



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ KAPSAMINDA
HAZIRLADIĞI BAKIM PLANLARINDA KULLANDIKLARI
TANILAR VE BAKIM PLANI HAZIRLAMAYA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ**

YÜKSEK LİSANS

GAMZE BALTA

Tez Danışmanı

DOÇ.DR. NAZAN ÇALBAYRAM

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ DERSİ KAPSAMINDA HAZIRLADIĞI BAKIM
PLANLARINDA KULLANDIKLARI TANILAR VE BAKIM PLANI
HAZIRLAMAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

YÜKSEK LİSANS

GAMZE BALTA

Tez Danışmanı

DOÇ.DR. NAZAN ÇALBAYRAM

ÇANAKKALE – 2022



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Gamze BALTA tarafından Doç. Dr. Nazan ÇALBAYRAM yönetiminde hazırlanan ve **27/05/2022** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Kapsamında Hazırladığı Bakım Planlarında Kullandıkları Tanılar ve Bakım Planı Hazırlamaya İlişkin Görüşleri” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı’nda YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Doç. Dr. İsim SOYİSMİ

(Danışman)

Doç. Dr. İsim SOYİSMİ

Doç. Dr. İsim SOYİSMİ

.....

.....

.....

Tez No :

Tez Savunma Tarihi : .../.../2022

.....
İSİM SOYİSMİ

Enstitü Müdürü

.../.../2022

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

(İmza)

Gamze BALTA

27/05/2022

TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca desteğini ve motivasyonunu her zaman hissettiğim, birlikte çalıŐıyor olmaktan her an mutluluk duyduğum, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaŐarak kazandırdığı her Őey için saygı değer danışman hocam Doç. Dr. Nazan ÇALBAYRAM'a, çalıŐmam sũresince tũm zorlukları benimle gũęũsleyen ve hayatımın her dũneminde yanımda olduklarını bildiğim değerli aileme sonsuz Őukran ve teŐekkũrlerimi sunarım.”

Gamze BALTA

anakkale, Mayıs 2022



ÖZET

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ KAPSAMINDA HAZIRLADIĞI BAKIM PLANLARINDA KULLANDIKLARI TANILAR VE BAKIM PLANI HAZIRLAMAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Gamze BALTA

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans

Danışman: Doç. Dr. Nazan ÇALBAYRAM

27/05/2022, 75

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında hazırladığı bakım planlarında kullandıkları tanımlar ve bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türde olan bu araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde, Eylül 2020-Mayıs 2022 tarihleri arasında yapıldı. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde bulunan 2020-2021 eğitim öğretim yılı bahar döneminde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi almış öğrencilerin tamamı (136) evreni oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşmak amaçlandı. Veri toplama da online anket yöntemi ve öğrencilerin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi uygulamasında yaptıkları bakım planları kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS versiyon 25 programı ile tanımlayıcı analizler yapıldı. Ki-kare, Kolmogorov Smirnov ve Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması $21,53 \pm 1,31$ ve %86,7'si kadın, %13,3'ü erkektir. Mesleki eğitimleri boyunca bakım planı ile ilgili %91,6'sının eğitim aldığı ve bunların %61,8'inin eğitimi yeterli bulunduğu belirlendi. %83,1'inin bakım planı hazırlamanın mesleki eğitim açısından yararlı ve %81,9'unun gerekli olduğunu ifade ettiği bulundu.

Bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini değerlendirme puan ortalama ve standart sapması $16,54 \pm 2,94$ olarak hesaplandı. %56,62'sinin ortalamanın üstünde puan aldığı saptandı. Bakım planı hazırlarken en çok veri toplama aşamasında zorluk yaşadıkları ve en fazla beslenme-metabolik alanında hemşirelik tanısı koydukları bulundu.

Sonuç: Öğrencilerin bakım planı hazırlamak ile ilgili olumlu görüşlere sahip olduğu ancak kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı bazı faktörlerin bulunduğunu düşündükleri belirlendi. Hemşirelik süreci aşamalarının birbiri ile bağlantılı olduğu bilgisine öğrencilerin katılıyor olmasına rağmen sürecin tüm aşamalarında zorluk yaşadıkları bulundu.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Süreci, Bakım Planı, Hemşirelik Tanıları



ABSTRACT

NURSING STUDENTS' DIAGNOSES USED IN CARE PLANS PREPARED WITHIN THE SCOPE OF CHILD HEALTH LESSON AND THEIR VIEWS ON PREPARING A CARE PLAN

Gamze BALTA

Çanakkale Onsekiz Mart University

Institute of Graduate Education

Nursing Department

Master's Thesis

Advisor: Associate Professor Dr. Nazan ÇALBAYRAM

27/05/2022, 75

Aim: This research was conducted to investigate the diagnoses used by nursing students in the care plans that they prepared within the scope of the Child Health and Diseases Nursing course and their views on preparing a care plan.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted at Çanakkale Onsekiz Mart University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing between September 2020 and May 2022. The population of the study consisted of all of the students (136) who had already taken the Child Health and Diseases Nursing course in the spring semester of the 2020-2021 academic year at the Health Sciences Faculty of Çanakkale Onsekiz Mart University. No sampling procedure was employed since it was aimed to reach the entire population. Data were collected by using an online questionnaire and the care plans that were prepared by the students in the practice part of the Child Health and Diseases Nursing course. In the evaluation of the data, descriptive analyses were conducted on the SPSS version 25 software package. Also, Chi-square, Kolmogorov-Smirnov, and Mann-Whitney U tests were used.

Results: The mean age of the students was 21.53 ± 1.31 years, 86.7% of them were female, and 13.3% were male. It was determined that 91.6% of the students had received education on care planning during their vocational education and that 61.8% of them found the training adequate. Also, 83.1% of them stated that preparing a care plan was beneficial

in terms of vocational education, and 81.9% stated that it was necessary. The mean score and standard deviation value for the assessment of students' views on preparing a care plan were calculated as 16.54 ± 2.94 . It was determined that 56.62% of the students scored above the average. It was found that students had the most difficulty during the data collection phase while preparing a care plan and that they made nursing diagnoses most in the nutrition-metabolic areas.

Conclusion: It was determined that students had positive opinions about preparing a care plan, but that they thought there were some facilitating and complicating factors. Although they agreed on the fact that the stages of the nursing process were interconnected, it was found that they had difficulties in all stages of the process.

Keywords: Nursing Process, Care Plan, Nursing Diagnoses

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Giriş.....	1
-----------------	---

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. Hemşirelik Süreci Nedir?.....	5
2.2. Hemşirelik Sürecinin Yararları Nelerdir?.....	6
2.3. Hemşirelik Sürecinin Aşamaları Nelerdir?	7
2.3.1. Veri Toplama	8
2.3.2. Tanılama	11

Hemşirelik Tanısının Zaman İçindeki Gelişimi	11
NANDA Hemşirelik Tanıları Listesi	13
Hemşirelik Tanısının Yapısı	18
Hemşirelik Tanı Tipleri	19
Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi	20
Tıbbi Tanılar ve Hemşirelik Tanıları Arasındaki Fark	22
2.3.3. Planlama	23
Önceliklerin Belirlenmesi	23
Bakımın Amaçlarının/Uzun Vadeli Sonuçlarının Belirlenmesi	24
Hemşirelik Girişimlerine Karar Verilmesi	25
Bakım Planının Yazılması	25
2.3.4. Uygulama	25
2.3.5. Değerlendirme	26
2.4. Hemşirelik Süreci ile İlgili Dünya’da ve Türkiye’de Yapılmış Olan Bazı Çalışmalar	27

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Amacı	31
Araştırma Soruları	31
3.2. Araştırmanın Tipi	31
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	32
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
3.5. Veri Toplama Araçları	32
3.6. Verilerin Toplanması	33

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	34
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	35

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Öğrencilerin Bakım Planı Hazırlamaya İlişkin Görüşleri ve Bakım Planlarında Kullandıkları Tanılara Ait Bulgular	36
4.2. Tartışma	59

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuç	66
5.2. Öneriler	67
KAYNAKÇA	69
EKLER	I
EK 1. ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU	I
EK 2. ÖĞRENCİLERİN BAKIM PLANI HAZIRLAMAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU.....	IV
EK 3. ÖĞRENCİLERİN BAKIM PLANLARINDA KULLANDIKLARI TANILARI LİSTELEME FORMU.....	IX
EK 4. ETİK KURUL İZİNİ	X

SİMGELER VE KISALTMALAR

ICN	International Council of Nurses/ Uluslararası Hemşireler Konseyi
NANDA	North America Nursing Diagnosis Association/ Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
AHB	Amerikan Hemşireler Birliği



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Hemşirelik süreci aşamaları	7
Tablo 2	NANDA hemşirelik tanıları	13
Tablo 3	Tıbbi tanı ve hemşirelik tanısının özellikleri	22
Tablo 4	Tıbbi tanı ve hemşirelik tanısı örnekleri	22
Tablo 5	Hemşirelik süreci ile ilgili Dünya’da ve Türkiye’de yapılmış olan çalışmalar	27
Tablo 6	Öğrencilerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri	36
Tablo 7	Öğrencilerin bakım planı ile ilgili eğitim alma ve klinik deneyime ilişkin özellikleri	37
Tablo 8	Öğrencilerin bakım planı hazırlamanın olumlu yönlerine ilişkin görüşleri	38
Tablo 9	Öğrencilerin bakım planı hazırlamanın olumsuz yönlerine ilişkin görüşleri	39
Tablo 10	Öğrencilerin bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörlere ilişkin görüşleri	40
Tablo 11	Öğrencilerin bakım planı oluşturmayı zorlaştırıcı faktörlere ilişkin görüşleri	41
Tablo 12	Öğrencilerin bakım planı hazırlarken en çok zorluk yaşadıkları aşamalar	41
Tablo 13	Öğrencilerin hemşirelik tanılarını hazırlarken kullandıkları kaynaklar	42
Tablo 14	Öğrencilerin hemşirelik tanılarını hazırlarken en zor ulaştıkları kaynaklar	43
Tablo 15	Öğrencilerin bakım planında amaca ulaşamama nedenleri	43
Tablo 16	Öğrencilerin tanı seçiminde karar verme yolları	44
Tablo 17	Öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları dağılımı	45
Tablo 18	Öğrencilerin sosyo-demografik verileri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması	46

Tablo 19	Öğrencilerin bakım planına yönelik eğitim alma durumları ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması	47
Tablo 20	Öğrencilerin sosyo-demografik verileri ile aldıkları eğitimi yeterli bulma durumlarının karşılaştırılması	48
Tablo 21	Öğrencilerin bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörlere ilişkin görüşleri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması	49
Tablo 22	Öğrencilerin bakım planı oluşturmayı zorlaştırıcı faktörlere ilişkin görüşleri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması	50
Tablo 23	Bakım planı hazırlama aşamalarında en çok zorluk yaşanan aşama ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması	52
Tablo 24	Tanıları hazırlarken kullanılan kaynaklar ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması	53
Tablo 25	Bakım planında istenen amaca ulaşılamamasının sebepleri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması	54
Tablo 26	Öğrencilerin tanı seçimine karar verme yolu ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması	55
Tablo 27	Öğrencilerin bakım planlarında kullandıkları hemşirelik tanılarının dağılımı	55
Tablo 28	Öğrencilerin bakım planlarında kullandıkları hemşirelik tanılarının NANDA fonksiyonel sağlık örüntülerine göre dağılımı	57
Tablo 29	Öğrencilerin bakım planı hazırlamak konusunda önerileri	58

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Giriş

Hemşirelik, hasta ya da sağlıklı her ortamda, her yaştan, aileden, gruptan ve topluluktan bireyin özerk ve işbirlikçi bakımını kapsamakta olup sağlığın geliştirilmesini, hastalıkların önlenmesini ve rehabilite edici bakımı içermektedir (ICN, 2002). Hemşireler, hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçları belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlamak, uygulamak, değerlendirmek ve denetlemek ile yetkilidirler (Resmî Gazete, 2010). Hemşirelik hizmetlerinin odak noktası olan insan varlığını sürdürmek için bakıma gereksinim duymaktadır. Hemşireliğin vazgeçilmez olmasının temeli de budur (Baykara, 2014; Birol, 2018). Hasta bakımını görünür hale getiren ise hemşireliğe profesyonel kimlik kazandıran aynı zamanda bilimsel temelini ortaya çıkaran hemşirelik sürecidir (Yıldırım ve Koç, 2013; Erer vd., 2017; Basit, 2020). Birol'un aktardığına göre, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hemşirelik sürecini "hemşirelik bakımında bilimsel problem çözümü yönteminin sistemli bir biçimde kullanılması" olarak tanımlamaktadır (Birol, 2018). Amerikan Hemşireler Birliği (AHB) ise hemşirelik sürecini "çeşitli alanlarda çalışan hemşireleri birleştiren, hasta odaklı ve bütüncül bakım sunulmasını sağlayan ana unsur" olarak tanımlamaktadır (AHB, The Nursing Process).

Hemşireliğin temel yapı taşı olan hemşirelik süreci bağımsız hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirmenin sistematik bir yöntemi olup kullanılan hemşirelik tanıları uygulamalara yön vermektedir (Ralph ve Taylor, 2005; Rosdahl ve Kowalski, 2008). Aynı zamanda hemşirelerin bilgi ve becerilerini kullandıkları çerçevenin oluşumunu sağlamaktadır (Wilkinson, 2001). Bilimsel bir yaklaşımla bireylerin problemlerinin çözümünü hedef alan hemşirelik sürecinin birbirini tamamlayan aşamaları sayesinde sorunlar tanımlanır, bakım planlanır, uygulanır ve değerlendirilir (Ay vd., 2008; Birol, 2018). AHB, hemşirelik sürecinin hasta bakımında en iyiyi sunmak için tasarlanmış bilimsel bir yöntem olduğunu söylemekte olup ülkemizde de 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nun 4.

maddesinde hemşirelerin, hemşirelik bakımını planlanmak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli olduğu belirtilmektedir (Resmî Gazete, 2007; AHB, What is Nursing?). Buna rağmen yapılan çalışmalarda hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecine yönelik sorunları olduğu görülmektedir (Andsoy vd., 2013; Olmaz ve Karakurt, 2019; Yıldırım Keskin vd., 2021).

Yapılan çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecinin hasta merkezli, bütüncül ve kaliteli bakımın sağlanması, iyileşme sürecini kısaltması, hemşireler arasında ortak bir dil oluşturması, mesleki gelişimi desteklemesi gibi yararlarının bulunduğunu ve gerekli olduğunu dile getirdikleri belirlenmiştir (Keski ve Karadağ, 2010; Ayan, 2012; Ogunfowokan vd., 2012; Yılmaz ve vd., 2015). Buna karşılık hemşirelik sürecinin gereksiz ve kafa karıştırıcı olduğunu, çok fazla zaman aldığı, kliniklerde rutin olarak uygulanmasının mümkün olmadığını düşünen ve hemşirelik sürecini uygulamak konusunda kendisini hazır hissetmeyen öğrencilerin varlığı da çalışmalarda görülmektedir (Şendir vd., 2009; Rajabpoor vd., 2018). Hemşireler ile yapılan çalışmalarda da kliniklerde hemşirelik sürecini uygulamayanların var olduğu saptanmıştır (Kaya vd., 2010; Andsoy vd., 2013; Abebe vd., 2014; Zeleke vd., 2021; Bayih vd., 2021). Hemşirelik intörn öğrencileri ile yapılan bir çalışmada hemşirelik sürecinin uygulamasında öğrencilerin zaman yetersizliği, iş yükünün fazlalığı, yeterli veriye ulaşamama, hemşirelik tanısını, öncelikleri ve ulaşılabilir hedefleri belirlemede güçlük gibi sıkıntılar yaşadıkları belirlenmiştir (Köktürk Dalcalı, 2021). Hemşirelik öğrencilerine Türkiye'deki hastanelerde hemşirelik tanılarının kullanılabilmesinin mümkün olup olmadığı sorulan bir çalışmada öğrencilerin yalnızca %23,1'inin mümkün olabileceğini ifade ettiği bulunmuştur (Yönt vd., 2009).

Bireyleri fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel ve dini inançları gibi yönleriyle bütüncül olarak ele alan hemşirelik sürecinin tüm aşamaları birbiri ile bağlantılı olup her aşama bir önceki aşamanın doğruluğuna bağlıdır (Carpenito Moyet, 2006; Ay vd., 2008; Birol, 2018). Literatüre bakıldığında ise hemşirelik öğrencilerinin en sık problemi veri toplama ve tanı koyma aşamasında yaşadıkları görülmektedir (Keski ve Karadağ, 2010; Yılmaz vd., 2015; Köktürk Dalcalı, 2021). Diğer aşamalarda verilecek olan kararların temelini oluşturan veri toplama aşamasının eksiksiz olması ve hemşirelik uygulamalarına yön verecek olan

hemşirelik tanılarının doğru seçimi önemlidir (Wilkinson, 2001; Ralph ve Taylor, 2005). Yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin %69,4'ü veri toplama aşamasında güçlük yaşadığını dile getirmiş olup güçlük yaşadığını ifade edenlerin %43,5'inin toplanan verileri kaydetmeden, %34,7'sinin hemşirelerin tutumundan, %33,3'ünün veri kaynağına ulaşma ve hasta ile iletişim kurmaktan, %31'inin veri toplama formunun anlaşılabilirliğinden kaynaklı sorun yaşadıkları saptanmıştır (Yılmaz vd., 2019). Aynı zamanda araştırmalarda öğrencilerin daha çok fizyolojik ihtiyaçlara yöneldiği, değer-inanç ve cinsellik-üremenin en az veri toplanan alanlar olduğu görülmektedir (Yönt vd., 2009; Türk vd., 2013; Erden vd., 2018). Akut ağrı ve enfeksiyon riski gibi akut sorunlara yönelik tanılar daha sık kullandıkları yapılan çalışmalarda dikkat çekmektedir (Gök Özer ve Kuzu, 2006; Erden vd., 2018; Bölükbaş vd., 2020). Bununla birlikte Uysal vd. (2016) hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında %17,8'inin, Çakar ve Avşar (2020) hemşireler ile yaptıkları çalışmalarında %36'sının NANDA dışında tanımlar koyduklarını belirlemiştir.

Hemşirelik öğrencilerinin lisans eğitimleri süresindeki öğrenme deneyimleri meslek yaşantılarına da yansımaktadır. Bu sebeple verilen eğitim içerisinde hemşirelik sürecine yer verilmesi ve buna ayrılan zamanın artırılması hemşirelik öğrencilerine alışkanlık kazandırılmasında etkili olacaktır. Aynı zamanda hemşirelik mesleğini profesyonel olarak uygulamaya başladıkları zamanda kullanmaya devam etmelerinde fayda sağlayacaktır (Karadakovan ve Yeşilbakan, 2004; Olmaz ve Karakurt, 2019; Akansel ve Palloş, 2020). Araştırmalarda hemşirelik eğitimi sürecinde hemşirelik öğrencilerinin uygulama alanlarının yetersizliği ve uygulama süresinin kısıtlı olması, öğretim elemanlarının kliniklerde yanlarında bulunmaması, öğrencilerle yeterince ilgili olunmaması, teorik bilgiyi pratikte uygulayamama, öğrencilerin sağlık ekibinin bir üyesi olarak görülmemesi gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Tosun vd., 2008; Atasoy ve Sütütemiz, 2014; Dönmez ve Karaöz Weller, 2019).

Hemşirelik sürecinin, hastaları bireysel ve bütüncül olarak ele alıyor olması hem problem çözmeyi kolaylaştırması hem de hataları en aza indirmesi, sistematik ve düzenli çalışmayı sağlaması, bakımı sürekli hale getirmesi, hemşirelerin yaptıkları uygulamaları kayıt altına alabilmesi gibi yararları düşünüldüğünde göz ardı edilmemesi gereken bir

konudur. Literatür tarandığında Dünyada ve ülkemizde hemşirelik süreci ve bakım planına yönelik yapılmış çalışmalara sıkça rastlandığı görülmektedir. Buna rağmen hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlama sürecinde karşılaştıkları problemler devam etmektedir. Öğrencilerin eğitim süreçlerinde yaşadıkları bu problemlerin ortaya çıkarılmasının yanında kullandıkları hemşirelik tanılarının ve bakım planına yönelik görüşlerinin değerlendirilmesinin de önemli olduğu düşünülmektedir. Eğitim süreçleri devam ederken bu incelemelerin yapılmasının ve görüşlerinin belirlenerek sorunların çözüme ulaştırılmasının mesleki açıdan da fayda sağlayabileceği öngörülmektedir. Aynı zamanda çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşiresi olacak öğrencilerin çocuklara ve beraberinde çocuğun ailesine kapsamlı hemşirelik bakımını sunarken süreç kullanımının oldukça önemli olduğunun farkında olması gerekmektedir. Bu sebeple çalışma da hemşirelik öğrencilerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında hazırladığı bakım planlarında kullandıkları tanımlar ve bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. Hemşirelik Süreci Nedir?

Sağlıklı/hasta bireyin problemlerinin çözümünde hemşireler tarafından kullanılan bir yöntem olan hemşirelik süreci mevcut veya olası sağlık sorunlarını belirlemek, önlemek ve tedavi etmek için kullanılan sistematik bir yaklaşımdır (Wilkinson, 2001; Ay vd., 2008). Birol'un aktardığına göre, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hemşirelik sürecini "hemşirelik bakımında bilimsel problem çözümü yönteminin sistemli bir biçimde kullanılması" olarak tanımlamaktadır (Birol, 2018). Bakım gereksinimlerinin/sorunlarının belirlenmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması, sonucun değerlendirilmesi gibi aşamalardan oluşmaktadır. Amerikan Hemşireler Birliği (AHB) ise hemşirelik sürecini "çeşitli alanlarda çalışan hemşireleri birleştiren, hasta odaklı ve bütüncül bakım sunulmasını sağlayan ana unsur" olarak tanımlamaktadır (AHB, The Nursing Process).

Hemşirelik süreci, hasta bakımı için yazılmış bir rehber olup bireylerin/grupların sağlık durumlarında değişim/değişime yakınlık olduğunda, insana özgü tepkilere yönelik, sistemli ve organize biçimde bireysel hemşirelik bakımı verilmesine olanak sağlayan problem çözme sürecidir (Ay vd., 2008; McFarland ve McFarlane, 2013; Birol, 2018). Amaç; hemşirelik bakımına planlı yaklaşımı getirmek, hasta ya da sağlıklı bireylere etkili ve kapsamlı hemşirelik bakımı verebilmektir. Burada süreç, hemşirelik ve sağlık hedeflerine ulaşmak için bilinçli problem çözme yaklaşımı sağlamaktadır (Çakırcalı, 1998; Semachew, 2018). Sorunların tanımlanması ve çözümü için en temel araç olmakla birlikte hemşirelik uygulamalarının sezgisel ve ritüel uygulamalardan uzaklaşmasına imkân vermektedir (Barrett vd., 2014; Olmaz ve Karakurt, 2019).

Hemşirelik sürecinin oluşturulması ve sürecin görünür hale getirilmesinde kullanılan hemşirelik bakım planları ise sürecin yazılı kayıtlarıdır. Bakımın değerlendirilmesi, planlanması ve sunulması için yapılandırılmış bir yaklaşım sağlamaktadırlar (Ting-Ting

Lee, 2005; Barrett vd., 2014; Kocaçal vd., 2021). Hemşirelik bakım planları geniş ve kapsamlı bir değerlendirmeye dayanmakta olup detaylı bir planı içerir, uygulamaya ve değerlendirmeye referans oluşturur. Bireylerle ilgili tüm bilgiler, varolan ve/veya potansiyel durumda bulunan hemşirelik tanıları, önceliklere göre ayrılmış problemler, önlenebilir komplikasyonlar, beklenen sonuçlar ve hemşirelik aktiviteleri içerisinde mevcuttur (Çakırcalı, 1998; Barrett vd., 2014).

2.2. Hemşirelik Sürecinin Yararları Nelerdir?

Geçmişten günümüze birçok aşamadan geçen hemşirelik sürecinin bakım alan birey, hemşire ve hemşirelik öğrencisi için yararları göz ardı edilemeyecek kadar çoktur (Yılmaz vd., 2015). Kuramsal bilgi ve beceriyi içeren bir meslek olan hemşireliğin diğer profesyonel disiplinlerde olduğu gibi bilimsel bir temele oturtulma ihtiyacı vardır. Hemşirelik sürecinin tanımlanması ile beraber bu ihtiyaç giderilmiş olup hemşireliğin profesyonel kimlik kazanımı gerçekleşmiştir (Erer, 2017; Birol, 2018). Profesyonellik beraberinde mesleki gelişimi, hemşirelik bakımında kaliteyi, mesleki saygınlığı, özerkliği, iş doyumunu getirmektedir. Soyut bir kavram olan profesyonellik ancak somut eylemler doğrultusunda kendini gösterebilmektedir. Hemşirelik bakım planları burada hemşirelerin kendilerini ve yaptıkları işin karmaşıklığını göstermelerine yarayan kanıtları oluşturmaktadır (Altıok ve Üstün, 2014; Barrett vd., 2014; Karadaş vd., 2018).

Hemşirelik sürecinin etkin uygulanması ile bakımda kalitenin artışı garantilenmektedir. Hedef odaklı olan hemşirelik sürecinde verilen bakımın sorunlara yönelik olarak planlanması, sistemli bir biçimde uygulanması ve değerlendirilmesi kapsamlı, ayrıntılı ve koordine bakımı beraberinde getirir. Bakımda kalitenin arttırılması aynı zamanda hemşirelerin sağlıklı/hasta bireylerin problemlerinin çözümünde sağladıkları katkıyı da belirginleştirir (Ay vd., 2008; Wago ve Rakuom, 2015; Birol, 2018; Basit, 2020). Yapılandırılmış, amaçlı ve etkili bir şekilde bakım sağlamak için hemşireler eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerini kullanırlar (Rosdahl ve Kowalski, 2008). Eleştirel düşünme hemşirelerin bireylerin sorunlarını çözmek için bağımsız eylemlerde bulunmalarını sağlar (Afolayan vd., 2013). Özerklik mücadelesinde önemli rol oynayan hemşirelik süreci

hemşirelerin bağımsız olarak sonuca ulaştırabilecekleri sorunları açıkça tanımlar ve hemşirelik uygulamalarını kendi kararları ile yapabilmelerini destekler (Ralph ve Taylor, 2005).

Birey odaklı olan hemşirelik süreci gereksinimleri hedef alır ve bakım alan birey pasif değil aktif olarak süreç içerisinde bulunur (Carpenito Moyet, 2006). Bakımın bireyselleştirilmesi empatik, geniş kapsamlı, esnek, koordineli ve duyarlı bakımı beraberinde getirir. Hastanın kendine olan güveninin ve memnuniyetinin artmasına, bakım sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlar. Aynı zamanda bu olumlu etkiler hemşirelerin iş doyumuna yansımaktadır (Karayurt vd., 2018; Toru, 2020). Hemşireler farklı rollerini uygulama fırsatı elde ederler ve böylece alışılmış hemşirelik işlemlerinin dışına çıkarlar. Süreç hemşirelerin sürekli araştırma ve geliştirme içerisinde olmalarını gerektirdiğinden devamlı öğrenme söz konusudur (Ay vd., 2008).

Hemşirelik sürecinin kayıt ediliyor olması süreç boyunca tüm yapılanların belgelenmesini sağlamaktadır. Bu kayıtlar hemşirelerin yerine getirmiş oldukları sorumlulukların kanıtı niteliğinde olup yasal açıdan kendilerini korumalarına imkân sağlamaktadır. Aynı zamanda hemşireler arası iletişim problemlerini ortadan kaldırır ve birey için neler planlandığını, ne tür ilerlemelerin sağlandığını anlamakta yararlıdır. Bu sayede bakımda tekrarlar önlenir ve süreklilik sağlanmış olur (Ralph ve Taylor, 2005; Axelsson vd., 2006; Barret vd., 2014; Birol, 2018;).

2.3. Hemşirelik Sürecinin Aşamaları Nelerdir?

Tablo 1

Hemşirelik süreci aşamaları

Veri toplama	Veriler sistematik bir şekilde toplanır, organize edilir, yorumlanır. Bireyin mevcut, potansiyel problemleri/bakım gereksinimleri belirlenir.
---------------------	---

Tablo 1'in devamı

Tanımlama	Veri ipuçları ve ilişkileri sınıflandırılır. Hemşirelik tanıları belirlenir.
Planlama	Bireyin hangi hemşirelik uygulamalarına gereksiniminin olduğuna karar verilir. Bakımın amaçları belirlenir ve beklenen sonuçlara ulaşmak için tasarlanan hemşirelik girişimlerinin öncelikleri planlanır.
Uygulama	Bağımlı/bağımsız hemşirelik girişimleri saptanır, belirlenmiş olan plan doğrultusunda hemşirelik girişimleri uygulanır. Planlamada yer alan ama uygulanmayan hemşirelik girişimleri değerlendirilir.
Değerlendirme	Amaçlar ile sonuçlar karşılaştırılır, uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliği değerlendirilir. Beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı belirlenir. Bireyin gereksinimlerini karşılamak için sonuçlar veya müdahaleler revize edilir.

Kaynak: Ralph ve Taylor, 2005; Ay vd., 2008; Ocakçı ve Alpar, 2013

2.3.1. Veri Toplama

Hemşirelik sürecinin başlangıç basamağı olan veri toplama aşaması hasta/sağlıklı bireyin ayrıntılı tanıtımını ortaya koymakta olup hastanın sağlık durumu, mevcut veya potansiyel sağlık sorunları belirlenmektedir. İlk karşılaşılan andan itibaren başlamakta olup aralıksız devam etmektedir (Barrett vd., 2014; Birol, 2018; Semachew 2018). “Bireye en iyi bakımı verebilmek için hangi bilgilere gereksinimim var?” sorusunun yanıtlandığı bu aşamada elde edilen verilerin hemşirelik sürecinin diğer aşamalarında verilen kararların temelini oluşturması sebebiyle doğru ve eksiksiz olması gerekmektedir (Wilkinson, 2001; Çavuşoğlu, 2015). Veriler toplanırken benzersizlik göz önünde bulundurularak birey, aile veya toplum her zaman bütüncül olarak ele alınmalıdır. Fizyolojik, psikolojik, sosyo kültürel, gelişimsel, dinsel ve çevresel her açıdan bilgi toplanarak veriler kapsamlı hale getirilmelidir. Bunu yaparken kullanılan kaynaklar hastanın kendisi, aile üyeleri ve diğer önemli kişiler, fiziksel muayene bulguları, önceki hemşirelik notları ve bakım planları, tıbbi

kayıtlar, çevre, hemşire meslektaşlarımız ve diğer sağlık ekibi üyeleri olabilir (Çakırcalı, 1998; McFarland ve McFarlane, 2003; Ay vd., 2008). Gereksiz ve fazla toplanmış olan veriler zaman kaybına yol açacağından veriler sorunla ilgili, anlamlı ve kaydedilebilir olmalıdır. Hemşirenin toplamış olduğu veriler hemşirelik tanısını destekleyecek olup bireyin durumunu temsil etmek için belgelenmiş ipuçlarıdır. Toplanan veriler arasında sorun ile ilgili olmayan ya da önem arz etmeyen veriler mevcut ise ayrıştırılması gerekmektedir (Wilkinson, 2001; Carpenito Moyet, 2006; Birol, 2018). Verileri uygun şekilde sınırlamak için şu sorular sorulmalıdır (Ralph ve Taylor, 2005);

- Hangi verileri toplamak istiyorum?
- Verileri nasıl toplamalıyım?
- Verileri nasıl organize etmeliyim?

Subjektif ve objektif olmak üzere iki veri tipi bulunmaktadır. Subjektif veriler, bireylerin düşüncelerini, inançlarını, duygularını, benlik ve sağlık algılarını içeren yaşadıklarının nitelikleriyle bağlantılı tanımlayıcı bilgilerdir. “Nasıl hissediyorsun?” “Seni üzen nedir?” gibi soruların yanıtlarıyla elde edilirler. Objektif veriler ise gözlem, muayene ve diğer sağlık profesyonelleri ile görüşülerek elde edilen ölçülebilir verilerdir. Subjektif ve objektif veriler birlikte kullanıldıklarında yararları tek başlarına sağlayacaklarından daha fazla olur. Aynı zamanda aralarındaki tutarlılık karşılaştırılarak değerlendirilmelidir. Her iki veri tipinden elde edilen bilgiler genellikle birbiri ile uyumludur ancak zıttı olabilmektedir (Wilkinson, 2001; Ralph ve Taylor, 2005; Ay vd., 2008; Barret vd., 2014; Basit, 2020).

Veriler toplanırken görüşme, dinleme, gözlem, hemşirelik öyküsü, fiziksel değerlendirme gibi çeşitli yöntemler kullanılabilir (Wilkinson, 2001; McFarland ve McFarlane, 2003; Ay vd., 2008; Birol, 2018);

Görüşme: Hemşirenin konuşma, gözlem ve dinleme becerilerini kullandığı amaçlı ve yapılandırılmış bir yöntemdir. Görüşme uzun olmamalı, sorular bireyin anlayabileceği şekilde sorulmalı dikkati dağıtacak durumlar ortadan kaldırılmalıdır.

Dinleme: Hemşire yüz ifadesi ve duruşu ile karşısındaki kişiyi dinlediğini belli etmelidir. Başka bir şeyle ilgilenmeden konuya odaklanmalı, önemli bilgileri kaydetmelidir.

Gözlem: Hemşire, Neyi? Neden? gözlemleyeceğini bilmeli tüm duyu organları aracılığıyla dikkatle izlemelidir. Mesleki bilgi ve deneyimlerinden de yararlanarak hiçbir önemli veriyi gözden kaçırmamalıdır.

Hemşirelik Öyküsü: Genel olarak bireyin biyografik bilgilerini, bireyin kuruma başvurma sebebini, mevcut hastalığını, soy geçmişini içeren formlar hemşirelik öyküsü alınırken kullanılmaktadır. Veriler uygun şekilde kayıt edilerek hasta dosyasına konulmaktadır.

Fiziksel Değerlendirme: Görüşmede elde edilen subjektif verileri doğrulamak ve hastalığın vücut üzerindeki etkisini netleştirmek için kullanılacak objektif verileri sağlamaktadır. İnspeksiyon, oskültasyon, perküsyon ve palpasyon teknikleri fiziksel değerlendirme için kullanılabilir.

Literatüre bakıldığında hemşireler ve hemşirelik öğrencileri arasında hemşirelik sürecinin en çok zorlanılan aşamasının veri toplama olduğu görülmektedir. Veri kaynaklarına ulaşmada, iletişim kurmada, yeterli veriyi toplamada, toplanan verileri yorumlama ve kaydetmede problem yaşadıklarını dile getirmektedirler (Zaybak vd., 2016; Uysal, 2016; Yılmaz vd., 2019). Oysa doğru hemşirelik tanısının belirlenmesi için önemli olan bu aşamada yaşanacak sorunlardan diğer aşamaların da yeterliliği, bireyselliği ve bütüncüllüğü aynı zamanda hemşirelik bakımının kalitesi de etkilenmektedir. Bu yüzden hemşireler verileri toplarken iyi bir gözlemci ve dinleyici olabilmeli, iletişim tekniklerini etkili kullanabilmeli, çok yönlü düşünüp kapsamlı hemşirelik öyküsü alabilmelidirler (Zaybak vd., 2016; Birol, 2018; Yılmaz vd., 2019).

2.3.2. Tanılama

Hemşirelik aktivitelerinin temeli olan hemşirelik tanılarının belirlendiği tanılama aşaması, hemşirelerin toplanmış olan verileri yorumlayarak sorunlar karşısında ne yapmaları gerektiğine yön veren akıl yürütme sürecidir (Wilkinson, 2001; Ay vd., 2008; AHB, The Nursing Process). Hemşirelik tanıları, hemşirelerin tedavi edebilecekleri ve tedavi etmeye yetkili oldukları sağlık problemleri olup bireyler için konulmuş her hemşirelik tanısı bir sorun anlamına gelmektedir (Çavuşoğlu, 2015; Conk, 2018). Belirlenen hemşirelik tanıları, bireylerin mevcut ve potansiyel sorunlarına yönelik gereksinimlerini netleştirerek spesifik hemşirelik girişimlerine karar verilmesine olanak sağlamaktadır. (Axelsson vd., 2006; Barrett vd., 2014).

Hemşirelik Tanısının Zaman İçindeki Gelişimi

Hemşirelik tanısı terim olarak ilk kez 1950'li yıllarda ortaya atılmıştır. Ancak o yıllarda hemşirelik tanılarından daha çok tıbbi tanımlar için veriler toplanmıştır. Çünkü tanımların sadece tıbbi tedavi gerektiren problemlerde kullanılacağı düşüncesi vardı ve tanı koymanın hekimin görevi olduğu görüşü yaygındı. Hemşireler uzunca yıllar veriler toplamış, girişimleri planlamış, planlanan bu girişimleri uygulamış ve sonuçlarını değerlendirmiş olmalarına rağmen hemşirelik bakımının etkisini iyi bir şekilde göstermekte başarılı olunamamıştır (Biol, 2018; Conk, 2018). 1960'lı yıllarda hala devam etmekte olan tanı koymanın hekimin görevi olduğu görüşüne karşı Dr. Lester King tanılama teriminin sadece tıbbi özgü olmadığını belirtmiş ilerleyen yıllarda Faye Abdellah ise hemşirelik tanısının hemşirelik biliminin esası olduğunu dile getirmiştir. Tanımlar hakkındaki tartışmalar uzunca yıllar devam etmesine rağmen zamanla hemşirelik uygulamalarını adlandırma, sınıflama ve ortaklık sağlamaya yönelik uluslararası çabalar ve gelişmeler gösterilmeye başlanmıştır (Ay vd., 2008; Biol, 2018; Carpenito, 2021).

1970'li yıllarda hemşireler, hemşirelik tanılamasına yol gösterebilecek, kaynak niteliğinde başvurulabilecek taksonomik sistemlere ihtiyaç duymuşlardır. Sınıflandırma

anlamına gelen taksonomiye hemşirelik tanılarının kullanımının, paylaşım kolaylığının ve sistematik hale getirilmesinin sağlanması amacıyla gereksinim duyulmuştur. AHB tarafından onaylanan hemşirelik sınıflama sistemlerinden birini oluşturan Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (The North American Nursing Diagnosis Association Taxonomy/NANDA), 1973 yılında “Ulusal Görev Gücü (National Task Force)” olarak örgütlenerek ilk toplantısı ile bu yöndeki gelişmelerin temelini atmaya başlamış olup çalışmalarını sürdürmeye günümüzde de devam etmektedir. Bugünkü ismini 1982 yılında alan NANDA aynı zamanda en çok tercih edilen hemşirelik sınıflama sistemlerinden biridir. Hemşire eğitimciler, teorisyenler ve uygulayıcılardan oluşmuş bu kuruluşun amacı hemşirelik tanıları terminolojisini belirlemek ve tanımlamak; bu tanıları kullanmak ve test etmektir. Hemşirelik tanılarının geliştirilmesi mevcut araştırma sonuçlarının kullanılması, klinisyen hemşirelerin görüşlerinin alınması ve yeni araştırmaların yapılması ile sağlanmaktadır (Wilkinson, 2001; Ay vd., 2008; Conk, 2018; Birol, 2018; İskender ve Kaplan, 2019; Carpenito, 2021). NANDA, hemşirelik tanısını “birey, aile veya toplumun sağlık koşullarına/yaşam süreçlerine verdiği bir insan tepkisi veya bu tepkiye karşı savunmasızlık ile ilgili klinik yargı” olarak tanımlamıştır. Tanıların, hemşirenin sorumlu olduğu sonuçlara ulaşmak için yol gösterdiğini söylemektedir (2013). Amerikan Hemşireler Birliği (AHB) de, hemşirelik tanılarının hemşirelik sürecinin bir parçası olarak kabul edilmesine önemli ölçüde destek vermiş ve profesyonel hemşirenin önemli bir görevi olarak tanımlamıştır (Wilkinson, 2001; McFarland ve McFarlane, 2003).

NANDA tarafından ilk taksonomi 1987 yılında oluşturulmuştur. 1998 yılında ise yeni revizyonlar öne sürülerek Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli benimsenmiş ve Taksonomi II uygulanmaya başlanmıştır. 2002 yılında uluslararası bir kuruluş haline gelerek NANDA International (NANDA-I) adını almıştır (Birol, 2018). NANDA tanıları sınıflamasının kullanıldığı alanlar ise şunlardır;

- Klinik uygulama ve bakımın yönetimi
- Bilgi sistemleri ve standardize edilmiş veri tabanı
- Hemşirelik öğretimi; öğretim kitapları ve eğitim programları

NANDA Hemşirelik Tanıları Listesi

Tablo 2

NANDA hemşirelik tanıları

Fonksiyonel sağlık örüntüleri altında gruplanmış hemşirelik tanıları	
1. Sağlığı algılama-sağlığın yönetimi	
<ul style="list-style-type: none">• Büyüme ve gelişmede gecikme Gelişmede gecikme riski Yetişkin tip iyileşmede yetersizlik• Cerrahi (sonrası) iyileşmede gecikme Cerrahi (sonrası) iyileşmede gecikme riski• Enerji alanında rahatsızlık• Katılımda etkilenim Katılımda etkilenim riski• Kontaminasyon (Birey) Bireysel kontaminasyon riski• Kontaminasyon (Aile) Toplumsal kontaminasyon riski• Obezite Fazla kilolu olma Fazla kilolu olma riski	<ul style="list-style-type: none">• Riskli (risk alıcı) sağlık davranışları• Sağlığı yönetmede etkisizlik Ailenin yönetmede etkisizlik Toplumun sağlığını yönetmede etkisizlik• Sağlığını yönetmede güçlenmeye hazır oluş Toplum sağlığında yetersizlik• Yaralanma riski Aspirasyon riski Boğulma riski Düşme riski Perioperatif pozisyonda yaralanma riski Termal yaralanma riski Travma riski İdrar yollarında yaralanma riski Zehirlenme riski

Tablo 2'nin devamı

2. Beslenme-metabolik	
<ul style="list-style-type: none"> • Alerjik tepki riski • Beslenmede dengesizlik Bebeğin beslenme örüntüsünde etkisizlik Dentisyonda (diş çıkarmada) bozukluk Yutmada bozulma • Beslenmede güçlenmeye hazır oluş • Elektrolit dengesizliği riski • Emzirme Anne sütünün yeteriz olması Emzirmede güçlenmeye hazır oluş Etkisiz emzirme Emzirmenin kesintiye uğraması • Enfeksiyon riski • Enfeksiyon bulaştırma riski • İyotlu kontrast maddeye karşı istenmeyen reaksiyon riski • Kan glikozunda değişkenlik (istikrarsızlık) riski • Karaciğer fonksiyonunda bozulma riski • Lateks alerjisi Lateks alerjisi riski 	<ul style="list-style-type: none"> • Yenidoğan sarılığı Yenidoğan sarılığı riski • Korunmada (savunmada) etkisizlik Basınç ülseri Basınç ülseri riski Deri bütünlüğünde bozulma Deri bütünlüğünde bozulma riski Doku bütünlüğünde bozulma Oral müköz membranda bozulma Oral müköz membranda bozulma riski Korneal yaralanma riski Kuru göz riski • Sıvı dengesini güçlendirmeye hazır oluş • Sıvı volüm dengesizliği riski • Sıvı volüm eksikliği Sıvı volüm eksikliği riski • Sıvı volüm fazlalığı • Vücut sıcaklığında dengesizlik riski Etkisiz termoregülasyon Etkisiz termoregülasyon- yenidoğan Hipotermi Hipotermi
3. Eliminasyon	
<ul style="list-style-type: none"> • Barsak inkontinansı • Diyare • Gastrointestinal motilitede fonksiyon bozukluğu Gastrointestinal mobilitede fonksiyon bozukluğu riski • Kronik fonksiyonel konstipasyon Kronik fonksiyonael konstipasyon riski Konstipasyon riski Algılanan konstipasyon 	<ul style="list-style-type: none"> • Üriner boşaltımda bozulma Devamlı inkontinans Fonksiyonel inkontinans İdrarı tutamama (kaçırma) İdrarı tutamama (kaçırma) riski Maturasyonel (gelişimsel) enürezis Refleks inkontinansı Stres inkontinansı Taşıma/tahliye inkontinansı • Üriner eliminasyonu güçlendirmeye hazır oluş

Tablo 2'nin devamı

4. Aktivite/egzersiz	
<ul style="list-style-type: none"> • Aktivite intoleransı • Aktivite planlamada etkisizlik Aktivite planlamada etkisizlik riski • Amaçsız gezinme • Ani bebek ölüm sendromu riski • Bebek davranışının disorganizasyonu Bebek davranışının disorganize olma riski • Bebek davranışının organizasyonunda güçlenmeye hazır oluş • Disue (kullanmama) sendromu riski • Doku perfüzyonunda etkisizlik Gastrointestinal doku perfüzyonunda etkisizlik riski Kardiyak doku perfüzyonunda azalma riski Periferik doku perfüzyonunda etkisizlik Periferik doku perfüzyonunda etkisizlik riski Periferik nörovasküler disfonksiyon riski Renal perfüzyonda etkisizlik riski Serebral doku perfüzyonunda etkisizlik riski • Eğlence (boş zamanları geçirme) aktivitesinde eksiklik • Evin bakımını sağlamada yetersizlik • Sedanter yaşam şekli • Özbakımda güçlenmeye hazır oluş • Şok riski 	<ul style="list-style-type: none"> • Solunum fonksiyonunda etkisizlik riski Etkisiz solunum örüntüsü Gaz değişiminde bozulma Hava yolunu temizlemede etkisizlik Spontan ventilasyonda bozulma Ventilatörden ayrılmaya disfonksiyonel tepki Ventilatörden ayrılmaya disfonksiyonel tepki riski • Fiziksel mobilitede bozulma Ayakta durmada bozulma Oturma pozisyonu sürdürmede bozulma Tekerlekli sandalye ile mobilitede bozulma Transfer yeteneğinde bozulma Yatak içi mobilitede bozulma Yürümede bozulma • Kanama riski • Kardiyak output'ta azalma • Özbakım eksikliği sendromu Kendi kendine beslenmede eksiklik Kendi kendine yıkanmada eksiklik Kendi kendine giyinmede eksiklik Kendi kendine tuvaleti kullanmada eksiklik Enstrümental özbakım eksikliği • Vasküler travma riski
5. Uyku/dinlenme	
<ul style="list-style-type: none"> • Uykuyu (uyku kalitesini) güçlendirmeye hazır oluş 	<ul style="list-style-type: none"> • Uyku örüntüsünde rahatsızlık Uykusuzluk (insomnia) Uyku yoksunluğu

Tablo 2'nin devamı

6. Bilişsel/algısal	
<ul style="list-style-type: none"> • Konfüzyon Akut konfüzyon Akut konfüzyon riski Kronik konfüzyon • Bellekte bozulma • Bilgi eksikliği • Bilgi düzeyinde güçlenmeye hazır oluş • Disrefleksiya Otonomik disrefleksiya Otonomik disrefleksiya riski • Unilateral (tek yanı) ihmal etme 	<ul style="list-style-type: none"> • Rahatlıkta (konforda) bozulma Akut ağrı Kronik ağrı Kronik ağrı sendromu Doğum ağrısı Bulantı • Rahatlığını (konforu) güçlendirmeye hazır oluş • Karar vermede çatışma • Karar vermede güçlenmeye hazır oluş Özgür karar vermede güçlenmeye hazır oluş
7. Kendini algılama	
<ul style="list-style-type: none"> • Anksiyete Ölüm anksiyetesi • Güçsüzlük Güçsüzlük riski • Güçlenmeye (güçlenmek için desteklenmeye) hazır oluş • İnsan onurunun tehlikeye girme riski • Kendini ihmal etme • Korku • Ümitsizlik • Ümidi güçlendirmeye hazır oluş • Yorgunluk 	<ul style="list-style-type: none"> • Benlik kavramında güçlenmeye hazır oluş • Benlik kavramında rahatsızlık Beden imgesinde rahatsızlık Bireysel kimlik (kendilik) tanımında bozulma Bireysel kimlik (kendilik) tanımında bozulma riski Benlik saygısında rahatsızlık Durumsal düşük benlik saygısı Durumsal düşük benlik saygısı riski Kronik düşük benlik saygısı Kronik düşük benlik saygısı riski

Tablo 2'nin devamı

8. Rol/işkiler	
<ul style="list-style-type: none"> • Acı çekme • Beklenen acı çekme • Karmaşık (çapraşık) acı çekme • Karmaşık (çapraşık) acı çekme riski • Aile süreçlerinin devamlılığında bozulma • Disfonksiyonel aile içi süreçler • Aile içi süreçlerde güçlenmeye hazır oluş • Ebeveynlik-rol çatışması • Ebeveynlikte güçlenmeye hazır oluş • Ebeveynlikte yetersizlik • Ebeveynlikte yetersizlik riski • Bağlanmada bozulma riski • Rol performansında etkisizlik • Sosyal etkileşimde bozulma • Sosyal izolasyon 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebelik, doğum ve bebek bakımı süreçlerinde etkisizlik • Gebelik, doğum ve bebek bakımı süreçlerinde etkisizlik riski • Gebelik, doğum ve bebek bakım süreçlerinde güçlenmeye hazır oluş • İletişimde bozulma • Sözel iletişimde bozulma • İletişimde güçlenmeye hazır oluş • İlişkilerde etkisizlik • İlişkilerde etkisizlik riski • İlişkilerde güçlenmeye hazır oluş • Kronik keder • Yalnızlık riski
9. Cinsellik-üreme	
<ul style="list-style-type: none"> • Cinsellik örüntülerinde etkisizlik • Cinsel disfonksiyon 	<ul style="list-style-type: none"> • Maternal-fetal ikilide (ilişkide) rahatsızlık riski

Tablo 2'nin devamı

10. Başetme-stres toleransı	
<ul style="list-style-type: none">• İntrakranial adaptif kapasitede azalma• Bakım verici rolünde zorlanma Bakım verici rolünde zorlanma riski• Başetmede güçlenmeye hazır oluş• Başetme-bireysel Duygu-durum düzenlemesinde bozulma Dürtü kontrolünde etkisizlik Emosyonel kontrolde değişkenlik Etkisiz başetme Etkisiz inkâr Savunucu baş etme• Başetme- ailesel Aile başetmesinde etkilenim-ödün verme Aile başetmesinde yetersizlik• Aile başetmesinde güçlenmeye hazır oluş• Başetme-toplumsal• Etkisiz toplumsal başetme• Toplumsal başetmede güçlenmeye hazır oluş	<ul style="list-style-type: none">• Dayanma gücünde (esneklikte) bozulma Dayanma gücünde (esneklikte) bozulma riski• Kendine zarar verme riski Kendini sakat etme Kendini sakat etme riski İntihar etme riski• Post-travma sendromu Post-travma sendromu riski Tecavüz (cinsel saldırıya uğrama) travma sendromu• Relokasyon/taşınma stresi (sendromu) Relokasyon stresi (sendromu) riski• Stres yüklenmesi• Şiddet riski-kendisine yönelik• Şiddet riski- başkalarına yönelik
11. Değer-inanç	
<ul style="list-style-type: none">• Dinsel kurallara uyumda güçlenmeye hazır oluş• Moral distres (ahlaki sıkıntı) Moral distres (ahlaki sıkıntı) riski	<ul style="list-style-type: none">• Spiritüel distres Spiritüel distres riski Dinsellikte bozulma Dinsellikte bozulma riski• Spiritüel iyili halinde güçlenmeye hazır oluş

Kaynak: Carpenito, 2021

Hemşirelik Tanısının Yapısı

Hemşirelik tanısı hastaya ilişkin öykü, fizik muayene ve laboratuvar verilerinin analizi ve yorumlanması ile oluşmaktadır (Çavuşoğlu, 2015). NANDA tarafından belirlenen her tanının SEP ya da PES sistemi olarak ifade edilen üç unsuru vardır (Ay vd., 2008; Rosdahl ve Kowalski, 2008; Birol, 2018);

Problem (P): Bireyin sağlık sorununu açık ve net bir Şekilde tanımlamakta olup beraberinde derece belirtmeden bozukluk, yetersizlik gibi terimlerle sağlık durumundaki deđiŐiklikleri ifade eder.

Etiyoloji (E): Problemin ortaya ııkmasına sebep olan fizyopatolojik, tedavi ile ilgili, gelişimsel ya da durumsal faktörlerdir. Bu faktörler fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, ruhsal ve ıevresel olabilir.

Semptom (S): Bireyde problem ile beraber gözlemlenen tanımlayıcı özelliklerdir.

Örneğin; P: Deri Bütünlüğünde Bozulma

E: İmmobilizasyon

S: KaŐıntı, ağrı, deride kızarıklık

Hemşirelik Tanı Tipleri

- **Mevcut Hemşirelik Tanısı:** Veri toplama sırasında elde edilen belirti ve bulgularla desteklenen varlığı saptanmış problemlerdir. Bireyde problem mevcut olduğunda hemşirelik tanısının üç unsuru olan problem, etiyoloji ve semptom bulunmaktadır. Mevcut hemşirelik tanılarında hemşirelik bakımı gerıek sorunları gidermeye, ıözmeye ve bunlarla baş etmeye yöneliktir (Wilkinson, 2001; Ay vd., 2008).

Örnek:

Tanı: Bakım verici rolünde zorlanma

Etiyoloji: Bakım vermenin yıllarca sürmesi, informal desteklerin yetersizliği, bakım aktivitelerinin karmaŐıklıđı, vs

Semptom: Zamanın ve fiziksel enerjisinin yetmediğinin bildirilmesi, gerekli bakım verme aktivitelerinin yerine getirmede güçlük, depresif duygular, öfke, vs.

- **Potansiyel Hemşirelik Tanısı:** Uygun hemşirelik girişimleri ile ortaya çıkabilecek problemleri önlemeye yönelik tanılardır. Potansiyel hemşirelik tanılarında semptom bulunmamaktadır. Bireyleri, aileyi ve toplumu problem gelişimi ile tehdit eden risk faktörleri mevcuttur (Carpenito Moyet, 2006; Birol 2018).

Örnek:

Tanı: Düşme riski

Etiyoloji: Ekstremitte kaybı, görme bozukluğu olması, baş dönmesi, uzun süreli yatak istirahati, vs.

- **Olası Hemşirelik Tanısı:** Problemin varlığından şüphelenmek için verilerin var olduğu ancak emin olmak için yeterli verilerin bulunmadığı tanılardır. Daha fazla veri gerektiren şüpheli sorunlar mevcuttur. Ek veriler sonucunda problem ya doğrulanır ya da ortadan kaldırılır (Wilkinson, 2001; Carpenito Moyet, 2006).
- **Ortak Problem:** Hemşirenin tek başına çözümleyemeyeceği diğer ekip üyeleri ile iş birliği gerektiren problemlerdir. Hemşirelik tanılarında hemşire hedefe ulaşmak için bağımsız kararlar verirken ortak problemlerde diğer ekip üyeleri ile görüşülmesi gerekmektedir. Örneğin; hareketsizlik nedeniyle cilt bütünlüğünde bozulma tanısı alan bireyde hemşire bağımsız girişimlerini planlar ve uygular. Ancak yaranın eviserasyon sonucu açılması hemşire ve hekimin iş birliğini gerektirmekte olup ortak problemdir (Carpenito Moyet, 2006; Rosdahl ve Kowalski, 2008; Birol, 2018).

Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi

Hemşirelik tanıları belirlenirken problem, etiyoloji ve semptomlar birbirleri ile ilişkilendirilir (Rosdahl ve Kowalski, 2008). Hemşire eleştirel düşünme yeteneğini kullanarak topladığı verilerden sonuçlar çıkarır. Hemşirelik tanılarının belirlenmesi süreci üç adımda gerçekleşir (Wilkinson, 2001; Birol, 2018);

- **Verilerin Analizi ve Yorumlanması:** Hemşire teorik bilgi ve geçmiş deneyimlerini kullanarak toplanan verilerin analizini yapar. Belirti ve bulgular, tıbbi tanı gibi tüm veriler kapsamlı ele alınarak değerlendirilir. Kritik düşünce yoluyla ipuçları, verilerin birbirleriyle ilişkisi belirlenir ve olası sorunlar ile bireyin gereksinimleri ortaya konur (Barrett vd., 2014; Birol, 2018). Hemşirenin verdiği kararların objektif ve subjektif verilere, kanıtlara dayalı olması gerekmekte olup nerede hangi veriye bakacağını bilmelidir (Avşar vd., 2014).
- **Verilerin Doğrulanması ve Gruplandırılması:** Hemşire topladığı verileri gruplandırır ve fonksiyon alanlarına göre organize eder. Bu adımı kolaylaştırmak için gruplandırılmış verilerin olası anlamları olan tanı hipotezleri oluşturulur. Örneğin; hemşire koyu yapışkan balgamın hava yollarından oksijen geçişini engellediğini ve vücudun oksijen gereksiniminin karşılanamadığını düşünerek geçici hipotez kurar. NANDA'nın tanı kategorisindeki tanımlayıcı özellikler ile bu hastanın belirti ve bulgularının uygunluğu değerlendirilir. Eğer hipotez doğrulanırsa bakım planına dahil edilir (Wilkinson, 2001; Birol, 2018).
- **Hemşirelik Tanısının İsimlendirilmesi ve Kaydedilmesi:** NANDA'nın kabul ettiği hemşirelik tanılarındaki tanımlayıcı özellikler belirlenmiş olan hipotezdeki tanımlayıcı özelliklerden en az bir tanesine karşılık geliyor ve uygunluk sağlıyorsa "hemşirelik tanısı" isimlendirilmiş olur. İpuçları arasındaki tutarsızlıklar, sağlık ekibi üyeleri, hasta ve çevresinden gelen çelişkili bilgiler, yanlış iletişim, hemşireden kaynaklı hatalar gibi sebepler yüzünden hemşirelik tanısı formüle edilemeyebilir. Böyle durumlarda belirlenmiş hipotezden vazgeçilir veriler yeniden ve daha kapsamlı olarak toplanır (McFarland ve McFarlane, 2003; Birol, 2018).

Tıbbi Tanılar ve Hemşirelik Tanıları Arasındaki Fark

Hemşirelik tanısı ve tıbbi tanıların birbiri ile karıştırılmaması gerekmektedir. Hemşirelik tanısı, hemşire tarafından bireyin sağlığını geliştirme, koruma ve hastalık durumunda iyileştirme amacı ile belirlenmiş problemlerdir. Hemşireler, kişiye odaklanır ve bir hastalığın veya rahatsızlığın bireyi nasıl etkilediği ve gereksinimlerinin nasıl karşılanabileceği ile ilgilenirler. Hekimler ise hastalığın fizyolojik belirtilerini inceleyerek nedenini belirler ve tıbbi tanıya ulaşırlar (Ay vd., 2008; Rosdahl ve Kowalski, 2008). Hemşirelerin tıbbi tanı ve hemşirelik tanısını birbirinden ayırabilmek için “Bu problemi tespit etmeye ve ortadan kaldırmaya yetkili miyim?”, “Bunu bilgi ve becerilerimle yapabilir miyim?” sorularına yanıt aramaları gerekmektedir (Conk, 2018).

Tablo 3

Tıbbi tanı ve hemşirelik tanısının özellikleri

Tıbbi tanı	Hemşirelik tanısı
Belirli bir hastalık sürecini tanımlar.	Hastalık sürecine yönelik bireysel tepkileri tanımlar.
Hastalık ve patolojiye odaklıdır.	Bireye odaklıdır.
Hastalık süresince değişmeden aynı kalır, durağandır.	Hastalık süresince hastanın tepkileri değişikçe değişir, dinamiktir.
Bir kısmı hemşire tarafından uygulanabilen tıbbi tedaviye yol gösterir.	Bağımsız hemşirelik bakımına yol gösterir.
Hemşirelik tanıları tanımlayıcıdır.	Tıbbi tanıyı tamamlayıcıdır.

Kaynak: Conk, 2018; Çavuşoğlu, 2015

Tablo 4

Tıbbi tanı ve hemşirelik tanısı örnekleri

Tıbbi tanı	Hemşirelik tanısı
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	Aktivite İntoleransı, Etkisiz Baş Etme Büyüme ve Gelişmede Gecikme

Tablo 4'ün devamı

Lösemi	Enfeksiyon Riski Kanama Riski Travma Riski Güçsüzlük
Bronşiolit	Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik Gaz Değişiminde Bozulma Sıvı Volüm Dengesizliği Riski

Kaynak: Conk, 2018

2.3.3. Planlama

Hemşirelik sürecinin tanılama aşamasında birey için uygun tanımlar belirlendikten sonra planlama aşaması ile birlikte hemşirelik bakımı planlanmaya başlanır. Bireyin sorunlarını önlemek, azaltmak veya ortadan kaldırmak için belirli hedefler geliştirilir ve bu hedeflere ulaşmak için uygulanacak hemşirelik girişimlerine karar verilir. Bu aşamada hemşire, “Ne başarılacak? Nasıl başarılacak?” sorularına yanıt aramaktadır (McFarland ve McFarlane, 2003; Rosdahl ve Kowalski, 2008; Birol, 2018). Planlama aşaması, önceliklerin belirlenmesi, bakımın amaçlarının/uzun vadeli sonuçlarının belirlenmesi, hemşirelik girişimlerine karar verilmesi ve bakım planının yazılmasını içermektedir.

Önceliklerin Belirlenmesi

Hemşirelik sürecinin planlanmasına önceliklerin belirlenmesi ile başlanmaktadır. Birey için hangi problemin en önemli olduğu saptanır. Hemşirenin burada hangi problemlerin öncelikli olarak ele alınması gerektiği, aynı anda ele alınması gereken başka önemli problemin var olup olmadığı gibi noktalara dikkat etmesi gerekmektedir. Bireyin acil giderilmesi gereken ihtiyaçları ilk sırada ele alınabilecek tanımlar içerisinde yer alabilmektedir. Örneğin; ağrı gibi (Ralph ve Taylor, 2005; Birol, 2018). Bu kararı verirken hemşire tercihen Maslow'un ‘Temel İnsan Gereksinimleri’ sıralamasından yararlanabilmektedir (Conk, 2018);

Öncelik 1: Fizyolojik gereksinimlere zarar veren problemler (Solunum, dolaşım, boşaltım, ısı, ağrı gibi fiziksel rahatsızlıklar)

Öncelik 2: Hastanın güvenliğine ve güvencesine zarar veren problemler (Çevreye ilişkin zararlar, korku ve sosyal güvence kaybı)

Öncelik 3: Sevgi ve ait olma gereksinimini olumsuz etkileyen problemler (İzolasyon ya da sevilen yakınların kaybı)

Bakımın Amaçlarının/Uzun Vadeli Sonuçlarının Belirlenmesi

Öncelikler belirlendikten sonra birey için gerçekçi ve ulaşılabilir olan aynı zamanda güçlü yanlarının ve potansiyelinin de göz önünde bulundurulduğu hedefler konulur. Belirlenen hedefler, bir sorunun çözümünü, soruna yönelik ilerlemenin kanıtını, sağlığın iyileştirilmesine yönelik ilerlemeyi veya sağlığın devam ettirilmesini temsil edebilmektedir (McFarland ve McFarlane, 2003; Carpenito Moyet, 2006). Bireyin gereksinimlerine, problemin özelliğine bağlı olarak kısa veya uzun vadeli hedefler belirlenmektedir. Uzun vadeli hedefler genellikle büyük değişimleri göstermekte olup haftalar ve aylar boyunca ulaşılması beklenen; kısa vadeli hedefler ise saatler ya da birkaç gün içinde ulaşılması beklenen veya uzun vadeli bir hedefe doğru bir basamak olarak belirlenen hedeflerdir (Carpenito Moyet, 2006; Ay vd., 2008). Hemşirelerin hedefe ne derece yaklaşılabilirdiğini değerlendirmeleri önemli bir nokta olup hedefleri belirlerken şu kriterleri kullanabilir ve kendilerine şu soruları yöneltebilirler (Barrett vd., 2014);

- Birey odaklı olmalıdır. Hedef bireyin ihtiyaçlarını karşılamaya uygun mu?
- Kaydedilebilir olmalıdır. Hedefe doğru yaşanan süreci kaydedebiliyor musunuz?
- Gözlemlenebilir ve ölçülebilir olmalıdır. Süreci değerlendirebiliyor musunuz?
- Yönetilebilir olmalıdır. Kim, ne, ne zaman ve nasıl olduğu açık mı?
- Anlaşılabilir ve açık olmalıdır. Basit bir şekilde yazılmış mı?
- Gerçekçi ve başarılabılır olmalıdır. Birey tarafından gerçekçi bir şekilde başarılabılır mi?
- Zamana bağlılık. Hedefin başarılaacağı zaman belli mi?

Hemşirelik Girişimlerine Karar Verilmesi

Birey için belirlenen hedeflerin her birine ulaşılabilmesi için hemşirelik girişimlerine karar verilir. Belirlenmiş olan her hedef kendine özgü hemşirelik girişimine sahiptir. Hemşire belirlediği hedeflere daha kolay ulaşabilmek için hemşirelik girişimlerini seçerken bireyin yaşı, sınırlılıkları, tedavileri gibi bireye ait verileri dikkate almalı aynı zamanda kendi bilgi ve becerisini de gözden geçirmelidir (Ay vd., 2008; Birol, 2018).

Bakım Planının Yazılması

Planlama aşamasının son kısmı ise bakım planının yazılmasıdır. Burada belirlenmiş olan hedefler, uygulanacak olan hemşirelik girişimleri doğru ve eksiksiz bir biçimde belgelenir (Ralph ve Taylor, 2005). Hemşirelik kanununa göre hemşireler, hemşirelik sürecinin aşamalarında görevli ve yetkili kişilerdir (Resmî Gazete, 2007). Şahsen sorumlu oldukları bu süreçte attıkları adımlara gerekçe gösterebilir, neyi hangi nedenle yaptıklarını açıklayabilir, uygulamalarının sonuçlarını değerlendirebilir durumda olmaları gerekmektedir. Bunu sağlamanın yolu ise kaydetmektir. Hemşire bakım planını kaydederken gerçeklik, kesinlik, güncellik, düzenlilik, güvenilirlik gibi temel özelliklere yer vermesi gerektiğini bilmeli bireye ait tüm bilgileri içererek, kısa ve öz olacak şekilde kaydı gerçekleştirmelidir. Kayda alınmamış girişimlerin yapılmamış anlamına geldiğini unutmaması gerekmektedir (Ay vd., 2008; Barrett vd., 2014).

2.3.4. Uygulama

Tanımlanmış hedeflere ulaşmak için gerekli eylemlerin başlatılıp tamamlandığı, bakım planının uygulamaya geçirildiği aşamadır (McFarland ve McFarlane, 2003; Barrett vd., 2014). Bakım planları statik olmayıp uygulanan girişimlerin sonucuna göre şekil değiştirebilmektedir. Gerekli durumlarda planda değişiklikler yapılabilmesi mümkün olup değişikliğin sebebi kaydedilmelidir (Ralph ve Taylor, 2005; Birol, 2018).

Uygulama sırasında gerçekleştirilen özerk hemşirelik girişimlerinin temelini hemşirelik sürecinin ilk üç aşaması oluşturmaktadır. Özerklik, hemşirenin gerçekleştirdiği uygulamalardan sorumlu olmasını ve verdiği kararların sonuçlarını tanımlayabilmesini, açıklayabilmesini ve değerlendirebilmesini ifade etmektedir (Wilkinson, 2001). Bunun yanında bağımlı ve iş birliğine dayalı hemşirelik girişimleri de mevcuttur. Sağlık alanındaki farklı bir profesyonelin yazılı veya sözlü talimatına dayanarak uyguladıklarımız bağımlı girişimlerimizdir. Genellikle doktor olan bu kişinin istemi olmadan hemşirelik girişimi uygulanmamaktadır. Örneğin; hastaya uygulanacak ilacın istemini yapmak doktorun sorumluluğunda iken ilacın uygulanması hemşirenin görevidir. İşbirliğine dayalı hemşirelik girişimleri ise diğer sağlık profesyonelleri ile ortaklaşa yürütülen birbirine bağlı girişimlerdir. Laboratuvar ve röntgen teknisyenleri, fizik ve solunum terapistleri ile irtibat halinde olup girişimlerimize ona göre yön vermek gibi (Wilkinson, 2001; Ralph ve Taylor, 2005; Ay vd., 2008).

Uygulama aşamasında hemşirenin her girişimi kayıt altına alması gerekmektedir. Belgelenmemiş hiçbir uygulama tamamlanmış sayılmaz bu yüzden önem taşımaktadır (Ralph ve Taylor, 2005; Birol, 2018).

2.3.5. Değerlendirme

Hemşirelik sürecinin son ve diğer tüm basamakların etkinliğinin ölçüldüğü kısım değerlendirmedir. Hemşire bu aşamada şu soruları kendine sormalıdır (Ralph ve Taylor, 2005);

- Bireyin durumunda gelişme mevcut mu?
- Bireyin gereksinimleri karşılandı mı?
- Seçilen hemşirelik tanıları doğru muydu?
- Beklenen sonuçlar gözden geçirilmeli mi?
- Hangi hemşirelik müdahalelerine devam etmeliyim? Hangilerini durdurmalıyım?

Bazı verilerin eksikliği, uygun olmayan tanı seçimi, hedeflerin gerçekçi olmaması, planlanan hemşirelik girişimlerinde yanlışlıklar veya hastada gelişen beklenmedik değişiklikler gibi sebepler nedeniyle belirlenen hedeflere ulaşılamayan durumlar olabilmektedir (Biol, 2018). Hemşire, değerlendirme sonucunda belirlenmiş hedeflere ulaşamadığı sonucuna varırsa bunun nedenleri göz önünde bulundurularak hemşirelik bakım planında yeni revizyonlar yapılır ve süreç tekrar başlatılır. Bu durumda hemşire yeniden başa dönmesi hemşirelik sürecinin dinamikliğini göstermektedir. Hedefe ulaşılmış problemler ise çözüldü olarak kayıt edilir (Ay vd., 2008; Rosdahl ve Kowalski, 2008; Conk, 2018).

2.4. Hemşirelik Süreci ile İlgili Dünya’da ve Türkiye’de Yapılmış Olan Çalışmalar

Tablo 5

Hemşirelik süreci ile ilgili Dünya’da ve Türkiye’de yapılmış olan çalışmalar

Araştırmanın yazarları/yılı	Araştırmanın adı	Sonuçlar
Zelege, S., Kefale,D., Necho, W. 2021	Barriers To Implementation Of Nursing Process In South Gondar Zone Governmental Hospitals, Ethiopia. Heliyon	- Hemşirelerin %60’ının (n=147) hemşirelik sürecinin uygulanması konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları ve %74,7’sinin (n=180) hemşirelik sürecini uyguladığı bulunmuştur.

Tablo 5'in devamı

<p>Alev Yıldırım Keskin, Pınar Tunç Tuna Birsal Molu Halil İbrahim Tuna 2021</p>	<p>Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Verilen Vaka ile İlgili Hemşirelik Tanılarını Belirleyebilme Becerileri ve Etkileyen Faktörler</p>	<p>- En fazla kullanılan tanıların kronik ağrı, beslenmede dengesizlik, doku bütünlüğünde bozulma olduğu bulunmuştur. - Hemşirelik tanılarını doğru belirleme oranları düşük bulunmuştur.</p>
<p>Serpil Su Kübra Nur Köse 2021</p>	<p>Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Değerleri ile Hemşirelik Tanılarını Algılamaları Arasındaki İlişki</p>	<p>- Hemşirelik öğrencilerinin %96,1'inin hemşirelik sürecinin gerekliliğine inandığı ve en fazla zorluğu tanılama aşamasında yaşadıkları belirlenmiştir. - Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik tanılarını algılamaları puan ortalaması orta düzeyde bulunmuştur. - Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen ve hemşirelik sürecinin gerekliliğine inanan öğrencilerin hemşirelik tanılarını algılamaları daha düşük düzeyde bulunmuştur.</p>
<p>Nurçin Bölükbaş, Burçin Irmak, Gülay Bulut, Dilek Aydın Özdemir, Hasret Yasemin Bayrak 2020</p>	<p>Öğrencilerin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yaz Stajı Dosyalarında Belirledikleri Hemşirelik Tanıları ve Girişimlerinin Değerlendirilmesi</p>	<p>- Öğrencilerin 29 farklı NANDA-I hemşirelik tanısı belirledikleri bulunmuştur. - Öğrencilerin FSÖ modeline göre rol ve ilişki, cinsellik ve üreme, inanç ve değerler örüntülerinde hemşirelik tanısı koyamadıkları saptanmıştır.</p>

Tablo 5'in devamı

Sevilay Erden, Sevgi Deniz, Sevban Arslan, Şeyma Yurtseven 2018	Hemşirelik Öğrencilerinin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulamalarında Hemşirelik Tanılarını Belirleme Düzeylerinin İncelenmesi	- Öğrencilerin cinsel yaşamda değişiklik, sosyal izolasyon ve korku gibi soyut kavramlardan oluşan hemşirelik tanılarını daha az tespit ettikleri saptanmıştır. - En sık konulan tanıların; enfeksiyon riski (%71,1), akut ağrı (%66,8) olduğu bulunmuştur.
Ayele Semachew 2018	Implementation Of Nursing Process İn Clinical Settings: The Case Of Three Governmental Hospitals İn Ethiopia	- İncelenen toplam 338 belgeden %78,1'inin (n=264) hasta profiline/dosyasına eklenmiş bir hemşirelik sürecine sahip olduğu, %31,7'sinin (n=107) hemşirelik tanısı almadığı, %54,7'sinin (n=185) bakım planını önceliğe göre belirtmiş olduğu, %51,2'sinde (n=173) değerlendirme olmadığı bulunmuştur.
Handan Özdemir, Ayten Zaybak, Elif Günay İslamoğlu 2016	Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Uygulamasında Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi	- Hemşirelerin %52,1'inin Hemşirelik sürecinin yaratıcılığı arttırdığını, %41,6'sının neden sonuç ilişkisini kurmayı sağladığını düşündükleri bulunmuştur. - Hemşirelerin yarısından fazlasının (%60,2) hemşirelik süreci ile ilgili kendisini yeterli gördüğü belirlenmiştir. - Hemşirelik süreci basamaklarından en çok tanılama aşamasında sorun yaşadıkları saptanmıştır.
Gülçin Avşar, Arzu Ece Ögünç, Mükremin Taşkın, Ömer Faruk Burkay 2014	Hemşirelerin Hasta Bakımında Kullandıkları Hemşirelik Süreci Uygulamalarının Değerlendirilmesi	- Hemşirelerin en sık ağrı, enfeksiyon riski ve anksiyete tanılarını kullandıkları saptanmıştır. - Hemşirelerin %23,3'ünün NANDA taksonomisi dışında yanlış tanımlar koydukları belirlenmiştir.

Tablo 5'in devamı

<p>Fisseha Hagos Fessehaye Alemseged Fikdu Balcha Semarya Berhe Alemseged Aregay 2014</p>	<p>Application Of Nursing Process And Its Affecting Factors Among Nurses Working In Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia. Nursing Research And Practice</p>	<p>- Hemşirelerin %90'nın (n=180) yetersiz bilgiye sahip ve %99,5'inin hemşirelik sürecine olumlu baktığı belirlenmiştir. - Katılımcıların tamamının araştırma sırasında hastalarına bakım sağlarken hemşirelik sürecini kullanmadıklarını belirtmişlerdir.</p>
<p>Işıl Işık Andsoy, Tuğba Güngör, Yurdanur Dikmen, Elnaz Bagheri Nabel 2013</p>	<p>Hemşirelerin Bakım Planını Kullanırken Yaşadıkları Güçlükler</p>	<p>- Hemşirelerin tanı belirleme aşaması başta olmak üzere hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında güçlükler yaşadıkları bulunmuştur. - Bakımda hemşirelik sürecini kullanmayan hemşireler iş yükü ve hasta sayısının fazla olması ile zaman yetersizliğini neden olarak belirtmişlerdir.</p>

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; hemşirelik öğrencilerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında hazırladığı bakım planlarında kullandıkları tanıları ve bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla yapıldı.

Araştırma soruları:

- Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini etkiler mi?
- Öğrencilerin bakım planına yönelik eğitim alma durumları bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini etkiler mi?
- Öğrencilerin bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı faktörlere ilişkin görüşleri bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini etkiler mi?
- Öğrencilerin tanıları hazırlarken kullandıkları kaynaklar bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini etkiler mi?
- Öğrencilerin bakım planında istenen amaca ulaşamama sebepleri bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini etkiler mi?

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde, Eylül 2020- Mayıs 2022 tarihleri arasında yapıldı.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde yapıldı. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup evrenin tamamına ulaşmak amaçlandı. Çalışmanın evrenini Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini başarı ile tamamlamış 2020-2021 eğitim öğretim yılı bahar dönemindeki 4. Sınıf öğrencilerinin (136) oluşturması hedeflendi. Ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve veri formunu eksik dolduran öğrenciler araştırma dışında tutuldu, 83 kişiye ulaşılarak çalışma tamamlandı.

Dahil Edilme Kriterleri:

- Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümü 4. sınıf öğrencisi olmak
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini başarı ile tamamlamış olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.5. Veri Toplama Araçları

Öğrenci Bilgi Formu: Öğrencilerin yaş, cinsiyet, mezun olduğu lise, not ortalamaları, çalışma durumları ve bakım planı hakkında eğitim alma durumlarının sorgulandığı 12 maddeden oluşan form kullanıldı (EK 1).

Öğrencilerin Bakım Planı Hazırlamaya İlişkin Görüşlerini Değerlendirme Formu: Araştırmacılar tarafından literatür (Biol, 2018; Ay vd., 2008; Yıldırım Keskin vd., 2021)

taraması sonucunda oluşturuldu. Hazırlanan forma ilişkin Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ve İstatistik alanında uzman üç akademisyenden görüş alındı. Forma ilişkin son düzenlemeler yapılarak öğrenci hemşirelerin bakım planlarını hazırlamaya ilişkin görüşlerini belirlemeye yönelik 22 soruyu içeren form oluşturuldu (EK 2). Form üçlü likert tipte hazırlanmış olup cevaplar evet, hayır, kararsızım şeklindedir. Formda evet cevabı 2, kararsızım cevabı 1, hayır cevabı 0 puan olarak kabul edildi. Formdan elde edilen en düşük puan 8,0, en yüksek puan 21,0'dir. Ayrıca ortancası 17,00, ortalama ve standart sapması $16,54 \pm 2,94$ olarak hesaplandı. Ortalamanın üstünde puan alan öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşleri olumlu olarak değerlendirilmiştir.

“Öğrencilerin Bakım Planlarında Kullandıkları Tanıları Listeleme Formu” (EK 3) kullanıldı.

3.6. Verilerin Toplanması

Çalışma verileri COVID 19 pandemi süreci nedeniyle online anket yöntemi ile Google Documents üzerinden “Öğrenci Bilgi Formu” (EK 1) ve “Öğrencilerin Bakım Planı Hazırlamaya İlişkin Görüşlerini Değerlendirme Formu” (EK 2) ile toplandı. Online anketin ilk sayfasına öğrencilerin sorulara geçmeden önce okuması sağlanacak şekilde çalışmanın kapsamı ve amacını belirten ön bilgi yerleştirildi.

“Öğrencilerin Bakım Planlarında Kullandıkları Tanıları Listeleme Formu” (EK 3) kullanılarak Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi uygulamasında yaptıkları bakım planları incelendi ve kullandıkları hemşirelik tanıları belirlendi.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS versiyon 25 programı [Statistical Packages for the Social Sciences (SPSS) version 25 commercial software (IBM Corp.; Armonk, NY, USA)] kullanıldı. Gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapıldı. Sürekli değişkenlere ait veriler Ortalama±Standart sapma şeklinde; kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak özetlendi. Nitel gruplar arasındaki durum çapraz tablolar ve ki-kare uygulamaları ile değerlendirildi. Sayısal değişkenlerin normallik testi Kolmogorov Smirnov testi ve Histogram grafiği ile kontrol edildi ve karşılaştırmalarda ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p>0,05$ olması durumunda ise ilişkinin veya farklılığın olmadığı belirtildi.

Çalışmanın yapıldığı hemşirelik bölümünün hastane uygulamasında öğrenciler bakım planlarını hazırlarken NANDA tanımlarını kullanmaktadırlar. Bu nedenle çalışmamızda bakım planları değerlendirilirken NANDA tanımları kullanıldı. Öğrencilerin eğitim öğretim dönemi içerisinde 2009-2011 yılı NANDA tanımları ile çalışmış olmalarından dolayı bakım planlarının değerlendirmesinde bu yıllara ait NANDA tanımları dikkate alındı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı (toplantı tarihi: 25.02.2021, karar no:04/11) (EK-4). Veriler Google Documents üzerinden online olarak toplandığı için formun başlangıcında öğrencilerden onam alındı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya katılan öğrenci sayısı bakım planına ilişkin öğrenci görüşlerinin yansıtılması açısından yeterli görülmekle birlikte, çalışma grubunu sadece Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik 4. Sınıf öğrencilerinin oluşturması bir sınırlılık olarak kabul edilebilir. COVID-19 nedeniyle eğitime online devam edilmesi ve buna bağlı olarak verilerin yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanacağı planlanmasına rağmen online veri toplama yöntemine başvurulması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Hemşirelik öğrencilerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında hazırladığı bakım planlarında kullandıkları tanımlar ve bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları incelendi.

4.1. Öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşleri ve bakım planlarında kullandıkları tanımlara ait bulgular

Tablo 6

Öğrencilerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri (n=83)

Değişkenler	Gruplar		
	$\bar{X} \pm ss$	Min	Max
Yaş	21.53±1.31	20	26
Not ortalaması	2.85±0.31	2.22	3.68
		n	%
Not ortalaması grupları	2.00-2.99	57	68.7
	3.00-4.00	26	31.3
Cinsiyet	Kadın	72	86.7
	Erkek	11	13.3
Mezun olduğu lise	Sağlık Meslek Lisesi	21	25.3
	Diğer	62	74.7

Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortalama \pm standart sapma, kategorik değişkenler için say ve % şeklinde verildi.

\bar{X} : Ortalama, ss: Standart sapma Min-Max (Minimum-Maximum).

Tablo 6'ya göre hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamasının 21,53±1,31 ve not ortalamasının 2,85±0,31 olduğu bulundu. Öğrencilerin %86,7'sinin kadın, %13,3'ünün

erkek ve %25,3'ünün Sağlık Meslek Lisesi, %74,7'sinin de diğer lise mezunu olduğu belirlendi.

Tablo 7

Öğrencilerin bakım planı ile ilgili eğitim alma ve klinik deneyime ilişkin özellikleri (n=83)

		n	%
Mesleki eğitim boyunca bakım planı ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	76	91.6
	Hayır	7	8.4
Alınan eğitimi yeterli bulma durumu (n=76)	Evet	47	61.8
	Hayır	29	38.2
Okulda verilen ders dışında bakım planı ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	6	7.2
	Hayır	77	92.8
Alınan eğitimin türü (n=6)*	Kurs	6	100
	Ders	3	50.0
	Seminer	2	33.3
	Kongre/Sempozyum	1	16.6
Staj uygulamaları dışında klinikte çalışma deneyim durumu	Evet	10	12.0
	Hayır	73	88.0
Çalışma şekli (n=10)	Tam zamanlı	8	80.0
	Kısmi zamanlı	2	20.0
Klinik deneyim süresi	1 Yıl ve altı	7	70.0
	1 Yıl ve üstü	3	30.0
Klinik deneyiminin olduğu bölüm (n=10)*	Cerrahi servisi	5	50.0
	Poliklinikler	4	40.0
	Yoğun bakım	3	30.0
	Acil servis	3	30.0
	Dahiliye servisi	3	30.0
	Diş hekimliği	2	20.0
	Pediyatri klinikleri	1	10.0
	Nöroloji	1	10.0
	Sterilizasyon	1	10.0

Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi

* Çoklu yanıt sorusu olduğundan n sayısı örneklem hacmini ve yüzdeler örneklem üzerinden hesaplandığından yüzde 100'ü geçmektedir.

Tablo 7’de öğrencilerin mesleki eğitimleri boyunca bakım planı ile ilgili eğitim alma durumlarına bakıldığında %91,6’sının eğitim aldığı %8,4’ünün eğitim almadığı, eğitim alan öğrencilerin ise %61,8’inin eğitimi yeterli bulduğu %38,1’inin yeterli bulmadığı belirlendi. Okulda verilen ders dışında bakım planı ile ilgili eğitim alma durumları incelendiğinde %7,2’sinin eğitim aldığı %92,8’inin ise eğitim almadığı, eğitim alanların tamamının kurs, %50’sinin ders, %33,3’ünün seminer ve %16,6’sının konferans/sempozyum şeklinde eğitim aldığı belirlendi. Öğrencilerin %12’sinin staj dışında klinikte çalışma deneyimi olduğu %88’inin deneyiminin olmadığı, deneyimi olanların ise %70’inin bir yıl ve altında, %30’unun bir yıl ve üzerinde deneyime sahip olduğu saptandı. Klinik deneyimi olanların %50’sinin cerrahi servisi, %40’ının poliklinikler, %30’unun dahiliye servisi ve %30’unun acil servis ve yoğun bakım bölümlerinde çalıştığı saptandı.

Çoklu yanıt sorularına ait tablolar sadece n ve yüzde şeklinde verildi. Sosyo-demografik değişkenler (not ortalaması, cinsiyet ve mezun olduğu okul) bakımından çoklu yanıt soruları ile yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığından çapraz tablolara yer verilmedi ($p>0,05$).

Tablo 8

Öğrencilerin bakım planı hazırlamanın olumlu yönlerine ilişkin görüşleri (n=83)

Bakım planı hazırlamanın olumlu yönleri*	n	%
Bakım verirken öncelikleri belirlememizi sağlar	74	89.2
Bireye özgü ve bütüncül bir yaklaşım sağlar	72	86.7
Bakımın kalitesini artırır	71	85.5
Bakımın devamlılığını sağlar	66	79.5
Hemşireler için yasal dayanak oluşturur	65	78.3
Uygulamalarda bilimsel bilginin kullanılmasını sağlar	64	77.1
Öğrenmeyi teşvik eder	58	69.9
Hastalar hakkında hızlı ve doğru karar vermeyi sağlar	58	69.9
Hemşirelerin otonomisini artırır	55	66.3
Eleştirel düşünmeyi sağlar	47	56.6

Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi

* Çoklu yanıt sorusu olduğundan n sayısı örneklem hacmini ve yüzdeler örneklem üzerinden hesaplandığından yüzde 100'ü geçmektedir.

Tablo 8'de öğrencilerin bakım planı hazırlamanın olumlu yönlerine ilişkin görüşleri verildi. Tablo incelendiğinde, öğrencilerin %89,2'sinin bakım verirken öncelikleri belirlemeyi sağladığı, %86,7'sinin bireye özgü ve bütüncül bir yaklaşım sağladığı, %85,5'inin bakımın kalitesini arttırdığı, %79,5'inin bakımın devamlılığını sağladığı, %78,3'ünün hemşireler için yasal dayanak oluşturduğu, %77,1'inin ise uygulamalarda bilimsel bilginin kullanılmasını sağladığı görüşünde olduğu belirlendi.

Tablo 9

Öğrencilerin bakım planı hazırlamanın olumsuz yönlerine ilişkin görüşleri (n=83)

Bakım planı hazırlamanın olumsuz yönleri*	n	%
Sorulan soruların hastayı yorması	74	90.2
Bazı tanıların uygulamada yapılamıyor olması	69	84.1
Bakım planının kalıplaşmış tanılardan ve girişimlerden oluşuyor olması	42	51.2
İş yükünü arttırması	41	50.0
Zaman kaybına yol açması	39	47.6
Stresi arttırması	37	45.1
Hastalar ile iletişimde kopukluğa yol açması	16	19.5
Öğrenmeyi ve gözleme odaklanmayı engellemesi	16	19.5
Uygulamalarda verimliliği düşürmesi	15	18.3

Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi

* Çoklu yanıt sorusu olduğundan n sayısı örneklem hacmini ve yüzdeler örneklem üzerinden hesaplandığından yüzde 100'ü geçmektedir.

Tablo 9'da öğrencilerin bakım planı hazırlamanın olumsuz yönleri nelerdir sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde; %90,2'sinin sorulan soruların hastayı yordduğu, %84,1'inin bazı tanıların uygulamada yapılamıyor olduğu, %51,2'sinin bakım planının

kalıplaşmış tanı ve girişimlerden oluştuğu, %50'sinin iş yükünü arttırdığı, %47,6'sının zaman kaybına yol açtığı ve %45,1'inin ise stresi arttırdığını düşündüğü belirlendi.

Tablo 10

Öğrencilerin bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörlere ilişkin görüşleri (n=83)

Bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörler*	n	%
Örnek bakım planlarının sunulması	65	78.3
Veri toplama formlarının daha anlaşılır olması	65	78.3
Öğretim elemanının destek olması	63	75.9
Hasta ile iletişimin iyi olması	63	75.9
Hemşirelik süreci ile ilgili vaka tartışmalarının artırılması	62	74.7
Klinikteki hemşirelerin bakım planı yapıyor olmaları	60	72.3
Veri toplama formları her alana özgü olması	57	68.7
Klinikteki öğrenci sayısının az olması	50	60.2

Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi

* Çoklu yanıt sorusu olduğundan n sayısı örneklem hacmini ve yüzdeler örneklem üzerinden hesaplandığından yüzde 100'ü geçmektedir.

Tablo 10'da öğrencilerin bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörlere ilişkin görüşlerinin dağılımı verildi. Tablo 5'e göre öğrencilerin; %78,3'ünün veri toplama formlarının daha anlaşılır olması ile örnek bakım planlarının sunulmasının, %75,9'unun öğretim elemanının destek olmasının ve hasta ile iletişimin iyi olmasının, %74,7'sinin hemşirelik ile ilgili vaka tartışmalarının artırılmasının, %72,3'ünün klinikte hemşirelerin bakım planı yapıyor olmasının ve %68,7'sinin veri toplama formlarının her alana özgü olmasının bakım planı hazırlamayı kolaylaştırıcı faktörler olabileceğini düşündüğü belirlendi.

Tablo 11

Öğrencilerin bakım planı oluşturmayı zorlaştıran faktörlere ilişkin görüşleri (n=83)

Bakım planı oluşturmayı zorlaştıran faktörler*	n	%
Hastalardan yeterli cevap alınamaması	80	96.4
Hasta ile iletişim kurmada güçlük yaşanması	70	84.3
Zamanın kısıtlı olması	68	81.9
Bazı soruların hastaya sorulamaması.	63	75.9
Hastalara soru sormaktan çekinilmesi	56	67.5
Kullanılan veri toplama formlarının uzun ve karmaşık olması	56	67.5
Klinikteki hemşirelerin bakış açısı	49	59.0
Hasta ile ilgili verilere ulaşmada güçlük	48	57.8
Hemşirelik sürecine yönelik teorik bilginin eksik olması	43	51.8
Klinik destek elemanlarının olumsuz eleştirileri	41	49.4

Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi

* Çoklu yanıt sorusu olduğundan n sayısı örneklem hacmini ve yüzdeler örneklem üzerinden hesaplandığından yüzde 100'ü geçmektedir.

Tablo 11'de öğrencilerin bakım planı oluşturmayı zorlaştıran faktörlere ilişkin görüşlerinin dağılımı verildi. Tablo 6'ya göre öğrencilerin %96,4'ünün hastalardan yeterli cevap alınamamasının, %84,3'ünün hasta ile iletişim kurmada güçlük yaşanmasının, %81,9'unun zamanın kısıtlı olmasının, %75,9'unun bazı soruların hastaya sorulamamasının, %67,5'inin hastalara soru sormaktan çekinilmesinin ve kullanılan veri toplama formlarının uzun ve karmaşık olmasının bakım planını hazırlamayı zorlaştıran faktörler arasında olduğunu düşündüğü bulundu.

Tablo 12

Öğrencilerin bakım planı hazırlarken en çok zorluk yaşadıkları aşamalar (n=83)

Bakım planı hazırlama aşamalarında en çok zorluk yaşanan aşama*	n	%
Veri Toplama	53	63.9

Tablo 12'nin devamı

Uygulama	28	33.7
Tanılama	26	31.3
Planlama	22	26.5
Değerlendirme	14	16.9

Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi

* Çoklu yanıt sorusu olduğundan n sayısı örneklem hacmini ve yüzdeler örneklem üzerinden hesaplandığından yüzde 100'ü geçmektedir.

Tablo 12'ye göre bakım planı hazırlarken öğrencilerin %63,9'unun veri toplama, %33,7'sinin uygulama, %31,3'ünün tanılama, %26,5'inin planlama ve %16,9'unun değerlendirme aşamasında zorluk yaşadıkları belirlendi. En çok zorluk yaşanan aşamaların veri toplama ve uygulama aşaması olduğu görüldü.

Tablo 13

Öğrencilerin hemşirelik tanılarını hazırlarken kullandıkları kaynaklar (n=83)

Tanıları hazırlarken kullandıkları kaynaklar*	n	%
Ders notları	77	92.8
Klinikte bulunan hemşireler	71	85.5
Kitaplar	66	79.5
Tıbbi kayıtlar	66	79.5
Hasta birey ve ailesi	55	66.3
Makaleler	46	55.4
İnternet	42	50.6
Klinik destek elemanları	13	15.7
Hekim	10	12.0

Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi

* Çoklu yanıt sorusu olduğundan n sayısı örneklem hacmini ve yüzdeler örneklem üzerinden hesaplandığından yüzde 100'ü geçmektedir.

Tablo 13'e göre tanıları hazırlarken öğrencilerin %92,8'inin ders notlarını, %85,5'inin klinikte bulunan hemşireleri, %79,5'inin tıbbi kayıtlar ile kitapları, %66,3'ünün hasta birey ve ailesini, %55,4'ünün ise makaleleri kaynak olarak kullandığı bulundu.

Tablo 14

Öğrencilerin hemşirelik tanılarını hazırlarken en zor ulaştıkları kaynaklar (n=83)

En zor ulaşılan kaynaklar*	n	%
İnternet	39	23.2
Tıbbi kayıtlar	38	22.6
Hekim	25	14.9
Hasta birey ve ailesi	24	14.3
Klinik destek elemanları	12	7.1
Makaleler	10	6.0
Ders notları	8	4.8
Kitaplar	7	4.2
Klinikte bulunan hemşireler	5	3.0

Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi

* Çoklu yanıt sorusu olduğundan n sayısı örneklem hacmini ve yüzdeler örneklem üzerinden hesaplandığından yüzde 100'ü geçmektedir.

Tablo 14'e öğrencilerin kullandıkları kaynaklar arasında en zor ulaştıkları kaynağa ilişkin dağılımı verildi. Tablo 9'a göre öğrencilerin %23,2'sinin internete, %22,6'sının tıbbi kaynaklara, %14,9'unun hekime, %14,3'ünün hasta birey ve ailesine zor ulaştığı belirlendi.

Tablo 15

Öğrencilerin bakım planında amaca ulaşamama nedenleri (n=83)

Bakım planında amaca ulaşamama nedenleri*	n	%
Hasta	62	75.6
Bakım planı hazırlayan kişiye (öğrenci/hemşire)	53	64.6

Tablo 15'in devamı

Hastalık	41	50.0
Bulunulan servis	38	46.3

Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi

* Çoklu yanıt sorusu olduğundan n sayısı örneklem hacmini ve yüzdeler örneklem üzerinden hesaplandığından yüzde 100'ü geçmektedir.

Tablo 15'de bakım planında istenilen amaca ulaşılamamasının sebebi olarak öğrencilerin %75,6'sının hasta, %64,6'sının bakım planı hazırlayan kişi, %50'sinin hastalık ve %46,3'ünün ise bulunulan servis kaynaklı olabileceği görüşünde oldukları belirlendi.

Tablo 16

Öğrencilerin tanı seçiminde karar verme yolları (n=83)

Karar verme yolu*	n	%
Belirti ve bulguları inceleyip yorumlayarak	83	100.0
Topladığım veriler ile koyacak olduğum tanının uygunluğuna bakarak	67	80.7
Hasta bireyin gereksinimlerine göre	52	62.7
Hastanın tıbbi tanısına göre	47	56.6
Hasta ve çevresini değerlendirerek	42	50.6

Kategorik değişkenler için sayı ve % şeklinde verildi

* Çoklu yanıt sorusu olduğundan n sayısı örneklem hacmini ve yüzdeler örneklem üzerinden hesaplandığından yüzde 100'ü geçmektedir.

Tablo 16'ya göre öğrencilerin tamamının belirti ve bulguları inceleyip yorumlayarak, %80,7'sinin topladığı veriler ile koyacak olduğu tanının uygunluğuna bakarak, %62,7'sinin hasta bireyin gereksinimlerine göre, %56,6'sının hastanın tıbbi tanısına göre ve %50,6'sının ise hasta ve çevresini değerlendirerek tanı seçimine karar verdikleri belirlendi.

Tablo 17

Öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları dağılımı (n=83)

Bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşler	Evet		Kararsızım		Hayır	
	n	%	n	%	n	%
1-Bakım planı hazırlamanın mesleki eğitiminiz açısından gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	68	81.9	14	16.9	1	1.2
2-Bakım planı hazırlamanın mesleki eğitiminiz açısından yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?	69	83.1	12	14.5	2	2.4
3-Hemşirelik tanılarının hemşirelik aktivitelerine temel oluşturduğunu düşünüyor musunuz?	75	90.4	6	7.2	2	2.4
4-Bakım planı hazırlama konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?	26	31.3	42	50.6	15	18.1
5-Her hastaya özgün bakım planı hazırladığınızı düşünüyor musunuz?	38	45.8	29	24.9	16	19.3
6-Bakım planı hazırlarken hemşirelik tanısı koymada güçlük yaşıyor musunuz?	27	32.5	27	32.5	29	34.9
7-Bakım planı hazırlamak için kapsamlı veri toplayabildiğinizi düşünüyor musunuz?	25	30.1	31	37.3	27	32.5
8-Hemşirelik süreci aşamalarının birbiri ile bağlantılı olduğunu düşünüyor musunuz?	75	90.4	6	7.2	2	2.4
9-Bakım planı hazırlamak için verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	46	55.4	20	24.1	17	20.5
10-Bakım planı hazırlamanın bakım sunduğunuz hastalarınız açısından yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?	64	77.1	16	19.3	3	3.6
11-Mesleki yaşamınızda hastalarınıza bakım verirken bakım planı kullanmayı düşünüyor musunuz?	65	78.3	14	16.9	4	4.8
Öğrencilerin, bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini değerlendirme puanları	$\bar{X} \pm ss$		Median (Min-max)			
	16,54±2,94		17,00 (8,0 – 21,0)			

Tablo 17'ye göre öğrencilerin %90.4'ünün hemşirelik süreci aşamalarının birbiri ile bağlantılı olduğunu ve hemşirelik tanılarının hemşirelik aktivitelerine temel oluşturduğunu, %83,1'inin bakım planı hazırlamanın mesleki eğitim açısından yararlı olduğunu, %81,9'unun bakım planı hazırlamanın mesleki eğitim açısından gerekli olduğunu, %78,3'ünün mesleki yaşamında hastalarına bakım verirken bakım planı kullanmayı,

%77,1'inin bakım planı hazırlamanın bakım sunulan hastalar açısından yararlı olduğunu düşündüğü bulundu. Bunun yanı sıra öğrencilerin %34,9'unun hemşirelik tanısını koymada güçlük yaşadığını, %32,5'inin kapsamlı veri toplayamadığını, %20,5'inin bakım planı hazırlamak için verilen eğitimin yeterli olmadığını, %19,3'ünün her hastaya özgün bakım planı hazırlayamadığını düşündüğü bulundu.

Öğrencilerin, bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini değerlendirme puanlarının 8,0 ile 21,0 arasında değiştiği belirlendi. Ayrıca ortancası 17,00, ortalama ve standart sapması $16,54 \pm 2,94$ olarak hesaplandı. Öğrencilerin %56,62'sinin ortalamanın üstünde puan aldığı saptandı.

Tablo 18

Öğrencilerin sosyo-demografik verileri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması (n=83)

Sosyo-demografik veriler	Bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları			
	n(%)	$\bar{X} \pm ss$	Ortanca [Min-Max]	P
Not ortalama	2.00-2.99	57(68.7)	16.2±2.9	0.103*
	3.00-4.00	26(31.3)	17.3±2.9	
Cinsiyet	Kadın	72(86.7)	16.4±3.0	0.204*
	Erkek	11(13.3)	17.7±1.8	
Mezun Olunan Lise	Sağlık Meslek Lisesi	21(25.3)	17.1±3.1	0.172*
	Diğer	62(74.7)	16.3±2.9	

Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma ve ortanca [min.-max.] şeklinde verildi.

*Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p<0.05).

\bar{X} : Ortalama, ss: Standart sapma, Min-Max (Minimum-Maximum).

Tablo 18'de öğrencilerin sosyo-demografik verileri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bu karşılaştırmalarda; öğrencilerin not ortalamaları, cinsiyetleri ve mezun oldukları okul bakımından bakım planı hazırlamaya

ilişkin görüş puanları ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 18, $p>0,05$).

Sosyo-demografik veriler ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olsa da not ortalaması 3,00-4,00 arasında, erkek ve sağlık meslek lisesi mezunu olan öğrencilerin görüş puanlarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 18).

Tablo 19

Öğrencilerin bakım planına yönelik eğitim alma durumları ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması (n=83)

	Bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları			
	n(%)	$\bar{X} \pm ss$	Ortanca [Min- Max]	P
Bakım planı ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	76(92.1)	16.6±3.0	0.201*
	Hayır	7(7.9)	15.4±2.5	
Alınan eğitim yeterli mi (n=76)	Evet	47(61.8)	17.7±2.4	<0.001*
	Hayır	29(38.2)	16.6±3.0	

Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma ve ortanca [min.-max.] şeklinde verildi.

*Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p<0.05$).

\bar{X} : Ortalama, ss: Standart sapma, Min-Max (Minimum-Maximum).

Tablo 19'da öğrencilerin mesleki eğitim boyunca bakım planına yönelik eğitim alma durumları ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının karşılaştırılmasına yer verildi. Bu karşılaştırmalarda; öğrencilerin mesleki eğitim boyunca bakım planına yönelik eğitim alma durumu ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 19, $p=0,201$). Buna rağmen mesleki eğitimleri boyunca bakım planı ile ilgili eğitim almış olan öğrencilerin bakım planı

hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının eğitim almamış öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulundu.

Öğrencilerin alınan eğitimi yeterli bulma düzeyleri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi (Tablo 19, $p < 0,001$). Alınan eğitimi yeterli bulan öğrencilerin puan ortancasının alınan eğitimi yetersiz bulan öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 20

Öğrencilerin sosyo-demografik verileri ile aldıkları eğitimi yeterli bulma durumlarının karşılaştırılması (n=76)

Demografik veriler		Alınan eğitimi yeterli bulma durumu		X ²	P	Sd
		Evet n(%)	Hayır n(%)			
Not ortalaması	2.00-2.99	29(61.7)	24(82.9)	3.768	0.072*	1
	3.00-4.00	18(38.3)	5(17.2)			
Cinsiyet	Kadın	39(83.0)	26(89.7)	0.646	0.517*	1
	Erkek	8(17.0)	3(10.3)			
Mezun Olduğu Lise	Sağlık Meslek Lisesi	15(31.9)	5(17.2)	1.991	0.189*	1
	Diğer	32(68.1)	24(82.8)			

Kategorik değişkenler için sayı (%) şeklinde verildi. *Fisher's Exact Test kullanıldı.

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p < 0.05$). Sd: Serbestlik derecesi

Öğrencilerin sosyo-demografik verileri ile aldıkları eğitimi yeterli bulma durumları karşılaştırıldığında; not ortalamaları, cinsiyet ve mezun olunan lise arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 20, $p > 0,05$).

Tablo 21

Öğrencilerin bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörlere ilişkin görüşleri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması

Bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörler nelerdir?*	Bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları				
		n(%)	$\bar{X} \pm ss$	Ortanca [Min-Max]	P
Örnek bakım planlarının sunulması	Evet	65(78.3)	16.8±2.7	17 (10-21)	0.264*
	Hayır	18(21.7)	15.7±3.7	16 (8-21)	
Veri toplama formlarının daha anlaşılır olması	Evet	65(78.3)	16.9±2.5	17 (10-21)	0.130*
	Hayır	18(21.7)	15.3±3.9	15.5 (8-21)	
Öğretim elemanının destek olması	Evet	63(75.9)	16.8±2.5	17 (10-21)	0.368*
	Hayır	20(24.1)	15.7±4	17 (8-21)	
Hasta ile iletişimin iyi olması	Evet	63(75.9)	17.2±2.6	18 (10-21)	0.002*
	Hayır	20(24.1)	14.6±3.2	15 (8-19)	
Hemşirelik süreci ile ilgili vaka tartışmalarının artırılması	Evet	62(74.7)	16.6±2.7	17 (10-21)	0.962*
	Hayır	21(25.3)	16.2±3.7	17 (8-21)	
Klinikteki hemşirelerin bakım planı yapıyor olmaları	Evet	60(72.3)	17±2.5	17 (10-21)	0.048*
	Hayır	23(27.7)	15.3±3.6	15 (8-21)	
Veri toplama formları her alana özgü olması	Evet	57(68.7)	16.6±2.8	17 (8-21)	0.737*
	Hayır	26(31.3)	16.3±3.3	16.5 (12-21)	
Klinikteki öğrenci sayısının az olması	Evet	50(60.2)	16.8±2.6	17 (10-21)	0.397*
	Hayır	33(39.8)	16.1±3.4	16 (8-21)	

Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma ve ortanca [min.-max.] şeklinde verildi.

*Mann-Whitney U testi kullanıldı. ** Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemiştir ve yüzdelikler seçenekler üzerinden hesaplanmıştır

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p < 0.05$).

\bar{X} : Ortalama, ss: Standart sapma, Min-Max (Minimum-Maximum).

Tablo 21’de öğrencilerin bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörler ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörlerden; klinikteki hemşirelerin bakım planı yapıyor olmaları ve hasta ile iletişimin iyi olması maddelerine evet yanıtını veren öğrencilerin bakım planı

hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 21, $p<0,05$).

Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bulguya rastlanmamasına rağmen öğrenciler öğretim elemanının destek olmasının, hemşirelik süreci ile ilgili vaka tartışmalarının artırılmasının, klinikteki öğrenci sayısının az olmasının, veri toplama formlarının daha anlaşılır ve her alana özgü olmasının, örnek bakım planları sunulmasının bakım planını oluşturmayı kolaylaştıracağını düşünmekte ve bu öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının da yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 21, $p>0,05$).

Tablo 22

Öğrencilerin bakım planı oluşturmayı zorlaştıran faktörlere ilişkin görüşleri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması

Bakım planı oluşturmayı zorlaştıran faktörler nelerdir?*	Bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları				
		n(%)	$\bar{X} \pm ss$	Ortanca [Min-Max]	P
Hastalardan yeterli cevap alınamaması	Evet	80(96.4)	16.5±2.9	17 (8-21)	0.774*
	Hayır	3(3.6)	17.3±3.2	16 (15-21)	
Hasta ile iletişim kurmada güçlük yaşanması	Evet	70(84.3)	16.4±3.0	17 (8-21)	0.416*
	Hayır	13(15.7)	17.3±2.3	18 (14-21)	
Zamanın kısıtlı olması	Evet	68(81.9)	16.5±2.7	17 (10-21)	0.520*
	Hayır	15(18.1)	16.5±4.0	18 (8-21)	
Bazı soruların hastaya sorulamaması	Evet	63(75.9)	16.3±3.1	17 (8-21)	0.206*
	Hayır	20(24.1)	17.3±2.4	18 (12-20)	
Hastalara soru sormaktan çekinilmesi	Evet	56(67.5)	16.1±3.0	17 (8-21)	0.061*
	Hayır	27(32.5)	17.4±2.6	18 (12-21)	
Kullanılan veri toplama formlarının uzun ve karmaşık olması	Evet	56(67.5)	16.7±2.6	17 (10-20)	0.571*
	Hayır	27(32.5)	16.1±3.5	17 (8-21)	
Klinikteki hemşirelerin bakış açısı.	Evet	49(59)	16.4±2.8	17 (10-20)	0.514*
	Hayır	34(41)	16.7±3.2	17 (8-21)	

Tablo 22'nin devamı

Hasta ile ilgili verilere ulaşmada güçlük.	Evet	48(57.8)	16.4±2.6	17 (10-21)	0.378*
	Hayır	35(42.2)	16.7±3.3	18 (8-21)	
Hemşirelik sürecine yönelik teorik bilginin eksik olması	Evet	43(51.8)	15.9±3.2	17 (8-20)	0.081*
	Hayır	40(48.2)	17.2±2.4	17.5 (12-21)	
Klinik destek elemanlarının olumsuz eleştirileri	Evet	41(49.4)	16.4±2.7	17 (10-21)	0.397*
	Hayır	42(50.6)	16.7±3.1	17.5 (8-21)	

Tanımlayıcı istatistikler ortalama ± standart sapma ve ortanca [min.-max.] şeklinde verildi.

*Mann-Whitney U testi kullanıldı.** Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemiştir ve yüzdelikler seçenekler üzerinden hesaplanmıştır

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p < 0.05$).

\bar{X} : Ortalama, ss: Standart sapma, Min-Max (Minimum-Maximum).

Tablo 22'de öğrencilerin bakım planı oluşturmayı zorlaştıran faktörler ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının karşılaştırılmasına yer verilmiş olup bakım planı oluşturmayı zorlaştıran faktörler ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı (Tablo 22, $p > 0,05$).

Hasta ile iletişim kurmada güçlük yaşanmasının, hastadan yeterli cevap alınamamasının, hastaya soru sormaktan çekinilmesinin, bazı soruların hastaya sorulamamasının, hemşirelik sürecine yönelik teorik bilginin eksik olmasının, hasta ile ilgili verilere ulaşmada güçlük yaşanmasının, zamanın kısıtlı olmasının, klinikteki hemşirelerin bakış açısının, klinik destek elemanlarının olumsuz eleştirilerinin bakım planı oluşturmayı zorlaştırdığını düşünen öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının düşük olduğu belirlendi (Tablo 22).

Tablo 23

Bakım planı hazırlama aşamalarında en çok zorluk yaşanan aşama ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması

Bakım planı hazırlama aşamalarında en çok zorluk yaşanan aşama**	Bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları				
		n(%)	$\bar{X} \pm ss$	Ortanca [Min-Max]	P
Veri Toplama	Evet	53(63.9)	16.0±3.1	16 (8-21)	0.049*
	Hayır	30(36.1)	17.4±2.4	18 (12-21)	
Uygulama	Evet	28(33.7)	17.1±2.2	17 (12-21)	0.418*
	Hayır	55(66.3)	16.3±3.2	16 (8-21)	
Tanılama	Evet	26(31.3)	15.4±2.9	15 (10-21)	0.010*
	Hayır	57(68.7)	17.1±2.8	18 (8-21)	
Planlama	Evet	22(26.5)	15.9±2.7	16 (12-20)	0.149*
	Hayır	61(73.5)	16.8±3.0	17 (8-21)	
Değerlendirme	Evet	14(16.9)	17.1±2.3	17 (12-20)	0.578*
	Hayır	69(83.1)	16.4±3.1	17 (8-21)	

Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma ve ortanca [min.-max.] şeklinde verildi.

*Mann-Whitney U testi kullanıldı.** Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemiştir ve yüzdeler seçenekler üzerinden hesaplanmıştır

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p < 0.05$).

\bar{X} : Ortalama, ss: Standart sapma, Min-Max (Minimum-Maximum).

Tablo 23'te öğrencilerin bakım planı hazırlama aşamalarında en çok zorluk yaşanan aşama ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının karşılaştırılması yapıldı. Bakım planı hazırlama aşamalarında en çok zorluk yaşanan aşama veri toplama aşaması olup bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 23, $p < 0,05$).

Tablo 24

Tanıları hazırlarken kullanılan kaynaklar ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması

Tanıları hazırlarken kullandığınız kaynaklar nelerdir?*	Bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları				
		n(%)	$\bar{X} \pm ss$	Ortanca [Min- Max]	P
Ders notları	Evet	77(92.8)	16.5±3	17 (8-21)	0.596*
	Hayır	6(7.2)	17.3±2.7	17 (14-21)	
Klinikte bulunan hemşireler	Evet	71(85.5)	16.5±3.1	17 (8-21)	0.938*
	Hayır	12(14.5)	16.8±2	16.5 (13-20)	
Kitaplar	Evet	66(79.5)	16.6±3.1	17 (8-21)	0.388*
	Hayır	17(20.5)	16.3±2.1	16 (13-20)	
Tıbbi kayıtlar	Evet	66(79.5)	16.6±3	17 (8-21)	0.414*
	Hayır	17(20.5)	16.2±2.8	15 (12-21)	
Hasta birey ve ailesi	Evet	55(66.3)	16.6±2.6	17 (12-21)	0.854*
	Hayır	28(33.7)	16.4±3.6	18 (8-21)	
Makaleler	Evet	46(55.4)	16.5±3	17.5 (8-21)	0.982*
	Hayır	37(44.6)	16.6±2.8	17 (10-21)	
İnternet	Evet	42(50.6)	17.5±2.5	18 (10-21)	0.002*
	Hayır	41(49.4)	15.6±3.1	16 (8-21)	
Klinik destek elemanları	Evet	13(15.7)	17.6±2.5	19 (12-20)	0.124*
	Hayır	70(84.3)	16.3±3	17 (8-21)	
Hekim	Evet	10(12)	17.2±2	17.5 (14-20)	0.583*
	Hayır	73(88)	16.5±3	17 (8-21)	

Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma ve ortanca [min.-max.] şeklinde verildi.

*Mann-Whitney U testi kullanıldı. ** Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemiştir ve yüzdeler seçenekler üzerinden hesaplanmıştır

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p < 0.05$).

\bar{X} : Ortalama, ss: Standart sapma, Min-Max (Minimum-Maximum).

Tablo 24'te öğrencilerin tanıları hazırlarken kullandıkları kaynaklar ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tanıları hazırlarken

kaynak olarak internet kullananların bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 24, p=0,002). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bulguya rastlanmadı (Tablo 24, p>0,05).

Tablo 25

Bakım planında istenen amaca ulaşılamamasının sebepleri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması

Bakım planında istenen amaca ulaşılamamasının sebebi neler olabilir?*	Bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları				
		n(%)	$\bar{X} \pm ss$	Ortanca [Min-Max]	P
Hasta	Evet	62(74.7)	16.1±3.0	17 (8-21)	0.032*
	Hayır	21(25.3)	17.8±2.3	18 (14-21)	
Bakım planı hazırlayan kişiye (öğrenci/hemşire)	Evet	55(66.3)	16.3±2.6	17 (10-21)	0.052*
	Hayır	28(33.7)	17.1±3.5	18.5 (8-21)	
Hastalık	Evet	41(49.4)	16.9±2.5	17 (10-21)	0.441*
	Hayır	42(50.6)	16.2±3.3	17 (8-21)	
Bulunulan servis	Evet	39(47)	16.5±2.5	16 (10-21)	0.438*
	Hayır	44(53)	16.6±3.3	18 (8-21)	

Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma ve ortanca [min.-max.] şeklinde verildi.

*Mann-Whitney U testi kullanıldı. ** Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemiştir ve yüzdelikler seçenekler üzerinden hesaplanmıştır

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p<0.05).

\bar{X} : Ortalama, ss: Standart sapma, Min-Max (Minumum-Maximum).

Tablo 25’de öğrencilerin bakım planında istenen amaca ulaşılamamasının sebepleri ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancaları karşılaştırıldı. Bakım planında istenen amaca ulaşılamamasının sebebini hasta olarak düşünen öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 25, p=0,032). Diğer karşılaştırmalar incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bulguya rastlanmadı (Tablo 25, p>0,05).

Tablo 26

Öğrencilerin tanı seçimine karar verme yolu ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancalarının karşılaştırılması

Tanı seçimine nasıl karar veriyorsunuz?*	Bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları			
		n(%)	$\bar{X} \pm ss$	Ortanca [Min-Max] P
Topladığım veriler ile koyacak olduğum tanının uygunluğuna bakarak	Evet	67(80.7)	16.7±2.8	17 (10-21)
	Hayır	16(19.3)	16±3.5	16.5 (8-20)
Hasta bireyin gereksinimlerine göre	Evet	52(62.7)	16.7±3.2	17.5 (8-21)
	Hayır	31(37.3)	16.3±2.6	16 (10-21)
Hastanın tıbbi tanısına göre	Evet	47(56.6)	16.8±2.7	17 (10-21)
	Hayır	36(43.4)	16.2±3.2	17 (8-20)
Hasta ve çevresini değerlendirerek	Evet	42(50.6)	16.9±2.6	17 (12-21)
	Hayır	41(49.4)	16.2±3.3	16 (8-21)

Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma ve ortanca [min.-max.] şeklinde verildi.

*Mann-Whitney U testi kullanıldı. ** Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretlemiştir ve yüzdeler seçenekler üzerinden hesaplanmıştır

Kalın olarak belirtilen p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p < 0.05$).

\bar{X} : Ortalama, ss: Standart sapma, Min-Max (Minimum-Maximum).

Tanı seçimine nasıl karar verildiği ile bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı (Tablo 26, $p > 0,05$).

Tablo 27

Öğrencilerin bakım planlarında kullandıkları hemşirelik tanılarının dağılımı (n=549)

Hemşirelik tanıları	n	%	Hemşirelik tanıları	n	%
Düşme riski	33	6.01	Solunum örüntüsünde bozulma	3	0.54
Enfeksiyon riski	31	5.64	Uyku düzeninde bozulma	3	0.54
Sıvı elektrolit dengesizliği riski	25	4.55	Tanımlanan rejime uymada güçlük	3	0.54
Beden gereksiniminden az beslenme	22	4.00	Elektrolit dengesizliği	3	0.54
Bilgi eksikliği	20	3.64	Sağlığı sürdürmede etkisizlik	3	0.54
Aspirasyon riski	16	2.91	Solunum fonksiyonunda etkisizlik riski	3	0.54

Tablo 27'nin devamı

Yorgunluk	15	2.73	Kardiyak out-putta azalma riski	2	0.36
Diyare	14	2.55	Beden gereksiniminden fazla beslenme	2	0.36
Etkisiz solunum örüntüsü	14	2.55	Yetersiz beslenme	2	0.36
Enfeksiyon	14	2.55	Ümitsizlik	2	0.36
Akut ağrı	12	2.18	Sosyal izolasyon	2	0.36
Uyku örüntüsünde rahatsızlık	12	2.18	Beslenmede değişiklik	2	0.36
Gaz değişiminde bozulma	11	2.00	Doku perfüzyonunda bozulma	2	0.36
Deri bütünlüğünde bozulma riski	10	1.82	Etkisiz termoregülasyon	2	0.36
Konstipasyon	10	1.82	Yabancı korkusu	2	0.36
Anksiyete	10	1.82	Hipertermi riski	2	0.36
Hipertermi	10	1.82	Kan glukozunda değişkenlik riski	2	0.36
Oral mukoz membranda bozulma riski	9	1.63	Uyku örüntüsünde bozukluk	2	0.36
Sıvı volüm eksikliği	9	1.63	Vücut sıcaklığında dengesizlik riski	2	0.36
Hava yolunu temizlemede etkisizlik	9	1.63	Yutmada bozulma	2	0.36
Deri bütünlüğünde bozulma	8	1.45	Bireysel bakımda eksiklik	2	0.36
Hava yolu açıklığında yetersizlik	8	1.45	Öz bakım eksikliği	2	0.36
Aktivite intoleransı	7	1.27	Kendi kendine hijyeni sağlamada eksiklik	2	0.36
Ağrı	7	1.27	Doku bütünlüğünde bozulma	2	0.36
Oral mukoz membranda bozulma	7	1.27	Üriner boşaltımda bozulma	2	0.36
Bulantı	7	1.27	Aile içi süreçlerinde bozulma	2	0.36
Uyku örüntüsünde bozukluk	6	1.09	Bozulmuş fiziksel hareketlilik	1	0.18
Sıvı elektrolit dengesizliği	6	1.09	Sıvı elektrolit dengesinde bozulma	1	0.18
Fiziksel mobilitede bozulma	6	1.09	Uyku örüntüsünde değişiklik	1	0.18
Öz bakım eksikliği sendromu	6	1.09	Solunum fonksiyonunda etkisizlik	1	0.18
Rahatta bozulma	6	1.09	Ebeveyn çocuk bağlılığında bozulma riski	1	0.18
Sıvı volüm dengesizlik riski	6	1.09	Sosyal etkileşimde bozukluk	1	0.18
Eğlence aktivitesinde eksiklik	5	0.91	Benlik saygısında azalma	1	0.18
Konstipasyon riski	5	0.91	Beden saygısında rahatsızlık	1	0.18
Travma riski	4	0.72	Beslenmede dengesizlik	1	0.18
Beden imajında bozulma	4	0.72	Boğulma riski	1	0.18
Büyüme ve gelişmede gecikme	4	0.72	Etkisiz baş etme	1	0.18
Yetersiz solunum	4	0.72	Spontan ventilasyonu sürdürmede yetersizlik	1	0.18
Kanama riski	3	0.54	Çocuk yetiştirme süreçlerinde güçlendirmeye hazır oluş	1	0.18
Duyusal algılamada bozulma	3	0.54	Sıvı volüm eksikliği riski	1	0.18
Bebek beslenme örüntüsünde etkisizlik	3	0.54	Karaciğer fonksiyonunda bozulma riski	1	0.18
Elektrolit dengesizliği riski	3	0.54	Yaralanma riski	1	0.18
Aile baş etmesinde yetersizlik	1	0.18	Aile içi süreçlerinin devamlılığında bozulma	1	0.18
Bozulmuş sözlü iletişim	1	0.18	Sağlık çalışanlarına karşı korku	1	0.18
Gelişmede gecikme	1	0.18	Enfeksiyon bulaştırma riski	1	0.18
Renal perfüzyonda etkisizlik	1	0.18	Yürümede bozulma	1	0.18
Gaz değişiminde bozulma riski	1	0.18	Kan volümünde azalma	1	0.18
Kronik konfüzyon	1	0.18	Kanama	1	0.18
Sepsis	1	0.18	Deri ve mukoz membran bütünlüğünde bozulma olasılığı	1	0.18
Hava yolu açıklığında bozulma	1	0.18	Beslenme yetersizliği	1	0.18
Riskli sağlık davranışları	1	0.18	Vücudun savunma mekanizmasında değişiklik	1	0.18
Hareket kısıtlılığı	1	0.18	Korku	1	0.18

Tablo 27'nin devamı

Dentisyonda bozulma	1	0.18	Ebeveynlik rol çatışması	1	0.18
Etkisiz aile sağlık yönetimi	1	0.18	Beslenme örüntüsünde etkisizlik	1	0.18
Bozulmuş beden imge	1	0.18	Hava yolunun etkin temizlenememesi	1	0.18
Çocuğun etkisiz beslenme dinamiği	1	0.18	Etkisiz solunum örüntüsü riski	1	0.18
Etkisiz sağlık yönetimi	1	0.18	Sözel iletişimde bozulma	1	0.18
Kan glukozunda dalgalanma riski	1	0.18	Ayrılık anksiyetesi	1	0.18
Oyun eğlence aktivitesinde eksiklik	1	0.18	Doku perfüzyonunda değişim	1	0.18
Üst solunum yolu enfeksiyon riski	1	0.18	Hava yolunu temizlemede yetersizlik	1	0.18
Etkisiz serebral doku perfüzyonu riski	1	0.18	Sıvı volüm defisiti	1	0.18
Kan glukozunda değişiklik	1	0.18	Ani bebek ölüm sendromu riski	1	0.18
Aile ilişkilerinde bozulma	1	0.18	Yutma güçlüğü	1	0.18
Doku perfüzyonunda bozulma riski	1	0.18	Savunmada etkisizlik	1	0.18
Etkisiz solunum	1	0.18	Bakım verici rolünde zorlanma	1	0.18
Bebek davranışının organizasyonunu güçlendirmeye hazır oluş	1	0.18	Vücut gereksinimlerinde az besin alma	1	0.18
Bebek davranışının disorganizasyonu	1	0.18	Ebeveynlikte yetersizlik	1	0.18
Renal perfüzyonda etkisizlik riski	1	0.18			

Hemşirelik öğrencilerinin hazırlamış olduğu 83 bakım planı incelendiğinde toplamda 549 hemşirelik tanısı kullanıldığı ve 135 farklı tanı olduğu belirlendi. Kullanılmış olan bu farklı hemşirelik tanıları incelendiğinde %49,7'sinin (n=67) 2009-2011 yılı NANDA tanı listesinde yer aldığı, %50,3'ünün (n=68) ise yer almadığı bulundu. En sık kullanılan hemşirelik tanılarının düşme riski, enfeksiyon riski, beden gereksiniminden az beslenme, bilgi eksikliği, aspirasyon riski, yorgunluk, diyare olduğu belirlendi. NANDA tanı listesinde yer almayan ancak öğrencilerin kullandığı tanılardan bazılarının bozulmuş fiziksel hareketlilik, yabancı korkusu, beden saygısında rahatsızlık, renal perfüzyonda etkisizlik, gelişmede gecikme, bozulmuş beden imge olduğu görüldü (Tablo 27).

Tablo 28

Öğrencilerin bakım planlarında kullandıkları hemşirelik tanılarının NANDA fonksiyonel sağlık örüntülerine göre dağılımı (n=384)

NANDA Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri	n	%
Beslenme-Metabolik	127	33.07
Aktivite-Egzersiz	68	17.7
Bilişsel- Algısal	62	16.14
Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi	44	11.45

Tablo 28'in devamı

Eliminasyon	31	8.07
Kendini Algılama	28	7.29
Uyku-Dinlenme	12	3.1
Rol İlişki	8	2.08
Başetme-Stres	3	0.78
Cinsellik-Üreme	1	0.26

Öğrencilerin doğru olarak belirlemiş oldukları hemşirelik tanıları NANDA Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre gruplandırıldığında tanıların %33,07'sinin (n=127) Beslenme-Metabolik, %17,7'sinin (n=68) Aktivite ve Egzersiz, 16,14'ünün (n=62) Bilişsel-Algisal alanında olduğu bulundu. Bakım planında Cinsellik- Üreme alanında sadece bir öğrenci tanı koyarken Değer-İnanç alanında çocuğa yönelik tanıya yer verilmediği belirlendi (Tablo 28).

Tablo 29

Öğrencilerin bakım planı hazırlamak konusunda önerileri (n=83)

Öneriler	n	%
Eğitim ile ilgili öneriler	30	36.14
Veri toplama ile ilgili öneriler	20	24.09
Uygulamalar ile ilgili öneriler	11	13.25
Hemşireler ile ilgili öneriler	10	12.04
Akademisyenler ile ilgili öneriler	5	6.02
Öneride bulunmayanlar	7	8.43

Tablo 29'a göre hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlamak konusunda önerileri incelendiğinde en fazla eğitim ve veri toplama ile ilgili önerilerde buldukları belirlendi. Aynı zamanda herhangi bir önerisi olmayan öğrencilerin de bulunduğu görüldü.

4.2. Tartışma

Bu çalışmanın amacı; hemşirelik öğrencilerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında hazırladığı bakım planlarında kullandıkları tanımlar ve bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini değerlendirmektir. Hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan hemşirelik süreci, hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde önemli bir yere sahip olup öğrencilerin %81,9'unun bakım planı hazırlamanın mesleki eğitim açısından gerekli olduğunu düşündükleri bulundu (Tablo 17). Akansel ve Palloş (2020) yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin %69,1'inin, Su ve Köse (2021) %96,1'inin, Yıldırım Keskin vd. (2021) ise %90,9'unun hemşirelik sürecinin gerekliliğine inandıklarını bulmuşlardır. Çalışmada öğrencilerin yarıdan fazlasının bakım planı hazırlamanın bakım planı hazırlarken öncelikleri belirlemeyi sağlamak, bireye özgü ve bütüncül bir yaklaşımı sağlamak, bakımın kalitesini arttırmak, bakımın devamlılığını sağlamak, hemşireler için yasal dayanak oluşturmak, uygulamalarda bilimsel bilginin kullanılmasını sağlamak, hastalar hakkında hızlı ve doğru kararlar vermeyi sağlamak, hemşirelerin otonomisini arttırmak gibi olumlu yönlerinin olduğunu düşündükleri belirlendi (Tablo 8). Çalışma sonuçlarına benzer şekilde diğer çalışmalarda da öğrencilerin hemşirelik sürecinin hemşirelik bakımında evrenselliği, planlı ve amaca yönelik çalışmayı sağlamak, hastayı daha iyi tanımak, daha iyi bir bakım verebilmek, iyileşmeyi hızlandırmak, girişimleri kayıt altına alabiliyor olmak gibi olumlu yönlerinin var olduğunu ifade ettikleri bulunmuştur (Yıldırım Keskin vd., 2021; Ayan ve Aştı, 2012; Şendir vd., 2009). Bu çalışma sonuçlarına göre öğrencilerin hemşirelik sürecine yönelik olumlu düşüncelere sahip oldukları ve hemşirelik mesleği için önemli buldukları düşünülebilir.

Hemşirelik bakımını planlama öğrencilikten mesleki hayatın sonuna kadar uzanan hem öğrencilerin hem de hemşirelerin uygulayabilmeleri gereken temel bilgi ve beceridir (Barrett vd., 2014). Ancak çalışma da öğrencilerin hemşirelik sürecine yönelik aldıkları eğitimi %55,4'ünün yeterli bulduğu ve yalnızca %31,3'ünün bakım planı hazırlamak konusunda kendisini yeterli gördüğü bulundu (Tablo 17). Yapılmış olan diğer çalışmalarda da öğrencilerin hemşirelik sürecine yönelik teorik ve uygulamalı eğitimin yetersiz olduğunu ifade ettikleri ve bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir (Şendir vd., 2009;

Akansel ve Palloş, 2020). Hemşireler ile yapılan çalışmalarda da öğrencilere benzer şekilde yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündükleri saptanmıştır (Zelege vd., 2021; Yurtsever ve Karagözoğlu, 2020; Hagos vd., 2014). Şahin ve Khorshid (2021) hemşirelik süreci eğitiminin hemşirelik tanımlarını algılamaya üzerine etkisini belirlemek amacıyla benzer grup olan hemşireler ile yaptıkları çalışmada hemşirelik süreci ile ilgili verilen eğitim sonrasında algının yükseldiğini, hemşirelik süreci eğitiminin olumlu katkı sağladığını bulmuşlardır. Buna dayanarak öğrencilere verilmekte olan hemşirelik süreci eğitiminin de tekrar gözden geçirilerek planlanmasının öğrencilerin yeterliliğini arttıracakı düşünülmektedir.

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin bakım planını oluşturmayı zorlaştırıcı birtakım faktörlerin var olduğunu düşündükleri bulundu. Bunlar arasında hastalardan yeterli cevap alınmaması (%96,4), hasta ile iletişim kurmada güçlük yaşanması (%84,3), zamanın kısıtlı olması (%81,9), bazı soruların hastaya sorulamaması (%75,9), hastalara soru sormaktan çekinilmesi, kullanılan veri toplama formlarının uzun ve karmaşık olması (%67,5), klinikteki hemşirelerin bakış açıları (%59,0), hasta ile ilgili verilere ulaşmada güçlük (%57,8), hemşirelik sürecine yönelik teorik bilginin eksik olması (%51,8), klinik destek elemanlarının olumsuz eleştirileri (%49,4) yer almaktaydı (Tablo 11). Çalışmada elde edilen bulgulara benzer olarak literatürde de hemşirelik öğrencilerinin hastadan, hasta yakınından, sağlık personelinin, hastanın tıbbi kayıtlarından, veri toplama formunun anlaşılabilirliğinden, uygulama alanlarının yoğunluğundan, öğretim elemanından kaynaklı zorluk yaşadıkları bulunmuştur. Öğrencilerin hastaların ve hemşirelerin olumsuz tutumlarının, öğretim elemanlarının yüksek beklentilerinin aynı zamanda negatif eleştirilerde bulunmalarının, teorik bilginin uygulamaya aktarılamamasının, uygulama saatlerinin yetersiz olmasının bakım planı hazırlamayı güç duruma soktuğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (Akansel ve Palloş, 2020; Dikmen, 2019; Yılmaz vd., 2019). Öğrencilerin bakım planı hazırlamayı zor hale getirdiğini düşündükleri durumların birçoğunun ortak olduğu görülmektedir. Bu sorunların ele alınarak iyileştirilmesinin olumlu katkı sağlayabileceği öngörülerek öğrencilere konu hakkındaki önerilerinin de sorgulandığı bu çalışmada öğrencilerin kayıt altında daha fazla veri bulunması, uygulama alanlarına çıktıklarında hastaya bakım verenler ile birlikte sürecin ele alınması ve onların da süreci etkin bir şekilde kullanmaları, ders içeriklerinde örnek bakım planlarına daha fazla yer verilmesi ve farklı tanıları içerecek vaka örneklerinin ele alınması, öğretim elemanları ile

birlikte tartişılarak tanı konulması aynı zamanda teorik bilginin alanda da gösterilmesi gibi ifadelerde buldukları belirlendi. Bu önerilerin dikkate alınması ile öğrencilerin bakım planı hazırlamayı zorlaştırdığını düşündükleri faktörlerin azaltılmasında fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin çocuklara ve ailesine yönelik sistematik, holistik ve kapsamlı hemşirelik bakımını yönetebilmesi bunu yaparken hemşirelik sürecindeki her bir aşamanın başarısının bir önceki aşamanın doğruluğuna bağlı olduğunu biliyor olması gerekmektedir (Çavuşoğlu, 2015; Conk, 2018). Hemşirelik öğrencilerinin yarıdan fazlasının hemşirelik süreci aşamalarının birbiri ile bağlantılı olduğunu düşünmelerine (Tablo 17) rağmen hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında olmakla birlikte en çok veri toplama, uygulama ve tanılama aşamasında sorun yaşadıkları bulundu (Tablo 12). Basit (2019) yaptığı çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinin yarıdan fazlasının bakım planı hazırlarken sorun yaşadıklarını bulmuştur. Su ve Köse (2021) hemşirelik öğrencilerinin en sık tanılama ve veri toplama aşamalarında, Keski ve Karadağ (2010) en sık veri toplama, tanılama, uygulama aşamalarında, şendir ve arkadaşları (2009) en sık tanılama ve planlama aşamalarında sorun yaşadıklarını belirlemişlerdir. Yapılan bir çalışma da hemşirelik öğrencilerinin veri toplarken hasta, hasta yakını ve sağlık personeli ile iletişim kurmakta güçlük yaşadıklarını, olumsuz tepki almaktan korktuklarını, verileri yorumlamakta zorlandıklarını, hasta odalarında sorun yaşadıklarını ifade ettikleri saptanmıştır (Türk, 2020). Diğer bir çalışma da ise hemşirelik öğrencilerinin hastaların konuşmak istememeleri, kısa ve net cevaplar vermeleri, hastanın sıkıldığını düşünmeleri gibi sebepler yüzünden iletişim sıkıntısı yaşadıkları, ihtiyaç duydukları dosyalara erişim problemlerinin olduğu bu nedenle de veri toplama aşamasında sorun yaşadıklarını düşündükleri belirlenmiştir (Köktürk Dalcalı, 2021). Geçkil vd. (2021). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersinde kliniğe çıkan öğrenciler ile yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin iletişime en iyi açık, girişken, neşeli çocuklarla geçebilirken; agresif, stresli, ağlayan ve ajite çocuklar ile iletişim kurmakta zorlandıklarını belirlemişlerdir. En iyi iletişim kurabildikleri ebeveyn grubunu ise iletişime açık, meraklı, konuşkan ebeveynler olarak tanımladıkları ajite, sinirli, gergin ebeveynler ile iletişim kurmakta zorlandıklarını ifade ettiklerini saptamışlardır. Bu çalışma da hemşirelik öğrencilerinin diğer çalışmaların sonuçlarına benzer sorunlar yaşadıkları hasta ile iletişimin iyi olmasının, veri toplama

formlarının daha anlaşılır ve her alana özgü olmasının, öğretim elemanlarının destek olmasının, vaka tartışmalarının artırılmasının, klinikteki öğrenci sayısının az olmasının bakım planı oluşturmayı kolay hale getireceğini düşündükleri bulundu. Genel anlamda bakıldığında öğrencilerin ortak probleminin iletişim olduğu görülmektedir. Literatürde hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri ile ilgili yapılmış olan çalışmaların sonuçları da bu bulguları desteklemekte olup iletişim becerilerinin yeterli düzeyde olmadığı bulunmuştur (Başar vd., 2015; Elkin vd., 2016). Hemşirelik öğrencilerinin özellikle veri toplama aşamasında iletişim güçlükleri nedeniyle sorun yaşadıkları düşünülebilir.

Hemşirelik öğrencileri arasında hemşirelik tanısı koyarken zorluk yaşadığını ifade eden öğrencilerin var olduğu (Tablo 17) ve bakım planlarında kullanmış oldukları farklı tanıların %50,3'ünün (n=68) 2009-2011 yılı NANDA tanı listesinde yer almadığı (Tablo 27) tanımlayıcı özelliklerin, belirlenen hedeflerin, tıbbi tedavilerin hemşirelik tanısı olarak yazıldığı belirlendi. Ayan ve Aştı (2012) çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik tanılarını tam olarak bilmediklerini ve tanı listesinde olmayan tanıları yazdıklarını bulmuşlardır. Uysal ve arkadaşlarının (2016) yaptığı diğer bir çalışmada da öğrencilerin planlarında NANDA tanı listesinde yer almayan tanıları kullandıkları bulunmuştur. Hemşireler ile yapılan çalışmalarda da hatalı olmasına rağmen NANDA da yer almayan tanıları koydukları belirlenmiştir (Zaybak vd., 2016; Korhan vd., 2015; Avşar vd., 2014).

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin bakım planlarında kullandıkları hemşirelik tanıları NANDA Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre incelendiğinde en çok Beslenme-Metabolik (%33,07), Aktivite- Egzersiz (%17,7) alanında tanıları kullandıkları ve Cinsellik-Üreme alanında yalnızca bir öğrenci tanı koyarken Değer-İnanç alanında tanıya yer verilmediği belirlendi (Tablo 28). Öğrencilerin planlarında daha çok fizyolojik ihtiyaçları ele aldıkları ve en sık düşme riski, enfeksiyon riski, sıvı-elektrolit dengesizliği riski ve beden gereksiniminden az beslenme gibi tanıları kullandıkları, soyut olan hemşirelik tanıları kullanmaktan kaçındıkları bulundu (Tablo 27). Çocuk ve ailesinin değerleri, inançları, alışkanlıkları, dilleri onların yaşam biçiminde neyin önemli, doğru, kabul edilebilir ve anlamlı olduğu konusunda bilgi vermektedir. Aynı zamanda çocuğun cinsel kimliğinin gelişimsel aşamaya uygunluğu, ailenin bunun üzerindeki etkisi vs. gibi noktaların ele

alınması, kültürler arasında farklılık gösteren bu özelliklerin tanınması gerekmektedir (Conk, 2018; Çavuşoğlu, 2015). Öğrencilerin yalnızca birinin tanı koyduğu Cinsellik-Üreme ve herhangi bir tanıya yer vermedikleri Değer-İnanç alanları sorgulanması en önemli alanlardan biri olmasına rağmen bu alanlara ilişkin veri toplama, tanı koyma ve müdahalede sıkıntı yaşamakta oldukları anlaşılmaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda da çalışmamıza benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Bölükbaş vd., 2020; Erden vd. 2018; Uysal ve Yenal, 2016; Uysal vd., 2016; Karadakovan ve Yeşilbakan, 2004). Hemşirelik öğrencilerinin cinsel sağlık ile ilgili bakış açılarının incelendiği çalışmalarda bu konu hakkında olumsuz inançlara sahip oldukları, konuşmaktan rahatsızlık duydukları, utandıkları, bireyler ile konuşmak için özel bir konu olduğunu düşündükleri, diğer problemlerin önceliğinin daha fazla olduğunu, bu konuya ayıracak vakitlerinin bulunmadığını aynı zamanda konu hakkında bilgi ve yeteneklerinin de yeterli olmadığını ifade ettikleri bulunmuştur (Gürel ve Taşkın, 2020; Aker vd., 2018; Akıncı vd., 2011). Araştırma sonuçları öğrencilerin hastaları bütüncül değerlendirmede güçlük yaşadığını göstermektedir. Cinsellik-Üreme ve Değer-İnanç alanlarına ilişkin veri toplarken öğrencilerin bu konuya yönelik bireysel tutumlarının kapsamlı veri toplamaya engel olabildiği düşünülmüştür.

Hemşirelik öğrencilerinin %78,3'ünün mesleki yaşamında hastalarına bakım verirken bakım planı kullanmayı düşündüğü bulundu (Tablo 17). Literatürde hemşireler ile yapılan çalışmalara bakıldığında ise hemşirelik sürecini uygulamayan hemşirelerin var olduğu belirlenmiştir (Semachew, 2018; Abebe vd., 2014; Aseratie vd., 2014; Kaya vd., 2010). Uygulamama nedenlerinin zaman yetersizliği, iş yükü fazlalığı, hasta sayısının çok sağlık personeli sayısının az olması, malzeme yetersizliği olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir. (Yurtsever ve Karagözoğlu, 2020; Hagos vd., 2014; Afolayan vd., 2013; Andsoy vd., 2013). Bazı çalışmalarda ise hastane yönetimi tarafından desteklenmediklerini, bunun kontrolünün yapılmadığını ve hemşirelik sürecine özgü bir eğitim verilmediğini ifade ettikleri bulunmuştur (Zelege, 2021; Adraro ve Mengistu, 2020).

Çalışmamızda tanıları hazırlarken öğrencilerin sırasıyla ders notlarını, klinikte bulunan hemşireleri, tıbbi kayıtları, kitapları, hasta birey ve ailesini, makaleleri, interneti kaynak olarak kullandığı bulundu (Tablo 13). Basit (2019) çalışmasında öğrencilerin kaynak

olarak ilk sırada ders notlarını, ikinci sırada interneti ve üçüncü sırada dersi verenleri tercih etmekte olduğunu; kitaplar, hemşireler ve akademik yayınları ise daha nadir kullandıklarını belirlemiştir. Benzer şekilde Keski ve Karadağ (2010) öğrencilerin hemşirelik sürecini kullanmaya ilişkin bilgi ve uygulamalarını geliştirmek amacıyla yararlandıkları kaynaklar arasında ilk üç sırada ders notları, kitaplar ve internet kullanımının yer aldığını makalelerin ise daha az sıklıkta kullanıldığını bulmuşlardır. Aynı zamanda öğrencilerin en zor ulaştıkları kaynakların sırasıyla internet, tıbbi kayıtlar, hekim, hasta birey ve ailesi, klinik destek elemanları, makaleler, ders notları ve kitaplar olduğunu ifade ettikleri bulundu (Tablo 14). Yılmaz vd. (2019) ise çalışmalarında öğrencilerin hasta ile ilgili doktor gözlem formu, konsültasyon sonuçları, laboratuvar sonuçları, hemşire gözlem formu gibi kayıtlara ve hastanın tıbbi öyküsüne ulaşmada güçlük yaşadıklarını belirlemişlerdir. Öğrencilerin bakım planı hazırlarken sık kullandıkları kaynakların benzer olduğu ve ortak olarak hasta kayıtlarına ulaşmakta güçlük yaşadıkları görülmektedir. Kaynaklara ulaşmada öğrencilere kolaylık sağlanmasının ve destek olunmasının veri toplama ve doğru tanıya karar verme açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızın temel amaçlarından biri hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini ortaya koymaktır. Bu amaçla, öğrencilerin, bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları incelendi; $16,54 \pm 2,94$ olarak hesaplandı. Buna göre öğrencilerin %56,62'sinin ortalamanın üstünde puan aldığı bulundu ve ortalamanın üzerinde puan alan öğrencilerin olumlu görüşte olduğu düşünüldü. Öğrencilerin %43,68'nin ortalamanın altında kalıyor olmasının azımsanmayacak bir oran olduğunu söyleyebiliriz. Bu sebeple öğrencilerin hemşirelik sürecine yönelik farkındalıklarının artırılması ve bu konudaki görüşlerinin pozitif yönde iyileştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Hasta ile iletişim kurmada güçlük yaşanmasının, hastadan yeterli cevap alınamamasının, hastaya soru sormaktan çekinilmesinin, bazı soruların hastaya sorulamamasının, hemşirelik sürecine yönelik teorik bilginin eksik olmasının, hasta ile ilgili verilere ulaşmada güçlük yaşanmasının, zamanın kısıtlı olmasının, klinikteki hemşirelerin bakış açısının, klinik destek elemanlarının olumsuz eleştirilerinin bakım planı oluşturmayı zorlaştırdığını düşünen öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının düşük

olduğu belirlendi (Tablo 22). Öğrencilerin zorlandıklarını ifade ettikleri faktörlerin gerçekten var olan problemler olmasının yanı sıra önyargı ile yaklaştıkları bazı durumların da olduğu ve bunun görüşlerine yansıdığı düşünölmektedir. Bu yüzden hemşirelik sürecinin aktif kullanımının tercihe bağlı değil, bir gereklilik olduğu düşöncesini öğrenciler kavramalıdır. Uygulamalarda ve derslerdeki eksikliklerin giderilmesi gerekmekte ancak öğrencilerin de bu sürecin kullanımına alışması, mesleğimizin bir parçası olduğunu kabul etmesi, zorluk olarak ifade ettikleri durumlara çözüm odaklı yaklaşmaları süreci kolaylaştıracaktır. Zorlaştırıcı faktörler ile öğrencilerin görüşleri arasında bulunan ilişkinin varlığından yola çıkılarak bu değişimlerin görüş puanlarına da yansıtılacağı öngörülmektedir.



BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Öğrencilerin bakım planı hazırlamanın mesleki eğitim açısından gerekli ve yararlı olduğunu düşündüğü aynı zamanda olumlu görüşlere sahip olduğu bulundu. Yarıdan fazlasının ise hemşirelik tanılarının hemşirelik aktivitelerine temel oluşturduğunu ve mesleki yaşamlarında bakım planı kullanmayı düşündüğünü ifade ettiği görüldü. Ancak olumsuz görüşleri olan ve bakım planı hazırlamak konusunda kendisini yeterli görmeyen, kapsamlı veri toplayamadığını, her hastaya özgün bakım planı hazırlayamadığını düşünen, hemşirelik tanısı koymada güçlük yaşadığını ifade eden öğrencilerin de mevcut olduğu sonucu elde edildi. Öğrencilerin bakım planı hazırlarken hasta ile iletişimde, kaynaklara ulaşımında, zaman konusunda, klinikteki hemşireler ve klinik destek elemanları nedeniyle zorluk yaşadıklarını ifade ettikleri; örnek bakım planları, veri toplama formlarında değişiklikler, öğretim elemanlarının desteği, hasta ile iletişimin iyileştirilmesi gibi düzenlemeler sayesinde planı oluşturmanın kolaylaşacağını düşündükleri bulundu. Hemşirelik süreci aşamalarının birbiri ile bağlantılı olduğu bilgisine öğrencilerin katılıyor olmasına rağmen sürecin tüm aşamalarında zorluk yaşadıkları bulundu.

- Öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlendi.
- Öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının bakım planına yönelik eğitim alma durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlendi.
- Öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanları bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörlere göre incelendi. Buna göre klinikteki hemşirelerin bakım planı yapıyor olmaları ve hasta ile iletişimin iyi olması maddelerine evet yanıtını veren öğrencilerde görüşlerin farklılık gösterdiği belirlendi.
- Öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının bakım planı oluşturmayı zorlaştırıcı faktörlere göre farklılık göstermediği belirlendi.

- Öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının veri toplama aşamasında zorluk yaşayan öğrencilerde farklılık gösterdiği belirlendi.
- Öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının tanıları hazırlarken kaynak olarak interneti kullananlarda farklılık gösterdiği belirlendi.
- Öğrencilerin bakım planı hazırlamaya ilişkin görüş puanlarının bakım planında istenen amaca ulaşamama sebebini hasta olarak belirtenlerde farklılık gösterdiği belirlendi.

Öğrencilerin NANDA tanı listesinde var olmayan hemşirelik tanılarını kullandıkları görülmekle birlikte sıklıkla akut sorunlara yönelik problemleri ele aldıkları, Cinsellik-Üreme alanında sadece bir öğrencinin tanı koyduğu ve Değer-İnanç alanında çocuğa yönelik tanıya yer verilmediği belirlendi.

5.2. Öneriler

- Hemşirelik öğrencilerinin teorik ve uygulamalı eğitimde ifade ettikleri eksiklikler üzerine deneysel çalışmalar planlanabilir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası görüş, bilgi ve tutumları incelenebilir.
- Öğrencilerin bakım planı üzerindeki yeterlilik düzeyini değerlendiren çalışmalar artırılabilir.
- Uygulama alanlarında, hemşirelik sürecinin tüm basamakları daha fazla sayıda ve farklı vakalar ele alınarak öğretim elemanları eşliğinde gerçekleştirilmelidir. Bununla birlikte hemşireler de öğrencilere yol gösterici ve rol model olmalıdır.
- Öğrencilerin vakaları özgürce tartışabilecekleri, eleştirel olarak yaklaşabilecekleri ortamlar yaratılmalıdır.
- Hemşirelik öğrencilerinin iletişim kurarken hangi hasta grubu ile güçlük yaşadıkları ve bu güçlüğü yaşanmasında hangi faktörlerin etkili olduğunun belirlenmesine yönelik çalışmalar planlanabilir.
- Hasta simülasyon uygulaması ile hemşirelik öğrencilerinin bakım planı deneyimleri artırılabilir.

- Hemşirelik eğitiminin ilk yıllarından itibaren kapsamlı veri toplamanın önemi hakkında öğrencilerde farkındalık yaratılarak ders içeriklerinde bu konuya yönelik eğitimlere yer verilebilir.
- Hemşirelik tanıları eğitim içerisine entegre edilerek konuların içinde daha fazla yer verilebilir.
- Öğrencilerin çocuk ve ailesi ile iletişimi esnasında soru sorma, dinleme becerisi ve etkin iletişim tekniklerini kullanma durumlarını gözlem yoluyla değerlendiren çalışmalar planlanabilir.
- Öğrencilerin bakım planı hazırlamak için kullanacakları kaynaklar ile ilgili destekleyici ve yol gösterici olunmalıdır. Hasta hakkında ulaşmakta güçlük yaşadıklarını ifade ettikleri tıbbi kayıtlar için birtakım düzenlemeler geliştirilerek ulaşmaları kolaylaştırılabilir.

KAYNAKÇA

- Abebe, N., Abera, H. Ve Ayana, M. (2014). *The Implementation Of Nursing Process And Associated Factors Among Nurses Working In Debremarkos And Finoteselam Hospitals, Northwest Ethiopia*, 2013. J Nurs Care, 2014, 4-7.
- Adraro, Z., & Mengistu, D. (2020). *Implementation And Factors Affecting The Nursing Process Among Nurses Working In Selected Government Hospitals In Southwest Ethiopia*. BMC Nursing, 19(1), 1-7.
- Afolayan, J. A., Donald, B., Baldwin, D. M., Onasoga, O. Ve Babafemi, A. (2013). *Evaluation Of The Utilization Of Nursing Process And Patient Outcome In Psychiatric Nursing: Case Study Of Psychiatric Hospital Rumuigbo, Port Harcourt*. Adv Appl Sci Res, 4(5), 34-43.
- Akansel, N. Ve Palloş, A. (2020). *Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Planı Hazırlamada Yaşadıkları Güçlüklerin Kök Nedenlerinin İncelenmesi*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (2), 269-275.
- Aker, M. N., Uslu E., Pınar, T. ve Molu B. (2018). *Hemşirelik Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Bakımı Vermeye İlişkin Tutum ve İnançları*. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(1), 41-49.
- Akıncı, A. C., Yıldız, H. ve Zengin, N. (2011). *The Level Of Comfort Among Nursing Students During Sexual Counseling To Patients Who Have Chronic Medical Conditions*. Sexuality And Disability, 29(1), 11.
- Altıok, H. Ö., Ve Üstün, B. (2014). *Profesyonellik: Kavram Analizi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7(2), 151-155.
- ANA, The Nursing Process. Erişim Adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>. Erişim Tarihi: 26.11.2021.
- ANA, What Is Nursing? Erişim Adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>. Erişim Tarihi: 03.04.2022
- Andsoy, I. I., Güngör, T., Dikmen, Y. Ve Nabel, E. B. (2013). *Hemşirelerin Bakım Planını Kullanırken Yaşadıkları Güçlükler*. Çağdaş Tıp Dergisi, 3(2), 1-7.
- Aseratie, M., Murugan, R. ve Molla, M. (2014). *Assessment Of Factors Affecting Implementation Of Nursing Process Among Nurses In Selected Governmental Hospitals, Addis Ababa, Ethiopia; Cross Sectional Study*. J Nurs Care, 3(3), 1-8.

- Atasoy, I. Ve Sütütemiz, N. (2014). *Bir Grup Hemşirelik Son Sınıf Öğrencisinin Hemşirelik Eğitimi ile İlgili Görüşleri*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 22(2), 94-104.
- Ayan S. (2012). *Hemşirelik Öğrencilerinin Nanda-I Hemşirelik Tanılarını Belirleme Yetkinliğinin Saptanması*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Avşar, G., Ögünç A.E., Taşkın M. Ve Burkay Ö.F. (2014). *Hemşirelerin Hasta Bakımında Kullandıkları Hemşirelik Süreci Uygulamalarının Değerlendirilmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(4).
- Axelsson, L., Björvell, C., Mattiasson, A. C. Ve Randers, I. (2006). *Swedish Registered Nurses' Incentives To Use Nursing Diagnoses In Clinical Practice*. Journal Of Clinical Nursing, 15(8), 936-945.
- Barrett D., Wilson B. And Woollands A. (2014). *Bakımın Planlanması: Hemşireler ve Hemşire Öğrenciler İçin Rehber (2.Baskı)*. (s.4-35). Okumuş H. (Çev.). Öztürk C. (Çev.). Yenal K. (Çev.). Palme Yayıncılık: Ankara.
- Basit, G. (2020). *Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci*. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(2), 77-90.
- Basit, G. (2019). *Web Tabanlı Hemşirelik Süreci Öğretiminin Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Bakım Planı Hazırlama Becerisine Etkisi*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Başar, G., Akın S. Ve Durna, Z. (2015). *Hemşirelerde ve Hemşirelik Öğrencilerinde Problem Çözme ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(1), 125-147
- Bayih, W. A., Ayalew, M. Y., Belay, D. M., Alemu, A. Y., Birihane, B. M., Asnakew, S. Ve Chanie, E. S. (2021). *The Implementation Of Nursing Process During Patient Care In Ethiopia: A Systematic Review And Meta-Analysis*. Heliyon, 7(5), E06933.
- Birol L. (2018). *Hemşirelik Süreci- Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım (11.Baskı)*. (s.97-154). Akademisyen Kitabevi: Ankara.
- Bölükbaş, N., Irmak, B., Bulut, G., Özdemir, D. A. Ö. ve Bayrak, H. Y. (2020). *Öğrencilerin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yaz Stajı Dosyalarında Belirledikleri Hemşirelik Tanıları ve Girişimlerinin Değerlendirilmesi*. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 3(1), 1-9.
- Carpenito-Moyet L.J. (2006). *Nursing Diagnosis: Application To Clinical Practice (Edition 11)*. (s.4-58). Lippincott Williams&Wilkins.

- Carpenito L.J. (2021). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı (4.Baskı)*. (s.2-25). Erdemir F. (çev.). Türk G. (çev.). Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul.
- Çakar, S. Ve Avşar, G. (2020). *Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Kullanımı ile İlgili Sorunlarının Belirlenmesi*. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(3), 203-213.
- Çakırcalı E. (1998). *Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar (2.Baskı)*. (s.9-11). İzmir.
- Çavuşoğlu H. (2015). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği (11. Baskı)*. (s.33-46). Sistem Ofset Basımevi: Ankara.
- Conk (2018). *Pediatric Hemşireliği (2.Baskı)*. (s.129, 954-967). Akademisyen Kitabevi: Ankara.
- Dalcalı, B. K. (2021). *Hemşirelik İntörn Öğrencilerinin Hemşirelik Sürecini Uygulama Sırasında Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi*. Sağlık Akademisi Kastamonu, 6(2), 1-12.
- Dikmen, A. (2019). *Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Sürecinin Veri Toplama Basamağına İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Yaşadıkları Güçlükler*. Yüksek Lisans Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Dönmez, S. Ve Weller, B. K. (2019). *Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Aldıkları Eğitime İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (1), 42-48.
- Elkin, N., Karadağlı, F. Ve Barut, Y. (2016). *Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri Düzeyleri ve İlişkili Değişkenlerin Belirlenmesi*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 70-80.
- Erden, S., Deniz, S., Arslan, S. Ve Yurtseven, Ş. (2018). *Hemşirelik Öğrencilerinin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulamalarında Hemşirelik Tanularını Belirleme Düzeylerinin İncelenmesi*. Van Tıp Dergisi, 25(2), 108-112.
- Erer, M. T., Akbaş, M. Ve Yıldırım, G. (2017). *Hemşirelik Sürecinin Evrimsel Gelişimi Hemşirelik Süreci*. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 7(1), 1-5.
- Ertem Ü., Özcan N., Ören B., Işık R., Sarvan S., Ay, F. (Ed.). (2008). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar (2.Baskı)*. (s.61-72). İstanbul Medikal Yayıncılık: İstanbul.
- Geçkil, E., Kaleci, E. Ve Aldem, M. (2021). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Klinik Uygulamasında Öğrencilerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi*. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 9-19.

- Göçmen Baykara, Z. (2014). *Hemşirelik Bakımı Kavramı*. Türkiye Biyoetik Dergisi, 1(2), 92-99.
- Gök, F. Ve Kuzu, N. (2006). *Öğrencilerin Bakım Planlarında Hemşirelik Süreci ve Nanda Tanılarını Kullanma Durumları*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 22(1), 69-80.
- Gürel, R. ve Taşkın, L. (2020). *Cinsel Sağlık: Hemşirelik Öğrencilerinin Bakış Açıları, İnanç ve Tutumları*. Türk Hemşireler Derneği Dergisi, 1(1), 27-38.
- Hagos, F., Alemseged, F., Balcha, F., Berhe, S. Ve Aregay, A. (2014). *Application Of Nursing Process And Its Affecting Factors Among Nurses Working In Mekelle Zone Hospitals, Northern Ethiopia*. Nursing Research And Practice.
- ICN, 2002. Nursing Definitions. Erişim Adresi: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>. Erişim Tarihi: 08.04.2022.
- Karadakovan, A. Ve Yeşilbakan Ö. U. (2004). *Öğrencilerin Nörolojik Hastalarda Saptadıkları Nanda Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(3).
- Karadaş, A., Kaynak, S., Duran, S. Ve Ergün, S. (2018). *Hemşirelerin Profesyonellik Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Balıkesir Örneği*. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(3), 74-80.
- Karayurt, Ö., Ursavaş, F. E. Ve İşeri, Ö. (2018). *Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Verme Durumlarının ve Görüşlerinin İncelenmesi*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (2), 163-169.
- Kaya, N., Babadağ, K., Kaçar, G. Ve Uygur, E. (2010). *Hemşirelerin Hemşirelik Model/Kuramlarını, Hemşirelik Sürecini ve Sınıflama Sistemlerini Bilme ve Uygulama Durumları*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(3), 24-33.
- Keski, Ç. Ve Karadağ, A. (2010). *Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Süreci Hakkındaki Düzeylerinin İncelenmesi*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 12(1), 41-52.
- Keskin, A.Y., Tunç P., Molu B., Ve Tuna, H.İ. (2021). *Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Verilen Vaka ile İlgili Hemşirelik Tanılarını Belirleyebilme Becerileri ve Etkileyen Faktörler*. Hastane Öncesi Dergisi, 6(1), 95-108.

- Kocaçal, E., Aktan, G. G. Ve Eşer İ. (2021). *Tarihsel Süreç İçinde Hemşirelik Süreci ve Bakım Planlarının Gelişimi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 24(2), 284-290.
- Korhan, E. A., Yönt, G. H., Demiray, A., Akça, A., Eker A. (2015). *Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi ve Nanda Tanılarına Göre Değerlendirilmesi*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(1), 16-21.
- Lee, T. T. (2005). *Nurses' Concerns About Using Information Systems: Analysis Of Comments On A Computerized Nursing Care Plan System In Taiwan*. Journal Of Clinical Nursing, 14(3), 344-353.
- McFarland G.K. and McFarlane A.E. (2003). *Nursing Diagnosis & Intervention: Planning For Patient Care (Second Edition)*. (s.1-19). Mosby: St. Louis.
- NANDA (2013). Nursing Diagnoses. Erişim Adresi: <https://nanda.org/Publications-Resources/Resources/Glossary-Of-Terms/>. Erişim Tarihi:26.11.2022.
- Ocakçı, A.F. ve Alpar, Ş.E. (Ed.). (2013). *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri*. (s.63). Medikal Yayıncılık: İstanbul.
- Ogunfowokan, A. A., Oluwatosin, A. O., Olajubu, A. O., Alao, O. A. Ve Faremi, A. F. (2013). *Student Nurses' Perceived Use Of Nanda-I Nursing Diagnoses In The Community Setting*. International Journal Of Nursing Knowledge, 24(1), 37-43.
- Olmaz, D. Ve Karakurt, P. (2019). *Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 12(1), 3-14.
- Rajabpoor, M., Zarifnejad, G. H., Mohsenizadeh, S. M., Mazloun, S. R., Pourghaznein, T., Mashmoul, A. Ve Mohammad, A. (2018). *Barriers To The Implementation Of Nursing Process From The Viewpoint Of Faculty Members, Nursing Managers, Nurses, And Nursing Students*. Journal Of Holistic Nursing And Midwifery, 28(2), 137-142.
- Ralph S.S. ve Taylor C.M. (2005). *Sparks And Taylor's Nursing Diagnosis Reference Manuel (Edition 6)*. (s.2-22). Lippincott Williams&Wilkins.
- Resmî Gazete, (2010). Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Erişim Tarihi: 08.04.2022.

- Resmî Gazete, (2007). 25/2/1954 Tarihli Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>. Erişim Tarihi: 28.11.2021.
- Rosdahl C.B. Ve Kowalski M.T. (2008). *Textbook Of Basic Nursing (Edition 9)*. (s.358-379). Lippincott Williams&Wilkins.
- Semachew, A. (2018). *Implementation Of Nursing Process In Clinical Settings: The Case Of Three Governmental Hospitals In Ethiopia, 2017*. BMC Research Notes, 11(1), 1-5.
- Su S. Ve Köse, K. N. (2021). *Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Değerleri ile Hemşirelik Tanılarını Algulamaları Arasındaki İlişki*. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 20-28.
- Şahin, M. Ve Khorshid, L. (2021). *Hemşirelik Süreci Eğitimin Hemşirelik Tanılarını Algulama Üzerine Etkisi*. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6(2), 15-19.
- Şendir, M., Acaroğlu, R. Ve Aktaş, A. (2009). *Hemşirelik Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Sürecine İlişkin Bilgi ve Görüşleri*. Florence Nightingale Journal Of Nursing, 17(3), 166-173.
- Türk, G., Tuğrul, E. Ve Şahbaz, M. (2013). *Determination Of Nursing Diagnoses Used By Students In The First Clinical Practice*. International Journal Of Nursing Knowledge, 24(3), 129-133.
- Türk, G. (2020). *Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Veri Toplama Sürecinde Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi*. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 3(3), 9-13.
- Toru F. (2020). *Hemşirelik Uygulamalarının Kilit Noktası: Bireyselleştirilmiş Bakım*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1), 46-59.
- Tosun, N., Oflaz, F., Akyüz, A., Kaya, T., Yava, A., Yıldız, D. Ve Akbayrak, N. (2008). *Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinin İntörn Eğitim Programından Beklentileri ile Program Sonunda Kazanım ve Önerilerinin Değerlendirilmesi*. Gülhane Tıp Dergisi, 50(3), 164-171.
- Uysal, N., Arslan G. G., Yılmaz, İ. Ve Alp, F. Y. (2016). *Hemşirelik İkinci Sınıf Öğrencilerinin Bakım Planlarındaki Hemşirelik Tanıları ve Verilerin Analizi*. Cbu-Sbed Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3(1), 139-143.

- Uysal, N. Ve Yenal, K. (2016). *Hemşirelik Bir ve İkinci Sınıf Öğrencilerinin Bakım Planı İçin Cinsellik ve Üreme Alanına İlişkin Veri Toplamada Yaşadıkları Güçlükler*. Uhd Dergimiz Hakkında Genel Bilgiler, 98.
- Yılmaz, A. A., Genç, E., Seçkin, Ç., Yılmaz, H., Güven, K. T. Ve Gözütok, S. (2019). *Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelik Sürecinin Veri Toplama Aşamasına İlişkin Görüşleri ve Yaşadıkları Güçlükler*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(4), 231-239.
- Yıldırım, B. Ve Koç, Ş. Ö. (2013). *Eleştirel Düşünmeyi Hemşirelik Sürecinde Uygulama*. Ejovoc (Electronic Journal Of Vocational Colleges), 3(3), 29-35.
- Yıldırım Keskin, A., Tunç Tuna, P., Molu B. Ve Tuna, H. İ. (2021). *Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Verilen Vaka ile İlgili Hemşirelik Tanılarını Belirleyebilme Becerileri ve Etkileyen Faktörler*. Hastane Öncesi Dergisi, 6(1), 95-108.
- Yılmaz, F. T., Sabancıoğulları, S. Ve Aldemir, K. (2015). *The Opinions Of Nursing Students Regarding The Nursing Process And Their Levels Of Proficiency In Turkey*. Journal Of Caring Sciences, 4(4), 265.
- Yönt, G. H., Khorshid, L. Ve Eşer, İ. (2009). *Examination Of Nursing Diagnoses Used By Nursing Students And Their Opinions About Nursing Diagnoses*. International Journal Of Nursing Terminologies And Classifications, 20(4), 162-168.
- Yurtsever, İ. Ve Karagözoğlu, Ş. (2020). *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastanede Kullanılan Hemşirelik Bakım Planını İyileştirme Konusundaki Görüş ve Önerileri: Karma Modelde Bir Çalışma*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 7(3), 215-225.
- Zaybak, A., Özdemir, H. Ve İslamoğlu, E.G. (2016). *Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Uygulamasında Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(4).
- Zelege, S., Kefale, D. Ve Necho, W. (2021). *Barriers To Implementation Of Nursing Process In South Gondar Zone Governmental Hospitals, Ethiopia*. Heliyon, 7(3), E06341.
- Wilkinson, J.M. (2001). *Nursing Process And Critical Thinking (Third Edition)*. (s.7-22). Prentice Hall: Upper Saddle River, New Jersey.

EKLER
EK 1. ÖĞRENCİ BİLGİ FORMU

Anket Numarası:

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi kapsamında hazırladığı bakım planlarında kullandıkları tanımlar ve bakım planı hazırlamaya ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Anket formundaki veriler hemşirelik anabilim dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersi yüksek lisans tezinde kullanılacaktır. Sonuçların güvenilirliği açısından anket sorularını samimi cevaplamanız önemlidir. İsim belirtmenize gerek yoktur. Teşekkür ederiz.

Tez Danışmanı: Nazan ÇALBAYRAM

Tezi Hazırlayan Öğrenci: Gamze BALTA

1. Şu anki not ortalamanız:

2. Kaç yaşındasınız?

3. Cinsiyetiniz:

Kadın

Erkek

4. Mezun olduğunuz lise:

Sağlık Meslek Lisesi

Diğer:

5. Mesleki eğitiminiz boyunca bakım planı ile ilgili eğitim aldınız mı?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise 6. soruya geçiniz.

6. Aldığımız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

Yeterli Yetersiz

7. Daha önce okulda verilen ders dışında, bakım planı ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

Cevabınız hayır ise 9. soruya geçiniz.

Evet

Hayır

8. Evet ise; ne tür bir eğitim aldınız?

Kurs

Seminer

Ders

Kongre/ Sempozyum

Diğer:

9. Hemşirelik okulundaki staj uygulamalarınız dışında herhangi bir klinikte çalışma deneyiminiz oldu mu? Cevabınız evet ise 10, 11 ve 12. soruları yanıtlayınız.

Evet:

Hayır

10. Çalışma şekliniz nasıldı?

Tam zamanlı Kısmi zamanlı

11. Klinik deneyim sürenizi yazınız.

.....

12. Klinik deneyiminizin olduğu bölüm/bölmüleri işaretleyiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

Acil servis

Yoğun bakımlar

Pediyatri klinikleri (dahili ve cerrahi pediyatri klinikleri)

Cerrahi yatan hasta klinikleri

Dahili yatan hasta klinikleri

Poliklinikler

Diğer:

**EK 2. ÖĞRENCİLERİN BAKIM PLANI HAZIRLAMAYA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU**

	Evet	Hayır	Kararsızım
Bakım Planına İlişkin Düşünceler			
1. Bakım planı hazırlamanın mesleki eğitiminiz açısından gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?			
2. Bakım planı hazırlamanın mesleki eğitiminiz açısından yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?			
3. Hemşirelik tanılarının hemşirelik aktivitelerine temel oluşturduğunu düşünüyor musunuz?			
4. Bakım planı hazırlama konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?			
5. Her hastaya özgün bakım planı hazırladığınızı düşünüyor musunuz?			
6. Bakım planı hazırlarken hemşirelik tanısı koymada güçlük yaşıyor musunuz?			
7. Bakım planı hazırlamak için kapsamlı veri toplayabildiğinizi düşünüyor musunuz?			
8. Hemşirelik süreci aşamalarının birbiri ile bağlantılı olduğunu düşünüyor musunuz?			
9. Bakım planı hazırlamak için verilen eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?			
10. Bakım planı hazırlamanın bakım sunduğunuz hastalarınız açısından yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?			
11. Mesleki yaşamınızda hastalarınıza bakım verirken bakım planı kullanmayı düşünüyor musunuz?			

12. Bakım planı hazırlamanın olumlu yönleri nelerdir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- Bakımın kalitesini artırır.
- Uygulamalarda bilimsel bilginin kullanılmasını sağlar.
- Hemşireler için yasal dayanak oluşturur.
- Öğrenmeyi teşvik eder.
- Bakımın devamlılığını sağlar.
- Eleştirel düşünmeyi sağlar.
- Hemşirelerin otonomisini artırır.
- Bireye özgü ve bütüncül bir yaklaşım sağlar.
- Hastalar hakkında hızlı ve doğru karar vermeyi sağlar.
- Bakım verirken öncelikleri belirlememizi sağlar.
- Diğer

13. Bakım planı hazırlamanın olumsuz yönleri nelerdir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- Zaman kaybına yol açması
- İş yükünü arttırması
- Hastalar ile iletişimde kopukluğa yol açması
- Sorulan soruların hastayı yorması
- Bazı tanıların uygulamada yapılamıyor olması
- Bakım planının kalıplaşmış tanılardan ve girişimlerden oluşuyor olması
- Uygulamalarda verimliliği düşürmesi
- Öğrenmeyi ve gözleme odaklanmayı engellemesi
- Stresi arttırması

() Diğer

14. Bakım planı oluşturmayı kolaylaştırıcı faktörler nelerdir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- () Öğretim elemanının destek olması
- () Hemşirelik süreci ile ilgili vaka tartışmalarının artırılması
- () Klinikteki öğrenci sayısının az olması
- () Klinikteki hemşirelerin bakım planı yapıyor olmaları
- () Hasta ile iletişimin iyi olması
- () Veri toplama formlarının daha anlaşılır olması
- () Veri toplama formları her alana özgü olması
- () Örnek bakım planlarının sunulması
- () Diğer

15. Bakım planı oluşturmayı zorlaştırıcı faktörler nelerdir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- () Hasta ile iletişim kurmada güçlük yaşanması
- () Hastalardan yeterli cevap alınamaması
- () Hastalara soru sormaktan çekinilmesi
- () Bazı soruların hastaya sorulamaması
- () Hemşirelik sürecine yönelik teorik bilginin eksik olması
- () Kullanılan veri toplama formlarının uzun ve karmaşık olması
- () Hasta ile ilgili verilere ulaşmada güçlük (Önceki girişimler, laboratuvar sonuçları, vs.)
- () Zamanın kısıtlı olması
- () Klinikteki hemşirelerin bakış açısı

- Klinik destek elemanlarının olumsuz eleştirileri
- Diğer

16. Bakım planı hazırlama aşamalarında zorluk yaşıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

Cevabınız Evet İse 17. Soruyu cevaplayınız;

17. En çok zorlandığınız aşama hangisi/hangileridir?

- Veri toplama
- Tanılama
- Planlama
- Uygulama
- Değerlendirme

18. Tanıları hazırlarken kullandığınız kaynaklar nelerdir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- Ders notları Hasta birey ve ailesi
- Kitaplar Tıbbi kayıtlar
- İnternet Makaleler
- Klinikte bulunan hemşireler Hekim
- Klinik destek elemanları Diğer

19. Kullandığınız kaynaklar arasında en zor ulaştığınız hangisidir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- Ders notları Hasta birey ve ailesi
- Kitaplar Tıbbi kayıtlar

- İnternet Makaleler
 Klinikte bulunan hemşireler Hekim
 Klinik destek elemanları Diğer

20. Bakım planında istenen amaca ulaşılamamasının sebebi neler olabilir? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- Hasta
 Hastalık
 Bakım planı hazırlayan kişiye (öğrenci/hemşire)
 Bulunulan servis
 Diğer

21. Tanı seçimine nasıl karar veriyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

- Hastanın tıbbi tanısına göre
 Belirti ve bulguları inceleyip yorumlayarak
 Hasta ve çevresini değerlendirerek
 Hasta bireyin gereksinimlerine göre
 Topladığım veriler ile koyacak olduğum tanının uygunluğuna bakarak
 Diğer

22. Bakım planı hazırlamak konusunda önerileriniz nelerdir?

.....

**EK 3. ÖĞRENCİLERİN BAKIM PLANLARINDA KULLANDIKLARI
TANILARI LİSTELEME FORMU**

Bakım Planı No	Hemşirelik Tanıları

EK 4. ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü



Sayı : E-84026528-050.01.04-2100032067
Konu : Başvuru İncelenmesi

02.03.2021

Sayın Doç. Dr. Nazan ÇALBAYRAM

Yürütücülüğünüzü yapmış olduğunuz 2021-YÖNP-0104 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 25.02.2021 tarih ve 04/11 sayılı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

KARAR:11- Doç. Dr. Nazan ÇALBAYRAM'ın sorumlu yürütücülüğünü yaptığı "Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Kapsamında Hazırladığı Bakım Planlarında Kullandıkları Tanılar ve Bakım Planı Hazırlamaya İlişkin Görüşleri" başlıklı araştırmasının, Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul ilkelerine **uygun olduğuna** oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ
Kurul Başkanı