

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN (1,2,3,4) HEMŞİRELİK
SÜRECİNİ BİLME DURUMLARI**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nurşen ÜÇKARDEŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Türkinaz AŞTI

ŞUBAT 2021

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN (1,2,3,4) HEMŞİRELİK
SÜRECİNİ BİLME DURUMLARI**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Nurşen ÜÇKARDEŞ
(185324005)**

Hemşirelik Anabilim Dalı

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Türkinaz AŞTI

ŞUBAT 2021

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 185324005 numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi Nurşen ÜÇKARDEŞ, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “ BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN (1,2,3,4) HEMŞİRELİK SÜRECİNİ BİLME DURUMLARI”başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : **Prof. Dr. Türkinaz AŞTI**
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Jüri Üyeleri : **Prof. Dr. Şule ALPAR**
Marmara Üniversitesi

Jüri Üyeleri : **Dr. Öğretim Üyesi Hale TOSUN**
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Teslim Tarihi : **1 Nisan 2021**
Savunma Tarihi : **4 Şubat 2021**



Biricik aileme,

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bana her daim rehberlik eden saygıdeğer danışman hocam; Prof. Dr. Türkinaz Aştı'ya, Araştırmaya katılmayı kabul eden Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin Hemşirelik Bölümü Öğrencilerine, Her daim katkıda bulunan biricik aileme tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Şubat 2021

Nurşen Üçkardeş
(Hemşire)

BEYAN

Prof. Dr. Türkinaz Aştı danışmanlığında yürüttüğüm yüksek lisans tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezimdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallarına uygun olarak davrandığımı beyan ederim.

Nurşen Üçkardeş

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY	xi
1.GİRİŞ	1
1.1 Tezin Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Meslek Disiplini Olarak Hemşirelik	4
2.2 Hemşirelik Kavramı	6
2.3 Çağdaş Hemşirelik Eğitimi	7
2.4 Hemşirelik Rol ve Sorumlulukları	12
2.4.1 Bakım verici rolü.....	14
2.4.2 Eğitici rolü.....	15
2.4.3 Araştırmacı rolü	16
2.4.4 Yönetici rolü.....	17
2.4.5 Karar verici rolü	17
2.4.6 Hasta savunucu rolü	18
2.4.7 İletişim ve eşgüdüm sağlayıcı rolü.....	20
2.4.8 Rehabilite edici rolü	21
2.4.9 Rahatlatıcı/ Konfor sağlayıcı rolü	22
2.4.10 Tedavi edici rolü	23
2.4.11 Kariyer geliştirici rolü	23
2.4.12 Özerk ve sorumluluk sahibi olma rolü	24
2.4.13 Danışmalık rolü	25
2.5 Kanıt Temelli Hemşirelik.....	26
2.5.1 Kanıt ve kanıta dayalı uygulama.....	26
2.5.2 Kanıta dayalı uygulama ve hemşirelik.....	27
2.5.3 Kanıta dayalı hemşirelik için gerekli yetkinlikler	29
2.5.4 Hemşirelik mesleğinde kanıta dayalı uygulamanın önemi	30
2.6 Hemşirelik Süreci Kavramı ve Tarihçesi	30
2.7 Hemşirelik Süreci Özellikleri ve Yararları	33

2.8 Hemşirelik Sürecinin Aşamaları	36
2.8.1 Veri toplama.....	36
2.8.1.1 Veri tipleri	36
2.8.1.2 Veri kaynakları.....	37
2.8.1.3 Veri toplama yöntemleri	37
2.8.1.4 Verilerin organizasyonu	38
2.8.1.5 Verilerin doğrulanması ve belgelenmesi.....	38
2.8.2 Hemşirelik tanısı belirleme	39
2.8.2.1 Hemşirelik tanı türleri	51
2.8.2.2 Hemşirelik tanısının yapısı.....	53
2.8.3 Hemşirelik bakım sonuçlarının sınıflaması (NOC).....	55
2.8.4 Planlama	56
2.8.4.1 Önceliklerin belirlenmesi	57
2.8.4.2 Hemşirelik girişimlerinin sınıflandırılması	58
2.8.4.3 Hemşirelik girişimlerinin seçilmesi	59
2.8.4.4 Hemşirelik bakım planının yazılması.....	59
2.8.5 Uygulama	60
2.8.6 Değerlendirme.....	60
3. GEREÇ VE YÖNTEM	63
3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli	63
3.2 Araştırma Soruları.....	63
3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	63
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	63
3.4.1 Araştırmanın evreni.....	63
3.4.2 Araştırmanın örneklemi	64
3.5 Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	64
3.6 Araştırmanın Değişkenleri	64
3.7 Veri Toplama Araçları	64
3.8 Soru Formunun Puanlama Sistemi.....	65
3.9 Araştırmanın Uygulanması	65
3.10 İstatistiksel Analiz.....	65
3.11 Araştırmanın Sınırlılıkları	65
4. BULGULAR	66
5. TARTIŞMA	73
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR	78
EKLER.....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	93

KISALTMALAR

ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICN	: Uluslararası Hemşireler Konseyi
KDU	: Kanıta Dayalı Uygulama
NANDA	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği
NIC	: Hemşirelik Girişimlerinin Sınıflaması
NOC	: Hemşirelik Bakım Sonuçlarının Sınıflaması
TDK	: Türk Dil Kurumu
THD	: Türk Hemşireler Derneği

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1: Hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	66
Tablo 4.2: Bilgi soruları ve puan dağılımları.	69
Tablo 4.3: Değişkenler ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki	70



**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN (1,2,3,4) HEMŞİRELİK
SÜRECİNİ BİLME DURUMLARI**

ÖZET

Bu araştırma, Bezmialem Vakıf Üniversitesi hemşirelik bölümü öğrencilerinin hemşirelik sürecini bilme durumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde eğitim öğretim gören 154 hemşirelik bölümü öğrencisi ile 16.06.2020- 22.06.2020 tarihleri arasında covid-19 salgını nedeniyle online olarak gerçekleştirildi. Veriler; "hemşirelik süreci bilgi ve uygulama düzeyi belirleme formu" kullanılarak toplandı. Analizler SPSS 21 (IBM Corp., Armonk, NY) istatistik programı ile yapılmış olup önemlilik yüzdesi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verilerinin normalite dağılımı Kolmogorov Simirnov testi ile gerçekleştirildi. Değişkenlerin tümünde $p < 0,05$ bulunduğu için analizler nonparametrik testler kullanılarak gerçekleştirildi. Tanımlayıcı testler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, karşılaştırmalı analizler için Anova, Kruskal Vallis, Mann Whitney U ve Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalaması $20,44 \pm 2,20$ olup, %93,5 'i kadın hemşirelik öğrencisidir. Toplam bilgi puan ortalamaları kadın hemşirelik öğrencilerinin $11,50 \pm 2,04$ ve erkek hemşirelik öğrencilerinin $10,10 \pm 3,69$ olarak tespit edildi. Mezun oldukları okul göz önüne alındığında fen lisesi mezunu olanların toplam bilgi puan ortalaması en yüksek olup $12,00 \pm 1,00$ 'dir. Anne-baba eğitim durumu incelendiğinde anne-baba eğitimi lisans olan hemşirelik öğrencilerinin toplam bilgi puan ortalamaları $11,50 \pm 1,24$ olarak daha yüksek bulundu. Öğrencilerin hemşirelik süreci ile ilgili soruları %41,6 ile %98,7 arasında doğru cevaplandığı saptandı. Toplam bilgi puan ortalaması ise 1. Sınıfların $10,67 \pm 1,66$, 2. Sınıfların $11,03 \pm 2,15$, 3. Sınıfların $11,42 \pm 2,46$, 4. Sınıfların $12,64 \pm 2,12$ olarak tespit edildi. Araştırma sonucunda, hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşı büyüdükçe hemşirelik sürecini bilme durumlarının daha yüksek ($p < 0,05$) olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, hemşirelik süreci, hemşirelik öğrencileri

**THE STATUS OF THE KNOWLEDGE OF THE NURSING
PROCESS BEZMIALEM VAKIF UNIVERSITY FACULTY
HEALTH SCIENCES DEPARTMENT OF NURSING STUDENTS
(1,2,3,4)**

SUMMARY

This research was conducted to determine the status of the knowledge of Bezmialem Vakif University of the nursing students in terms of nursing process. This research conducted online with 154 nursing department students studying in Bezmialem Vakif University between 16.06.2020- 22.06.2020 due to covid-19 outbreak. The data were collected using the 'Nursing process knowledge and application form'. In the evaluation of the data, analyzes were made with SPSS 21 (IBM Corp., Armonk, NY) statistical program and the significance percentage was determined as $p < 0.05$. The normality distribution of the data of the research was conducted with the Kolmogorov Simirnov test. All variables $p < 0.05$ therefore, analyzes were performed using nonparametric tests. Number, percentage, mean, standard deviation for descriptive tests, Anova, Kruskal Vallis, Mann Whitney U and Pearson correlation coefficients were used for comparative analysis. The average age of the nursing students is 20.44 ± 2.20 , %93,5 of them are female nursing students. Total knowledge score averages were determined as 11.50 ± 2.04 for female nursing students and 10.10 ± 3.69 for male nursing students. Considering the high school, they graduated from, the total knowledge score average of those who graduated from science high school is the highest and is 12.00 ± 1.00 . When the education status of parents was examined, the total knowledge score averages of nursing students whose parent education is undergraduate was found to be higher 11.50 ± 1.24 . It was found that nursing students answered the questions about nursing process correctly between %41,6 and %98,7. It was found total knowledge score average of 1st graders 10.67 ± 1.66 , total knowledge score average of 2nd graders $11,03 \pm 2,15$, total knowledge score average of 3rd graders $11,42 \pm 2,46$, total knowledge score average of 4th graders $12,64 \pm 2,12$. As a result of the resarch, it was found that the older the nursing students' age, the higher their knowledge of the nursing process ($p < 0.05$).

Keywords: Nursing, nursing process, nursing students.

1. GİRİŞ

Geçmişten bugüne hemşirelik mesleği için birçok tanımlama yapılmıştır. Türk Hemşireler Derneği (THD) hemşirelik mesleğini; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanarak, uygulanması, değerlendirilmesi ve bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlamıştır [1]. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)' e göre hemşirelik; her yaştan, aileden, gruptan ve topluluktan sağlıklı / hasta bireyin özerk ve iş birliğine dayalı bakımını kapsamaktadır. Hemşireliği, sağlığın teşviki, hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesini sağlayan bir meslek grubu olarak tanımlamaktadır [2].

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ise hemşireliği; yardım sunan, insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunan bir meslek olarak tanımlamaktadır. Hemşire toplumsal ve bireysel sağlık düzeyinin yükseltilmesinde, hastalıkların önlenmesinde, hastanın bakım ve rehabilitasyon süreçlerinde hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme yetkisinde olan sağlık ekibi üyesidir. Hemşireliğin temel sorumluluğu; mevcut ve olası sorunlara karşı bireyin, ailenin ve toplumun gereksinimlerinin bütüncül ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlanması ve karşılanmasıdır [3]. Diğer bir ifadeyle hemşirelik; kalbinde insan onuruna, biricikliğine saygı barındıran, insanların mevcut veya olası ihtiyaçları için büyük bir sezgi kabiliyeti olan, mesleki bilgi birikimine sahip, elleriyle bu mesleğe sanatsal boyut kazandıran meslek üyelerine sahip profesyonel bir sağlık disiplini olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla hemşirelik mesleğinin rol ve işlevleri çok çeşitli olup her yönden dikkate alınması gereken önemli bir konudur [4].

Hemşirelik, uğraş alanı insan olan kaynağını insan gereksinimlerinden alan, başlangıcı insanın varoluşuna kadar dayanan ve bireye özgü bakıma temellenen bir meslektir [5]. Dolayısıyla hemşireliğin temel kavramlarından olan, insanın bir bütün olarak ele alınıp tüm yönlerinin tanımlanması gerekmektedir. İnsan, çevre, sağlık ve hastalık kavramları hemşireliğin temel kavramlarıdır. İnsan, biyolojik, psikolojik, sosyal ve

kültürel bir varlıktır. Profesyonel hemşirelik uygulamasındaki temel kavramlardan ikincisi çevredir. Biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlık olarak tanımlanan insan, biyolojik, fiziksel ve sosyal bir çevre içinde, bu ortamlardaki çeşitli etmenlerin karşılıklı etkileşimi sonucu gelişerek varlığını sürdürmektedir. Sağlık ve hastalık kavramları ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından; “sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir” biçiminde tanımlanmaktadır. Hemşirelik, temel kavramlar ışığında bakım vermektedir. Bakım kavramı birçok mesleki alanda kullanılmakla beraber; hemşirelik alanındaki bakım kavramını ayrıcalıklı kılan özellik, bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceriler ile birleştirilerek hemşire-hasta ilişkisine yansıtılmasıdır [6, 7]. İnsanın doğduğu andan itibaren varlığını sürdürebilmesi için bakıma muhtaç olması hemşireliğin var olma ve vazgeçilmez olma sebebidir. Bakım kavramı çok boyutlu bir kavramdır ve farklı teorisyen hemşireler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Hemşireliğe önemli katkı sağlayan hemşire teorisyenler bakım kavramına ilişkin anlayışlarını, hemşirelik bakımı çerçevesinde ifade etmişlerdir. Örneğin; Virginia Henderson (1955)’a göre hemşirelik bakımı, hastanın fiziksel, psikolojik, kültürel, entelektüel ve sosyal yönünü göz önünde bulundurarak temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmektir. Lydia E. Hall (1960) hemşirelik bakımını, bireyin rahatlığını sağlamak, bilgi eksikliğini tanılayıp bireyi bilgilendirmek, bireyin öğrenme gereksinimlerini karşılamak ve bireyin günlük gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek olarak tanımlamıştır. Dorothea Orem (1971) ise hemşirelik bakımını, sağlıklı/hasta birey biyo-psiko-sosyal gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığında, yerine getirilmesi gereken bir işlev olarak görmüştür. Madeleine Leininger (1978), hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan bakımın, değer-inanç sistemini içinde barındıran bir meslek olan hemşireliğin merkezinde yer aldığını ifade etmiştir. Hemşirelik için temel dayanak ve özgünlük arz eden ve birçok boyutu olan hemşirelik bakımı; hemşirelerin mesleki ve bireysel özellikleri, sosyal, siyasal, ekonomik, kurumsal pek çok faktörden etkilenmektedir. Hemşirelerin mesleki ve bireysel özellikleri, sunulan bakımın niteliğini doğrudan etkilemektedir. Bakımı profesyonel kılan unsurlar; mesleki bilgi, beceri ve tutumları kazanmış meslek üyelerinin lisans eğitimi almış olması, meslek üyelerinin uygulamalarında özerk olabilmesi, mesleğe bağlılık, bireysel sorumluluk alma, mesleki kararlarda hemşirelere rehberlik eden etik kodlarının olması ve mesleki bir örgütün varlığıdır [8].

Bireyselleştirilmiş bakım; sağlıklı / hasta bireyin ve ailesinin gereksinimlerini, değerlerini, kültürünü ve inançlarını göz önünde bulundurarak, birey ile iş birliği halinde ve saygılı bir şekilde sunulması olarak tanımlanmaktadır [9].

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sunulmasına katkı sağlayan en önemli araç, hemşirelik sürecinin kullanılmasıdır. Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının sunulmasında bireyin sağlığını ya da yaşamını tehdit eden sorun veya sorunlara bilimsel yaklaşımlara dayalı çözüm bulan, sorunların çözümünde kullanılan, kritik düşünmeyi sağlayan ve bakım vermenin temelini oluşturan bir yöntemdir [10]. Hemşirelik süreci; olası veya mevcut sorunun tespiti, uygun hemşirelik tanısının koyulması, planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarından oluşan bilimsel bir problem çözme modelidir. Bu süreç boyunca hemşirenin mesleki bilgi ve deneyimi, eleştirel düşünme becerisi oldukça önemlidir [11].

Hemşirelik uygulamalarına bilimsel bir kimlik kazandıran hemşirelik sürecinin; hemşirelik bakımını koordine etme, hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde kullanılabilecek amaçları listeleme, bakım amaçlarına ulaşmak için gerekli özel hemşirelik uygulamalarını belirleme, bakımın kalitesini artırma, hemşirenin bilgisini artırma ve uygulamaları geliştirme ve iş gücü ve zaman kaybını önleme gibi pek çok yararı bulunmaktadır [10].

Sonuç olarak; hemşirelik süreci, hasta-hemşire arasındaki iletişimi geliştirerek sunulan hemşirelik bakımının kalitesini arttırmakta, mesleki profesyonelleşmeye önemli katkı sağlamaktadır. Hemşirelik eğitimi ve araştırmaları için yazılı, yasal kaynakları ve kanıtları oluşturarak hemşirelik hizmetlerini görünür kılmaktadır. Bireye özgü en iyi bakımın istenen düzeyde ve kapsamda sunulabilmesi mesleki bilgi, beceri ve deneyime sahip hemşirelerin yetişebilmesi için eğitim sürecinde, hemşirelik sürecinin önemi vurgulanmalıdır. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin, hemşirelik sürecine ilişkin var olan bilgi düzeylerinin saptanması oldukça önem taşımaktadır.

1.1 Tezin Amacı

Bu araştırma; lisans eğitimi alan hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecini bilme durumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Meslek Disiplini Olarak Hemşirelik

Meslek kavramı, üzerinde çeşitli tartışmaların yapıldığı, teorilerin geliştirildiği, bireysel ve toplumsal boyutlarda etkilerinin incelendiği bir konu olmuştur. “İş” ve “meslek” kavramının tanımları uzun yıllar boyunca ortaya konulmaya çalışılmıştır. Türk Dil Kurumu’na göre iş, “bir sonuç elde etmek, herhangi bir şey ortaya koymak için güç harcayarak yapılan etkinlik, çalışma” olarak tanımlanmaktadır. Meslek ise, “belli bir eğitim ile kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı olmak, üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş” olarak tanımlanmaktadır. Povalko 1971 yılında bir işin meslek sayılabilmesi için uyması gereken 8 ölçütü; bilgi yükü, toplumun temel sosyal değerleriyle bağlantı, eğitim süresi, topluma hizmet sunma, bağımsızlık, sosyallik, meslek ahlakı, mesleğe bağlılık olarak belirlemiştir [12].

Meslek ölçütlerine ilişkin son çalışma Kelly tarafından 1981 yılında geliştirilerek yayınlanmıştır. Kelly’nin geliştirdiği ölçütler şunlardır:

1. Toplumun sağlığı ve insanlık için hayati olan hizmetleri sunmalı,
2. Araştırmalarla sürekli yenilenen ve geliştirilen bir bilgi birikimi olmalı,
3. Hizmet entelektüel aktiviteleri içermeli ve bireysel sorumluluk alma hizmetin güçlü bir özelliği olmalı,
4. Meslek üyeleri yüksek öğrenim (lisans) veren kurumlarda eğitilmeli,
5. Meslek üyeleri kendi politika ve davranışlarının kontrolünü elinde tutmalı ve bağımsız olmalı,
6. Meslek üyelerinin verdikleri hizmet onları güdülemeli,
7. Meslek üyelerini yönlendiren ve mesleki kararlarına rehberlik eden etik kodlar olmalı,

8. Uygulama standartlarını belirleyip, mesleğin gelişimini destekleyen bir mesleki örgütü olmalıdır.

Bu ölçütlerden yola çıkılarak hemşireliğin, Florence Nightingale'den bu yana bir meslek olarak şekil almaya çalıştığı görülmektedir. Hemşireliğin bu meslekleşme çabalarının değerlendirilebilmesi için, mesleğin sahip olması gereken ölçütlere ulaşabilmesi gerekmektedir [13].

Tarihte hemşireliğin felsefi temelleri, toplumsal alanda yoksullara, hassas ve dezavantajlı gruplara evlerinde bakım verilerek atılmış olup hemşirelik mesleği toplumsal gereksinimlerden, toplum tarafından ortaya çıkarılmıştır. Hemşirelik mesleği toplumun bu beklentileri ışığında yaşamın başından ölüme kadar bireylerin, ailelerin ve grupların sağlıklarının geliştirilmesi, korunması ve hastalıkların önlenmesini sağlayacak uygulamalarda bulunmakta ve toplumun gereksinim duyduğu hizmetleri sunmaktadır. Öznesi “insan” olan hemşirelik mesleğinde; doğuştan gelen vicdan, var olan bilinç, kazanılmış ahlak, öğretilmiş etik, meslek üyelerinin uygulamalarını şekillendirmektedir [13, 14].

Hemşirelik mesleğinin felsefesinin anlaşılabilmesi için “yardım etme” ve “bakım verme” kavramlarının anlaşılması gerekmektedir. Bu kavramlar hemşireliğin iki temel boyutudur. Yardım etmenin profesyonel anlam ve değeri; bireyi tanıma, anlayabilme, yardımın içeriğini belirleme, doğruyu ve iyiyi seçebilme, estetik ve yaratıcı olabilme, sonucu değerlendirebilmektir. Diğer boyut olan bakım verme; hemşire ve sağlıklı / hasta birey arasındaki fiziksel, sosyal, psikolojik alışveriş eyleminde, hemşirenin etkin olduğu bireye özgü koruma, sürdürme, rahatlatma, bilgilendirme ve değerlendirme faaliyetleri ile gerçekleşmektedir [14].

Kaynağını insan gereksinimlerinden alan, başlangıcı insanın var oluşuna dayanan hemşirelik mesleğini Türk Hemşireler Derneği; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanarak, uygulanması, değerlendirilmesi ve bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlamaktadır [1].

2.2 Hemşirelik Kavramı

Geçmişten günümüze hemşirelik tarihi, bilimsel-teknolojik değişim ve gelişmelerden etkilenmektedir. Hemşireliğin bugünkü durumunu değerlendirebilmek, özelliklerini yorumlamak ve gelişim aşamalarını kavramak için hemşireliğin tarihsel sürecinin mutlaka bilinmesi gerekmektedir. "Lambalı kadın" ünvanı ile modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale, hemşireliği tanımlayan ilk kişiydi. Nightingale'in döneminde hemşirelikte resmi eğitim daha yeni başlamış olmasına rağmen hemşireliği çağdaş kavramlar ile tanımlamıştır [15].

Hemşireliğe ilişkin notlarında: "Hemşirelik kelimesini daha iyisini istediği için kullandığını, hemşireliğin ilaç uygulanmasından biraz daha fazlasını ifade etmekle sınırlı kaldığını dile getirmiştir. Temiz hava, ışık, sıcaklık, temizlik, doğru seçimin ve uygulamanın uygun şekilde kullanılmasının, hasta için hayati önem taşıdığının da bilinmesi gerektiğini" ifade etmiştir. Nightingale, hastalık süreçleri hakkında çok az şeyin bilindiği ve mevcut tedavilerin son derece sınırlı olduğu bir zamanda yaşamış olmasına rağmen; çağdaş hemşireliğin, terapötik ortam (çevre), sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik önemini vurgulamıştır [15].

Nightingale'in hemşirelik üzerine notlar yazmasından sonra, tanım arayışı artmıştır. Hızla genişleyen hemşirelik disiplini için birçok araştırmacı, teorisyen tarafından profesyonel bir kimlik geliştirilmeye çalışılmıştır. Hemşirelik alanında hemşire ve hasta arasındaki ilişkinin önemi ve boyutlarına ilişkin ilk tanımlama Hildegard Peplau tarafından 1952 yılında yapılmıştır. Peplau terapötik ilişkiyi hemşireliğin merkezi olarak görmüştür. Terapötik ilişkinin sağlanması için gerekli aşamalardan söz etmiştir. Bu aşamalar:

Oryantasyon fazı: Hemşire ve hasta / sağlıklı birey arasındaki uyumu sağlamak, parametreleri düzenlemek, hemşirelik rollerini anlamak ve güven ilişkisi kurmak

Tanımlama fazı: Bireylerin problemlerini tanımlamak, bakımda bireye düşen rolleri fark etmelerini sağlamak

Sömürü fazı: Hasta güvenliğinin sağlanması, hemşirelik hizmetinden tam olarak yararlanma, problemin çözümü, geleceğe yönelik hedef belirleme

Çözüm fazı: Hastanın ihtiyaçlarının karşılanması, hasta-hemşire ilişkinin karşılıklı olarak sona ermesi, hastanın kendine olan güveninin artmasının sağlanması [16, 17].

Virginia Henderson ise bireylerin ihtiyaçlarını baz alarak 14 hemşirelik bileşeni belirlemiş olup hemşirelik rollerine yönelmiştir. Hemşirenin zgn rolünü; bireyin sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde, iyileşme sürecinde ya da huzurlu ölümün sağlanması gereklı güce, iradeye ve bilgiye sahip olmasını sağlamak; bağımsızlığının yeniden kazandırılmasında yardımcı olmak olarak tanımlamıştır. Henderson'da hemşireliğin dört meta paradigması incelendiğinde (birey, sağlık, evre, hemşirelik) bireyin ön plana çıktığı görülmektedir [16, 18].

Orem'e göre hemşirelik ele alındığında Orem'in öz bakım teorisi dikkat çekmektedir. Hemşireliğin amacını; bireyin kendi bireysel bakımını yapabilecek duruma gelebilmesi için yardımcı olmak, bireyin öz bakımını üstlenmesini sağlamak olarak tanımlamaktadır [16, 19].

Martha Rogers' a göre hemşirelik; bireylere bütüncül yaklaşımı savunan, insanın gelişim ve doğasını inceleyen hümanist bir bilimdir [20].

Leininger'e göre ise hemşirelik; bireylere, kültürel değerlere ve yaşam tarzına sayėılı, günün koşullarına uygun bireye yakışır bir bakım sunmaktır [21].

Hemşireliğin birçok kuruluş tarafından da tanımları yapılmıştır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi'ne göre hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur. Uluslararası Hemşireler Birliği'nin tanımladığı ve Sağlık Bakanlığı'nın benimsediği hemşirelik tanımlarında da hemşirelik, gereksinimi olan sağlıklı veya hasta bireye bakım verme ve tedaviyi uygulama işlevleri üzerinde yoğunlaşmaktadır [22, 23].

Ülkemizde ise THD 1981 yılında yaptığı hemşirelik tanımında hemşireliği; “Bireyin, ailenin ve toplumun esenliğini ve sağlığını koruma, geliştirme ve rahatsızlık halinde iyi etme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi, planlanması ve değerlendirilmesinden; bu hizmetleri yapabilecek bireylerin eğitiminden sorumlu sanattan ve bilimden oluşan bir sağlık disiplindir” şeklinde tanımlamıştır [1].

2.3 Çağdaş Hemşirelik Eğitimi

İnsan, varoluşundan bu yana doğumla birlikte öğrenmeye başlayan ve ölünceye kadar da çeşitli eğitim-ğretim süreçlerinin içinde bulunan bir varlıktır. Çağımızın bilgi ağı olması ve öğrenmede kazanılması gereken bilgi, beceri, tutum ve davranışların gün geçtikçe artması, bireyin etkin öğrenmeyi bilmesini zorunlu kılmaktadır. Başarı ancak

etkin öğrenme ile elde edilmektedir. Etkin öğrenme ise bireyin sahip olduğu öğrenme biçimi / biçimleri doğrultusunda hazırlanmış eğitim programlarının uygulanmasıyla sağlanmaktadır [24].

Hemşirelik hızla değişen sağlık sistemi ile karşı karşıyadır. Değişen hasta yapısı, teknolojik ilerlemeler hemşirelik eğitiminde de gelişmenin gerekliliğini vurgulamaktadır. Sağlık hizmetinin en etkili şekilde sunulmasını sağlayan çağdaş eğitim anlayışı ile yetiştirilen hemşire öğrenciler olmaktadır. Çağdaş eğitim çağdaş sağlık hizmetini de beraberinde getirmektedir. Çağdaş sağlık hizmetleri; güvenlik, etkililik, hasta odaklılık, verimlilik ve eşitlik ihtiyaçlarını karşılamak için eğitim sisteminin sürekli iyileştirilmesini öngörmektedir. Hemşirelik eğitimi; temel yeterliliklere sahip aynı zamanda etik standartlara, kültürel yeterliliğe, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine odaklanan hemşireler yetiştirmeyi amaç edinmektedir [25].

Geçmişten günümüze hemşirelik eğitimi önemli bir yol kat etmiştir. Ülkemizdeki hemşirelik eğitiminin tarihsel süreci kısaca ele alındığında: İlk olarak askeri hekim olan Besim Ömer Paşa, Japonya’da kadın hastabakıcı yetiştirilmesinde uygulanan yöntemi İstanbul’da uygulamaya karar vermiş ve şehrin tanınmış ailelerinin kızlarını, “Gönüllü Hastabakıcılık Kursu’na çağırmıştır. 1925 yılında Kızılay Derneğine bağlı Kızılay Hastabakıcı Okulu kurulmuştur. 1939 yılında Millî Savunma Bakanlığı’na bağlı ilk askeri hemşirelik okulu açılmıştır. 1960 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Meslek Liselerini açmaya başlamıştır. Ülkemizde yükseköğretimde hemşirelik eğitiminin başlaması Florence Nightingale Hemşirelik Okulları gibi bazı uluslararası kuruluşların etkisi ile olmuştur. Yükseköğretimde hemşirelik eğitimi ilk olarak 1955 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ile başlamış, bunu 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu takip etmiştir. 1968 yılında yüksek lisans 1972 yılında doktora programları başlatılmış, hemşirelik alanında yapılan bilimsel çalışmalar bu yolla yaygınlık kazanmıştır [26]. Çağdaş hemşirelik eğitiminin temel amacı; sağlığın geliştirilmesini, korunmasını, hastalık halinde ise bireyin bakım ve tedavisinde uygulayıcı, eğitici, yönetici ve araştırmacı rolde aktif sorumluluklara sahip, eleştirel düşünen hemşirelerin yetiştirilmesini sağlamaktır [27]. Tüm bu rolleri yerine getirebilmek ve amaçlara ulaşmak için hemşirelerin değişen şartlara ve durumlara göre eğitim almaları ve kendi eğitimlerini bu yönde geliştirmeleri gerekmektedir [28].

Çağdaş hemşirelik eğitimi dinamik bir süreç olup, sürekli sorgulayıp yanıt aramaktadır. Bu doğrultuda hemşirelik eğitimi:

- ✚ Hizmet verilen insanın doğası nedir?
- ✚ Hemşireliğin doğası nedir?
- ✚ Sağlık nedir?
- ✚ Hastalık nedir?
- ✚ Hasta eğitiminin amaçları nelerdir?
- ✚ Hemşirelik eğitimde hedefler nelerdir?
- ✚ Hemşirelik eğitimi hangi değerleri kazandırmalı?
- ✚ Hemşirelik eğitiminde hangi değerler, nasıl öğretilmeli?

Sorularına yanıt aramaktadır. Bu doğrultuda çağdaş hemşirelik eğitimine etkileri tanımlanan eğilimler sayılmaktadır.

İlk olarak; hemşirelik eğitimi ve uygulamaları, sağlık hizmetlerini etkileyen demografik değişimleri ele almalıdır. Örneğin, akut ve kronik sağlık sorunları olan insanların olası yaşam süresinin uzaması, sağlık sisteminin uzun süreli olarak etkili ve verimli bakım sağlamasına engel oluşturmaktadır.

İkinci olarak; 21. yüzyılın hemşirelerinin bilgisayar ve bilgi teknolojisi konusunda becerileri gelişmiş olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda bilgi teknolojisinin etkisi büyüktür. Uzaktan eğitim, değişik alanlardan öğrenci ve öğretim üyelerini bir araya getirmekte ve sürekli mesleki eğitime erişim potansiyelini genişletmektedir. Beceri kazanmanın güvenli bir ortamda yürütülmesine olanak veren simülasyon laboratuvarları, verilere hızlı erişim sağlayarak hemşirelik eğitime katkı sağlamaktadır.

Üçüncü olarak; bilgi teknolojisi ve iletişimdeki gelişmeler gibi küreselleşmeyi etkileyen pek çok etmen bulunmaktadır. Hemşireler, küreselleşme, hemşirelik eğitimi ve araştırmaları sonucu ortaya çıkan sağlık hizmeti sorunlarına hitap etmelidir.

Dördüncü olarak; günümüzün hastaları medya ve internet sayesinde gittikçe daha da bilgili hale gelmektedir. Hastanın artan gücü daha seçkin bir sağlık eğitimi için daha büyük bir talep ve klinik kararlara daha büyük seviyede katılım sağlamaktadır. Alternatif tedaviler ve genetik biliminin ilerlemesi yeni ilaçların geliştirilmesine

hastalıkların tedavisi ve önlenmesinde hızlı ilerlemelere yol açabilmektedir. Hemşirelik eğitimi ve uygulamaları tüm bu yeniliklere açık olmalıdır.

Beşinci olarak; artan maliyetler ve yaşlanan nüfus, olası yaşam süresinin uzaması sunulan hizmetin karmaşıklığını arttırarak daha fazla sayıda, daha şiddetli ve daha uzun süreli kronik durumlara yol açmıştır. Bu gruplara hizmet sağlama; klinik epidemiyoloji, biyoistatistik, davranış bilimi, yönetimi bilgileri ve becerilerini gerektirmektedir.

Altıncı olarak; giderek daha fazla hemşirenin sağlık ekonomisiyle ilgili çalışma yapmasından da anlaşılacağı üzere, artan sağlık hizmeti harcamaları, hemşirelik eğitimini ilgilendiren bir konu haline gelmiştir. Maliyet; hizmetin nasıl düzenlendiğini, hastaların tedavi planlarını, algılarını ve tedaviye katılımlarını etkilemektedir.

Yedinci olarak; tarih boyunca hemşirelerin politika ve düzenlemeler üzerindeki etkisi; hemşirelik uygulamasının boyutu ve sağlık sistemindeki önemine oranla oldukça düşük olmuştur. Hemşirelik okulları ve profesyonel hemşirelik kuruluşları sağlık politikası ve düzenlemelerinin geliştirilmesine katkıda bulunmalıdır.

Sekizinci olarak; geleceğin sağlık hizmet sistemi, hemşireler, uzman hemşireler, hekimler, sosyal hizmet uzmanlarına bağlı olacaktır. Hemşireler disiplinler arası ve işbirlikçi uygulamalarda sürekli kalite iyileştirmesini sağlamak için liderlik ve yetkinlik göstermelidir. Hemşireleri mesleki rollerine hazırlamak için disiplinler arası eğitim ve işbirlikçi uygulama fırsatlarını içeren öğretim yöntemleri gerekmektedir.

Dokuzuncu olarak; hemşirelik alanında yapılan araştırmalar sağlık sonuçlarını geliştirmek için bilimsel bir temel sunmaktadır. Araştırmacıların bilgilerini ve becerilerini doğru kullanmaları konusunda daha fazla desteğe ihtiyaç duyulmaktadır [25]. Çağdaş hemşirelik eğitime etkileri tanımlanan bu eğilimler sayesinde temel bilgilere, becerilere ve yetkinliğe sahip hasta odaklı bakım sağlayan, sunulan hemşirelik bakım kalitesini geliştirmeye odaklanan, hemşirelik bakımında kanıta dayalı uygulamaları kullanan, meslekler arası iş birliğinin öneminin farkında olan, hemşireler yetiştirilmektedir [25]. Hemşirelikte çağdaş eğitimin, öğrencilere evrensel değerleri kazandırmayı hedefleyen bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerilere ulaştıracak yapıda olması önem taşımaktadır [29].

Hemşirelik eğitimi birbirini tamamlayan teorik ve uygulama bölümlerinden oluşmaktadır. Klinik uygulamalar hemşirelik eğitiminin önemli bir bölümünü

oluşturmaktadır. Klinik eğitim teorik bilgi ile uygulamanın bütünleşmesini, öğrencilerin gerçek ortamda yaşayarak öğrenmesini sağlamaktadır. Ayrıca farklı disiplinlerin bir arada uyum içerisinde çalışmasının gözlemlenmesine yardımcı olmaktadır. Öğrenci, klinik yaşantısı aracılığı ile etkin bilişsel ve hizmet sunumunda gerekli olan profesyonel yeterlilik, iletişim, karar verme ve ekip üyesi olarak çalışabilme becerilerini geliştirebilmektedir [30].

Hemşirelerin, hemşirelik rollerini profesyonelce yerine getirebilmeleri için sahip olmaları, dolayısıyla çağdaş hemşirelik eğitimleri sırasında kazanmaları, gereken özellikler şunlardır:

- ✚ Doğru bilgiye ve kanıta dayalı uygulamalar yapma,
- ✚ Araştırma ve uygulama için sorumluluk alma ve güvenilir olma,
- ✚ Hasta ve diğer sağlık ekip üyeleri ile iş birliği yapabilme,
- ✚ Disiplin içi ve disiplinler arası çalışmalarda liderlik etme,
- ✚ Etkili iletişim, birlikte çalışma, anlaşma ve uyum sağlama,
- ✚ Farklı gruplarla çalışma yapabilme, eğitim programları organize edebilme,
- ✚ Sağlık verilerini kullanabilme ve değerlendirebilme,
- ✚ Hasta ve hasta yakınlarına eğitim planlama,
- ✚ Sağlık hizmeti sunumu içinde hastanın savunuculuğunu yapma,
- ✚ Hasta bakımı hizmetlerine katılma ve denetimde bulunma,
- ✚ Fiziksel, mali kaynakları ve insan kaynaklarını koruma, adil dağılımını sağlama,
- ✚ Hemşirelik hizmet sonuçlarını değerlendirme, kaydetme,
- ✚ Araştırmalara katılma ve araştırma sonuçlarını bilgece kullanabilme,
- ✚ Hemşireliğin bilgi birikimine katkı sağlama ve yaşam boyu öğrenme,
- ✚ Politik ve yasal süreçlere katılma,
- ✚ Sağlık bakım sisteminin biçimlenmesinde/belirlenmesinde rol almadır [31].

Sonuç olarak; çağdaş hemşirelik eğitimi, hemşireleri çok yönlü rollere hazırlamak için çok yönlü bir eğitim olarak yapılandırılmaktadır. Profesyonel hemşirelik eğitimi, temel bilgi, yetenek ve yeterlilikler, tanılama, iletişim kurabilme, eleştirel düşünme gibi unsurları içermektedir. Hemşirelik hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesinde eğitimin önemi büyüktür [31, 32]. Günümüzde hemşire öğrencilerin gelişmelere ve yeniliklere kolaylıkla uyum sağlayabilmesi, bilgiyi bilgece seçebilmesi, yaratıcı ve eleştirel düşünceler üretebilmesi, mesleğin etik ilkelerini benimseyip davranışlarının bir parçası haline getirmesi, çağdaş profesyonel nitelikleri kazanmış olmaları ile mümkündür. Bu yaklaşımla ele alındığında çağdaş hemşirelik eğitiminin amacı, öğrencilerde bireysel, psikolojik, sosyokültürel gelişimi sağlayarak gelecekteki mesleki yaşamına hazır hisseden, hemşirelik rol ve işlevlerini etkin biçimde yerine getiren meslek üyeleri yetiştirmektir [33, 34].

2.4 Hemşirelik Rol ve Sorumlulukları

Türk Dil Kurumu'nun tanımında “rol” sözcüğü sınırlı anlamda ‘bir işte bir kimse veya şeyin üstüne düşen görev’ geniş anlamda ise ‘bireyin üyesi olduğu kümenin etkinliği sırasında benimsediği davranış özellikleri’ şeklinde tanımlanmaktadır [35]. Hemşirelikte rol kavramı; “meslek üyesinden konumuna uygun tür ya da modelde beklenen davranışların tümü” şeklinde tanımlanmaktadır. Hemşirelik mesleğinde yaşanan değişimler ve gelişmeler günümüzde tartışılan bir konudur. Toplumsal sorunlar nedeniyle sağlık bakım gereksinimleri ve sağlık politikaları sürekli değiştiği için hemşireliğin işlev ve rolleri de değişmektedir. İşlev ve rollerin değişmesine karşın hemşirelik hizmetleri bireyin, ailenin ve toplumun temel gereksinimlerine yanıt verme ilkesini sürekli olarak korumaktadır [3]. Hemşirelik Yönetmeliğinin 6. maddesinde hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları; "Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler." şeklinde tanımlanmaktadır [36]. Toplumda hemşirelik genelde, hekimin sağ kolu, hastaya iğne yapan bir kişi olarak algılanmaktadır. Hemşireliğin böyle dar bir çerçeve içinde algılanması, hemşireliğin koruyucu hizmetlerdeki görevini ve bağımsız fonksiyonlarını kapsamamaktadır [23]. Hemşirelik, yaşanan çarpıcı değişim ve gelişmeler sonucunda hekimlere tabi olan bir meslekten, özerk bir mesleğe; sadece hastanelerde uygulanan bir meslekten, çeşitli ortamlarda uygulanan bir mesleğe; sınırlı

görevleri olan bir meslekten, önemli toplumsal sorumlulukları olan bir mesleğe bununla beraber hastalığa odaklanmış bir meslekten, bireyi biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel yönden bir bütün olarak ele alan bir mesleğe dönüşmüştür [3, 23, 37]. Bu dönüşümler sağlıklı / hasta birey ve hemşire arasındaki iletişimi geliştirmiştir. Sunulan hemşirelik hizmetinde paternalist yaklaşım yerine öncelikle sağlıklı / hasta bireyin kararlarına saygı ve işbirlikçi yaklaşım benimsenmiştir. Yaşanan bu gelişmeler hemşirelik rollerinin tanımlanmasına yol açmıştır [38]. Sağlık kavramının çok boyutluluğu nedeniyle sağlık hizmetleri disiplinler arası ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Sağlık ekibin uyumu ve verimliliği, ekipteki her üyenin pozisyonunun ve rolünün tanımlanmış olmasına; aynı zamanda, ekipteki her üyenin kendi rolünü en üst düzeyde yerine getirebilme yeterliliğine bağlı olmaktadır. Bu bağlamda, sağlık ekibinin üyesi olan hemşirenin rollerinin tanımlanmış olması, hemşirenin rollerini yerine getirmede yetkin ve yeterli olması yanında, hemşirelik rollerinin, ekibin diğer üyeleri tarafından da tanınması, bilinmesi, kabul edilmesi, dikkate alınması ve saygı görmesi gerekmektedir [39]. Hemşirelik bağlamında yürütülen mesleki etkinlikler; hemşirenin bilimsel bilgisi ve becerisi doğrultusunda karar vererek özerk olarak, hekim direktifine göre ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile iş birliği yaparak gerçekleştirdiği roller şeklinde üçe ayrılmaktadır. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte 'de hemşirelik girişimleri; hemşirelik kararı ile uygulanır, hekim kararı ile uygulanır, hekim ile birlikte yapar şeklinde gruplandırılmaktadır [37]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1993 yılında yayınladığı yayında hemşirelerin işlevleri, dört ana başlık altında toplanmaktadır. Bu işlevler şunlardır:

- ✚ Hemşirenin birinci işlevi; koruyucu, tedavi edici ya da rehabilite edici amaçlarla bireye/hastaya, aileye ya da topluma hemşirelik bakım hizmetinin götürülmesi ve bu hizmetin yönetimidir.
- ✚ Hemşirenin ikinci işlevi; sağlıklı / hasta bireyler ile sağlık bakımı personelinin eğitilmesidir.
- ✚ Hemşirenin üçüncü işlevi; sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olarak çalışmaktır.

🌈 Hemşirenin dördüncü işlevi; eleştirel düşünce ve araştırmalar yoluyla hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesidir [6].

Hemşirelik rolleri işlevlere göre belirlenmektedir. Hemşireler bakım işlevlerini, bireyin tüm gereksinimlerini belirleyip, karşılarken onun adına ve onunla birlikte karar vererek gerçekleştirmektedir. Hemşireliğin bakım verici bu rolü geleneksel ve en eski rolünü oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda; hemşirelik esaslarını ve mesleğin düşünsel boyutunu ele alan temel kitaplar ve makaleler doğrultusunda bir araya getirilen roller; bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici, hasta savunucu, iletişim ve eşgüdüm sağlayıcı, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, kariyer geliştirici, özerk ve sorumluluk sahibi olma ve danışmanlık rolü olarak belirlenmiştir [16, 37].

2.4.1 Bakım verici rolü

Bakım, bakıma ihtiyaç duyan ile bakım verme sorumluluğunu üstlenen iki öznenin karşılıklı ilişkisine dayanan, emek, saygı ve özen gerektiren uğraştır. Bakım verme, aynı zamanda bir insan özelliği, ahlaki bir zorunluluk, kişilerarası ilişki, tedavi yaklaşımı ve bir etki olarak ifade edilmektedir. Bakım, yalnızca hemşireliğe özgü olmamasına karşın, hemşirelerin temel sorumluluğudur. Bakım verme, hemşirelik mesleğinin odak noktası ve bir sanat olarak belirtilmektedir. [40, 41]. Hemşirelik bağlamında bakım, bireylerinsağlıklıyken kendilerinin gerçekleştirdiği, hastalıkladöneminde ise yerine getiremediği tüm ihtiyaçlarının karşılıklı saygı ve güvene dayalı bir ortamda karşılanması olarak ifade edilmektedir [37]. Etkin ve yeterli hemşirelik bakımı sağlıklı/hasta bireyin ihtiyaçlarının tümünün belirlenmesi sonrası uygun hemşirelik tanısının seçilmesini, amaçların / beklenen sonuçların belirlenmesini, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanıp, uygulanmasını ve değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bireylerin ihtiyaçlarında veya durumlarında değişiklik söz konusu olduğunda ise sunulan hemşirelik bakımı revize edilmektedir [42]. Hemşirenin en eski rolü olan bakım, modern hemşirelik rollerinin de temelini oluşturmaktadır. Bu rolü yerine getirirken hemşire, bireyin tedavi ve bakım sürecine,

bireyselliğine, fiziksel ve psikososyal bütünlüğünün korumasına, sorunun ve medikal sürecin olumsuz etkilerini daha iyi tolere etmesine yardım etmektedir [35].

Hemşireler, otonomisini almış oldukları eğitime ve klinik tecrübelerine dayanarak en çok bakım verici rollerini yerine getirirken hayata geçirmektedir. Bakımı sağlayıcı olarak hemşireler, hastaların sağlık ve iyilik hallerinin desteklenmesine, yeniden sağlanmasına ve sürdürülmesine yönelik bir misyon üstlenmektedir. Her birey benzersiz (eşsiz) olarak ele alınıp bir bütün olarak değerlendirilmekte, bireylerin fiziksel, sosyal ve emosyonel olarak iyileşmesi desteklenmektedir. Bakım verici rolü bağlamında hemşireler, bireyin yalnızca fizyolojik gereksinimlerine değil aynı zamanda ruhsal, sosyal, emosyonel, ihtiyaçlarına da cevap vermektedir [5, 35, 43]. Sunulan hemşirelik bakımı, kaliteli ve etkin bir şekilde sağlandığında, hastanede kalım süresinin kısalmasını, üretim ve iş gücü kayıplarının azalmasını sağlamaktadır. Hemşirenin bakım verici rolünün sağlık sistemine faydası ele alındığında; hemşirelik bakımının en önemli göstergesi, önlenebilir sekonder hastalıkların ve komplikasyonların yokluğudur [35, 43].

2.4.2 Eğitici rolü

Hemşirelik, Florence Nightingale'den günümüze toplumun sağlığını koruma, yeniden kazandırma ve geliştirme misyonunu üstlenmektedir. Değişen yaşam şartlarında hemşirenin eğitici rolü, sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesinde oldukça önem taşımaktadır. Hemşirenin eğitici rolü sadece hasta eğitimi ile sınırlı değildir. Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve doğru sağlık davranışını kazandırma, bireysel bakımı sürdürme ile ilgili planlı, kapsamlı ve sürekliliği esas alan bireyin gereksinimlerine ve özelliklerine uygun eğitimler verilmektedir. Hemşirenin profesyonel kimliği ve çağdaş eğitimci rolü ile düzenleyeceği eğitim; yaşam kalitesinin iyileştirilmesine ve hemşirelik mesleğinin gelişimine de katkıda bulunmaktadır [44, 45, 46].

Lydia E. Hall, hemşirenin eğitici rolünden bahseden ilk kuramcıdır. Hall, bakım, öz ve tedavi teorisinde hemşirelik bakımı sunumunda, hastalık sürecinde ve sonrasında birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan ve bireylerde davranış değişikliği geliştirmeye yardım eden öğrenim deneyimlerinin sağlanmasının önemini vurgulamaktadır [44, 47]. Sağlığın geliştirilmesinde bir yöntem olarak kullanılan

sağlık eğitimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli gücünü oluşturmaktadır. Alma-Ata Bildirgesinde; Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında ve 21. yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinin büyük bir kısmında; bireylerin yaşamları boyunca sağlığın korunması, yeniden kazanılması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları için mevcut sağlık sorunları, bunları önleme ve kontrol altında bulundurma metotlarını içeren eğitim almalarının önemi vurgulanmıştır [48].

Birey, aile ve toplumun sağlık sorunlarına odaklanan hemşirelik, eğitici rolünde sunulan eğitimin mümkün olan en üst düzeyde öğrenilmesini sağlamak, eğitim alanın bilgi düzeyini değerlendirmek, eğitimin içeriğini ve veriliş biçimlerini seçmek durumundadır. Hemşireler meslek adaylarının, meslektaşlarının, diğer sağlık mesleği üyelerinin eğitiminden de sorumludur [5].

2.4.3 Araştırmacı rolü

Araştırma; gerçeği ortaya çıkarmak, insanın içinde yaşadığı dünyayı anlamak, sorunları çözümlmek, mevcut bilgiyi arttırmak ve bilime katkıda bulunmak amacıyla, planlı, kapsamlı ve sistematik olarak, verilerin toplanması, yorumlanarak değerlendirilmesi ve rapor edilmesiyle ortaya çıkmaktadır [49, 50]. Araştırma arama, öğrenme, bilinmeyeni bilinir kılma, karanlığa ışık tutma kısaca aydınlanma sürecidir. Bilindiği gibi araştırma bilimsel gelişmenin en temel aracıdır. Hemşirelikte bilimsel gelişme, bireylerin sağlık durumlarının tanımlanması, hastalıkların önlenmesi tedavi yöntemlerinin, bakım uygulamalarının geliştirilmesi ve böylece insan yaşamının ve kalitesinin artırılması olarak günümüze yansımaktadır [51].

Hemşirelerin bu rolü kapsamında bilimsel bilgi içeriğini arttırmaya yönelik araştırmalar yapması, hemşirelik mesleğinin ilerlemesine ve gelişimine katkıda bulunmaktadır. Hemşirelik araştırmalarının genel amacı; araştırma sonuçlarını kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarında kullanmak ve sağlık bakım kalitesini arttırmaktır [5].

Araştırmacı rol sayesinde:

- ✚ Hemşirelik bakımının içeriği ve niteliği dinamiklik kazanmaktadır.
- ✚ Hemşireliğin bilimsel bilgilere dayandırılması sonucunda hemşire kendi kararlarını verebilmekte ve profesyonelliği bilgi aracılığıyla güç kazanmaktadır.

- ✚ Araştırmacı rolü hemşirelik uygulamalarında belirsizliği azaltmaktadır. Hemşirelik sürecinin her aşamasında daha bilinçli kararlar alınmasına yardımcı olmaktadır.
- ✚ Topluma kaliteli bakım verme ve bakımı iyileştiren faaliyetler için kanıt olacak araştırmaları yapma sorumluluğu olan hemşireler, bu sorumlulukları sayesinde mesleki doyuma ulaşmaktadır [51].

2.4.4 Yönetici rolü

Yönetim sözcüğü dilimizde idare ve sevk anlamında kullanılmaktadır. Genel tanım olarak yönetim: İnsanların iş birliğini sağlama ve onları bir amaca doğru yöneltme, yürütme faaliyet ve çabaların toplamıdır [52]. Yönetim, kişileri yönlendirmenin yanı sıra süreçlerin-olayların-ilişkilerin akışının düzenlenmesini de ifade etmektedir. Etkin ve verimli bir biçimde işlerin yaptırılması, amaçlara ulaşmak için planlama örgütleme, yöneltme, koordinasyon ve kontrol sürecinin kullanılması olarak ele alınmaktadır [53]. Hemşireliğin yönetici rolü diğer rolleriyle bütünleşmektedir. Yönetici rolü öncelikle, hemşirelik bakımının amaçlarına ulaşabilmek için hasta bireyin bakımının yönetilmesini kapsamaktadır. Bunun yanında; sağlık çalışanlarının koordine edilmesi, eğitim etkinliklerinin organizasyonu, iletişim yönetimi, kaynakların etkili kullanımını sağlama ve klinik işleyişin yönetimi vb. roller de yönetici rolünü kapsamaktadır [5].

Hemşireliğin yönetici rolünü yerine getirebilmesi için, hemşirelerin kendi güçlü ve gelişime açık yönlerinin farkında olması, adil, özgüvenli ve dürüst davranması, bilgiyi dengeli ve tarafsız değerlendirmesi, kişiler arası ilişkilerinde şeffaf ve başarılı olması, ahlaki değerlere sahip olması ve grubun hedefleri ile bireysel hedefleri birleştirebilmesi gerekmektedir [54]. Çok boyutlu olan hemşireliğin yönetici rolü sayesinde, motivasyonu tam, işine gönülden bağlı, değişime açık, girişimci ve liderlik yeteneklerini kullanabilen hemşire sayısı artmakta bu durum hemşirelik hizmetlerinin sunumunda performansı ve verimliliği artırmaktadır [55].

2.4.5 Karar verici rolü

Karar, bir iş ya da sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargıdır. Karar verme ise bir sorunu ya da durumu sonuca bağlamaktır. Karar verme eylemi, birey ve karşılaştığı durum arasındaki iki ya da daha fazla alternatifin değerlendirilerek en uygun ve yararlı olanın seçilmesindeki zihinsel süreç olarak tanımlanmaktadır. Karar verme becerisi, bir sorun ya da durumla karşılaşıldığında, sorunun ya da durumun tanımlanmasıyla

başlayan, en etkili ve uygun olanının seçilmesiyle sonuçlanan, birbirleriyle ilişkili belirli adımları içermektedir. Kararlar bilişsel sürecin, karar verme ise hem analitik hem sezgisel sürecin çıktısıdır ve kararın içeriği, karar vericinin bilgisine dayanmaktadır [56, 57].

Hemşirelikte karar verme, hemşireliğin özgün teorik ve uygulama bilgisinin etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır. Sağlık bakım hizmetleri kapsamında kaliteli ve güvenli bakımın sunulması için doğru kararların verilmesi gerekmektedir. Bu süreçte hemşirelerin en önemli sorumluluğu, hastanın bakımını yönetmek için kritik düşünme becerilerini kullanarak doğru klinik kararlar alıp zamanında uygulamaktır. Hemşireliğin karar verici rolü, profesyonel özerkliğin hayata geçtiği en önemli rollerdendir. Karar verme süreci hemşirelikte çok boyutlu bir kavramdır, birbirini izleyen bir eylem döngüsüdür. Bu sürecin aşamaları;

- ✚ Sorunun veya durumun tanımlanması,
- ✚ Sorun veya durumla ilgili olası nedenlerin belirlenmesi,
- ✚ Sorun veya durumla ilgili verilerin ve gerekli bilginin toplanması ve değerlendirilmesi,
- ✚ Alternatif seçeneklerin belirlenmesi, en etkili olanın seçilip uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi olarak sıralanmaktadır.

Hemşire karar verme sürecinde rolünü yerine getirirken birey adına tek başına karar vermemekte, bireyin ve ailesinin beklentilerini, diğer sağlık ekibi üyelerinin görüşünü ve yaklaşımını dikkate almaktadır. Karar verici rolünde hemşire; bireyin kendi adına karar almasını, aldığı kararın hayata geçirilmesini ve sonuçlarından sorumlu olunmasını kısacası bireyin özerk davranmasını desteklemektedir. Derin koma hali gibi bireyin özerkliğinin tamamen ortadan kalktığı durumlarda ise; bireyin sahip olduğu değerler göz önüne alınıp ve ailesi ile iş birliği yapılarak, bireyin olası isteklerine uygun kararlar alınmaktadır [37, 56, 58].

2.4.6 Hasta savunucu rolü

Hemşirenin gelişen çağdaş rollerinden biri de hasta savunucu rolüdür [59]. Hasta savunuculuğu; dünya çapında hemşirelik kuruluşları tarafından vurgulanan ileri hemşirelik bakım prosedürlerinden kabul edilmektedir. Hasta savunuculuğu, hemşireliğin profesyonel gücünü göstermenin yanı sıra, etkili hemşirelik bakımı

sağlamaya yardımcı olmaktadır. 1976 yılında, Amerikan Hemşireler Birliği tarafından hasta haklarının savunuculuğu rolü tanımlanmıştır. Tanımlanan bu rol bağlamında; hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olan savunuculuk, gizlilik içinde gösterişsiz bir şekilde garanti vererek aydınlatılmış onam sağlama, gereksiz açıklama ve işlemleri önleme, seksüel suiistimalden uzak tutma, sağlık personeline ya da otorite figürüne karşı bireyin çıkarlarını koruma, bireyin tarafında/yanında eylemde bulunma süreci olarak tanımlanmaktadır. [60, 61, 62].

Hasta savunucu rolünde temel iki amaç bulunmaktadır. İlk amaç; bireyin özerkliğinin sağlanabilmesidir. Bu amaca ulaşmak için bireyi, içinde bulunduğu durum, öngörülen tıbbi işlemler ve sahip olduğu haklar konusunda bilgilendirmek, karar vermesine yardım etmek, çıkarını korumak ve sağlık sistemi içinde güvende olmasını sağlamak önemlidir. İkinci amaç doğrultusunda; sağlık sisteminin hasta hakları konusunda daha duyarlı ve denetimli hale gelmesinde tüm sağlık mensuplarının üzerine düşen sorumluluklarının bilincinde olması gerekmektedir [63]. ANA tarafından yayınlanan etik kurallarda: Hemşirenin hastanın haklarını, sağlığını ve güvenliğini teşvik ettiği, savunduğu ve koruduğu belirtilmektedir [64]. Hemşire, hasta haklarını savunucu bu rolünde:

- ✚ Hastaya hastanedeki ve sağlık sistemindeki hakları hakkında bilgi vermektedir.
- ✚ Hastanın haklarını anlamasını sağlamaktadır.
- ✚ Hastaya sağlık sistemi içinde haklarını nasıl kullanacağını öğretmektedir.
- ✚ Hastanın haklarının ihmal edildiği durumlarda haklarını savunmaktadır.
- ✚ Hastayı; hastalığı, tedavi ve bakımı hakkında anlaşılır bir dil kullanarak bilgilendirmektedir.
- ✚ Hastanın, tedavi ve bakımına katılmasına destek olmaktadır.
- ✚ Sağlık ekibi içinde koordinasyonu sağlamaktadır.

Bu bağlamda hemşirenin hasta savunucu rolü, mesleki özerkliğin göstergesi olan bağımsızlık derecesi yüksek bir rol olarak kabul edilmektedir [65].

2.4.7 İletişim ve eşgüdüm sağlayıcı rolü

Biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel boyutları olan ve var oluşundan itibaren çevresiyle sürekli etkileşimde bulunan insan, duygularını ve düşüncelerini aktarma gereksinimini konuşarak ve yazarak gidermeye çalışmış, bu sayede konuştuklarının dinleme, yazdıklarının ise okuma yoluyla anlaşılmasını istemiştir. Bu istek ve gereksinimine bağlı olarak da iletişim denen olgu ortaya çıkmıştır [66]. İletişim, iki veya daha fazla kişi arasında kod ve kanal sistemi aracılığıyla mesajların gönderildiği ve alındığı karşılıklı süreci ifade etmektedir. İletişim, insan-insan ilişkisinin temelini oluşturan dinamiklik ve süreklilik içeren bir süreçtir, bu nedenle birey ile birebir etkileşimde olan hemşirelik mesleğinin kalbidir. Hemşireliğin bu rolü tüm hemşirelik rollerinin de merkezinde yer almaktadır [67].

Hemşireler, hasta ve hasta yakınları, meslektaşları, diğer sağlık ekibi üyeleri ve toplumun diğer grupları ile sürekli iletişim kurmaktadır. Hemşirenin bakım verdiği bireye ulaşmasını sağlayan araç iletişim bilgi ve becerisidir. Dolayısıyla birey ve yakınlarını anlayabilmesi, gereksinimlerini saptayabilmesi, bakım ve tedavi sürecinde gereksinimlerini karşılayabilmesi için gelişmiş iletişim becerilerinin etkin kullanılması bireylerin yaşamlarında kritik bir önem taşımaktadır [68, 69].

İletişim becerileri sözlü, sözsüz ve terapötik iletişim becerisi olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Beden dili, vurgu ve mesafe gibi kavramlar sözsüz iletişim becerisidir. Daha çok sözlü iletişimi pekiştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Hemşire hasta ilişkisinin; yapıcı, pozitif ve güvene dayalı olmasını sağlayan iletişim becerisi, terapötik iletişim becerisi olarak kabul edilmektedir [70].

İletişim becerilerine sahip olan hemşirenin hastayla kurduğu ilişkide hedeflerinden biri, bireyin kendini “değerli bir kişi” olarak algılamasını ve emin ellerde olduğunu hissetmesini sağlamaktır. Hemşireler sunulacak bakımı planlarken hasta için ya da hasta adına değil, hasta ile birlikte hareket etmektedir. Hemşirelerin bu rolü bağlamında; hasta memnuniyeti, bakımın kalitesi, hastanın tedavi ve bakım süreçlerine katılması artmaktadır. Diğer sağlık disiplinleriyle koordinasyon sağlanarak bireyin bakımında istendik düzeye ulaşılmaktadır [71].

2.4.8 Rehabilitate edici rolü

Rehabilitasyon; doğuştan veya sonradan hastalık, kaza, yaralanma nedeniyle yapısal ve işlevsel kayıpları olan bireyi tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönlerden mümkün olan en iyi düzeye ulaştırmak, kayıp sonucu oluşan değişimlerle baş etmesini sağlamak için düzenlenen tedavi edici bir çalışma sürecidir. Günümüzde doğuştan ya da kazalarla sonradan meydana gelen sakatlıklar, kronik hastalıklar ve yaşlanmaya bağlı giderek artan sorunlar nedeniyle rehabilitasyon, önem kazanmaktadır. Rehabilitasyon gereksinimi olan bireyler için planlanan, eğitim, danışmanlık, bakım ve tedavi uygulamaları hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır [72].

Hemşirenin rehabilitate edici rolü gereği sorumlulukları, şu şekilde ifade edilmektedir:

- ✚ Bireyin bilişsel ve fonksiyonel durumu dikkatlice değerlendirilmektedir. Yaşanan fonksiyon kaybının üstesinden gelinmesinde veya mevcut durumda ulaşılabilecek maksimum fonksiyonun sağlanmasında bireye yardımcı olunmaktadır.
- ✚ Birey ve ailesinin gereksinimlerinin karşılanması için gereken uygulamaların belirlenmesi, uygulanması, kaydedilmesi, değerlendirilmesi ve ekip üyeleri ile paylaşılması sağlanmaktadır.
- ✚ Bireyin ve ailesinin etkin baş etme davranışlarını geliştirmesi için destekleyici ilişki kurulmakta ve mevcut veya olası sorunlarına yönelik olarak danışmanlık yapılmaktadır.
- ✚ Bireyin var olan gücü ve yetenekleri saptanıp, sağlığının geliştirilmesine yönelik olarak desteklenmektedir.
- ✚ Bireyin gelecek yaşantısına ilişkin toplum olanakları, sağlık hizmetleri, kurum kaynakları ve diğer destek hizmetleri, dernekler konusunda danışmanlık yapılmaktadır.
- ✚ Bireyin sosyal yaşamına dönüşü desteklenmektedir. Bu sürede teknolojiyi ve çeşitli yardımcı araç ve gereçleri kullanma konusunda bilinçlendirilmektedir [73, 74].

Hemşirenin rehabilite edici rolü; eğitici ve danışmalık rolüyle bütünleşerek, bireyin ve ailesinin değişen duruma adaptasyonunun sağlanmasına, bağımsızlığının desteklenmesine ve yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır [37].

2.4.9 Rahatlatıcı / Konfor sağlayıcı rolü

Konfor, hemşirelikle ilişkili tarihsel ve güncel öneme sahip bir kavram olarak kabul edilmektedir. Hemşirelikte konfor kavramı, bireyin, ailenin ve toplumun konfor gereksinimlerinin tanınması, karşılanamayan gereksinimlere yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır. Konfor kavramı, birçok kuramcı teorisyen tarafından ele alınmıştır. Konfor kavramının tarihsel boyutları Nightingale' in çalışmalarına dayanmaktadır. 1859 yılında hemşirelikte gözlem yapmanın ne için olduğu asla unutulmamalıdır. Hayat kurtarmak, sağlık ve konforu arttırmak için hemşirelik gözlemlerinin önemi büyüktür diyen Nightingale konfor kavramına yer vermiştir. [75, 76].

Bireylerin konforunun en üst düzeyde tutulması hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Bu sorumluluğu yerine getirmek için hemşire öncelikle bakım vereceği bireyin bakım öncesi konfor düzeyini belirlemektedir. Daha sonra bireyin fiziksel, psikolojik, spiritüel, sosyokültürel ve çevresel konfor ihtiyaçlarını değerlendirmektedir. Bireyin kendisi tarafından karşılanmayan ihtiyaçlarına yönelik konforu arttırıcı hemşirelik uygulamalarını hayata geçirmekte ve sonucu değerlendirip, değişimleri gözlemlemektedir [77, 78].

Rahatlatıcı rolü bağlamında hemşire, bireyin bulunduğu ortamın günlük alışkanlıklarını sürdürebileceği uygun şekilde düzenlenmesine yardımcı olmaktadır. Özellikle hastanede kalış süresi uzadığında, bireylerin ev yaşamındaki alışkanlıklarını devam ettirebilmelerine yönelik düzenlemeler yapılarak rahatlığının sağlanması amaçlanmaktadır. Sonuç olarak, konfor kavramı hemşirelik bakım niteliğinin bir parçasıdır. Birey ve ailesi için istenen bir sonuç olan konfor, hemşirenin rahatlatıcı rolü kapsamında gerçekleştirilen hemşirelik bakımı için de ulaşılması beklenen önemli bir hedef olarak kabul edilmektedir [37, 76].

2.4.10 Tedavi edici rolü

Tıbbi tanının belirlenmesi ve tıbbi tedavi hekimin sorumluluğundadır. Hemşireler, hekim tarafından belirlenen tedavinin uygulanmasında sorumluluk alarak görev yapmakta, tıbbi istemi yerine getirmektedirler. Hemşireler, sıcak-soğuk uygulamalar, masajlar, solunum egzersizleri, postural drenaj gibi ilaç dışı tedavi işlemlerinde mesleki bilgi ve deneyimlerine dayanarak bağımsız karar vermektedirler. İlaç tedavileri ve cerrahi uygulamalar söz konusu olduğunda hekim talimatına göre bu rollerini gerçekleştirmektedirler [3]. Özel sertifika programlarına katılan hemşirelerin uzmanlık alanlarında kendi kararları doğrultusunda hareket ettikleri bilinmektedir. Son yıllarda hemşirelerin bu rolünde, bazı ülkelerde önemli gelişmeler olduğu görülmektedir. Hemşirelerin tedavi edici rolünde, sorumlu oldukları bireyin ihtiyacı olan medikal ürünleri belirleme, bu ürünlerin reçetesini yazma ve bireye ürünler hakkında danışmanlık ve eğitim hizmetleri verme rolünü bağımsız olarak yerine getiren özel uzmanlık alanları olan hemşirelik grupları olmuştur. Bu grupları özellikle stoma ve yara bakım hemşireleri oluşturmaktadır [79].

2.4.11 Kariyer geliştirici rolü

Kariyer, kişisel ve örgütsel hedeflerle bağlantılı, kişinin yaşamı boyunca yaşayacağı iş tecrübesi ve aktivitesiyle ilgili bir süreç olarak tanımlanmaktadır [80]. Bireyin, iş hayatındaki eylem, tutum ve davranışlarını kapsayan, böylece kendilerine daha fazla güç, statü ve gelir sağlayan süreç olarak adlandırılan kariyer; bireyin sorumluluğunda şekillenmektedir. Hemşirelik alanında kariyer ele alındığında: Hemşireler, iş gücünün büyük bir kısmını oluşturmakta ve çalıştıkları kurumların misyon ve vizyonu doğrultusunda örgütsel hedeflerin gerçekleştirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Sağlık alanındaki değişimler ve oluşan gereksinimler nedeniyle sağlık kuruluşları, nitelikli hemşire ihtiyacını, hemşirelerin bireysel ve mesleki gelişimlerinin sağlanması ile giderebilmektedir. Bu gereksinimler ise, hemşireliğin kariyer geliştirici rolünün önemini vurgulamaktadır [81].

Kariyer geliştirici rolü, hemşireliğin profesyonelleşmesini sağlayarak, hemşirelere mesleki statü, güç ve yetki kazandırmaktadır. Bu rolü sayesinde, bireylere, ailelere ve

toplumlara sunulan hizmet kalitesi olumlu yönde etkilenmektedir. Değişen koşullarda, hemşirelerin, kariyer gelişimleri ve istihdam şartları için uyum yeteneklerini geliştirmeleri önem taşımaktadır. Dünyada ve ülkemizdeki sosyal, ekonomik ve politik değişimler, her alanda olduğu gibi, hemşirelik mesleği üzerinde de etkili olmaktadır. Kariyer geliştirici rolü, hemşirelerin bir profesyonel olarak gelişmesinde, iş ve özel yaşamında oluşan değişikliklere uyum sağlamalarında gerekli ve önemli bir araç olarak ifade edilmektedir [82].

Hemşire kariyer geliştirici rolünde, kendi güçlü ve gelişime açık yönlerinin farkına varmak, kendini geliştirmek, mesleğini hayatının odağına yerleştirmek, bağımsız rollerini bilmek ve uygulamak durumundadır. Mesleki gelişim için sertifikasyon, uzmanlık ve eğitim programlarına katılması gerekmektedir. Kariyer geliştirici rolünde, hemşirelik mesleği mensuplarının birlikte hareket ederek mesleğe kazanımlar sağlaması gerekmektedir. Hemşirelerin mesleki gelişimlerini sağlamak ve güç birliğine ulaşmak için ortak bir çatı altında karar alarak hareket etmesi sağlanmaktadır. Meslek üyelerinin ortak değerler-çıkarlar-amaçlar doğrultusunda birleşmesi ile oluşan meslek örgütleri, söz konusu hareketin gerçekleşmesi açısından kritik önem taşımaktadır. Bu bakımdan, meslek örgütü üyeliği ile kariyer geliştirici rolü arasında sıkı bağlar bulunmaktadır [37].

2.4.12 Özerk ve sorumluluk sahibi olma rolü

Özerklik; bir toplumun ya da bireyin karar verme ve belirli bir yaşam biçimini seçme özgürlüğünü ifade etmektedir. Özerklik, bir disiplinin özerkliği olarak kullanıldığında mesleki özerklik kavramı ortaya çıkmaktadır. Mesleki özerklik; mesleki uygulamalar ve kararlar üzerinde meslek üyesinin kontrolünün olması anlamına gelmektedir. Mesleki özerklik ve bireysel özerklik kavramları karşılaştırıldığında; bireysel özerkliğin, kişinin bireysel değer sistemleri doğrultusunda kendisi ile ilgili kararları verebilme yetisi, mesleki özerkliğin ise kişinin mesleki değerler ve yükümlülükler doğrultusunda mesleki uygulamalarına ilişkin kararlarını verebilme durumunu ifade etmektedir [83].

Hemşirelikte mesleki özerklik, hemşirelerin profesyonel uygulamalarını, mesleki uygulama standartlarına, etik bildirge, meslek ile ilgili kural ve yasalara uygun bir şekilde gerçekleştirebilme durumu olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler, hasta bakımına ilişkin verilen kararların sorumluluğunu almaktadır. Hemşirelikte mesleki

özerklik ile hemşirelik bakımı, birbirlerinin gelişimine katkıda bulunmaktadır. Hemşirelik bakımının etkinliğinin artması mesleki özerkliği geliştirirken, mesleki özerkliğin gelişmesi ile bakımın etkinliğini artmaktadır. Mesleki özerkliğin önemli bir ögesi de sorumluluk almaktır. Bir hak olarak mesleki özerkliğe sahip olunduğunda, bu hakkı elde etmenin karşılığında yeni sorumlulukları üstlenme zorunluluğu doğmaktadır [83, 84]. Sorumluluk, gündelik dilde bir işi üstlenmiş olmanın; hukuk dilinde ise olumsuz bir sonucun hesabını vermenin karşılığı kabul edilmektedir. Özerklik ve sorumluluk arasındaki ilişki, bilinçli bir eylemde bulunan kişinin, doğal ve kaçınılmaz olarak eyleminin açıklamasını ve savunmasını yapma durumunda olması olarak açıklanmaktadır [37]. Hemşirenin özerk ve sorumluluk sahibi olma rolü, hemşirelik meslek üyelerinin en son gelişmelere uygun mesleki bilgi ve becerilerine doğrultusunda kaliteli hemşirelik bakımı sunma sorumluluğunu da beraberinde getirmektedir. Hemşirelerin bu rolünü hayata geçirebileceği en geniş alan, en eski ve temel rolü olan hemşirelik bakımıdır [83].

Özerk ve sorumluluk sahibi olma rolü, sadece mesleki özerkliği geliştirmeyi değil, hasta özerkliğini yükseltmeyi de kapsamaktadır. Hemşirelik rolünün ötesinde, sağlık sisteminde, hastanın bir birey olarak değerine inanılmakta, yapacakları ve kendisine yapılacaklar hakkında vereceği karara saygı duyulmakta, hakkında alınan tıbbi kararlara katılmasına destek olunmakta, hakları savunulmakta, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kültürel bütünlüğünün bozulmamasına özen gösterilmektedir [37].

2.4.13 Danışmanlık rolü

Danışmanlık, temelde yardım etme eylemi üzerine kurulmaktadır. Bireyin daha başarılı bir şekilde yaşama yollarını keşfetmesine ve açıklığa kavuşturmasına yardımcı olma niyetiyle bir kişinin başka bir kişiye yeterli zaman ayırarak ilgi, dikkat ve saygı gösterdiği etkileşim süreci şeklinde tanımlanmaktadır [85, 86]. Hemşirenin iletişimci ve eğitimci rolleriyle bütünleşmiş bir şekilde ortaya çıkan danışmanlık rolü, hemşirenin otonomisinin yüksek olduğu işlevlerindendir. Hemşire, danışmanlık rolü kapsamında birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme, yaşam kalitesini yükseltme, hastalığa bağlı sorunları ile etkili baş edebilmesini sağlayan olanakları tanıma ve kullanabilme konusunda danışmanlık becerilerini kullanmaktadır [86].

Danışmanlık rolü bağlamında hemşire, hastalık durumunda birey ve ailesine hastalıkla ilgili farkındalık yaratmayı, hastalığın seyrini ve etkilerini öğretmeyi sağlayarak,

hastalık ile baş etmede teşvik edici yaklaşımlarda rehberlik etmektedir. Hemşirelerin bireyler ile empati kurabilmesi, bireye özgü hemşirelik bakımının sağlanabilmesi için hemşirelerin bazı danışmanlık yeteneklerine sahip olması gerekmektedir. Temel danışmanlık becerileri; etkin dinleme, başarılı iletişim, dürüstlük, tutarlılık, pozitif olma, empati, esneklik, fedakârlık, bireylere saygı duyma ve güven verme şeklinde sıralanmaktadır. Bu özelliklere sahip hemşireler mesleğinin danışmanlık rolünü nitelikli bir şekilde yerine getirebilmektedir [3, 86].

Hemşirelik mesleği icra edilirken üstlenilen bu roller; hemşirenin karar verip uygulayacağı, hemşirenin hekimin istemi doğrultusunda uygulayacağı ve hemşirenin ekiple iş birliği içinde karar verip uygulayacağı roller olarak sınıflanmaktadır. Bu roller; küresel eğilimler, sağlık hizmetlerindeki değişim ve yenilikler, tıp alanındaki değişmelerden etkilenmektedir. Hemşireler, sürekli yenilenen ve değişen sağlık bakım hizmetlerini etkin ve verimli yönetebilmek için değişime uyum sağlamak ve rollerini sürekli geliştirmektedir. Sonuç olarak, sağlık bakım hizmetleri sunumunda modern hemşirelik rollerini geliştirmek, mesleğin hizmet üretiminde daha verimli ve toplumsal açıdan daha işlevsel bir konuma yerleşmesini sağlayacaktır [3, 37].

2.5 Kanıt Temelli Hemşirelik

2.5.1 Kanıt ve kanıta dayalı uygulama

Kanıt, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından delil olarak tanımlanmaktadır. Araştırma bulguları, klinik bilgiler, temel bilimlerden elde edilen bilgiler ve uzman görüşleri kanıt olarak kabul edilmektedir [87]. Kanıtın kelime anlamı, özel araştırma bulguları olmakla birlikte birden fazla tanımı bulunmaktadır. Başka bir tanımında ise, sağlık bakım sistemindeki karar vericilerin ulaşabildiği, uygulamanın bilimsel değerlendirmesine dayanan bilgi olarak tanımlanmaktadır [88]. Bilim, teknoloji, ekonomi ve sağlık hizmetlerindeki değişimler, nitelikli sağlık bakımının sunulmasında güvenilir ve güncel kanıtlara ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır [89]. Bu doğrultuda, kaynakların uygun kullanılması ve daha çok kişiye nitelikli bakım sunulması için en uygun yaklaşım, kanıta dayalı yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Kanıta dayalı sağlık bakımı, bakım ortamlarında bireylere en iyi bakımı sunabilmek için uygun kaynakları, bireyin tercihlerini, uzman görüşünü ve bilimsel araştırmalardan elde edilen kanıtları bir araya getirme olarak tanımlanmaktadır [90].

Kanıtla dayalı sağlık bakımı, kanıtla dayalı uygulamaları içermektedir. Kanıtla Dayalı Uygulama (KDU); en iyi araştırma kanıtlarının, klinik uzmanlık ve bireyin kültürel değlerleriyle birleştirilerek, bireyin yararına olacak şekilde, klinik karar verme süreci ve problem çözme yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır [91]. KDU, 1970'lerde İngiliz hekim olan Cochrane'nın sağlık bakım kararlarının bireysel görüşlere ya da deneyimlere göre değil kanıtla dayalı olmasına dikkat çekmesi ile başlamıştır [92].

KDU, hastanın tıbbi bakımı için karar alma sürecinde konu ile ilgili olarak yayımlanmış güncel ve en iyi kanıtların, hastanın iyileşmesi ve hizmetin iyi bir şekilde planlanması ve yürütülmesi için titizlikle kullanılmasını hedeflemektedir. Kanıtla dayalı uygulamaların kökeni eski yıllara dayanmasına karşın, kavramsallaşarak bugünkü anlam ve tanımıyla gelişmesi 19. yüzyılın sonlarına doğru gerçekleşmiştir. Kanıtla dayalı uygulama kavramı yalnızca hekimlerin çalışmalarına yönelik olmayıp, sağlık ekibi içindeki tüm meslek mensupları için özellikle sağlıklı/hasta bireyler ile birebir iletişim halinde olan hemşirelik mesleği için oldukça önem taşımaktadır [90].

2.5.2 Kanıtla dayalı uygulama ve hemşirelik

Son yıllarda sağlık bakım reformları ve artan etkili sağlık bakım hizmetlerinin odağı tıp alanında olduğu gibi hemşirelik alanında da kanıtla dayalı uygulamalar olmaktadır [93]. Kanıtla dayalı hemşirelik, hemşirelerin uygulamalarında klinik uzmanlıklarını, bireylerin veya grupların gereksinimlerini ve tercihlerini göz önünde bulundurarak ve bilimsel yöntemle elde edilen en iyi kanıtları kullanarak karar almaları süreci olarak adlandırılmaktadır [94, 95]. Sağlık hizmetlerinde kanıtla dayalı uygulamaya dikkat çekmek için Uluslararası Hemşireler Birliği 2012 temasını "Boşluğu Doldurmak-Kanıttan Eyleme" olarak belirlemiş ve bu temanın gerçekleşmesinde hemşirelere önemli sorumluluklar yüklemiştir. Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen "Binyıl Kalkınma Hedefleri" nin başarılması dünya çapında bir hedefdir ve hemşireleri de eyleme davet etmektedir. Bu hedeflerin gerçekleşmesi için sağlık politikalarının düzenlenmesine aktif katılan, ulusal ve uluslararası alanda sağlık eylem planları hazırlayan ve bakımda kanıtları kullanan bir hemşire modeli önerilmektedir [90]. Kanıtla dayalı uygulamaların giderek artması ve uluslararası hemşirelik birliği tarafından da tüm dünya hemşirelerine uygulamaların kanıtla dayandırılması konusunda açık mesaj verilmesi konunun önemini gözler önüne sermektedir [96].

Kanıt dayalı uygulamalar, bilimsel bilginin oluşmasını sağlayarak hemşirelik uygulamalarının bilimsel bir temele dayanmasına katkı sağlamaktadır [93]. Bu doğrultuda hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin öncelikle hemşirelikte yapılan son ve güncel araştırmalara ulaşmaları, bu araştırmaları okuyup değerlendirerek, analiz-sentez etmeleri ve uygulamalarına aktarmaları gerekmektedir [97]. Kanıt dayalı uygulamaların artırılması için hemşireler sürekli olarak “Kanıt değeri yüksek en iyi hemşirelik girişimi hangisidir?” ya da “En iyi bakımı/uygulamayı nasıl yapabilirim?” gibi sorulara yanıt aramaktadır. Hemşirelik bakımının, kanıt dayalı uygulamalara temellendirilmesi, daha iyi hasta sonuçlarının elde edilmesine, hemşirelik biliminin gelişmesine, klinik karar vermeye katkı sağlanmasına, en yeni politika ve prosedürlerin kullanılmasının sağlanması ve bakım kalitesinin artırılması gibi özelliklerinden dolayı önem taşımaktadır [98].

Kanıt dayalı tıp yaklaşımının gelişimi ile birlikte hemşirelik de bu yaklaşım içinde yer almıştır ve araştırma sonuçları hemşirelik bakımına aktarılmaya başlanmıştır. Her bireyin, en iyi bilimsel bilgiye dayanan, nitelikli ve uygun maliyetli hemşirelik bakımı almaya hakkı vardır. Kanıt dayalı uygulamaların sistematik olarak uygulanması ve hemşirelerin klinik kararlarını en son araştırmalara dayandırması ile bireylerin etkili hemşirelik bakımı almaları sağlanmaktadır [93, 98]. Sistematik bir süreç olan kanıt dayalı hemşirelikte kullanılan kanıt dayalı uygulama şu adımlardan oluşmaktadır:

- ✚ Bireyin bakımını ilgilendiren konulara yönelik klinik bir sorun saptama
- ✚ Klinik sorulara yanıt oluşturacak kanıtları belirlemek için sistematik araştırmalar yapma
- ✚ Kanıtları geçerliği, güvenirliği ve uygulanabilirliği açısından eleştirel olarak değerlendirme
- ✚ Belirlenen en iyi kanıt, klinik uzman, kaynaklar ve birey açısından değerlendirilerek klinik uygulamada kullanma
- ✚ Ulaşılan klinik başarıyı değerlendirme

Tüm bu adımları uygularken hemşire; birey, aile ve toplum adına hedeflenen en iyi sonuca ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmektedir [99].

2.5.3 Kanıta dayalı hemşirelik için gerekli yetkinlikler

Hemşireler, bireye, aileye, topluma, sağlık ekibine ve meslektaşlarına karşı sorumluluk üstlenmektedir. Bu sorumlulukları yerine getirebilmek, kanıt temelli hemşirelik ile mümkün olmaktadır. Bilgi, beceri, tutum ve uygulama kanıta dayalı hemşireliğin önemli kavramları olarak kabul edilmektedir. Soru sorma, yanıt arama, kanıtı eleştirel bir biçimde değerlendirme, sonuçları uygulama ve uygulamanın sonuçlarını ölçerek değerlendirme becerisi hemşireler için oldukça önem taşımaktadır [100]. Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından güvenli uygulama ve nitelikli bakım için beş temel yeterlilik vurgulanmaktadır. Bu beş temel yeterlilik; hasta merkezli bakım, disiplinler arası beceriler, kanıta dayalı uygulamalara erişim, kalite geliştirme becerileri ve bilgi teknolojilerini kullanabilmektir [101]. Kanıta dayalı uygulamalarda hemşirenin sahip olması gereken yetkinlikler:

- ✚ Sorunu tam olarak tanımlayabilecek klinik deneyime,
- ✚ Herhangi bir konu ile ilgili etkili, güvenli ve kabul edilebilir araştırma sonuçlarına ulaşma yeteneğine (literatür tarama deneyimi),
- ✚ Kanıtın gücünü değerlendirebilecek kadar yöntem bilgisi ve deneyimine,
- ✚ Araştırma sonuçlarının genellenebilir nitelikte olup olmadığını değerlendirme yeteneğine,
- ✚ Ulaşılan bilgileri hastaya özgü bakım sunarken uygulayabilme yeteneğine sahip olması gerekmektedir [102].

Kanıta dayalı uygulamalar ışığında hemşire, bireylerin bakımında karar verirken; bakım ile ilgili güncel araştırma sonuçları ve kanıt düzeyi yüksek bilgileri açık, özenli, dikkatli ve mantıklı bir şekilde bireyin gereksinimlerini ve tercihlerini de dikkate alarak uygulamaktadır. Böylece bakımın kalite düzeyi iyileşmekte, hemşirelik uygulamalarında ve hasta bakım sonuçlarında fark oluşmakta ve bireylerin memnuniyeti yükselmektedir [103].

2.5.4 Hemşirelik mesleğinde kanıta dayalı uygulamanın önemi

Günümüzde artan teknoloji kullanımı ile ulaşılan bilginin hızındaki artış; bilgi kaynaklarının ulaşılabilirlik, güvenilirlik, güncellik açısından farklı olması; başta sağlık alanında olmak üzere araştırmalarda maliyet, etkinlik, kalite kavramlarının giderek önem kazanması; araştırmaların kanıt değerlerinin incelenip değerlendirilmesi gibi nedenler kanıta dayalı uygulamayı önemli ve gerekli kılmaktadır [104]. Hemşirelik mesleğinde kanıta dayalı uygulama; bireylerin bakımında doğru kararlar alabilmek için mevcut en iyi bilimsel kanıtları; klinisyenin uzmanlığı, bireylerin gereksinimleri ve tercihleri ile entegre edebilen destekleyici bir sistem olarak görülmektedir. Kanıta dayalı uygulamalar sayesinde hemşireler; birey, aile ve topluma sunacağı sağlık hizmetini akılcı ve sağlam kanıtlara dayandırmaktadır [105].

Profesyonel meslek kriterlerinden biri olan, uygulamaların araştırma temeline dayandırılması kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik mesleğinin profesyonelliğini artırmaktadır [90]. Hemşirelik bakımının kanıta dayalı uygulamaya dayandırılması, hemşirelik alanında araştırma kültürünün yaygınlaşmasını, en güncel politika ve prosedürlerin kullanılmasını ve hemşirelik biliminin gelişmesini sağlamaktadır [93]. Mevcut kaynakların en etkin biçimde kullanılması, birey, aile ve toplumun fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyal ve ruhsal sağlığının korunması, geliştirilmesi ve yeniden kazandırılmasında hemşireliğin kanıta dayalı uygulamaları önem taşımaktadır. Sağlık bakım sunucuları için kanıta dayalı uygulamalar kılavuz sayılmakta ve bu sayede hemşirelik bakımında süreklilik ve dinamiklik sağlanmaktadır. Sonuç olarak kanıta dayalı uygulamalar hemşirelik girişimlerinin, kanıt destekli olmasını, maliyet etkililiğinin sağlanmasını, yararsız girişimlerin terk edilmesini, hatalı uygulamaların azaltılmasını, bireylerin beklentilerinin önem kazanmasını ve sağlık bakımının geliştirilmesini sağlamaktadır [99, 105].

2.6 Hemşirelik Süreci Kavramı ve Tarihçesi

Hemşirelik, insanın temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etme ile başlayan ve günümüzde bilimsel bilgiye dayalı olarak hizmet vermeyi ilke edinen, bu hizmetleri yerine getirecek bireylerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan sağlık disiplini olarak kabul edilmektedir. Hemşireliğin tanımında yer alan “bilim” bilgi ve becerilerin sistematik olarak kullanılmasını içeren bilimsel temeli, “sanat” ise, şefkat,

empati ve duyarlılık gibi özellikleri içeren duyuşsal temeli ifade etmektedir. Hemşireliğin bilimsel temelini yansıtan en önemli öge ise hemşirelik süreci kabul edilmektedir [1]. Hemşirelik süreci kavramı, sistematik, rasyonel, dönüşsel ve dinamik olan bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının planlandığı ve sağlandığı bilimselliğe dayanan bir problem çözme metodu olarak adlandırılmaktadır [106]. Hemşirelik, bireyselleştirilmiş en iyi bakımın sunulmasını sağlayacak şekilde, hemşirelik bakımını organize etmede sistematik yaklaşımı benimsemektedir. Bu yaklaşım, bilimsel, planlı, dinamik ve sistematik olan hemşirelik süreci ile mümkün olmaktadır. Sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumun sağlık bakım ihtiyaçlarının tanımlandığı ve bireye özgü bakım verilmesinde klinik muhakeme gücünün kullanılarak birbirini izleyen ve tamamlayan aşamaların oluşturduğu hemşirelik aktivitelerinin tümü hemşirelik süreci olarak tanımlanmaktadır [107, 108]. Hemşirelik süreci, hemşirelik uygulamalarının yapılandırılmış ve sistematik yaklaşımlarla uygulanmasını sağlamakta, sezgisel ve ritüel uygulamalardan uzak hemşirelik bakımını en iyi kanıtlara dayandırmakta ve bireyin ihtiyaçlarına göre uygulanmasını sağlamaktadır [109].

Hemşirelik süreci için birçok tanımlama yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 'ne göre hemşirelik süreci, hemşirelik bakımında bilimsel problem çözme yönteminin sistemli bir biçimde kullanılması, birbirine bağlı olan aşamalarla hemşirelik bakımının periyodik, sistematik ve dinamik olarak sağlanması şeklinde tanımlanmaktadır [110, 111]. Amerikan Hemşireler Derneği (ANA)' ne göre hemşirelik sürecinin, hemşirelik disiplinine eleştirel düşünme modeli olarak hizmet ettiği belirtilmektedir [112]. Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre hemşire; "bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanımlama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir" şeklinde açıklanmaktadır [36].

Hemşirelik süreci kavramı tarihte ilk defa Lydia Hall tarafından 1955 yılında, hemşirenin yapması gerekenleri, üstlendiği rolleri ifade etmek amacıyla kullanıldığı bilinmektedir. Hall, hemşire ve hasta arasında; hastada hemşirelik, hastaya hemşirelik, hasta için hemşirelik ve hastayla birlikte hemşirelik şeklinde dört ilişki tanımlamaktadır. 1960 yılında Orlando bu dört ilişkiyi, hemşireliğin amacı: "Hastanın gereksinimlerinin karşılanması için hastanın gereksinim duyduğu yardımı vermektir ve hemşire bu amaca hastanın gereksinimlerini belirleyip, bu gereksinimlerini

doğrudan veya dolaylı olarak karşılamaya yardımcı olan bir süreci başlatarak ulaşmaktadır. “” şeklinde tanımlanmaktadır. Daha sonra, Dorothy Johnson (1959), Ida Orlando (1961) ve Ernestine Wiedenbach (1963) hemşirelik sürecini üç aşama olarak ifade etmektedir. Orlando, üç aşamayı hastanın davranışı, hemşirenin tepkisi ve hastanın yararı için hemşirelik uygulamalarının düzenlenmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Modelde bireyin tanınması ve değerlendirilmesi aşamaları bulunmaktadır [113]. 1966’da ise Virginia Henderson bilimsel yöntemle aynı basamakları içeren hemşirelik süreci modelini tanımlanmaktadır. 1967’de Yura ve Walsh hemşirelik sürecini, "günlük hemşirelik uygulamalarında, hemşirenin bütün aktivitelerine rehberlik eden düşünce şekli" olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik sürecinin; veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme şeklindeki dört aşamasına yer vermekte ve hemşirelik bakımında sistematik ve analitik yaklaşımı savunmaktadır [114]. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), 1973 yılında hemşirelik sürecinde kullanılan “Hemşirelik Uygulama Standartlarını” ifade etmektedir. Bu standartlar hemşirelik sürecini; tanılama, hemşirelik tanısı, planlama, uygulama, değerlendirme şeklinde beş basamağına göre düzenlenmekte ve hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmektedir. Amerikan Hemşireler Birliği’nin hemşirelik uygulamalarına ilişkin son dönemlerde yapılan yayınlarda “beklenen sonucu tanımlama (NOC)” sürecin üçüncü aşaması olarak kabul edilmektedir. Hemşirelik sürecinden beklenen sonuç; ölçülebilir, gerçekçi birey odaklı amaçların formüle edilmesi ve kayıt edilmesi anlamında kullanılmaktadır. Beklenen sonuçların etkili olabilmesi, hemşirelik sürecinin tüm aşamalarının etkili uygulanması ile mümkün olmaktadır. Hemşirelik süreci aşamaları hemşirelik mesleğinin profesyonelliğini ispat etmektedir. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) 1973 yılında, hemşirelik tanılarının adlandırılması ve sınıflandırılması için toplantı düzenleyen ilk oluşum olarak kabul edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri dışından, birçok uluslararası üyesi bulunan bu birlik 1982 yılında NANDA “Hemşirelik Tanıları Terminolojisi” ni açıklamıştır. Hemşirelik tanıları 1997 yılında NANDA tarafından “hastada beklenen sonuçların sınıflandırılması (NOC)” ve “hemşirelik girişimlerinin sınıflandırılması (NIC)” olarak sınıflandırılmaktadır. Günümüzde NANDA, hemşirelik tanıları terminolojisinin geliştirilmesi, yayılması ve kullanılmasını kolaylaştırmak adına hemşire kuramcılar ve üyelerinin katılımıyla iki yılda bir düzenlenen kongrelerle çalışmalarını sürdürmektedir [1, 115].

2.7 Hemşirelik Sürecinin Özellikleri ve Yararları

Modern hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik bakımını organize etmek için geleneksel bakım uygulamaları yerine, çağdaş hemşirelik sürecini kullanmanın önemini vurgulamaktadır [112]. Hemşirelik süreci, birey, aile ve toplumun mevcut veya olası sorunlarının ve sağlık bakım gereksinimlerinin saptanmasını, bu gereksinimlerin giderilmesine yönelik bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Hemşirelik süreci; hemşirelik bakımının sistematik bir şekilde sunulmasını, araştırma, eleştirel düşünme, yaratıcılık, karar verme, problem çözme süreçlerini de içeren birey, aile ve topluma özgü olarak planlanıp, uygulanan ve değerlendirilen klinik problem çözme sürecinin temeli kabul edilmektedir [116]. Hemşirelik süreci birey merkezlidir; bireyin problemlerine odaklanmaktadır. Hemşirelik süreci, bireyin sorunları veya öncelikleri değiştiğinde ya da çözüldüğünde sürekli olarak yenilenen eylemler dizisi olarak kabul edilmektedir [117]. Hemşireler, bireylerin problemlerine ve ihtiyaçlarına göre bakımı planlayarak, bireyin kendi bakımında aktif bir katılımcı olarak yer almasına olanak sağlamaktadırlar. Bu durum bireye kendi bakımı üzerinde söz sahibi olma hakkını tanımaktadır [1]. Bu bağlamda hemşirelik sürecinin özellikleri ele alındığında:

- ✚ Hemşire ve birey etkileşiminin merkezi olup, bireyselleştirilmiş ilişkinin kurulmasına destek olmaktadır.
- ✚ Hemşirelik girişimleri için bir çerçeve oluşturmakta ve her bireyin günlük yaşamını sürdürme yeteneğini etkileyen ve yardım gerektiren sorunlarına tam olarak odaklanmaktadır.
- ✚ Bireyin sağlık bakım gereksinimleri, mevcut veya olası problemleri değerlendirilerek hemşirelik bakımında birey merkezli, dinamik, esnek ve sistematik bir yaklaşım uygulanmaktadır.
- ✚ Hemşirelik süreci, sunulan hemşirelik bakımının değerlendirilmesinin sürekliliğini sağlamakta, hemşirelik bakımını geliştirerek hasta güvenliği ve bakımın kalitesi üzerine odaklanmaktadır.
- ✚ Hemşirelik sürecinin temel ilkeleri, bilgiye, beceriye, deneyime, eleştirel düşünmeye, otonomiye, problem çözümüne, bilimsel yöneme

ve kanıta dayanmaktadır. Bu ilkeler doğrultusunda verimli ve uygun maliyetli en iyi sonuçlara ulaşılmaktadır.

- ✚ Sunulan hemşirelik bakımında, hemşirenin otonomisinin, bilgisinin artırılmasını ve hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesini desteklemektedir.
- ✚ Hemşirelik süreci; her yaş grubuna, bütün sağlık kuruluşlarında ve eğitim ortamlarında kullanılabilmektedir. Sağlık-hastalık sürecinin herhangi bir noktasında uygulanabilir dolayısıyla evrensel olarak kabul edilmektedir.
- ✚ Yasal doküman ve araştırmalar için yazılı kaynak oluşturmaktadır. Hemşirelik sürecinin tüm aşamalarının kayıt edilmesi hataları, eksikleri ve gereksiz tekrarları önlemekte yazılı veya elektronik ortamda bir veri tabanı sağlamaktadır [1, 42, 118, 119, 120, 121].

Hemşirelik uygulamalarına bilimsel bir kimlik kazandıran hemşirelik sürecinin hemşirelik mesleğine birçok yararı dokunmaktadır. Profesyonel hemşireliğe, hemşirelik sürecini kullanmanın ne gibi katkılar sağlayabileceği ise şu şekilde sıralanabilmektedir:

- ✚ Hemşirelik süreci; sağlıklı/hasta bireye bütüncül bir yaklaşım ile her bireyin onuru, değeri ve bireyselliği dikkate alınarak profesyonel bir ilişkinin kurulmasına destek olmaktadır.
- ✚ Hemşirelerin, bakımı sistematik bir şekilde vermesini sağlayarak, bireyin tercihlerine, gereksinimlerine ve değerlerine saygıya dayalı, bireyin katılımının sağlandığı koordineli ve birey merkezli bakımı organize etmekte ve sürekliliğini sağlamaktadır.
- ✚ Hemşirelik süreci, bir plan doğrultusunda bakım verilmesini sağladığından zaman ve kaynakların etkin kullanımını desteklemektedir.
- ✚ Hemşirenin, yaratıcılığını, eleştirel düşünme, problem çözme gücünü artırarak karar verme ve kritik düşünme yeteneğini geliştirmektedir. Her bir basamağı planlı, incelikli ve belirli bir hedefe ulaşmak için

tasarlanmış olan hemşirelik süreci, bir kritik düşünme modeli olarak kabul edilmektedir.

- ✚ Hemşirelere, bilgi, uzmanlık ve sezgilerini kullanma fırsatı vermekte, hemşirelik bakımında kontrol sahibi olmalarını sağlayarak, hemşireliğin otonomisini ve profesyonel anlamda gelişmesini desteklemektedir.
- ✚ Bilimsel bilgi ve birikimin hemşirelik girişimleri ile hayata geçmesini sağlamaktadır.
- ✚ Hemşireler, bilgisini, becerisini, yetkinliğini ve deneyimini ortaya koyarak bireylere yaklaştığından mesleki doyum artmaktadır.
- ✚ Hastalık durumunda olası komplikasyonların tespit edilmesi, önlenmesi ve tedavi edilmesinde hemşirelik gözleminin önemini ortaya çıkarmaktadır.
- ✚ Mevcut veya olası soruna yönelik çalışıldığından hemşirelere zaman ve insan gücü açısından ekonomik fayda sağlamakta, verimli ve uygun maliyetli en iyi sonuçlara ulaşmayı desteklemektedir.
- ✚ Hemşireler ve diğer sağlık disiplinleri arasında etkili iletişimi ve iş birliğini esas alarak ekip çalışması sağlamaktadır.
- ✚ Kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmesi için uygun sağlık bakım ortamının oluşturulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır.
- ✚ İdari denetlemeler için yasal ve etik doküman, hemşirelikle ilgili eğitim ve araştırmalar için yazılı ya da elektronik kaynak oluşturmakta ve böylece hemşirelik hizmetlerini görünür kılmaktadır.

Bireye, aileye ve topluma sunulan sağlık bakım hizmetinde hemşirelik sürecinin önemli bir kavram olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle ülkemizde yasal düzenlemelerle bakımda hemşirelik sürecinin kullanımı zorunlu hale getirilmiştir. Hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarını içeren ve 2010 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nin 6. maddesinde; hemşirelerin hemşirelik sürecini yasal olarak kullanması gerekliliği, hemşirelik sürecinin amacı ve bireye bağlı ihtiyaçların belirlenmesi gerektiği vurgulanmakta ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak

planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve denetlenmesi üzerinde durulmaktadır [1, 42, 117, 121, 122].

2.8 Hemşirelik Sürecinin Aşamaları

Hemşirelik süreci birbirini izleyen ve bütünleyen, her biri eşit öneme sahip, her birinin doğruluk ve etkinliği diğerlerine yansıyan, fakat her birinde farklı yöntemler kullanılan aşamalardan oluşmaktadır. Bu aşamalar: Veri toplama, hemşirelik tanısı belirleme, NOC (hemşirelik bakım sonuçlarının sınıflanması), planlama (NIC), uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. NOC kavramı birçok kaynakta hemşirelik sürecinin hemşirelik tanısı aşamasında değinilmekte, fakat ayrı bir aşama halinde bulunmamaktadır [107].

2.8.1 Veri toplama

Hemşirelik sürecinin ilk basamağıdır. Verilerin sistematik olarak sürekli toplanması, organize edilmesi, doğrulanması ve belgelenmesi olarak tanımlanmaktadır. Veri toplama ya da durum değerlendirmesi olarak adlandırılan bu aşama hemşirelik sürecinin tüm aşamaları boyunca yapılan süreklilik arz eden bir süreçtir. Veri toplama ya da durum değerlendirmesi, hastanın ve ailesinin hastaneye kabulü ile başlamakta ve taburcu olana kadar devam etmektedir. Hemşirelik sürecinin diğer basamaklarıyla etkileşim halinde, organize edilmiş, dinamik ve tüm süreç boyunca devam eden bir aşama olarak kabul görmektedir. Veri toplama aşaması; veri toplama, verileri organize etme, verileri doğrulama ve verileri belgeleme basamaklarından oluşmaktadır. Hemşirelik bakımının doğru ve eksiksiz bir şekilde planlanmasında bireylere ve ailelerine ait verilerin kapsamlı olarak toplanması ve değerlendirilmesi önem taşımaktadır [107, 123].

2.8.1.1 Veri tipleri

Veriler; objektif ve sübjektif olarak gruplandırılmaktadır. Objektif veriler; gözlem, fiziksel değerlendirme, yapılan tanı işlemleri ve laboratuvar sonuçları ile toplanan verileri kapsamaktadır. Sübjektif veriler diğer bir adıyla örtülü veriler ise; bireyin algısı, anlayışı, hisleri, inanç ve tutumlarına dayalı yalnızca birey tarafından hissedilebilen veriler olarak adlandırılmaktadır [123, 124].

2.8.1.2 Veri kaynakları

Veriler çeşitli kaynaklardan elde edilmektedir. Veri kaynakları primer ve sekonder olarak gruplandırılmaktadır. Bireyin kendisi en iyi bilgi kaynağı olup primer veri kaynağıdır. Aile üyeleri, diğer sağlık profesyonelleri, tıbbi kayıtlar, raporlar, laboratuvar ve tanı analizleri sekonder kaynaklar olarak kabul edilmektedir [125, 126].

2.8.1.3 Veri toplama yöntemleri

Sağlıklı/hasta birey hakkında veriler; gözlem, görüşme, hemşirelik öyküsü, fiziksel değerlendirme ve laboratuvar bulgularının incelenmesi aracılığıyla toplanmaktadır. Gözlem; tüm duyu organları aracılığıyla veriler toplanmaktadır. Görerek (tüm görünüm; beden boyutu, duruş, giyim, sıkıntılı ve rahatsız durum vb.), koklayarak (vücut veya solunum kokusu gibi), duyarak (akciğer, kalp, bağırsak sesleri, konuşulan dil vb.) ve dokunarak (cilt sıcaklığı, nemi, kas gücü, nabız hızı vb.) birey hakkında bilgi toplanmaktadır [123].

Görüşme; Hemşirelikte görüşmenin temel amacı, bireyin fiziksel, gelişimsel, emosyonel, entelektüel ve sosyal durumunu değerlendirmektir. Görüşme; zaman, yer, ortam, oturma düzeni, uzaklık ve dil göz önüne alınarak yapılmaktadır. Birey rahat ve telaşsız olmalı. Görüşme başka kişiler tarafından bölünmemeli. Ortam iyi ışıklandırılmış, havalandırılmış ve sessiz olmalıdır. Oturma düzeni ne çok yakın ne de çok uzak olmalı ve aynı dil konuşulmuyor ise çevirmen gerekmektedir. Görüşme sırasında tıbbi terimler kullanmamaya özen gösterilmelidir. Sağlıklı bir görüşmenin sürdürülebilmesi için belirli adımların izlenmesi gerekmektedir. Birey ile karşılıklı konuşurken göz hizasında oturup, hemşirenin adını ve görevini söyleyip kendisini tanıtmayı, görüşmenin amacını açıklaması gerekmektedir. Ses tonunun bireye güven vermesinin önemi büyüktür. Görüşme süresince bireyin kendini ifade etmesine imkân tanınır, gereksiz sorulardan kaçınılması, görüşme sırasında profesyonel bir tutum sergilenmesi, görüşmeyi sonlandırırken konuşulanların özetlenmesi gerekmektedir [123, 126].

Hemşirelik öyküsü; Bireyin sağlık bakım merkezine kabulünden sonra en kısa zamanda yapılmaktadır. Öykü, bireyi kapsamlı bir şekilde tanımaya odaklanmaktadır bu nedenle bireyin kişisel bilgileri, şikayetleri, sağlık algısı, mevcut sağlık problemi,

geçmiş sağlık öyküsü, ailesel hastalık öyküsü, kullandığı ilaçları, alerjileri, yaşam biçimi, yardımcı cihaz kullanımı, günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal durumu hakkındaki verileri içermektedir. Kapsamlı hemşirelik öyküsü alınması bireyin bireyselleştirilmiş bakımına katkı sağlamaktadır [123, 124].

Fiziksel değerlendirme; fiziksel muayene baştan ayağa veya beden sistemleri yaklaşımı tercih edilerek sistematik olarak yapılmaktadır. Muayenede; inspeksiyon (gözle muayene), oskültasyon (steteskop ile dinleme), palpasyon (el ile muayene) ve perküsyon (elle vurarak muayene) teknikleri kullanılmaktadır [127].

2.8.1.4 Verilerin organizasyonu

Veriler sistematik şekilde toplanmakta ve organize edilmektedir. Yazılı veya bilgisayar destekli kayıt biçimleri kullanılmaktadır bu nedenle sağlık öyküsü veri tabanı formu aracılığıyla alınmaktadır. Geçmişten günümüze birçok hemşire teorisyen bireylerin gereksinimlerinin doğru tanımlanmasında veri toplama formatlarının etkisi olduğunu düşünmüş ve bazı modeller geliştirmiştir. Bireylerden elde edilen verileri bir araya getirmeyi sağlayan farklı veri formları mevcuttur. Bu formların çoğu seçilen teorilere (Virginia Henderson kuramı, Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli vb.) dayandırılmaktadır [123].

2.8.1.5 Verilerin doğrulanması ve belgelenmesi

Verilerin doğrulanması toplanan verilerin gerçek ya da doğru olduğundan emin olunmasıdır. Hatalardan, önyargılardan ve yanlış yorumlamalardan verilerin arındırılması amaçlanmaktadır. Elde edilen verilerin doğruluğundan emin olmak için; verilerin doğruluğunu geçici olarak etkileyen faktörlerin kontrol edilmesi, elde edilen veriler normalden oldukça farklı olduğunda mutlaka yeniden veri toplanması, verilerin düzenli aralıklarla kontrolünün sağlanması gerekmektedir [23, 41, 42].

Verilerin doğrulanması ve doğrulanan verilerin eksiksiz kayıt edilmesi önem taşımaktadır. Kayıtlar en kısa sürede, hastanın gereksinim duyduğu bakım karşılandıktan sonra tutulmaktadır. Zamanında, eksiksiz, doğru kayıt tutulması, özel hayatın gizliliğine ve mahremiyete önem verilerek birey hakkındaki tüm kişisel verilerin gizliliğinin sağlanması gerekmektedir. Kayıtlarda yer verilen ifadeler; kişisel yorumlara dayanmamakta, gerçeklere dayanmaktadır. Sonuç olarak; hemşirelik tanısının belirlenmesinde hemşirelik sürecinin veri toplama aşaması oldukça önemlidir. Bu aşamada hemşirenin, iletişim yöntemlerini iyi bilmesi ve etkili

kullanabilmesi hem iyi bir gözlemci hem iyi bir dinleyici olması, kapsamlı hemşirelik öyküsü alabilmesi, fizikselmuayene yöntemlerini iyi bilmesi, bilgili ve deneyimli olması gerekmektedir [23, 128].

2.8.2 Hemşirelik tanısı belirleme

Hemşirelik sürecinin ikinci aşaması olan; hemşirelik tanısının belirlenmesi, toplanan tüm verilerin analizine dayanmaktadır. Bu aşama yeterli veri toplanmasına bağlı olmakta, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları için doğru adımların atılmasında önem taşımaktadır. Hemşirelik tanıları, hemşirenin bağımsız olarak, uygun hemşirelik yaklaşımları ile önlemek ya da çözümlmek için yasal olarak ele almaya yetkili olduğu, birey, aile ve grupların mevcut veya potansiyel sağlık problemleri konusunda verilen klinik kararlar olarak ifade edilmektedir. Bu klinik kararlar, hemşirenin mesleki bilgi, beceri ve tutumu ile özerk olacağı önemli kararlardır. Hemşirelik tanıları, hemşirenin sorumlu ve yetkili olduğu sonuçlara ulaşmak için hemşirelik girişimlerinin seçimine temel oluşturmaktadır. Hemşirelik tanısının gelişim süreci incelendiğinde hemşirelik tanısı kavramı, ilk olarak 1950’li yıllarda Virginia Fry tarafından ortaya atılmakta ve bireysel bakım planının geliştirilmesinde en önemli adımın hemşirelik tanısının formüle edilmesi olduğu vurgulanmaktadır [129, 130, 131].

Hemşirelik tanısı hemşirelik alanına ilk defa 1950 yılında girmiş ve ilk profesyonel kuruluş olan Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA-North American Nursing Diagnosis Association) 1982 yılında kurulmuştur. Günümüzde, doğru hemşirelik tanısı seçmede önemli bir kaynak olan NANDA’ nın amacı; profesyonel hemşirelerin uygulamalarında kullanabilecekleri net olarak belirlenmiş, anlaşılır ve sadeleştirilmiş hemşirelik tanıları terminolojisi geliştirerek sınıflandırma yapmaktır. NANDA tarafından 1987 yılında hemşire teorisyenlerin çalışmalarına dayanan Taksonomi I yayınlanmış. 1988 yılında ise Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli benimsenmiş ve modelde uyarlamalar yapılarak 2003 yılında Taksonomi II uygulanmaya başlamıştır. Gordon fonksiyonel sağlık örüntüleri 11 aşamadan oluşmaktadır. Bunlar:

Sağlığı algılama ve sağlık yönetimi: Sağlığın yönetim biçimi, bireyin sağlığı ve iyilik halini nasıl algıladığını ve nasıl yönettiğini tanımlamaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

- ✚ Şu anki sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
- ✚ Sağlığınıza korumak ve geliştirmek için ne tür uygulamalar yaparsınız?
- ✚ Son iki yıl içinde sağlığınıza yükseltmek için yaşam stilinizde herhangi bir değişiklik yaptınız mı?
- ✚ Sağlığınıza yükseltme amaçlarınız nelerdir?
- ✚ En son ne zaman bir sağlık bakım vericiyi ziyaret ettiniz? Nedeni neydi? Sağlık bakım vericinin önerdiklerini takiben herhangi bir probleminiz oldu mu?

Beslenme-metabolik: Metabolik gereksinimlerle ilişkili olarak besin ve sıvı tüketimi örüntüsünü tanımlamaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

- ✚ Şu anki boyunuz ve kilonuz nedir?
- ✚ Son zamanlarda herhangi kilo alımı veya kilo kaybı yaşadınız mı?
- ✚ İştahınızda herhangi bir değişim oldu mu?
- ✚ Günlük menünüzü tanımlayın (yemek aralarında alınanlarda dahil).
- ✚ Özel diyetiniz var mı? Varsa nedir bu diyetiniz? Nasıl takip ediyorsunuz? Sakıncığınız yiyecekler var mı?
- ✚ Herhangi vitamin desteği kullanıyor musunuz?
- ✚ Çiğneme veya yutma probleminiz var mı; hazımsızlık, ağız yarası, diş çürüğü?
- ✚ Takma dişiniz var mı?
- ✚ Saçınızda, tırnaklarınızda, derinizde herhangi bir değişiklik oldu mu?

Eliminasyon: Bağırsak, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimini tanımlamaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

- ✚ Barsak alışkanlığınız ne sıklıkta olmaktadır?
- ✚ Diyare, konstipasyon, gaita kaçırma gibi herhangi probleminiz var mı? Bu değişiklikler olduğunda herhangi bir ilaç kullanır mısınız?
- ✚ Barsak alışkanlığınızda herhangi bir değişim fark ediyor musunuz?
- ✚ Her zamanki idrara çıkma düzeninizi tanımlayın. Gün boyunca ve gece ne sıklıkta idrara çıkarsınız?
- ✚ Öksürdüğünüzde, aksırdığınızda veya güldüğünüzde idrar kaçırma oluyor mu?

İdrara çıkmak istediğinizde idrar yapma ile ilgili probleminiz var mı?

Aktivite-egzersiz: Bireyin aktivitelerini, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlamaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

Düzenli olarak meşgul olduğunuz fiziksel egzersizin çeşidi, sıklığı ve miktarını tanımlayın.

Boş zamanlarınızda yaptığınız aktiviteler nelerdir?

Kendi kendine beslenme, banyo yapma, saç tarama ve giyinme, tuvalete gitme, hareket etme, merdiven çıkma, alışveriş, yemek pişirme, ev işi vb. aktiviteleri ne derece yapabiliyorsunuz?

Uyku-dinlenme: Bireyin uyku, dinlenme ve gevşeme biçimini tanımlamaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

Uykudan sonra kendinizi iyi dinlenmiş olarak hissediyor musunuz?

Uyku probleminiz oluyor mu?

Uykuya dalmada zorluk? Diğer?

Rahat uyumanıza katkıda bulunan şeyler nelerdir?

Bilişsel-algısal: Bireyin duygusal algılama ve biliş durumunu tanımlamaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

Sağlığını korumak ve geliştirmek için bilmek istediği konular ve ağrı yaşama durumu değerlendirilmektedir.

Ağrısı olduğunda neler yaptığı sorgulanmaktadır.

Öğrenme yöntemleri analiz edilmektedir.

Kendini algılama: Beden imgesi, duygu durumu, kendini algılama ve kavrama şeklinde tanımlanmaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

Duymada, görmede herhangi probleminiz var mı?

Duyma cihazı kullanır mısınız? Sağ, sol veya her iki kulakta? Gözlük ya da kontakt lens kullanıyor musunuz?

Eğitimsel materyalleri okumada herhangi probleminiz var mı?

- ✚ Yeni şeyleri öğrenmenin en iyi yolu nedir? Okuma? Demonstrasyon? Video? Ağrınız oluyor mu? Ağrınızı nasıl kontrol ediyorsunuz?
- ✚ Genel olarak kendinizi nasıl hissedersiniz?
- ✚ Sizin güçlü yönlerinizi ne belirler?
- ✚ Sağlığınız, hastalığınız, hastanede olmanızla ilgili sizi en çok ne endişelendirir?

Rol-ilişki: Bireyin üstlendiği rol ve ilişkileri tanımlamaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

- ✚ Çalışıyor musunuz? Çalışmıyor musunuz?
- ✚ Engel teşkil edecek bir durumunuz var mı?
- ✚ Geçinmek için ne yaparsınız? (Eğer emekliyse) Geçmişteki mesleğiniz neydi?
- ✚ Emekli olmanızla ilgili ne hissediyorsunuz?
- ✚ Yalnız mı yoksa birileriyle mi yaşıyorsunuz? Kimin desteği size güven verir? Eşinizle, partnerinizle, çocuklarınızla ve diğer aile üyeleriyle ne tür ilişkileriniz var?
- ✚ Sağlığınız/hastalığınız ailenizi veya diğer önemli kişileri nasıl etkiler? Herhangi birine (eşiniz, çocuğunuz, partneriniz vb.) bakıyor musunuz? Eğer siz olmasanız bu kişiye ne olur?

Cinsellik- üreme: Bireyin cinsellik örüntüsü ile ilgili doyum ve doyumsuzluk örüntülerini, üreme örüntülerini tanımlamaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

- ✚ Cinsel sağlığınız ile ilgili endişeleriniz var mı?
- ✚ Sağlığınızda cinsel sağlık/ rollerinizi etkileyen yeni değişimler oldu mu?
- ✚ Cinsel yolla bulaşan hastalığınız oldu mu? Eğer olduysa tanımlayın.

Baş etme-stres toleransı: Bireyin stresle baş etme yöntemlerini tanımlamaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

- ✚ Şu anki stres miktarınızı nasıl değerlendirirsiniz? Yüksek? Orta? Düşük? Stres altında olduğunuzda ne yaparsınız?

- Geçen yıl yaşamış olduğunuz major yaşam deneyimleri ve stresler nelerdi?
Yaşamınızda herhangi bir yeni kayıp/ kayıplar yaşadınız mı?

Değer-inanç: Spiritüel inançlar da dahil, inançlara değerlere, seçimlere rehberlik eden amaçlarla ilgili örüntüleri tanımlamaktadır. Bireyler ile görüşürken yararlanılacak soru örnekleri:

- Yaşamınızdaki en önemli şey nedir?
- Dinle ilgili yakın ilişkileriniz var mı?
- Sağlık bakımı verenlerin bilmesini istediğiniz herhangi bir özel isteğiniz var mı?
- Bakımınız karşılanırken sağlık bakımı veren kişinin göz önünde bulundurması gereken değer ve inançlarınız var mı?

Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli, hemşirelik bakımının kuramsal bir temele dayandırılmasını, bakımın bilimsel, planlı ve sistematik olarak verilmesini sağlayarak hemşirelere sistematik değerlendirme yapmada, veri toplamada, planlamada ve uygulamada rehberlik etmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelerin eleştirel düşünme, karar verme ve sorun çözme yeteneklerini de arttırmaktadır [123, 129, 130, 132, 133].

Fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplanmış hemşirelik tanıları şöyle ele alınmaktadır:

1.Sağlığı Algılama ve Sağlığın Yönetiminde Hemşirelik Tanıları

- Bağıışıklık Durumunu Güçlendirmeye Hazır Oluş
- Büyüme ve Gelişmede Gecikme Riski
- Gelişmede Gecikme Riski
- Orantısız Büyüme Riski
- Yetişkin Tip İyileşmede Yetersizlik
- Cerrahi İyileşmede Gecikme
- Kendi Sağlığını Yönetmede Yetersizlik
- Kontaminasyon
- Perioperatif Pozisyonda Travma Riski

- ✚ Riskli (Risk Alıcı) Sağlık Davranışları
- ✚ Sağlığı Geliştirme Davranışları
- ✚ Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik
- ✚ Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük/Uyumsuzluk
- ✚ Travma Riski
- ✚ Boğulma Riski
- ✚ Düşme Riski
- ✚ Yaralanma Riski
- ✚ Zehirlenme Riski
- ✚ Ani Bebek Ölüm Sendromu Riski

2.Beslenme ve Metabolik Durum Hemşirelik Tanıları

- ✚ Adaptif Kapasitede Azalma: İntrakranial
- ✚ Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Fazla
- ✚ Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden Az
- ✚ Beslenmede Güçlenmeye Hazır Oluş
- ✚ Dentisyonda Bozulma
- ✚ Bebeğin Beslenme Örüntüsünde Etkisizlik
- ✚ Yutmada Bozulma
- ✚ Elektrolit Dengesizliği Riski
- ✚ Emzirme: Etkisiz Emzirme
- ✚ Emzirmenin Kesintiye Uğraması
- ✚ Emzirmede Güçlendirilmeye Hazır Oluş
- ✚ Enfeksiyon Riski
- ✚ Enfeksiyon Bulaştırma Riski
- ✚ Kan Glukozunda Değişkenlik (İstikrarsızlık) Riski
- ✚ Karaciğer Fonksiyonunun Bozulma Riski

- ✚ Korunmada (Savunmada) Etkisizlik
- ✚ Doku Bütünlüğünde Bozulma
- ✚ Deri Bütünlüğünde Bozulma
- ✚ Oral Mukoz Membranda Bozulma
- ✚ Lateks Alerji Tepkisi
- ✚ Lateks Alerji Tepkisi Riski
- ✚ Neonatal Sarılık
- ✚ Sıvı Volüm Eksikliği
- ✚ Sıvı Volüm Dengesizliği Riski
- ✚ Sıvı Volüm Fazlalığı
- ✚ Vücut Sıcaklığında Dengesizlik Riski
- ✚ Hipertermi
- ✚ Hipotermi
- ✚ Etkisiz Termoregülasyon

3. Eliminasyon Hemşirelik Tanıları

- ✚ Barsak İnkontinansı
- ✚ Diyare
- ✚ Konstipasyon
- ✚ Algılanan Konstipasyon
- ✚ Konstipasyon Riski
- ✚ Üriner Boşaltımda Bozulma
- ✚ Devamlı İnkontinans
- ✚ Fonksiyonel İnkontinans
- ✚ İdrar Tutamama (Sıkışarak Kaçırma)
- ✚ İdrar Tutamama (Sıkışarak Kaçırma) Riski
- ✚ Matürasyonel Enürezis

- ✚ Refleks İnkontinası
- ✚ Stres İnkontinansı
- ✚ Taşma/Tahliye İnkontinansı

4. Aktivite ve Egzersiz Hemşirelik Tanıları

- ✚ Aktivite İntoleransı
- ✚ Aktivite Planlamada Etkisizlik
- ✚ Amaçsız Gezinme
- ✚ Bebek Davranışının Disorganizasyonu
- ✚ Bebek Davranışının Disorganize Olma Riski
- ✚ Bebek Davranışının Organizasyonunu Güçlendirmeye Hazır Oluş
- ✚ Disuse (Kullanmama) Sendromu
- ✚ Enerji Alanında Rahatsızlık
- ✚ Eğlence Aktivitesinde Eksiklik
- ✚ Enerji Alanında Rahatsızlık
- ✚ Etkisiz Doku Perfüzyonu (Spesifik)
- ✚ Evin Bakımını Sağlamada Yetersizlik
- ✚ Fiziksel Mobilitede Bozulma
- ✚ Yatak İçi Mobilitede Bozulma
- ✚ Yürümede Bozulma
- ✚ Tekerlekli Sandalye ile Mobilitede Bozulma
- ✚ Tekerlekli Sandalyede Transfer Yeteneğinde Bozulma
- ✚ Kanama Riski
- ✚ Kardiyak Out-Put'ta Azalma
- ✚ Öz bakım Eksikliği Sendromu
- ✚ Kendi Kendine Beslenmede Eksiklik
- ✚ Kendi Kendine Giyinebilmede Eksiklik

- ✚ Kendi Kendine Tuvaleti Kullanmada Eksiklik
- ✚ Kendi Kendine Yıkanmada/Hijyeni Sağlamada Eksiklik
- ✚ Özbakımda Güçlendirilmeye Hazır Oluş
- ✚ Periferel Nörovasküler Disfonksiyon Riski
- ✚ Sedanter (Hareketsiz) Yaşam Şekli
- ✚ Solunum Fonksiyonunda Etkisizlik Riski
- ✚ Etkisiz Solunum Örüntüsü
- ✚ Gaz Değişiminde Bozulma
- ✚ Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik
- ✚ Spontan Ventilasyonu Sürdürmede Yetersizlik
- ✚ Ventilatörden Ayrılmaya Disfonksiyonel Tepki
- ✚ Şok Riski
- ✚ Vasküler Travma Riski

5. Uyku ve Dinlenme Biçimi Hemşirelik Tanıları

- ✚ Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık
- ✚ Uykusuzluk (İnsomnia)
- ✚ Uyku Yoksunluğu
- ✚ Uyku Bozukluğu
- ✚ Uyku Kalitesini Güçlendirmeye Hazır Oluş

6. Bilişsel Algılama Biçimi Hemşirelik Tanıları

- ✚ Aspirasyon Riski
- ✚ Bilgi Eksikliği (Spesifik)
- ✚ Bilgi Düzeyini Güçlenmeye Hazır Oluş
- ✚ Çevreyi Yorumlamada Bozulma Sendromu
- ✚ Duyusal Algılamada Bozulma (Spesifik)
- ✚ Düşünme Süreçlerinde Bozulma

- ✚ Bellekte Bozulma
- ✚ Karar Vermede Çatışma
- ✚ Konfüzyon
- ✚ Akut Konfüzyon
- ✚ Akut Konfüzyon Riski
- ✚ Kronik Konfüzyon
- ✚ Otonomik Disrefleksiya
- ✚ Otonomik Disrefleksiya Riski
- ✚ Rahatta Bozulma
- ✚ Akut Ağrı
- ✚ Kronik Ağrı
- ✚ Bulantı
- ✚ Rahatlığını (Konforu) Güçlendirmeye Hazır Oluş
- ✚ Unilateral (Bir Tarafı) İhmal Etme

7. Kendini Algılama Biçimi Hemşirelik Tanıları

- ✚ Anksiyete
- ✚ Ölüm Anksiyetesi
- ✚ Benlik Kavramında Rahatsızlık
- ✚ Beden İmgesinde Rahatsızlık
- ✚ Bireysel Kimlik (Kendilik) Tanımında Bozulma
- ✚ Benlik Saygısında Rahatsızlık
- ✚ Durumsal Düşük Benlik Saygısı
- ✚ Kronik Düşük Benlik Saygısı
- ✚ Güçsüzlük
- ✚ Güçlendirilmeye Hazır Oluş
- ✚ Güçsüzlük Riski

✚ İtibarın Tehlikeye Girmesi Riski

✚ Korku

✚ Ümitsizlik

✚ Ümidi Güçlendirmeye Hazır Oluş

✚ Yorgunluk

8. Rol ve İlişki Biçimi Hemşirelik Tanıları

✚ Acı Çekme

✚ Beklenen Acı Çekme

✚ Karmaşık (Çapraşık) Acı Çekme

✚ Kronik Keder

✚ Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma

✚ Disfonksiyonel Aile İçi Süreçler

✚ Ebeveynlikte Yetersizlik

✚ Ebeveyn- Bebek- Çocuk Bağlılığında Bozulma Riski

✚ Ebeveynlik- Rol Çatışması

✚ İletişimde Bozulma

✚ Sözel İletişimde Bozulma

✚ İlişkilerde Güçlenmeye Hazır Oluş

✚ Rol Performansında Etkisizlik

✚ Sosyal Etkileşimde Bozulma

✚ Sosyal İzolasyon

✚ Yalnızlık Riski

9. Cinsellik ve Üreme Biçimi Hemşirelik Tanıları

✚ Çocuk Yetiştirme Süreçlerinde Güçlendirilmeye Hazır Oluş

✚ Maternal /Fetal İkili Boyutunda Rahatsızlık Riski

✚ Cinsellik Örüntülerinde Etkisizlik

✚ Cinsel Disfonksiyon

10. Başetme ve Stres Toleransı Hemşirelik Tanıları

✚ Bakım Verici Rolünde Zorlanma

✚ Bakım Verici Rolünde Zorlanma Riski

✚ Etkisiz Bireysel Baş Etme

✚ Savunucu Baş Etme

✚ Etkisiz İnkâr

✚ Aile Baş Etmesi- Güçlendirilmeye Hazır Oluş

✚ Aile Baş Etmesi- Ödün Verme

✚ Etkisiz Toplumsal Baş Etme

✚ Baş Etmede Güçlenmeye Hazır Oluş

✚ İntihar Riski

✚ Dayanma Gücünde (Esneklikte) Bozulma

✚ Kendine Zarar Verme Riski

✚ Kendini Sakat Etme

✚ Kendini Sakat Etme Riski

✚ Kendini İhmal Etme

✚ Post Travma Sendromu

✚ Post Travma Sendromu Riski

✚ Tecavüz Travma Sendromu

✚ Relokasyon / Taşınma Stresi Sendromu

✚ Stres Yüklenmesi

✚ Şiddet Riski- Başkalarına Yönelik

✚ Şiddet Riski -Kendine Yönelik

11. Değer ve İnançlar Biçimi Hemşirelik Tanıları

✚ Dinsel Kurallara Uymada Bozulma

- ✚ Dinsel Kurallara Uymada Bozulma Riski
- ✚ Moral Distress / Ahlaki Sıkıntı
- ✚ Spiritüel Distress (Manevi Sıkıntı)
- ✚ Spiritüel Distress Riski
- ✚ Spiritüel İyilik Halini Güçlendirmeye Hazır Oluş
- ✚ İnsan İtibarının Tehlikeye Girme Riski [130].

Günümüzde, doğru hemşirelik tanısı koymada önemli bir kaynak olan NANDA'nın hemşirelik tanıları taksonomisi rehber olarak kullanılmaktadır. Bu taksonomi, Carpenito-Moyet tarafından yazılmıştır. Ortak hemşirelik terminolojisi kullanımı, hemşirelik bakımının tanımlanması ve açıklanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Ortak terminoloji, hemşirelik kavramlarını ve olgularını açıklamakta, ulusal ve uluslararası alanda bireyin sorunlarını, beklenen sonuçları ve hemşirelik girişimlerini tanımlamakta, hemşirelik bakımını geliştirmektedir. Doğru hemşirelik tanıları koymak, hastaların kaliteli bir hemşirelik bakımı alabilmelerine yardımcı olmaktadır. Doğru tanı, bireyin problemini, tanımlayıcı özelliklerini (semtom ve bulgular) ve ilişkili faktörlerini (etioloji) ifade etmektedir. Bu nedenle bu ilişkiler açık ve net bir dille yazılmaktadır [123, 129, 130, 134, 135].

2.8.2.1 Hemşirelik tanı türleri

Hemşirelik tanı türleri; gerçek (mevcut, var olan) tanı, risk (potansiyel) tanısı, iyilik tanısı, olası tanı ve sendrom tanısı olmak üzere beş tipe ayrılmaktadır.

- ✚ Gerçek (mevcut, var olan) hemşirelik tanısı: Bireyin veri toplama aşamasında var olan problemidir. Bu tanı, majör tanımlayıcı özelliklerinden dolayı hemşirenin geçerliliğini doğruladığı belirti ve bulgulara dayanmaktadır. Mevcut hemşirelik tanıları için, sübjektif veya objektif veriler mevcuttur. Tanı etiketi, tanım, tanımlayıcı özellikler (semtom) ve ilişkili faktörler (etioloji) olmak üzere dört bileşenden oluşmaktadır.

Örnek: Cilt ve muköz membranda kuruluk ve oral sıvı alımının azalması, bulantı-kusma ile ilişkili 'Sıvı volüm eksikliği'

- ✚ Risk (potansiyel) hemşirelik tanısı: Problemin var olmadığı klinik yargıdır. Birey risk faktörlerini taşımakta fakat belirti, bulguları ve tanımlayıcı

özellikleri göstermemektedir. Klinik koşullar nedeniyle birey sorun veya komplikasyon gelişmesi açısından risk altındadır. Risk hemşirelik tanısı; tanı etiketi, tanım ve risk faktörleri olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır.

Örnek: İnvaziv girişimler ile ilişkili ‘Enfeksiyon riski’

- İyilik hemşirelik tanısı: Bireyin, ailenin ve toplumun sağlık potansiyelini ve iyilik halini artırma isteği ve motivasyonuna ilişkin klinik yargıyı içermektedir. Davranışları ile spesifik bir sağlık davranışını geliştirmeye hazır olduğunu gösteren birey, aile veya toplum adına kullanılmaktadır. Bu tanının bileşenleri; tanı etiketi, tanım ve tanımlayıcı özelliklerden oluşmaktadır, fakat ifade edilirken sadece tanı etiketi kullanılmaktadır.

Örnek: Umudu geliştirme isteği

- Olası hemşirelik tanısı: Sağlık problemi hakkındaki kanıtın yeterli olmadığı durumlar bu tanıda tanıyı destekleyen veya reddeden daha fazla veriye ihtiyaç duyulmaktadır. Toplanan veriler sonucunda problemin varlığı kabul edilmekte ya da reddedilmektedir. Olası hemşirelik tanısı ifade edilirken tanı etiketi ve ilişkili faktörler kullanılır.

Örnek: Yetersiz oral alımla ilişkili ‘Dengesiz beslenme olasılığı: beden gereksiniminden az’

- Sendrom hemşirelik tanısı: Aynı etiyolojiye sahip ve benzer hemşirelik girişimleri ile ele alınan spesifik hemşirelik tanı kümesini ifade eden klinik kararlar olarak açıklanmaktadır. Hemşire, sendrom tanısını ele alırken var olan tüm birbiri ile bağlantılı hemşirelik tanı kümesini değerlendirmekle yükümlüdür. Örneğin kronik ağrı sendromu tanısında; uyku örüntüsünde bozulma, sosyal izolasyon, yorgunluk, fiziksel hareketlilikte bozulma tanıları bireyde mevcuttur ve tüm bu tanıların etiyolojik faktörü kronik ağrıdır. NANDA’ nın ele aldığı diğer sendrom hemşirelik tanı örnekleri; post travma sendromu, incinebilir yaşlılık sendromu olarak ifade edilmektedir. [23, 123, 129, 130, 131].

Hemşirelik Tanısı ve Ortak (Kollobratif) Problemler: Ortak sorun, insan tepkilerinin özellikle de hastalığın tanı yöntemlerinin veya tedavilerin fizyolojik

komplkasyonlarını içermektedir. Ortak sorunda, hekimin planlamış olduğu tedavi ile hemşirenin bilgisi, becerisi, dikkati ve karar verme becerisiyle bireyin optimum sağlığa ulaşması hedeflenmektedir. Bireyin gerçek, potansiyel ve olası problemlerinin yanı sıra, hemşirenin tek başına çözümlenemeyeceği diğer sağlık ekibi üyeleri ile iş birliği içinde çözümlenebilecek olan problemler olarak da adlandırılmaktadır. Kollobratif problemler hemşirelik tanısından farklıdır. Hemşirelik tanısında hemşireler, duruma yönelik olarak hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve hedeflenen sonucu başarmaktan sorumludur. Kollobratif problemlere yönelik olarak hemşire, fizyolojik komplkasyonları ve başlangıcı tanımak için bireyin durumunu izlemektedir. Örnek olarak antikoagölan tedavi de kollobrafif problem kanama komplkasyonu riski olarak ele alınmaktadır. [23, 129, 131, 136].

2.8.2.2 Hemşirelik tanısının yapısı

NANDA taksonomisinde hemşirelik tanısı dört bileşenden oluşmaktadır. Bunlar, tanı etiketi, tanım, ilişkili faktör ve tanımlayıcı özelliklerdir.

Tanı etiketi: Hemşirelik sürecinin problemi tanımlama kısmını ifade etmektedir.

Tanım: NANDA tarafından onaylanan her hemşirelik tanısının, insan tepkilerinin özelliklerini yansıtan ve tanı etiketine netlik katan bir tanımı vardır.

İlişkili faktör (Etiyoloji): Hemşirelik tanısının bir veya daha fazla olası nedenini tanımlamaktadır. Etiyolojik faktörler aynı zamanda tanı ifadesine yön vererek hemşirelik bakımının bireyselleştirilmesine katkı sağlamaktadır.

Risk faktörü: Çevresel, fizyolojik, psikolojik, genetik veya kimyasal olabilmektedir. Risk hemşirelik tanılarının etiyolojisini tanımlamak için kullanılmaktadır.

Tanımlayıcı özellik (semptom): Tanıyı doğrulayan ve bireyde var olan klinik belirti ve bulgular kümesi olarak ifade edilmektedir. Gerçek hemşirelik tanıları için tanımlayıcı özellikler mevcutken, risk hemşirelik tanıları için tanımlayıcı özellikler mevcut değildir [131].

Hemşirelik tanılarının adlandırması ise üç bölüm şeklinde, Gordon'a göre (PES) formatı adı verilen bir formatta ifade edilmektedir. Bu adlandırma tanıyı daha çok bireye özgü kılmaktadır.

 Problem (P): Bireyin mevcut / potansiyel sağlık durumunu tanımlamaktadır.

✚ Etyoloji (E): Katkıda bulunan faktörler veya cevapların olası nedenleri. Diğer bir deyişle “ile ilişkili” “bağlı” “katkıda bulunan” gibi terimlerle ifade edilen sorunun gelişmesine neden olan durumlar.

✚ Belirti ve Bulgular (S): Birey tarafından belirtilen özelliklerin tamamı.

Örneğin; ‘‘dört günde bir katı defekasyon ile bulgulanan aktivitede azalma ile ilişkili konstipasyon’’ hemşirelik tanısında:

✚ P: konstipasyon,

✚ E: aktivitede azalma

✚ S: ise dört günde bir katı defekasyon olarak açıklanmaktadır [23, 122, 129].

Hemşirelik tanıları tıbbi tanılar ile karıştırılmamalıdır. Hemşirelik tanısı tıbbi tanıdan amaç, hedef ve terapötik müdahale bakımından ayrılmaktadır. NANDA hemşirelik ve tıbbi tanılar arasındaki ayrımları şu şekilde yapmaktadır:

Hemşirelik tanısı: Sağlık sorunlarında, sağlık süreçlerinde, mevcut veya olası sorunlarda bireyin, ailenin ya da toplumun yanıtları hakkında klinik karar verme süreci olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik tanısı, hemşirenin ulaşması gereken sonuçları elde etmesinde kullanacağı hemşirelik girişimlerinin seçimi için bir temel oluşturmaktadır. Bu noktada önemli olan; hemşirenin bağımsız rolünün saptanması olarak ifade edilmektedir.

Tıbbi tanı: Hastalık veya sendromun hekim tarafından tıbbi tanılanmasıdır. Odak noktası hastalık süreci ile o sürecin fiziksel, genetik veya çevresel nedenleri üzerindedir. Tıbbi tanı hastalık, tıbbi durum veya patoloji ile ilgilenmektedir [120].

Hemşirelik tanısı belirleme, hemşirelik bakım sürecinin en önemli komponenti olarak düşünülmekte, bireyin sorunlarını, riskli durumları, sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili durumları ele almaktadır. Hemşirelik sürecinin bu aşamasında hemşireler, eşsiz, karmaşık ve her an değişebilme özelliğine sahip olan insanın, hastalığa veya bir duruma ilişkin yanıtlarını tanılamaya çalışmaktadır. Doğru tanının formüle edilmesi, verimliliğin artmasını ve elde edilen hasta sonuçlarının iyileşmesini sağlamaktadır [131, 137].

2.8.3. Hemşirelik bakım sonuçlarının sınıflaması (NOC)

Hemşirelik sonuçları sınıflaması, 1997 yılında hemşirelik bakımına duyarlı hasta sonuçlarını ve göstergeleri kavramsallaştırmak, tanımlamak ve sınıflamak üzere Iowa Üniversitesi tarafından geliştirilmiştir. Beklenen sonuçlar bir başka ifade ile “Hemşirelik Sonuçları Sınıflandırması (Nursing Outcomes Classification)” hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından bireylerin bakımında hedeflenen sonuçlar ve girişimlerin etkisini değerlendirmek için geliştirilen birey, aile ve toplum sonuçlarının kapsamlı ve standardize edilmiş bir şekilde sınıflandırılmasıdır [23, 109, 138]. Hemşireler için bireylerin bakımları öncesi hemşirelik sürecinin planlama aşamasından önce beklenen sonuçların (amaç / hedef) belirlenmesinde ve bakım sonrası değişikliklerin değerlendirebilmesinde kullanılmaktadır. NOC; 7 alan, 31 sınıf ve yaklaşık 490 hemşirelik sonucu ve göstergeleri şeklinde gruplandırılmaktadır. Sınıflandırmada yer alan 7 alan; fonksiyonel sağlık, fizyolojik sağlık, psikososyal sağlık, sağlık bilgisi ve davranışı, algılanan sağlık, aile sağlığı ve toplum sağlığı şeklinde ifade edilmektedir. Her sonuç beş aşamalı Likert tipi ölçeğinde ölçülen değişken bir kavram olarak belirtilmekte ve tanım, göstergeler ve referanslar içermektedir. Sonuca ilişkin en iyi puanı beş temsil ederken, en kötüsünü bir temsil etmektedir. Hemşireler, puanlamadaki değişim ile hastanın durumunda gelişme olup olmadığı takip edebilmektedir. Hemşireler için bu ölçek sisteminde, bireyin algıları, yanıtları ve davranışında gösterilen değişkenlik, sonucun durumu önem taşımaktadır [139-142]. Bu sınıflama sistemi gerek bakımın yönetiminde gerekse hemşirelik girişimleri ile ilgili karar verme süreçlerinde anahtar rol üstlenmektedir. Hemşirelik sonuçları sınıflamasının birçok amacı bulunmaktadır. Bunlar:

- ✚ Hemşirelik girişimlerinin etkilerini değerlendirmek için bireyin durumundaki değişimlerin ölçülmesinde nicel ve nitel bir veri sağlamak
- ✚ Hemşirelik hizmetlerine kanıt oluşturmak
- ✚ Hemşirelik girişimleri hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını değerlendirmektir.

Beklenen sonuçların neler olduğuna karar verilmesinde hemşirelik bakımının genel amaçları rehberlik etmektedir. Her amacın ve beklenen sonuçların değerlendirilmesi için zaman unsuru mevcuttur. Zaman unsuru; problemin yapısı, etiyolojisi, bireyin genel durumu ve tedavi boyutuyla ilişkilidir. Hemşirelik bakım sonuçları yazılırken

birey merkezli olmak üzere sorunun ya da gereksinimin özelliğine göre; kısa vadeli ve uzun vadeli hedefler belirlenmektedir. Belirlenen hedefler; gözlemlenebilir, ölçülebilir, birey odaklı, gerçekçi, yönetilebilir, anlaşılabilir ve açık, zamana bağlı ve kaydedilebilir olmaktadır. NOC; kanıta dayalı, geçerlik, güvenilirlik ve duyarlılığı değerlendirilmiş bir sistem olması nedeniyle bireysel bakım planları hazırlamada ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını desteklemede hemşirelik mesleği için önemli bir rehber özelliği taşımaktadır [117, 123, 132, 138, 143].

2.8.4 Planlama

Hemşirelik tanısı belirlenip, bakım sonuçlarının sınıflamasından sonra hemşirelik sürecinin planlama aşaması başlamaktadır. Bu aşama; birey merkezli ve amaçlara yönelik olarak problemleri önlemek, azaltmak veya ortadan kaldırmak için gerekli hemşirelik girişimlerinin seçildiği sistematik bir aşama olarak tanımlanmaktadır. Etkin sağlık bakım sisteminin en önemli göstergesi, hemşirelik bakımının nitelikli ve bireye özgü olarak planlanması şeklinde açıklanabilmektedir. Bu aşamanın amacı; önceliklerin belirlenmesi, beklenen sonuçların belirlenmesi, bakımın amaçları, girişimlerin seçilmesi ve bakımın planlanıp yazılmasını kapsamaktadır [23, 119, 123, 132, 144]. Hemşirelik bakımının planlama aşaması bazı sorulara yanıt aramaktadır. Bu sorular şöyle açıklanabilmektedir:

- ✚ Hemşirelik bakım planı, kişiye özel ve birey merkezli mi?
- ✚ Sunulan hemşirelik bakımı güvenli, yasal ve etik mi?
- ✚ Hemşirelik girişimleri, kanıta veya araştırmaya dayanıyor mu?
- ✚ Hemşirelik bakımı sunabilmek için gereken kaynaklar, hemşirelerin bilgi, beceri, tutumu, hemşire sayısı, donanımı uygun mu?
- ✚ Bireyin biricikliği ve saygınlığı hemşirelik sürecinin her aşamasında korunuyor mu?
- ✚ Bakımın etkinliği için göz önüne alınması gereken hususlar hakkında bireyin, ailesinin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin görüşlerinin dikkate alındığı multidisipliner bir yaklaşım gözetiliyor mu?
- ✚ Sağlık bakım politikalarına uygun olarak hemşirelik bakımı planlanıyor mu?

Hemşirelik sürecinin planlama aşamasında tüm bu sorular ile bireyin durumu ve gelişimi değerlendirilmekte, güncel hemşirelik bakımın planlaması daha etkili ve güvenli olarak sağlanmakta bu sayede sağlık bakım hizmetleri istendik düzeyde bireylere sunulmaktadır [109].

2.8.4.1 Önceliklerin belirlenmesi

Tanımlanan problemlerin önceliklerinin sıralanmasında; bireyin yaşamını tehdit eder nitelikte olan problemler öncelikli olup bireyin istekleri, gereksinimleri ve güvenliği esas alınarak ivedilikle ele alınması gerekmektedir. Önceliklerin belirlenmesinde değerler ve inançlar önem taşıdığından birey ve ailesiyle beraberce karar verilmektedir. Hemşirelerin, öncelikleri belirlerken ilk adımları, bakım planında ele alınacak olan bireyin en önemli sorununu belirlemektir. Bu aşamada farklı model ve kuramlardan yararlanılmaktadır. Maslow'un (1970) belirlediği temel insan gereksinimleri sıralaması önceliklerin belirlenmesinde yararlı olabilmektedir. Fizyolojik gereksinimlere zarar veren problemlerden başlanılarak, kendini kanıtlamayı olumsuz etkileyen problemlere doğru bir öncelik sıralaması yapılabilmektedir. Öncelikler problemin aciliyetine göre; yüksek, orta ve düşük öncelikler olarak sınıflandırılmaktadır [23, 114, 123, 131].

Maslow'un temel insan gereksinimleri sıralamasına göre öncelikler:

- ✚ Öncelik 1: Bireyin fizyolojik gereksinimlerine zarar veren sorunlar (solunum, dolaşım, beslenme, hidrasyon, boşaltım, ısı regülasyonu ve fiziksel rahatsızlık gibi.)
- ✚ Öncelik 2: Bireyin güvenliğine ve güvencesine zarar veren sorunlar (çevreye ilişkin zararlılar, korku ve sosyal güvence, kaygı gibi.)
- ✚ Öncelik 3: Bireyin sevgi ve ait olma gereksinimlerini olumsuz etkileyen sorunlar (izolasyon ya da sevilen yakınlarının kaybı gibi.)
- ✚ Öncelik 4: Bireyin kendine saygı gereksinimlerini olumsuz etkileyen sorunlar (normal aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik gibi.)
- ✚ Öncelik 5: Bireyin bireysel amaçlara ulaşmayı, kendini kanıtlamayı olumsuz etkileyen sorunlar [131].

2.8.4.2 Hemşirelik girişimlerinin sınıflandırılması

Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (Nursing Intervention Classification-NIC) hemşireler tarafından uygulanan girişimlerin kapsamlı ve kanıta dayalı bir şekilde sınıflanmasıdır. NIC bakımı planlama, klinik belgeleme, çeşitli bakım ortamları arasında bakımın iletilmesi, verilerin farklı bakım ortamları ve sistemler ile entegrasyonunun sağlanmasında oldukça önem taşımaktadır. Bu sınıflama, hemşirelerin bakım verdikleri bireylere uyguladıkları ya da bireyler adına yaptıkları hem bağımsız ve ortak girişimleri hem de doğrudan ve dolaylı bakım uygulamalarını kapsamaktadır. NIC hem fizyolojik hem de psikososyal girişimleri içermektedir. Girişimler 30 sınıf ve 7 farklı alana ayrılmakta (Bu alanlar: Temel fizyolojik, kompleks fizyolojik, davranışsal, güvenlik, aile, sağlık Sistemi, toplum) içeren 554 hemşirelik girişimini kapsamaktadır. NIC, hemşirelikte girişim ile ilgili bilgi birikimini geliştirmek için primer kaynak olarak görülmektedir [145]. NIC hemşirenin uygulamalarında bir rehber niteliği taşımaktadır. NIC girişimleri ile önleyici, sorunu erken dönemde tespit ve tedavi edici hemşirelik girişimlerinde bulunmaktadır. NIC, klinik uygulamaya yardımcı olmakta, uygulamaları sistematik olarak şekillendirmekte, bakım vericiler arasında iletişimi kolaylaştırmakta ve farkındalığı artırmaktadır [112]. Hemşireler adına, kayıt için harcanan zamanı azaltan, üretkenliği ve yetkinliği değerlendiren, hemşirelik araştırmalarını ve interdisipliner iletişimi güçlendiren, açık, net ve ölçülebilen hemşirelik girişimlerinin sınıflanması açısından NIC taksonomisi oldukça önem taşımaktadır. Hemşirelik girişimleri sınıflamasının amaçları:

- ✚ Hemşirelerin sağlık bakımına katkılarının görünürlüğünü sağlamaktadır.
- ✚ Hemşirelik terminolojisini standardize edip hemşireler arası iletişimi kolaylaştırmaktadır.
- ✚ Bireylerin bakım ve tedavi planında ortak bir dil kullanımı oluşturmaktadır.
- ✚ Hemşirelik bakımının en üst düzeyde devamlılığını ve sürdürülmesini sağlamaktır.
- ✚ Hemşirelik uygulamaları hakkında güvenilir ve sağlam bir veri tabanı oluşturmaktır.
- ✚ Hemşirelik mesleki bilgi sistemlerini geliştirerek bilgi birikimini artırmaktadır [117, 132, 145].

2.8.4.3 Hemşirelik girişimlerinin seçilmesi

Planlama aşamasında seçilen girişimler, belirlenen hedefe ulaşılmasını sağlamaktadır. Girişimlerin seçiminde problemin etiyojisi ve beklenen sonuç dikkate alınmaktadır. Girişimler seçilirken, hemşirenin otonomisini kullanarak gerçekleştirdiği bağımsız girişimler ya da diğer sağlık ekibi üyeleri ile gerçekleştirdiği ortak girişimler söz konusu olmaktadır. Hemşirelik girişimlerinin seçiminde; hemşirenin bilgisi, becerisi, deneyimi ve tutumu, bireyin sosyo-demografik özellikleri, değerleri, inançları eldeki kaynaklar da dikkate alınmaktadır [23, 123, 132].

2.8.4.4 Hemşirelik bakım planının yazılması

Planlama sürecinin son aşaması, bakım planının yazılması olarak ifade edilmektedir. Yazılı bakım planı, bakımın devamlılığı ve değerlendirilmesi için gerekmektedir. Bakım planı yazılırken dikkat edilmesi gerekenler:

- ✚ Bakım planında bireye uygulanan tüm girişimlerin eksiksiz ve açık bir şekilde yazılması gerekmektedir.
- ✚ Bakım planı, bireylerin hastaneye kabul edildiği andan itibaren taburculuğuna kadar her gün bireylere bakım veren hemşireler tarafından uygulanması ve kayıt edilmesi gerekmektedir.
- ✚ Bakım planında tarih belirtme, uygulanan bakımın incelenmesi ve değerlendirilmesi için gerekmektedir.
- ✚ Bakım planında imza olması, hemşirelik mesleğine ve bireye olan sorumluluğun göstergesi olarak kabul edilmektedir.
- ✚ Hemşirelik girişimlerini bakım planına yazarken standart semboller ve anahtar kelimeler kullanılması gerekmektedir. Bakım planı, hemşireler arasında bir iletişim aracı olarak kabul edilmektedir.
- ✚ Bireye özel planlanan bakım planında, bireyin durumuna ilişkin diğer sağlık profesyonellerine ait bilgilere de yer verilmesi gerekebilmektedir.
- ✚ Yapılan tüm hemşirelik girişimleri açık ve anlaşılır şekilde kaydedilmektedir. Kayıt etme, sadece hemşireler için değil, diğer sağlık profesyonelleri için de bir kaynak oluşturmaktadır. Aynı zamanda hemşire için yasal bir dayanak olup, hemşirelik uygulamalarında denetimi kolaylaştırmakta ve hemşirelik araştırmalarına veri tabanı oluşturmaktadır [23, 42, 123, 132].

2.8.5 Uygulama

Uygulama aşaması, bakım planında belirlenen hedefe ulaşmak için bakım planının uygulamaya konması olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik bakımının güvenli ve etkin biçimde verilmesi, hemşirelerin; mesleki bilgi, deneyim, tutum, analitik düşünme, otonomi sahibi olma, iletişim ve liderlik becerisine bağlı olmaktadır. Hemşireler; doğru, kaliteli ve güvenli bir bakım sunabilmek için doğru kararlar almak zorundadır. Hemşirelik sürecinin uygulama aşaması, hemşirenin bilimsel kanıtlar ve teknolojik gelişmeler ile yapılandığı hemşirelik bakımını, iyi bir klinik karar verme süreci ile uygulamaya geçirmesi ile mümkün olmaktadır. Klinik karar verme çok yönlü etkileşimleri içeren hemşireliğin güncel bilgi ve becerisini uygulamaya entegre edebilme yeteneği olarak açıklanmaktadır. Klinik karar verme, hemşirenin bireyi gözlemesi, verileri toplaması, kaydetmesi ve değerlendirmesi, olası nedenlerini eleştirel bakış açısı ile sorgulamasını ve problemlerin çözümünde uygun hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını sağlamaktadır. Bireylere bakım verilirken bireylerin durumu, uygulanan bakımın etkileri yakından gözlenmektedir. Gerekğinde bakım planı revize edilmekte ve değişikliğin gerekçesi yazılarak kaydı tutulmaktadır. Hemşireler uygulamayı koordine ederken, bireyleri ve ailelerini de uygulamaya dahil etmektedir. Hemşirelik sürecinin uygulama aşamasında, her bir hemşirelik girişimi, gerçekleştirildiği zaman, bireyin yanıtı ve diğer ilgili bilgiler kaydedilmedikçe hemşirelik bakımı uygulanmış sayılmamaktadır [42, 123, 132, 146, 147].

2.8.6 Değerlendirme

Hemşirelik sürecinin son aşaması olmasına rağmen sürekliliği esas almaktadır. Değerlendirme hem bir son hem de bir başlangıç olarak kabul edilmektedir. Dinamik bir süreçtir. Bu aşamada, planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda belirlenen hedefe ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilmektedir. Diğer bir ifade ile yapılan uygulamaların sonuçlarının karşılaştırılması ve bir karara varılması olarak da tanımlanmaktadır. Hemşireler, hemşirelik sürecinin bu aşamasında, bakım planının etkinliğini değerlendirdiği bazı sorulara yanıt aramaktadır:

- ✚ Bireylerin yeni gereksinimleri var mı?
- ✚ Bakım planının beklenen sonuçları ve bireyin durumu karşılaştırıldığında durum nedir?
- ✚ Bakım planının gözden geçirilmesi gerekiyor mu?

Aynı zamanda bireylerin durumundaki değişikliklerin, gelişmelerin ve komplikasyonların belirlenebilmesine de değerlendirme aşaması yardımcı olmaktadır. Sunulan hemşirelik bakımını değerlendirmek için bakımın etkisi ve sonuçları bilinmelidir. Sağlık bakım sisteminde değerlendirme, hemşirenin uyguladığı bakımın kalitesinin ölçümü olarak adlandırılmaktadır. Değerlendirme sonuçları açık, anlaşılır ve kesin bir ifadeyle yazılmaktadır [23, 42, 123, 132].

Değerlendirme sonuçları şunlardan biri olabilmektedir:

- ✚ Hedefler gerçekleştirilmiştir ve ek bir uygulamaya gerek duyulmamaktadır.
- ✚ Hedefler kısmen gerçekleştirilmiştir ve uygulamaya devam edilmesi gerekmektedir.
- ✚ Hedefler gerçekleştirilmemiş de olabilmektedir.

Değerlendirme olumsuz olduğunda, çözümlenemeyen problem veya gereksinim için yeniden plan yapılması gerekmektedir [23, 42, 123, 132].

Hemşirelik sürecinin değerlendirme aşamasının doğruluğu hemşirelerin hemşirelik sürecini sistematik olarak gözden geçirmesini ve sunulan hemşirelik bakımının kalitesinin değerlendirilmesini sağlamaktadır [148].

08/03/2010 tarih ve 27515 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin 6. Maddesinde hemşirenin rol ve sorumluluklarından birinin her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının belirlenmesi ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımının kanıta dayalı olarak planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve denetlenmesi olduğu belirtilmektedir [36].

Profesyonel hemşirelik eğitimi; kuramsal ve uygulamalı eğitim-öğretimi kapsayan, teorik bilgi ve becerilerin kazandırıldığı bir süreçtir. Hemşirelik süreci, uygulamalı hemşirelik eğitiminin önemli bir parçasını oluşturmakta ve hemşirelik eğitimi sırasında öğrencilerden hemşirelik sürecini kullanma becerisini kazanmaları beklenmektedir. Bireyin genel sağlık durumuna ilişkin sistemli ve sürekli verilerin toplanması aşaması ile başlamaktadır. Elde edilen veriler eleştirel düşünme becerileri kullanılarak analiz edilmekte ve bireyin sağlık sorununa yönelik hemşirelik tanıları belirlenmektedir. Hemşirelik bakım sonuçları sınıflandırıldıktan sonra hemşirelik tanıları doğrultusunda bireye özgü, holistik hemşirelik bakımı planlanmakta, bakımın her aşamasında bireyin güvenliği sağlanmakta ve sonraki adım olan uygulama aşamasında planlanan hemşirelik girişimleri yüksek kalitede uygulanmaktadır.

Değerlendirme süreklilik arz eden ve analitik bir aşama olarak kabul edilmektedir. Hemşirelik sürecinin değerlendirme aşamasında; bireylere sunulan sağlık bakım hizmeti, uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliği ve bireyin bunlara yanıtı değerlendirilmektedir. Profesyonel hemşirelik uygulamalarına rehber niteliğinde olan hemşirelik süreci, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini artırmaktadır [149-151].



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma, Bezmialem Vakıf Üniversitesi hemşirelik bölümü öğrencilerinin (1,2,3,4) hemşirelik sürecini bilme durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

3.2 Araştırma Soruları

- ✚ 1.,2.,3. ve 4. Sınıf hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecine ilişkin bilgileri ne düzeydedir?
- ✚ 1.,2.,3. ve 4. Sınıf hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerine göre (yaş, mezun olunan okul, anne-baba eğitim durumu, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu) hemşirelik sürecine ilişkin bilgi düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Bezmialem Vakıf Üniversitesi hemşirelik bölümü öğrencilerine (1,2,3,4) Covid 19 küresel salgını dolayısıyla online olarak 18.06.2020-22.06.2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.1 Araştırmanın evreni

Tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini, Bezmialem Vakıf Üniversitesi 2019-2020 eğitim öğretim yılında hemşirelik bölümü öğrencisi olan 201 hemşirelik öğrencisi oluşturmaktadır. Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde Hemşirelik süreci dersi ayrı bir ders olarak değil, Hemşirelik Tarihi ve Felsefesi Dersi müfredat programı içinde ayrı bir ünite olarak ele alınmaktadır. 1.Sınıfın 2. Döneminde ise “Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar Dersi” klinik uygulamalarında ise her öğrencinin bakım verdiği hastalarına Hemşirelik süreci doğrultusunda vaka ödevleri hazırlayarak, hemşirelik sürecinin kuramsal bilgilerini uygulamaya aktarmaları sağlanmaktadır.

3.4.2 Araştırmanın örnekleme

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup “çalışmaya gönüllü olarak katılım” ve “öğrenci hemşireye ulaşılabilme durumu (Covid 19 salgını dolayısıyla anket çalışması online yapılmıştır.)” esas alınarak 154 hemşire öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5 Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri aşağıda sıralanmaktadır:

- ✚ Bezmialem Vakıf Üniversitesi hemşirelik bölümü öğrencisi olmak,
- ✚ Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak,
- ✚ Anket formunu doldurmayı engelleyecek sınırlılıkları olmamak,

Araştırmadan dışlanma kriterleri aşağıda sıralanmaktadır:

- ✚ Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmeyen,
- ✚ Anket formunu doldurmayı engelleyecek sınırlılıkları olmak,
- ✚ Anket formunu eksik doldurmak

3.6 Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, mezun olunan son okul, yaşanılan yer, anne- baba eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalığının varlığı, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumudur.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Hemşirelik bölümü öğrencilerinin hemşirelik süreci ile ilgili bilgi soruları puan ortalamalarıdır.

3.7 Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından literatür ve güncel hemşirelik süreci rehber kaynaklar incelenerek [5, 11, 23, 42, 118, 124] hazırlanan ‘‘ Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hemşirelik Öğrencilerinin (1,2,3,4) Hemşirelik Süreci Bilgi ve Uygulama Düzeyi Belirleme Anket Formu’’ (Ek A) kullanılarak toplandı.

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hemşirelik Öğrencilerinin (1,2,3,4) Hemşirelik Süreci Bilgi ve Uygulama Düzeyleri Anket Formu iki bölümden oluşmaktadır.

İlk bölümde; hemşire öğrencilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, mezun olunan son okul, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, hemşirelik mesleğini isteyerek seçip seçmediği ile ilgili toplam 11 soru yer almaktadır.

İkinci bölümde; hemşirelik bölümü öğrencilerinin, hemşirelik sürecine ilişkin teorik bilgi düzeyini belirlemeye yönelik 7 soru, hemşirelik sürecinin uygulanmasına yönelik

olarak da toplam 8 soru bulunmaktadır. Bu formda toplam 15 soru bulunmaktadır. (Ek A). Literatür [5, 11, 23, 42, 118, 124] dikkate alınarak cevap anahtarı oluşturulmuştur.

3.8 Soru Formunun Puanlama Sistemi

Doğru cevap sayısının hesaplanmasında cevaplar “doğru-yanlış” şeklinde değerlendirilerek doğru cevap sayısı esas alınmıştır.

3.9 Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu’ndan Etik Kurul Onayı alındı (Tarih: 13/01/2020, Karar no: 516) (Ek B). Çalışma öncesi gerçekleşen Covid 19 küresel salgını dolayısıyla anket formu hemşirelik bölümü öğrencilerine online sistem üzerinden ulaştırılmıştır.

3.10 İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi, SPSS 21 (IBM Corp., Armonk, NY) istatistik programı ile yapılmış olup önemlilik yüzdesi $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verilerinin normalite dağılımı Kolmogorov Simirnov testi ile gerçekleştirildi. Değişkenlerin tümünde $p < 0,05$ bulunduğu için analizler nonparametrik testler kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı testler için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, karşılaştırmalı analizler için, Kruskal Vallis, Mann Whitney U ve Pearson korelasyon katsayısı ve Spearman kullanılmıştır.

3.11 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri, araştırmanın yapıldığı Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’ne bağlı hemşirelik bölümü öğrencileri ile sınırlıdır. Araştırma hemşirelik öğrencilerinin soru formuna verdiği cevaplar ile sınırlıdır. Araştırmada herhangi bir gözlem ve objektif bir değerlendirme yapılmamıştır. Araştırma verileri Covid 19 küresel salgını dolayısıyla online olarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerine hemşirelik süreci konusunda verilen eğitim içeriklerinin sorgulanmaması araştırmanın sınırlılığıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin (1,2,3,4) hemşirelik sürecini bilme durumlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın bulguları yer almaktadır. Tüm sonuçlar uygun şekilde gruplandırılarak tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4.1: Hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=154).

Değişkenler	Ort±SS	
Öğrencilerin yaşı	20,44±2,20	
	N	%
Yaş		
18	12	7,7
19	28	18,2
20	39	25,3
21	27	17,5
22	33	21,4
23	14	9,1
24	1	0,6
Sınıf		
1. Sınıf	49	31,8
2. Sınıf	33	21,4
3. Sınıf	33	21,4
4. Sınıf	39	25,3
Cinsiyet		
Kız	144	93,5
Erkek	10	6,5

Tablo 4.1 (devam): Hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=154).

Medeni Durum		
Evli	0	0
Bekâr	154	100
Mezun olduğu okul		
Sağlık meslek lisesi	10	6,5
Normal lise	87	56,5
Fen lisesi	5	3,2
Diğer	52	33,8
Yaşadığı yer		
Ailemle	145	94,2
Yurtta	0	0
Akraba ile	5	3,2
Diğer	4	2,6
Anne eğitim durumu		
İlkokul	142	92,2
Lise	0	0
Lisans	12	7,8
Baba eğitim durumu		
İlkokul	142	92,2
Lise	0	0
Lisans	12	7,8
Çalışma durumu		
Çalışan	8	5,2
Çalışmayan	146	94,8
Gelir durumu		
Geliri gideri karşılıyor	132	85,7
Geliri gideri karşılamıyor	22	14,3
Kronik hastalık		
Evet	11	7,1
Hayır	143	92,9

Tablo 4.1 (devam): Hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=154).

Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz		
Evet	117	76,0
Hayır	37	24,0

Tablo 4.1 ‘de örnekleme oluşturan hemşirelik bölümü öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular yer aldı. Araştırmaya katılan hemşirelik bölümü öğrencileri 18-24 yaş arasında olup, yaş ortalaması $20,44 \pm 2,20$ ’dir. Hemşirelik öğrencilerinin %93,5’unun (n: 144) kadın, %31,8 ‘inin (n: 49) 1.sınıf öğrencisi, %21,4’ünün (n: 33) 2. ve 3. sınıf, %25,3’ ünün (n: 39) 4. sınıf öğrencisi olduğu belirlendi. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin %100’ ünün (n: 154) bekar olduğu, %56,5’unun (n: 87) normal lise mezunu olduğu %94,2’nin (n: 145) ailesi ile birlikte yaşadığı %92,2’nin (n: 142) anne-baba eğitim durumunun ilkokul olduğu, hemşirelik öğrencilerinin %94,8’nin (n: 146) herhangi bir işte çalışmadığı belirlendi. Hemşirelik öğrencilerinin %85,7’si (n: 132) gelirin giderini karşıladığını ifade etti. Kronik hastalığı olan hemşirelik öğrencileri araştırmaya katılanların %7,1’ini (n: 11) oluşturdu. Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelik öğrencileri ise araştırmanın %76’sını (n: 117) oluşturdu.

Tablo 4.2: Bilgi soruları ve puan dağılımları

Sorular	Ort	Ss	Doğru cevap n	Doğru cevap %
Bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığını korumayı hastalık halinde sağlığın kazandırılmasını amaçlayan bakımın niteliğini arttıran hemşirelik girişimlerinin tümüne ne ad verilir?	0,75	0,43	116	75,3
Aşağıdakilerden hangisi objektif veridir?	0,98	0,11	152	98,7
Hemşirelik tanısının amacı	0,95	0,20	147	95,5
Hemşirelik tanılaması hangisini içermez?	0,80	0,39	124	80,5
Hemşirelik sürecinin aşamalarını yazınız	0,53	0,50	82	53,2
Hangisi hemşirelik kayıtlarının amaçlarından değildir?	0,41	0,49	64	41,6
Hangisi hemşirelik tanısıdır?	0,94	0,22	146	94,8
Hemşirelik sürecinin son basamağı hangisidir?	0,96	0,17	149	96,8
Trafik kazası sonucu pelvis kırığı olan hastanın gluteal bölgesinde kaşıntı, kızarıklık ve ağrı şikayetleri mevcuttur. Devamlı yatmasından dolayı hemşire, hastaya cilt bütünlüğünde bozulma riski tanısı koyar. Bu tanının etyolojik faktörü nedir?	0,67	0,46	104	67,5
Nic ve Noc kavramını kısaca tanımlayınız	0,44	0,49	69	44,8
Ortak/kollaboratif girişimler:	0,73	0,44	113	73,4
Hastaya sıvı volüm dengesizliği tanısı koyan bir hemşire aşağıdaki girişimlerden hangisini planlar?	0,83	0,37	128	83,1
Hangisi hemşirelik hedeflerine ulaşamadığı durumlarda olası nedenlerden değildir?	0,80	0,39	124	80,5
Hangisi hemşirelik tanısının özelliklerinden değildir?	0,72	0,45	111	72,1
Hemşirelik sürecinde yapılan girişimlerin kayıt edilmesinin önemi hangisidir?	0,83	0,37	128	83,1
	Ort	Ss	Min	Max
Toplam puan	11,40	2,19	4	15

Tablo 4.2 incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin %75,3'nün (n: 116) hemşirelik sürecinin tanımına doğru cevap verdiği belirlendi. Objektif verinin sorgulandığı soruda %98,7'nin (n: 152) doğru cevap verdiği, hemşirelik tanısının amacını doğru cevaplayan %95,5 (n: 147) olarak görüldü. Hemşirelik tanılamasının hangisini içermediği sorusuna %80,5'un (n: 124) doğru cevap verdiği, hemşirelik sürecinin aşamalarının yazılmasının istendiği soruya doğru cevap veren %53,2 (n: 82) olarak saptandı. Hemşirelik kayıtlarının amaçlarının sorgulandığı soruya doğru cevap veren %41,6 (n: 64), hemşirelik tanısının hangisi olduğu sorgulanan soruya doğru cevap veren %94,8 (n: 146), hemşirelik sürecinin son basamağının adını doğru yanıtlayan %96,8 (n: 149), trafik kazası sonucu belirtilere göre hemşirelik tanısının seçileceği soruya doğru yanıt veren %67,5 (n: 104) olarak saptandı. NIC/NOC kavramlarının tanımını doğru ifade eden %44,8 (n: 69), ortak girişimler sorusuna doğru bilen %73,4 (n: 113), sıvı volüm dengesizliğinde hangi girişimin planlanacağı sorusunu doğru yanıtlayan %83,1 (n: 128) olarak belirlendi. Hemşirelik hedeflerine ulaşamadığı durumların olası nedenlerinin sorgulandığı soruya doğru cevap veren araştırmaya katılanların %80,5'unu (n: 124) oluşturdu. Hemşirelik tanısının özelliklerinin sorgulandığı soruya doğru cevap veren %72,1 (n: 111), hemşirelik girişimlerinin kayıt edilmesinin öneminin sorgulandığı soruyu araştırmaya katılanların %83,1'inin (n: 128) doğru bildiği saptandı.

Tablo 4.3: Değişkenler ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki

Değişkenler	Ort±Ss
Yaş	20,44±2,20
Cinsiyet	
Kız	11,50±2,04
Erkek	10,10±3,69
Z / p	
-0,893 0,372	

Tablo 4.3 (devam) : Değişkenler ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki

Sınıf	
1.sınıf	10,67±1,66
2.sınıf	11,03±2,15
3.sınıf	11,42±2,46
4.sınıf	12,64±2,12
Mezun olduğu okul	
Sağlık meslek lisesi	11,40±2,36
Normal Lise	11,34±2,16
Fen lisesi	12,00±1,00
Diğer	11,46±2,33
χ^2 / p	
0,572 0,903	
Yaşadığı yer	
Ailemle	11,47±2,12
Yurtta	-
Akraba ile	11,60±2,60
Diğer	8,75±3,30
χ^2 / p	
4,142 0,126	
Anne eğitim durumu	
İlkokul	11,40±2,25
Lise	-
Lisans	11,50±1,24
χ^2 / p	
0,051 0,821	
Baba eğitim durumu	
İlkokul	11,40±2,25
Lise	-
Lisans	11,50±1,24
χ^2 / p	
0,051 0,821	

Tablo 4.3 (devam) : Değişkenler ve toplam puan ortalaması arasındaki ilişki

Çalışma Durumu	
Çalışan	11,75±1,38
Çalışmayan	11,39±2,23
Z / p	
-0,198 0,843	
Gelir	
Geliri giderini karşılıyor	11,39±2,19
Geliri giderini karşılamıyor	11,45±2,30
Z / p	
-0,171 0,864	
Kronik hastalık	
Evet	11,36±1,62
Hayır	11,41±2,23
Z / p	
-0,555 0,579	
Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz	
Evet	11,47±2,09
Hayır	11,21±2,51
Z / p	
-0,367 0,714	

F= Anova testi; χ^2 = Kruskal Vallis testi; Z= Mann Whitney U testi

Tablo 4.3 incelendiğinde hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşları büyüdükçe bilgi düzeylerinin arttığı saptandı ($p<0.01$). Araştırma kapsamına alınan hemşire öğrencilerin sorulara doğru cevap ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında kadınlar ile erkeklerin sorulara verdiği doğru cevap ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlendi. Sınıfları incelendiğinde 1. Sınıf ve 4 sınıf ile 2.sınıf ve 4. sınıf arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.01$). Mezun olduğu okul, yaşadığı yer, anne ve baba eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kronik bir hastalığın varlığı ve hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu incelendiğinde anlamlı bir istatistiksel fark bulunamamıştır.

5. TARTIŞMA

Hemşirelik, uğraş alanı insan olan kaynağını insan gereksinimlerinden alan, başlangıcı insanın varoluşuna kadar dayanan ve bireye özgü bakıma temellenen bir meslektir. Dolayısıyla hemşireliğin temel kavramlarından olan, insanın bir bütün olarak ele alınıp tüm yönlerinin tanımlanması gerekmektedir. İnsan, çevre, sağlık ve hastalık kavramları hemşireliğin temel kavramlarıdır. İnsan, biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir varlıktır. Profesyonel hemşirelik uygulamasındaki temel kavramlardan diğeri çevredir. Biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlık olarak tanımlanan insan, biyolojik, fiziksel ve sosyal bir çevre içinde, bu ortamlardaki çeşitli etmenlerin karşılıklı etkileşimi sonucu gelişerek varlığını sürdürmektedir. Hemşirelik, temel kavramlar ışığında bireyselleştirilmiş bakım vermektedir. [5, 7]. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının sunulmasına katkı sağlayan en önemli araç, hemşirelik sürecinin kullanılmasıdır. Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının sunulmasında bireyin sağlığını ya da yaşamını tehdit eden sorun veya sorunlara bilimsel yaklaşımlara dayalı çözüm bulan, sorunların çözümünde kullanılan, kritik düşünmeyi sağlayan ve bakım vermenin temelini oluşturan bir yöntemdir. Hemşirelik süreci; olası veya mevcut sorunun tespiti, uygun hemşirelik tanısının koyulması, bakım sonuçlarının sınıflandırılması, planlanması, hemşirelik girişimlerinin sınıflanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarından oluşan bilimsel bir problem çözme modelidir. Bu süreç boyunca hemşirenin mesleki bilgi ve deneyimi, eleştirel düşünme becerisi oldukça önem taşımaktadır [10, 11].

Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecini bilme durumlarının belirlendiği araştırmaya, toplam 154 hemşirelik bölümü öğrencisi katılmayı kabul etti. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin Tablo 4.1’de tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalaması, $20,44 \pm 2,20$ bulundu. Araştırma kapsamına alınan hemşire öğrencilerinin doğru cevap sayıları yaşa göre incelendiğinde; farklı yaş grubundaki öğrencilerin bilgi soruları ile verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Hemşire öğrencilerin %93,5’u kadın,

%100'ü bekar ve hemşirelik öğrencilerinin %31,8'i 1. sınıf, %21,4'ü 2. ve 3. sınıf, %25,3' ü 4. sınıf öğrencisi olarak belirlendi. %56,5'unun normal lise mezunu olduğu tespit edildi. %94,2'nin ailesi ile birlikte yaşadığı, %92,2'nin anne-baba eğitim durumunun ilkokul olduğu, hemşirelik öğrencilerinin %94,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı belirlendi. Hemşirelik öğrencilerinin %85,7'si gelirin giderini karşıladığını ifade etti. Kronik hastalığı olan hemşirelik öğrencileri araştırmaya katılanların %7,1'ini oluşturdu. Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelik öğrencileri ise araştırmanın %76'sını oluşturdu (Tablo 4.1). Hemşire öğrencilerin cinsiyetleri, medeni durumları, mezun oldukları okul, yaşadığı yer, anne baba eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı ve hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu ile doğru cevap ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.1).

Hemşirelik bölümü öğrencilerinin yaşları büyüdükçe bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Andsoy ve arkadaşlarının (2013) "hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler" başlıklı çalışmada da hemşirelerin çalışma yılı arttıkça bakım planı kullanmada daha az güçlük yaşandığı belirlenmiştir bu sonuçlar çalışma sonuçlarıyla uyumludur. Olmaz ve Karakurt (2019)'un hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumları adlı çalışmada da yaşlar ve deneyim yılı artıkça sorulan soruların daha iyi yorumlanması ve doğru cevap ortalamasının daha yüksek çıktığı belirlenmiştir [119]. Bu sonuçlar çalışma sonuçlarıyla uyumludur. Öğrencilerin hemşirelik süreci ile ilgili en yüksek oranda doğru cevapladıkları ilk üç soru; "objektif verinin hangisi olduğu", "hemşirelik sürecinin son basamağının adı", "hemşirelik tanısının amacı" dır. Öğrencilerin en düşük oranda doğru cevapladıkları ilk üç soru ise; "hemşirelik kayıtlarının amacı", "NIC ve NOC kavramının tanımının yazılması", "hemşirelik sürecinin aşamalarının yazılması" dır Öğrenciler, çoktan seçmeli soruları daha fazla oranda doğru cevaplarken; açık uçlu soruları daha düşük oranda doğru cevaplamışlardır. Bulgulardan da görüldüğü üzere, öğrenciler seçip işaretleme ile ilgili soruları daha fazla oranda doğru cevaplarken açık uçlu soruları daha düşük oranda doğru cevaplamışlardır. Bu durum, öğrencilerin sürece ilişkin öğrenmelerinin daha çok bilgi aşamasında kaldığını, daha ileri öğrenme aşamaları olan analiz, sentez ve uygulama aşamalarında sorun yaşadıklarını göstermektedir.

Araştırmanın bu sonuçları Kyrkjebo ve Hage (2005) 'nin çalışmada da öğrencilerin teorik bilgilerinin yeterli olduğunu ancak bu bilgilerini pratiğe dönüştürme aşamasında

problem yaşadıklarını ifade ettikleri çalışma sonuçlarıyla uyumludur [152]. Olmaz ve Karakurt (2019)'un çalışmasında elde edilen; ‘‘hemşirelerin en çok hemşirelik sürecinin veri toplama (%36,6) aşamasında, en az ise değerlendirme (%8,5) aşamasında sorun yaşadıkları’’ verileri ile uyumludur. Turaç ve arkadaşlarının (2015) yılında yaptığı çalışmada en çok veri toplama (%56,8) basamağında hemşirelerin sorun yaşadığı görülmüştür [119]. Zaybak ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada da hemşirelerin hemşirelik süreci aşamalarında en yüksek düzeyde, veri toplama basamağında ‘‘hastaya ilişkin veri toplama’’da (%30,2), güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar da çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir [10]. Keski ve Karadağ (2010)'ın çalışmasında öğrencilerin hemşirelik süreci aşamalarında en yüksek oranda değerlendirme ile ilgili sorulara doğru cevap verdiği saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışma sonuçlarıyla uyumludur [152]. Avşar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise hemşirelerin en fazla (%46,9) değerlendirme aşamasında güçlük yaşamadığı belirlenmiş olup bu sonuçlar araştırmanın sonuçlarıyla uyumludur [46]. Şendir ve diğ. (2009)'nin çalışmasında, öğrencilerin en çok güçlük yaşadıkları hemşirelik süreci basamaklarının tanılama ve planlama aşamasındaki girişimlerin belirlenmesi bölümü olduğu, öğrencilerin çoğunluğunun değerlendirme aşamasını daha kolay buldukları saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir [30]. Yapılan diğer çalışmalarda da en çok güçlük yaşanan basamaklar benzerlik göstermese de hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecinin çeşitli basamaklarında sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Elde ettiğimiz bu sonuçlar doğrultusunda, öğrencilerin hemşirelik süreciyle ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı sonucuna ulaşmak mümkündür. Öğrencilerin hemşirelik sürecinin aşamalarında sorun yaşamaları hemşirelik sürecini etkin kullanmalarını olumsuz etkileyebilmektedir. Hemşirelik sürecinin herhangi bir aşamasında yaşanan sorun, tüm aşamaların yanlış yorumlanmasına neden olabilmektedir.

Keski ve Karadağ (2010)'nın araştırma kapsamına alınan öğrencilerin çoğunluğunu %44,5'i olmak üzere genel lise mezunudur. Öğrencilerin mezun olduğu lise türü ($p=0.178$) ile doğru cevap ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olması da çalışma sonuçlarıyla uyumludur [152].

Araştırmada hemşirelik mesleğini isteyerek seçen öğrencinin hemşirelik sürecine ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde anlamlı bir fark bulunması beklenmiştir, ancak yapılan analizde anlamlı bir istatistiksel fark bulunmamıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Hemşirelik bölümü öğrencilerinin hemşirelik sürecini bilme durumlarını belirlemek amacıyla 154 öğrenci üzerinde gerçekleştirilen araştırma sonucunda; öğrencilerin hemşirelik sürecine ilişkin bilgi eksikleri olduğu, hemşirelik süreci aşamalarında en yüksek oranda veri toplama, en düşük ise hemşirelik kayıtlarına ilişkin sorulara doğru cevap verdikleri belirlenmiştir. Hemşire öğrencilere ait bazı değişkenlerin hemşirelik sürecini bilme ve uygulamalarını etkilediği belirlenmiştir. Eğitim seviyesi arttıkça sorulara doğru cevap veren hemşire sayısı artmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✚ Literatür dikkate alınarak hazırlanan hemşirelik süreci ile ilgili bilgi ve uygulamaya yönelik soruların tümüne doğru cevap veren hemşirelik öğrencisi bulunmamıştır.
- ✚ Hemşirelik öğrencilerinin eğitim seviyesi arttıkça sorulara verilen doğru cevap sayısı da artmıştır.
- ✚ Öğrenciler hemşirelik süreci ile ilgili en az sorunu değerlendirme aşamasında, en çok sorunu ise tanılama ve planlama aşamasındaki girişimlerin belirlendiği bölümde yaşamaktadırlar.
- ✚ Öğrenciler, çoktan seçmeli soruları daha fazla oranda doğru cevaplarken; açık uçlu soruları daha düşük oranda doğru cevaplamışlardır. Bu durum, öğrencilerin sürece ilişkin öğrenmelerinin daha çok bilgi aşamasında kaldığını, daha ileri öğrenme aşamaları olan analiz, sentez aşamalarında sorun yaşadıklarını göstermektedir.
- ✚ Hemşire öğrencilerin hemşirelik süreci ile ilgili uygulamalarının kalitesini ve etkinliğini artırmak amacıyla periyodik olarak hemşirelik süreci konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve eksik oldukları konularda eğitimler, kongreler, seminerlerin düzenlenmesi ve hemşire öğrencilerin bu bilimsel toplantılara katılımlarının desteklenmesi,
- ✚ Hemşirelik eğitim müfredatlarında hemşirelik sürecine ayrılan zamanın artırılması,

- ✚ Klinik uygulamalar sırasında öğrencilerin çok sayıda vaka üzerinde hemşirelik sürecini uygulamasının sağlanması,
- ✚ Bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarının ve hemşirelik sürecinin önemini vurgulayan çalışmaların yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- [1] **Erer, M., Akbaş, M., Yıldırım, G.** (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. Lokman Hekim Dergisi, 7(1), 1-5.
- [2] **International Council of Nurses. Nursing Definitions** (2002). Retrieved November 20, 2019, from <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- [3] **Gedük, E.** (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi (HSP), 5(2), 253-258.
- [4] **American Nurses Association. What is Nursing?** (1896). Retrieved November 18, 2019, from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>
- [5] **Öztunç, G.** (2014). Hemşireliğin doğası. T. Aştı, A. Karadağ, (Ed.), Hemşirelik esasları içinde (s. 26-33). İstanbul: Akademi Yayıncılık.
- [6] **Ünsal, A.** (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık, hastalık, hemşirelik. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1(1), 11-25.
- [7] **Dinç, L.** (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 17(2), 74-82.
- [8] **Gül, Ş.** (2019). Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. ACU Sağlık Bil Dergisi, 10(2), 129-134.
- [9] **Karayurt, Ö., Ursavaş, F., İşeri, Ö.** (2018). Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarının ve bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin görüşlerinin incelenmesi. ACU Sağlık Bil Dergisi, 9(2), 163-169.
- [10] **Zaybak, A., İsmailoğlu, E., Özdemir, H.** (2016). Hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(4), 269-277.
- [11] **Yıldırım, B., Özkahraman, Ş.** (2011). Critical Thinking in Nursing Process and Education. International Journal of Humanities and Social Science, 1(13), 257-262.
- [12] **Korkmaz, F., Görgülü, S.** (2010). Hemşirelerin meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 1(1), 1-17.
- [13] **Korkmaz, F.** (2011). Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 1(1), 59-67.
- [14] **Dağhan, Ş.** (2017). "Halk Sağlığı Hemşireliği Felsefesiyle Hemşire Olmak" Anlamı Nedir? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10 (2), 107-112.
- [15] **Black, B.** (2013). Professional nursing: concepts and challenges. from <https://b-ok.cc/book/2295459/bd1cb9>, 01.12.2019.
- [16] **Wild, K.** (2014). Nursing: Past, Present and Future. I. Peate, M. Nair, K. Wild (Eds), Nursing Practice (1st ed., Vol. 1, pp.3-22). UK.
- [17] **Yeşilot, S., Öz, F.** (2016). Hemşirenin varlığı: kuramsal bir bakış. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 7(2), 94-99.

- [18] **Soner, G.** (2018). Virginia Avenel Henderson'un hemşirelik tanımı çerçevesinde wit filmindeki hemşire Susie Monahan karakterinin analizi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 5 (4), 151-164.
- [19] **Selçuk, E., Demirbağ, B.** (2019). Dorothea Elizabeth Orem'in öz –bakım teorisi'ne göre konjestif kalp yetersizliği olan hastanın hemşirelik bakım planı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 333-342.
- [20] **Bölüktaş, R., Özer, Z., Yıldırım, D.** (2018). Uluslararası Hemşirelik And'ının Mesleki Değerler Açısından İncelenmesi. *Çekmece İZU Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13), 83-98.
- [21] **Şahin, N., Bayram, G., Avcı, D.** (2009). Kültürlere Duyarlı Yaklaşım Transkültürel Hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6 (1), 27.
- [22] **Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö., Şentürk, A.** (2014). Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 137-142.
- [23] **Biol, L.** (2018). Hemşirelik Süreci (11.Baskı). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- [24] **Kaya, H., Akçin, E.** (2002). Öğrenme biçimleri/stilleri ve hemşirelik eğitimi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6 (2), 31-35.
- [25] **Herdman, E.** (2011). Nurse education for the 21st century. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8 (2), 3-6.
- [26] **Ergöl, Ş.** (2011). Türkiye'de yükseköğretimde hemşirelik eğitimi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1 (3), 152-155.
- [27] **Akça, N., Taşçı, S.** (2009). Hemşirelik eğitimi ve eleştirel düşünme. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 187-195.
- [28] **Topuksak, B., Kublay, S.** (2010). Florence Nightingale'den günümüze hemşirelik eğitiminde neler değişti? Avrupa ve Türkiye'de modern hemşirelik eğitimi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı*, 298-305.
- [29] **Kaya, H., Yüceyurt, N., Şenyuva, E., Ulupınar, S.** (2018). Değer temelli hemşirelik eğitimi. *Journal of Human Sciences*, 15(3), 1727-1738.
- [30] **Şendir, M., Çelik, S., Dişsiz, M., Güney, R., Açıksoz, S., Kolcu, M., Kabuk, A., Yıldırım, A., Bektemür, G.** (2018). Hemşirelik eğitimi ve uygulamasında yeni bir yaklaşım: hemşirelik eğitimi ve uygulamasının bütünleşmesi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 4(2), 92-99.
- [31] **Atalay, M., Tel, H.** (1999). Gelecek yüzyılda hemşirelikte lisans eğitiminin vizyonu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3 (2), 47-54.
- [32] **Akbaş, M.** (2010). Hemşirelik eğitimde etik. *Doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. 27-36.
- [33] **Öztürk, N., Ulusoy, H.** (2008). Lisans ve yüksek lisans hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1 (1), 16-25.
- [34] **Şimşek, M., Çonoglu, G., Orgun, F.** (2018). Hemşirelik eğitiminde kazandırılması planlanan temel hemşirelik becerilerinin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34 (1), 1-25.
- [35] **Taylan, S.** (2009). Özerklik ilkesi çerçevesinde hemşirenin bağımsız rolleri. *Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. 1-74.
- [36] **T.C Resmi Gazete.** (2010). Hemşirelik Yönetmeliği. 8 Mart 2010. Sayı: 27515. Başbakanlık Basımevi, Ankara.
- [37] **Taylan, S., Alan, S., Kadioğlu, S.** (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik.

- Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2 (1), 66-73.
- [38] **Walker, L., Clendon, J., Nelson, K.** (2015). Nursing roles and responsibilities in general practice: three case studies. *Journal of Primary Health Care*, 7 (3), 236-243.
- [39] **Erdemir, F.** (1998). Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitimi felsefesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 59-63.
- [40] **Gül, Ş., Dinç, L.** (2018). Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(3), 192-208.
- [41] **Jasmine, T.**, (2009). Art, science, or both keeping the care in nursing. *Nursing Clinics of North America*, 44(4), 415–421.
- [42] **Potter, P. A., Perry, A.G, Stockert, P., Hall, A.** (2016). Fundamentals of nursing- e book. Elsevier health sciences, from <https://books.google.com.tr/books>, 20.03.20.
- [43] **Craven, R., Hirnle, C., Jensen, S.** (2015). Hemşirelik esasları insan sağlığı ve fonksiyonları (7. Baskı). (N. Uysal, E. Çakırcalı, Çev.). Ankara: Palme Yayıncılık. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013).
- [44] **Özpulat, F.** (2010). Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 293-297.
- [45] **Olgun, N.** (2018). Multidisipliner ekip içinde hemşirenin rolü, Sağlıkta Multidisipliner Ekip Yaklaşımı Uluslararası Öğrenci Kongresi, (s.16-19).
- [46] **Avşar, G., Kaşıkçı, M.** (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (3), 67-73.
- [47] **Parker, M.** (2005). Lydia Hall: Care, core and cure model and its applications. *Nursing theories and practice*. (2nd edition) in (p. 113-124). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- [48] **Öztekin, Z.** (2018). Temel sağlık hizmetleri birinci konferansı. Temel sağlık hizmetleri (1. Baskı) içinde (s.1-7). Edirne: Trakya Üniversitesi Matbaası.
- [49] **Fain, J.** (2017). Introduction to nursing research. Reading, understanding and applying nursing research (5th Edition) in (p.3-19). Philadelphia: F.A. Davis Company
- [50] **Çaparlar, C., Dönmez, A.** (2016). Bilimsel araştırma nedir, nasıl yapılır? Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, 44 (1), 212-218.
- [51] **Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M.** (Ed.) (2015). Hemşirelikte araştırma (2. Baskı). İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- [52] **Yenisu, E., Şahin, F., Öztekkeli, H.** (2019). Yönetim düşüncesinin evriminde sistem kuramının etkileri kavramcı bir çözümleme. *Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (18), 514-527.
- [53] **İspir, Ö., Çakıroğlu, O., Elibol, E., Çeribaş, E., Açıkgöz, G., Yeşilbaş, H., Tarhan, M.** (2017). Türkiye’deki hemşirelik lisans programlarında yürütülen hemşirelikte yönetim dersinin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelikte Yönetimi Dergisi*, 4 (2), 72-78.
- [54] **Kılınç, K., Öztürk, H.** (2019). Hemşirelikte otantik liderlik. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 6 (1), 55-63.
- [55] **Salem, O., Baddar, F., Al-Mugatti, H.** (2016). Relationship between nurses job satisfaction and organizational. *Journal of Nursing and Health Science*, 5 (1), 49-55.
- [56] **Sucu, G., Dicle, A., Saka, O.** (2012). Hemşirelikte klinik karar verme,

- etkileyen etmenler ve karar verme modelleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9 (1), 52-60.
- [57] **Banning, M.** (2008). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (2), 187-195.
- [58] **Yıldırım, B., Özkahraman, Ş.** (2012). Hemşirelikte karar verme süreci. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2 (1), 165-173.
- [59] **Baldwin, M.** (2003) Patient advocacy: a concept analysis. *Nursing Standard*, 17 (21), 33-39.
- [60] **Davooduand, S., Abbaszadeh, A., Ahmadi, F.** (2016). Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: a qualitative study. *Journal of Medical Ethics and History Medicine*, 9 (5), 1-8.
- [61] **Bu, X., Wu, Y.** (2008). Development and psychometric evaluation of the instrument.; Attitude toward patient advocacy. *Research Nursing Health*, 31 (1), 63-75.
- [62] **Akça, S., Gözen, D.** (2013). Çocuk hemşiresinin savunucu rolü. *F.N. Hemşirelik Dergisi* 21 (3), 213-218.
- [63] **Demirel, T., Akın, B.** (2014). Sağlıkla ilişkili olarak sosyal adalet, eşitlik ve hemşirelik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (3), 238-245.
- [64] **Ronnebaum, E., Schmer, C.** (2015). Patient advocacy and the sffordable care act: the growing need for nurses to be culturally aware. *Open Journal of Nursing*, 5(3), 237– 245.
- [65] **Ardahan, M.** (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (2), 23-27.
- [66] **Akçam, A., Kanbay, Y., Işık, E.** (2019). Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *AÇÜ Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 5 (2), 74-92.
- [67] **Riley, J.** (2017). Responsible, assertive, caring communication in nursing. *Communication in nursing (8th Edition)* in (p.2-17). St Louis: Elsevier.
- [68] **Kumcağız, H., Yılmaz, M., Çelik, S., Avcı, İ.** (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38 (1), 49-56.
- [69] **Kaya, F., Özcan, A., Yılmaz, M.** (2013). Comparing communication and empathic ability levels of nurses with patients' perception of nursing care. *Peak Journal of Public Health and Management*, 1 (1), 1-8.
- [70] **Parlayan, M., Dökme, S.** (2016). Özel hastanelerdeki hemşire ve hastaların iletişim seviyelerinin değerlendirilmesi: bir hastane örneği. *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 13 (2), 265-284.
- [71] **Karaca, A., Açıkgöz, F., Demirezen, D.** (2019). Hemşirelik öğrencileri için terapötik iletişim becerileri ölçeğinin geliştirilmesi. *SdÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (2), 72-79.
- [72] **Akdemir, N., Akkuş, Y.** (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 82–91.
- [73] **Koç, A.** (2012). Rehabilitation nursing: applications for rehabilitation nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 5 (2), 80-86.
- [74] **Akpınar, N., Ceran, M.** (2019). Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3 (1), 79-91.
- [75] **Kolcaba, K., Kolcaba, R.** (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (11), 1301-1310.
- [76] **Yücel, Ş.** (2011). Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik*

- Yüksek Okulu Dergisi, 27 (2), 79-88.
- [77] **Terzi, B., Kaya, N.** (2017). Konfor kuramı ve analizi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20 (1), 67-74.
- [78] **Acar, K., Aygin, D.** (2016) Orak hücre hastalığına bağlı akut göğüs sendromunun konfor kuramına göre değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (1), 36-43.
- [79] **Cope, L., Abuzour, A., Tully, M.** (2016). Nonmedical prescribing: where are we now? Therapeutic Advances in Drug Safety, 7 (4), 165-72.
- [80] **Bektemür, G., Demiray, S., Ürkmez, D.** (2016). Hemşirelerin kariyer planlaması: bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Okmeydanı Tıp Dergisi, 32 (1), 7-13.
- [81] **Sevinç, E., Sabuncu, N.** (2018). Kariyer planlama ve geliştirme uygulamalarına ilişkin bir özel hastanede çalışan hemşirelerin görüşleri. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (6), 585-606.
- [82] **Karadaş, A., Duran, S., Kaynak, S.** (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kariyer planlamaya yönelik görüşlerinin belirlenmesi. SdÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8 (1), 1-8.
- [83] **Baykara, Z., Şahinoğlu, S.** (2013). Hemşirelikte mesleki özerklik kavramının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16 (3), 176-181.
- [84] **Varjus, S., Suominen, T., Kilpi, H.** (2003). Autonomy among intensive care nurses in Finland. Intensive CritCare Nurs 19 (1), 31-40.
- [85] **Elcock, K.** (1996). Consultant nurse: an appropriate title for the advanced nurse practitioner? British Journal of Nursing, 5(22), 1376-1381.
- [86] **Avcı, İ., Kumcağız, H.** (2019). Hemşirelerde danışmanlık becerileri ölçeği'nin (hdbö) geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 20 (Özel Sayı), 1-12.
- [87] **Youngblut, J., Brooten, D.** (2001). Evidence-based nursing practice: Why is it important. American Association of Colleges of Nursing, 12(4), 468-476.
- [88] **Yılmaz, D., Düzgün, F., Dikmen, Y.** (2019). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 10 (4), 713-719.
- [89] **Ciliska, D., Dencso, A., Cullum, N.** (1999). Centres of evidence-based nursing: directions and challenges. Evidence Based Nursing, 2(4), 102-104.
- [90] **Çopur, E., Kuru, N., Seyman, Ç.** (2015). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2 (1), 51-55.
- [91] **Melnyk, M.** (2012). Achieving a high-reliability organization through implementation of the ARCC model for systemwide sustainability of evidencebased practice. Nursing Administration Quarterly, 36 (2), 127-135.
- [92] **Yılmaz, M.** (2005). Hemşirelik bakım hizmetinin kalitesini geliştirmeye yolu olarak kanıta dayalı uygulama. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (1), 41-48.
- [93] **Efil, S., Enç, N.** (2014). Klinik araştırmalarda hemşirenin rolü ve önemi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 5 (7), 12-21.
- [94] **Ayhan, Y., Kocaman, G., Bektaş, M.** (2015). Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 17 (2-3), 21-35.
- [95] **Dencso, A., Cullum, N., Ciliska, D.** (2007). Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. Evidence Based Nursing, 1 (2), 9-17.

- [96] **Küçük, E., Çakmak, S., Kapucu, S., Koç, M., Kahveci, R.** (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4 (2), 1–12.
- [97] **Karagözoğlu, Ş.** (2006). Bilim, bilimsel araştırma süreci ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13 (2), 64-71.
- [98] **Seçginli, S.** (2014). Hemşirelikte araştırma kullanımı ve kanıta dayalı uygulamalar. S. Erdoğan, N. Nahcivan, N. Esin, (Ed.), *Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik* (2. Baskı) içinde (s. 335-358). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- [99] **Kocaman, G.** (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 61-69.
- [100] **Küçükkaya, P.** (2010). Psikiyatri hemşireliğinde kanıta dayalı uygulama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1 (3), 128-132.
- [101] **Rojjanasrirat, W., Rice, J.** (2017). Evidence-based practice knowledge, attitudes, and practice of online graduate nursing students. *Nurse Education Today*, 53, 48– 53.
- [102] **Çavuşoğlu, H.** (2007). Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 27 (3), 398-406.
- [103] **Beşirik, S., Şahiner, N.** (2018). Çocuklarda mukozit yönetiminde kanıt temelli uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (4), 128-133.
- [104] **Uysal, E., Uçak, N.** (2013). Tıp akademisyenlerinin kanıta dayalı bilgi gereksinimleri ve bilgi arama davranışları. *Bilgi Dünyası*, 14 (1), 37-61.
- [105] **Kara, M., Babadağ, K.** (2003). Kanıta dayalı hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (3), 96-104.
- [106] **Alfaro-Le fevre, R.** (2019). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach*. 7th edition. St louis missouri: Elsevier.
- [107] **Dikmen, Y., Ak, B., Yorgun, S.** (2015). Teorikten pratiğe: bilgisayar destekli hemşirelik süreci uygulaması. *Journal of Human Rhythm*, 1 (4), 162-167.
- [108] **Sasso, G., Barra, D., Paese, F., Almeida, S., Rios, G., Marinho, M., Debetio, M.** (2013). Computerized nursing process: methodology to establish associations between clinical assessment, diagnosis, interventions, and outcomes. *Rev Esc Enferm USP*, 47(1), 238-245.
- [109] **Barrett, D., Wilson, B., Woollands, A.** (2014). Bakımın planlanması (H. Okumuş, C. Öztürk, K. Yenal, Çev.) Ankara: Palme Yayıncılık
- [110] **World Health Organization, WHO.** (2015). Roles and responsibilities of government chief nursing and midwifery officers: a capacity- building manual. Retrieved April,6, 2020, from http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/15178_gcnmo.pdf?ua=1.
- [111] **Edelman, C., Kudzma, E.** (2018). *Health promotion throught the life span* 9 th ed. China: Elsevier.
- [112] **Gençbaş, D., Bebiş, H.** (2017). Uluslararası standart sistem ile oluşturulan hemşirelik bakım planı örneği. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2 (1), 79-96.
- [113] **Seçer, S.** (2018). Hemşirelerin hemşirelik tanıları ve hemşirelik sürecini uygulamaya ilişkin algıları ve düşüncelerinin değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). ErişimLocal/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/ Downloads/509124%20(1).pdf

- [114] **Yıldırım, B., Koç, Ş.** (2013). Eleştirel düşünmeyi hemşirelik sürecinde uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 1 (1), 29-35.
- [115] **Afolayan, J., Donald, B., Baldwin, D., Onasoga, O.** (2013). Evaluation of the utilization of nursing process and patient outcome in psychiatric nursing: Case study of psychiatric Hospital Rumuigbo, Port Harcourt. *Pelagia Research Library*, 4 (5), 34-43.
- [116] **Körpe, G., İnangil, D., Vural, P.** (2019). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi klinik uygulamasında öğrencilerin belirledikleri NANDA-I tanımlarının değerlendirilmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (2), 51-66.
- [117] **Williams, L., Wilkins, A.** (2016). Hemşirelik bakımını planlama. (H. Çiçek, L. Özdemir, Çev.). Ankara: Atalay Yayıncılık.
- [118] **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.
- [119] **Olmaz, D., Karakurt, P.** (2019). Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12 (1), 3-14.
- [120] **Alfaro- Le Fevre, R.** (2017). Hemşirelik sürecinin uygulanması klinik karar verme süreci (G. Bozkurt, D. Düzkaya, B. Terzi, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- [121] **Karimi, H.** (2011). Applying nursing process education in workshop framework. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29 561 – 566.
- [122] **Pokorski, S., Moraes, MA., Chiarelli, R., Costanzi, AP., Rabelo, ER.** (2009). Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 17 (3):302-307.
- [123] **Türgay, A.** (2018). Hasta bakım süreci. F. Ay, (Ed.), *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler* (7. Baskı) içinde (s.110-134). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- [124] **Öz, F., Malak, B.** (2014). Hemşirelikte puslu mantığın kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, s.68–76.
- [125] **Clarke, C.** (2014). Promoting the 6Cs of nursing in patient assessment. *Nursing Standard*, 28 (44), 52-59.
- [126] **Mahmoud, M., Bayoumy, H.** (2014). Barriers and facilitators for execution of nursing process from nurses'perspective. *International Journal*, 2 (2), 300-315.
- [127] **Çevik, B., Uğurlu, Z., Akyüz, E., Kav, S., & Ersayın, A.** (2018). Hemşirelerin fiziksel değerlendirme becerileri ve uygulamaya ilişkin görüşleri. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 5(1), 39-48.
- [128] **Dedeoğlu, A.** (2019). Uluslararası sağlık turizminde hastanın özel hayatının gizliliği ve mahremiyetinin korunması hakkı. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 10(17), 1877-1910.
- [129] **Uysal, N., Arslan, G., Yılmaz, İ., Alp, F.** (2016). Hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanımları ve verilerin analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2 (5), 139-143.
- [130] **Carpenito- Moyet, L.** (2012). Hemşirelik tanımları el kitabı (13. Baskı). (F. Erdemir, Çev.). İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- [131] **Çelik, S., Karadağ, A. (Ed.).** (2019). Hemşirelik bakım planları: Tanılar, girişimler ve sonuçlar (1. Baskı), İstanbul: Akademi Yayıncılık.
- [132] **Sabuncu, N., İlhan, S.** (2014). Hemşirelik süreci. N. Sabuncu, (Ed.),

Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar (4. Baskı) içinde (s.111-163).
Ankara: Alter Yayıncılık.

- [133] **Erbaş, N., Demirel, G.** (2016). Kadın sağlığının değerlendirilmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5 (2), 84-91.
- [134] **Rutherford, M.** (2008). Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice? Online Journal of Issues in Nursing, 13 (1).
- [135] **Park, H.** (2014). Identifying core NANDA-I nursing diagnoses, NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for heart failure. International Journal of Nursing Knowledge, 25 (1), 30-38.
- [136] **Carpenito- Moyet, L.** (2012). Hemşirelik tanıları el kitabı (F. Erdemir, Çev.). İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- [137] **Müller-Staub, M., Lavin, M., Needham, I., Lunney, M., Odenbreit, M., Achterberg, T.** (2009). Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. J Clin Nurs, 18 (7), 1027-1037.
- [138] **Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., Swanson, E.** (2018). Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of Health Outcomes. (6th Edition), St. Louis: Elsevier.
- [139] **Moorhead, S.** (2009). The nursing outcomes classification. Acta Paul Enferm, 22 (Especial- 70 Anos), 868-871.
- [140] **Oreofe, A., Oyenike, A.** (2018). Transforming practice through nursing innovative patient centered care: standardized nursing languages. International Journal of Caring Sciences, 11 (2), 1319-1322.
- [141] **Göktuna, G., Arslan, G., Özden, D.** (2020). Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ve hemşirelik sınıflama sistemlerinin kullanıldığı hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastanın B-bakımı. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 12 (2), 315-328.
- [142] **Adubi, I., Olaogun, A., Adejumo, P.** (2018). Effect of standardized nursing language continuing education programme on nurses' documentation of care at University College Hospital, Ibadan. Wiley Journal Online Library, 5 (1), 37-44.
- [143] **Sümer, S., Çakır, A., Büyükyılmaz, F.** (2020). Diyaliz hastalarında hemşirelik bakımının planlanması: Olgu sunumu. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 15 (1), 37-44.
- [144] **Aydın, N., Akansel, N.** (2013). Determination of accuracy of nursing diagnoses used by nursing students in their nursing care plans. International Journal of Caring Sciences, 6 (2), 252-257.
- [145] **Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Wagner, C.** (2017). Hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC) (6. Baskı). (F. Erdemir, S. Kav, A. Yılmaz, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- [146] **Fotheringham, D.** (2010). Triangulation for the assessment of clinical nursing skills: A review of theory, use and methodology. Int J Nurs Stud, 47 (3): 386-391.
- [147] **Avcı, E., Başer, M.** (2019). Klinik karar verme sürecinde hemşirelerin liderlik özellikleri. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6 (2), 1-5.
- [148] **Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R., Van der schans, C.** (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. Journal of Advanced Nursing, 66 (11), 2481-2489.
- [149] **Chiffi, D., Zanotti, R.** (2014). Medical and nursing diagnoses: a critical

- comparison. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 21 (1), 1-6.
- [150] **Akansel, N., Palloş, A.** (2020). Hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlamada yaşadıkları güçlüklerin kök nedenlerinin incelenmesi. ACU Sağlık Bil Dergisi, 11(2), 269-275.
- [151] **Mastal, M.** (2010). Ambulatory care nursing: growth as a professional specialty. Nursing Economics, Nurs Econ, 28 (4), 267-275.
- [152] **Keski, Ç., Karadağ, A.** (2010). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik süreci hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1 (1), 41-52.



EKLER

EK A: Hemşirelik bölümü öğrencilerinin hemşirelik sürecini bilme durumlarına ilişkin bilgi düzeyleri soru formu

EK B: Kurum izni



EK A

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN (1,2,3,4) HEMŞİRELİK SÜRECİNİ BİLME DURUMLARI

Değerli öğrenciler;

Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecini bilme durumlarını belirlemek için planladığımız araştırmada demografik verileri içeren bir anket ve hemşirelik sürecine ilişkin sorular bulunmaktadır. Kimliğinizi belirtmeyiniz. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dahilinde değerlendirilecek olup farklı kişi ya da kurumlar ile paylaşılmayacaktır. Katıldığınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Nurşen Üçkardeş

1. Cinsiyetiniz

Kadın

Erkek

2. Yaşınız

.....

3. Mezun Olduğunuz Son Okul

Normal Lise

Fen Lisesi

Sağlık Meslek Lisesi

Diğer

4. Medeni Durum

Evli

Bekar

5. Yaşadığınız Yer

Ailemle

Yurtta

Akraba Yanı

Diğer

6. Anne Eğitim Durumu

İlkokul

Lise

Lisans

Lisans üstü

7. Baba Eğitim Durumu

İlkokul

Lise

Lisans

Lisans üstü

8. Çalışıyor musunuz?

Evet

Hayır

9. Gelir durumunuz

Gelirim giderimi karşılıyor

Gelirim giderimi karşılamıyor

10. Kronik hastalığınız var mı?

Evet

Hayır

11. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?

Evet

Hayır

12. Bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığını korumayı hastalık halinde sağlığın kazandırılmasını amaçlayan bakımın niteliğini arttıran hemşirelik girişimlerinin tümüne ne ad verilir?

a) Sağlık bakım sistemi

b) Süreç kaydı

c) Temel sağlık hizmeti

d) Hemşirelik süreci

13. Aşağıdakilerden hangisi objektif veridir?

a) Hastanın ağrı şikâyeti

b) Nabzının dakikada 72 olması

c) Çarpıntı hissi

d) Hastanın bunaldığını ifade etmesi

14. Hemşirelik tanısının amacı:

- a) Bir tıbbi tanı sonucuna varmaktır.
- b) Hemşirelik sorumluluklarını belirlemektir.
- c) Sorunun ne olduğu, sorunun adını koymak ve soruna yönelik tüm diğer süreç basamaklarının yerine getirilmesini sağlamaktır.
- d) Sağlığı konusunda hastayı eğitmektir.

15. Hemşirelik tanılması aşağıdakilerden hangisini içermez?

- a) Sağlıklı / hasta bireyden elde edilen subjektif veri
- b) Detaylı fizik muayene
- c) Elde edilen veriyle desteklenmeyen yorum ve çıkarımlar
- d) Bilişsel becerilerin kullanılması

16. Hemşirelik sürecinin aşamalarını yazınız

.....

17. Aşağıdakilerden hangisi hemşirelik kayıtlarının amaçlarından biri değildir?

- a) Standartlar oluşturma
- b) İletişim
- c) Eğitim
- d) Denetleme ve kontrol

18. Aşağıdakilerden hangisi hemşirelik tanısıdır?

- a) Akciğer kanseri
- b) Hipertansiyon
- c) Pnömoni
- d) Yetersiz Solunum ve Etkisiz Hava Yolu Açıklığı

19. Hemşirelik sürecinin son basamağı aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Tanılama
- b) Uygulama

c) Veri toplama

d) Değerlendirme

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

a) Ağrı

b) Hastaneye yatma

c) Kaşıntı, Kızarıklık

d) Pelvis kırığı nedeniyle immobilizasyon

21. NIC ve NOC kavramlarını kısaca tanımlayınız.

NIC:

NOC:

22. Ortak/ kollaboratif girişimler:

a) Hemşirenin hastaya uyguladığı girişimlerdir.

b) Hekimin önerdiği girişimlerdir.

c) Hemşire ve hastanın uygulanmasını istediği girişimlerdir.

d) Birçok sağlık bakımı profesyoneli arasındaki girişimlerdir.

23. Hastaya Sıvı Volüm Dengesizliği tanısı koyan bir hemşire aşağıdaki girişimlerden hangilerini planlar?

I. Aldığı çıkardığı sıvı takibi

II. Günlük kilo ve ödem takibi

III. Laboratuvar bulgularını değerlendirme

a) I-II-III

b) Hiçbiri

c) I-III

d) I-II

24. Aşağıdakilerden hangisi hemşirelik hedeflerine ulaşamadığı durumlarda olası nedenlerden değildir?

a) Bireyin sorunlarını belirlerken eleştirel düşünülmemesi

- b) Uygun olmayan hemşirelik tanısı seçme
- c) Planlanan girişimlerin bireye ya da durumuna uygun olmayışı
- d) Bireyin uygulamaya dahil edilmesi

25. Aşağıdakilerden hangisi hemşirelik tanısının özelliklerinden değildir?

- a) Hemşireliğin yasal ve eğitsel alanı içinde olmalıdır.
- b) Hemşirelik girişimleriyle çözümlenmelidir.
- c) Tıbbi tanı ile ortaya çıkabilmektedir.
- d) Hemşirenin bağımsız olarak uygulayabileceği hemşirelik yaklaşımlarını içermektedir.

26. Hemşirelik sürecinde yapılan girişimlerin kayıt edilmesinin önemi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Tüm sağlık ekibi arasında iletişimi sağlamak Araştırmalar için istatistiksel veri sağlamak
- b) Yasal kaynak oluşturmak
- c) Uygulanan hemşirelik bakımını görünür hale getirmek
- d) Hepsi

EK B

KURUM İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/01/2020-516



T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 72357089-300-
Konu : Çalışma Hk.(Nurşen ÜÇKARDEŞ)

HEMŞİRELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Bölüm Kurulu ve Bölüm Başkanlığınızca onaylanan Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı 185324005 numaralı öğrencisi Nurşen ÜÇKARDEŞ'in "*Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin (1, 2, 3, 4) Hemşirelik Sürecini Bilme Durumları*" başlıklı çalışması için Bölümünüz öğrencilerinden yardım alabilmesi Dekanlık Makamımızca etik kurul onayı alınması koşulu ile uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Erdal TEKARSLAN
Dekan

Ek: Yazı Eki (3 Sayfa)

Adres:Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Fatih / İstanbul
Telefon:0 (212) 523 22 88 Faks:0 (212) 533 23 26
e-Posta:info@bezmialem.edu.tr Elektronik Ağ:www.bezmialem.edu.tr

Bilgi için: Funda İrmak Durmuş
Unvanı: Uzman Yardımcısı

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Ad- Soyad: Nurşen Üçkardeş

Doğum Tarihi ve Yeri:

E-posta:

ÖĞRENİM DURUMU:

- Lisans: Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

MESLEKİ DENEYİMLER VE ÖDÜLLER

1. 2018 Ağustos- 2019 Mart Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Koroner Yoğun Bakım
2. 2019 Haziran- 2020 Mart Koç Üniversitesi Hastanesi'nde KVC Yoğun Bakım
3. 2020 Nisan- Haziran Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Kardiyoloji Servisi
4. 2020 Haziran- halen Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde Enfeksiyon Servisi'nde sorumlu hemşire olarak çalışıyor.