşirelik sürecini kullanması daha fazla önem kazanmıştır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ne göre; hemşirelik uygulamalarının temelinde hemşirelik süreci vardır. Hemşire bireyin, ailenin ve toplumun sağlıkla ilgili gereksinimlerini belirler ve bakımı hemşirelik tanılama süreci kapsamında kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler hükmü yer almaktadır. Bu nedenle, ülkemizdeki tüm hemşireler hemşirelik sürecini tam olarak bilmek ve uygulamak zorundadır. Geleneksel bakım modeli yerine, bireye özgü bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini sağlayan hemşirelik sürecinin uygulanması, kaliteli bakımın bir göstergesidir. (01/03/2011 Tarihli ve 9489 sayılı makam onayı ile yürürlüğe konulan "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" kapsamında yayınlanan Hizmette Kalite Standartları ile birlikte Sağlık Bakanlığına bağlı tüm yataklı sağlık kurumlarında

hasta bakımında hemşirelik sürecinin kullanılması standart bir uygulama haline gelmiştir (98-100). Hemşirelik süreci göstergeleri hemşirelik bakımını denetlemek için kullanılabilir. Bu tür denetimlerde hemşirelik süreci kalite güvence aracı olarak kullanılabilir (101).

Hastanelerde kalite standartları nedeniyle de olsa hemşirelik sürecinin uygulanmaya başlanması sevindirici olsa da eğitim sürecinde önemi vurgulanmasına rağmen ve yasal düzenlemelere karşın hemşirelerin çeşitli nedenlerden dolayı uygulamada hemşirelik sürecini yeterince ve doğru bir şekilde kullanılmadıkları bilinmektedir. Bu nedenle öncelikli olarak hemşirelerin, hemşirelik sürecini kullanma durumlarının saptanması ve uygulama sürecinde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi önemlidir. Belirlenen güçlüklerin önlenmesi adına çalışmaların yapılması ve hemşirelik süreci formlarının doldurulup doldurulmadığının denetlenmesinin yerine, hemşirelik sürecinin etkili bir şekilde işleyip işlemediğinin denetlenmesi önerilmektedir (10,88). Ayrıca yapılan çalışmalarda sürecin uygulamaya konulması ve işlevsel olmasının artırılması için önerilerde bulunulmuştur. Bu öneriler genel olarak her bir kliniğe özel standart hemşirelik süreci formlarının hazırlanması, hemşirelik hizmetleri tarafından tasarlanan hemşirelik süreci formlarının elektronik ortama aktarılması böylece hastane otomasyon sistemi üzerine aktarılan hemşirelik bakım planının elle yazılana göre daha kısa zaman aldığı, hemşirelerin iş yükünü azalttığı, hastanın bakımından sorumlu sağlık profesyonelleri arasında iletişimi kolaylaştırdığı ve hemşireler tarafından kullanımının kolay olmasından dolayı sürecin kullanımını artıracığı belirtilmiştir. Gelişmiş ülkelerde bakımın temelini oluşturan hemşirelik sürecinin, ülkemizde sadece bir eğitim aracı olarak görülmesi kaliteli bakımı etkileyen bir faktördür. Hemşirelerin hemşirelik eğitimleri sırasında verilen hemşirelik süreci bilgi ve pratiklerini uygulamaya yeterince aktarılmadığı görülmüştür. Bu nedenle unutulmaya yüz tutan bu bilgileri tekrar hatırlamak ve bilgi ile pratiği tekrar birleştirmek için; hemşirelik sürecini uygulamaya geçirmeden önce hizmet içi eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerin hemşirelik süreci uygulamaları sırasında sürekliliğinin sağlanması ve uygulamalarda karşılaşılan sorunların bu eğitimler sırasında çözümünün sağlanması önerilmektedir (8,10,99,100,102-107).

Hemşirelik sürecinin uygulanmasının başarılı olabilmesi için bu konuda yeterli bilgiye sahip olunması ve hemşirelerin motivasyonlarının yüksek olması gerekir (102). Bu yüzden hemşirelerin süreci kullanma durumları, kullandıklarında karşılaştıkları güçlükler; yapılan çalışmalarla desteklenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, hemşirelerin, bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Tunceli il merkezinde bulunan Tunceli Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerle yürütülmüştür. İlgili hastane 150 yatak kapasitesine sahiptir. İş yükü ve hasta yatış oranlarına göre servislerdeki yatak sayısı ve hemşire sayıları farklılık göstermektedir. Tunceli Devlet Hastanesinde 151 hemşire görev yapmaktadır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin büyük çoğunluğu klinik hemşiresidir. Araştırma Ocak- Eylül 2015 tarihleri arasında yürütülmüş olup Mayıs 2016 tarihinde tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini, Tunceli Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan 151 hemşire oluşturmuştur. 10 hemşire ön uygulamaya alınıp araştırmaya tekrar alınmamıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup “çalışmaya gönüllü olarak katılım” ve “hemşireye ulaşılabilme durumu (raporlu, izinli olma vb.)” esas alınarak 131 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Bu araştırmada Power analizi sonucu güç 0.99 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hemşirelerin cinsiyet, yaş, mezun oldukları okul, çalıştığı birimdeki görevi, mesleki deneyim süresi gibi sosyo demografik özellikleri ve hemşirelik süreci ve hemşirelik sürecinin uygulanmasına ilişkin düşünce ve önerileri.

Bağımlı değişkenler: Hemşirelik sürecini bilme ve uygulamaya yönelik bilgi düzeyleri.

3.5. Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında; araştırmacı tarafından literatürden (1,2,8,30,36,41,46,86, 104) yararlanılarak geliştirilen Kişisel Bilgi Formu (EK-I) ve Hemşirelik Süreci Bilgi ve Uygulama Düzeyi Belirleme Formu (EK-II) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Bu formda hemşirelerin cinsiyet, yaş, mezun oldukları okul, çalıştığı birimdeki görevi, mesleki deneyim süresi gibi sosyo demografik özellikleri yanı sıra hemşirelik süreci ve hemşirelik sürecinin uygulanmasına ilişkin düşünce ve önerilerini belirten toplam 11 soru bulunmaktadır.

Hemşirelik Süreci Bilgi ve Uygulama Düzeyi Belirleme Formu: Bu formda ilk 9 soru hemşirelerin, hemşirelik sürecine ilişkin teorik bilgi düzeyini belirlemeye yöneliktir. Diğer sorularda ise uygulamaya yönelik 3 örnek vaka verilip her vaka ile ilgili dört soru sorulmuştur. Vakalar, vaka 1,2,3 olmak üzere adlandırılmıştır. Bu formda toplam 21 çoktan seçmeli soru yer almıştır. Literatür (1,2,8,30, 36,41,46,86,104) dikkate alınarak cevap anahtarı oluşturulmuştur.

3.6. Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması Tunceli Devlet Hastanesinde görev yapan 10 hemşire üzerinden yapılmıştır. Ön uygulamada hemşirelik süreci bilgi ve uygulama düzeyi belirleme formunun anlaşılabilirliği test edilmiştir. Ön uygulama sonucunda formda gerekli düzenlemeler yapılmış olup ön uygulamaya katılan hemşireler tekrar araştırmaya alınmamıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmacı, tüm hemşirelerin çalıştıkları birimdeki sayılarını, ulaşılabilirlik durumlarını, çalışma çizelgelerini esas alarak çalıştıkları birime giderek bizzat verilerini toplamıştır. Araştırmaya yönelik olarak gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra çalışmaya katılma konusunda gönüllü hemşirelere form verilmiştir. Formların doldurulması 25-30 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Sorulara verilen doğru cevapların

normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi amacıyla yapılan normallik testi (Shapiro-Wilk) sonucuna göre doğru sayıları değişkenleri normal dağılım göstermemektedir. Buna göre araştırmada parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır. Bu analizler; Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Dunnet T3 Post Hoc testi, Korelasyon Analizi testleridir. Araştırmada anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulundan etik onayı alındıktan sonra (EK-III), Tunceli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır (EK-IV). Hemşirelere çalışmanın amaç ve yararları, çalışmadaki rolleri açıklanmış olup sözel onamları alınmıştır. Araştırmaya katılacak bireylere, bireysel bilgilerinin başkalarına açıklanmayacağı konusunda güvence verilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirlik

Araştırmada zaman sınırlılığı olduğu için hemşirelik sürecinin uygulanma durumu için gözlem yapılamamış ancak örnek vakalar kullanılarak hemşirelerin hemşirelik sürecini uygulama durumu belirlenmiştir. Ayrıca araştırma, Tunceli Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerle sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %38.2'sinin 35-44 yaş aralığında, %78.6'sının kadın, %64.9'unun lisans -yüksek lisans mezunu olduğu, %32.8'inin 1-5 yıldır ve %79.4'ünün klinisyen hemşire olarak çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %93.1'inin eğitimi süresince hemşirelik sürecine ilişkin teorik eğitim aldığı, %77.9'unun hemşirelik sürecinde kendisini yeterli bulduğu ve %94.7'sinin klinikte hastaya bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli bulduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=131)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%	
Yaş	25 yaş altı	20	15.3
	25-34 yaş	46	35.1
	35-44 yaş	50	38.2
	45 yaş ve üstü	15	11.5
Cinsiyet	Kadın	103	78.6
	Erkek	28	21.4
Mezun olunan hemşirelik okulu	Sağlık meslek lisesi	25	19.1
	Ön lisans	21	16.0
	Lisans-yüksek lisans	85	64.9
Hemşirelik yapma süresi	1 yıldan az	7	5.3
	1-5 yıl	43	32.8
	6-10 yıl	19	14.5
	11-15 yıl	23	17.6
	16-20 yıl	14	10.7
	21 yıl ve üzeri	25	19.1
Çalışılan birimdeki görev durumu	Klinisyen hemşire	104	79.4
	Klinik sorumlu hemşiresi	12	9.2
	Yönetici hemşire	1	.8
	Eğitim hemşiresi	2	1.5
	Diğer	12	9.2
Hemşirelik eğitimi süresince	Evet	122	93.1

"Hemşirelik sürecine" ilişkin teorik eğitim alma durumu	Hayır	9	6.9
Kendisini hemşirelik süreci konusunda yeterli bulma durumu	Evet	102	77.9
	Hayır	29	22.1
Klinikte hasta bireye bakım verirken "Hemşirelik sürecini" kullanmayı gerekli bulma durumu	Evet	124	94.7
	Hayır	7	5.3

Tablo 2'de hemşirelik süreci basamağında yaşanan sorunlar görülmektedir. Hemşirelerden hastaya bakım verirken hemşirelik sürecinin bir aşamasında sorun yaşayanların düzeyi %44.3 iken, sorun yaşamayanların düzeyi ise %50.4 olarak belirlenmiştir.. Hemşirelerden hastaya bakım verirken hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasında sorun yaşayanlar %36.6, uygulama aşamasında sorun yaşayanlar %31.7, tanılama aşamasında sorun yaşayanlar %12.2, planlama aşamasında sorun yaşayanlar %11.0, değerlendirme aşamasında sorun yaşayanların ise %8.5 düzeylerindedir.

Tablo 2. Hemşirelik Süreci Basamağında Yaşanan Sorunlar (N=131)

		Sayı	%
Hasta bireye bakım verirken	Bir aşamada sorun yaşayan	58	44.3
"Hemşirelik sürecinin" basamağında sorun yaşama durumu	Sorun yaşamıyorum	66	50.4
	Birden fazla aşamada sorun yaşayan	7	5.3
Hasta bireye bakım verirken "Hemşirelik sürecinin" hangi basamağında sorun yaşıyorsunuz?	Veri toplama	30	36.6
	Uygulama	26	31.7
	Tanılama	10	12.2
	Planlama	9	11.0
	Değerlendirme	7	8.5

Tablo 3. Hemşirelerin Hemşirelik Sürecini Kullanma Becerilerini Artırmaya Yönelik Önerilerin ve Verilen Bakımın Yararları (N=131)

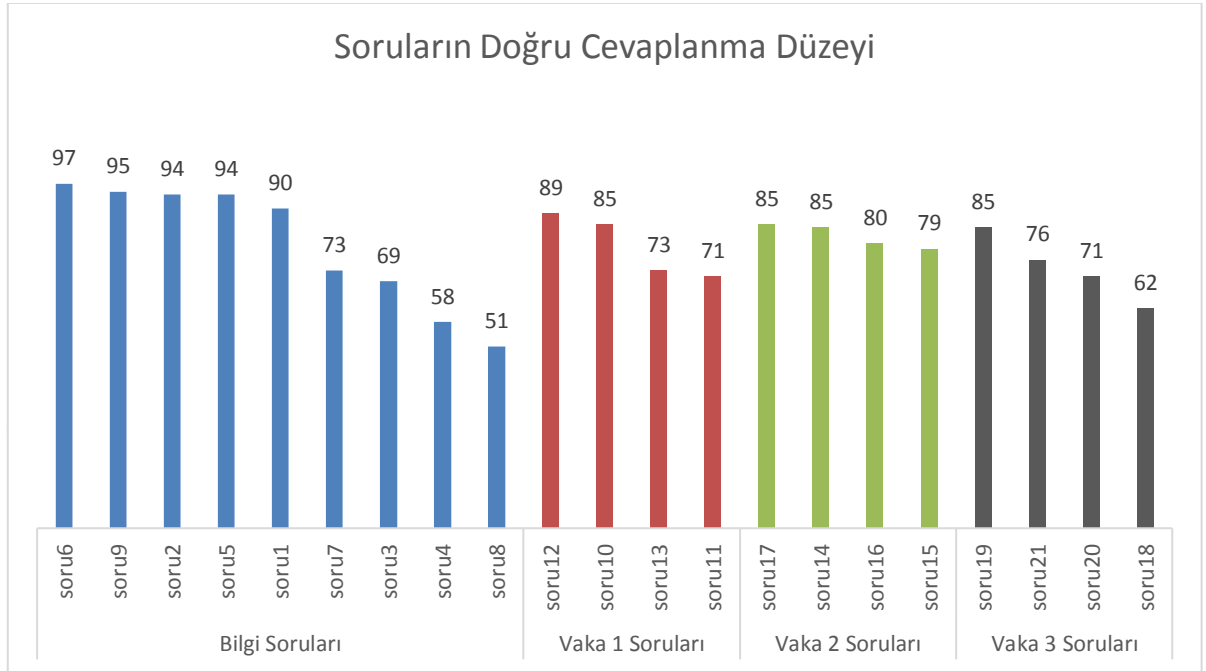
		Sayı	%
Hemşirelerin	Eğitim	54	40.5
bakım verirken	Hemşire sayısının yeterli olması	30	22.6
hemşirelik	İletişim yönlerinin güçlendirilmesi	18	13.5
sürecini	İş yükünün azaltılması	9	6.7
kullanmaları	Hemşirenin sağlık hizmetlerindeki gelişmeleri takip etmesi	7	5.3
konusundaki	Her hastalığa özel bakım planlarının cetvel şeklinde her serviste olması	7	5.3
becerilerini	Çalışma saatlerinin iyileştirilmesi	5	3.8
artırmaya			
yönelik			
önerileri	Branşlaşmanın sağlanması	3	2.3
Hasta bireye	Hastaya daha kaliteli bakım verilmesi	57	37.5
hemşirelik	Hemşirenin iş memnuniyetini artırır	39	25.7
süreci	Bakım standartlarının artması	21	13.8
kullanılarak	Zamandan tasarruf sağlar	14	9.2
verilen bakımın	Hastayla ilgili problemin erken tanınması	11	7.2
sağladığı	Bütüncül bakım sağlar	6	3.9
yararlar	Meslekleşmeyi sağlar.	3	2.0
	Yasal dayanak sağlanması	1	0.7

Hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmaları konusundaki becerilerini artırmadaki ilk üç önerisi, eğitim (%40.5), hemşire sayısının yeterli olması (%22.6) ve iletişim yönlerinin güçlendirilmesi (%13.5) olduğu görülmektedir. Hemşirelerden bireye bakımda hemşirelik sürecinin kullanımının sağladığı yararları bakıldığında ilk üç yararın, hastaya daha kaliteli bakım verilmesi (%37.5), hemşirenin iş memnuniyetini artırma (%25.7) ve bakım standartlarının artması (%13.8) olduğu belirtilmektedir.

Tablo 4. Hemşirelerin Sorulara Doğru Cevapları (N=131)

	Doğru Cevap Veren Hemşire Sayısı	Doğru Cevaplanma Düzeyi (%)
soru1	118	90.1
soru2	123	93.9
soru3	91	69.5
soru4	76	58.0
soru5	123	93.9
soru6	127	96.9
soru7	95	72.5
soru8	67	51.1
soru9	124	94.7
soru10	112	85.5
soru11	93	71.0
soru12	116	88.5
soru13	95	72.5
soru14	111	84.7
soru15	103	78.6
soru16	105	80.2
soru17	112	85.5
soru18	81	61.8
soru19	111	84.7
soru20	93	71.0
soru21	99	75.6

Hemşirelerin en fazla doğru cevap verdikleri soru, 6. soru olup doğru cevap sayısı 127 (%96.9), en az doğru cevap verdikleri soru, 8.soru olup doğru cevap sayısının ise 67 (%51.) olduğu görülmektedir. Bu araştırmada tüm sorulara doğru cevap veren hemşire bulunmamaktadır.

Grafik 1.Soruların Doğru Cevaplanma Düzeyi

Grafik 1'de hemşirelerin bilgi ve vaka sorularına verdikleri cevaplama düzeylerine bakıldığında tamamına doğru cevap veren hemşirenin bulunmadığı görülmektedir.

Tablo 5. Hemşirelerin Sorulara Doğru Cevap Verme Ortalamaları (N=131)

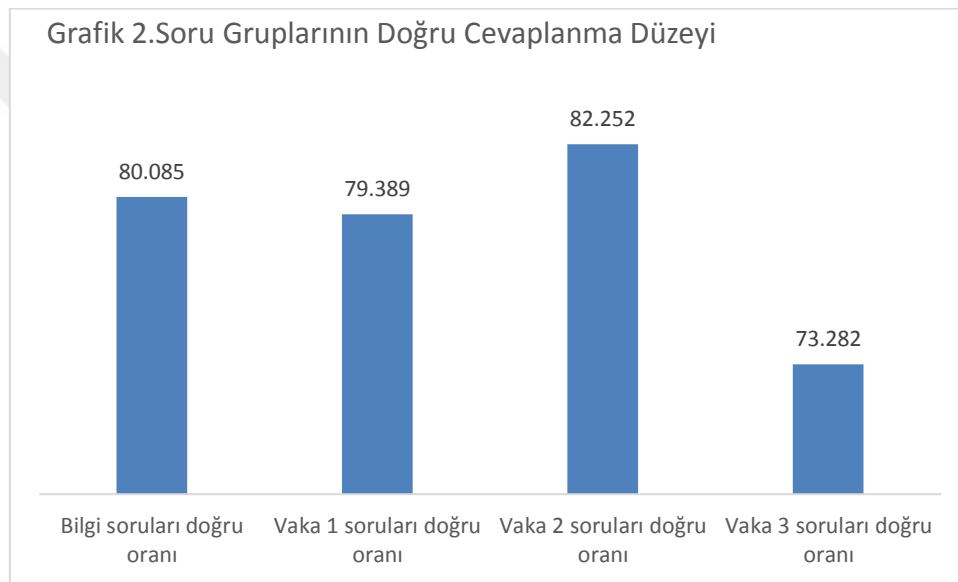
	Sayı	Minimum	Maximum	Ort.	Ss
Bilgi soruları doğru sayısı	131	2	9	7.21	1.27
Vaka 1 soruları doğru sayısı	131	1	4	3.18	0.85
Vaka 2 soruları doğru sayısı	131	0	4	3.29	0.96
Vaka 3 soruları doğru sayısı	131	0	4	2.93	0.98
Bilgi soruları doğru oranı	131	22	100	80.09	14.10
Vaka 1 soruları doğru oranı	131	25	100	79.39	21.37
Vaka 2 soruları doğru oranı	131	0	100	82.25	24.12
Vaka 3 soruları doğru oranı	131	0	100	73.28	24.45

Tablo 5 incelendiğinde; hemşirelerden bilgi sorularına doğru cevap verenlerin ortalaması 7.21 ± 1.27 , vaka 1 sorularına doğru cevap ortalaması 3.18 ± 0.85 , vaka 2

sorularına doğru cevap ortalaması 3.29 ± 0.96 ve vaka 3 sorularına doğru cevap ortalaması ise 2.93 ± 0.98 olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin bilgi sorularının doğru cevap ortalaması 80.09 ± 14.10 , vaka 1 sorularının doğru cevap ortalaması 79.39 ± 21.37 , vaka 2 sorularının doğru cevap ortalaması 82.25 ± 24.12 ve vaka 3 sorularının doğru cevap ortalaması ise 73.28 ± 24.45 'tir.

Grafik 2. Soru Gruplarının Doğru Cevaplanma Düzeyi



Tablo 6. Hemşirelerin Bilgi ve Vaka Sorularına Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Yaşa Göre Dağılımı (N=131)

Doğru Cevap Sayıları	Yaş							
	25 yaş altı		25-34 yaş		35-44 yaş		45 yaş ve üstü	
	Ort.	ss	Ort.	Ss	Ort.	ss	Ort.	Ss
Bilgi soruları doğru sayısı	7.20	1.11	7.35	1.23	7.24	1.33	6.67	1.35
Vaka 1 soruları doğru sayısı	3.15	.88	3.37	.74	3.02	.89	3.13	.99
Vaka 2 soruları doğru sayısı	3.35	.93	3.33	1.03	3.28	.90	3.13	1.06
Vaka 3 soruları doğru sayısı	2.80	1.06	3.11	.85	2.86	1.09	2.80	.86

Bilgi sorularına 25 yaş altındaki hemşirelerin doğru cevap ortalaması 7.20 ± 1.11 , 25-34 yaşındakilerin 7.35 ± 1.23 , 35-44 yaşındakilerin 7.24 ± 1.33 , 45 yaş ve üstündekilerin ise 6.67 ± 1.35 olduğu belirlenmiştir. 25-34 yaş aralığındaki hemşirelerin bilgi sorularına doğru cevap sayısının diğerlerine göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Vaka 1 sorularına 25-34 yaş aralığındaki hemşirelerin doğru cevap ortalamasının 3.37 ± 0.74 , vaka 2 sorularına 25 yaş altındakilerin 3.35 ± 0.93 ve vaka 3 sorularına doğru cevap ortalamasının 25-34 yaş aralığındakilerin 3.11 ± 0.85 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Hemşirelerin Bilgi ve Vaka Sorularına Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Cinsiyete Göre Dağılımı (N=131)

Doğru Cevap Sayıları	Cinsiyet			
	Kadın		Erkek	
	Ort.	ss	Ort.	Ss
Bilgi soruları doğru sayısı	7.21	1.34	7.18	.98
Vaka 1 soruları doğru sayısı	3.22	.82	3.00	.98
Vaka 2 soruları doğru sayısı	3.43	.85	2.79	1.20
Vaka 3 soruları doğru sayısı	2.91	1.01	3.00	.86

Bilgi sorularına kadınların doğru cevap ortalaması 7.21 ± 1.34 iken erkeklerin 7.18 ± 0.98 'dir. Kadınların bilgi sorularına doğru cevap sayısının erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir.

Vaka 1 sorularına kadınların doğru cevap ortalaması 3.22 ± 0.82 iken erkeklerin 3.00 ± 0.98 , vaka 2 sorularına kadınların doğru cevap ortalaması 3.43 ± 0.85 iken erkeklerin 2.79 ± 1.20 ve vaka 3 sorularına kadınların doğru cevap ortalaması 2.91 ± 1.01 iken erkeklerin 3.00 ± 0.86 olduğu belirlenmiştir. Bayan hemşirelerin vaka 1 ve vaka 2 sorularına doğru cevap sayısı erkek hemşirelerden daha fazla iken erkek hemşirelerin ise vaka 3 sorularına doğru cevap sayısı bayan hemşirelerden daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Hemşirelerin Bilgi ve Vaka Sorularına Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Mezun Oldukları Hemşirelik Okuluna Göre Dağılımı (N=131)

Doğru Cevap Sayıları	Mezun Olunan Hemşirelik Okulu					
	Sağlık Meslek Lisesi		Ön Lisans		Lisans-Yüksek Lisans	
	Ort.	ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Bilgi soruları doğru sayısı	6.96	1.02	6.95	1.72	7.34	1.20
Vaka 1 soruları doğru sayısı	2.84	.85	2.86	1.01	3.35	.77
Vaka 2 soruları doğru sayısı	3.00	.96	3.29	.96	3.38	.96
Vaka 3 soruları doğru sayısı	2.76	.93	2.95	1.07	2.98	.98

Bilgi sorularına lisans-yüksek lisans mezunu hemşirelerin doğru cevap ortalamasının 7.34 ± 1.20 olduğu, lisans-yüksek lisans mezunlarının bilgi sorularına doğru cevap sayısının diğer okul mezunlarına göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Vaka 1 sorularına lisans-yüksek lisans mezunu hemşirelerin doğru cevap ortalamasının 3.35 ± 0.77 , vaka 2 sorularına 3.38 ± 0.96 ve vaka 3 sorularına ise 2.98 ± 0.98 olduğu, her üç vaka ya da lisans-yüksek lisans mezunlarının diğer okul mezunlarına göre doğru cevap sayısının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9. Hemşirelerin Soru Türlerine Verdikleri Doğru Cevaplarının Korelasyon İlişki Analizi (N=131)

	Bilgi soruları doğru düzeyi	Vaka 1 soruları doğru düzeyi	Vaka 2 soruları doğru düzeyi	Vaka 3 soruları doğru düzeyi
Bilgi soruları doğru düzeyi	1	.335**	.252**	.278**
Vaka 1 soruları doğru düzeyi	.335**	1	.302**	.254**
Vaka 2 soruları doğru düzeyi	.252**	.302**	1	.209*
Vaka 3 soruları doğru düzeyi	.278**	.254**	.209*	1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tablo 9 incelendiğinde hemşirelerin bilgi sorularına verdikleri cevapların doğru düzeyi ile vaka 1 soruları, vaka 2 soruları, vaka 3 soruları doğru düzeyleri arasında

pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=.335$; $.252$; $.278$; $p<0.05$), vaka 1 soruları doğru düzeyi ile vaka 2 soruları ve vaka 3 soruları doğru düzeyleri arasında yine pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r=.302$; $.254$; $p<0.05$) ve vaka 2 soruları doğru düzeyi ile vaka 3 soruları doğru düzeyi arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki ($r=.209$; $p<0.05$) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Hemşirelerin Doğru Cevap Sayılarının Yaşa Göre Karşılaştırılması (N=131)

	Yaş	Sayı	Sıra Ort.	X ²	P
Bilgi soruları doğru sayısı	25 yaş altı	20	64.15	3.389	.335
	25-34 yaş	46	70.54		
	35-44 yaş	50	67.12		
	45 yaş ve üstü	15	50.80		
Vaka 1 soruları doğru sayısı	25 yaş altı	20	64.90	3.857	.277
	25-34 yaş	46	73.64		
	35-44 yaş	50	59.48		
	45 yaş ve üstü	15	65.77		
Vaka 2 soruları doğru sayısı	25 yaş altı	20	68.38	0.864	.834
	25-34 yaş	46	68.51		
	35-44 yaş	50	64.45		
	45 yaş ve üstü	15	60.30		
Vaka 3 soruları doğru sayısı	25 yaş altı	20	61.55	2.099	.552
	25-34 yaş	46	71.73		
	35-44 yaş	50	64.59		
	45 yaş ve üstü	15	59.07		

Hemşirelerin sorulara verdikleri doğru cevap sayılarının yaşa göre karşılaştırılması sonucuna göre farklı yaş grubundaki hemşirelerin bilgi soruları ile vaka 1, 2 ve 3 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Buna göre hemşirelerin sorulara doğru cevap verme sayısı yaşa göre farklılık göstermemektedir

Tablo 11. Hemşirelerin Doğru Cevap Sayılarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=131)

	Cinsiyet	Sayı	Sıra Ort.	U	P
Bilgi soruları doğru sayısı	Kadın	103	66.98	1341.500	.559
	Erkek	28	62.41		
Vaka 1 soruları doğru sayısı	Kadın	103	67.64	1273.500	.311
	Erkek	28	59.98		
Vaka 2 soruları doğru sayısı	Kadın	103	70.62	966.000	.003*
	Erkek	28	49.00		
Vaka 3 soruları doğru sayısı	Kadın	103	65.71	1412.000	.859
	Erkek	28	67.07		

***p<0.01**

Tablo 11 incelendiğinde; hemşirelerin sorulara doğru cevap sayılarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında kadınlar ile erkeklerin bilgi soruları ile vaka 1 ve 3 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, ancak kadınlar ile erkeklerin vaka 2 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve vaka 2 sorularına kadınların daha fazla sayıda doğru cevap verdiği belirlenmiştir.

Tablo 12. Hemşirelerin Doğru Cevap Sayılarının Mezun Olunan Hemşirelik Okuluna Göre Karşılaştırılması (N=131)

	Mezun olunan hemşirelik okulu	Sayı	Sıra Ort.	X ²	P
Bilgi soruları doğru sayısı	Sağlık meslek lisesi	25	54.80	3.405	.182
	Ön lisans	21	63.50		
	Lisans-yüksek lisans	85	69.91		
Vaka 1 soruları doğru sayısı	Sağlık meslek lisesi	25	51.38	9.932	.007*
	Ön lisans	21	54.50		
	Lisans-yüksek lisans	85	73.14		
Vaka 2 soruları doğru sayısı	Sağlık meslek lisesi	25	53.10	4.723	.094
	Ön lisans	21	65.21		
	Lisans-yüksek lisans	85	69.99		
Vaka 3 soruları doğru sayısı	Sağlık meslek lisesi	25	58.58	1.310	.519
	Ön lisans	21	67.86		
	Lisans-yüksek lisans	85	67.72		

***p<0.01**

Hemşirelerin sorulara verdikleri doğru cevap sayılarının mezun olunan hemşirelik okuluna göre karşılaştırılmasında, sağlık meslek lisesi, ön lisans ve lisans-yüksek mezunlarının bilgi soruları ile vaka 2 ve 3 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı, ancak hemşirelerin mezun olunan okul ile vaka 1 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu ve eğitim seviyesi arttıkça vaka 1 sorularına verilen doğru cevap sayısında da artma olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bilimsel bakım sanatı olan hemşirelik, uygulamalarında bilimsel bilgiyi kullanmayı, bireyi bütüncül olarak tanımayı, problemi belirleyerek çözmeyi ve insan onuruna yakışır biçimde gereksinimleri karşılayarak kaliteli bakım vermeyi temel alır. Bu nedenle verilen hemşirelik bakımı kanıta dayalı, bilimsel bir yaklaşım olan hemşirelik sürecinin kullanılmasını gerektirmektedir (108,109).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerden %77.9'u hemşirelik sürecinde kendisini yeterli bulurken %22.1'i yeterli bulmamaktadır. Hemşirelerden %94.7'si klinikte hastaya bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli bulurken %5.3'ü gerekli bulmamaktadır. Zaybak ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada da hemşirelerin %78.8'inin hemşirelik sürecinin kullanılması gerektiğini, %60.2'si hemşirelik süreci ile ilgili kendisini kısmen yeterli gördüğünü belirtmiştir (91). Kaya ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları diğer bir çalışmada hemşirelerin %77.8'inin hemşirelik sürecinin kullanılması gerektiğine inandığı, öte yandan %83.1'inin bireyin bakımında hemşirelik sürecini kullandığı saptanmıştır (110). Yapılan benzer çalışmalarda da yakın sonuçlar elde edilmiştir (94,111-113). Ayrıca hemşirelik süreci, bireyin sağlığını ya da yaşamını tehdit eden sorunlara bilimsel yaklaşımlara dayalı çözüm yöntemi bulan, sorunların çözümünde kullanılan, kritik düşünmeyi sağlayan ve hemşirelik bakımının temelini oluşturan bir yöntemdir (114,115). Bu nedenle verilen hemşirelik bakımında hemşirelik süreci kullanılmalıdır. Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğine göre de hemşirelik bakımının verilmesi ve sürdürülmesinde hemşirelik sürecinin kullanılması hükmü yer almaktadır (98). Dünya Sağlık Örgütü'de hemşirelerin, hemşirelik sürecini kullanmalarını önermektedir (116). Tüm hemşirelerin amacı kaliteli bakım vermektir ve bu araştırmaya katılan hemşirelerin %94.7'sinin hemşirelik bakımında süreci gerekli bulmaları olumlu bir sonuçtur.

Hemşirelerin hemşirelik süreci basamaklarında sorun yaşama durumları incelendiğinde, hemşirelerin en çok veri toplamada (% 36.6) , en az değerlendirmede (%8.5) sorun yaşadıkları görülmektedir. Tunaç ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışma bu araştırmanın sonucu ile benzerlik gösterip en çok veri toplama (%56.8)

basamağında hemşirelerin sorun yaşadığı görülmüştür (117). Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde Zaybak ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada hemşirelerin hemşirelik süreci adımlarında en yüksek düzeyde, veri toplama basamağında “hastaya ilişkin veri toplama”da (%30.2), “her zaman” güçlük yaşadıkları saptanmıştır (91). Avşar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise hemşirelerin en fazla uygulama aşamasında (%25.9) güçlük yaşadığı saptanırken, hemşirelerin en fazla (%46.9) değerlendirme aşamasında güçlük yaşamadığı belirlenmiştir (88). Yapılan benzer çalışmalarda en çok güçlük yaşanan basamaklar paralellik göstermese de hemşirelerin sürecin çeşitli basamaklarında sorun yaşadığı görülmüştür (10,94,118). Bu bulgular, hemşirelerin hemşirelik süreciyle ilgili bilgilerinin yeterli olmamasından kaynaklanabilir. Hemşirelerin sürecin aşamalarında sorun yaşamaları hemşirelik sürecini doğru kullanmalarını olumsuz etkileyebilir (119,120). Doğru ve güvenli bakımın sağlanması için, yeterli veri toplanması gerekmektedir (121). Veri toplama, hemşirelik sürecinin başlangıç aşamasıdır ve hemşirenin hastayı bütüncül olarak değerlendirmesini gerektirir (1,50). Veri toplama hemşirelik sürecinin tüm aşamalarına temel olduğu için oldukça önemlidir (1). Bu aşamada yaşanan bir sorun, tüm aşamaların yanlış yorumlanmasına neden olabilir. Doğru ve yeterli veriyi elde edemeyen bir hemşire, bu verilerden yanlış bir hemşirelik tanısı koyacak, böylece doğru olduğunu düşündüğü hemşirelik girişimlerini yanlış belirleyerek yanlış uygulamalar yapacaktır. Yanlış yaptığı bu aşamaların sonucunda değerlendirmede doğru yapılamadığı için hemşire sorunu çözümlenemeyecektir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin çoğunlukla veri toplama aşamasında sorun yaşamaları (%36.6) sürecin doğru ve güvenli bir şekilde ilerlemesine engeldir. Veri toplama aşamasında etkili iletişim önemlidir (12). Bu araştırmada ise hemşirelerin süreci kullanma becerilerini arttırmaya yönelik önerileri sorulduğunda hemşireler %13.5 düzeyinde iletişim yönlerinin güçlendirilmesini önermiştir. Elde edilen bu sonuç hemşirelerin süreci kullandıklarında iletişim sorunu yaşadıklarını göstermektedir. Karadağ ve Taşcı'nın (2005) yaptığı (%32.3), Karabulut ve Çetinkaya'nın (2011) yaptığı (%33.8) çalışmalarda da hemşireler hasta bakımı ve hasta bakım planı yapmada iletişim problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir (112,122). Bulguların bu araştırma ile benzerlik göstermesi hemşirelerin veri toplamada güçlük yaşamamasında iletişim problemlerinin birer etken olduğunu

göstermektedir. Aynı zamanda bu araştırmanın yapıldığı yerde yaşayan hasta ve yakınlarının Türkçe bilmemelerinin de etkili olduğu söylenilebilir.

Bu araştırmada hemşirelerin süreci kullanma becerilerini artırmaya yönelik önerileri sorulduğunda hemşirelerin süreci uygulamada yaşadıkları güçlüklerin çözümüne yönelik öneriler sundukları görülmüştür. Hemşirelerden bakım verirken hemşirelik sürecini kullanma becerilerini artırmadaki önerileri sorulduğunda ilk dört sırada %40.5'i hizmet içi eğitim, %22.6'sı hemşire sayısının yeterli olması, %13.5'i iletişim yönlerinin güçlendirilmesi, % 6.7'si iş yükünün azaltılması önerileri yer almıştır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin süreci kullanmada yaşadıkları güçlükler bakıldığında; iş yükü ve hasta sayısının fazla olması, zaman yetersizliği, hemşire sayısının az olması, hasta-hemşire arasındaki iletişim yetersizlikleri vb. nedenler öncelikli olarak yer almıştır (10,94,112,118,,122,123). Hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik sürecine ilişkin eğitim alması (%93.1) ve kendilerini (%77.9) hemşirelik sürecinde yeterli bulması oldukça değerli bir bulgudur. Bu bulgu hemşirelik eğitimi veren okulların, hemşirelik sürecini müfredatlarında ele aldıklarını göstermektedir. Hemşirelik okullarında sorunu çözmeye odaklı olan bilimsel ve sistematik bir yaklaşımın öğretilmesi olumlu bir bulgudur. Araştırma kapsamına alınan hemşireler teorik olarak kendilerini yeterli bulmalarına rağmen süreci kullanmadaki becerilerini artırmaya yönelik büyük bir çoğunluk (%40.5) süreç ile ilgili eğitim önerisinde bulunmuştur. Güner ve Terakye'nin (2000) hemşirelik öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada eğitimde, hemşirelik süreciyle çalışmayı öğrenemeden ve süreçle çalışmanın önemini kavrayamadan mezun olan öğrenciler, çalışma hayatlarında da hemşirelik sürecini kullanamamakta ya da kullanmak için direnç gösterdikleri saptanmıştır (9). Sürecin kullanımının artırılması ve teorik bilginin uygulamaya geçirilmesi için öncelikle hemşirelik okullarında hemşirelik sürecinin çalışma hayatında kullanımına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Mezun olduktan sonra öğrenci hemşirenin çalışma yaşamında daha kaliteli bir bakım sunabilmesi, birey merkezli bakım verebilmeleri ve mesleğin bilimsel bir kimliğinin olabilmesi için öğrenci hemşirelerin hemşirelik sürecini kullanma durumlarını belirlemek önemlidir. Bu aşamada yapılan çalışmalar hemşirelik okullarında dikkate alınarak öğrencilerin hemşirelik süreci ile ilgili eksiklikleri çalışma hayatına başlamadan önce giderilmelidir (8,9,62,124-130). Avşar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında

hemşirelerin eğitimleri sırasında verilen hemşirelik süreci bilgi ve pratikleri çalışma hayatında maalesef resmi olarak kullanılmadığı ortaya çıkmıştır. Bu nedenle Avşar ve arkadaşları unutulmaya yüz tutan bu bilgilerini hatırlamak ve bilgi ile pratiği tekrar birleştirmek için; hemşirelik sürecini uygulamaya geçirmeden önce yeterli alt donanımın yapılması, hemşirelerin bir eğitime tabii tutulması ve bu eğitimlerin hemşirelik süreci uygulamaları sırasında devam etmesi ve uygulamalarda karşılaşılan sorunların bu eğitimler sırasında çözümünün sağlanmasını önermişlerdir (88). Kömürcü'nün (2001) hizmet içi eğitim programlarını değerlendirmek adına yaptığı çalışmasında ise tam etkinlik için eğitimlerin sürekli ve düzenli verilmesi ve değerlendirilmesinin şart olduğu sonucuna varılmıştır (131). Bu Araştırmada bulunan bulgularda bu eğitimin gereksinimini ortaya koymuştur. Aynı zamanda çalışma kapsamındaki hemşireler eğitim dışında literatür ile benzerlik gösteren hemşirelik sürecini uygulamada yaşadığı güçlüklerle yönelik önerilerde bulunmuşlardır (10,94,112,118,122,1). Hemşire sayısının yeterli olması (%22.6), iş yükünün azaltılması (%13.5) ve iletişim yönlerinin güçlendirilmesinin (%6.7) sürecin kullanımını artırdığını ifade etmişlerdir.

Hemşirelik bakımında hasta başına düşen hemşire sayısı önemli bir faktördür. Günümüzde hemşirelik işlevlerini bütünüyle yerine getirilmesini sağlayacak düzeyde hemşire sayısına ulaşılmadığı bir gerçektir. Ülkemizde verilen hasta başına düşen hemşire oranları, minimum düzeyde bakım için yeterli hemşire sayısı olarak tanımlansa da, minimum bakım özelliği açıklanmamıştır. Hemşire sayısının planlanmasında hemşire hasta oranı yerine hemşirelik girişimleri miktarı ve hastanın bağımlılık düzeyini esas alan iş yüküne dayalı bir planlamanın yapılması önerilmektedir (132). Hemşire insan gücü sayılarının uygun nitelikteki hemşirelerin istihdamıyla giderilmesi hastane yöneticilerinin öncelikli konusu olmalıdır. Hastane yöneticilerinin, yatan hastaların özellikleri ve bakım gereksinimlerini hesaplayarak, mevcut hemşire sayısı ile uygunluğunu değerlendirmeleri ve hemşire gereksinimini buna göre belirlemeleri gerekmektedir. Hemşire insan gücü gereksiniminin karşılanmasının hemşire iş yükünü azaltacağı, iş doyumunu, hasta bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırabileceği dikkate alınmalıdır (133). Tüm bu veriler dikkate alınarak ve çalışmamızda hemşirelerin süreci kullanımını artırmada %22.6'nın hemşire sayısının yeterli olmasını önermesi bulgusuna dayanarak hemşire

sayısının doğru planlanmamasının ve yetersiz olmasının hemşirelik sürecinin uygulanmasını etkilediği söylenilebilir.

Bu araştırmada hemşirelerin %13.5'i iş yükünün azaltılmasının hemşirelik sürecinin kullanımını artıracaklarını ifade etmiştir. Hemşirelik süreci, bakımının organize edilmesini ve etkili bir hemşirelik bakımın verilmesini sağlayan bir yöntemdir. Bu süreç zamanı etkili kullanmayı sağlar ve iş yükünü azaltır (134). Bu nedenle hemşirelere sürecin planlı ve sistemli çalışmayı sağlayarak var olan iş yüklerini azaltacağı farkındalığı yaratılmalıdır. Aynı zamanda hasta sayısının fazla olması bu nedenle hemşirenin hastaya yeterli zamanı ayıramaması hemşirelik sürecinin uygun kullanımını etkilediği düşünülebilir. Olumlu çalışma ortamları hemşireleri etkilemekte ve hizmetlerde mükemmelliği desteklemekte ve en nihayetinde hastalarla ilgili olarak elde edilen sonuçları iyileştirmektedir (135). Bu açıdan araştırmadaki bulgular hemşirelik sürecinin kullanımını artırmak ve daha kaliteli bakım vermek için çalışma koşullarını iyileştirici önlemlerin alınması önemli görünmektedir.

Bu araştırmada hemşirelere hastaya bakımda hemşirelik sürecinin kullanımının sağladığı yararlar sorulduğunda %37.5'i hemşirelik süreci ile hastaya daha kaliteli bakım verildiğini söylemişlerdir. Hemşirelik süreci bireyin kendine özgü gereksinimlerini belirlemesine yardımcı olur. Süreç hemşirelik bakımını bireyselleştirdiği için de sorunun ortaya çıkarılması ve çözümü daha kolay olur. Aynı zamanda hemşirelerin bakımı sistematik bir şekilde verilmesini sağlar ve bakımın kalitesini artırır (1,83). Araştırma kapsamındaki hemşirelerinde hemşirelik sürecinin bakımın kalitesini artırdığı düşünmesi sürecin önemini algılamaları açısından önemli bir bulgudur.

Hemşirelerin süreci bilme ve uygulamaya yönelik sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde; tüm sorulara doğru cevap veren hemşire bulunmamaktadır. Hemşirelerin hemşirelik süreci ile ilgili en yüksek düzeyde doğru cevapladıkları ilk üç soru; "hemşirelik sürecinin son basamağı", "verilenlerden en iyi veri kaynağı" ve "verilenlerden objektif veriyi ayırt etme" dir. Hemşirelerin en düşük düzeyde doğru cevapladıkları ilk üç soru ise; "planlama aşamasının amaçları", "verilen bulgulardan hemşirelik tanısı belirleme", "ilgili vakadaki hasta bireyin hemşirelik tanısını

belirlemeye" yönelik olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin hemşirelik sürecine ilişkin sorulara verdikleri doğru cevap ortalamalarına bakıldığında bilgi soruları cevap ortalaması $7,21 \pm 1,27$; Vaka 1 soruları doğru cevap ortalaması $3,18 \pm 0,85$; Vaka 2 sorularına doğru cevap ortalaması $3,29 \pm 0,96$; Vaka 3 sorularına doğru cevap ortalaması ise $2,93 \pm 0,98$ 'dir. Aynı zamanda soruların düzey ortalamaları incelendiğinde bilgi sorularının doğru cevap düzey ortalaması $80,09 \pm 14,10$; Vaka 1 sorularının doğru cevap düzey ortalaması $79,39 \pm 21,37$; Vaka 2 sorularının doğru cevap düzey ortalaması $82,25 \pm 24,12$; Vaka 3 sorularının doğru cevap düzey ortalaması ise $73,28 \pm 24,45$ 'tir. Hemşirelerin soru türlerine verdikleri doğru cevap düzeylerinin ilişki analizine bakıldığında bilgi soruları doğru oranı ile Vaka 1 soruları, Vaka 2 soruları, Vaka 3 soruları doğru düzeyleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($p < 0,05$). Tüm bu veriler doğrultusunda araştırma kapsamındaki hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun bilgi aşamasında kalmadığını, bilgilerini vakalar üzerinden analiz, sentez ve değerlendirme yolu ile kullandıkları söylenilebilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin doğru cevap sayıları yaşa göre incelendiğinde; farklı yaş grubundaki cevaplayıcıların bilgi soruları ile Vaka 1,2 ve 3 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Ancak hemşirelerin yaşa göre doğru cevap ortalamaları incelendiğinde bilgi, Vaka 1, Vaka 3 sorularına 25-34 yaş grubunda olanların doğru cevap ortalamaları daha yüksektir. Vaka 2 sorularında ise 25 yaş altı grubun doğru cevap ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Pettigrew'in (1993) ve Kelleci, Gölbaşının (2004) yaptıkları çalışmada genç yaş grubundaki hemşirelerin daha iyi sorun çözdükleri, sorunlara daha yenilikçi ve farklı çözümler buldukları sonucu çalışmamızdaki bu yaş grubunda ortalamaların yüksek çıkmasına birer etken olarak gösterilebilir.(136,137) Andsoy ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da çalışma yılı arttıkça bakım planı kullanmada daha az güçlük yaşandığı belirlenmiştir (10). Araştırmamızda da deneyim yılı arttıkça daha çok vakayla karşılaşacağı düşünüldüğü için ileri yaş dönemindekilerin de vakaları daha iyi yorumlaması ve doğru cevap ortalamasının daha yüksek çıkması beklenilmiştir. Ancak bu araştırma bulgularında genç yaş grubundakilerin bilgi soruları ve vaka sorularına daha çok doğru cevap verdiği sonucu ortaya çıkmıştır.

Hemşirelerin doğru cevap sayılarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında kadınlar ile erkeklerin bilgi soruları ile Vaka 1 ve 3 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Ancak kadınlar ile erkeklerin Vaka 2 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmaktadır ve Vaka 2 sorularına kadınlar daha fazla sayıda doğru cevap vermiştir. Vaka 22'de yer alan hastanın kadın olması ve vakanın günümüz hastalığından olan ve kadınlarda daha çok risk teşkil eden hipertansiyon olmasının bunda birer etken olduğu düşünülmüştür (138).

Araştırmadaki hemşirelerin mezun oldukları okul ile sorulara verdikleri doğru cevap ortalamalarına bakıldığı zaman Lisans-Yüksek lisans mezunlarının tüm sorulara verdikleri doğru cevap ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Aynı zamanda doğru cevap sayılarının mezun olunan hemşirelik okuluna göre karşılaştırılmasında Sağlık Meslek Liseli, Ön lisans ve Lisans-Yüksek lisans mezunlarının Vaka 1 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0,05$) bulunmuştur ve eğitim seviyesi arttıkça Vaka 1 sorularına verilen doğru cevap sayısı da artmıştır. Bu sonuçlardan Lisans- Yüksek lisans mezunu hemşirelerin hemşirelik okulları ders müfredatlarında hemşirelik sürecine daha çok yer verildiğinin payı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca süreci bilme ve uygulama durumlarına yönelik soru tarzlarından ya da sorulan örnek vakaların içeriğinden de kaynaklanabilir

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulamalarına yönelik olarak 131 hemşire ile tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibidir.

-Hemşirelerden %77,9'u hemşirelik sürecinde kendisini yeterli bulduğu, %94,7'si klinikte hastaya bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli bulduğu belirlenmiştir.

-Literatür dikkate alınarak hazırlanan bilgi ve uygulamaya yönelik 21 çoktan seçmeli soruların tümüne doğru cevap veren hemşire bulunmamıştır.

-Hemşirelerin eğitim seviyesi arttıkça Vaka 1 sorularına verilen doğru cevap sayısı da artmıştır.

-Hemşirelerin bilgi sorularına verdikleri cevapların doğru düzeyi ile Vaka 1 soruları, Vaka 2 soruları, Vaka 3 soruları doğru düzeyleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0.05$), Vaka 1 soruları doğru düzeyi ile Vaka 2 soruları ve Vaka 3 soruları doğru düzeyleri arasında yine pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0.05$) ve Vaka 2 soruları doğru düzeyi ile Vaka 3 soruları doğru düzeyi arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

-Hemşirelerin hastaya bakım verirken en çok hemşirelik sürecinin veri toplama (%36,6) aşamasında sorun yaşadıkları, en az ise değerlendirme (%8,5) aşamasında sorun yaşadıkları bulunmuştur.

-Hemşirelerin hemşirelik sürecini kullanma becerilerini artırmadaki önerilerde en çok hizmet içi eğitim (%40,5) önerilmiştir.

-Hemşirelik sürecinin kullanımının sağladığı yararlar da ise hemşirelik sürecinin hastaya daha kaliteli bakım verilmesini sağladığı (%37,5) bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin hemşirelik süreci ile ilgili bilgilerini unutmamaları ve teorik bilgilerini uygulamada kullanmaları için hizmet içi

eğitimlerin verilmesi, karşılaşılan sorunların bu eğitimler sırasında özölmesi gerekmektedir. Ayrıca hemşirelik eğitim müfredatlarında hemşirelik sürecine yer verilerek, müfredatta hemşirelik sürecine ayrılan zaman artırılmalıdır.



7. KAYNAKLAR

1. Birol L. (2013). Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Berke Ofset Matbaacılık, 10. Baskı, İzmir.
2. Akça Ay F. (2008). Hemşirelik Süreci. İçinde: Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. 2.Baskı, Medikal Yayıncılık Ltd Şti. İstanbul, 61-73.
3. Bayık A. (2002) Hemşirelik Disiplini ve Araştırma: Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Erefe İ. (Ed), Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği –Hemar-ge Yayın No:1, İstanbul, Odak Ofset.
4. Özbıçakçı Ş. (2009). Hemşirelik Uygulamalarında Bilişimin Yeri. İçinde:Doğan S, editörler. 12.Ulusal “Uluslararası Katılımlı” Hemşirelik Kongresi “Eğitimden Uygulamaya Hemşirelikte Yenilikler” Kongre Kitabı. Sivas 20-24 Ekim 2009. Alter Yayıncılık, Ankara, 8789.
5. Stuart GW. (1998). Implementing The Nursing Process: Standards Of Care. Principles Practice Psychiatric Nursing. 6th Edit, Mosby, St. Louis Missouri, 177- 191.
6. Alcan Z., Aksoy A., Civil B., Tekin DE., Ekim R., Civil SÖ., Doğan T., Çakar V. (2011). Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri. Nobel Tıp Kitapevi. Ltd. Şti.İstanbul.
7. Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik Kanunu. [internette].
[11.08.2014 okundu]. elektronik adresi:
http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/index.php?page=wm_hemkan
8. Keski Ç. (2009). Son Sınıf Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Süreci Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Ankara.

9. Güner P., Terakye G. (2000). Hemşirelik Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Tanılarını Belirleyebilme Düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 4 (1): 9-15.
10. Andsoy II., Güngör T., Dikmen Y., Nabel EB. (2013). Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler. Journal of Contemporary Medicine. 3(2):88-94
11. Veliöğlu P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofis; 1-19.
12. Özcan A. (2006). Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. 2.Basım. Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. Şti. Ankara.
13. Taylan S., Alan S., Kadioğlu S. (2012). Hemşirelik Roller ve Özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 66-74
14. Ökdem Ş., Abbasoğlu A., Doğan N. (2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu. Cilt 1. Sayı 1.
15. Öztunç, G. (2012). Hemşireliğin Doğası. İçinde: Hemşirelik Esasları 1. Ed: Atabek Aştı T., Karadağ A. Akademi Basın ve Yayıncılık. İstanbul.
16. Akça Ay F. (2011). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, Nobel Tıp kitapçıları, İstanbul.
17. Kaptan G., Dedeli Ö. (2012). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği, Kavram ve Kuramlar. Medikal Yayıncılık. Ltd. Şti. İstanbul.
18. Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi. (1981) Hemşireliğin İşlevleri, Standartları ve Niteliklerini Kapsayan Bir Rehber. Ankara.
19. Boz Yüksekdağ B. (2015). Hemşirelik Eğitiminde Bilgisayar Teknolojisinin Kullanımı. Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi. Cilt 1, Sayı 1, 103-118. Eskişehir.

20. Birol L. (2004). Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 3.Baskı Etki Matbaacılık, İzmir.
21. Aştı N. (2002). Bilgi, Bilim ve Hemşirelik Üzerine Dünden Bugüne Görüşler. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi. Cilt 7. Sayı 48.
22. Yıldırım B., Özkahraman Ş. (2011). Hemşirelikte Problem Çözme. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. Cilt 2, Sayı 3. Isparta.
23. Taylor C., Lillis C., LeMone P. (2005). Fundamentals of Nursing: The Art AndScience Of NursingCare, 5th ed. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia.
24. Sabuncu N. (2008). Hemşirelik Bakımında İlke Ve Uygulamalar. Ankara: Alter Yayıncılık Org. Tic. Ltd. Şti.
25. Timby BK. (1996). Fundamental Skills and Concepts in Patient Care. Sixth Edition. Newyork: Lippincott Company. p.730-4.
26. Lewis SM., Heitkemper M., Dirksen SR. (2004). Medical-Surgical Nursing; p.5-22.
27. NANDA International, Nursingdiagnosis:Definitions&Classifications 2003-2004. Philadelphia; NANDA International . p.219.
28. Elkin MK., Pery AG., Potter P. (2004). Nursing İntervention and Clinical Skills. Three Edition. St Louis: Mosby Year Book; p.8-11.
29. Velioglu P. (2012). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Esen Ofset. 2. Baskı. İstanbul.
30. DeLaune CS, Ladner PK. (2010). Fundamentals of Nursing Standards&Practice. 4rd ed. Canada: Thomson Delmar Learning.
31. Yıldırım B. (2010). Hemşirelikte Eleştirel Düşünme Uygulamalı Yaklaşım. Özsoy SA (Ed.), Tuna Matbaacılık, Aydın.

32. Hale CA., Thomas LH., Bond S., Todd C. (1997). The Nursing Record as a Research Tool to Identify Nursing Interventions. *Journal of Clinical Nursing*; 6: 207–214.
33. Sabuncu N., Babadağ K., Taşocak G., Atabek T. (1991). Hemşirelik Esasları. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 496 Açıköğretim Fakültesi Yayınları, No: 225; 58–71.
34. Taşcı S. (2005). Hemşirelikte Problem Çözme Süreci. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 73-78.
35. Sparks S., Taylor CM. (2005). The nursing process. *Sparks and Taylor's Nursing Diagnosis Reference Manual*. p.2-19.
36. Carpenito-Moyet LJ. (2005). *Handbook of Nursing Diagnosis* (çev:Erdemir F.), 2. baskı Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
37. Potter, P.A., Perry, A.G. (2009). *Fundamentals of Nursing*. St. Louis Missouri, 247-259.
38. Pokorski S., Moraes MA., Chiarelli R., Costanzi AP., Rabelo ER. (2009). Nursing process: From literature to practice. What are we actually doing? *Rev Lat Am Enfermagem*. 17:302–7.
39. Alfaro-LeFevre, R. (2014). *Applying nursing process:the foundation for clinical reasoning*. Philadelphia: Lippincott; 3 p.
40. Gordon, M. (2006). *Manual of Nursing Diagnoses 11th Ed.*, Jones & Bartlett. Boston.
41. Kaya, N. (2010). Onkoloji hemşireliği ve hemşirelik tanıları. Can, G. (Ed.). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım*. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. İstanbul, 3-10.
42. Yıldırım B., Özkahraman Koç Ş. (2013). Eleştirel Düşünmeyi Hemşirelik Sürecinde Uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. S.29-35.

43. Çakırcalı, E. (2000). Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. İzmir.
44. Lipe S., Beasley S. (2004). Critical thinking in nursing a cognitive skills workbook. Lippincott Williams & Wilkins United States of America, 87–120.
45. Öz F., Malak B. (2014). Hemşirelikte Puslu Mantığın Kullanımı.Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi s.68–76
46. Kaya N. (2013). Hemşirelik süreci, Aşti Atabek T., Karadağ A. (Ed), Hemşirelik Esasları Kitabı. Esen Ofset. İstanbul.
47. Milli Eğitim Bakanlığı. Hemşirelik Meslek Esaslarına Giriş. Ankara.2012.
48. Taylor CM. (1990). Essential Of Psychiatric Nursing Thirteen Ed., Toronto, 111-124
49. Emiroğlu ON. (2012). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri (Ed) Erefe İ. Odak Ofset Matbaacılık 4.Baskı. s:109-110
50. Berman A., Synder J.S., Kozier B., Erb G. (2008). Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice. 8th ed. Pearson International Edition. New Jersey.
51. DeLaune CS., Ladner PK. (2006). Fundamentals of Nursing Standards&Practice. 3rd ed. Canada: Thomson Delmar Learning
52. Barbara, J., Kozier., Audrey. J. Berman., Shirlee, Snyder., Glenora, Erb. (2007). Fundamentals of nursing,8th edition,Hardcover - Jun 30.
53. Birol L. (2011) Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, 10. baskı. Dumat Ofset Matbaacılık Ltd. Şti. İzmir.

54. Şendir M., Büyükyılmaz F. (2013). Hemşirelik Tanısı. Aştı Atabek T., Karadağ A. (Ed), Hemşirelik Esasları Kitabı. Esen Ofset. İstanbul.
55. Paans W, Nieweg RMB, Van der Schans CP, Sermeus W. (2011). What Factors Influence The Prevalence And Accuracy of Nursing Diagnoses Documentation in Clinical Practice? A Systematic Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*; 20 (17-18):1-18.
56. Müller-Staub M., Lavin MA., Needham I., Van Achterberg T. (2006). Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes-Application and Impact on Nursing Practice: Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*; 56(5):514-31.
57. Carpenito-Moyet LJ. (2012). *Handbook of Nursing Diagnosis* (çeviri: Erdemir F.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
58. Gordon M. (1998). Historical perspective: the national conference group classification of nursing diagnoses (1978, 1980). *Nursing Diagnosis* 9 (2), 27-31
59. Boisvert, C. (2000). *AFEDI: Nursing Diagnosis*, 11:183.
60. Thoroddsen A., Thorsteinsson HS. (2002). Nursing Diagnosis Taxonomy Across The Atlantic Ocean: Congruence Between Nurses' charting and The NANDA Taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*; 37(4): 372-81.
61. Türk Hemşireler Derneği (THD) (2013).
http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/menu/ilgili_kuruluslar/uluslararası-hemsirelik-kuruluslari/nanda-international-nanda-ibr-north-american-nursing-diagnosis-association-br-kuzey-amerika-hemsirelik-tanilari-birligi.aspx Erişim 17 Mayıs 2013.

62. Karadakovan A., Usta Yeşilbalkan Ö. (2004). Öğrencilerin Bilinci Kapalı Hastada Saptadıkları NANDA hemşirelik tanılarının incelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(3), 1-7.
63. Carpenito JL. (1997). Çev: Erdemir F. Handbook Of Nursing Diagnosis. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 17-37
64. Erdemir F. (2003). Hemşirelik tanıları nedir ve ne değildir? Erdemir F. Yılmaz E. editör. NANDA hemşirelik tanıları taksonomisi II. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayını; p.17-44.
65. Ay F. (2003). Hemşirelik Yüksekokulu II. Sınıf Öğrencilerinin Bakım Planlarında Sıklıkla Kullandıkları Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı, Ankara, 129-139.
66. Babadağ K., Kaya H., Kaya N., Aktaş A. (2004). Öğrencilerin NANDA Hemşirelik Tanılarında Yaptıkları Terminolojik Hatalar. Hemşirelik Forumu. 7(4):33-37.
67. Erdemir F. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. Samsun; 2010, s. 24-29.
68. Lopes L.J., Barroz de Leite A.L., Michel J.L.M. (2009). A Pilot Study to Validate the Priority Nursing Interventions and Nursing Outcomes Classification Outcomes for the Nursing Diagnosis "Excess Fluid Volume" in Cardiac Patient. International Journal of Nursing Terminologies and Classification; 20(2): 76-88
69. Staub-Müler M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnosis. Interventions and Outcomes, International Journal of Nursing Terminologies and Classification; 20 (1): 9-15

- 70.** Kaya N. (2004). NANDA Hemşirelik Tanıları, Hemşirelik Bakımının Sonuçları (NOC) ve Hemşirelik Girişimleri (NIC) Sınıflama Sistemlerinin İlişkilendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 52:8
- 71.** Acaroğlu R., Şendir M., Kaya H. (2008). Hemşirelik Süreci. Babadağ, K., Aştı, T. (Ed.). Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi, Medikal Yayıncılık Ltd. Şti. İstanbul, 1-8.
- 72.** Carpenito L. J. (2004). Handbook of Nursing Diagnosis. 8. Ed, J.B. Lippincott Co, Philadelphia.
- 73.** Taylor C., Lills C., Lemone P. (2001). Fundamentals of Nursing, The Art Science of Nursing Care, 4th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 216-221.
- 74.** Carpenito L.J. (2010). Handbook of Nursing Diagnosis, Lippincott Co. Philadelphia.
- 75.** Ertem A., Özcan Ö., Sarvan I. (2008). Temel Hemşirelik Kavramları, İlkeler, Uygulamalar. (Ed.) Akça Ay F. İstanbul Medikal Yayıncılık, 2. Baskı.
- 76.** Babadağ K. (2002). Hemşirelik Eğitimi ve Etik. I. Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi, 15-19 Eylül, Kapadokya.
- 77.** Ak B. (2013). Hemşirelik Süreci. İçinde: Conk Z., Başbakkal Z., Yılmaz HB., Bolşık B. (ed) Pediatri Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.
- 78.** Sorrentino AS. (2004). Mosby's Textbook for Nursing Assistants. 6th Ed. Missouri: Mosby Company.

- 79.** Dochterman JM., Johnson M. (2000). Defining Nursing Work And Patient Outcomes: NIC And NOC, I. Uluslar arasi Ve VIII. Ulusal Hemsirelik Kongresi Kurs Notlari, Antalya.
- 80.** Algier L., Abbasoğlu A., Hakverdioğlu G., Ökdem Ş., Göçer S. (2005). Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (1), 33-40.
- 81.** Türk G., Hakverdioğlu G., Eşer İ., Khorshid L. (2010) İnmeli hastaların hemşirelik kayıtlarının incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi; 3 (4): 171-174.
- 82.** Çakır A., Güneş C. (2013). Özel Bir Hastanede Kadın Doğum Servisi ve Doğumhanede Yatan Hastalara Hemşireler Tarafından Yapılan Bakım Planlarının İncelenmesi. Acıbadem hemşirelik E- Dergi Sayı 54.
- 83.** Rosdahl CB. (1995). Textbook of Basic Nursing. Sixth Edition. Philedelphia: Lippincott company. p.376-87
- 84.** Kaya N. (2012). Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Tanılaması. Aştı Atabek T., Karadağ A. (Ed). Hemşirelik Esasları Kitabı. Esen Ofset. İstanbul.
- 85.** Karagözoğlu Ş. (2006). Bilim, Bilimsel Araştırma Süreci ve Hemşirelik. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. s:64-71
- 86.** Kaya H. (2012). Uygulama ve Değerlendirme. Atabek Aştı T, Karadağ A. editör. Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; s.201-9.
- 87.** Bayat M. (2005). Öğretim Süreci ve Hemşirelik. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 66-72

- 88.** Avşar G., Ögünç AE., Taşkın M., Burkay ÖF. (2014). Hemşirelerin Hasta Bakımında Kullandıkları Hemşirelik Süreci Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 17:4
- 89.** Babadağ K., Aştı T. (2012). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*, 2. Baskı. Medikal Yayıncılık. Ltd. Şti. İstanbul.
- 90.** Karabacak Ü. (2012). *Hemşirelik Süreci ve Elektronik Sağlık Kayıtları*. 2. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Özet Kitabı. EYS Basım Yayın Amb San.Tic. Ltd. Şti. İzmir. s:24
- 91.** Zaybak A., İsmailoğlu EG., Özdemir H. (2015). *Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Uygulamasında Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi* 15.Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı s:63.Erzurum.
- 92.** Ledesma-Delgado E., Mendes MM. (2009) The nursing process presented as routine care actions: building its meaning in clinical nurses' perspective. *Rev Lat Am Enfermagem*. May-Jun;17(3):328-34.
- 93.** Terzi B. (2012). *Sağlık Kurumlarında Hemşirelik Süreci Uygulamaları "Üniversite Hastanesi Örneği"* 2. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Özet Kitabı. EYS Basım yayın Amb. San. Tic. Ltd. Şti. İzmir.
- 94.** Yılmaz N. (2000) *Hemşirelerin Hemşirelik Sürecine İlişkin Bilgi Ve Görüşlerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans. İstanbul: Ege Üniversitesi.
- 95.** Madencioğlu Kıvanç M. (2012). *Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Uygulamaları*, Aştı Atabek T., Karadağ A. (Ed), *Hemşirelik Esasları Kitabı*.
- 96.** Potter P.A., Perry A.G. (2005). *Fundamentals of Nursing*. 4th ed. St Louis: Mosby Year Book Inc. p.60-72, 265-279.

- 97.** Taşdemir G., Kızılkaya M. (2013). Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Klinik Uygulamasında NANDA Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi. *International Journal of Human Sciences*.(10)1, 246-257.
- 98.** T.C Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği, 8 Mart 2010, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10070/hemsirelik-kanununun-4-uncu-maddesine-dayanilarak-hazir-.html> (Erişim tarihi: 10 Kasım 2014)
- 99.** Gürlek Ö., Aytuğ Kanber N. (2012) Hastanelerde Hemşirelik Uygulamasına Geçiş Bir Devlet Hastanesi Örneği. 2.Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Özet Kitabı. EYS Basım yayın Amb San. Tic. Ltd. Şti. İzmir.
- 100.** Ovayolu N., Bahar A. (2006). Hemşirelik ve kalite. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(1):104-110.
- 101.** Poortaghi S., Salsali M., Ebadi A., Rahnavard Z., Maleki F. (2015) Nurs Findings From a Nursing Care Audit Based on the Nursing Process: A Descriptive Study *Midwifery Stud.* 2015 Sep; 4(3): e30181. Published online 2015 Sep 23. doi: 10.17795/nmsjournal30181
- 102.** Dikmen Y., Ak B., Yorgun S. (2015). Teorikten Pratiğe: Bilgisayar Destekli Hemşirelik Süreci Uygulaması. *J hum rhythm - December*;1(4):162-167
- 103.** Kan Öztürk Z., Serbest Ş., Karabacak Ü., Koç S., Eti Aslan F. (2012). Hemşirelik Tanılarının Kullanımına İlişkin Kalitatif Bir Çalışma: Karşılaşılan Güçlükler ve Çözüm Önerileri. 2.Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Özet Kitabı. EYS Basım yayın Amb San. Tic. Ltd. Şti. İzmir. s:207.
- 104.** Atabek Aştı T., Karadağ A. (2011) Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. Nobel Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti. Adana. s :51-52

- 105.** Akyol G. (2012).Sürekli Eğitimin,Hemşirelik Bakım Kalitesine Etkisi. 2.Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Özet Kitabı. EYS Basım yayın Amb San.Tic.Ltd.Şti. İzmir.
- 106.** Kayas S.,Özdemir Ürkmez D.Koç S.,Özkul Özel H.(2012).Hastane Bilgisayar Otomasyon Sisteminde Hemşirelik Bakım Planı Uygulaması. 2.Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Özet Kitabı. EYS Basım yayın Amb San.Tic.Ltd.Şti. İzmir.
- 107.** Karadağ G, Uçan Ö. (2006). Hemşirelik eğitimi ve kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3): 42-51.
- 108.** Kaya N.Yaşam modeli, Babadağ K, Aştı T.Eds.Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi,2008, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd Şti, 1-7.
- 109.** Izumi S, Konishi E, Yhiro M, Kodama M. Japanesepatient' descriptions of "Thegoodnurse" personel involvementandprofessionalism. Advances in NursingScience. 2006;29(2):14-26.
- 110.** Kaya N, Babadağ K, Yeşiltepe Kaçar G, Uygur E.(2010). Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi;3(3):24-33
- 111.** Yıldırım A.(1988) Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- 112.** Karabulut N, Çetinkaya F. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14:1.

113. Çoban İpek G, Kaşıkçı M. Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. İstanbul Üniversitesi FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi 2008;16(63):165-171
114. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentals of Nursing. Human HealthandFunction. Fourth Edition. Lippincott. Philedelphia: Williams andWillkins, 2010; 126-137.
115. Fesler-Birch DM. (2005). Critical thinkingandpatientoutcomes: a review. Nurs Outlook; 53(2): 59-65.
116. World Health Organization. Lemon Learning Material on Nursing.Chapter 4: Nursing Process and Documentation 2009
117. Turaç N., İpek S., Şahin E. (2015). Hemşirelerin Hemşirelik Sürecine İlişkin Bilgi ve Görüşlerinin İncelenmesi. 15.Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı s:274.Erzurum.
118. Fesci H., Doğan N., Pınar G. (2008). İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 11:3.
119. Axelsson L., Bjorvell C., Mattiasson AC., Randers I. (2005). Swedishregisterednurses' incentiveto use nursing diagnosis in clinical practice. J ClinNurs 2005;15(8):936-45.
120. Hedberg B., SatterlundLarsson U. (2003) Observations, Confirmation sandstrategies-usefultools in rhedesicion making process for nurses in practice. J ClinNurs; 12(2):215-222.
121. Birol L. (2007). Hemşirelik Süreci, (8. Baskı), Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir. s.21-28

122. Karadağ S., Taşçı S. (2005). Kayseri devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi; 14: 13-21.
123. Çakmakçı A., Vatan F. (2003). Manisa il merkezinde görev yapan yönetici hemşirelerin çalışma alanlarında yaşadıkları sorunlar, Modern Hastane Yönetimi Dergisi; 7(2): 51-55
124. Keski Ç., Karadağ A. (2010). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik süreci hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 12(1): 41-52.
126. Gök Özer F., Kuzu N. (2006). Öğrencilerin Bakım Planlarında Hemşirelik Süreci ve Nanda tanılarını Kullanma Durumları Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 22 (1) : 69-80
127. Ayan S. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Nanda-I Hemşirelik Tanılarını Belirleme Yetkinliğinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.
128. Ay F. (2005). Öğrencilerin Bakım Planında Kullandıkları Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi. Cilt 13, Sayı 55.
129. Terzioğlu,F., Ejder Apay S., Akkuş Y., Irmak Z., Baybuga M., Özer N., Duygulu S., Tuna Z., Boztepe H., Kapucu S., Özdemir L., Akdemir N. (2012). Travmalı Hasta Vakalarında Öğrenci Hemşirelerin Hemşirelik Tanılarını ve Girişimlerini Belirleyebilme Durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15: 2
130. Taşkın Yılmaz F., Tiryaki Şen H., Demirkaya F. (2015). Hemşirelerin ve Ebelerin Mesleklerini Algılama Biçimleri ve Gelecekte Beklentileri Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi.sayı:3,Cilt 1

- 131.** Kömürcü N. (2001). Hizmet İçi Eğitim Programını Değerlendirme. 1.Uluslararası ve 5.Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongre Kitabı. 19-22 Eylül NevŐehir/Kapadokya. s:83-84
- 132.** Yıldırım D. (2002). Hemşire İnsan Gücü Planlaması. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 12(48): 57-70.
- 133.** Demirgöz Bal M. (2015). Yataklı Tedavi Kurumlarında Hemşire İnsan gücü Planlama YaklaŐımları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. s:148-154
- 134.** Birol L. (2009). Hemşirelik Süreci. Birol L. Ed. Hemşirelik Süreci, 9.baskı, İzmir: Etki Yayınları; 5-21.
- 135.** Tan M., Polat H., Akgün Şahin Z. (2012). Hemşirelerin alıŐma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. Sayı, 4. s:67-78)
- 136.** Kelleci M.,GölbaŐı Z. (2004). Bir  niversite Hastanesinde alıŐan Hemşirelerin Problem  zme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. C. . Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (2).
- 137.** Pettigrew AC., King MO. (1993) A comparison between scores on Kirtons' inventory for nursing students and a general student population. Psychol Res, 73:1,339-345.
- 138.** TURDEP II Sonuçları (2011) <http://www.turkendokrin.org..> (Erişim Tarihi:31.05.2016).

8. EKLER

EK1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli meslektaşlarım bu soru formunda kişisel özellikleriniz ve hemşirelik sürecine ilişkin 11 soru bulunmaktadır. Lütfen soruları dikkatlice okuyup yanıtlayınız.

1. Yaşınız :

2. Cinsiyetiniz: () Kız () Erkek

3. Mezun olduğunuz hemşirelik okulu

a) Sağlık Meslek Lisesi

b) Ön Lisans

c) Lisans

d) Yüksek Lisans;.....

4. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?

a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11-15 yıl e) 16-20 yıl

f) 21 yıl ve üzeri

5. Çalıştığınız birimdeki göreviniz?

a) Klinisyen hemşire b) Klinik sorumlu hemşiresi c) Yönetici hemşire

d) Enfeksiyon kontrol komitesi hemşiresi e) Eğitim hemşiresi

f) Diğer (.....)

6. Hemşirelik eğitiminiz süresince “Hemşirelik sürecine” ilişkin teorik eğitim aldınız mı?

Evet

Hayır

7. Kendinizi hemşirelik süreci konusunda yeterli buluyor musunuz?

Evet

Hayır

8. Klinikte hasta bireye bakım verirken “Hemşirelik sürecini” kullanmayı gerekli buluyor musunuz?

Evet

Hayır

9. Hasta bireye bakım verirken “Hemşirelik sürecinin” hangi basamağında sorun yaşıyorsunuz?

Veri toplama Tanılama Planlama Uygulama Değerlendirme

10. Hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmaları konusundaki becerilerini artırmaya yönelik önerileriniz nelerdir yazınız?

-

11.Hasta bireye hemşirelik süreci kullanılarak verilen bakımın sağladığı yararları yazınız?

**EK II. HEMŞİRELİK SÜRECİ BİLGİ VE UYGULAMA DÜZEYİ
BELİRLEME FORMU**

Değerli Meslektaşlarım; bu bölüm 21 sorudan oluşmaktadır. Bölümde yer alan 1-9'uncu sorular çoktan seçmelidir. 10-21'inci sorular ise vakalarla ilişkilidir. Üç vaka örneği verilmiş ve her vakaya yönelik dört soru sorulmuştur. Lütfen önce vakaları dikkatlice okuyunuz. Daha sonra vakaların altında yer alan soruları, sadece vakada verilen bilgileri dikkatte alarak cevaplayınız.

1. Aşağıdakilerden hangisi hemşirelik sürecinin basamaklarından değildir?

- (a) Veri toplama
- (b) Tanılama
- (c) Planlama
- (d) Amaç belirleme

(Cevap: d)

2. Aşağıdakilerden hangisi objektif veridir?

- (a) Hastanın ağrı şikayeti
- (b) Nabzının dakikada 72 olması
- (c) Çarpıntı hissi
- (d) Hastanın bunaldığını ifade etmesi

(Cevap: b)

3. Aşağıdaki seçeneklerin hangisinde etiyolojik faktör ve hemşirelik tanısı bir arada doğru olarak verilmiştir?

- (I) Çok sık idrara çıkma ve diyareye bağlı sıvı elektrolit dengesizliği riski
- (II) Proteinden eksik beslenmeye bağlı intravasküler sıvı volüm fazlalığı
- (III) Bulantı ve kusmaya bağlı sıvı elektrolit dengesizliği riski

(IV) Oral alamama ve hemorajiye bağlı sıvı volüm eksikliği

- (a) I-II-IV (b) I-III-IV (c) I-II-III (d) I- II-III-IV

(Cevap: b)

4. Bireyde fizyolojik, psikolojik ya da çevresel faktörler nedeniyle oksijen tüketiminin/enerji kullanımının artmasına bağlı olarak aktivite kapasitesinin değişmesi, azalması ve hareket toleransızlığı tanımlayan bir hemşirenin aşağıdaki hemşirelik tanılarından hangisini koymasu uygun olur?

- (a) Güçsüzlük
 (b) Yorgunluk
 (c) Aktivite İntoleransı
 (d) Fiziksel Harekette Bozulma

(Cevap: c)

5. Aşağıdakilerden hangisi bir hemşirelik tanısıdır?

- (a) Akciğer CA (b) Hipertansiyon
 (c) Pnömoni (d) Hava Yolu Açıklığında Yetersizlik

(Cevap: d)

6. Hemşirelik sürecinin son basamağı aşağıdakilerden hangisidir?

- (a) Tanılama
 (b) Uygulama
 (c) Veri toplama
 (d) Değerlendirme

(Cevap: d)

7. Trafik kazası sonucu pelvis kırığı nedeniyle hastaneye yatırılan bir hasta kalçalarında kaşıntı, kızarıklık ve ağrıdan yakınmaktadır. Hemşire devamlı yatmanın basınç bölgelerinde dolaşımı engellediği bilgisini kullanarak bu veriyi yorumlar ve hastaya "Cilt Bütünlüğünde Bozulma" tanısını koyar. Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde bu tanının etiyolojik faktörü doğru olarak gösterilmiştir?

- (a) Ağrı
- (b) Hastaneye yatma
- (c) Kaşıntı, Kızarıklık
- (d) Pelvis kırığı nedeniyle immobilizasyon

(Cevap: d)

8. Aşağıdakilerden hangisi hemşirelik sürecinin planlama aşamasındaki amaçlardan biri değildir?

- (a) Bakım amaçlarının beklenen hasta sonuçlarının belirlenmesi
- (b) Bakım planının yazılması
- (c) Sonuçların değerlendirilmesi
- (d) Hemşirelik girişimlerine karar verilmesi

(Cevap: c)

9. Hemşirelik sürecinde veri toplarken en iyi veri kaynağı aşağıdakilerden hangisidir?

- (a) Bireyin kendisi
- (b) Bireyin ailesi
- (c) Bireyin arkadaşları
- (d) Bireyin hekimi

(Cevap: a)

VAKA-1: Bayan NK 42 yaşında, ilkokul mezunu, evli 2 çocuk annesidir. Yaklaşık bir yıldır çok su içme, çok idrara çıkma, halsizlik ve yorgunluk, son 1-2 ay yaklaşık 6 kilo kaybı şikayetleriyle hastaneye başvurmuş. Sol ayak parmağında 3 haftadır iyileşemeyen enfekte yara, şişlik kızarıklık ve ağrı var. Alt ekstremitelerde (+) ödem mevcut. Tedavisi: kan şekere göre kristalize insülin 4x1(sc), duocid flk 4x1,5gr iv, izotonik 1000cc +40mp NaHCO₃, 1400cal. Diyabetik diyet.

Yaşam Bulguları

TA: 130/90mmHg

Nb: 88/dk

S: 28dk

A: 37.5°C

Laboratuvar Bulguları

İdrar

Ph-asit

Şeker(++)

Aseton(+++)

Protein(++)

Hematoloji

Lökosit:11.700

Eritrosit:4.300.000

Hb:13.1

Htc:32

Aşağıdaki 10, 11, 12, 13. soruları Vaka 1'deki bilgileri dikkate alarak cevaplayınız.

10. Yukarıdaki vakaya göre bayan NK'nın Lökosit 11.700, Ateş 37.5°C, lokal şişlik, kızarıklık, ağrı bulgularına yönelik aşağıdaki tanılarından hangisini koymak uygun olur ?

- (a) Enfeksiyon
- (b) Cilt Bütünlüğünde Bozulma
- (c) Sıvı Volüm Fazlalığı
- (d) Bilgi Eksikliği

(Cevap: a)

11. Bayan NK'ya "Sıvı Volüm Fazlalığı" tanısı koyan bir hemşire aşağıdaki girişimlerden hangilerini planlar?

- (I) Aldığı çıkardığı takibi
(II) Günlük kilo ve ödem takibi
(III) Aseptik teknikler anlatılı.
(IV) Laboratuvar bulguları değerlendirilir.

(a) I-II-III (b) I-IV (c) I-III-IV (d) I-II-IV

(Cevap: d)

12. Yukarıdaki verilere dayanarak Bayan NK'ya aşağıdaki tanılardan hangisini koymanız uygun değildir?

- (a) Enfeksiyon
(b) Sıvı Volüm Fazlalığı
(c) Cilt Bütünlüğünde Bozulma
(d) Hipotermi

(Cevap: d)

13. Bayan NK'nın " Sıvı volümün dengede olması" cümlesi aşağıdakilerden hangisini ifade etmektedir?

- (a) Bakımın amacını
(b) Etiyolojik faktörü
(c) Değerlendirmeyi
(d) Hemşirelik uygulamasını

(Cevap: a)

VAKA-2: 10 yıldır hipertansiyon hastası olan DÇ 52 yaşında bayan hasta. 20 gün önce el ve ayaklarda karıncalanma tarzında uyuşukluk olmuş fakat gün içerisinde geçtiği için önemsememiştir. Bu süre içerisinde yutması giderek güçleşmiştir. İki gün önce birden yere yığılınca yakınları tarafından hastaneye getirilmiştir. Çekilen bilgisayar tomografisi sonucunda sol arterio serebri media alanında infekt saptanmıştır. İdrar inkontinansı olduğu için foley katater, yutma bozukluğu olduğu için nazogastrik sonda takılmıştır.

Yaşam Bulguları:

TA: 180/110mmHg,

Nb: 88/dk

A: 36.5 °C

S: 20dk

Aşağıdaki 14, 15, 16 ve 17. soruları Vaka 2'deki bilgileri dikkate alarak cevaplayınız.

14. Yukarıdaki verilere dayanarak Bayan DÇ'ye "Fiziksel Harekette Bozulma" tanısını koyan bir hemşirenin etiyolojik faktörü aşağıdakilerden hangisidir?

(a) Hemipleji

(b) Yutma Güçlüğü

(c) Damar Yolunun Bulunması

(d) Foley Sondasının Olması

(Cevap: a)

15. Bayan DÇ'nin yutma güçlüğü ve nazogastrik sondasının bulunmasına bağlı aşağıdaki hangi potansiyel risk tanısı konulabilir?

(a) Aspirasyon Riski

(b) Enfeksiyon Riski

(c) Cilt Bütünlüğünde Bozulma Riski

(d) Doku Perfüzyonunda Bozulma Riski

(Cevap: a)

16. Yutma bozukluğu tanısına yönelik "Etkili yutmanın sağlanması için yutma işlemi sırasında hastanın başı desteklenir." cümlesi hangisini ifade etmektedir?

- (a) Etiyolojik Faktör
- (b) Hemşirelik Girişimi
- (c) Bakımın Amacını
- (d) Değerlendirme

(Cevap: b)

17. DÇ'nin dilde pelteleşmesinin ve konuşma güçlüğüne olmasına bağlı olarak aşağıdaki tanılardan hangisinin konulması uygundur?

- (a) Fiziksel Harekette Bozulma
- (b) Enfeksiyon Riski
- (c) Sözel İletişimde Bozulma
- (d) Öz Bakımda Yetersizlik

(Cevap: c)

VAKA-3: Bayan FA 25 yaşında evli ve okuma yazma bilmiyor. Bir yıldır halsiz ve yorgun. Ancak son günlerde yerinden kalkmakta zorluk çekiyor. En küçük bir harekette nefes nefese kalıyor ve çarpıntısı oluyor. Son bir haftadır dilinde yemek yemesini engelleyecek derecede acıma ve hafif şişlikten yakınması var. Daha önceki aylarda özellikle hamileliği döneminde yakınmaları fazla olduğu için doktora gitmek istemiş ancak ilaçları alacak paraları olmadığı için gidememiş. FA hastanedeki yemeklerin kendisi için iştah açıcı olduğunu ancak yiyecek halinin olmadığını acının engel olduğunu söylüyor. Toprak yeme alışkanlığı da olan hastanın soğuk soluk ve kaşık tırnakları mevcut. Tedavide lüzum halinde kan transfüzyonu, Ferrum drj. 300mg 3x1, C vit draje 1x1, Talcid Süsp. 4x2 ölçek.

Laboratuvar Değerleri

Hb: 6.9 Eritrosit: 2.800.00

Htc: 25.7 Lökosit: 4900

Trombosit: 180.000

Demir:40mg/dl (60-190)

Fe bağlama kapasitesi: 420mg/dl (25-420)

Yaşam Bulguları

TA: 90 /60 mmHg

Nb:118/dk Ateş: 36.5°C

S: 32/dk

Aşağıdaki 18, 19, 20, 21. soruları Vaka 3'teki bilgileri dikkate alarak cevaplayınız.

18. FA'nın halsizlik yorgunluk hareketle artan nefes darlığı, çarpıntı şikayetleri düşünüldüğünde aşağıda verilen hemşirelik tanılarından hangisini almak uygun olur?

- (a) Bilgi eksikliği
- (b) Aktivite intoleransı
- (c) Kardiyak outputta artma
- (d) Hipotermi

(Cevap: b)

19. FA'nın ekonomik durum nedeniyle doktora gidememeye bağlı aşağıda verilen tanılarda hangisini almak uygun olur?

- (a) Sağlığın sürdürülmesinde yetersizlik
- (b) Sözel iletişimde bozukluk
- (c) Anksiyete
- (d) Bilgi eksikliği

(Cevap: a)

20. Yukarıda verilen bilgilere yönelik FA'ya "Beden Gereksiniminden Az Beslenme" tanısı koyan bir hemşirenin amaç cümlesi aşağıdakilerden hangisi olmalıdır?

- (a) FA'nın diyetisyenle görüşüp yumuşak gıdalar alması
- (b) FA'nın fazla sıcak soğuk yiyeceklerden kaçınması
- (c) FA'nın metabolik gereksinimine ve aktivite düzeyine uygun beslenmesi
- (d) FA'nın demir yönünden zengin besinlerle beslenmesi

(Cevap: c)

21. FA'ya "Aktivite İntoleransı" tanısı koyan bir hemşire aşağıdaki hangi girişimleri planlar?

- (I) Oksijen tüketimini azaltmak için hastanın istirahat planı yapılır.
- (II) Aktiviteleri ne derece tolere ettiği izlenilir.
- (III) Giderek artan egzersiz planı yapılır.
- (IV) Sosyal hizmet uzmanı ile görüşülür.

(a) I-II-III

(b) I-II

(c) I-IV

(d) I-II-IV

(Cevap: a)

EK III**UZMAN KURULU KARARI**

Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığı tarafından oluşturulan Uzman Kurulu Doç. Dr. Arzu YILDIRIM başkanlığında 04/12/2014 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Karar:

Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Dilek OLMAZ'ın "Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları" adlı tez konusu görüşüldü.

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğuna kurulun oy birliği ile karar verildi. 04/12/2014



Doç. Dr. Arzu YILDIRIM
Uzman Kurulu Komisyon Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Serap SÖKMEN
ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Sevinç KÖSE
ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Meryem BARAN
ÜYE

EK IV

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Tunceli İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

**ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)**

Şube :82170033/900
Konu: Tez Çalışması.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
TUNCELİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
16.01.2019 E. NO: 178/ GİDEN EVRAK

İlgi:31/12/2014 tarih ve 218 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereğince; Hemşirelik bakım verirken Hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumları konulu Yüksek Lisans Tezini Genel Sekreterliğimize bağlı Devlet Hastanesi Baştabipliğinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

İlhan BİNGÖL
Genel Sekreter V.

İnsan Kaynakları Birimi
Ayrıntılı bilgi için iribut:Perihan SÖYLEMEZ
Atatürk Mah. Elazığ Yolu TUNCELİ

E-posta:tuncelikhb@saglik.gov.tr
Tel:0 (428) 213 16 82 Dahili:3006