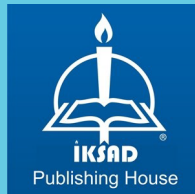




HEMŞİRELİK BAKIMINDA SİSTEMATİK YAKLAŞIM CEP KİTABI

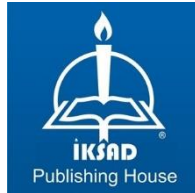
Dr. Öğr. Üyesi Banu CİHAN ERDOĞAN



**HEMŞİRELİK BAKIMINDA SİSTEMATİK
YAKLAŞIM
CEP KİTABI**

Dr. Öğr. Üyesi Banu CİHAN ERDOĞAN

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10207790>



Copyright © 2023 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or
transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical
methods, without the prior written permission of the publisher,
except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other
noncommercial uses permitted by copyright law. Institution of Economic
Development and Social
Researches Publications®
(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)
TÜRKİYE TR: +90 342 606 06 75
USA: +1 631 685 0 853
E mail: iksadyayinevi@gmail.com
www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2023©
ISBN: 978-625-367-430-4
Cover Design: İbrahim KAYA
November / 2023
Ankara / Türkiye
Size = 16 x 24 cm

ÖNSÖZ

Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin problemlerinin çözümünde hemşireler tarafından kullanılan bir yöntemdir. Bilimsel bir problem çözme yöntemi olan hemşirelik süreci sağlıklı ya da hasta bireyin problemlerine sistematik ve mantıksal bir yaklaşımı ifade eder. Hemen hemen her probleme yaklaşımda kullanılabilir.

Mesleğin profesyonel olarak sürdürülmesinde profesyonel dil kullanımı esastır. Bu bağlamda bireye özgü ve bütüncül bakımın sağlanmasında hemşirelik dilini geliştirmek bakımı standardize ederek değil, hemşireliği ifade edişimizi standardize ederek sağlanabilir.

Hemşirelik süreci, her hastanın kendine özgü yönleri ile birleşerek bireye özgü bakımın gelişimini kolaylaştırır. Hemşirelik süreci, aynı zamanda ailelerin ve toplumun potansiyel veya var olan sağlık sorunlarını belirlemek ve tedavi etmek için de kullanılır.

Bu kitabın, hemşirelik bakımında sistematik yaklaşımın öneminin kavranmasında ve hemşirelik sürecinin bütün aşamalarında değerli meslektaşlarıma yol gösterici olmasını ümit ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Banu CİHAN ERDOĞAN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
GİRİŞ	5
1.HEMŞİRELİK SÜRECİ.....	6
1.1.Hemşirelik Sürecinin Amacı.....	8
1.2.Hemşirelik Sürecinin Yararları	10
2.HEMŞİRELİK SÜRECİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ.....	11
3.HEMŞİRELİK SÜRECİNİN AŞAMALARI	12
3.1.Tanılama (Veri Toplama)	13
3.1.1. Tanılama Teknikleri	15
3.1.2. Tanılama Aktiviteleri.....	19
3.2.Hemşirelik Tanısı Belirleme.....	26
3.2.1.Hemşirelik Tanı Taksonomisi.....	28
3.2.2. Hemşirelik Tanısının Bileşenleri	30
3.2.3. Tanı Aktiviteleri	32
3.2.4. Tanının Doğrulanması	34
3.2.5. Hemşirelik Uygulaması ve Hemşirelik Tanıları.....	37
3.3. Sonuçların Belirlenmesi	41
3.3.1. Sonuçları Belirleme Aktiviteleri	43
3.4.Planlama.....	47
3.4.1. Planlama Aktiviteleri	49
3.5.Uygulama	56
3.5.1. Uygulama Aktiviteleri	58

3.6.Değerlendirme	61
3.6.1. Değerlendirme Aktiviteleri	64
SONUÇ.....	70
KAYNAKÇA	71

GİRİŞ

Hemşirelik mesleğinin temeli hemşirelik sürecidir. Hemşirelik sürecinde kullanılan beceriler, hemşirelik uygulaması ile ilgili bilgi ve teorinin klinik uygulaması için gereklidir.

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. Öte yandan hemşirelik sürecinin bütün aşamaları, hemşirelerin ortak bir hemşirelik dili kullanmasında önemli bir yere sahiptir.

1. HEMŞİRELİK SÜRECİ

Hemşirelik süreci genellikle bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı vermek için sistematik sorun çözme yaklaşımı olarak tanımlanır (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Potter ve Perry, 2005; Craven ve ark., 2013).

Hemşirelik mesleğinin hizmet alanı, birey, aile, toplum ile sağlık ve hastalık kavramlarının değişik durumlarını oluşturur. Hemşireliğin amacı ise, bireyin sağlığını desteklemek, sürdürmek ya da sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu amaçların başarılması, sağlık kuralları ile bilimsel metodun birlikte kullanılmasını gerektirmektedir. Tüm disiplinler profesyonel uygulamalar için bilimsel metotları kullanmaktadır. Hemşirelikte problem çözen sistematik yaklaşım ise “Hemşirelik Süreci” olarak adlandırılır (Çam ve ark, 2004).

Amerikan Hemşireler Birliği, hemşirelik sürecini, farklı sahalarda görev yapan hemşireler için ortak bir nokta ve hemşirelerin hasta merkezli ve bütüncül bir bakım sunulabilmesinde uygulamanın temeli olarak tanımlamıştır (ANA, 2022).

The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) hemşirelik sürecini, “hemşirenin kişi, aile ve toplumun gerçek ya da olası sorunları hakkında klinik karar vermesi” olarak tanımlamaktadır (Carpenito-Moyet, 2005; Kaya ve ark., 2010; İlçe ve ark., 2010).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre hemşirelik süreci; hemşirelik bakımında bilimsel problem çözümleme yönteminin sistemli bir biçimde kullanılmasıdır (Keski ve Karadağ, 2010).

Gordon 1994’de hemşirelik sürecini “Bir sorun tanımlama ve sorun çözme yöntemidir. Hemşirelik süreci, objektif, bilimsel olduğu kabul edilen bir yöntemden ortaya çıkmasına rağmen bu süreç tamamıyla objektif olarak uygulanamaz. İnsani değerler hem sorunu tanımlamayı hem de sorun çözmeyi etkiler. Çeşitli kitaplarda hemşirelik sürecinin bileşenleri tartışılmıştır ancak genel olarak hepsinde tanımlama/veri toplama ve tanı koyma yer alır. Bunlar

problem tanımlamanın bileşenleridir. Problem çözmenin bileşenleri ise sonuçları tahmin etme, girişim ve sonuçların değerlendirilmesidir.” şeklinde tanımlamıştır (Craven ve ark., 2013).

Hemşirelik süreci hemşirelerin insan davranışlarını ifade etmek için bilgi ve becerilerini kullandıkları çerçeve sağlar ve hastaların gerçek ve potansiyel sağlık sorunlarını karşılamalarına yardımcı olur (Ramont ve Niedringhaus, 2004).

Tanımı ne olursa olsun, hemşireler hemşirelik sürecini sağlık bakım alanlarında her yaştan hastanın potansiyel ya da var olan sağlık sorunlarına tedavinin yanıtını belirlemek amacıyla bir sorun çözme yöntemi olarak kullanırlar. Hemşirelik süreci, her hastanın kendine özgü yönleri ile birleşerek bireye özgü bakımın gelişimini kolaylaştırır. Hemşirelik süreci, aynı zamanda ailelerin ve toplumun potansiyel veya var olan sağlık sorunlarını belirlemek ve tedavi etmek için de kullanılır (Craven ve ark., 2013).

Bir hemşire hemşirelik sürecini izleyerek hemşirelik bakımını organize eder ve uygular. Sürecin kullanılması, hemşireye karar verme ve akıl temelli eylemler gerçekleştirme için eleştirel düşünme unsurlarını bütünleştirmeye izin verir. Hemşirelik süreci sağlık ve hastalıkla ilgili insani yanıtları tanımlamak, teşhis etmek ve tedavi etmek için kullanılır (Potter ve Perry, 2005).

Bilimsel düşünme ve araştırma sistematik bir yaklaşımla sağlanır. Hemşirelik bakımında bilimsel bir yöntem olan hemşirelik sürecinin kullanılması, birey, aile ve gruplara kapsamlı bir bakım sağladığı gibi hemşirelik mesleğine de profesyonel bir kimlik kazandırmış olur (Karadakovan ve Yeşilbalkan, 2004).

Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin problemlerinin çözümünde hemşireler tarafından kullanılan bir yöntemdir. Bilimsel bir problem çözme yöntemi olan hemşirelik süreci sağlıklı ya da hasta bireyin problemlerine

sistematik ve mantıksal bir yaklaşımı ifade eder. Hemen hemen her probleme yaklaşımda kullanılabilir. Süreç kelimesi, bir işlemin gidişi anlamına gelir, dinamik ve sürekli bir yapıyı ifade eder (Zaybak ve ark., 2016).

Mesleğin profesyonel olarak sürdürülmesinde profesyonel dil kullanımı esastır. Bu bağlamda bireye özgü ve bütüncül bakımın sağlanmasında hemşirelik dilini geliştirmek bakımı standardize ederek değil, hemşireliği ifade edişimizi standardize ederek sağlanabilir. Bu nedenle hasta bireyin kapsamlı bakımında hemşirelik girişimlerine temel oluşturan hemşirelik tanılarında ortak dil kullanımı önemlidir (Karadakovan ve Yeşilbalkan, 2004). Powelson ve ark. (2000), yetersiz bilgi, uygulama ortamında nadiren standardize hemşirelik dilinin kullanıldığının gözlenmesi, fakültelerde fikir birliğinin olmaması ve kritik düşünmenin sınırlı olması gibi nedenlerle standardize hemşirelik dilinin kullanılmadığını belirtmişlerdir.

Hemşirelik süreci, hemşire ve hasta arasında gelişen özel ve doğal bir ilişki olup, hemşirelerin bakım verici rolü de hemşirelik süreci üzerine temellenir. Bu bağlamda, hemşirelik bakımı kalitesinde hemşirelik sürecinin en önemli anahtarı bakımın organizasyonu oluşturarak bireye özgü bakım planı hazırlamaktır. Hemşire, bireye özgü bakım planını hazırlarken; hastanın sağlık öyküsünü alır, verileri toplar, gereksinimlerini belirler, kapsamlı bakım planı geliştirir, tedavi ve bakımı sağlayarak sonuçlarını değerlendirir (Andsoy ve ark., 2013).

1.1. Hemşirelik Sürecinin Amacı

Hemşirelik süreci, hasta bakımında önemli bir yere sahip olmakla birlikte hemşirelik sürecinin amaçları aşağıda yer almaktadır (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Kaya ve ark., 2010; Zaybak ve ark., 2016; Basit 2020);

- Bir hastanın sağlık durumunu ve gerçek veya potansiyel sağlık bakım problemlerini veya ihtiyaçlarını belirlemek

- Belirlenen ihtiyaçları karşılamak için planlar oluşturmak
- Bu ihtiyaçları karşılamak için özel hemşirelik müdahaleleri sunmak
- Bakım planı boyunca karar verme, hasta problemlerini tanımlama ve amaçları formüle etme
- Hemşirelik bakımını koordine etme
- Hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde kullanılabilecek amaçları listeleme
- Tanı verileri, problem listesi, diğer hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin tedavileri ile ilgili iletişimi sağlama
- Bakımın eksik, hatalı ve yanlış olma riskini azaltma
- Bakımın sürekliliğini sağlamadır.

1.1. Hemşirelik Sürecinin Özellikleri

Hemşirelik süreci profesyonel hemşirelik uygulaması için bir rehber niteliğindedir ve aşağıdaki özelliklere sahiptir (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Craven ve ark., 2013):

- Birey, aile ve topluma bakım vermeyi sağlayan bir çerçevedir.
- Döngüsel ve dinamikdir. Tüm aşamalar birbiriyle ilişkili olduğundan, mutlak bir başlangıç veya bitiş yoktur.
- Birey, aile ve topluma özel bakım vermeyi sağlar.
- Hasta merkezlidir, hastanın güçlü olmasını sağlar.
- Belirtilen sağlık probleminin çözüm yollarını bulmada hemşire ve hasta için yaratıcılığa izin verir.
- Evrensel olarak uygulanabilir. Hemşirelik süreci, tüm yaş gruplarından hastalar ile her türlü sağlık bakım ortamında hemşirelik bakımına bir çerçeve olarak kullanılır.

1.2. Hemşirelik Sürecinin Yararları

Hemşireliği bilimsel temelini oluşturan en önemli unsur olan hemşirelik sürecinin yararları aşağıda verilmiştir (Tanbağ ve Can, 2014; Kaya ve ark., 2010; Keski ve Karadağ, 2010; Lee, 2005; Karadakovan ve Yeşilbalkan, 2004; Berman ve ark., 2016; Basit, 2020):

- Hemşirelerin, bakımı sistematik bir şekilde vermesini sağlar ve bakımın kalitesini artırır,
- Sağlıklı/hasta bireye, bireysel ve bütüncül yaklaşımı sağlar,
- Bireye özgü bakım verme olanağı sağlar,
- Eleştirel düşünme alışkanlığı kazandırarak hemşirenin karar verme yeteneğini geliştirir,
- Hemşirenin bağımsız işlevlerini artırır,
- Araştırmalar için yazılı kaynak oluşturur,
- Planlı ve amaca yönelik çalışma ile zamanın ve işgücünün iyi/etkin kullanımını sağlar,
- Bakımda kullanılan malzemelerin etkili kullanımını sağlar,
- Hemşirelerin hem kendi aralarında hem de sağlık ekibinin diğer üyeleri ile iletişimi kolaylaştır,
- Hemşirelerin karar vermesi kolaylaştır,
- Hemşirelerin bilgi ve becerilerini hemşirelik bakıma yansıtmalarına rehberlik eder,
- Hemşirelik bakımının uygulanması ve değerlendirilmesi kolaylaştır,
- Hasta ile beraber bakımın hedeflerine karar verilmesiyle birlikte bireyin aktif olarak kendi bakımına katılımını sağlar,
- Bakım uygulamalarının görünürlüğünü sağlar,

- Problem çözmeye, eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini geliştirir,
- Hemşirelik mesleğinin temel unsurlarından birisi olduğu için kullanılması hemşirelik mesleğinin gelişmesini sağlar.

2. HEMŞİRELİK SÜRECİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

1961'de hemşirelik süreci Amerika Katolik Üniversitesi'nde tanımlandı. Sadece hemşirelik için düşünme şablonu olarak geliştirildi. Süreç kayıtlı hemşireler düşünülerek tasarlanmış olsada, hemşirelik süreci, lisanslı hemşirelerin hepsi için ortak bir düşünme şekli sağlar (Ramont ve Niedringhaus, 2004).

Ülkemizde hemşirelik hizmetlerinin yeniden düzenlenmesini gerektiren 6283 sayılı “Hemşirelik Kanunu”nda değişiklik yapılmasına dair 5634 Sayı ve 25.4.2007 tarihli Kanun’un 4. maddesinde hemşirelerin görev ve yetkileri, hemşirelik süreci temel alınarak tanımlanmıştır. Bu maddeye göre, “Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir” (Resmi Gazete, 2007). Sağlık Bakanlığı’nın 8 Mart 2010 tarihli resmi gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ne göre; hemşirelik hizmetleri hemşirelik süreci uygular. 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 (Resmi Gazete, 2010).

3. HEMŞİRELİK SÜRECİNİN AŞAMALARI

Hemşirelik sürecinin temelinde, problem çözme, eleştirel düşünme ve karar verme yer alır. Eleştirel düşünme becerisi, hemşirelik sürecinin bütün aşamalarında önemli bir yere sahip olan temel bir beceridir (Şendur ve Yılmaz, 2023). Hemşirelik süreci, döngüsel, dinamik, kişiler arası ve katılımcı bir uygulamadır ve evrensel olarak uygulanabilir (Craven ve ark., 2013).

Hemşirelik süreci aşamalarının yararları (Craven ve ark., 2013):

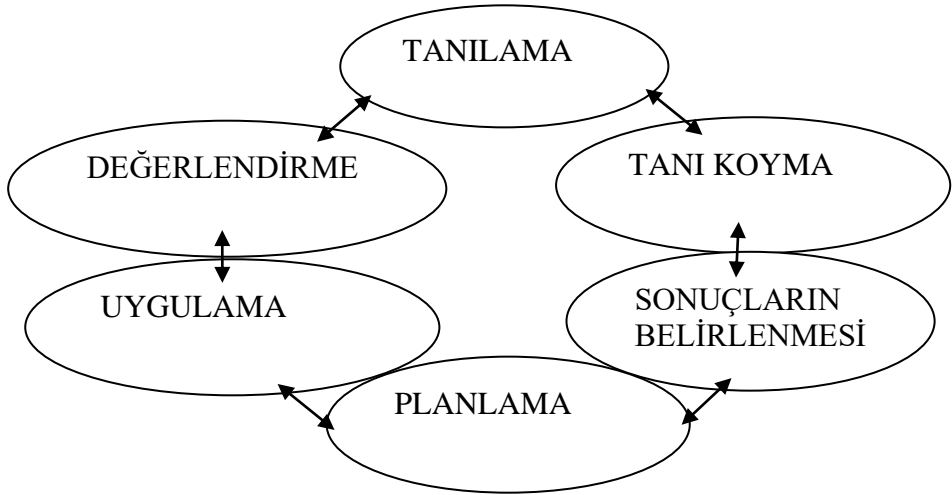
- Hasta bakımını organize etmek ve öncelikleri belirlemek.
- Önemli noktalara, yani hastanın sağlık durumuna ve yaşam kalitesine odaklanmak.
- Klinik ortamda güven kazanılmasına ve eleştirel düşünmeyi gerektiren becerileri düşünme alışkanlıklarını biçimlendirmeye yardım etmek.

Ramont ve Niedringhaus, (2004) ve Potter ve Perry (2005) hemşirelik sürecini veri toplama, hemşirelik tanısı, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere beş adımda incelemiştir. Hemşirelik süreci hastanın ihtiyaçları değiştikçe bakımı değiştiren dinamik bir süreçtir. Hastaların çoğu kez birden fazla ihtiyacı vardır. Bu nedenle hemşirelik süreci bu ihtiyaçların her birini aynı anda kapsayabilir. Hemşirelik sürecinin kullanılması hemşireyi bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına teşvik eder ve hemşirenin hastanın ihtiyaçlarına zamanında ve uygun bir şekilde cevap vermesine yardımcı olur (Potter ve Perry, 2005).

Craven ve arkadaşları (2013) ise hemşirelik sürecinin aşamalarını altı adımda incelemişlerdir;

- Tanılama/veri toplama,
- Tanı koyma,
- Beklenen hasta sonuçları,

- Planlanma,
- Uygulama
- Değerlendirme olmak üzere altı basamağı vardır.



Şekil 1: Hemşirelik Süreci Aşamaları

3.1. Tanılama (Veri Toplama)

Tanılama, genellikle bir hastanın sağlık durumunun belirlenmesini ya da değerlendirilmesini ifade eder (Potter ve Perry, 2005). Değerlendirme, verilerin sistematik olarak toplanması, organizasyonu, geçerliliği (kanıtlayıcı veya destekleyici) ve belgelendirilmesidir (Ramont ve Niedringhaus, 2004). Tanılama hemşirelik sürecinin ilk aşamasıdır ve diğer adımların temelini oluşturur (Potter ve Perry, 2005). Tanılama aşaması, dinamik bir süreçtir ve hemşirelik sürecinin diğer aşamalarında da hastadan yeni bilgiler alınabilir. Alınan bu yeni bilgiler doğrultusunda ise gereksinimler belirlenebilir (Kozier ve diğerleri, 2018). Hemşirelik sürecinin tüm evreleri, doğru ve eksiksiz veri toplanmasına bağlıdır (Ramont ve Niedringhaus, 2004). Hemşirelikte veri toplama, öznel/subjektif ve nesnel/objektif verilerin sistematik olarak toplanmasıdır. Değerlendirme sırasında hemşire hastanın sağlık durumunu

etkileyebilecek fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyokültürel ve ruhsal faktörleri göz önüne alarak hastanın bütüncül durumunu ortaya koyar (Craven ve ark., 2013).

Hemşirenin eksiksiz bir veri tabanı oluşturmak için hastanın şimdiki, geçmiş ya da olası sorunları ile ilgili tüm bilgileri toplaması gerekir. Veri toplama, hemşire hastayla her iletişim kurduğunda veya eldeki mevcut diğer kaynaklardan yararlanılarak gerçekleştirilir. Hastanın kendisi veri toplama aşamasının birincil bilgi kaynağıdır. İkincil kaynaklar ise aile üyeleri, diğer yakınları, diğer sağlık çalışanları, sağlık kayıtları ve literatür taramasıdır (Potter ve Perry, 2005).

Tanılama verilerinin toplanması, hastanın gözlenmesi, hastayla görüşme, hastanın muayenesi, laboratuvar verileri ve bunların yorumlanmasıyla gerçekleştirilir. Gözlem hasta ile ilk karşılaştığı andan itibaren başlar ve devam eder gider. Hemşirelik görüşmesi, hastanın sorunları algılama ve yorumlamasını da içerecek şekilde fonksiyonel sağlığın sistematik olarak değerlendirmesini mümkün kılar (Craven ve ark., 2013). Fizik muayenede, hemşireler daha fazla veri elde etmek için inspeksiyon, perküsyon, palpasyon ve oskültasyon tekniklerini kullanırlar. Laboratuvar ve tanı verilerini de içeren sağlık kayıtlarından elde edilen objektif bilgiler veri tabanını tamamlar. Hastanın daha önceki hastane deneyimleri de tanılamada önem taşımaktadır (Potter ve Perry, 2005).

Bir hastanın hastaneye ya da uzun süreli bakım hizmeti verilen bir kuruma kabulünde ya da toplum veya aile sağlığı hemşiresi tarafından ilk ziyareti yapıldığında, derinlemesine bir bakım öyküsünün alınması ve fiziksel değerlendirmenin yapılması genellikle gereklidir. Bu ilk veri tabanı daha ilerideki hemşirelik tanılamaları için kaynak noktası oluşturacaktır. Kapsamlı toplanan veriler hemşirelik tanıları için bir temel oluşturacaktır (Craven ve

ark., 2013). Hemşire, hastanın sorununun doğru bir sınıflandırması yapılanaya kadar daha fazla bilgi toplamaya devam eder (Potter ve Perry, 2005).

Veri toplama, yapılandırılmış bir veri toplama formunda bulunan soruların sadece bireye sorulup kaydedilmesinin ötesindedir. Hemşireler, veri toplama aşamasında uygun yer, zaman ve teknikle gerekli bilgileri toplar, sentezler, analiz eder ve yorumlar. Hemşireler topladığı veriler doğrultusunda bazı çıkarımlar yapar. Hemşireler bireyin bakım gereksinimleri doğrultusunda değerlendirme yapar. Bakım gereksinimlerinin aciliyet durumlarının belirlenmesinde eleştirel düşünme becerisi önemli bir yere sahiptir. Veri toplama süreci dinamik bir süreçtir. Bireyi bütünüyle görmeyi ve gereksinimlerini saptamayı sağlar (Şendur ve Yılmaz, 2023).

3.1.1. Tanılama Teknikleri

Hemşireler hastanın yaşamı boyunca bulunduğu çeşitli ortamlardaki durumunu değerlendirmek için, gözlem, görüşme, fizik muayene (Kozier ve ark., 2018) ve sezgisel klinik becerilerini kullanırlar. Hemşireler, hastayı değerlendirdikleri sırada da bu becerilerini kendiliğinden kullanırlar (Ramont ve Niedringhaus, 2004). Örneğin, hemşireler fizik muayene sırasında yeni verilere ulaşabilmek için; hastayla yaptıkları görüşmelerde sorular sorar, hastayı gözlemler, hastanın cevaplarını dinler ve bu bilgileri zihinlerinin bir köşesine yerleştirirler (Craven ve ark., 2013).

Hemşireler her yaştan hastalarla karşılaşır, bu nedenle tanılama tekniklerinin her hastanın yaşına ve iyileşme durumuna göre değiştirilmesi gerekebilir. Örneğin, bir çocukla ilgili tanılamada genellikle ebeveynin yardımı gerekir. Ebeveyn veya bir hasta bakıcı muayeneyi kolaylaştırmak için çocuğu kucağında tutabilir. Yanıp sönen bir ışık ya da bir nesneyi hareket ettirmek gibi oyalama teknikleri tanılama (örneğin, kulak muayenesi) sırasında bebeğin dikkatini farklı tarafa çekmek için faydalıdır. Bir obez hastayı

tanılarken, kan basıncını ölçmek için daha büyük manşetli tansiyon aleti gerekli olabilir. Dejeneratif işitme kaybı olan yaşlı bir yetişkini muayene ederken daha yavaş ve tane tane konuşmak gerekebilir. Eklem sorunları veya kas zayıflığı olan bir hastanın fizik muayene sırasında pozisyonunu değiştirirken daha uzun bir süreye ihtiyacı olabilir (Craven ve ark., 2013).

Gözlem: Gözlem, daha farklı tanılama verilerinin toplanmasına zemin hazırlar. Tanılama süreci ilerledikçe hemşireler, belirli bir hasta için elde edilmesi gereken ya da uygun olan bilgi türünün ne olduğunu kestirebilirler (Craven ve ark., 2013). Gözlem, veri toplamak için tüm duyuları kullanmayı gerektirir; hemşireler koku alma, işitme, dokunma ve nadiren de olsa tat duyularını kullanırlar (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Potter ve Perry, 2005). Gözlem hemşirenin hastayla karşılaştığı ilk andan itibaren başlar. Hasta odaya girerken, tekerlekli sandalyeden inerken ya da yatağa yatırılırken, hemşire gerekli olan tüm duyularını kullanarak hastayı sürekli gözlemler. Gözlem, bakmayı, izlemeyi, incelemeyi, irdelemeyi, taramayı ve değerlendirmeyi içerir. Hemşireler hemşirelik bakımı, fiziksel muayene, temel bilimler, sosyal bilimler ve patofizyoloji ile ilgili bilgilerini kullanarak hastayı en ince ayrıntısına kadar gözlemlerler. Hemşireler tanılamayı tamamlamak için gerekli bilgilerin ne olduğuna karar verirken entelektüel becerileri de devreye girer (Craven ve ark., 2013).

Görüşme: Görüşmelerde hemşire bilgi alır veya verir; karşılıklı endişe duyan sorunları tanımlar, değişikliği değerlendirir, öğretir ve destek, danışmanlık sağlar. Görüşme, hemşirenin, hemşirelik sürecinin birçok evresinde uyguladığı bir süreçtir. Ancak bu aşamada, görüşmenin öncelikli amacı veri toplamaktır (Kozier ve ark., 2018). Görüşmenin nasıl yapıldığı, sorulan sorular kadar önemlidir. Başarılı bir görüşmede, çevreye dikkat edilmesi, hasta konforu ve iyi iletişim tekniklerinin kullanımı önemli bir yere sahiptir (Potter ve Perry, 2005). Hemşireler, doğru bilgi elde etmek için etkili

iletişim kurabilmelidir. Görüşmenin başlangıcında hemşire, hastaya kendisini tanıtmalı, yapılan görüşmenin amacını açıklamalı, görüşmenin süresi hakkında bilgi vermeli, tıbbi terimler kullanılmamalı, açık, sade ve hastanın kolay anlayabileceği bir dil kullanılmalıdır (Kozier ve ark., 2018).

Hemşirenin beceri ve deneyimleri ile hastanın bilgiyi paylaşmadaki istekliliği bir görüşmenin kalitesini ve kapsamını etkileyen faktörler arasında yer alır. Hasta kabulündeki tanılama, genellikle hastanın hemşire ile ilk karşılaşmasıdır. Hemşire hastayı değerlendirirken hasta da hemşireyi şu gibi düşüncelerle değerlendirir: Beni ve benim şimdiki sağlık durumumu önemsiyor mu? Organize ve yetkin birisi mi? Kendisine güvenebilir miyim? Hemşirenin görüşme boyunca, profesyonel bir tavır sergilemesi, ilgili ve özenli olması önemlidir (Craven ve ark., 2013). Çeşitli teknikler hemşire ve hasta arasındaki iletişimi kolaylaştırır. Bu teknikler sayesinde ilişkiler kurulur, hemşireler hastaların duygu ve düşüncelerini ortaya çıkarırlar, karşılıklı konuşmalar başlar ve karşılıklı anlayış sağlanır. Etkileşimi engelleyen bariyerler iletişim üzerinde de tersi bir etkiye sahiptir (Potter ve Perry, 2005).

Hastanın öyküsünü alırken bilgi elde etmenin temel becerisi olan görüşme, hasta ya da aile üyelerinden öznel verileri ortaya çıkarmak için tasarlanmış soruları içerir. Hasta öyküsü hastanın gerçek veya potansiyel sağlık sorunlarına ve bu sorunların hastanın sağlık durumu üzerindeki etkilerine odaklanır. Hasta öyküsü hemşireye aşağıda sıralananları yapmaya yardımcı olur (Potter ve Perry, 2005):

- Hastanın endişeleri hakkında fikir edinmek
- Hastanın sağlık sistemindeki hedeflerini ve beklentilerini belirlemek
- Hastanın sağlık durumu ile ilgili algısını netleştirmek ve doğrulamak
- Hastanın şimdiki ve geçmiş sağlık durumu, yaşam tarzı davranışları ve baş etme becerilerini karşılaştırmak

- Gerçek ve potansiyel hemşirelik tanılarını belirlemek
- Hasta bakım planını geliştirmek
- Hastanın uyum sağlamasını destekleyecek hemşirelik girişimlerini uygulamak.

Sağlık kurumlarında genellikle hasta öyküsünün sistematik olarak toplanması ve belgelendirilmesi için kullanılan formlar vardır. Bu tür belgeler hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi geliştirir. Bir hastanın öyküsünü almak 30 ile 60 dakika sürebilir. Hasta öyküsünün alınması genellikle tek seansta tamamlansa da, bazen birkaç seans gerekebilir. Hastanın durumu (örneğin, şiddetli ağrısının olması, solunum güçlüğü çekmesi) ya da içinde bulunulan ortam (örneğin, aşırı gürültü, özel hayatın gizli kalmaması) veri toplamayı zorlaştırıyorsa, acil sorunlar hakkındaki bilgiler toplanmalı ve diğer sorular daha uygun bir zamana ertelenmelidir (Craven ve ark.; 2013).

Fiziksel Değerlendirme: Fiziksel muayene sırasında vital bulgular ve diğer objektif ölçümler yapılır ve tüm vücut sistemleri incelenir (Potter ve Perry, 2005). Fizik muayene, sağlık sorunlarını tespit etmek için görme, işitme, koku ve dokunma duyularının kullanıldığı sistematik bir veri toplama yöntemidir. Fiziksel değerlendirme, baştan ayağa hastanın bütün sistemlerinin, muayeneyi yapan kişinin duyuları ya da bazı araç-gereçlerin yardımı ile muayene edilmesidir (Olgun ve Tosun, 2017). İnceleme (gözle), palpasyon (dokunarak), perküsyon (vurarak) ve oskültasyon (dinleyerek) olmak üzere dört fizik muayene tekniği vardır. Hemşirelik görüşmesi genellikle fizik muayene yapılmadan önce tamamlanır (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Potter ve Perry, 2005; Craven ve ark.; 2013).

3.1.2. Tanılama Aktiviteleri

Tanılama aşamasında, hemşireler verileri toplar, doğrular ve düzenler. Bu aktiviteler birbirleriyle çok yakından bağlantılı olduğu için, çoğu zaman birinden diğerine geçişler olur. Örneğin, veri toplama ve düzenleme aynı anda gerçekleştirilebilir. Hemşireler, bilgilerin doğrulanmasını veri toplamanın bitiminde değil de toplama sırasında yapmayı tercih edebilir. Hemşireler bu verileri düzenlerken, ne olduğu tam belli olmadığı için daha fazla netleştirme ve doğrulama ve gerektiren ipuçları bulabilirler (Craven ve ark., 2013). Tanılama aktiviteleri, birbiriyle yakından ilişkili dört etkinlik içerir: veri toplama, veri düzenleme, verileri doğrulama ve verileri belgeleme (Ramont ve Niedringhaus, 2004).

Veri Toplama

Veri toplama süreci hastayla ilk temasa geçildiği anda başlar. Hemşireler bu aşamada gözlem, görüşme ve fizik muayeneyi kullanırlar. Bunu yaparken genellikle, kapsamlı ve doğru bilgi elde edilmesini sağlayan sistematik bir format kullanırlar (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Craven ve ark., 2013). Bir toplamaya başlarken, hemşire, veri toplama sürecini organize etmeli ve hangi verilerin toplanması gerektiğini belirlemelidir. Yanlış, eksik veya uygun olmayan verilerin toplanması, hastanın sağlık bakım ihtiyaçlarının hatalı bir şekilde tespit edilmesine ve daha sonra yanlış, eksik veya uygunsuz hemşirelik tanısına yol açabilir (Potter ve Perry, 2005). Hasta ve hemşire, verileri doğru bir şekilde toplamak için aktif olarak veri toplamaya katılmalıdır (Ramont ve Niedringhaus, 2004).

Veri Tipleri

Veri toplamının ayrılmaz parçaları olan sübjektif ve objektif veriler veri toplama sırasında elde edilir (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Potter ve Perry, 2005).

Subjektif veriler semptom olarak da bilinir, hastanın duygularını ve kendi sağlık sorunları ile ilgili ifadelerini içermektedir. Subjektif veriler hastalardan elde edilir. Subjektif verilerin diğer kaynaklarla onaylanması, doğrulanması ya da kanıtlanması çoğu zaman pek mümkün değildir. Sübjektif veriler görüşmeler sırasında elde edilir ve hastanın sözleri aşağıdaki örnekte olduğu gibi aynen kaydedilir (Potter ve Perry, 2005; Kaya, 2014):

“Son birkaç aydır kendimi iyi hissetmiyorum.”

“Yemek yedikten sonra midemde bıçak saplanır gibi bir ağrı oluyor”

“Her hareket edişimde, midem bulanıyor gibi oluyor.”

Objektif veriler, bulgular olarak da bilinen gözlemlenebilir, algılanabilir ve ölçülebilir verilerdir. Diğer veriler objektif verileri doğrular (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Kozier ve ark., 2018).

Bağırsak sesleri, vücut ısısı, periferik nabızlar, şişmiş boyun damarları ve deri döküntüleri buna örnektir. Objektif veriler duyularla (görme, dokunma, koku gibi), ölçüm cihazları veya ekipmanlarıyla (termometre, tansiyon aleti gibi), laboratuvar çalışmaları (tam kan sayımı gibi) veya tanı yöntemleriyle (kolonoskopi gibi) elde edilebilir (Craven ve ark., 2013).

Hem subjektif hem de objektif verilerden oluşan eksiksiz bir veri tabanı, hastanın hemşirelik ve tıbbi müdahalelerle olan yanıtlarını karşılaştırmak için bir temel sağlar (Ramont ve Niedringhaus, 2004).

Veri Kaynakları

Hasta hakkında bilgi toplanırken iki tane ana veri kaynağı vardır. Hastanın kendisi birincil veri kaynağı olarak kabul edilir, çünkü sağlık sorununun tanımı ve bu sorunun yaşam tarzı üzerindeki etkileri hakkında ilk elden bilgileri sadece hasta verebilir. Aile üyeleri, yakınları, sağlık ekibinin diğer üyeleri, laboratuvar testleri ve literatür taraması gibi diğer tüm kaynaklar ikincil kaynak olarak kabul edilir (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Potter ve Perry, 2005; Craven ve ark., 2013). Hemşire ayrıntılı bir veri tabanı oluşturmak için ilgisini tam olarak veri kaynaklarına vermelidir (Potter ve Perry, 2005). Hemşire, hasta kayıtlarındaki bilgileri mevcut durum ışığında daima düşünmelidir (Ramont ve Niedringhaus, 2004).

Birincil kaynak

Bilinç düzeyindeki değişiklikler, şiddetli ağrı, cerrahi müdahalenin yaklaşıyor olması, akut hastalık veya yaş gibi durumlar veri toplamayı imkânsız hale getirmedeği sürece, hastanın kendisi birincil veri kaynağıdır ve hastadan toplanan bilgiler en güvenilir bilgiler olarak kabul edilir (Kaya, 2014; Kozier ve ark., 2018). Hastanın kafası karışmışsa ya da düşünmesini, karara varmasını veya hafızasını etkileyen fiziksel veya ruhsal sıkıntıları varsa, bu hasta güvenilir kaynak sayılmaz. Bu durumlarda, gerekli verileri toplamada ikincil kaynaklardan yararlandır (Potter ve Perry, 2005; Craven ve ark., 2013).

İkincil kaynaklar

İkincil kaynaklar, hastadan elde edilen bilgileri tamamlayan, doğrulayan ve bu bilgilere açıklık getiren verileri sağlar. Aile üyeleri ya da yakınları hastanın söylemeyi unuttuğu veya ortaya çıkmasını istemediği bilgileri vererek, hastadan elde edilen bilgileri tamamlar ve doğrular (Kaya,

2014; Kozier ve ark., 2018). Çocuklar, kafası karışmış, zihinsel özürllüler, tepkisiz ya da ağır hastalar için tek veri kaynağı aile üyeleri ya da yakınları olabilir (Potter ve Perry, 2005). Aile üyeleri ve hasta yakınlarından sağlanan veriler, hastanın hastalığa nasıl tepki verdiği, hastanın sağlık durumundaki değişimlerle ilgili algıları, hastanın yaşamındaki streslerle başa çıkabilme yeteneği ve evdeki durumu hakkında bilgi verir. Aile üyeleri ve hasta yakınlarından bilgi toplanmadan önce genellikle hastanın izni alınır. Bu olayda yer alan herkesin verdiği bilgilerin gizliliği konusunu anlamaları gerekir. Ayrıca herhangi bir bilginin aile üyeleri ve hasta yakınlarına verilmesi için yine mutlaka hastanın izni alınmalıdır (Craven ve ark., 2013).

Veri tabanının tamamlanmasını sağlayan ikincil veri kaynakları olan laboratuvar testleri ve tanı yöntemleri, görüşmelerden ve fizik muayeneden elde edilen bulguları tamamlar ve bu bilgilerin doğrulanmasını sağlar. Laboratuvar test sonuçları her zaman hastanın altta yatan sağlık sorunları ve tedavi yöntemleri açısından yorumlanır (Craven ve ark., 2013). Tıbbi kayıt, hastanın tıbbi öyküsü, laboratuvar testleri ve tanı amaçlı çalışma sonuçları ve doktorun önerdiği tedavi planı hakkında ilgili veriler sağlar (Potter ve Perry, 2005).

Sağlık ekibinin diğer üyelerinin verdiği yazılı ve sözlü raporlar veri değerlendirmenin bir diğer kaynağıdır (Potter ve Perry, 2005). Literatür taraması da hasta ile ilgili veri tabanının tamamlanmasına yardımcı olur. Bu konuyla ilgili literatür arasında ders kitapları, dergiler ve çevrimiçi (internet / bilgisayar gibi) kaynaklar yer alır (Craven ve ark., 2013).

Verilerin Kaydedilmesi

Tanılama verileri belli bir çerçeve içinde sistematik olarak kaydedilir ve tıbbi kayıtların kalıcı bir parçası haline gelir. Kurumlarda verileri kaydetmek ve bunların hastanın bakımında yer alan diğer hemşireler tarafından

kullanımını kolaylaştırmak için genellikle özel bir form bulunur (Craven ve ark., 2013). Toplanan temel değerlendirme verilerini onaylamak ve hastanın mevcut durumunu başlangıçtaki durumuyla karşılaştırmak için başlangıçta derlenen verilere periyodik olarak başvurulur (Ramont ve Niedringhaus, 2004). Kayıtlar verilerle desteklenmeyen çıkarımlar veya yorumlayıcı ifadeler içermemelidir (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Potter ve Perry, 2005).

Veri Doğrulama

Değerlendirme verileri toplandıktan sonra, hemşire, doğruluğunu sağlamak için toplanan bilgiyi doğrular. Değerlendirme verilerinin geçerliliği, verilerin diğer bir kaynakla karşılaştırılmasını içerir. Hemşire görüşme ve sağlık geçmişi sırasında elde edilen bilgilerin doğruluğunu aile üyesinden isteyebilir. Herhangi bir ekleme veya düzeltme kaydedilir ve veri tabanına eklenir. Fiziksel muayene ve hasta davranışının gözlenmesi ile ilgili bulgular tıbbi kayıttaki hasta verilerini karşılaştırarak veya sağlık ekibinin diğer üyeleriyle iş birliği yapılarak doğrulanabilir (Potter ve Perry, 2005). Eldeki bilgilerin çift taraflı kontrolü olarak da adlandırılan doğrulama, toplanan verilerin doğruluğunun teyit edildiği süreçtir. Veriler toplandıkça, çok sayıda ipuçları belirlenir. Bu ipuçları hakkında çıkarımlar yapılır (yani, ipucuna bir anlam verilir veya yorum yapılır) (Craven ve ark., 2013; Kaya, 2014).

Doğrulama, ipuçlarının ve çıkarımların doğrulanmasına ve açıklanmasına yardımcı olur. Bunun sonucunda da ipuçlarının, çıkarımların doğru, önyargıdan uzak olma ve doğru yorumlanma olasılığını arttırmış olur. Veri doğrulama yöntemleri şunlardır (Craven ve ark., 2013);

- İpuçlarının normal fonksiyonlarla karşılaştırmak,
- Ders kitaplarına, dergi ve araştırma raporlarına başvurmak,
- İpuçlarının tutarlılığının kontrolü,

- Hastanın ifadelerinin netleştirilmesi,
- Çıkarımlar hakkında meslektaşları ile fikir birliği oluşturma.

Verileri Düzenlemek

Değerlendirme verisini doğruladıktan ve yorumladıktan sonra hemşire, hastanın hastalığa müdahalesini akılda tutarak anlamlı kümeler halinde bilgiyi organize eder. Küme, mantıksal bir sırayla bir araya getirilen bir dizi belirti veya semptomdur. Veri kümelemesi sırasında, hemşire verileri organize eder (Potter ve Perry, 2005).

Verilerin düzenli olarak toplanması ve kayıt altına alınması için hazırlanmış çeşitli çerçeve yapılar vardır. Çerçeve yapılar hemşirelik görüşmesi, fizik muayene sırasında rehberlik eder, gerekli bilgilerin eksik toplanmasının önüne geçer ve tanı aşamasındaki veri analizlerinin yapılmasına yardımcı olur. Çerçeve yapılar hastanın fiziksel durumuna ve hemşirenin kişisel tercihinine göre değiştirilebilir.

Hemşirelik kavramsal modellerinde böyle bir çerçeve yapı vardır. Kurumlar, hemşirelik okulları ve hemşirelerin kendileri hemşirelik uygulamalarını yönlendirmek için bu çerçeve yapıların bir veya birkaçından yararlanırlar. Hemşirelik bakımının verilebilmesi için, her kavramsal çerçeve yapısının bir referans listesi vardır. Orem'in öz bakım modeli, Roy'un uyum modeli, Neuman'ın sistemler modeli ve Johnson'ın davranış modeli bunun bazı örnekleridir (Craven ve ark., 2013).

Fonksiyonel Sağlık Yaklaşımı

Hastanın gücü, yetenekleri ve fonksiyonel sağlık durumu tanılama verilerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu bilgiler zaman zaman bazı veri toplama çerçeve yapıları içinde belirsiz kalmış ya da unutulmuş olabilir. Fonksiyonel

sağlıkla ilgili tanılama, hastanın normal işlevi ve değişmiş ya da değişme riski olan fonksiyonları üzerinde durur. On bir çeşit fonksiyonel sağlık örüntüsünü kullanarak toplanan bilgiler hemşirelik için temel oluşturduğundan, tüm kavramsal modellere ya da hemşirelik uygulamaları teorilerine uygulanabilir. Fonksiyonel sağlık tanılması her yaştan hastalarda ve her uzmanlık alanında kullanılabilir. Kişi, aile veya toplumun değerlendirilmesi ile ilgilidir (Potter ve Perry, 2005; Craven ve ark., 2013).

Bazı hemşireler vücut sistemleri modelini veya baştan-ayağa modelini kullanarak fiziksel tanılama verilerini toplar, fakat toplanan verileri düzenlemek ve belgelemek için fonksiyonel sağlık çerçevesini kullanırlar (Craven ve ark., 2013).

Fonksiyonel sağlık çerçevesinin avantajları şunlardır (Craven ve ark., 2013):

- Hastanın güçlü yönleri ve değerleri (sadece eksiklikleri, sorunları veya sınırlılıkları değil) tespit edilebilir.
- Odaklanacak nokta tıbbi tanı değil hemşirelik tanısıdır.
- Basit kategoriler ve kısa tipolojiden ötürü gruplandırma yapmak kolaydır.
- Tüm hastalarla ilgili temel veri toplama alanlarının belirlenmesine katkıda bulunabilir.

Baştan-Ayağa Modeli

Veri toplama için bu modeli kullanan hemşireler baştan başlayıp ayağa kadar vücudun her yerini sistematik olarak incelerler. Çoğu tanılama modellerine benzer şekilde, bu yöntem de önce hastanın genel sağlık durumunu değerlendirir. Fizik muayene başlamadan önce yaşam bulguları alınabilir (Craven ve ark., 2013; Olgun ve Tosun, 2017).

Vücut Sistemleri Modeli

Tıbbi model veya sistemlerin gözden geçirilmesi diye adlandırılan vücut sistemleri modeli hastanın önemli anatomik sistemleri üzerine odaklanır. Bu çerçeve hemşirelerin vücuttaki her organ veya sistemin geçmiş ve şimdiki durumu hakkında veri toplamasına ve vücut sistemlerinin var olan veya olası sorunlar açısından muayene edilmesine olanak sağlar. Bu gözden geçirme genellikle hastanın önemli görmediği veya söylemeye değmez diye düşündüğü bilgileri ortaya koymaktadır. Bu işlem hastanın genel sağlık durumu ile ilgili değerlendirme ile başlar ve daha sonra tüm sistemlerin değerlendirilmesi tanımlanıncaya kadar vücuttaki her sistemle (nörolojik, kardiyovasküler, solunum, sindirim sistemleri gibi) ilgili sistematik değerlendirme ile devam eder (Craven ve ark., 2013).

3.2.Hemşirelik Tanısı Belirleme

Hemşirelik sürecinin ikinci aşaması olan hemşirelik tanılarının doğru saptanması, sağlıklı veri toplamaya bağlı olup, sürecin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları için doğru adımların atılmasında önemlidir (Carpenito-Moyet, 2005; Karadakovan ve Yeşilbalkan, 2004, Andsoy ve ark, 2013).

Öğrenci hemşireler ile yeni mezun olan hemşirelerin hemşirelik süreci oluşturmada en zorlandıkları alanlardan birisi, bireyden ya da hastadan toplanan verileri hemşirelik tanısına dönüştürebilmektir. Hemşirelik tanısının doğru konması, hastanın gerçek gereksinimlerinin karşılanması ile birlikte bakımın sistematik bir biçimde yapılmasını da sağlamaktadır (Çam ve ark, 2004).

Hemşirelik sürecinin ikinci aşaması, gerçek ya da olası sağlık problemlerine insanların nasıl tepki verdiğini belirlemektir. Hemşirelerin,

hastalarla ilgili gerekli verileri topladıktan sonra verileri analiz edip yorumlaması gerekmektedir. Bu yorumlamanın sonucu hemşirelik tanısıdır. Hemşireler, hemşirelik tanısı koyabilecek yeterlilikte eğitilirler. Bu nedenle hemşirelerin, sorumlu oldukları hastaların bakımını belirleme ve planlama görevleri vardır (Potter ve Perry, 2005; Craven ve ark., 2013).

NANDA-International hemşirelik tanısını şu şekilde tanımlamaktadır: Birey, aile ve toplumun gerçek ya da olası sağlık problemlerine ve yaşamsal süreçlere verdiği tepkiler hakkındaki klinik karardır. Bir hemşirelik tanısı, hemşirelerin sorumluluğunda beklenen sonuçlara ulaşmak için, hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde temeli oluşturur (Craven ve ark., 2013).

Hemşirelik tanısı terimi, bir hastanın sağlık problemlerinin hem etiketidir hem de o problemi tanımlama eylemidir. Amacı aşağıda ifade edilenleri yerine getirerek, problemleri tanımlamak ve hemşirelik tanılması sırasında toplanan bilgiyi sentezlemektir (Craven ve ark., 2013):

- Toplanan verilerin analiz edilmesi
- Hastanın güçlü yanlarının belirlenmesi
- Hastanın normal işlev düzeyini, gerçek ya da olası işlevsizlik belirtilerinin belirlenmesi
- Bu sentezle ilişkili olarak bir tanı ifadesinin oluşturulması

Hemşire, tanı aşamasında şunları yapar (Craven ve ark., 2013):

- Örüntüleri belirler
- Tanıları doğrular
- Hemşirelik tanı ifadesini oluşturur.

3.2.1. Hemşirelik Tanı Taksonomisi

Meslekler bilimsel bir temele ihtiyaç duyarlar; hemşireliğin bilimsel temeli de hemşirelik sürecidir. Bu bilimsel alt yapıyı elde etmek ve hemşirelik uygulamalarının yapısını oluşturmak için, hemşireliğin bir taksonomiye (sınıflandırma sistemine) ihtiyacı vardır. NANDA-I taksonomisinde üç düzey vardır: alanlar, sınıflar ve hemşirelik tanısı. Hemşirelik tanısına yönelik bir sınıflandırma sistemi, hemşirelik uygulamalarına, kuramsal çerçevelere ve taksonomilerin özelliklerine dönük bilgi gerektirmektedir (Craven ve ark., 2013; Gallagher-Lepak, 2014; Kozier ve ark., 2018).

Hemşirelik Tanıları ve Diğer Sağlık Bakım Problemleri

Hemşirelik tanıların tıbbi tanılardan ayırt etmek gerekmektedir. Tıbbi tanı, belirli organlardaki ya da vücut sistemlerindeki bir hastalığı ya da patolojiyi ifade eder. Tıbbi tanımlar, hastalık süreçlerine ilişkin işaret ve belirtiler hakkında bilgi verir ve gerekli tedavinin belirlenmesine olanak sağlar. Hekimin odaklandığı nokta olayın temelindeki patolojiyi tedavi etmektir (Potter ve Perry, 2005; Craven ve ark., 2013).

Tablo1: Tıbbi Tanılar ve Kollobratif (Ortak) Problemler ile Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması

	Hemşirelik Tanıları	Tıbbi Tanılar ve Kollobratif (Ortak) Problemler
Aktiviteleri Değerlendirme Odağı	Temel odak noktası var olan ya da potansiyel sağlık sorunlarına insan tepkilerinin izlenmesi üzerinedir.	Temel odak noktası, sistemler ya da vücut organlarının patofizyolojik tepkisinin izlenmesi üzerinedir.
Problemi Tanımlama	Hemşire bağımsız olarak var olan problemi tanımlar ve doğrular. Bu problem yasal olarak hemşireler tarafından tedavi edilebilir.	Hemşire problemi tanımlayabilir fakat var olan problemin doğrulanması için hekime başvurmak gereklidir (Sorunu etiketlemek için ek tanısal testlerin yapılması gerekli olabilir.) Hemşire hekime anormal verileri söyleyebilir fakat problemin doğasını tam olarak tanılamak için yetkili olmayabilir.
Tedavi	Hemşire tedavi için yasal olarak girişimleri başlatır.	Hemşire tedavi için girişimleri başlatmada hekimle iş birliği yapar. Hemşire, hekim istemi olmadan problemler için tedavi girişimlerini ya da tanısal çalışmaları başlatmada kurum ya da hekimden yazılı istemler/talimatlar alabilir.

(Craven ve ark., 2013)

Aşağıdaki listede, belirgin solunum problemi olan bir hasta için doğru şekilde kullanılabilecek çeşitli terimler verilmektedir. Bu terimler çoğu zaman karıştırılmaktadır (Craven ve ark., 2013):

- Tıbbi tanı: Pnömoni
- Hemşirelik tanısı: Trakeobronşiyal sekresyonların koyulaşmasına bağlı Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik
- Hasta İhtiyacı: Oksijen
- İşlem/Prosedür: Bronkoskopi

- Tedavi: Oksijen tedavisi

Doğru bir hemşirelik tanısı oluşturmak, klinik bir karardır fakat hemşirelik tanısı yargılayıcı yazılmamalıdır. Örneğin, “uyuşturucu kullanımına bağlı olarak tıbbi tedaviye uymada yetersizlik” yazmak doğru değildir. Hastanın tedaviye uyamamasının nedenleri incelenip araştırılmalı, yetersiz kanıtlara dayalı olarak hasta davranışını etiketleme ya da kalıplara sokma tutumundan kaçınılmalıdır (Craven ve ark., 2013).

3.2.2. Hemşirelik Tanısının Bileşenleri

Tanısal Etiket

Tanısal etiket, hemşirelik tanısının taksonomide listelendiği ismidir. Mümkün olduğunca az kelime kullanarak problemin özünü tanımlar. Örnek olarak, Stres İnkontinansı, Anksiyete ve Beslenmede Öz-Bakım Eksikliği verilebilir. Her bir hemşirelik tanısı, hasta tepkileri ile ilişkili bir örüntüyü yansıtır (Craven ve ark., 2013).

Tanımlayıcılar

Tanımlayıcı ya da tamamlayıcı sözcükler, bir hemşirelik tanısına ek anlam yüklemek için kullanılan kelimelerdir. Bu kelimeler, belirli hemşirelik tanısının bazı özelliklerini ya da hastanın durumundaki değişiklikleri tanımlar. NANDA-I (2009) tarafından kullanılan anahtar sözcüklerinden bazıları şunlardır (Craven ve ark., 2013):

- Beklenen/Öngörülen: Önceden fark etmek; ön görmek; tahmin etmek
- Riske atılmış/Tehlikeli: Tehditlere karşı savunmasız
- Azaltılmış: Azalmış; boyut, miktar ya da derece olarak daha az

- Eksik/Yoksun: Miktar, kalite ya da derece olarak yetersiz; yeterli olmayan; tam olmayan
- Gecikmiş/Ertelenmiş: Ertelenen, engellenmiş, normalden geri kalmış, yavaş gelişen.
- Orantısız: Bir standart ya da norma uygun olmayan
- Engelli: Sınırlı; yardıma muhtaç; özürlü.
- Düzensiz: Uygun bir şekilde düzenlenmemiş ya da yerleştirilmemiş.
- Bozulmuş/Rahatsız: Rahatsız, huzursuz, kesintiye uğramış, engel olmak.
- Disfonksiyonel/İşlev bozukluğu: Normal olmayan, eksik bir şekilde fonksiyon gösteren.
- Etketif/Etkili: İstenen ya da beklenen etkiyi veren.
- Aşırı: Gerekenden, istenenden ya da yararlı olandan daha fazla miktarda olma.

Tanım

NANDA-I tarafından test edilen ve klinikte kullanılması onaylanan her hemşirelik tanısının, söz konusu insan tepkisinin özelliklerini yansıtan bir tanımı vardır. Örneğin, Hipotermiinin tanısal etiketinin tanımı “normal değerlerin altında vücut sıcaklığı”dır (Craven ve ark., 2013).

Tanımlayıcı Özellikler

Tanımlayıcı özellikler, “gerçek bir hastalık ya da sağlıklı bir durumun ya da hemşirelik tanısının bulguları olarak kümelenen gözlemlenebilir ipuçları ya da çıkarımlardır”. Hastaya ilişkin her bilgi klinik ipucu olarak kabul edilir; eğer tanı doğruysa, bu klinik ipuçları bir kümeyi oluşturur (Potter ve Perry, 2005).

İlişkili Faktörler

İlişkili faktörler, problemin gelişmesinde payı olan koşullar, şartlar ya da etiyolojileri tanımlar. Her ne kadar genelde hemşirelik tanısı ile ilişkili faktörler arasında doğrudan bir nedensellik ilişkisi olmasa da, bazı ilişkiler tanımlanabilmektedir (Gallagher-Lepak, 2014). Bu durumda ilgili, ilişkili ya da bağlı terimleri kullanılabilir. İlişkili faktörlerin tespit edilmesi, hemşirelerin sağlık problemlerini çözecek özel girişimler geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Örneğin hemşireler, idrar boşaltımları arasında aşırı distansiyona bağlı Stres İnkontinansı olan bir hastaya, yüksek intraabdominal basınca bağlı Stres İnkontinansı olan bir hastaya verdiği bakımdan farklı hemşirelik girişimleri uygular (Craven ve ark., 2013).

Risk Faktörleri

Risk faktörü terimi, risk hemşirelik tanılarındaki klinik ipuçlarını tanımlamak için kullanılır, ancak gerçek hemşirelik tanıları için kullanılmaz (Potter ve Perry, 2005). Risk faktörleri, “bir bireyin, ailenin ya da toplumun sağlığını olumsuz etkileyen, bir olayda etkilenebilirliği artıran, çevresel, fizyolojik, psikolojik, genetik ya da kimyasal elementlerdir.” “Sıvı Volüm Eksikliği Riski” hemşirelik tanısı için risk faktörlerine örnek olarak yaşlılık, fiziksel hareketsizlik ve ilaç tedavisi (örneğin, dairelikler) verilebilir. Eğer bu risk faktörleri ele alınmaz ise, olası problem gerçek bir probleme dönüşebilir (Craven ve ark., 2013).

3.2.3. Tanı Aktiviteleri

Örüntüyü Belirlemek

Hemşireler, hasta tanılamasını bitirdikten sonra, hastanın problemlerini tespit etmek amacıyla elde ettikleri verileri analiz ederler. Hem subjektif hem

de objektif bulgular veriler, hemşirenin hastayı tanılaması sırasında topladığı ipuçları ya da bilgileri oluşturmaktadır. Sorunları tespit etmek için incelenen tüm veriler gruplandırılır. Kümelenecek önemli ipuçları arasında, standartlardan ya da normal kabul edilen değerlerden sapan sübjektif ve objektif veriler bulunmaktadır. Çeşitli ipuçları bir küme oluşturur. Bu küme daha sonra yorumlanır ve doğrulanır. Sonuç olarak hasta problemini doğru bir şekilde yansıtan bir hemşirelik tanısı etiketi elde edilir. Hasta ipuçlarının kümelenmesi, yorumlanması ve doğrulanması hemşirelik uygulamasının ayrılmaz bir parçası olduğu için, her bir adım ayrı bir şekilde tanımlanır. Ancak bu süreç döngüseldir. Başka bir deyişle, yeni bilgiler elde edildikçe, yeni ipucu örüntüleri ortaya çıkabilir ve ipucu kümeleri değişebilir. Hemşireler, klinik kararlar alma becerileri geliştikçe verileri açıklık, ilgi ve geçerlik noktasında değerlendirirler. Bu faaliyet, tanısal ipuçlarının kümelenmesine neden olur (Craven ve ark., 2013).

İpuçlarının Kümelenmesi

İpuçları toplandıkça bazı verilerin organizasyonu gerçekleşir. Hemşireler genellikle, bilgiyi otomatik olarak kategorilere ya da sistemlere ayıran standart bir tanılama formu kullanmaktadır. Kümeleme, bu sistemlerin de ötesine geçmektedir. İpuçlarının kümelenmesi sırasında, ayrı ayrı değerlendirildiğinde aynı anlamı taşımayan ipuçları bir araya getirilir. İpuçlarının kümelenmesinin amacı, belirli bir anlam çıkarmak için ipuçlarını bir araya getirmek ve gruplamaktır (Potter ve Perry, 2005).

İpuçlarının kümelenmesi sırasında eleştirel düşünme, ipuçlarının analiz edilmesi ve sentezlenmesi için kullanılmaktadır. Her bir ipucu, belirli bir problem ile ilgili olup olmadığı noktasında analiz edilir. Daha sonra, belirli hasta problemlerini tanımlayan anlamlı kümeler oluşturmak için ipuçları bir araya getirilir (Craven ve ark., 2013).

Küme Yorumlama

Küme yorumlaması, ipucu kümelerinin sentezlenmesi anlamına gelmektedir. Bu zihinsel faaliyet, hemşirelerin resmin tamamını görmesini, kümeye anlam yüklemesini ve kümenin işaret ettiği örün tüyü incelemesini gerektirmektedir. Verilen tepkilerinin hasta için anlam ve sonuçlarını çıkarabilme yeteneğidir (Craven ve ark., 2013).

3.2.4. Tanının Doğrulaması

Bir hemşirelik tanısı seçildikten sonra hemşirenin bu tanıyı hasta ile doğrulaması gerekmektedir. Doğrulama, tanıyı onaylamaktır ve bu tanının hasta için öneminin keşfedilmesine yardımcı olur. Hasta bir probleminin olduğunu inkar edebilir, bu problemle uğraşmak istemeyebilir ya da problemi kabul etmekle birlikte onunla hemen değil daha sonra uğraşmak isteyebilir. Bu sayılanlar, belirlenmiş bir tanıyla baş etmemek için öne sürülen kabul edilebilir nedenlerdir. Ancak problemin ve problemin o anki durumunun kaydedilmesi gerekmektedir. Pek çok problem için hastalar, hemşire yardımıyla çözülebilecek bir problemi olduğunu kabul etmektedir (Craven ve ark., 2013).

Tanı doğrulması iki aşamada gerçekleşmektedir. İlk aşamada, yorumlanan ipucu kümeleri, hem o hastaya hem de genel olarak tüm hastalara ilişkin standartlarla karşılaştırılır. İkinci aşamada ise, belirlenen hemşirelik tanısı, hemşirelik araştırma tabanı açısından değerlendirilir. Bu araştırma tabanı, her tanı için farklıdır (Craven ve ark., 2013).

Tanı İfadesinin Oluşturulması

Hemşirelik tanı ifadesinin oluşturulması; hemşirelik tanısı sürecinde yapılmış olan gerçek, risk, iyilik ya da olası hemşirelik tanılarının adını koyma işlemidir (Craven ve ark., 2013).

Gerçek/Mevcut Hemşirelik Tanısı

Gerçek hemşirelik tanısı, açığa çıkmakta olan bir sağlık problemine verilen insan tepkisini ifade etmektedir. Bu tanılar; tanısal etiket, tanımlayıcı özellikler ve ilişkili faktörleri içeren üç bölümden oluşan bir ifade şeklinde yazılır. Problemin varlığını destekleyen hasta ipuçları, tanılama aşamasında kayıt edilen verilerde bulunabilir (Potter ve Perry, 2005).

Hemşireler etiket ve “ilişkili faktörler” ifadelerinin sırasını değiştirdiklerinde problemler baş göstermektedir. Bu problemten kaçınmak için, problemin ana odak noktasını (tanı etiketi) ve hastanın bu problemi çözmemesine neden olan faktörü (ilişkili faktör) belirleyiniz (Gallagher-Lepak, 2014).

Doğru: Ağrıya bağlı Fiziksel Hareketlilikte Bozulma Yanlış: Hareket ettiğinde ağrıya neden olan artrite ilişkin Etkisiz Hareket. (Bu ifadede hemşire yanlış tanımlayıcı sözcük seçmiş, onaylanmış bir tanı etiketi kullanmamıştır, “ilişkili faktör” ifadesinde problemi tekrar etmiştir ve ifadede tıbbi tanıyı kullanmıştır.) (Craven ve ark., 2013).

Risk Hemşirelik Tanısı

NANDA-I potansiyel kelimesini, risk kelimesiyle değiştirmiştir. Bunun nedeni risk kelimesinin, bazı hastaların sağlık problemlerine karşı savunmasız olma durumunu daha iyi ifade ettiğine inanılmasıdır. Örneğin, bir hastanede yatan tüm hastalar enfeksiyon riski taşımaktadır fakat immün sistemi

baskılanmış hastalar bu durumda diğer hastalara göre daha çok risk altındadır. NANDA-I tarafından tanımlanan risk hemşirelik tanısı, savunmasız bir birey, aile ya da toplumda ortaya çıkabilecek sağlık koşullarına/yaşamsal süreçlere verilen insan tepkilerini ifade etmektedir. Riskli hemşirelik tanımları iki bölümlü ifadelerden oluşur, çünkü bu tür tanılarda tanımlayıcı özelliklere yer verilmez (Potter ve Perry, 2005; Uzun, 2010).

Doğru: Bilinç düzeyinin azalmasına ilişkin Aspirasyon Riski. Yanlış: Yutkunma bozukluğundan dolayı solunum yoluna giren Sekresyon Riski. (Hemşire, tanımın bir bölümüne yer vermiş ve etiketteki risk faktörlerinden birini sıralamıştır.) (Craven ve ark., 2013).

İyilik Hemşirelik Tanısı

İyilik hemşirelik tanısı, daha iyi bir durum için "geliştirmeye hazır oluşluğa sahip bir birey, aile ya da toplumdaki iyilik düzeylerine karşı insan tepkilerini açıklayan" tanısal bir ifadedir (Potter ve Perry, 2005).

Olası Hemşirelik Tanısı

Olası hemşirelik tanısı, problemi destekleyen yeterli kanıt olmadığında ve ancak hemşire problemin yüksek oranda muhtemel olduğunu düşündüğünde ve daha fazla bilgi toplamak istediğinde konulur. İfade, gerçek hemşirelik tanılarıyla aynı şekilde ifade edilir, sadece “ilişkili faktör” ifadesi yerini, “bilinmeyen neden” ifadesine bırakır. Olası hemşirelik tanılarına örnek olarak aşağıdaki ifade verilebilir (Potter ve Perry, 2005; Craven ve ark., 2013).:

Doğru: Bilinmeyen nedene bağlı olarak Olası Uyumda Yetersizlik. (İlk yapılacak müdahalelerden biri, daha fazla tanılama verisi toplamak olacaktır.)

Yanlış: Muhtemelen kuadriplejiye neden olan bir araba kazasından dolayı Uyum Bozukluğu. (Bu ifadede hemşire, tanı etiketini tersine çevirmiştir ve “ilişkili faktörler” ifadesinde bazı ipuçlarına yer vermiştir.) (Craven ve ark., 2013).

İki Bölüm ve Üç Bölüm Hemşirelik Tanı Belgeleri

Çoğu hemşirelik tanısı iki veya üç bölümlü ifadeler olarak yazılmıştır. Temel iki bölüm ifadeler, olası sorunlar veya risk altında ifadeler için kullanılır. Sorunu ve etiyoolojiyi içerirler (Ramont ve Niedringhaus, 2004).

Asıl sorunlar için temel üç bölümlü ifadeler kullanılır. Temel üç bölümlü hemşirelik teşhisine PES biçimi denir ve şunları içerir (Ackley ve ark., 2017):

- Sorun (P): Hastanın yanıtının beyanı (NANDA tanısı).
- Etiyoloji (E): Yanıtlamaya katkıda bulunan faktörler veya muhtemel nedenler.
- Belirtiler ve semptomlar (S): Hasta tarafından belirtilen özellikleri tanımlama.

3.2.5. Hemşirelik Uygulaması ve Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik Tanısının Önemi

Hemşirelik tanıları, hasta bakımına yönelik hemşirelik gereksinimlerinin, topluma, sağlık bakım ekibine ve diğer hemşirelere iletilmesi için bir araç sağlar. Dünya genelinde hemşirelik süreci hızlı bir değişime uğramaktadır. Kavramlarımız, dilimiz ve terimlerimiz, ihtiyaç duyulan iletişim araçlarını sağlamalıdır. Her ne kadar çoğu hemşirelik tanısının kliniksel açıdan yararlı olabilmesi için daha fazla araştırma

yapılması gerekse de, hemşirelik tanılarının tamamı, problemin varlığını doğrulayacak tanımlama özellikleri ya da risk faktörlerine yönelik listeler sağlamaktadır. Doğru hemşirelik tanılarının koyulması, hastaların kaliteli bir hemşirelik bakımı alabilmelerinin güvence altına alınmasına yardımcı olur (Potter ve Perry, 2005).

Hastaların gerçek ya da olası sağlık ihtiyaçlarına dikkat çeken hemşirelik tanıları, her bir hasta için yapılacak hemşirelik girişimlerinin özgünlüğünü artırmaktadır. Sağlık bakım problemlerinin çözümüne katkı sağladığı kabul edilen bu girişimlerin etkinliğinden emin olmak için, bu özgünlük ölçülebilir ve gözlemlenebilir olmalıdır. Hemşirelik tanılarının bilgisayarlı sistemlerde kodlanması, hemşirelik için doğrudan bir geri bildirim sağlar. Hemşireliğin sağlık bakım problemlerinin çözümündeki özel katkısını kabul etmek, profesyonel hemşirelik uygulamalarını daha ileri bir seviyeye götürecektir (Craven ve ark., 2013).

Klinik Ortamda Hemşirelik Tanı Uygulaması

Tanımlama-Verilerin Toplanması

Bay Ellis 69 yaşında emekli bir marangozdur. 10 yıllık kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) öyküsü olan hasta pnömoni tanısı ile Göğüs Hastalıkları Kliniğine yatırılmıştır. Hasta 3 gündür kendini iyi hissetmediğini, artan nefes darlığı, yorgunluk ve öksürük ile birlikte açık kahverengi balgam çıkardığını ifade eder. İştahının azaldığını çoğunlukla çorba yediğini ve 2 gecedir uyumadığını belirtir. Karısı 6 ay önce ölen hastanın iştahı olmamakla birlikte yemek pişirme becerileri de sınırlıdır. Üç çocuğu da şehir dışında yaşadığından hastaneye tek başına ambulans ile getirilmiştir. Hasta sinirli bir şekilde "Kendimi çok hasta hissediyorum, bana bütün bu aptalca sorulan neden soruyorsunuz" diye yanıt verir. Yaptığınız fiziksel tanımlamanın sonuçları şöyledir: Kan Basıncı:164/90, nabız: 104,

solunum (aksesuar kasları kullanarak) 26, vücut ısısı: 38.3°C, oksijen saturasyonu %86, akciğer sesleri azalmış, bilateral railer mevcut ve ekspirasyon hırıltılıdır. Hasta sorularınızı cevaplamaya çalıştıkça daha fazla ajite olduğu gibi solunumu çok sıklaşmıştır bu nedenle daha kapsamlı sorular sormayı ertelersiniz. Oksijen istemde belirtildiği gibi 2 L/dakika kanül yoluyla uygulanır, albuterol ile nebulizer tedavisi yapılır ve intravenöz antibiyotik başlanır (Craven ve ark., 2013).

Veri Kümeleme

- Sağlığı Algılama- Sağlığın Yönetimi: 10 yıldır KOAH öyküsü var ve 3 gündür kendini hasta hissediyor.
- Beslenme-Metabolik: Vücut ısısı 38.3 °C, iştahı yok, sadece çorba yiyor, pişirme becerileri sınırlı.
- Aktivite-Egzersiz: Taşipne var solunum 26/dk aksesuar kasları kullanıyor, hareket ettiğinde solunum hızlanıyor, oksijen saturasyonu azalmış, oksijen ve nebulizatör tedavisi uygulanıyor, otururken ve konuşurken dispnesi oluyor, akciğer sesleri hava yolunda daralma olduğunu gösteriyor (wheezing), gaz alışverişi azalmış (railer var), yorgunluk var, kan basıncı yüksek 164/90mmHg, nabız taşikardik 104/dk.
- Eliminasyon: Veri yok
- Bilişsel-Algisal: Uyanık ancak sinirli ve huzursuz.
- Başetme-Stres: 6 ay önce eşini kaybetmiş, çocukları şehir dışında yaşıyor ve hastaneye ambulans ile tek başına getirilmiş.

Olası Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi

Bay Ellis için olası hemşirelik tanıları şunlardır: Beslenmede Dengesizlik: Beden Gereksiniminden Az, Gaz Değişimde Bozulma, Hava

Yolunu Temizlemede Etkisizlik, Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik, Acı Çekme, Öz-Bakım Eksikliği ve Aktivite İntoleransı. Pnömoni tanılara dahil edilmemiştir çünkü kollobratif problem ya da tıbbi bir tanıdır (Craven ve ark., 2013).

Seçilmiş Tanıların Doğrulanması

Olası belirlenen her bir tanıyı doğrulamak için verilerin yeterli olup olmadığı NANDA-I taksonomisi ile ya da Bay Ellis ile doğrulanır. Seçilmiş hemşirelik tanıları desteklenirse her bir tanının tanımlayıcı özellikleri incelenir. Spesifik bir hemşirelik tanısını doğrulamak için bazen daha fazla veri toplamaya gereksinim olur. Bay Ellis'in Gaz Değişiminde Bozulma tanısını doğrulamak için yeterince veri vardır (düşük oksijen saturasyonu, yüksek solunum sayısı, anormal solunum sesleri) (Craven ve ark., 2013).

Beslenmede Dengesizlik: Beden Gereksiniminden Az tanısı için de veriler yeterlidir (Aldığı kalori miktarı az, enfeksiyon nedeniyle metabolik gereksinimi artmış durumda) (Craven ve ark., 2013).

Diğer olası hemşirelik tanıları için daha fazla veri toplamaya gereksinim vardır. Bay Ellis'in solunum durumu stabilize olduğunda gereksinim duyulan ek bilgiler kendisi ile görüşülerek toplanabilir (Craven ve ark., 2013).

Bakım planına doğru hemşirelik tanı ifadelerinin yazılması;

- Aksesuar kasların kullanımı, railerin ve hırıltılı solunumun duyulması, 26/dk solunum hızı, oksijen saturasyonu % 86 ve dispne ile kanıtladığı üzere obstrüktif akciğer hastalığı ve akciğer enfeksiyonu ile ilişkili Gaz Değişiminde Bozulma.

- 3 gün boyunca sınırlı besin alımı ile kanıtlandığı üzere artmış metabolik gereksinimler ve anoreksiya ile ilişkili Beslenmede Dengesizlik: Beden Gereksiniminden Az (Craven ve ark., 2013).

Hemşirelik Tanısına Yönelik Fonksiyonel Yaklaşım

Gordon (2010), fonksiyonel sağlığa dayalı olarak hemşirelik tanılarının organize edilmesini sağlayacak bir çerçeve geliştirmiş ve bu sayede benzer tanılan kümelemede kullanılacak elverişli bir yöntem sunmuştur (Craven ve ark., 2013).

Fonksiyon ve hemşirelik tanılarının her bir örüntü için gözden geçirilmesi, hemşirelerin tüm gerçek, olası ve risk hemşirelik tanılarını dikkate almasını sağlayacaktır. Bu durum fizyolojik problemlerin, hastanın duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarının göz ardı edilmesini önleyecektir (Craven ve ark., 2013).

3.3. Sonuçların Belirlenmesi

Tanılama sırasında, bilgiler toplandıktan ve analiz edildikten ve hemşirelik tanısı belirlenip onaylandıktan sonra, hemşire hasta ile birlikte planlanmış bakıma başlamaya hazırdır (Potter ve Perry, 2005).

Hemşirelik, kuramsal bilginin uygulamaya aktarıldığı uygulamalı bir disiplindir. Hemşireler ve hastaların fikir birliği ile hemşirelik sürecinde oluşturdukları gerçekçi amaçlara sonuç belirleme denir. Bir plan, hasta amaçlarına ulaşmada girişimleri belirtir (Craven ve ark., 2013).

Sonuçların belirlenmesi, Amerikan Hemşireler Birliği'nin (2010) (American Nurses Association-ANA) "Hemşirelik: uygulamanın kapsam ve standartları" olarak tanımladığı hemşirelik sürecinin en son ekidir. ANA,

sonuçların belirlenmesinde yedi ölçüm kriteri belirlemiştir. Bunlar, orta ya da uzun vadeli hasta sonuçlarında sağlığa kavuşturma, sağlığı sürdürme ve yükseltme üzerine odaklanır (Craven ve ark., 2013).

Sonuçların belirlenmesi aşağıdaki amaçlara hizmet eder (Craven ve ark., 2013):

- Bireyselleştirilmiş bakım sağlamak
- Hasta katılımını artırmak
- Ölçülebilir ve gerçeğe uygun bir bakım planlamak
- Destek bireylerin katılımına izin vermek

Bu aşamada gerçekleştirilen aktiviteler (Craven ve ark., 2013):

- Öncelikleri oluşturmak
- Sonuçları belirlemek ve hasta amaçlarını oluşturmak

Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (NOC)

Hemşirelik Girişimlerine Duyarlı Sonuçları Sınıflama sistemi, sonuçlar için ölçülebilir uygulamalar, sonuç göstergeleri, nitelikler ve sınıflara göre organize edilir. “NOC, manüel ya da elektronik klinik bilgi sisteminde kullanılabilir. Bu sonuçlar, eleştirel düşünce sürecinde ve bakım planlarında kullanılabilir. Aynı zamanda, hasta bireyler ve hasta grupları için beklenen hasta bakım amaçlarını oluşturmada kullanılabilir”. Her bir hemşirelik girişimine duyarlı sonuç, bir açıklamadır, bir ölçüm aracıdır, göstergeler ve ölçümlerle ilişkilidir (Craven ve ark., 2013; Kapucu ve ark., 2018).

3.3.1. Sonuçları Belirleme Aktiviteleri

Önceliklerin Belirlenmesi

Bir öncelik, diğer olası seçeneklerin içinde ilk sırada gelen bir seçimdir. Bu seçim, sıklıkla önemlilik ve aciliyet üzerine temellenir (Potter ve Perry, 2005). Öncelikleri oluşturmak, hasta için önemli olan hemşirelik tanısı sıralamasında bir karar verme sürecidir. Öncelikler, hastanın durumu ve durumundaki değişiklikleri temel alarak sürekli değişebilir. Hemşireler, öncelikleri belirlemek için kanıt temelli uygulamalar ve klinik deneyimleri ile tanılama ve veri toplama becerilerini kullanır (Craven ve ark., 2013).

Hasta için yüksek öncelikli olanlar aşağıda verilenleri kapsar (Craven ve ark., 2013):

- Yaşamı tehdit eden durumlar (solunumda zorlanma, kanama vb.)
- Anında müdahalenin gerektiği durumlar (bir test için hazırlanma, kısa sürede gerçekleşmesi gereken taburculuk planı, vb)
- Hasta için çok önemli olan durumlar (ağrı, anksiyete, vb)

Hayatı tehdit eden sorunlar, rutin hemşirelik bakımının daima üstünde yer alır (Potter ve Perry, 2005). Örneğin, hasta solunum sıkıntısı yaşadığında hava yolu açıklığının sürdürülmesi hasta eğitiminden daima önce yer alır. Yine bir örnek verecek olursak, eğer hasta evde bakım alıyorsa, yeni diyabet tanısı konulmuş bu hasta için önceliklerin belirlenmesi, 60 dakikalık bir ev ziyaretinde ne tür bir eğitim yapılması gerektiğini içerebilir (Craven ve ark., 2013).

Yüksek öncelikli hemşirelik tanıları, potansiyel olarak hayatı tehdit edici ve acil müdahale gerektiren sorunlardır. Örnekler, Kan Gazı Değişiminde Bozulma, Disreileksi (hastanın deneyimlediği, spinal kord

yaralanmalarında hayatı tehdit eden, sempatik yanıtları inhibe eden bir durumdur) ve Kendine Yönelik Şiddet Riski. Bu durumların her birinde, eğer derhal müdahale edilmezse birey yaşamını yitirebilir (Craven ve ark., 2013).

Orta öncelikli hemşirelik tanıları, hayatı tehdit etmeyen fiziksel ve duygusal sıkıntılar gibi sağlıksız sonuçlanabilecek sorunları içerir. Yorgunluk, Stres İnkontinansı veya Disfonksiyonel Yas Tutma gibi tanımlar bu örneklerdendir. Hastadan elde edilen tanımlama verileri, her bir hemşirelik tanısının önemini ve ne tür bir önceliğe önem verilmesi gerektiğini belirler (Craven ve ark., 2013).

Sıklıkla, hastanın fiziksel durumu normaldir ve belirlenen öncelikler çok göze batan sorunlar değildir. Düşük öncelikli hemşirelik tanımları, genellikle kolay ve minimal girişimlerle çözümlenebilecek sorunları içerir. Düşük öncelikli hemşirelik tanımları, sıklıkla hasta için önemli olan ve yüksek olasılıkla kolay çözümlenebilecek sorunlara temellidir. Örneğin, küçük bir operasyondan sonra ağrı düşük öncelikli hemşirelik tanısı olabilir, çünkü bu ağrı orta düzeydedir ve kısa zamanda sonlanacaktır (Craven ve ark., 2013).

Bazen, hastalar ve hemşireler, sorunlara verilen öncelik sıralamasında hemfikir olmayabilirler. Örneğin, ameliyat sonrası ağrıyı hasta çok önemli olarak görebilir ve ağrı nedeniyle hareket ya da yürüme eyleminden kaçınabilir. Hemşire ise Etkisiz Solunum Örüntüsünü çok daha önemli görebilir. Hemşire ve hasta, diyalogları süresince fikirlerini, deneyim ve değerlerini paylaşabilirler ve böylece kabul edilebilir bir plan belirlerler. Hemşire, hastayı dinledikten sonra, “sizin ağrınız olduğunu anladım ancak sizin yürümeniz oldukça önemli, böylelikle solunum yolu komplikasyonlarınız gelişmeyecektir. Ağrınız kontrol altına alındıktan sonra, sizin 30 dk yürümeniz ile ilgili nasıl plan yapabiliriz?” gibi bir cümle ile bunu ifade edebilir. Bakımın sürekliliğini teşvik etmek amacı ile hasta amaçları ve

durumuna yönelik gelişmeler diğer sağlık bakım ekibi üyeleri ile paylaşılabilir (Craven ve ark., 2013).

Hemşireler, bakım planında öncelikleri kullanır ve hangi girişimlerin gerçekleştirildiğini belirler. Bazen mevcut sınırlamalar nedeni ile tüm istenen hemşirelik girişimleri gerçekleştirilemeyebilir (Potter ve Perry, 2005). Örneğin, hemşire hastanın saçlarını yıkamak ister ancak o zaman diliminde başka bir hastanın tanıya hazırlanması ya da diğer bir hastanın ameliyata hazırlanması o anda hemşirenin bu uygulamayı gerçekleştirmesine izin vermeyebilir (Craven ve ark., 2013).

Hasta Sonuçlarının Belirlenmesi ve Sonuç Kriterleri

Amaçlar, hedefler ve sonuçlar terimleri, birbiri yerine kullanılır, çünkü onlar beklentilerin ifadeleridir. Bu nedenden, hemşireler çalıştıkları kliniklerde bu terimlerin özel kullanımına aşina olmalıdır (Erdemir ve ark., 2017).

Hasta Sonuçları

Bir hasta sonucu, hemşirelik girişimi tamamlandıktan sonra, hastanın ne ifade edeceği ile oluşturulan detaylı açıklama ve bilgiye dayalı tahmindir. Bu direkt olarak hemşirelik tanısı içinde yer alan sorunu ele alır. Hemşire, klinik bilgisi ve deneyimini kullanarak hasta ile işbirliği içinde uygun sonuçları belirler (Craven ve ark., 2013).

Davranışsal sonuçlar, istenen bir durumun göstergesi olarak yazılır, bir hareket fiili içerir ve gereksinim duyulan performansın göstergesini niteleyen durumu içerir. Bu niteleyiciler, sonucun başarıldığını gösteren parametrelerin bir tanımıdır. Örneğin, “Yürümek” spesifik bir hasta sonucu olmayacaktır.

Yeniden ifade edilen hasta sonucu “bir kişi yardımı ile güvenli bir şekilde hareket eder” bir sonuç ifadesi olma niteliğindedir (Craven ve ark., 2013).

Sonuçlar kısa vadeli ya da uzun vadeli olabilir. Kısa vadeli sonuç, kısa süre içinde (bir haftadan daha az sürede ya da gün içinde) gerçekleşebilecek bir sonuçtur. Uzun vadeli bir sonuç, daha uzun bir zaman (birkaç hafta ya da ay) gerektiren sonuçtur. Uzun vadeli sonuçlar, genellikle uygulanan bakım planından sonra beklenen yararları ve sonuçları tanımlar (Craven ve ark., 2013).

Eğer hastanın hemşirelik sonuçlarına yönelik durumunda veya tıbbi durumunda bir değişiklik varsa, hemşire sonuçları tekrar gözden geçirme gereksinimi duyar. Örneğin, hemşire multipl skleroz tanısı olan hareket kısıtlılığı yaşayan bir hasta ile birlikte evde çalışıyor. Ev ziyareti süresince, hemşire ve hasta bir sonuç oluşturmaya karar veriyor “Yürüteç ile güvenli bir şekilde yürümek”. İki hafta sonra, diğer bir ev ziyaretinde hemşire multipl skleroza bağlı bir alevlenme ile birlikte hastanın hareket sorununun arttığını kaydediyor. Hemşire, hastanın tıbbi durumundaki bu değişikliği beklemiyordu ve bu durum onun kontrolü dışındaydı. Bu sonuç ifadesini uygun bir şekilde tekrar gözden geçirerek “bir kişi yardımı ile güvenli bir şekilde hastanın sandalyeye taşınması” sonuç ifadesi ile değiştirdi. Hemşire, hastanın hareket durumunun gelişmesi ya da gerilemesini dikkate alarak sonuçları tekrar gözden geçirme gereksinimi duyacaktır (Craven ve ark., 2013).

Sonuç Kriterleri

Sonuç kriterleri, amaca ulaşmada spesifik, ölçülebilir, gerçeğe uygun ifadelerdir. Onlar, amacı yeniden şekillendirebilir ve bunun yanında hemşirelik sürecinin değerlendirme aşamasında rehber olacak bilgi verebilir. Sonuç kriterleri, ne tür aktiviteler, hangi şartlar altında, ne kadar iyi ve ne zaman gibi soruları yanıtlar (Craven ve ark., 2013).

Alfaro-LeFevre'ye (2010) göre gereklilikler aşağıdakileri içerir:

- Özne: Amaca ulaşmak için beklenen birey kim?
- Fiil: Amaca ulaşmada birey ne tür aktiviteleri yapmalı?
- Koşul: Hangi şartlar altında birey eylemi gerçekleştirir?
- Kriterler: Birey eylemi ne kadar iyi gerçekleştirir?
- Spesifik zaman: Birey eylemi ne zaman gerçekleştirir?

Bir sonuç kriteri örneği olarak “Hasta (özne), eşi için tuz kısıtlı üç diyet değişimini (koşul), doğru bir şekilde (kriter), öğretim aşamasından sonra (spesifik zaman) sözel olarak ifade eder (fiil)” ifadesi verilebilir.” (Craven ve ark., 2013).

3.4.Planlama

Planlama, hemşirelik sürecinin dördüncü aşamasıdır ve hasta bireyin sorunlarını gidermede hemşirelik girişimlerinin oluşturulması aşamasıdır (Potter ve Perry, 2005; Craven ve ark., 2013). Planlama, karar verme ve problem çözme içeren, hemşirelik sürecinin sistematik bir safhasıdır (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Kozier vd, 2018; Şendir ve Büyükyılmaz, 2014). Bir bakım planında, hasta bireylere yönelik amaçlara ulaşmada ve sonuç kriterlerinin belirlenmesinde doğru hemşirelik bakım uygulamalarına yer verilir (Potter ve Perry, 2005; Craven ve ark., 2013). Tüm planlama, hastanın sağlık problemlerini önleme, azaltma veya ortadan kaldırmayı amaçlar (Ramont ve Niedringhaus, 2004).

Planlamanın amaçları şunlardır (Craven ve ark., 2013):

- Doğru hasta bakım uygulamaları
- Bakımın sürekliliğini sağlamak

- Gereksinimleri planlamaya odaklanmak
- Spesifik uygulamaların gerçekleştirilmesine izin vermek

Planlama aşamasının içerdiği aktiviteler (Craven ve ark., 2013):

- Hemşirelik girişimlerinin planlanması
- Hasta bakım planının yazılması

Tablo 2: Hasta Amaçlarında Kullanılan Davranışsal Fiiller

Hasta Amaçlarında Kullanılan Davranışsal Fiiller		
Hesaplamak	Oluşturmak	Göstermek
Sınıflandırmak	Karşılaştırmak	Tanımlamak
İletişim kurmak	Belirlemek	Tartışmak
Kıyaslamak	Listelemek	Uygulamak
Ayrırmak	Sürdürmek	Hatırlamak
Çizmek	Atamak	Ezberlemek
Açıklamak	Katılmak	Kayıt etmek
İfade etmek	Yapmak	Ayakta durmak
İfade etmek	Bildirmek	
Yürümek	Kullanmak	

(Craven ve ark., 2013)

Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing intervention Classification-NIC)

Iowa Üniversitesi Hemşirelik Koleji'nde bir grup araştırmacı 1987 yılından bugüne hemşirelik girişimlerinin planlanması, doğrulanması ve yapılandırılması ile uğraşmaktadır. Hemşirelik girişimleri sınıflamasının taksonomik yapısı alanlar, sınıflar, girişimler olmak üzere üç düzeyden oluşur. Girişimler, doğrudan veya dolaylı aktivitelerdir; bu aktiviteler, hekim veya

diğer sağlık bakım profesyonelleri tarafından başlatılan tedavi girişimleri gibi hemşire tarafından başlatılan girişimlerdir (Craven ve ark., 2013).

3.4.1. Planlama Aktiviteleri

Hemşirelik Girişimlerinin Planlanması

Uygun hemşirelik girişimlerinin seçilmesi, uygulama aşamasında gerçekleştirilecek aktiviteleri yönlendirir. Hemşirelik girişimleri, “herhangi bir bakımda hasta sonuçlarını geliştirmek için hemşirenin klinik karar ve bilgiye temelli uygulamasıdır”, hemşirelik girişimlerinin, sağlık durumunu kaydetmek; bir sorunu önlemek, çözmek veya kontrol altına almak; günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olmak; veya olması gereken düzeyde sağlık ve bağımsızlığı sağlamak olduğunu ifade eder. Girişimler, bakım planında spesifik aktiviteler olarak yazılır (Craven ve ark., 2013).

Hasta birey için uygun hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi, klinik bilgi ve beceri gerektirir. Genellikle, girişimler, önerilen aktiviteyi tanımlamak amacı ile gruplandırılır. Girişimlerin türleri aşağıdakileri içermektedir:

- Psikomotor (pozisyon vermek, yerleştirmek, uygulamak)
- Psikososyal (desteklemek, araştırmak, cesaretlendirmek)
- Eğitimsel (göstermek, öğretmek, gözlemlemek)
- Koruyucu (deri bakımı, hijyen)
- Gözetim (değişiklikleri belirlemek)
- Denetimsel (diğer sağlık bakım ekibi)
- Sosyokültürel (zaman ayırma, bakım yönetimine kültürel farklılıkları dahil etmek)

Hasta Bakım Planının Yazılması

Hasta bakım planı, bir problem çözme süreci belgesidir. Hasta bakım planı oluşturma becerisi, standart olarak hemşireden beklenmektedir. Bu plan, hemşirelik aktivelerinin odaklandığı çok önemli bir belgedir. Değerlendirme kriterlerine hizmet etmek ve Ortak Komisyon (2010) (Joint Commission) standartlarında birleşmek için, bu plan uzman bir hemşire tarafından geliştirilmelidir, hasta kayıtları içinde belgelendirilmelidir, meslek ya da kurum tarafından oluşturulan standartları yansıtmalıdır (Craven ve ark., 2013).

Hasta bakım planına rehberlik eden iki önemli kavram vardır (Craven ve ark., 2013):

- Bakım planının hasta birey merkezli olması
- Bakım planının sistematik bir süreç olması

Sistematik bir süreç aşağıdakiler ile kanıtlanır (Craven ve ark., 2013):

- Hemşirelik tanılarını desteklemek için yeterli bilgi toplanır.
- Her bir hemşirelik tanısı için en az bir amaç belirtilmelidir.
- Her amaç için sonuç kriteri belirlenmelidir.
- Belirlenen amaçlara ulaşmak için hemşirelik girişimleri titizlikle düzenlenmelidir.
- Her girişim bilimsel bir gerçeğe desteklenmelidir.
- Değerlendirme her bir amaca kısmen, tamamen ya da hiç ulaşıp ulaşılmadığını göstermelidir.

Hasta Bakım Planı Tipleri

Hasta bakım planı çeşitli yollarla yazılır. Kurumlar, elde ya da bilgisayarda yazılmış bakım planları kullanabilir. Bu gibi farklılıklara rağmen,

her bir bakım planı genellikle üç anahtar kısmı içerir: hemşirelik tanısı, hasta amaçları ve hemşirelik girişimleri. Bakım planı, hasta bireye özgü yazılabilir, bir hasta grubu için standartlaştırılabilir, spesifik bir sorunu içerebilir. Öğrenciler bakım planı yazmayı öğrenmek için öğretici bakım planı formatı kullanırlar. Uygulama alanlarındaki hemşireler ise kliniğe özgü bakım planı formatı kullanmaktadırlar (Craven ve ark., 2013).

Öğretici Hasta Bakım Planları

Öğrenci bakımı planları hem öğrenme hem de bakım planları olduğundan, hemşirelerin kullandığı bakım planlarından daha uzun ve detaylı olabilirler. Öğrencilerin bir bakım planı yazmayı öğrenmelerine yardımcı olmak için, eğitimciler genellikle bireyselleştirilmesini isterler (Ramont ve Niedringhaus, 2004). Öğretici hasta bakım planları veya öğrenci bakım planları, çeşidi hasta sorunlarında öğrencilerin bilgi düzeyini görmeyi ve o sorunların çözümünde hemşirelik süreci kullanarak uygulama yapmalarını sağlar. Hemşirenin karar verme sürecini açıklamak için ve kullanılan bilgilere referans olması amacı ile Hemşirelik literatüründen bilimsel gerekçeler verilir. Bu tür bakım planını tamamlarken spesifik öneriler, hemşirelik bakımının her bir adımında verilmektedir (Craven ve ark., 2013).

Hemşirelik Tanıları: Hemşirelik tanı ifadesi, NANDA- Uluslararası (NANDA-I) terminolojide belirtildiği gibi kullanılır. Belirlenmiş tüm hemşirelik tanıları, hasta bakımında öncelik sırasına göre sıralanmalıdır. Fonksiyonel bir yaklaşımın kullanılması, hastalığın patolojisinden ziyade hemşirenin olası ya da gerçek sorunlara odaklanmasına yardımcı olur (Herdman ve Kamitsuru, 2014).

Hasta Amaçları: Her bir hemşirelik tanısı için bir ya da daha fazla amaç oluşturulur. Bazı amaç ifadesi örnekleri “şu anki kilosunu korumak”, “enfeksiyon bulgusunun olmadığını göstermek” ve “doğru insülin

yönetiminin sağlanmasıdır (Craven ve ark., 2013). Amaç, geniş terimler ile bir hasta sonucunu tanımlar. Hasta amacı, belirlenen sorunu giderme ya da çözme işlevini yansıtır (Kozier ve ark., 2018).

Hasta Sonuç Kriterleri: Hasta sonuç kriterleri, amacı başarmada değerlendirilebilir spesifik, ölçülebilir, gerçeğe uygun ifadelerdir (Kozier ve ark., 2018).

Örnekler (Craven ve ark., 2013):

- Gelecek öğretim seansında, doğru insülin dozunun ayarlanması
- * Diğer eğitimlerde derin soluk alma ve öksürme egzersizlerinin gösterilmesi

Hemşirelik Girişimleri: Bir girişim, hasta sonuçlarını başarmak için gerçekleştirilmiş bir işlemdir. Bir girişim, hasta ile interaktif bir süreç içinde gerçekleştirildiği zaman doğru değerlendirilir. Dolaylı girişimler, doğru bakım girişimlerinin etkilerini onaylamak amacı ile hastadan uzak gerçekleştirilen işlemlerdir. Bazen bunlar hemşirelik istemi olarak adlandırılır. Hemşirelik girişimleri, amaçlar ile ilişkili spesifik terimler ile yazılır (Potter ve Perry, 2005).

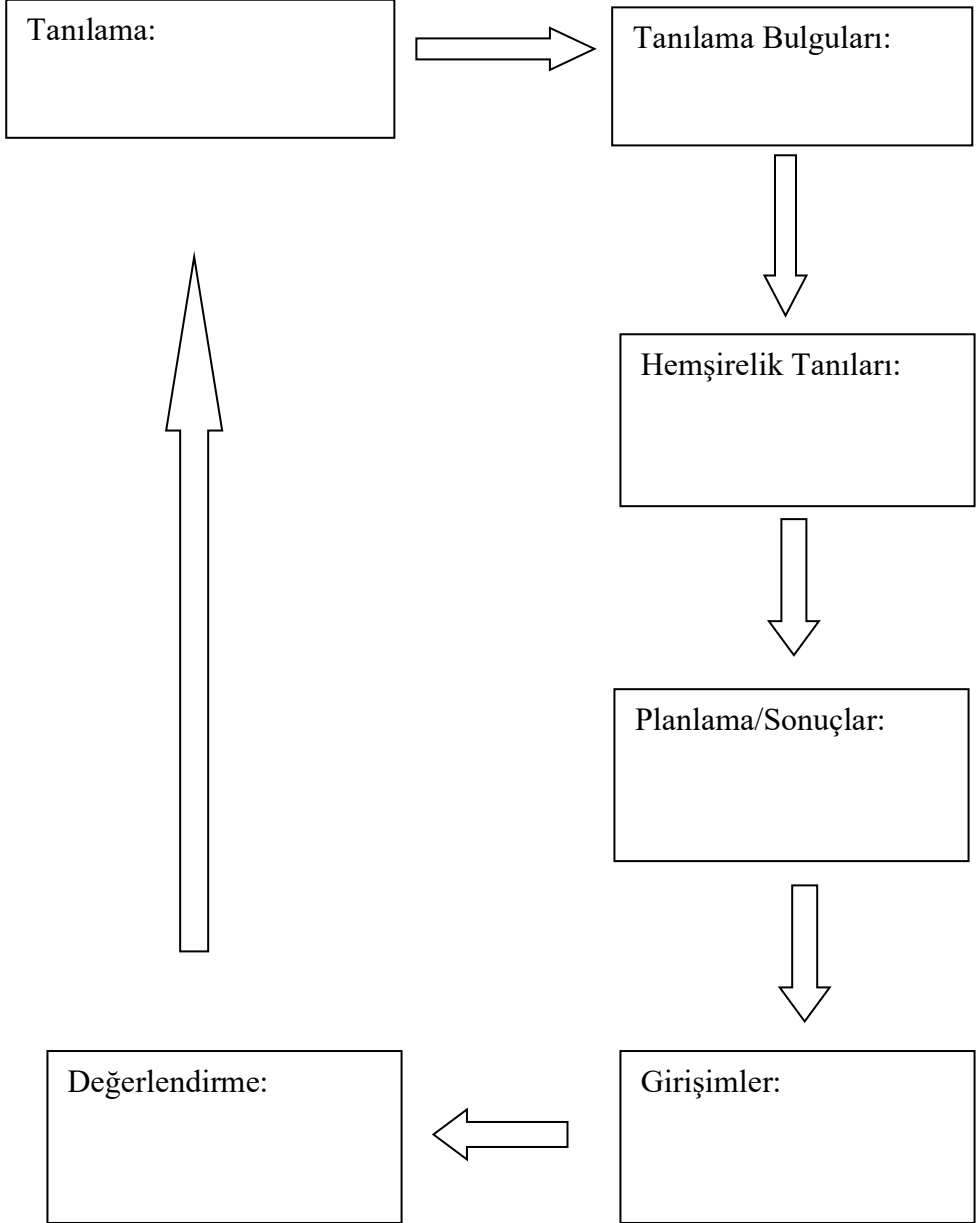
Bilimsel Gerekçe: Bir bilimsel gerekçe, girişimleri gerçekleştirme nedenidir. Bilimsel gerekçeler, sıklıkla psikolojik ve patofizyolojik kavramlar ile bütünleştirilir. Bu gerekçe, girişimlerin “niçin?” yapıldığını araştırmaya dayalı olarak tanımlar. Genellikle, öğrenci hemşireler, spesifik hemşirelik girişimlerini gerçekleştirme nedenlerini anladıklarını göstermek için bilimsel gerekçeleri oluşturmaya gereksinim duyarlar. Kliniklerde hemşireler, yeni araştırma bulgularını gösteren gerekçeleri kullanabilirler ancak bunlar bakım planında sürekli kullanılmaz (Craven ve ark., 2013).

Değerlendirme: Değerlendirme aşaması, “beklenen sonuç başarılı mı?” sorusunu yanıtlar. Amaca ulaşmada değişiklikler, süre gerektirebilir veya hastada yeni beceri gelişimine olanak sağlar. Değerlendirme, genellikle hemşire notuna kaydedilir ve bu notlar, hastanın girişimlere yanıtlarını ve klinik gözlem bulgularını içerir. Her bir girişim, etkililiği açısından değerlendirilir, gerekirse yeniden düzenlenebilir ya da gerekli değilse silinebilir (Potter ve Perry, 2005).

Öğretici Kavram Haritaları

Kavram haritaları, aynı zamanda öğrencilerin hemşirelik sürecinin uygulamasını ve bu süreci anladıklarını göstermek amacı ile kullanılabilir. Bir kavram haritası, bilgiyi temsil eden ve organize eden grafik içerikli bir araçtır. Kutu veya daireler ile gösterilen ilişkili şekilde birbirine bağlanmış kelimelerden oluşan kavramları (genellikle kutu veya daire içindedir) içerir. Kavram haritaları, öğrencilerin bilgiyi düzenlemesine ve sınıflandırmasına yardım ederek eleştirel düşünmeyi geliştirebilir. Aynı zamanda, öğrencinin kavramlar arasındaki ilişkiyi görmesini sağlar (Dil ve Öz, 2014).

Tablo 3: Kavram Haritası Örneği



Klinik Bakım Planları

Klinik bakım planları, öğrencilerin yaptığı gerekli olan öğretici bakım planlarından farklı uygulamada kullanılır. Hemşirelik süreci kullanılır ancak bu günlük uygulamalar için özetlenmiş/ kısaltılmış bir biçimde düzenlenir. Genellikle, daha az spesifik detay vardır ve bilimsel gerekçeler belgelendirilmez. Bir bakım planı, hemşirelik tanılaması sonucunda elde edilen bulgular kullanılarak her bir hasta için bireyselleştirilmesi gereklidir (Cardwell ve ark., 2011).

Klinik bakım planının merkezinde hasta vardır. Sağlık bakım ekibi arasında daha iyi bir iletişimi sürdürmek için klinik bakım planı multidisipliner olmalıdır. Özellikle, hemşire klinik bakım planını geliştirmede ve düzenlemede birinci sırada sorumluluk alır. Ancak tüm bakım ekibi üyeleri de bu bakım planını okuması ve katkı sağlaması için teşvik edilir. İyi yazılmış, sürekli güncellenen bir bakım planı çok değerli bir araçtır (Cardwell ve ark., 2011).

Tanılama ve Veri Toplama: Geçmişe yönelik tanılama ve fiziksel tanılama plana başlamada rehberdir. Veriler, bakım planını tekrar gözden geçirmek için hasta ile her görüşmede yeniden toplanır (Kozier ve ark., 2018).

Hemşirelik Tanıları veya Problem Listesi: Multidisipliner bakım planı, gerçek hasta sorunlarını ele alan bir sorun listesi kullanabilir. Klinik bakım planı, öncelikli hasta sorunlarına ve bireysel hasta gereksinimlerine odaklanır (Kozier ve ark., 2018).

Sonuçları Belirleme: Hasta sonuçları ve sonuç kriterleri, sıklıkla benzer ifadeler içinde görülür. Amaçlar, hemşirelik tanıları içinde belirlenmiş hasta sorunlarının özel olarak ele alınmasıdır (Craven ve ark., 2013).

Girişimler: Her bir hastanın gereksinimlerine özel uygun aktivitelerin belirlenmesidir. Hemşirelik uygulaması için bakımdan sorumlu kişi belirlenir. Bu aktivite, çoğunlukla hemşire tarafından uygun bir şekilde yerine getirilir. Bazen, bu bakım aktiviteleri, sağlık bakım ekibi üyeleri ya da hemşirelere yardımcı bir sağlık personeli atanarak gerçekleştirilebilir. Bu, daha iyi bir iletişim ve günlük görevlendirmeler için planların kullanımını sağlar (Ackley ve ark., 2017).

Gerekçe: Klinik bakım planında bilimsel gerekçeler belirtilmemesi, öğretici bakım planında belirtilmemesinden daha az önemlidir. Hemşireler ve diğer sağlık bakım ekibi üyeleri, girişimlerin arkasındaki bilimsel gerekçeleri bilmek zorundadır. Hasta güvenliği açısından, sağlık bakım ekibinden bu mesleki sorumluluk beklenir (Craven ve ark., 2013).

Değerlendirme: Değerlendirme, ilk bakım girişiminden sorunun çözümüne kadar devam eder. Değerlendirme, acil bir bakımda dakikadan dakikaya, akut bir bakımda nöbetten nöbete, uzun dönemli bakımda ya da evde bakımda haftadan haftaya veya aydan aya güncellenir ve değiştirilir (Ackley ve ark., 2017).

3.5.Uygulama

Hemşirelik uygulamaları, hemşire tarafından hasta hedeflerine ulaşmak için başlatılan eylemlerdir. Spesifik stratejiler, hemşirelik tanısının nedenini ortadan kaldırmaya veya azaltmaya odaklanmalıdır (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Ackley ve ark., 2017). Uygulama aşaması, planlanan hemşirelik bakımının uygulamasına geçildiği aşamadır. Bu aşama, kaydedilen hemşirelik girişimlerini başlatır. Bu aşamanın amacı, bireyin optimal sağlık düzeyine ulaşmasını sağlayacak hemşirelik girişimlerine yönelik terapötik ve teknik becerileri kapsayan bir hemşirelik bakımı sağlamaktır. Uygulama aşamasında,

bilişsel beceriler, iletişim becerileri ve psikomotor becerilere yönelik yeterliliklere gereksinim duyulur (Potter ve Perry, 2005; Afolayan ve ark., 2013).

Bu aşamanın içeriği aşağıdaki gibi belirtilmiştir (Craven ve ark., 2013):

- Yeniden tanılama
- Önceliklerin belirlenmesi
- Hemşirelik girişimlerini uygulama
- Hemşirelik uygulamalarını kaydetme

Uygulama Becerileri

Hemşireler, Hasta hizmetleri sağlamada çok çeşitli beceriler kazanırlar (Ramont ve Niedringhaus, 2004).

Entelektüel Beceriler

Uygulama aşamasında kullanılan bilişsel beceriler, problem çözme, eleştirel düşünme, karar verme ve öğretmeyi içerir. Bunlar güvenli, akılcı hemşirelik bakımı için çok önemlidir (Ramont ve Niedringhaus, 2004). Bilişsel beceriler hemşirelik sürecinde eleştirel düşünmenin uygulanmasını içerir. Hemşireler hastaların karar vermesini kolaylaştırmada, hastanın hangi girişimleri ne zaman, ne sıklıkta istediğine yönelik seçimler sunarlar. Öğretmek, bilgiyi iletme ve öğretme öğrenme ilkeleri hakkında bilgili olmayı gerektirir (Craven ve ark., 2013).

Kişilerarası İletişim Becerileri

Kişilerarası beceriler, kişilerin doğrudan birbirleriyle iletişim kurarken kullandıkları sözlü ve sözsüz etkinliklerdir (Ramont ve Niedringhaus, 2004). Etkili hemşirelik uygulamaları için önemlidir. Bir hemşirelik eyleminin

etkililiği, genellikle hemşirenin başkalarıyla iletişim kurma yeteneğine bağlıdır (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Craven ve ark., 2013). Bir hastaya ilaç verirken bile hemşire hastayı anlamalı ve anlaşılmalıdır. Hemşireler, planlanmış hemşirelik girişimlerini gerçekleştirmede iletişim becerilerini kullanır. Sözlü ve sözsüz iletişim becerisi uygulama süresince geliştirilir (Afolayan ve ark., 2013).

Psikomotor (Teknik) Beceriler

Psikomotor beceriler, tedavileri ve prosedürleri gerçekleştirmek için kullanılır. Hemşireler, klinik uygulamaları süresince spesifik becerileri öğrenirler. Psikomotor beceri, bilişsel ve motor aktivitelerin birleşimidir (Ramont ve Niedringhaus, 2004). Örneğin, doğum odalarında çalışan hemşirelerin, fetal monitörü izlemeyi, doğum masasının pozisyonunu ayarlamayı ve yenidoğan resüsitasyon araçlarını tanıması gerekir. Diğer taraftan, hemşirelerin çalıştığı kliniklerde, infüzyon pompası, terapötik yatak veya beslenme pompası kullanımında psikomotor becerilere gereksinim duyulabilir (Craven ve ark., 2013). Hemşireler, bilgisayar ortamında hasta bilgilerini kaydetme ve düzeltmede de psikomotor becerilerini kullanabilirler (Afolayan ve ark., 2013).

3.5.1. Uygulama Aktiviteleri

Yeniden Tanılama

Hemşire hasta ile her karşılaştığında, ortaya çıkan sorunları gözden kaçırmamak için tekrar tanılama yapar. Çünkü bir hastanın durumu çok çabuk ve kötü bir şekilde değişebilir (Afolayan ve ark., 2013). Örneğin, hasta sessiz ve dış uyaranlara kendini kapatarak bir ağrı deneyimi yaşıyor olabilir. Hemşire hastanın durumunda değişikliği fark etmesi ile birlikte hastanın rahatını sağlamak için müdahalede bulunabilir. Bakıma gereksinimi olan ve

huzursuz bir hasta, tanısal testi sonucu ile ilişkili korku veya cerrahi prosedür ile ilişkili anksiyetesini maskeleyebilir. Hemşireler bakım planı oluşturmaya başladığında, girişimlerin bu durumla ilişkili olduğundan emin olmalıdırlar (Craven ve ark., 2013).

Önceliklerin Belirlenmesi

Hasta bir bireyin durumu değiştiğinden dolayı, öncelikleri de değişebilir. Öncelikler, tekrar tanılama sürecinde toplanan bilgiler üzerine temellenir (Kozier ve ark., 2018). Hemşireler öncelikleri belirlerken, hemşirelik sorunlarını önem sırasına göre sıralar (Craven ve ark., 2013):

- Hastanın durumu
- Tekrar tamlamada yeni bilgi
- Hemşirelik girişimleri için uygun kaynak ve zaman
- Hasta, ailesi ve sağlık bakım üyelerinin görüşleri
- Öncelikleri belirlemede ve durumu tanılamada hemşirenin deneyimi

Örneğin, yoğun bakım ünitesinde yatan travma tanısı olan bir hasta için önceliklerin her beş dakika bir değerlendirilmesi gerekebilir. Genellikle, hava yolu açıklığı, solunum ve dolaşımın sağlanması, bu hastalar için en yüksek öncelikli girişimlerdir. Örneğin, evde bakım hastası için öncelikler daha uzun sürelerde oluşturulabilir: Yataktan bağımsız olarak sandalyeye geçme veya bağımsız bir şekilde banyosunu yapma v.b. (Craven ve ark., 2013).

Hemşirelik Girişimlerinin Uygulanması

Hemşireler, hasta bakım planı üzerindeki planlanan girişimleri uygularlar. Hemşire, farklı hastalara bakım verirken, tüm hastalara zamanında bakım verebilmek için bir program geliştirir (Afolayan ve ark., 2013).

Ortak Sorunlar İçin Girişimler

Hemşireler, komplikasyon riskini azaltmak için hekim-hemşire iş birliği ile öngörülen girişimleri uygulayarak ortak sorunları çözümlerler. Hemşirelik tanıları belirlenir ancak hemşire şu soruyu kendine sorar “hekim istemi olmaksızın ben bu girişimi yapabilir miyim?”. Hemşirelik tanıları üzerine temellenen girişimler, hemşire-müdahaleli girişimlerdir. Eğer hemşirenin yasal olarak yapması uygun olmayan bir tedavi mevcutsa ve bunun için hekim istemi varsa bu eylem hekim müdahaleli bir eylemdir. Her iki girişimde hemşirelik kararını içerir çünkü her ikisi de yasal sorumluluk gerektirir. Bir soruna yönelik bakım veya tedavi girişimi hem hemşire hem de hekim onayı ile gerçekleştiriliyor ise bu sorun, ortak bir sorundur. Örneğin, hekim ağrı için ilaç reçete eder ancak hemşire ilacın verileceği zamana karar verir. Aynı zamanda hemşire, ağrıyı rahatlatıcı alternatif yöntemler de kullanabilir (Craven ve ark., 2013).

Kayıt Etme

Hemşirelik girişimleri gerçekleştirildikten sonra hemşire bu girişimleri hastanın sağlık kayıtları içine kaydeder. Her sağlık bakım sigortası, belgelenmesi için spesifik gereklilikleri belirler ve bunlar tüm formlar doldurularak hazırlanmalıdır (Craven ve ark., 2013).

Hemşirelik Girişimleri Çeşitleri

Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (The Nursing Interventions Classification-NIC), hemşirenin rolleri içinde gerçekleştirdiği doğrudan ya da dolaylı bakım ve tedavi uygulamalarını sıralamada, profesyonel hemşirenin rolünü tanımlamaya yardım eder. NANDA-Uluslararası NANDA (NANDA-I)’nın hemşirelik tandan taksonomisine benzer şekilde NIC ise her bir girişim için bir isim ya da etiket sağlar, bir girişim, eylem ya da aktivitenin tanımını

oluşturur. NIC, onun önceki aşamasıdır ve girişimler eklenmeye ve ayrıştırılmaya devam edecektir (Carpenito-Moyet, 2005; Gallagher-Lepak, 2014; Kozier ve ark., 2018).

3.6.Değerlendirme

Değerlendirme, hemşirelik sürecinde uygulama aşamasını izleyen altıncı aşamasıdır (Ackley vd, 2017). Değerlendirme hemşirelik sürecinin son aşamasıdır. Değerlendirmede süreklilik vardır. Değerlendirme, hemşirelik sürecinin diğer aşamaları ile aynı anda yürütülebilir. Bundan dolayı hemşirenin, hemşirelik girişimlerinin sonuçlarını ve aşamalarını tekrar tekrar gözden geçirmesi gerekmektedir (Ramont ve Niedringhaus, 2004; Andsoy ve ark, 2013; Çam ve ark, 2004). Değerlendirme, hastanın davranışsal yanıtları üzerine temellenen hasta amaçlarına ulaşmada hemşirelik bakımının etkililiğine karar verme olarak tanımlanır. Bu aşama, hemşirelik girişimlerinin etkililiğinin ve hasta amacının sistematik bir şekilde yeniden gözden geçirilmesini kapsar. Hemşireler, hemşirelik bakımının etkililiğine karar vermek için farklı beceriler kullanırlar (Ramont ve Niedringhaus, 2004). Bu beceriler, bakım standartları, normal hasta yanıtları, kavramsal model ve kuramlar bilgisini; hemşirelik girişimlerinin etkinliğini takip edebilme yeteneği; klinik araştırmalardan bilgilenme farkındalığını gerektirir. Amaçların başarılp başarılmadığının değerlendirmesi, sağlık bakım ekibi üyeleri, hemşirelerin ve hastaların katılımı ile belirlenir (Ackley ve ark., 2017).

Değerlendirme, aynı zamanda hemşirelik sürecinin ayrı ve farklı bir aşaması olmasına rağmen, hemşirelik sürecinin her bir aşamasında yer alır. Önceki aşamalarda verilen kararlar, genellikle hatırlama ve gözden geçirme amacı ile yeniden değerlendirilir, yeniden tanılanır ve yeniden planlanır. Hemşireler, özel hemşirelik girişimlerine yönelik hasta yanıtlarını sürekli

olarak değerlendirir, hemşirelik tanılarında farklı öncelikleri oluşturur ve gerekli gördüğünde bakım planını değiştirirler (Craven ve ark., 2013).

Bakım planı, değerlendirme için temeldir. Belirlenmiş hemşirelik tanıları, hasta amaçları, sonuç kriterleri ve hemşirelik girişimleri bakımda rehberdir. Bu süreç boyunca, hemşireler, hemşirelik bakım bileşenlerinin geçerliliğini, doğruluğunu ve uygunluğunu belirler. Aynı zamanda, değerlendirme, hemşirelik süreci boyunca bir önceki aşamalarda hata yapıp yapılmadığının tespit edilmesinde hemşireye yardımcı olur (Potter ve Perry, 2005).

Değerlendirmeyi gerçekleştirmenin bazı nedenleri vardır (Craven ve ark., 2013):

- Hemşirelik girişimleri sonucunda hastanın davranışsal yanıtlarını incelemek
- Önceden belirlenmiş sonuç kriterleri ile hastanın davranışsal yanıtlarını karşılaştırmak
- Belirlenen hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmek
- Birey, aile, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerinin sağlık bakımı kararlarına ne derece katıldığını belirlemek
- Bakım planını revize etmede bir temel sağlamak
- Hemşirelik bakımı ile ilişkili karar vermeye yardımcı objektif ve sübjektif veriler toplamak
- Hemşirelik bakımının kalitesini ve bireyin sağlık durumu üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Değerlendirme sürecinin aşamaları aşağıda belirtilmektedir (Craven ve ark., 2013):

- Hedefler ve beklenen hasta sonuçlarının yeniden gözden geçirilmesi
- Veri toplama
- Başarılan amaçların ölçümü
- Başarılan amaçların ölçümünün kayıt edilmesi
- Hemşirelik bakım planının yeniden gözden geçirilmesi
- Değerlendirme becerileri
- Bakım standartlarını bilme

Hastanın Normal Yanıtlarını Bilme

Hemşirenin fizyoloji, psikoloji, biyokimya, sosyoloji, patoloji ve farmakoloji gibi birçok konuya ilişkin bilgisi, hastanın normal yanıtlarını değerlendirmede yararlı olacaktır (Craven ve ark., 2013).

Hemşirelik Girişimlerinin Etkililiğini İzleme Yeteneği

Birçok bilişsel ve psikomotor beceriler, hemşirelik girişimlerinin etkililiğini izlemek için gereklidir. Örneğin, eğer hastanın konjesyon ve yüzeysel solunum ile ilişkili Gaz Değişiminde Bozulma tanısı varsa, solunum seslerinin dinlenmesi, hemşirelik girişimlerinin etkililiği hakkında bilgi sağlayacaktır (Craven ve ark., 2013).

Klinik Araştırmalarda Farkındalık

Hemşirelik mesleği, daha doğru hemşirelik tanısı koyma ve tanılama becerileri için yeni yöntemler geliştirmede araştırma bulgularını kullanır ve hemşirelik sürecinin tamamlanmasında en son bilgiye ulaşımı sağlar. Aynı zamanda, klinik araştırmaları incelemek, en iyi olanı uygulamada temel bir rehberlik sağlar ve bakımı değerlendirmede bir diğer mükemmel kaynak görevi görür (Berman ve ark., 2016).

Değerlendirme Çeşitleri

Yapı Değerlendirme

Yapı değerlendirme, sağlık bakım uygulamalarının yapıldığı yerlerde, çevre veya kurumsal oluşumların özelliklerine odaklanır. Bakım kalitesini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen çevresel görünüş ile ilgilidir. Mevcut ekipmanlar, fiziksel kolaylıkların düzenlenmesi, yönetsel destek ve yeterli hemşire sayısı yapı değerlendirme ile ilgili bazı alanlardır (Craven ve ark., 2013).

Süreç Değerlendirme

Süreç değerlendirme, hemşirelik bakımının yeterli olup olmadığına ve hemşire tarafından gerçekleştirilen işlere odaklanır. Hemşirelik süreci aşamaları, hemşirelik bakımını değerlendirmede bir taslak olarak kullanılır. Bu değerlendirme, karşılıklı görüşme ve fiziksel tamlama sonucunda elde edilen bilgileri, hemşirelik tanı ifadelerinin geçerliliği ve hemşirenin teknik yeterliliği gibi alanları içerir (Craven ve ark., 2013).

3.6.1. Değerlendirme Aktiviteleri

Hedefler ve Beklenen Hasta Sonuçlarının Yeniden Gözden Geçirilmesi

Ulaşılan amacı ölçmek, hasta amaçlarını ve sonuç kriterlerini gözden geçirmek ile başlar. Ölçülebilir terimler yazılır, her bir sorun veya hemşirelik tanısı için ulaşılan amaç geliştirilir. Hemşireler, beklenen hasta amaçlarını yeniden gözden geçirir, hasta amaçlarını ve sonuç kriterlerini çeşitli yollar ile değerlendirir. Bunlara, hasta uygun olduğu zaman diliminde, hasta davranışlarının gözlemlenmesi, girişimlere yönelik hasta yanıtlarının belgelenmesi, hasta, hasta ailesi ve diğer sağlık bakım ekibi üyelerinden

geribildirim almak olarak örnek verilebilir. Bu inceleme, hemşirenin gereksinim duyduğu gerçek amaçlar ve sonuç kriterleri üzerine odaklanarak hemşireye yardımcı olur (Cardwell ve ark., 2011).

Amaç/Sonuç Başarısını Ölçme

Veri toplandıktan sonra hemşireler, hastanın davranışsal yanıtlarının kapsamlı bir görünümünü oluşturur. Bir sonraki etkinlik, planlama aşamasında geliştirilmiş tahmin edilen yanıtlar ya da önceden belirlenmiş sonuç kriterleri ile hastanın gerçek davranışsal tepkileri karşılaştırılarak hedefe ulaşma konusunda bir karar verilmelidir (Craven ve ark., 2013).

Oluşturulabilir dört olası karar aşağıdaki gibidir (Craven ve ark., 2013):

- Amaca tamamen ulaşıldı.
- Amaca kısmen ulaşıldı.
- Amaca ulaşılmadı.
- Yeni sorunlar tanılanmış veya yeni hemşirelik tanıları geliştirilmiştir.

Dördüncü karar, diğer üç karardan herhangi biri ile aynı anda var olabilir.

Amaca Ulaşmada Belirlenen Kolaylaştırıcılar

Amaca ulaşmada yardım eden veya kolaylaştıran bireyler olarak hastalar, aile üyeleri, önemli diğer bireyler ve sağlık bakım ekibi üyeleri oldukça değerlidir. Zaman zaman hastaya yakın olan bu bireyler, amacı başarmada anlaşılması zor veya hemen göze çarpmayan şeyleri belirleyebilir. Kolaylaştırıcı örnekler, yazılmış el yazıları, materyalin tekrarı ve kolaylıkla ulaşılabilme, ilgili hemşirelik elemanı ve görsel-işitsel materyalleri içerir (Craven ve ark., 2013).

Amaca Ulaşmada Belirlenen Engeller

Amaca ulaşmada çeşitli engeller belirlenmiştir. Engeller, hasta, aile üyeleri veya diğer önemli bireyler, hemşire veya diğer sağlık bakım ekibi üyeleri olabilir. Örneğin, yanlış bilgi sağlanması, bilgi kısıtlaması, ekip üyeleri arasında zayıf iletişimin olması, tedavide beklenmeyen bir reaksiyon yaşanması (tedaviye alerjik yanıt gibi), gibi (Craven ve ark., 2013).

Aile üyeleri, amacı başarmada birçok şekilde engel oluşturabilirler. Örneğin, bakım planını anlayamamaları, hastalarına olan ilgisizlik, bir sorunun var olduğunu fark edememe gibi durumlar amaca ulaşmayı engelleyebilir ya da geciktirebilir (Cardwell ve ark., 2011).

Hemşireler, farkında olmadan amaca ulaşmayı engelleyebilirler. Örneğin, ilgili verileri toplamada, hemşirelik tamlarında uygun öncelik sırası belirlemede veya hemşirelik bakımı için uygun hemşirelik mesleği üyelerini seçmede ihmalkârlık yapabilirler. Hemşireler, hastasına ilişkin bakımın planlamasını yaparken, diğer sağlık bakım ekibi üyeleri ile önemli bilgileri paylaşmayı unutarak, sağlık bakım sisteminin gerektirdiği prosedürleri göz ardı ederek hastayı da etkileyecek hata yapabilirler (Craven ve ark., 2013).

Amaca Ulaşmada Karar ve Ölçümleri Kaydetmek

Hastanın sağlık kayıtları üzerinde var olması gereken, sübjektif ve objektif verilerin yazıldığı belgeler toplanır ve amaca ulaşmada karara varılır. Amaca ulaşmada verilen kararlar, kısa ve net bir şekilde yazılır. Belirsizlik içeren ya da birçok farklı anlam taşıyabilecek “iyi”, “yetersiz” veya “son derece iyi” gibi terminoloji kullanmaktan sakınılmalıdır (Cardwell ve ark., 2011; Afolayan ve ark., 2013).

Bakım Planını Modifiye Etmek ya da Tekrar Gözden Geçirmek

Bakım planını modifiye etmek ya da tekrar gözden geçirmek, değerlendirme aşamasının bir parçasıdır. Tüm olaylar zincirinin tekrar gözden geçirildiği bir geri bildirim mekanizmasıdır (Ramont ve Niedringhaus, 2004). Çözümlemiş hemşirelik tanıları daha fazla hemşirelik girişimi gerektirmez ve bakım planından kaldırılabilir. Hastanın “sorunsuz” durumunu sürdürmek için, potansiyel sağlık durumunu dahil eden ve diğer sağlığı geliştirme hemşirelik tanılarını içeren bir bakım planı geliştirilir ve maksimum işlevleri içeren hemşirelik girişimlerine odaklanılır. Bazı hasta amaçlarına, kısmen ya da tamamen ulaşılır. Modifikasyon, tekrardan tam bir hasta tanılması ile başlar. Hasta amaçlarında, hasta sonuç kriterlerinde ve hemşirelik girişimlerinde değişiklik gereklidir. Eğer yeni bir sorun ortaya çıkmış ise yeni hemşirelik tanısı belirlenmeli ve bakım planı yazılmalıdır (Haapoja, 2014).

Ülkemizde Yapılan Çalışmalar

Hemşirelik süreci ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunluğunun hemşirelik öğrencileriyle olduğu (Karadakovan ve Usta 2004; Güner ve Terakye 2000; Keski ve Karadağ 2010, Özer ve Kuzu 2006), hemşireler ile yapılan çalışmaların ise sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan, Kaya ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin hemşirelik kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları incelenirken; Sabancıoğulları ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, psikiyatri kliniğindeki hemşirelerin yapmış olduğu bakım planları Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmiştir. Hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında güçlük yaşama durumlarının incelendiği, Andsoy ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin %50’sinin veri toplama aşamasında zorluk yaşarken, en yüksek oranda (%62.5) tanı

belirlemede zorluk yaşadığı bildirilmiştir. Zaybak ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu bir çalışmada, hemşirelik süreci uygulamasında en fazla tanılama aşamasında kendilerini yeterli buldukları belirlenirken, hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Hemşirelik sürecinin kullanımını inceleyen araştırmalardan Lee (2005) ve Müller-Staub ve ark. (2006)'nın çalışmalarında hemşirelerin doğru hemşirelik tanısı koymada, semptom, bulgu ve tanıya yönelik etiyoolojiyi belirlemede zorlandıkları ve eksikliklerinin olduğu bildirilirken; Paans ve ark. (2011)'nın çalışmasında, hemşirelerin eğitim ve deneyimi, mevcut kaynaklar, klinik ortam, hastanın durumu ve hastane politikaları gibi etmenlerin hemşirelik tanılarının doğru ve yaygın kullanımını etkilediği belirlenmiştir. Akansel ve Palloş (2020)'ın çalışmasında bakım planı oluşturmada bilgi eksikliği, hasta ile iletişim kurmada güçlük, öğretim elemanlarının yüksek beklentileri, klinik hemşirelerinin tutumları, öğrencilerin analitik düşünme becerilerinde eksiklik hissetmesi, zamanı iyi kullanamama, klinik uygulamada kullanılan veri toplama formlarının uzun ve kapsamlı olması ve klinik uygulama ortamında bakım planının etkin şekilde kullanılmamasının etkili olduğu belirtilmektedir. Mahmoud ve Bayoumy (2014)'nın yapmış olduğu bir çalışmada veri toplama aşamasında görüşme yapmada güçlük yaşandığı belirtilmektedir. Banamwana ve Smith (2015)'in yapmış olduğu bir çalışmada bakım planı kullanımını, iş yükü, eğitim eksikliği, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ulaşamamanın engellediği belirtilmektedir.

Tablo 4: Hemşirelik Bakım Planı Örneği						
Veri Toplama	Hemşirelik Tanılaması	Sonuçların Belirlenmesi	Planlama	Uygulama	Gerekeçe	Değerlendirme
Sübjektif veriler; Hasta tarafından ağrılarının ve lekelenmelerinin olduğu belirtildi. Objektif veriler; Huzursuzluk, Çaresizlik duyguları A: 37.2 C N: 90/dk S:18/dk T: 110/80 mmHg	Sağlık durumundaki değişikliğe ilişkin korku	Normal olmayan uterus kanaması, bir yapışal bozukluk veya hamilelik ile ilgili klinik kanıtın olmadığı uterus kanamasıdır. Tedavisi genellikle oral kontraseptiftir. Anormal uterin kanama, en sık 45 yaşın üzerindeki kadınlarda ve ergende görülür.	4 saatlik hemşirelik müdahalelerinden sonra hasta korku ve endişenin yönetilebilir bir seviyeye indirildiğini bildirir.	Duruma göre hastanın tehdit algılamasını tanımlayın. Hastayı korkularını kabul etmesi ve belirtmesi için cesaretlendirin. Kişisel görüşme ya da görüş ve gelecek beklentileri için fırsat verin.	Sorunun kapsamını tanımlar ve müdahale seçiminden kaçınılmaz. Yönetilebilir seviyede anksiyete azalır. Dikkatle kendi yeteneklerine odaklanır, hissi kontrol hissi artar.	4 saatlik hemşirelik müdahalelerinden sonra hasta, korku ve endişenin yönetilebilir bir seviyeye indiğini bildirdi

Nursing Care Plan NANDA Tables

SONUÇ

Hemşirelik uygulamalarında kullanılacak olan bilgi; bireyi bütüncül ele almalı, sorunları saptayıp çözümlemeli, değişen gereksinimler doğrultusunda insanın temel gereksinimlerini karşılamalıdır. Hemşirelik modelleri ve kuramları bilimsel bilginin oluşturulmasında önem taşımaktadır. Hemşirelik süreci, holistik ve humanistik bir yaklaşımla uygulanmalıdır. Hemşirelik sürecinde hemşirelik sınıflandırma sistemlerinin kullanımı ortak bir hemşirelik dili oluşturulmasında önemli bir yere sahiptir.

KAYNAKÇA

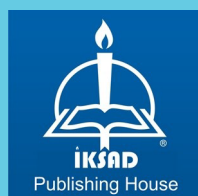
- Ackley, B.C., Ladwig, G.B., Makic, M.B.F. (2017). *Nursing Diagnosis Handbook an Evidence-Based Guide to Planning Care* (11th edition ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Afolayan, J., Donald, B., Baldwin, D., Onasoga, O., ve Babafemi, A. (2013). Evaluation of the utilization of nursing process and patient outcome in psychiatric nursing: Case study of psychiatric Hospital Rumuigbo, Port Harcourt. *Advances in Applied Science Research*, 4(5), 34-43.
- Akansel, N. ve Palloş, A. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlamada yaşadıkları güçlüklerin kök nedenlerinin incelenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 11(2), 269-275.
- American Nurses association-ANA. (2022). The nursing process. Erişim tarihi: 10.01.2023 Erişim adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>
- Andsoy, I.I., Güngör, T., Dikmen, Y., Nabel, E.B. (2013). Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler. *Journal of Contemporary Medicine*, 3(2), 88-94.
- Banamwana, G. and Smith, A.M. (2015). Evaluation of the use and value of nursing care plans in nursing practice at a referral hospital, Kigali, Rwanda: nurses' perspectives. *Rwanda Journal*, 2(2), 76.
- Basit, G. (2020). Bakımın rehberi: Hemşirelik süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.
- Berman, A., Snyder, S.J., Frandsen, G. (2016). *Kozier&Erb's Fundamentals of Nursing, Concepts, Process, and Practice* (10 ed.). New Jersey: Julie Levin Alexander.

- Cardwell, P., Corkin, D., McCartan, R., McCulloch, A., Mullan, C. (2011). Is care planning still relevant in the 21st century? *British Journal of Nursing*, 20(21), 1378-1382.
- Carpenito-Moyet L.J. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, (F. Erdemir, Çev.). Ankara; Nobel yayıncılık, 2005.
- Craven, R.F., Hirnle, J.C., Jensen, S. (2013). *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function*. 7. Ed. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Çam, O., Özgür, G., Gürkan, A., Dülgerler, Ş., Engin, E. (2004). Psikiyatri hemşireliği klinik uygulamalarında öğrenci hemşirelerin hemşirelik süreci raporlarının değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 23-34.
- Dil, S. ve Öz, F. (2014). Hemşirelik öğretiminde bir strateji: kavram haritasının kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(1), 81-89.
- Erdemir, F., Kav, S., Yılmaz, A.A. (Eds). (2017). *Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Gallagher-Lepak, S. (2014). *Nursing Diagnosis Basics*. In T. H. Herdman, Kamitsuru, S. (Ed.), *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification*, 2015-2017 (Tenth edition ed., pp. 21-30). Oxford: Wiley Blackwell.
- Şendur, G.E., Yılmaz, A.A. (2023). Hemşirelik sürecinde anahtar öge: eleştirel düşünme. *YBH Dergisi*, 3(1), 118-135.
- Güner, P. ve Terakye, G. (2000). Hemşirelik yüksekokulları son sınıf öğrencilerinin hemşirelik tanılarını belirleyebilme düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4, 19, 9-15.
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, 2015–2017. Oxford: Wiley Blackwell.

- Kapucu, S., Akyar, İ., Korkmaz, F. (2018). *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Pelikan Yayınları. Ankara.
- Karadakovan, A. ve Yeşilbalkan, U.Ö. (2004). Öğrencilerin nörolojik hastalarda saptadıkları Nanda Hemşirelik tanılarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3), 1-7.
- Kaya, N. (2014). *Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Tanılaması*. In T. Atabek Aştı & A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik Esasları* (Vol. 1, pp. 137-176). İstanbul: Akademi Basın ve Yayın.
- Kaya, N., Babadağ, K., Yeşiltepe Kaçar, G., Uygur, E. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model / kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 24-33.
- Keski, Ç., Karadağ, A. (2010). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik süreci hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S., Frandsen, G., Buck, M., . . . Stamler, L. (2018). *Fundamentals of Canadian Nursing Concepts, Process, and Practice* (4th Canadian edition ed.). USA: Pearson.
- Lee, T.T. (2005). Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardi-zed care plans. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 640–647.
- Mahmoud, M.H. and Bayoumy, H.M. (2014). Barriers and facilitators for execution of nursing process from nurses' perspective. *International Journal*, 2(2), 300-15.
- Müller-Staub, M., Lavın, M.A., Needham, I., Van, A.T. (2006). Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 514–31.
- Olgun, N. ve Tosun, N. (2017). *Fiziksel Muayene ve Klinik Karar Verme*. In F. Eti Aslan (Ed.), *Sağlığın değerlendirilmesi ve klinik karar verme*. Ankara: Özyurt Matbaacılık.

- Özer Gök, F. ve Kuzu, N. (2006). Öğrencilerin bakım planlarında hemşirelik süreci ve NANDA tanımlarını kullanma durumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (1), 69-80.
- Paans, W., Nieweg, R.M., Van Der Schans, C.P., Sermeus, W. (2011). What factors influence the prevalence and accuracy of nursing diagnoses documentation in clinical practice? *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2386-403.
- Potter, P., Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of Nursing*. 4th ed. St Louis: Mosby Year Book Inc., 279-295.
- Powelson, S.A., McGahan, S.A., Wilkinson, J.M. (2000). Where to start? Introducing standardized nursing languages in educational settings. *Nursing Diagnosis*, 11(3), 135-138.
- Ramont, R.P., Niedringhaus, D.M. (2004). *Fundamental Nursing Care*. 1st ed. Pearson Education Inc., 51-67.
- Resmi Gazete (2007) 5634 Sayılı hemşirelik kanununda değişiklik yapılmasına dair kanun. Yayımlandığı resmi gazete: Tarih: 2.5.2007
Sayı: 26510 Erişim Tarihi: 27.09.2017,
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>
- Resmi Gazete (2010) 5634 Sayılı hemşirelik kanununda değişiklik yapılmasına dair kanun. Yayımlandığı resmi gazete: Tarih: 8.3.2010
Sayı: 27515 Erişim Tarihi: 27.09.2017,
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>
- Sabancıoğulları, S., Ata, E.E., Kelleci, M., Doğan, S. (2011). Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanımlarına göre değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 117-22.

- Şendir, M. ve Büyükyılmaz, F. (2014). *Hemşirelik Tanısı*. In T. Atabek Aştı & A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik Esasları (Hemşirelik Bilimi ve Sanatı-I)* (pp. 177-190). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Tanbağ, H. ve Can, R. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği dersi uygulamalarında NANDA hemşirelik tanılarını belirleme düzeylerinin değerlendirilmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(3), 12-20.
- Uzun, M. (2010). Kanserli çocuk ve bakım vericileri için hazırlanan hemşirelik bakım modelinin etkinliği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, s.6-13.
- Zaybak, A., İsmailoğlu, E.G., Özdemir, H. (2016). Hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 269-277.



ISBN: 978-625-367-430-4