KLİNİK HEMŞİRELERİNİN HEMŞİRELİK SÜRECİ KULLANIMI İLE İLGİLİ SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Sema ÇAKAR
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gülçin AVŞAR

Yüksek Lisans Tezi - 2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KLİNİK HEMŞİRELERİNİN HEMŞİRELİK SÜRECİ KULLANIMI İLE İLGİLİ SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Sema ÇAKAR

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Gülçin AVŞAR

ERZURUM
2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

KLİNİK HEMŞİRELERİNİN HEMŞİRELİK SÜRECİ KULLANIMI İLE İLGİLİ SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Sema ÇAKAR

Tez Savunma Tarihi : 14.06.2019

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Gülçin AVŞAR (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Papatya KARAKURT

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Afife YURTTAŞ

Onay
Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM- 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **III**

ÖZET ..... **IV**

ABSTRACT ..... **V**

SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **VI**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **VII**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Hemşirelik Süreci 4

2.2. Hemşirelik Sürecinin Tarihçesi 5

2.3. Hemşirelik Sürecinin Özellikleri ve Yararları 7

2.4. Hemşirelik Sürecinin Aşamaları 8

2.4.1. Veri Toplama-Durumun Değerlendirilmesi 8

2.4.2. Tanılama/Hemşirelik Tanısını Belirleme 12

2.4.3. Planlama 15

2.4.4. Uygulama 17

2.4.5. Değerlendirme 18

3. MATERYAL VE METOT **21**

3.1. Araştırmanın Türü 21

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 21

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 21

3.4. Araştırmanın Değişkenleri 22

3.5. Veri Toplama Aracı 22

3.5.1. Verilerin Toplanması 22

3.5.2. Verilerin Değerlendirilmesi 22

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri 23

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirlik 23

4. BULGULAR 24

5. TARTIŞMA 30

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 39

KAYNAKLAR 41

EKLER 44

EK-1. ÖZGEÇMİŞ 49

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU 50

EK-3. ETİK KURUL KARARI 51

EK-4. KURUM İZNİ 52

EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU 53

EK-6. HEMŞİRELİK SÜRECİ KULLANIMI İLE İLGİLİ SORUNLARI BELİRLEME FORMU 55

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Gülçin AVŞAR' a,

Çalışmama katılmaya gönüllü olan Erzincan Mengücek Gazi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Erzincan Tercan Devlet Hastanesi, Üzümlü İlçe Entegre Hastanesi ve Refahiye Devlet Hastanesinde görev yapan tüm meslektaşlarıma ve çalışmamda bana destek olan anneme, babama, eşime ve çalışmam sırasında bana sabır gösteren kızım ve oğluma teşekkürlerimi sunuyorum.

Hemşire Sema ÇAKAR

ÖZET

Klinik Hemşirelerinin Hemşirelik Süreci Kullanımı İle İlgili Sorunların Belirlenmesi

Amaç: Bu çalışma hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın verileri Aralık 2017 – Nisan 2018 tarihleri arasında bir ilin eğitim ve araştırma hastanesi ile o ile bağlı ilçelerdeki devlet hastanesinde görev alan hemşirelerden elde edilmiştir. Araştırmanın evrenini sözü edilen hastanelerde çalışan 261 klinik hemşiresi, örneklemini ise çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde raporlu yada izinli olmayan 191 klinik hemşiresi oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafında literatür taranarak oluşturulan "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hemşirelik Süreci Kullanımı İle İlgili Sorunları Belirleme Formu" kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik testler kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %30.4'ünün 36-40 yaş arasında olduğu, %30.4'ünün 1-5 yıl arasında çalıştığı, çoğunlukla (%60.2) lisans mezunu oldukları, bir vardiyadaki hemşire sayısının çoğunlukla (%72.8) 1-5 olduğu, görev yaptıkları servislerdeki yatak sayısının (%63.9) 11-20 olduğu ve hemşirelerin çoğunlukla (%79.1) hemşirelik süreci ile ilgili hizmet içi eğitim aldıkları belirlendi. Hemşirelerin en çok hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasında (%26.2) en az ise planlama aşamasında (%5.8) sorun yaşadıkları bulundu. Hemşirelik sürecinin aşamalarında yaşanan sorunların en fazla iletişim problemleri, zaman ve personel yetersizliği gibi nedenlerle yaşandığı saptandı. Hemşirelerin tanılama aşamasında en fazla enfeksiyon riski (%38.8), ağrı (%25.2) ve hemşirelik tanıları dışında tanılar (%36.0) koydukları belirlendi. Ayrıca hemşirelerin tamamına yakınının (%91.6) hemşirelik sürecini bilgisayara kayıt ettikleri saptandı.

Sonuç: Hemşirelerin, hemşirelik sürecinin veri toplama aşaması başta olmak üzere sürecin tüm aşamalarında sorun yaşadıkları belirlendi.

Anahtar kelimeler: Hemşire, hemşirelik süreci, hemşirelik tanısı

ABSTRACT

Determining the Problems of Clinical Nurses About the Use of Nursing Process

Aim: This descriptive study was conducted to determine the problems experienced by nurses during the nursing process practice.

Material and Method: The data of this descriptive study were collected from the nurses who were working in a training and research hospital in a province and the state hospitals located in its districts between December 2017 and April 2018. While the population of the study consisted of 261 nurses working at the two aforementioned hospitals, the sample of the study was comprised of 191 nurses who were voluntary to participate in the study and were not on sick leave or on leave between the study dates. The data of the study were collected via face-to-face interview method using "Personal Information Form" and "Form for Determining the Problems Regarding the Use of Nursing Process". Percentage tests were used to assess the data.

Results: It was determined that 30.4% of the nurses participating in the study were aged between 36-40 years, 30.4% were working for 1-5 years, majority of them (60.2%) had a bachelor's degree, number of nurses in a shift was mostly 1-5 (72.8%), number of beds in the services where they were working was 11-20 (63.9%) and most (79.1%) of the nurses received the in-service training related to nursing process. The nurses experienced problems mostly in data collection stage of nursing process (26.2%) and least in planning stage (5.8%). The most common problems experienced in stages of nursing process were communication problems, lack of time, and insufficient number of staff members. It was determined that the nurses established mostly the diagnosis of infection risk (38.8%) and pain (25.2%), as well as diagnosis other than NANDA (36.0%). Almost all of the nurses (91.6%) recorded the nursing process in the computer, as well.

Conclusion: It was determined that the nurses faced problems in all stages of the process, particularly data collection stage of the nursing process.

Keywords: Diagnosis of nursing, nurse, nursing process

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANA **:** American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Derneği)

CNC **:** Center For Nursing Classification and Clinical Effectiveness

NANDA **:** North American Nursing Diagnoses Association (Uluslararası Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği)

NOC **:** Hemşirelik Sonuçlarının Sınıflandırması

WHO **:** World Health Organization **(**Dünya Sağlık Örgütü)

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 2.1. Bilimsel problem çözme ve hemşirelik sürecinin aşamalarının karşılaştırılması. 8

Tablo 4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı 24

Tablo 4.2. Hemşirelerin hemşirelik sürecinin veri toplama basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı 25

Tablo 4.3. Hemşirelerin hemşirelik sürecinin tanılama basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı 26

Tablo 4.4. Hemşirelerin hemşirelik sürecinin planlama ve uygulama basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı 28

Tablo 4.5. Hemşirelerin hemşirelik sürecinin değerlendirme basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı 29

1. GİRİŞ

Hemşirelik, uğraş alanı insan olan ve bakıma temellenmiş bir meslektir. Bakım, yalnızca hemşireliğe özgü değil, hemşirelik için özgündür. Bakımı hemşirelik bakımı olarak ayrıcalıklı kılan özellik ise bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerini profesyonel bilgi ve beceriler ile birleştirerek hemşire-hasta ilişkisine yansıtmaktır. Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bütüncül bakım, hastanın biricikliğini korumaya yönelik profesyonel bilgi ve becerilerini kullanma sanatı ve ahlaki boyutu olan bir olgudur.[1] Bakım hizmetinin etkin, profesyonel ve bilimsel yaklaşımla sunulabilmesi için bilimsel yöntemlerin kullanılarak sorun çözme süreci olarak adlandırılabilecek hemşirelik sürecinin kullanımı önemlidir.[2] Hemşirelik bakımına bilimsel ve planlı yaklaşımı sağlayan araçlardan en önemlisi hemşirelik sürecidir. Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının uygulanmasında bireyin sağlığını ya da yaşamını tehdit eden sorun veya sorunlara bilimsel yaklaşımlara dayalı çözüm bulan, sorunların çözümünde kullanılan, kritik düşünmeyi sağlayan ve bakım vermenin temelini oluşturan bir yöntemdir.[3,4,5,6,7]

Hemşirelik bakımında bilimsel olarak düşünme ve araştırmayı gerektiren sistematik bir yaklaşım olan hemşirelik sürecinin kullanılması ile bireye/aileye ve topluma kapsamlı bakım sağlanabildiği gibi hemşirelik mesleğine de bilimsel bir kimlik kazandırılmış olur. Hemşirelik süreci ile geleneksel bakım modeli yerine bakımın bireye özgü olarak planlanmasını, uygulanmasını ve değerlendirilmesi sağlanır.[8] Hemşirelik bakımında geleneksel bakım modeli yerine, bireye özgü hemşirelik sürecinin uygulanması, kaliteli bakımın göstergesidir. Hemşirelik bakımında kaliteye ulaşabilmek için teknolojik gelişmeler ve kanıta dayalı uygulamalar hakkında hemşirelerin donanımlı olması ve eleştirel bilimsel düşünme becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Birçok meslek ve sanat gibi hemşirelik de, hem mesleki gelişimleri, hem de artan toplumsal beklentileri yanıtlamak için vazgeçilmez ölçüt olan bilimselliği temel

almalıdır. Ayrıca Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 8 Mart 2010 tarihli resmi gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre; "Hemşireler, uygulamalarını hemşirelik sürecine temellendirmelidir. Hemşire bireyin, ailesi ve toplumun sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve bakımı hemşirelik tanılama süreci kapsamında kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler" hükmü yer almaktadır.[9] Bu nedenle, ülkemizdeki tüm hemşireler hemşirelik sürecini ve aşamalarını tam olarak bilmek ve uygulamak zorundadır.[10]

Hemşirelik bakımının hemşirelik sürecine temellendirilmesi, verilen bakımın kalitesini arttıracak, kaliteli bakımı sağlayacak, kurumların tercih edilebilirliğini, hasta memnuniyetini ve çalışanların doyumunu olumlu yönde destekleyecektir.[10] Hemşirelik mesleğine ve bakım kalitesine olan olumlu katkıların ve yasal düzenlemelerin de etkisiyle hemşirelik sürecinin kullanımında artış olmakla birlikte, hemşirelerin çeşitli nedenlerden dolayı uygulamada hemşirelik sürecini yeterince kullanmadığı düşünülmektedir.[11] Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, hemşirelik süreci ile ilgili olarak hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmaların çoğunlukta olduğu, hemşirelerle yapılan çalışmaların da oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan, Kaya ve ark'nın[12] yaptığı çalışmada, hemşirelerin hemşirelik kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları incelenirken; Sabancıoğulları ve ark'ın[13] çalışmasında, psikiyatri kliniğindeki hemşirelerin yapmış olduğu bakım planları Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmiştir. Verilen hemşirelik bakımının istendik düzeyde olabilmesi için yaşanılan/karşılaşılan güçlüklerin belirlenmesi en önemli adımı oluşturmaktadır.[14] Yaşanan sorunların belirlenmesi ve çözüme kavuşturulması hemşirelik sürecinin daha etkin uygulanmasına ve dolayısıyla bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır. Bu bilgiler ışığında, bu çalışma hemşirelerin hemşirelik

süreci uygulamasında yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Hemşirelerin hemşirelik süreci kullanımı ile ilgili sorunları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik Süreci

Hemşirelik, insanın temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etme ile başlayan ve günümüzde bilimsel bilgiye dayalı olarak hizmet vermeyi ilke edinen bir sağlık disiplinidir.[2] Hemşirelik, kaynağını insan gereksinimlerinden alan meslek gruplarından biri olması nedeniyle başlangıcı insanın var oluşuna kadar dayanmaktadır.[15] İnsanın var oluşundan günümüze değin yaşanan tüm evrensel değişimler hemşireliğinde değişimine ve gelişimine neden olmuştur. Günümüze kadar eğitim ve uygulamalar, görev tanımları, meslek rol ve işlevleri açısından birçok değişiklik yaşamış ve değişim süreci geçirmiştir. Hemşirelikte, var oluşundan bu yana değişmeyen tek şey bakım verme hizmetidir.[15]

Hemşirelik üstlendiği rolleri ile bireyin tüm bakım ortamlarında, en iyi hemşirelik bakımını almasını sağlayacak şekilde, hemşirelik bakımını organize etme ve sağlamada sistematik yaklaşımı benimsemektedir.[10] Bu yaklaşım, bilimsel, planlı, sistematik bir araç olan hemşirelik sürecidir.[16,17] Hemşirelik süreci toplumun giderek artan sağlık beklentilerini bilimsel temele dayandırarak, hemşirenin mesleki gelişimine katkıda bulunan, sistematik ve bütüncül bir yaklaşımın oluşturduğu bakım aktiviteleridir.[18]

Bireyin sağlık sorununu çözümlemede belli bir sistematik yöntemle hemşirelik bakımını vermeyi sağlayan ve birbirini izleyen aşamalardan oluşan hemşirelik aktivitelerinde "hemşirelik süreci" kullanılmaktadır. Hemşireliğin tanımı göz önünde bulundurulduğunda hemşirenin hastaya bakım verirken yeterli bilgi, beceri ve donanıma sahip olarak sistematik bir şekilde hastaya yaklaşması yalnız hemşirelik süreci ile gerçekleştirilebilmektedir.[2,14] Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hemşirelik süreci; bilimsel problem çözme yönteminin hemşirelik bakımında kullanılmasıdır.[19] Diğer bir deyişle

hemşirelik süreci sağlıklı/hasta bireyin ve ailenin bakım gereksinimlerinin/sorunlarının belirlenmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucunun değerlendirilmesi aşamalarından oluşan bir yaklaşımdır.[4,20] Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (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.[21]

Profesyonel hemşirelik uygulamalarında, hemşirelik süreci problemlerin belirlenmesi ve çözümünde evrensel standart ve bireyin problemlerinin çözümüne odaklanan eleştirel düşünme yöntemi olarak belirtilmektedir. Amerikan Hemşireler Derneği' ne göre (American Nurses Association/ANA) hemşirelik sürecinin hemşireliğe eleştirel düşünme modeli olarak hizmet ettiği belirtilmektedir.[5,22,23]

2.2. Hemşirelik Sürecinin Tarihçesi

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. Hemşirelik süreci kavramı ilk kez Lydia Hall tarafından 1955 yılında "Hemşirenin yapması gerekenler nedir, neler yapmalıdır"ı tanımlamak amacıyla kullanmıştır. Hall hemşire-hasta arasında; "hastada hemşirelik", "hastaya hemşirelik", "hasta için hemşirelik" ve "hastayla birlikte hemşirelik" şeklinde dört ilişki tanımlamıştır.[2] Ida Jean Orlando ise 1960 yılında "The Dynamic Nurse Patient Relationship" adlı kitabında bu kavram üzerine durmuştur. Orlando'nun görüşüne göre "hemşireliğin amacı hastanın gereksinimlerinin karşılanması için hastanın gereksinim duyduğu yardımı vermektir". Hemşire bu amaca hastanın gereksinimlerini belirleyerek ve bu gereksinimlerini doğrudan veya dolaylı olarak karşılamaya yardımcı olan bir süreci başlatarak ulaşır.[8,24]

Yura ve Walsh, 1967 yılında hemşirelik sürecine ilişkin yayınladıkları kitaplarında veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluşan dört aşamalı hemşirelik sürecini tanımlamışlardır.[25] Bu tarihten sonra bazı lider hemşireler ve hemşirelik kuruluşları, hemşirelik süreci aşamalarını benzer yaklaşımla, fakat farklı adımlarla ele almışlardır. Tanı teriminin kullanımı hakkındaki tartışmalar 1970'den 1980'e kadar devam etmiştir. Tanılamanın yalnızca hekimlerin uygulama alanlarında kullanılabileceği görüşü 1980'lere kadar sürmüştür. Hemşirelerin hasta tanılamasında yetkili olduğu düşünülmemiştir.[2,8,26]

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) tarafından 1973 yılında yayınlanan "Uygulama Standartları" belirlenmiş ve bu standartlar da hemşirelik süreci de yer almıştır. Bu standartlarda, hemşirelik tanısını da içeren, hemşirelik süreci tanımlanmıştır. ANA hemşirelik aktiviteleri ile iç içe olan mevcut ve potansiyel sağlık sorunları ile ilgili tanıları 1980'de tekrar belirlemiştir. 1990 yılında ANA Hemşirelik Uygulama Standartlarını yeniden gözden geçirmiş ve "Hemşirelik Klinik Uygulama Standartları"nı yayınlamıştır.[2,27] 1991 yılında yayınlanan standartlarda ise, hemşirelik süreci, veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere beş aşamadan oluşmuştur.[24].Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, hemşirelik sürecinin genelde dört yada beş aşamadan oluştuğu görülmektedir. Dört aşamalı modelde ilk durum değerlendirmesiyle tanılama tek aşama olarak ele alınmaktadır.[14]

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA/ North American Nursing Diagnosis Association) 1973 yılında hemşirelik tanılarının adlandırılması ve sınıflandırılması için toplantı düzenleyen ilk oluşumdur. Amerika Birleşik Devletleri dışından, birçok uluslararası üyesi bulunan bu birlik 1982 yılında NANDA "Hemşirelik Tanıları Terminolojisi" ni oluşturmuştur. Uluslararası katılımı da temsil edecek şekilde

NANDA uluslararası adını 1992 yılında almıştır(NANDA 1991). Günümüzde NANDA, standardize bir hemşirelik tanıları terminolojisinin geliştirilmesi, arılaştırılması, yayılması ve kullanılmasını kolaylaştırmak adına hemşire kuramcılar ve üyelerinin katılımıyla iki yılda bir düzenlenen kongrelerle çalışmalarını sürdürmektedir. Türkiye'de ise hemşirelik süreci kavramı ilk kez Leman Birol'un 1989 da yazdığı "hemşirelik süreci-hemşirelik bakımında planlı yaklaşım adlı kitabı ile gündeme gelmiştir.[2,28]

2.3. Hemşirelik Sürecinin Özellikleri ve Yararları

Hemşirelik süreci; hemşirelik bakımının sistematik biçimde verilmesini sağlayan araç olmanın yanı sıra hemşirelik uygulamalarını belirli bir formüle koyar; hemşirenin mantıklı, dinamik olmasını sağlayarak yaratıcılığını ve düşünme gücünü geliştirir. Hasta bakımı yaklaşımı, amaç merkezli olmayı sağlamakla birlikte, hemşirenin hizmet verdiği her alanda uygulanabilmesiyle hastaya en iyi ve nitelikli bakımı vermeyi sağlar. Hasta-hemşire arasında sürekli iletişim kurmaya imkân vererek, paralelinde ekip alışmasını geliştirir. Hemşire, bireye bilgi donanımını ve becerilerini ortaya koyarak yaklaştığı içiniş doyumu artmaktadır. Aynı zamanda verilen bakımın değerlendirilmesini ve kayıt altına alınmasını sağlayarak, idari denetimi kolaylaştırır.[29,30,31]

Hemşirelik uygulamalarına bilimsel bir kimlik kazandıran hemşirelik sürecinin; hemşirelik bakımını koordine etme, hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde kullanılabilecek amaçları listeleme, bakım amaçlarına ulaşmak için gerekli özel hemşirelik uygulamalarını belirleme, bakımın kalitesini arttırma, hemşirenin bilgisini arttırma ve uygulamaları geliştirme, iş gücü ve zaman kaybını önleme gibi pek çok yararı bulunmaktadır.[11,26] 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.[32] Hemşirelik süreci kullanımının yararlarından en önemlisi, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının verilmesini sağlamasıdır.[33]

2.4. Hemşirelik Sürecinin Aşamaları

Hemşirelik süreci birbirini izleyen ve bütünleyen, her biri eşit öneme sahip, her birinin doğruluk ve etkinliği diğerlerine yansıyan fakat her birinde farklı yöntemler kullanılan beş temel aşamadan oluşur. Hemşirelik süreci hastanın durumunu değerlendirme, hemşirelik tanılarını belirleme, hemşirelik girişimlerini uygulama ve hemşirelik sonuçlarını değerlendirme basamaklarını içermektedir.[7,10,18,34,35]

Birçok yararı ve özelliği olan hemşirelik sürecinin aşamaları incelendiğinde, bilimsel problem çözmenin aşamaları ile benzerlik gösterdiği görülür. Hemşireler, bilimsel metottan yararlanarak problemlere çözüm getirmeyi amaçlar. Bilimsel problem çözme yöntemi ile hemşirelikte problem çözme süreci paralellik göstermektedir. Hemşirelik sürecine bakıldığında bilimsel temelli problem çözmeye odaklandığı, sistematik ve amaç içeren hasta/aile odaklı bir süreç olduğu görülür.[36]

Tablo 2.1. Bilimsel problem çözme ve hemşirelik sürecinin aşamalarının karşılaştırılması.[14,22,36]

Bilimsel Problem Çözme Aşamaları	**Hemşirelik Süreci Aşamaları**
Problemin farkına varma Bilgi toplama	Veri toplama, Verileri analiz etme
Hipotezi oluşturma	Hemşirelik tanısı belirleme
Hipotezi test ederek plan geliştirme	Planlama
Hipotezi test etme	Uygulama
Çözümü değerlendirme	Değerlendirme

2.4.1. Veri Toplama-Durumun Değerlendirilmesi

Bu aşama, sürecin ilk aşamasıdır. Veri toplama, veri olarak nitelenen hasta-

sağlam birey ve yakınlarına ait bilgilerin belirli bir amaç için sistematik olarak elde edilmesidir. Bireyin/ailenin bedensel, akılsal, sosyal, duygusal ve fonksiyonel durumu hakkında tüm bilgiler toplanır. Bu toplanan bilgilerin tümüne veri denir. Veri toplamak için en uygun ortam sağlıklı/hasta birey/ailenin bulunduğu ortamdır. Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarına temel olabilmesi için, verilerin doğru ve eksiksiz toplanması çok önemlidir. Veri toplama/durum değerlendirmesi, hastanın ve ailesinin hastaneye kabul edilmesi ile başlar ve taburcu olana kadar devam eder.[10,26,37]

Hemşireler tarafından elde edilen veriler objektif ve sübjektif olmak üzere iki tiptir. Subjektif veriler bireyin kendi güçlü/güçsüz yönlerini, sağlık gereksinimlerini algılayışı, duygularının ve yaşantılarının oluşturduğu sorunlar olup, hemşire tarafından gözlemlenemeyen, hissedilemeyen verilerdir. Bireyin sağlık problemleri hakkında ifade ettikleridir. (örneğin; ağrının olması, mide bulantısı vb.) Objektif veriler ise hemşirenin gözlem, muayene ve diğer sağlık profesyonelleri ve tanıya yönelik çalışmalardan elde edilen verilerdir. Kan basıncı değeri, laboratuvar bulguları objektif verilere örnek olarak verilebilir.[3,24,26,33]

Veriler, birçok kaynaktan toplanabilir. Bunlar hastanın kendisi, ailesi vb. sağlık bakım ekibi üyeleri, tıbbi kayıtlar, fiziksel muayene, teşhise yardımcı teknikler ve laboratuvar sonuçlarıdır.[15,34,37]

Veri toplama yöntemleri

Görüşme: Bir veri tabanının oluşturulmasında ilk adım, bireyle görüşerek sübjektif verinin toplanmasıdır. Amaç bireyin geçmiş sağlık öyküsü ve mevcut sağlık durumu hakkında bilgi elde etmektir.[15] Başarılı bir görüşme belli bir hazırlığı gerektirmektedir. Bu nedenle görüşme için uygun çevre hazırlanmalıdır. Hemşire görüşme yapılacak ortamı bireyin rahat edeceği, gizliliğinin sağlandığı bir şekilde

düzenlemelidir. Görüşme, iyi aydınlatılmış, iyi havalandırılmış, gürültünün olmadığı bir ortamda yapılmalıdır.[3,15,38]

Hemşire sağlıklı-hasta bireyle karşılıklı konuşurken aynı seviyede oturmalı, rahat bir ortam hazırlamalı, kendi adını, görevini söyleyerek tanıtmalı, ses tonu yumuşak ve sakin olmalı, sağlıklı-hasta bireye güven vermelidir. Bireye anlayabileceği şekilde sorular sorulmalıdır. Bireyde ağrı, yorgunluk varsa görüşme daha uygun bir zamana ertelenmelidir.[3,15,39]

Dinleme: Hemşirenin sahip olması gereken ön önemli özelliklerden biri de iyi bir dinleyici olmasıdır. Dinleme; hemşirenin ilgisi ve kabullenici tavrının birey ya da hastaya sözsüz olarak iletildiği yollardan biridir.[40] Birey/hasta bir şey anlatmak istediğinde veya soru sorduğunda hemşire, hastaya gerçekten dinlediğini hissettirmeli, bunu duruşu ve yüz ifadesi ile göstermelidir.[3,17]

Hasta konuşmasına bir süre ara verip, susmuş ise hemşire bir süre beklemeli, sessizliği paylaşmalı, hastanın kendiliğinden konuşmasını beklemelidir. 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.[3,15]

Gözlem: Gözlem, tüm duyu organları aracığı ile hastayı dikkatle izlemektir. Gözlem, hastanın hastaneye kabulünden başlar taburcu oluncaya kadar devam eder. Hemşire gözlem yaparken baktığı her şeyi görmeli ve Neyi? Neden? gözlemleyeceğini bilmelidir. Bu nedenle hemşire, mesleki bilgi ve deneyime ayrıca hastalık bilgisine sahi olmalıdır.[3,17,37,39]

Hemşirelik Öyküsü: Hemşirelik öyküsü bireyin güçlü ve zayıf yönlerini, genetik ve çevresel faktörler gibi sağlık ile ilişkili risklerini, olası ve var olan sağlık sorunlarını tanımlamalıdır.[15] Hemşirelik öyküsü, bireyin/hastanın biyografik bilgilerini,

yakınmasını, o anda yaşadığı sorunu, geçmişte yaşadığı hastalık hikayelerini, bunların nasıl tedavi edildiğini, alerjileri, ailesel hastalık hikayesini, yaşam biçimini ve sosyal durumunu içermelidir.[24,39]

Fiziksel Değerlendirme: Sağlıklı/hasta bireyin durumunun daha iyi tanımlanabilmesi amacıyla objektif verilerin inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon teknikleri kullanılarak değerlendirilmesidir.[14]

- ***İnspeksiyon (gözlem);***hastanın gözle muayenesidir.
- ***Palpasyon;*** hastanın elle muayene edilmesidir.
- ***Perküsyon*;** elle ve vurarak yapılan muayenedir.
- ***Oskültasyon;*** dinleyerek yapılan muayenedir.[37]

Fiziksel değerlendirme, hemşirelik öyküsü alındıktan sonra yazılır. Böylece sözlü olarak alınan veriler objektif verilerle desteklenir.[3]

Laboratuvar bulguları; veri toplamada en son kaynak laboratuvar tetkikleri sonucu elde edilen bilgilerdir.

Verilerin Doğrulanması, Analizi ve Yorumlanması

Verilerin doğrulanması, toplanılan verilerin gerçek ve doğru olduğunun onaylanmasıdır.[24] Veri doğrulamanın amacı mümkün olduğunca hataların ve yanlış yorumlamanın önlenmesidir. Veri toplama aşaması boyunca, toplanmış olan bilgilerin gerçek ve doğru olması şarttır. Çünkü hemşire, bu verilere dayanarak hemşirelik tanısı saptar ve uygulamalara geçer. Sağlıklı/hasta bireyin ifade ettikleri ve hemşirenin gözlemleri arasında tutarsızlık söz konusu ise ya da veriler objektiflikten uzak ise verilerin doğrulanması gerekmektedir.[15,37]

Toplanılan verilerin anlamlı ve kullanılabilir gruplara organize edilmesi ve analiz edilmesi gerekir. Verilerin gruplandırılması, hemşirenin problemi doğru tanımlaması için gereklidir. Verilerin nasıl gruplandırılacağı, kullanılan veri toplama modeline

bağlıdır. Veri iyi bir şekilde gruplandırıldığında analiz kolay olmakta ve bireysel hemşirelik tanıları ve ortak sorunlar doğru bir şekilde belirlenmektedir. Veri toplanırken ve yorumlanırken sorunla ilgili olan ve olmayanların ayıklanması gerekir.[41]

2.4.2. Tanılama/Hemşirelik Tanısını Belirleme Aşaması

Hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelik sürecinin temeli hemşirelik tanısıdır. Tanılama hemşirelik sürecinin en önemli ve ikinci aşamasıdır. Hastanın bakım gereksinimlerinin saptanması aşaması ve hemşirenin çözüm getireceği soruna, hemşirelik tanısını koymasıdır. Hemşirelik tanısı ile bireyin sağlık sorunu ve bu soruna neden olan faktörler belirlenir. Hemşirelikte sorun çözümleme yöntemi, yani süreci kullanmadır. Bu aşamanın amacı, bireyin gereksindiği fakat karşılayamadığı bakımı saptamaktır.[4,26,37,42]

Hemşirelik tanısı, mevcut ya da potansiyel sağlık problemlerine karşı bir birey, bir aile ya da bir toplumun tepkileri hakkında klinik bir hemşirelik kararıdır. Gordon hemşirelik tanısını, "hemşirelerin bilgisi ve deneyimleri ile çözümlemeye yetkili olduğu gerçek ve potansiyel sağlık problemleridir" şeklinde tanımlamıştır. NANDA hemşirelik tanısını "birey aile ve toplumun, gerçek ve olası sağlık problemleri veya yaşam süreçleri yanıtları hakkında klinik bir karar/yargıdır" olarak tanımlamaktadır.[3,10,34]

Hemşirelik tanısı, ilk defa 1950'lerde hemşirelik alanına girmiş ve Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA-North American Nursing Diagnosis Association) 1982 yılında kurulmuştur. İlk başkanlığını Dr. Marjory Gordon (1982-1988) yapmıştır. NANDA'nın amacı profesyonel hemşirelerin kullanımı için tanı terminolojisini belirlemek, sadeleştirmek ve geliştirmektir.[6,42] 2003 yılında uluslararası bir kuruluş haline gelerek ismi NANDA-International(NANDA-I) olarak değiştirilmiştir. Hemşirelik tanıları üzerine sürdürülen araştırmalar sonucunda zaman zaman NANDA-I listesine yeni tanı adları eklenmekte veya mevcut tanılar

geliştirilmeye devam etmektedir. 2009-2011 listesine 21 yeni tanı eklenmiş, 9 tanı revize edilmiş ve 6 tanı listeden çıkarılmıştır.[6,42,43] 2012-2014 yılında ise tanı listesi yeniden düzenlenmiş 11 tanı revize edilmiş, 16 yeni tanı eklenmiştir.[6] 2015-2017 yılında 25 yeni hemşirelik tanısı eklenmiş ve 13 tanı revize edilmiş, 2018-2020 yılında ise 17 yeni hemşirelik tanısı eklenmiş, 8 hemşirelik tanısı revize edilmiş, 11 hemşirelik tanı etiketinde güncelleme yapılmıştır ve 244 onaylanmış hemşirelik tanısı yer almaktadır. NANDA-I hemşirelik tanıları Gordon'nun Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre sınıflandırılmıştır.[44,45]

Tanılar problemler karşısında ne yapılması gerektiği konusunda hemşirelik uygulamalarına yön verir ve ayrıca problemlerin seçilmesini de sağlar. Bu nedenle doğru tanının belirlenmesi önemlidir. Hemşirelik tanılarının doğru saptanması, sağlıklı veri toplamaya bağlı olup, sürecin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları için doğru adımların atılmasında önemlidir.[4,13,26,46] Böylece doğru tanımlanan bir hemşirelik tanısı ile bireyin gerçek gereksinimlerinin karşılanması ve bakımın sistematik bir biçimde verilmesi sağlanmaktadır.[34] Hemşirelik tanısını belirleme ve kullanmanın pek çok avantajı vardır. Hemşirelik tanısı hemşireler hem de diğer sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişimi kolaylaştırır, hastanın iyilik seviyesi ve taburculuk planı hakkında hemşireler arasında iletişimi kolaylaştırır, hasta ihtiyaçlarının önceliklerin belirlemeye yardım eder, kaliteli bakım sağlama ve sürdürmeyi sağlar, hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine yardım eder, sürecin değerlendirmesini ve izlenmesini sağlar. Hemşirelik tanılarının etiyolojisi doğrudan hemşirelik girişimlerini seçimini sağlar.[4,15,26]

Hemşirelik Tanısının Yapısı

NANDA nın tanıladığı listedeki her tanının üç komenenti vardır. Bunlar;

- Problem (tanı ismi) ve tanımı: Bireyin sağlık durumundaki değişime verdiği yanıtı kısaca ifade eder. Sağlık durumundaki değişimi yansıtır, değişikliklerin derecesini belirlemez.
- Etiyolojik faktörler: Problemin gelişmesine katkıda bulunan ya da neden olan durum ya da durumlardır.
- Tanımlayıcı özellikler: Bireyin sorunu ile birlikte gözlenen belirti ve bulgulardır.[14,15,39]

Her tanı için isimlendirme farklılık gösterir. Gerçek hemşirelik tanısı, tanı ismi, tanımlayıcı özelikler (belirti ve bulgular) ve ilişkili faktörler(etiyoloji) olmak üzere üç bileşenden oluşur. Risk tanılarında ise, tanımlayıcı özellikler değil, risk faktörleri vardır. Tanımlayıcı özellikler risk faktörü olarak mevcuttur. Sağlığı geliştirme tanıları ise sadece tanı ismini içeren tek bölümlü ifade ile yazılır ve iyilik hemşirelik tanıları, ilişkili faktörler ile birlikte tek veya iki bölümlü olarak yazılabilir.[14,15]

Hemşirelik Tanı Tipleri

Mevcut-Gerçek Hemşirelik Tanısı: Birey, aile, grup ya da toplumda var olan bir sağlık durumu-yaşam sürecine karşı istenmeyen bir insan yanıtı ile ilgili klinik bir karar.[44,45]

Risk Hemşirelik Tanısı: Sağlık durumu-yaşam süreçlerine karşı arzu edilmeyen bir insan yanıtı gelişimi açısından bir birey, aile, grup ya da toplumun savunmasızlığı-eğilimi ile ilgili klinik bir karar. Önlem alınmazsa ortaya çıkabilecek problemleri ifade etmek için kullanılan hemşirelik tanılarıdır.[44,45]

Sağlığı Geliştirme Hemşirelik Tanıları: Birey, aile veya toplumun sağlığını geliştirmek ve iyilik halini yükseltmek için motivasyonu ve isteği kapsayan klinik bir karardır.[15,44] 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.[47]

İyilik/Esenlik Tanıları: İyi durumda bulunan ve bu iyilik halini güçlendirmeye hazır olan bir kişinin, bir ailenin veya toplumun iyilik düzeyine karşı insan yanıtlarını tanımlar. Bu tanı türünde birey, aile veya toplumun esenliğini daha üst seviyeye geçiş için isteklilik gösterdiğine ilişkin belirti ve bulgular bulunmaktadır.[7,43]

Sendrom Hemşirelik Tanısı: Bir grup belirti ve bulgular kümesi ile ilişkili tanıdır. Birlikte ortaya çıkan ve benzer müdahaleler yolu ile ele alınan spesifik bir hemşirelik tanı kümesine ilişkin klinik bir yargı.[45]

Ortak(Kollabaratif) problemler: Sağlıklı/hasta bireyin gerçek, potansiyel ve olası problemlerinin yanı sıra, hemşirenin tek başına çözümleyemeyeceği, diğer sağlık ekibi üyeleri ile iş birliği içinde çözümlenebilecek olan problemlerdir.[37] Diğer bir deyişle, hemşirenin bağımsız olarak ilgilendiği problemler hemşirelik tanılarıyla adlandırılırken, bağımlı işlevleri ortak problemler altında adlandırılmıştır.[14,34]

2.4.3. Planlama

Planlama aşamasına, veriler toplanıp analiz edildikten ve hemşirelik tanısı belirlendikten sonra başlanır. Hemşire saptadığı sorunların çözüme kavuşması, gereksinimlerin karşılanması için vereceği hemşirelik bakımına karar verir. Bu aşama bireysel organize ve amaca yönelik olarak nasıl bir hemşirelik bakımı verileceğine karar verme zamanıdır. Hasta ile birlikte karar verilerek öncelikler belirlenir, bakımın amaçlarının kısa ve uzun vadeli beklenen sonuçları belirlenir, hemşirelik girişimlerine karar verilir ve bakım planı yazılır.[26,48,49] Planlama aşaması**;**

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

Önceliklerin Belirlenmesi: Hemşirelik tanıları belirlendikten sonra önem sırasına göre sıralamak gerekir. Öncelikleri belirlemede bireyin istekleri, gereksinimleri ve güvenliği esas alınarak sınıflandırılır.[37] 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.[14,24,33] Önceliklerin belirlenmesinde hemşire kendine şu soruları sorar.

- Hangi problemler acilen ele alınmalıdır?
- Aynı anda ele alınması gereken başka bir önemli problem var mı?
- Problemin ele alınış sırası doğru yapıldı mı?[26]

Öncelikler problemin aciliyetine göre yüksek, orta ve düşük olarak sınıflandırılabilir.[15,17,24]

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.[14] Bazı hemşireler hemşirelik bakım planında "hedef" terimi yerine "hastanın beklenen sonuçları" terimini kullanmaktadır. Amaç ve hedef kelimesi sıklıkla birbiri ile karıştırılmıştır. Bu kelimeler birbiri yerine kullanılabilmektedir. Bu terimler neyin başarılacağını ifade eder ve problem ile doğrudan ilişkilidir. 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.[8] Amaçlar, anlaşılır, gerçekçi, ulaşılabilir ve sorun ile ilgili ve ölçülebilir özellikte olmalıdır.[24] Amaçlar sorunun ya da gereksinimin özelliğine göre kısa ya da uzun vadeli

olarak saptanmalıdır. Amaçlar önceliklerine göre gerçekçi bir şekilde belirlenmedikçe, hem hemşire hem de hasta, hemşirelik bakımından beklenen sonuçlara ulaşamaz.[50]

Hemşirelik Girişimlerine Karar Verilmesi: Hemşire, girişimlerinin seçiminde deneyimlerini ve bilgilerini kullanır. Hemşirelik girişimlerinin seçimi bir karar verme sürecidir. Uygun girişimlere karar verme yöntemi her zaman aynıdır fakat girişimin tipi sağlıklı - hasta bireyin ve ailesinin gereksinimine göre bireyselleştirilmiştir.[7,10,18] 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.[14,34]

Bakım Planının Yazılması: Planlama aşamasının son aşaması bakım planı yazılmasıdır. Hemşirelik bakım planında toplanan veriler, hemşirelik tanıları, amaçlar ve beklenen sonuçlar, hemşirelik girişimleri ve değerlendirmeler yazılmaktadır. Bakım planı bakımın devamlılığı ve değerlendirilmesi için gereklidir. Hastasına bakım veren tüm hemşireler, hasta kabulünden taburculuğa kadar her gün bu planı uygulamalıdır.[15,33,37]

Yapılan tüm hemşirelik girişimleri kaydedilmelidir. Kayıt etme sadece hemşirelere değil, diğer sağlık profesyonellerine de gerektiğinde başvurulabilecek bir kaynak oluşturur. Aynı zamanda hemşire için yasal bir dayanaktır. Hemşirelik uygulamalarında denetimi kolaylaştırır ve hemşirelik araştırmalarına veri tabanı sağlar.[4,24,33]

2.4.4. Uygulama

Hemşirelik sürecinin dördüncü aşaması olan uygulama, karar verilen hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını içerir. Bu aşamadaki stratejiler sağlığın korunması ve

güvenli çevre oluşturulmasıdır. Bu basamağın uygulanabilmesinde bazı aşamalar göz önünde bulundurulur. Bunlar; hastanın güvenliği ve sağlığının devamı için gerekli aktivite ve girişimlerin uygulanması, hastanın bakımında planlanan önceliklerin uygulanması, diğer sağlık ekibi ile planlanan hastanın bakımını ve gereksinimlerini birlikte uygulama, gerekli uygulama durumlarında hastanın hakkını savunma, yapılan uygulamaları ve hastadan alınan sözel ve sözel olmayan yanıtları kayıt etmedir.[49,51,52]

Hemşirelik uygulamaları; bireyin gereksinimlerine yönelik, sağlığı geliştirme, sürdürme ve hastalıkları önleme, rehabilite etme amaçları için uygulanan hemşirelik girişimleridir.[20,24,52,53] Girişimler birey, aile ve topluma yönelik direkt ya da indirek bakım uygulamalarını içerir. Ağız bakımı, pozisyon değiştirme, ilaçların verilmesi gibi uygulamalar birey ile ilişkili direkt uygulamalardır. Bireyin çevresinin düzenlenmesi, enfeksiyonu önlemeye yönelik girişimler birey ile direkt ilişkili olmayan indirek uygulamalardır.[15] Hemşirelik uygulamaları; karar verme becerisi, entelektüel düşünce yapısı, iyi gözlem yapma becerisi, açık iletişim ve psikomotor becerileri gerektirmektedir.[20,24,52,53] Hemşire, bilgi ve becerisini kullanarak hastanın problemlerini çözmeye yönelik bakım verir; pek çok girişim yöntemleri kullanarak bakım planını uygulamaya koyar.[10,37] Eğer bu becerilerden herhangi biri eksik olursa, hemşirelerin, hemşirelik sürecini uygulamaya geçirmeleri güçleşir.[20,24,52,53]

Hemşireler hemşirelik girişimlerini yerine getirirken uygulamaları eksiksiz ve tam yapmalıdır. Hastanın kendine güvenini arttırmalı ve kendini rahat hissetmesi sağlanmalıdır. Ayrıca girişimler hastanın durumuna uygun olmalı ve hasta, bakımına katılımı için teşvik edilmelidir.[39]

2.4.5. Değerlendirme

Değerlendirme aşaması hemşirelik sürecinin son aşamasıdır. Değerlendirme hem bir son, hem de bir başlangıçtır. Değerlendirmede, planlanan girişimlerin uygulanması

sonucunda belirlenen hasta sonuçlarına ulaşılıp ulaşılmadığına bakılır.[26,37] Hemşirelik girişimlerinin tanılanmasında NANDA ve uygulanan girişimlerin değerlendirilmesinde hasta sonuçlarının sınıflandırılması olan NOC kullanılabilir.[49,51]

Bu aşamada, hemşirelik girişimleri "bitirilmeli mi?", "devam etmeli mi?" yoksa "değiştirilmeli mi?" sorularının cevapları bulunur. Hemşire verdiği bakımı değerlendirebilmek için, bakımın etkisinin ne olacağını tahmin edebilmelidir. Hemşirenin, yaptıklarının kanıtlanmasında ve girişimlerin beklenen sonuçlara ulaşılıp ulaşılmadığı veya ne kadar ulaşıldığı kararının verilmesinde, yapacağı değerlendirme hasta merkezli, objektif, açık, anlaşılır, zaman limitli, gerçekçi, ölçülebilir ve gözlenebilir özellikleri içermelidir.[7,18,53] Hastalarla ilgili girişimler uygulandıktan sonra sonuçları değerlendirilebilir. Bunlar;

- Beklenen hasta sonuçları ile ulaşılan hasta sonuçlarının karşılaştırılması
- Hastanın tüm sağlıkla ilgili bulgularının genel değerlendirilmesi
- Belirlenen amaçlara ulaşılması ya da ulaşılmamasını yargılama
- -Değişen ihtiyaçlara göre öncelikleri yeniden düzenleme.[26]

Değerlendirme sonuçları şunlardan biri olabilir;

- Hedefler gerçekleştirilmiştir ve ek bir uygulamaya gerek yoktur.
- Hedefler kısmen gerçekleştirilmiştir ve uygulamaya devam edilmelidir.
- Hedefler gerçekleştirilmemiştir.[15]

Değerlendirme sonucunda hedeflere ulaşılmadığı durumlarda olası nedenler;

- Verilerin eksikliği
- Uygun olmayan tanı seçilmesi
- Hedeflerin gerçekçi olmaması
- Yanlış yöntem seçimi
- Planlanan girişimlerin bireye ya da durumuna uygun olmayışı

- Planlanan girişimlerin eksik uygulanması
- Hastanın durumunda beklenmeyen değişikliklerin olması düşünülebilir.

Değerlendirme olumsuz olduğunda, yani problem çözümlemediğinde tüm basamaklar tekrar ele alınmalı, veri toplama basamağından başlayarak süreç yeniden başlamalıdır. Değerlendirme sırasında yeni bir problemin varlığı belirlenebilir. Bu durumda da veri toplama basamağından başlayarak süreç yeniden başlar. Bu yönleri ile süreç dinamiktir.[3]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, klinik hemşirelerinin hemşirelik sürecinin uygulanması ile ilgili sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 20.04.2017-01.06.2019 tarihleri arasında Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma hastanesi, Refahiye Devlet Hastanesi, Tercan Devlet Hastanesi ve Üzümlü İlçe Entegre Hastanesi'nde yapılmıştır. Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma hastanesi, Erzincan Merkezde kamuya bağlı hizmet veren tek hastane niteliğindedir. Refahiye, Tercan ve Üzümlü ilçeleri Erzincan Merkeze yakın olup, nüfus yoğunluğu fazla olan ilçelerdir. Refahiye Devlet Hastanesi, Tercan Devlet Hastanesi ve Üzümlü İlçe Entegre Hastaneleri de hasta yoğunluğunun fazla olduğu ve kamuya bağlı hizmet veren hastanelerdir. Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 235 yatak kapasitesine sahiptir ve toplam klinikte 221 hemşire görev yapmaktadır. Refahiye Devlet Hastanesi 25 yatak kapasitesine sahip olup toplam 15 hemşire görev yapmaktadır. Tercan Devlet Hastanesi 50 yatak kapasitesine sahip olup toplam 15 hemşire görev yapmaktadır. Üzümlü İlçe Entegre hastanesi 25 yatak kapasitesine sahip olup toplam 10 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini 2017 Aralık – 2018 Nisan tarihleri arasında, Erzincan Mengücek Gazi ve Eğitim Araştırma Hastanesi, Tercan İlçe Devlet Hastanesi, Üzümlü İlçe Entegre Hastanesi, Refahiye Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan 261 klinik hemşiresi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup belirtilen tarihte çalışmaya gönüllü olarak katılan, raporlu ya da izinli olmayan ve kliniklerde görev yapan 191 klinik hemşiresi ile çalışma tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin yaş, cinsiyet, mezun oldukları okul, çalışma yılı, haftalık çalışma saati gibi sosyo-demografik özellikleri.

Bağımlı Değişkenler: Klinik hemşirelerinin hemşirelik sürecinin uygulanması ile ilgili sorunları ve hemşirelik sürecinin uygulanması ile ilgili sorunlara ilişkin görüşleri.

3.5. Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerinin toplanmasında, ilgili literatüre[10,11,54,55] dayanarak araştırmacılar tarafından geliştirilen, "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hemşirelik Süreci Kullanımı ile İlgili Sorunları Belirleme Formu" kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Bu form, hemşirelerin bireysel ve bazı mesleki özelliklerini içeren toplam 13 sorudan oluşmaktadır (EK-5).

Hemşirelik Süreci Kullanımı İle İlgili Sorunları Belirleme Formu: Bu form, hemşirelik süreci kullanımı ile ilgili sorunlarını belirlemeyi yönelik, çoktan seçmeli ve açık uçlu soru olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmuştur (EK-6).

3.5.1. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, araştırma kapsamına alınan hastanelerden gerekli yasal izinler alınarak 2017 Aralık – 2018 Nisan ayı arasında toplanmıştır. Araştırmacı, tüm hemşirelerin çalıştıkları birimlere bizzat kendisi giderek yüz yüze görüşme yöntemi ile verileri toplamıştır. Araştırma hakkında açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya gönüllü olan hemşirelere formlar verilmiştir. Formların doldurulması işlemi 10-15 dakika sürmüştür.

3.5.2. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak yüzdelik testler kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan etik onay (EK-3) ve Erzincan İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır (EK-4). Ayrıca araştırmanın evrenini oluşturan hemşirelere çalışmanın amacı ve yararları açıklanarak, hemşirelerin bu araştırmaya katılmalarında istekli olup olmadıkları sorulup, gönüllü olan hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirlik

Araştırma, araştırma kapsamına alınan hastanelerde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerle ve onların vermiş oldukları yanıtlar ile sınırlıdır. Bu nedenle; Çalışma sonuçları, Erzincan Mengücek Gazi ve Eğitim Araştırma Hastanesi, Tercan İlçe Devlet Hastanesi, Üzümlü İlçe Entegre Hastanesi, Refahiye Devlet Hastanesi'nde görev yapan hemşirelere genellenebilir.

4. BULGULAR

Klinik hemşirelerinin hemşirelik süreci kullanımı ile ilgili sorunların belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmanın bulguları tablolar eşliğinde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=191)

Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş		
20-25 yaş	45	23.6
26-30 yaş	36	18.8
31-35 yaş	31	16.2
36-40 yaş	58	30.4
41 yaş ve ↑	21	11.0
Cinsiyet		
Kadın	144	75.4
Erkek	47	24.6
Eğitim durumu		
Lise	20	10.5
Ön lisans	56	29.3
Lisans ve ↑	115	60.2
Çalışma yılı		
1–5 yıl	58	30.4
6–10 yıl	47	24.6
11–15 yıl	53	27.7
16 yıl ve üzeri	33	17.3
Çalışılan birim		
Dahili Birim	64	33.5
Cerrahi Birim	41	21.5
Yoğun Bakım/ Acil	86	45.0
Servisteki yatak sayısı		
1-10	49	25.7
11-20	122	63.9
21 ve ↑	20	10.4
Çalışılan birimdeki görev		
Klinik hemşiresi	173	90.6
Klinik sorumlu hemşiresi	18	9.4
Haftalık çalışma saati		
40 saat	62	32.5
41 saat ve üzeri	129	67.5
Servisteki toplam hemşire sayısı		
1-10	126	66.0
11 ve ↑	65	34.0

Tablo 4.1. (Devamı)

Özellik	Sayı	Yüzde
Bir vardiyadaki hemşire sayısı		
1-5	139	72.8
6 ve ↑	52	27.2
Hemşirelik süreci ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumu		
Evet	151	79.1
Hayır	40	20.9
Hemşirelik sürecini klinikte uygulanma süresi		
1-12 ay	53	27.7
13-24 ay	36	18.8
25-36 ay	13	6.8
37 ay ve ↑	89	46.7

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde Tablo 4.1, hemşirelerin %30.4'ünün 36-40 yaş aralığında, %75.4'ünün kadın, %60.2'sinin lisans ve üzeri eğitime sahip olduğu, %45'inin yoğun bakım ve acil kliniklerinde çalıştığı, %63.9'unun çalıştığı servis de 11-20 yatak bulunduğu ve %90.6'sının klinik hemşiresi olarak görev yaptığı saptanmıştır. Ayrıca araştırma kapsamındaki hemşirelerin, %67.5'inin haftalık 41 saat ve üzeri çalıştığı, %66'sının ise çalıştığı servisteki toplam hemşire sayısının 1-10 arasında olduğu, %79.1'inin hemşirelik süreci ile ilgili hizmet içi eğitim aldığı ve %46.7'sinin de hemşirelik sürecini 37 ay ve daha fazla klinikte uyguladığı belirlendi.

Tablo 4.2. Hemşirelerin hemşirelik sürecinin veri toplama basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı (N=191)

Veri Toplama Basamağı	Sayı	Yüzde
Veri toplama aşamasında güçlük yaşama durumu		
Sıklıkla	50	26.2
Ara Sıra	121	63.4
Hiçbir zaman	20	10.4
Veri toplarken en çok güçlük yaşanan aşama		
Veri toplama yöntemini seçerken	17	8.9
Hasta ile görüşme yaparken	98	51.3
Hemşirelik öyküsü alırken	29	15.2
Hastayı gözlemlerken	7	3.6
Verilerin doğrulanmasında	20	10.5
Verilerin gruplandırılmasında	11	5.8
Diğer	9	4.7

Tablo 4.2. (Devamı)

Veri Toplama Basamağı	Sayı	Yüzde
Veri toplama aşamasında zorluk yaşanmasının nedeni		
Bilinçsizlik	29	15.2
İletişimsizlik	111	58.1
Zaman yetersizliği	31	16.2
Veri toplarken kullanılan yöntem		
Görüşme	134	70.2
Kayıt	45	23.6
Diğer	12	6.2
Veri toplamam aşamasından başlayarak tüm aşamalarda bir modeli takip etme durumu		
Evet	76	39.8
Hayır	115	60.2

Hemşirelerin, hemşirelik sürecinin veri toplama basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı Tablo 4.2' de görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %63.4'ü veri toplama aşamasında ara sıra güçlük yaşadığı ve %51.3'ü veri toplarken en çok hasta ile görüşme yaparken güçlük yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin %58.1'i veri toplama aşamasında iletişimsizlik nedeniyle zorluk yaşadığı, %70.2'si veri toplarken görüşme yöntemini kullandığı ve %60.2'sinin hemşirelik süreci uygulamalarında model kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin hemşirelik sürecinin tanılama basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı (N=191)

Tanılama Basamağı	Sayı	Yüzde
Hemşirelik tanısı ile tıbbi tanıyı karıştırma durumu		
Sıklıkla	29	15.2
Ara Sıra	106	55.5
Hiçbir Zaman	56	29.3
Tanı ile ilgili tanımlayıcı özellikleri belirlemede güçlük yaşama durumu		
Sıklıkla	16	8.4
Ara Sıra	132	69.1
Hiçbir Zaman	43	22.5
Tanı ile ilgili ilişkili faktörleri belirlemede güçlük yaşama durumu		
Sıklıkla	14	7.3
Ara Sıra	136	71.2
Hiçbir Zaman	41	21.5

Tablo 4.3. (Devamı)

Tanılama Basamağı	Sayı	Yüzde
Tanılama aşamasında güçlük yaşama durumu		
Sıklıkla	27	14.1
Ara Sıra	118	61.8
Hiçbir zaman	46	24.1
Tanılama aşamasında en çok güçlük yaşanan aşama		
Toplanan verilerin analiz edilmesi	40	20.9
Verilerin yorumlanmasında	39	20.4
Verilerin gruplandırılmasında	29	15.2
Hemşirelik tanısının isimlendirilmesi	72	37.7
Diğer	11	5.8
Klinikte en çok kullanılan tanılar		
Ağrı	48	25.2
Enfeksiyon riski	74	38.8
NANDA dışında konulan tanılar	69	36.0
Güncel hemşirelik tanılarının takip edildiği kaynaklar		
Kitaptan	8	4.2
Kullanmıyorum	44	23.0
İnternet sitelerinden	139	72.8

Hemşirelerin hemşirelik sürecinin tanılama basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı Tablo 4.3'de görülmektedir. Tabloya göre araştırma kapsamındaki hemşirelerin %55.5'i hemşirelik tanısı ile tıbbı tanıyı ara sıra karıştırdıkları, %69.1'i tanı ile ilgili tanımlayıcı özellikleri belirlemede ara sıra güçlük yaşadığı, %71.2'si tanı ile ilişkili faktörleri belirlemede ara sıra güçlük yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin %37.7'sinin tanılama aşamasında hemşirelik tanısının isimlendirilmesinde en çok güçlük yaşadıkları, %38.8'i klinikte en çok enfeksiyon riski tanısını kullandıkları ve %72.8'i güncel hemşirelik tanılarını internetten takip ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin hemşirelik sürecinin planlama ve uygulama basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı (N=191)

Planlama ve Uygulama Basamağı	Sayı	Yüzde
Planlama aşamasında güçlük yaşama durumu		
Sıklıkla	11	5.8
Ara Sıra	95	49.7
Hiçbir zaman	85	44.5
Planlama aşamasında en çok güçlük yaşanan aşama		
Tanımlanan problemlerin önceliklerinin sıralanmasında	50	26.2
Bakım amaçlarının/hedeflerin belirlenmesinde	54	28.3
Hemşirelik girişimlerinin planlanmasında	66	34.6
Diğer	21	11.0
Uygulama aşamasında güçlük yaşama durumu		
Sıklıkla	29	15.2
Ara Sıra	120	62.8
Hiçbir zaman	42	22.0
Planladığınız uygulamaları yerine getirebilme durumu		
Her Zaman	39	20.4
Sıklıkla	68	35.6
Ara Sıra	71	37.2
Hiçbir Zaman	13	6.8
Planlanan uygulamaları yerine getirilmemesinin nedenleri		
Zaman yetersizliği	72	37.7
İletişimsizlik	32	16.8
Ekipman yetersizliği	17	8.8
Bir nedeni yok	25	13.1
Personel yetersizliği	45	23.6
Uygulamalar için yeterli zaman/enerji/malzeme vb. ile ilgili sorun yaşama durumu		
Her Zaman	29	15.2
Sıklıkla	53	27.7
Ara Sıra	91	47.6
Hiçbir Zaman	18	9.4

Hemşirelerin hemşirelik sürecinin planlama ve uygulama basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı Tablo 4.4'de görülmektedir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %49.7'sinin planlama aşamasında ara sıra güçlük yaşadıkları, %34.6'sının en çok hemşirelik girişimlerinin planlanmasında güçlük yaşadıkları, %62.8'inin uygulama aşamasında ara sıra güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %37.2'sinin planladığı uygulamaları ara sıra yerine getirebildikleri, %37.7'si planladıkları uygulamaları zaman yetersizliği nedeni ile yerine getiremedikleri

ve % 47.6'sı uygulamalar için yeterli zaman/enerji/malzeme vb. ile ilgili sorun yaşadıkları saptanmıştır.

Tablo 4.5. Hemşirelerin hemşirelik sürecinin değerlendirme basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı (N=191)

Değerlendirme Basamağı	**Sayı**	**Yüzde**
Değerlendirme aşamasında güçlük yaşama durumu		
Sıklıkla	22	11.5
Ara Sıra	122	63.9
Hiçbir zaman	47	24.6
Değerlendirme aşamasında belirlenen hedeflere ulaşma durumu		
Her Zaman	22	11.5
Sıklıkla	87	45.5
Ara Sıra	68	35.6
Hiçbir Zaman	14	7.3
Değerlendirmede istenilen hedeflere ulaşılamamanın nedenleri		
Memnuniyetsizlik	11	5.8
İletişimsizlik	43	22.5
Zaman yetersizliği	70	36.6
Eksiklikler (personel, malzeme)	25	13.1
Taburculuk	42	22.0
Sürecin bilgisayar ile kayıt yapma durumu		
Yapan	175	91.6
Yapmayan	16	8.4
Hemşirelik sürecinin tüm basamaklarına yönelik kullanılan bir form varlığı	136	71.2
Evet	55	28.8
Hayır		

Hemşirelerin hemşirelik sürecinin değerlendirme basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı Tablo 4.5'de görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %63.9'unun değerlendirme aşamasında ara sıra güçlük yaşadıkları, %45.5'inin değerlendirme aşamasında planlanan hedeflere sıklıkla ulaştıkları ve %36.6'sı ise istenilen hedeflere zaman yetersizliği nedeni ile ulaşamadıkları saptanmıştır. Ayrıca araştırmada hemşirelerin %91.6'sı hemşirelik sürecindeki verileri bilgisayara kayıt ettikleri ve %71.2'sinin hemşirelik sürecinin tüm basamaklarına yönelik bir form kullandıkları belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Hemşirelik süreci, hemşirelikte profesyonelliğin sağlanmasında ve bu profesyonellikle beraber hemşirelik bakımının kalitesinin arttırılmasında oldukça önemli bir yere sahiptir.[46] Bu nedenle verilen hemşirelik bakımı kanıta dayalı, bilimsel bir yaklaşım olan hemşirelik sürecinin kullanılmasını gerektirmektedir.[56] Verilen hemşirelik bakımının istendik düzeyde olabilmesi için yaşanılan/karşılaşılan güçlüklerin belirlenmesi en önemli adımı oluşturmaktadır. Yaşanan sorunların belirlenmesi ve çözüme kavuşturulması hemşirelik sürecinin daha etkin uygulanmasına ve dolayısıyla bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır.[11] Yapılan araştırmada, çalışmaya katılmayı kabul eden 191 klinik hemşiresinin, hemşirelik sürecinin tüm basamaklarına yönelik yaşadıkları sorunlar belirlenmiş olup, elde edilen verilere göre bu sorunlar tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin Tablo 1'de tanıtıcı özellikleri incelendiğinde araştırma kapsamındaki hemşirelerin çoğunluğunu, kadınların oluşturduğu görülmektedir. Ülkemizde yakın bir tarihe kadar hemşirelik hizmetleri genellikle kadınlar tarafından gerçekleştirildi, fakat 2007 yılında hemşirelik yasasının güncellenmesi ile erkeklerin de, hemşire olabilme yolu açıldı.[57] Düşük oranda da olsa hemşirelik mesleğinde erkeklerin var olması; genellikle kadın mesleği olarak algılanan hemşireliğin ülkemizdeki değişimini yansıtması açısından önemlidir.[58]

Araştırmaya katılan hemşirelerin Tablo 1'de eğitim durumları incelendiğinde ise yarıdan fazlasının lisans ve lisansüstü mezunu oldukları görülmektedir. Hemşireler, son yıllarda uluslararası ve ulusal alanda, sağlık sistemindeki sorunların çözümünde kilit sağlık elemanı olarak görülmektedir. Bu yaklaşımın temel nedeni, tıbbi tedavinin tek başına yeterli olmaması ve her geçen gün artan sağlık maliyetlerinin azaltılması için hemşirelerin birey, aile ve toplumun sağlığının korunması, sürdürülmesi ve

geliştirilmesinde etkin rol oynaması olarak belirtilmektedir. Hemşirelerin sağlık sisteminde giderek artan rolü, günümüzde hemşirelik eğitiminin önemini arttırmaktadır. Bu durum uzmanlaşmış, eleştirel düşünebilen hemşireleri gerekli kılarken, bu yetkinlik düzeyi ancak lisans düzeyinde eğitim almış, alanında uzman hemşirelerle gerçekleştirilebilir.[59] Olmaz'ın[60] yaptığı çalışmada hemşirelerin çoğunlukla lisans-yüksek lisans mezunu olduğu ve Kaplan'ın[61] çalışmasında da hemşirelerin tamamına yakınının lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Bu durumun sağlık liselerinden mezun olanların kadrolu olarak atanmalarında sorun yaşamaları ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Tablo 1'de hemşirelerin bulunduğu birimde çalışma süresinin çoğunlukla 1-5 olduğu, büyük çoğunluğunun yoğun bakım ve acilde çalıştığı ve çalıştığı birimlerdeki görevine göre dağılımları incelendiğinde, hemşirelerin büyük çoğunluğunun klinik hemşiresi olarak çalıştığı belirlendi. Seçer'in[56] çalışması incelendiğinde hemşirelerin bulunduğu birimde çalışma süresinin 3,53 ± 2,959 yıl olduğu büyük çoğunluğunun dahiliye ve cerrahi kliniklerinde çalıştığı, bunları yoğun bakım ve ameliyathanenin takip ettiği ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun klinik hemşiresi olarak çalışmakta olduğu belirtilmiştir.

Araştırmada Tablo 1'de çoğunlukla kliniklerde toplam hemşire sayısının 1-10 arasında olduğu, bir vardiyadaki hemşire sayısının ise 1-5 olduğu, buna karşılık servislerde yatak sayısının 11-20 arasında olduğu belirlendi. Hemşirelik bakımında hasta başına düşen hemşire sayısı önemli bir faktördür. Ülkemizde sağlık kurumlarında hemşire insan gücü planlaması için hasta/yatak sayısı ile orantılı hemşire sayısı (geleneksel yöntem) kullanılmaktadır. Verilen yatak-hemşire oranları minimum düzeyde bakım için yeterli hemşire sayısı olarak tanımlansa da, minimum düzeyde bakımın nelerden oluştuğu açıklanmamıştır.[62] Hemşirelerin sayıca yetersiz olması, bilgi ve becerileri ne kadar üst düzeyde olursa olsun planladıkları hemşirelik girişimlerini

yerine getirmede olumsuzluklar yaratabilmesi açısından önemli bir bulgu olarak görülmektedir.[63] Hemşire insan gücü gereksiniminin karşılanmasının hemşire iş yükünü azaltacağı, iş doyumunu, hasta bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırabileceği dikkate alınmalıdır.[64] Avşar ve ark.'nın[55] çalışmasında kliniklerde yeterli hemşirenin olmadığı ve yatak sayısının fazla olduğunu belirtilmiştir. Fesçi ve ark'nın[63] yaptığı çalışmada ise hemşirelerin yarıdan fazlasının, bir günde bakım verdikleri hasta sayısının 11 ve üstü olduğu belirtilmiştir. Az insan gücü ile kaliteli hizmet sunumu zor olmakla birlikte, çalışanların iş motivasyonu üzerine olumsuz etkilerinin olması da kaçınılmazdır.

Çalışmada hemşirelerin yarıdan fazlasının haftalık 41 saat ve üzeri çalıştıkları belirlendi (Tablo 1). Çalışma süresinin tükenmişlik düzeyi üzerindeki etkisini inceleyen çok sayıda çalışmada; aylık çalışma sürelerinin artışı ile bireylerin dinlenmeye ayırdıkları zamanın azaldığı, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinde yükselme olduğu, kişisel başarı düzeylerinde ise düşme olduğu, dolayısıyla tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu rapor edilmiştir.[65] Bu durum, hemşirelik sürecinden yararlanmak isteyen donanımlı ve istekli bir hemşireyi bile engellemesi kaçınılmazdır. Andsoy ve ark'nın[54] çalışmasında hemşirelerin çoğunluğunun 41 saat ve üzeri çalıştıkları saptanmıştır.

Araştırmada Tablo 1'de hemşirelerin, hemşirelik süreci ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumu incelendiğinde, çoğunlukla hemşirelerin hizmet içi eğitim aldığı görülmektedir. Bu sonuca göre, hemşirelerin öğretimlerinin (mesleki eğitim ve/veya sonrası) herhangi bir aşamasında hemşirelik süreci konusu yer almıştır. Hemşirelerin hemşirelik süreci ile ilgili bilgilerini unutmamaları ve teorik bilgilerini uygulamada kullanmaları için hizmet içi eğitimlerin verilmesi, karşılaşılan sorunların bu eğitimler sırasında çözülmesi gerekmektedir.[60] Diğer çalışmalara bakıldığında; Kaplan ve

Olmaz'ın[60,61] çalışmalarında hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik sürecine ilişkin eğitim aldığı ve Seçer'in[56] çalışmasında hemşirelerin tamamına yakınının hemşirelik sürecine dair bir eğitim aldığı belirtilmiştir.

Tablo 2'de hemşirelerin hemşirelik süreci basamaklarında sorun yaşama durumları incelendiğinde, hemşirelerin çoğunlukla veri toplama aşamasında 'arasıra' sorun yaşadıkları saptanmıştır. Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarına temel oluşturduğundan, verilerin eksiksiz ve doğru toplanması gereklidir.[11] Veri toplama, hemşirelik sürecinin başlangıç aşamasıdır ve hemşirenin hastayı bütüncül olarak değerlendirmesini gerektirir.[39] Hemşirelik bakımının doğru ve eksiksiz bir şekilde planlanmasında hastanın verilerinin kapsamlı olarak toplanması ve değerlendirilmesi çok önemlidir.[10] Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, Seçer'in[56] ve Olmaz'ın[60] yaptığı çalışmalarda hemşirelerin, en çok veri toplamada sorun yaşadıkları saptanmıştır. Zaybak ve ark'nın[11] çalışmasında ise hemşirelerin hemşirelik süreci adımlarında en yüksek düzeyde, veri toplama basamağında "her zaman" güçlük yaşadıkları saptanmıştır.

Tablo 2 'de hemşirelerin veri toplamada çoğunlukla görüşme yöntemini kullandıkları ve en çok güçlük yaşadıkları aşamanın "hasta ile görüşme yaparken" olduğu belirlendi. Bu aşamada zorluk yaşanmasının nedenleri incelendiğinde ise "iletişim problemlerinin" ilk sırada olduğu saptandı. Bu araştırma bulgusunun, hemşirelerin veri toplamada sorun yaşamasında iletişim problemlerinin etkili olduğunu göstermektedir. Veri toplama aşamasında etkili iletişim önemlidir. İnsan ilişkileri üzerine temellendirilmiş bir meslek olan hemşirelik de hasta bakımının etkinliği etkili iletişim kurma becerisine bağlıdır. Hemşire bireyin yaşadıklarını anlamaya çalışırken, bakım verdiği bireylerle etkili iletişim kurabilmelidir.[66] Karadağ ve Taşcı'nın[67],

Karabulut ve Çetinkaya'nın[68] yaptığı çalışmalarda da hemşirelerin hasta bakımı ve hasta bakım planı yapmada iletişim problemi yaşadıklarını belirlenmiştir.

Tablo 2'de hemşirelerin veri toplama aşamasından başlayarak tüm aşamalarda bir modeli takip etme durumu incelendiğinde çoğunlukla model kullanmadıkları belirlendi. Hemşirelik uygulamalarının sistemli ve bilimsel bir özellikte gerçekleştirilebilmesi için hemşirelik sürecinin bir hemşirelik modeli ile birlikte kullanılması önemlidir ve bu şekilde verilen bakım, bireyin gereksinimlerini karşılamaya uygun olacaktır.[12] Günümüzde modellere olan ilgi artmasına karşın hemşirelik uygulamalarında modellerin kullanımına fazla rastlanmamaktadır. Bunun en önemli nedenleri ise; temel hemşirelik eğitiminde model kullanımına yeterince yer verilmemesi, modellerin çoğunun karmaşık yapılara sahip olması ve soyut kavramlardan oluşmasıdır.[69] Kaya ve ark'nın[12] yaptığı çalışmada da hemşirelerin büyük çoğunluğunun hemşirelik model ve kuramı bilmedikleri belirtilmiştir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, Tablo 3'de hemşirelik sürecinin tanılama basamağı ile ilişkili bilgiler ve yaşadıkları sorunların dağılımı gösterilmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun tanılama aşamasında 'ara sıra' sorun yaşadıkları ve hemşirelik tanısı ile tıbbı tanıyı da çoğunlukla karıştırdıkları belirlendi. Hemşirelik tanısının belirlenmesi, hemşirelik sürecinin en önemli aşamasıdır. Bireyin sorununun başarı ile çözümlenmesi için hemşirelik tanısının doğru belirlenmesi gerekir.[70,71,72] Hemşirelik tanıları tıbbi tanılardan ayırt edilmelidir. Tıbbi tanı hastalık veya patolojiyi tanımlarken, hemşirelik tanısı bireyin hastalığa veya patolojiye verdiği yanıtı tanımlar. Tıbbi tanıda amaç hastalığı tedavi etmek iken, hemşirelik tanısında amaç hastanın gereksinimlerini karşılamak için hemşirelik planını yönetmektir.[39] Diğer çalışmalar incelendiğinde Zaybak ve ark'nın[11] çalışmasında hemşirelerin en fazla tanılama aşamasında zorlandığı ve en yüksek oranda hemşirelik tanısı ile tıbbi tanıyı ayırt etme

konusunda her zaman/sıklıkla güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Andsoy ve ark'nın[54] çalışmalarında ise, hemşirelerin hemşirelik tanısı belirleme aşamasında "sıklıkla" güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Bu çalışma sonuçları ve diğer çalışma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelik tanısının belirlenmesi ve tıbbi tanıdan ayırt edilmesi konusunda genel olarak sorun yaşandığı söylenebilir.

Tablo 3'de hemşirelere tanılama aşamasında en çok güçlük yaşanan aşama sorulduğunda en fazla "hemşirelik tanısının isimlendirilmesi'' olduğu belirlendi. Klinikte en çok kullanılan hemşirelik tanıları sorulduğunda ise "enfeksiyon riski", "ağrı" ," ve hemşirelik tanıları dışında tanılar koydukları belirlendi. Hemşirelik tanılarının doğru saptanması, sağlıklı veri toplamaya bağlı olup, sürecin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları için doğru adımların atılmasında önemlidir.[46] Doğru ve geçerli bir hemşirelik tanısı, uygun hemşirelik bakımının sonuçlarının ve bireye özgü hemşirelik girişimlerinin seçilmesine rehberlik eder. Bunun doğrultusunda belirlenen hemşirelik tanılarına göre uygun hemşirelik girişimleri uygulanmakla birlikte problemin çözümüne odaklanılmaktadır.[73] NANDA da yer almayan tanılar koymak hatalı olduğu gibi, hastalara hep aynı tanıları koymak da hasta bakımında bireyselliği ortadan kaldırdığı için hatalı olabilir.[55] Diğer çalışmalara bakıldığında Seçer'in[56] çalışmasında hemşirelerin en sık kullandıkları hemşirelik tanıları sırası ile enfeksiyon riski, düşme riski ve bilgi eksikliği olarak bulunmuştur. Avşar ve ark'nın[55] yaptığı çalışmada da hemşirelerin ağrı ve enfeksiyon riski, anksiyete, bilgi eksikliği ve diğer hemşirelik tanılarını koydukları bulunurken; hemşirelerin bir kısmının ise NANDA taksonomisi dışında yanlış tanılar koydukları belirlenmiştir. Hastalara konulan tanıların benzer olması hemşirelerin genellikle belli başlı tanıları bildiklerini düşündürmektedir.

Tablo 3'de hemşirelerin çoğunlukla güncel hemşirelik tanılarını internetten takip ettikleri görülmüştür. Günümüzde bilgisayar ve bilişim teknolojileri hemen hemen her

alanda yaygın olarak kullanılmaktadır. En yaygın kullanılan alanlardan biri de sağlık sektörüdür. Sağlık bakım kalitesini geliştirmede önemli bir yere sahip olan bu sistemler sağlıklı/ hasta bireyin sağlık sorunlarının tanılanmasında, bakım ve tedavisinin planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.[74] Hemşireler üstlendikleri rolleri yerine getirirken bilişim teknolojilerinden en fazla yararlanan meslek guruplarından birini oluştururlar.[75] Kardaş ve Karakaya'nın[75] çalışmasında hemşirelerin yarıdan fazlasının, Kaya ve ark'nın[76] çalışmalarında ise hemşirelerin bir kısmının hemşirelik bakım planını oluşturmak için bilgisayarı, hemşirelik hizmetlerinde kullandıkları görülmektedir. Çağımız bilgisayar çağıdır. Doğal olarak çağımızın bu niteliklerinden hemşirelerin de yararlanması ve bilgisayar kullanma bilgisi ve becerisine sahip olmaları beklenilmektedir. Ancak güncel hemşirelik tanılarının NANDA'nın kendi resmi sitesinden takip edilmemesi, bu durumun hemşireleri yanlış tanılara götürebileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmada Tablo 4'de hemşirelerin, sürecin planlama aşamasında "arasıra'' güçlük yaşadıkları ve özelliklede hemşirelik girişimlerinin planlanmasında sorun yaşadıkları belirlendi. Hemşirelik girişimi, hemşirenin sağlıklı-hasta bireyin sonuçlarını geliştirmek için uyguladığı, klinik karar ve bilgiye dayanan, herhangi bir tedavi-yaklaşım olarak tanımlanır.[77] Hemşire çözüm seçeneklerinin arasından hastaya uygun girişimleri seçmede bilgisini, becerisini, deneyimini kullanmalıdır. Zaybak ve ark'nın[11] ve Andsoy ve ark'nın[54] yaptığı çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun planlama aşamasında, hemşirelik girişimlerinin planlanmasında güçlük yaşadıklarını saptamışlardır. Hemşirelerin sürecin bu aşamasında güçlük yaşanmalarının nedeni bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, Tablo 4 verilerine göre, uygulama aşamasında da sorun yaşandığı ve bu sorununda en fazla zaman yetersizliği ve personel

yetersizliği gibi nedenlerle olduğu saptandı. Hemşirelik sürecinde uygulama aşaması hemşirelik bakımının uygulamaya aktarıldığı aşamadır. Hemşirelerin uygulama aşamasında güçlük yaşaması planlanan hemşirelik girişimlerinin bakıma yansımasında güçlük yaşandığını işaret etmektedir. Kaplan'ın[61] yaptığı çalışmada, hemşirelik sürecini kullanırken sorun yaşayan hemşirelerin yarıdan fazlasının, hemşirelik sürecinin uygulama aşamasında sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Zaybak ve ark'nın[11] yaptığı çalışmada, hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları güçlüklerin nedenleri arasında "eleman yetersizliği" ve "zaman yetersizliği" ilk sıralarda yer almıştır. Andsoy ve ark'nın[54] yaptığı çalışmada ise hemşirelik sürecini kullanmayan hemşireler, bunun nedenlerini yüksek oranda, iş yükü ve hasta sayısının fazla olması ile zaman yetersizliği şeklinde belirtmiştir. Fesci ve ark'nın[63] çalışmalarında ise, hemşireler bakım planı hazırlamada yaşadıkları güçlüklerin nedenlerini "zaman yetersizliği" , "eleman yetersizliği" ve "hasta sayısının fazlalığı" olarak bildirmiştir. Bu bulguların, çalışmamızın bulguları ile paralellik gösterdiği görülmüştür. Hemşirelik sürecinin uygulama aşamasında sorun yaşanması, sürecin hayata geçirilmediğini gösterir.

Araştırma kapsamında Tablo 5'de hemşirelerin son aşama olan değerlendirme aşamasında "sıklıkla" sorun yaşadıkları görülmüştür. Değerlendirmede, hastanın sorunları ile ilgili her bir amaca yönelik planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda belirlenen hasta sonuçlarına ulaşılıp ulaşılmadığına bakılır.[26] Değerlendirme basamağı olmadan hedefe ulaşıp ulaşmama konusunda bir karara varılamaz. Bu aşamadaki herhangi bir yetersizlik hemşirelik sürecinin dolayısıyla da bakımın tamamlanmadığı anlamına gelmektedir.[11] Zaybak ve ark'nın[11] yaptığı çalışmada, hemşirelerin değerlendirme basamağında en fazla 'Hemşirelik girişimi sonuçlarının değerlendirilmesinde her zaman/ sıklıkla güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Andsoy ve ark'nın[54] çalışmasında ise hemşirelerin %35'inin değerlendirme aşamasında sıklıkla

zorlandıklarını bildirmişlerdir. Değerlendirmede sonuç olumsuz ise, çözümlenmeyen sorun-gereksinim için yeniden plan yapılması gerekir. Böylece sistem başa döner. Ayrıca değerlendirme aşaması hemşirenin hem hasta bakımını, hem de hemşirenin kendi uygulamalarını gözden geçirmesi için bir fırsat niteliğindedir. .

Araştırmada Tablo 5'de hemşirelerin, süreci yüksek oranda bilgisayar ile kayıt ettikleri saptanmıştır. Zaybak ve ark'nın[11] yaptığı çalışmada da hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik sürecini bilgisayara kayıt ettikleri belirlenmiştir. Bu durumunda sağlık kurumlarında yapılan işlemlerin bilgisayar sistemine kayıt edilme zorunluluğuna bağlı olduğu düşünülebilinir. Bilgisayarın, sağlık hizmetlerinde kullanımının yaygınlaşması sonucu sağlık sektörüne etkisi giderek artmaktadır.

Hemşireler, birincil görevi hasta bakımı olmasına rağmen, hasta ile ilgili verilerin kayıt edilmesi, bakım ve uygulamaların kayıt edilmesi gibi nedenlerle bilgisayar kullanmak zorundadır. Hemşireler bilgisayar kullanarak daha fazla bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı verebilir, sağlıklı/hasta bireyin eğitim ve danışmanlığını yapabilirler.[78]

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Klinik hemşirelerinin, hemşirelik sürecinin uygulanması ile ilgili sorunların belirlenmesi amacıyla 191 klinik hemşiresi ile tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın sonucuna göre;

- Hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik süreci ile ilgili hizmet içi eğitim almalarına rağmen sürecin tüm aşamalarında sorun yaşadıkları,
- Hemşirelerin veri toplama aşamasında sorun yaşamalarında iletişim problemlerinin etkili olduğu,
- Tanılama aşamasında hemşirelerin tıbbı tanı ile hemşirelik tanısını karıştırdıkları, en çok hemşirelik tanısının isimlendirilmesinde sorun yaşadıkları ve hemşirelerin tanı olarak en fazla "enfeksiyon riski" ve "ağrı" tanılarını koydukları,
- Hemşirelerin planlama aşamasında hasta için uygun hemşirelik girişimine karar vermede zorlandıkları ve karar verdikleri hemşirelik girişimlerini zaman ve personel yetersizliği gibi nedenlerle yerine getiremedikleri,
- Son aşama olan değerlendirme aşamasında ise hemşirelerin zaman yetersizliği, iletişim problemleri, hastaların erken taburcu olması gibi nedenlerle sorun yaşadıkları saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin iletişim becerileri düzeylerini geliştirmeye yönelik eğitim programların düzenlenmesi, yürütülmesi ve sürekliliğin sağlanması,
- Hemşirelere hemşirelik süreç ile ilgili verilen hizmet içi eğitimlerin düzenli aralıklar ile tekrar edilmesi ve bu eğitimlerde hemşirelik süreci ve NANDA taksonomisi ile ilgili bilgilerin uygulamalı olarak verilmesi,

- Çalışma sonuçlarının hastane yöneticileri ile paylaşılarak, çalışma koşullarını iyileştirici adımların atılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,* 2010; 74–82
2. Erer T.M, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Lokman Hekim Dergisi*,2017,7:1-5
3. Akça Ay F. Hemşirelik Süreci. İçinde: Akça Ay F. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, İstanbul, Medikal Yayıncılık,2007:60-70
4. Birol L. Hemşirelik Süreci. İçinde: Birol L (Ed). *Hemşirelik Süreci,* 9.baskı. İzmir, Etki Yayınları, 2009: 5-21.
5. Craven RF, Hirnle CJ. *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*, 4th Ed. Philedelphia, Lippincott Williams and Willkins,2010: 126-137.
6. Kacaroğlu Vicdan A, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar Ş.2012-2014 NANDA-I hemşirelik tanılarının yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeline göre sınıflandırılması. *International Journal of Human Sciences*,2015,12:1626-1636.
7. Potter PA. Critical Thinking in Nursing Practice. In: PA Potter,AG.Perry (Eds).*Fundamentals of Nursing*, 7th ed. Mosby Elsevier, St.Louis, Missouri, 2009:215- 230.
8. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, 2. Baskı. İstanbul, Esen Ofset, 2012.
9. 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 5 Nisan 2018
10. Dikmen Y, Ak B, Yorgun S. Teorikten pratiğe: bilgisayar destekli hemşirelik süreci uygulaması *hum rhythm- December, 2015*,1:162-167

11. Zaybak A, Günay İsmailoğlu E, Özdemir H. Hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 19:4.
12. Kaya N, Babadağ K, Yeşiltepe Kaçar G, Uygur E. Hemşirelerin hemşirelik model /kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3: 24-33
13. Sabancıoğulları S, Ata E, Kelleci M, Doğan S. Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ve nanda tanılarına göre değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* - Journal of Psychiatric Nursing, 2011,2:117-122
14. Birol L. *Hemşirelik Süreci,* 1. Baskı. İstanbul, Etki Yayınları,2010: p.301-19.
15. Karadağ A, Atabek Aştı T. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı,* İstanbul, Akamademi Yayıncılık, 2016.
16. Kaptan G, Dedeli Ö. *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar*, İstanbul, Medikal Yayıncılık. Ltd. Şti, 2012.
17. Sabuncu N. Editör. *Hemşirelik Bakımında İlke Ve Uygulamalar,*Ankara,Alter Yayıncılık Org. Tic. Ltd. Şti,2008.
18. Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamentals of Nursing: The Art And Science Of Nursing Care*, 5th ed. Philadelphia, LippincottWilliams&Wilkins,2005.
19. World Health Organization. Constitution. WHO, 1948
20. Kaya H. Uygulama ve Değerlendirme. İçinde: Atabek Aşti T, Karadağ A(Ed). *Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı,* İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: s.201-9

21. NANDA International, Nursingdiagnosis:Definitions&Classifications 2003-2004. Philadelphia; NANDA International . p.219

22. Alfaro-LeFevre, R. *Applying Nursing Process A Tool For Critical Thinking*, 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

23. Chitty KK, Black BP. Critical thinking, the nursing process, and clinical judgment. In: KK Chity, BP Black (Ed).*Professional Nursing Conceptand Challenges*, Sounders Elsevier, 2007:188-210

24. DeLaune CS, Ladner PK. *Fundamentals of Nursing Standards& Practice*, 3th.ed Canada, Thomson Delmar Learning, 2006.

25. Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik Kanunu. Okundu.) (http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yasa/hemsirelik-kanunu. aspx) 5 Nisan 2018

26. Yıldırım B, Koç ÖŞ. Eleştirel düşünmeyi hemşirelik sürecinde uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2013,3:29-35.

27. Aktaş E. Öz Tedavi Kuramı. İçinde: Ocakçı AF, Ecevit Alpar Ş(Eds). *Hemşirelikte Kavram, Kuram Ve Model Örnekleri*,1.Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2013:ss:94

28. Craft-Rosenberg M, Herdman TH. *Clarification of the NANDA/NDEC Relationship*. *Nursing Diagnosis*, 2000,11:32-33.

29. Boroski, B. The medical surgical nurse. In: Burke KM, LeMone P, Mohn-Brown EL (Eds). *Medical- Surgical Nursing Care*, Pearson Education Inc, 2003.

30. Roark M. Introductionthe Nursing Prosess. In: Rosdahl B, Kowalski MT (Eds). *Textbook of Basic Nursing*, 8th Ed, Lippincott Williams &Wilkins, 2003.

31. Taşdemir G, Kızılkaya M. Sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerin ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi klinik uygulamasında NANDA hemşirelik tanılarının incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*,2013,1:246-257

32. Elkin MK, Perry AG, Potter P. *Nursing İntervention and Clinical Skills*, 3th Ed. St Louis: Mosby Year Book, 2004, p.8-11

33. Sorrentino AS. *Mosby's Textbook for Nursing Assistants,* 6th Ed. Missouri: MosbyCompany, 2004.

34. Carpenito- Moyet LJ. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çeviri: Erdemir F. (Çeviri editörü) 2.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2005.

35. McCloskey JD, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification(NIC),* 4th Edition, Mosby, An Affiliate of Elseiver, St.Louis,2004.

36. Taşçı S. Hemşirelikte problem çözme süreci. *Sağlık Bilimleri Dergisi(Journal of HealthSciences),* 2005, 14:73–787

37. Milli Eğitim Bakanlığı. *Hemşirelik Meslek Esaslarına Giriş,* Ankara,2012.

38. Emiroğlu ON. *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri,* (Ed) Erefe İ. 4.Baskı. Odak Ofset Matbaacılık, 2012, s:109-110

39. Berman A, Synder J.S, Kozier B, Erb G. *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice*. 8th ed. New Jersey, Pearson International Edition,2008.

40. Özel Erkan D. Web Tabanlı Hemşirelik Tanıları Öğrenme Sistemi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyoistatistik Ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2016.

41. Kaya N. Hemşirelik Süreci. İçinde: Aşti Atabek T, Karadağ A (Ed). *Hemşirelik Esasları*, İstanbul, Esen Ofset,2013.

42. Şendir M, Büyükyılmaz F. Hemşirelik Tanısı. İçinde: Aştı Atabek T, Karadağ A (Ed).*Hemşirelik Esasları Kitabı*,İstanbul, Esen Ofset,2013.

43. Carpenito- Moyet LJ. . *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Çeviri: Erdemir F. (Çeviri editörü) 13.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012.

44. NANDA International, Nursing diagnosis: Definitions & Classifications 2015-2017. Philadelphia

45. NANDA International, Nursing diagnosis: Definitions & Classifications 2018-2020. Philadelphia.

46. Karadakovan A, Usta Yeşilbalkan Ö. Öğrencilerin nörolojik hastalarda saptadıkları nanda hemşirelik tanılarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2004, 7:1-7

47. Kaya N. Onkoloji Hemşireliği Ve Hemşirelik Tanıları.İçinde: Can G (Ed). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti,2010:3-10.

48. Çakırcalı E. *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar,* 3. Baskı. İzmir, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000.

49. Yıldırım Ö.B. *Hemşirelikte eleştirel düşünme uygulamalı yaklaşım*. Özsoy SA(Ed). Aydın, Tuna Matbaacılık, 2010.

50. Dochterman JM, Johnson M. Defining Nursing Work and Patient Outcomes: NIC and NOC, I. Uluslararasi ve VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kurs Notları, Antalya,2000.

51. Lipe, S, Beasley S. *Critical Thinking İn Nursing A Cognitive Skills Workbook*, Lıppıncott Wıllıams & Wılkıns United States of America,2004:87–120.

52. Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hemşirelikte problem çözme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,*2011:2.

53. Ak B. Hemşirelik Süreci. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B (ed). *Pediatri Hemşireliği,*1.Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013.

54. Andsoy II, Güngör T, Dikmen Y, Nabel E. Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler. *Çağdaş Tıp Dergisi,* 2013,3: 88-94

55. Avşar G, Öğünç AE, Taşkın M, Burkay ÖF. Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2014, 17:4

56. Seçer S. Hemşirelerin Hemşirelik Tanıları Ve Hemşirelik Sürecini Uygulamaya İlişkin Algıları Ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi,İstanbul: Bilim Üniversitesi,2018.

57. Resmi Gazete. Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.

58. Kaya N, Turan N, Öztürk A. Türkiye'de erkek hemşire imgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,* 2011,8:1

59. Tuna R. Türkiye'de hemşire yetiştiren yükseköğretim kurumlarındaki öğrenci ve öğretim elemanı dağılımı. *Sağlık Ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* 2015,2.

60. Olmaz D. Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme Ve Uygulama Durumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan: Erzincan Üniversitesi,2016.

61. Kaplan F. Bir Kamu Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Sürecine İlişkin Bilgi Düzeyleri Ve Hemşirelik Sürecini Kullanmalarını Etkileyen Faktörler.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisan Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.

62. Yılmaz C, Acar Bektaş H, Karabulut B, Çınar Çetintaş G. Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Bağımlılık Düzeylerine Göre Hemşire Sayısının Hesaplanması. 15. Hemşirelik Kongresi.10-12 Eylül 2015 Erzurum.

63. Fesci H, Doğan N, Pınar G. İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergis,*2008, 11:3

64. Demirgöz Bal M. Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücü planlama yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,*2015, s:148-154

65. Yüksel Kaçan, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi,* 2016, 5:65-74.

66. Kumcağız H, Yılmaz M, Balcı Çelik S, Aydın Avcı İ. Hemşirelerin iletişim becerileri. *Dicle Tıp Dergisi,* 2011,38:1, 49-56

67. Karadağ S, Taşçı S. Kayseri devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi,*2005, 14: 13-21

68. Karabulut N, Çetinkaya F. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2011,14:1

69. Özkaraman A, Özer S, Balcı Alpaslan G. Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2012,1.

70. Aslan EF, Karadakovan A. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarında Bakım,* 4.Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2014.

71. Perry P. Hall S. The Nursing Process and Critical Thinking İn: Potter AP, Perry AG(Eds). *Fundamentals of Nursing Concepts*, Process and Practice, 4th ed. St. Louis: Mosby Company,2013.

72. Şit A. Kardiyoloji Kliniğinde Kullanılan NANDA Hemşirelik Tanılarının Yaşam Modeline Göre İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi,2017.

73. Mutlu B. Bir Göz Kliniğinde Belirlenen Hemşirelik Tanıları Ve Girişimlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi,2015.

74. Bilgiç S, Şendir M. Hemşirelik bilişimi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi,* 2014, 3: 24-28.

75. Kardaş Özdemir F, Karakaya G. Hemşirelerin bilgisayar ve bilişim teknolojisini kullanma durumları. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi,* 2017, 27:126-130

76. Kaya N, Aştı T, Kaya H, Kaçar G. Hemşirelerin bilgisayar kullanımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,* 2008,16:83-89

77. Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC), University Of Lowa Collage Of Nursing (n.d.) Overview: Nursing Interventions Classification NIC. Retri- Eved From http://www.nursing.uiowa.edu:/ cncce /nursing-interventions- classification- overview. 25 Nisan 2019.

78. Kaçan Softa H, Akduran F, Akyazı E. Hemşirelerin bilgisayar kullanımlarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2014,3

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Sema ÇAKAR
Doğum tarihi:	14,02,1983
Doğum Yeri:	Erzincan
Medeni Hali:	Evli
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Üzümlü İlçe Entegre Hastanesi
Tel:	0545537 02 83
Faks:	
E-mail:	semafeza@hotmail.com
Eğitim	
Lise:	Erzincan Lisesi (1999)
Lisans:	Atatürk Üniversitesi Erzincan Sağlık Yüksek Okulu (1999-2003)
Yüksek Lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2003-2019) Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doktora:	
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Yüksek lisans Tezi olarak *Doç. Dr. Gülçin Avşar* danışmanlığında sunulan "Klinik Hemşirelerinin Hemşirelik Süreci Kullanımı İle İlgili Sorunların Belirlenmesi" başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	*0*	**15**
Genel Bilgiler	*29*	**30**
Materyal ve Metod	*24*	**35**
Bulgular	*4*	**10**
Tartışma	*13*	**15**

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 20/05/2019

Sema ÇAKAR
Öğrenci Adı-Soyadı
İmza

Doç. Dr. Gülçin AVŞAR
Danışman Adı-Soyadı
İmza

* Tez ile ilgili YÖKTEZ'de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun …./…/…. tarih ve …… sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun …./…/…. tarih ve …… sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL KARARI

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı:2017-3/6 **Tarih**:17/04/2017

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Semra ÇAKAR, Gülçin AVŞAR isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan "Klinik Hemşirelerinin Hemşirelik Süreci Kullanımı ile ilgili Sorunların Belirlenmesi" başlıklı " başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

Prof.Dr. Gülşen ERYILMAZ
Başkan

Prof.Dr.Duygu ARIKAN
Üye

Prof.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Prof.Dr.Nezihe KARABULUT
Üye

Prof.Dr. Reva BALCI AKPINAR
Üye

EK-4. KURUM İZNİ

ERZİNCAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - ERZİNCAN İLİ KHBGS MALİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
26/09/2017 13:51 - 43527969 - 605.99 - E.1671
00053360879

T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Erzincan İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Mali Hizmetler Başkanlığı

Sayı : 43527969/605.99
Konu : Tez Çalışama İzni (Sema ÇAKAR)

ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi :23/05/2017 tarihli ve 91611685-1700149043 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile talep edilen, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Sema ÇAKAR'ın "Klinik Hemşirelerinin Hemşirelik Süreci Kullanımı İle İlgili Sorunların Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Yakup KAYSER
Genel Sekreter V.

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI ASLI İLE AYNISIDIR

Bahçelievler Mah. Adnan menderes Cad.24050/ERZİNCAN İrtibat: Osman BALÇIK
Mali Hizmetler Uzmanı
Faks No:0 446 212 60 63
e-Posta:cennet.aktas@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Tlf: (446) 212 60 61 Dahili: (5031)
Fax: (446) 212 60 63 e-posta: osman.balcik@saglik.gov.tr
Bilgi için:Cennet AKTAŞ
Unvan:TIBBİ SEKRETER
Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 4b6afd94-3fda-42e0-a4f0-37474d23081f kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:
( ) 1. 20-25 yaş
( ) 2. 26-30 yaş
( ) 3. 31-35 yaş
( ) 4. 36-40 yaş
( ) 5. 41 yaş ve üzeri

2. Eğitim durumunuz:
( ) 1. Lise
( ) 2. Ön lisans
( ) 3. Lisans ve Yüksek lisans

3. Çalışma yılınız:
( ) 1. 0–5 yıl
( ) 2. 6–10 yıl
( ) 3. 11–15 yıl
( ) 4. 16–20 yıl
( ) 5. 21 yıl ve üzeri

4.Cinsiyetiniz:
( ) 1. Kadın
( ) 2. Erkek

5. Çalıştığınız Birim:
( )1.Dahili Birim
( )2.Cerrahi Birim
( )3.Yoğun Bakım/ Acil

6. Çalıştığınız birimdeki göreviniz:
( ) 1.Klinik hemşiresi
( ) 2.Klinik sorumlu hemşiresi

7.Çalışma şekliniz:
( ) 1.Gündüz mesaisi
( ) 2.Gece mesaisi
( ) 3. Her iki mesaide dönüşümlü

8.Haftalık çalışma saatleriniz:
( ) 1.40 saat
( ) 2.41 saat ve üzeri

9.Serviste toplam kaç hemşire çalışmaktadır?.....

10. Serviste aynı vardiyada kaç hemşire çalışmaktadır?.....

11.Servisiniz kaç yataklıdır?

12.Çalıştığınız süre içinde hemşirelik süreci ile ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?
( ) 1.Evet
( ) 2.Hayır

13. Hemşirelik sürecini klinikte kaç yıldır/aydır kullanıyorsunuz?.....

EK-6. HEMŞİRELİK SÜRECİ KULLANIMI İLE İLGİLİ

SORUNLARI BELİRLEME FORMU

HEMŞİRELİK SÜRECİ KULLANIMI İLE İLGİLİ SORUNLARI BELİRLEME FORMU

1.Hemşirelik sürecinin kullanımında bilgisayar destekli kayıt sistemi kullanıyor musunuz?

a. Evet
b. Hayır

2.Hemşirelik sürecinin tüm basamaklarına yönelik kullandığınız bir form var mı?

a. Evet
b. Hayır

(2. soruya cevabınız a ise bu soruyu cevaplayınız)

3.Bu formların yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

a. Evet
b. Hayır

4.Hemşirelik sürecinin kullanımına ilişkin bilgi ve uygulamalarınızı geliştirmek amacıyla bireysel olarak herhangi bir kaynaktan yararlanıyor musunuz?

a. Evet
b. Hayır

5.Hemşirelik süreci uygulamalarında bir model kullanıyor musunuz?

a. Evet
b. Hayır

Veri toplama

6.Veri toplarken hangi yöntemi/yöntemleri kullanıyorsunuz?

……
……
…….

7.Veri toplama aşamasında güçlük yaşıyor musunuz?

a.Her Zaman
b.Sıklıkla
c.Ara Sıra
d. Hiçbir zaman

(7. soruya cevabınız a,b,c ise bu soruyu cevaplayınız)

8.Veri toplarken en çok hangi aşamada güçlük yaşıyor musunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a. Veri toplama yöntemini seçerken
b. Hasta ile görüşme yaparken
c. Hemşirelik öyküsü alırken
d. Hastayı gözlemlerken

e. Verilerin doğrulanmasında
f. Verilerin gruplandırılmasında
g. Diğer…….

(7. soruya cevabınız a,b,c ise bu soruyu cevaplayınız)

9.Sizce veri toplama aşamasında zorluk yaşanmasının nedeni/nedenleri nelerdir?

……..
.....
.....

Tanılama

10. Kliniğinizde en çok kullandığınız tanılar nelerdir? En çok kullandığınız üç tanıyı yazınız.

……
……
…….

11. En güncel hemşirelik tanılarına hangi kaynaktan ulaşıyorsunuz?

……
……
……..

12. Hemşirelik tanısı ile tıbbi tanıyı karıştırdığınız zamanlar oluyor mu?

a. Her Zaman
b. Sıklıkla
c. Ara Sıra
d. Hiçbir Zaman

13.Tanı ile ilgili tanımlayıcı özellikleri belirlemede güçlük yaşıyor musunuz?

a.Her Zaman
b.Sıklıkla
c.Ara Sıra
d.Hiçbir Zaman

14.Tanı ile ilgili ilişkili faktörleri belirlemede güçlük yaşıyor musunuz?

a.Her Zaman
b.Sıklıkla
c.Ara Sıra
d.Hiçbir Zaman

15.Tanılama aşamasında güçlük yaşıyor musunuz?

a.Her Zaman
b.Sıklıkla
c.Ara Sıra
d. Hiçbir zaman

(15. soruya cevabınız a,b,c ise bu soruyu cevaplayınız)

16.Tanılama aşamasının hangi basamağında daha çok güçlük yaşadığınızı düşünüyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
a. Toplanan verilerin analiz edilmesinde
b. Verilerin yorumlanmasında
c. Verilerin gruplandırılmasında
d. Hemşirelik tanısının isimlendirilmesinde
e. Diğer……..

Planlama
17. Planlama aşamasında güçlük yaşıyor musunuz?
a. Her Zaman
b. Sıklıkla
c. Ara Sıra
d. Hiçbir zaman

(17. soruya cevabınız a,b,c ise bu soruyu cevaplayınız)
18. Planlama aşamasının hangi basamağında daha çok güçlük yaşadığınızı düşünüyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
a. Tanımlanan problemlerin önceliklerinin sıralanmasında
b. Bakım amaçlarının/hedeflerin belirlenmesinde
c. Hemşirelik girişimlerinin planlanmasında
d. Diğer……

Uygulama
19. Uygulama aşamasında güçlük yaşıyor musunuz?
a. Her Zaman
b. Sıklıkla
c. Ara Sıra
d. Hiçbir zaman

20. Planladığınız uygulamaları yerine getirebiliyor musunuz?
a.Her Zaman
b.Sıklıkla
c.Ara Sıra
d.Hiçbir Zaman

(20. soruya cevabınız a,b,c ise bu soruyu cevaplayınız)
21.Sizce planladığınız uygulamaları yerine getirememenizin nedeni/nedenleri nedir?
……
……
……..

22. Uygulamalar için yeterli zaman/enerji/malzeme vb. ile ilgili sorunlarınız oluyor mu?
a.Her Zaman
b.Sıklıkla
c.Ara Sıra
d.Hiçbir Zaman

Değerlendirme
23. Değerlendirme aşamasında güçlük yaşıyor musunuz?
a. Her Zaman
b. Sıklıkla
c. Ara Sıra
d. Hiçbir zaman

24.Değerlendirme aşamasında belirlediğiniz hedeflere ulaşabiliyor musunuz?
a.Her Zaman
b.Sıklıkla
c.Ara Sıra
d.Hiçbir Zaman

(24. soruya cevabınız a,b,c ise bu soruyu cevaplayınız)
25.Sizce değerlendirme sonucunda istenilen hedeflere ulaşılamamasının nedeni/nedenleri nelerdir?
……
……....