

ARAŞTIRMA MAKALESİ

CBU-SBED, 2016, 2(5):139-143

Hemşirelik İkinci Sınıf Öğrencilerinin Bakım Planlarındaki Hemşirelik Tanıları ve Verilerin Analizi

Nurcan Uysal¹, Gülşah Gürol Arslan², İlkin Yılmaz², Fethiye Yelkin Alp²

Yayınlanma: 31.03.2016

¹ Gediz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Seyrek/İZMİR²Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Balçova/İZMİR

*Sorumlu Yazar Nurcan Uysal, e-mail: nurcan.uysal@gediz.edu.tr

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı; hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalar sırasında hazırladıkları hemşirelik bakım planlarında yer alan hemşirelik tanımları ve bu tanımları koymak için topladıkları verilerin yeterliliğini analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırma, bir üniversitenin hemşirelik okulunda uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini, bir hemşirelik okulunun 2013-2014 öğretim yılının bahar döneminde ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin yaptığı toplam 98 bakım planı oluşturmuştur. Veriler, öğrencilerin veri toplamak için kullandıkları Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Veri Toplama Formundan ve hazırladıkları hemşirelik bakım planlarından elde edilmiştir. Bakım planlarında yer alan tanımların doğruluğu ve tanı koymak için verilerin yeterli olup olmadığı, araştırmacılar tarafından yapılandırılmış 12 maddelik form ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin hazırladığı 98 bakım planında toplam 591 hemşirelik tanısı incelenmiş olup, 66 farklı hemşirelik tanısının konulduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin NANDA-I Taksonomi II'ye göre bakım planlarında hemşirelik tanımlarının %80,2'sini (n=474) doğru olarak yazdıkları, hemşirelik tanımlarının %74,6'sı (n=441) için verilerin yeterli olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: İkinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik uygulamalarında doğru olarak kullandıkları hemşirelik tanımları oranının yüksek olması memnuniyet vericidir. Ancak üzerinde durulması gereken nokta yetersiz veri ile hemşirelik tanısının belirlenmesi, tıbbi tanı, semptom ve bulguların hemşirelik tanısı olarak ifade edilmesidir. Bu nedenle hemşire eğiticiler veri toplama, verilerin analizi ve tanı koyma aşamalarında öğrenciyi rehberlik etmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik tanısı, hemşirelik öğrencileri, bakım planı, eğitim

Abstract

Objective: The aim of this study is to analyze the diagnoses identified in the care plans and the adequacy of the data collected to make diagnoses during clinical practice among second year nursing students.

Methods: This descriptive study was conducted at the nursing school of a university. The sample of the research consisted of a total of 98 care plans prepared by second year nursing students in the Spring Term of 2013-2014 Academic Year. The data were collected using the Functional Health Pattern data collection form and the nursing care plans prepared by the students. The accuracy of the diagnoses identified in the care plans and the adequacy of the data for diagnosing were evaluated by a 12-item form designed by the researchers.

Results: In the 98 care plans prepared by the students, a total of 591 nursing diagnoses were analyzed and it was determined that there were 66 different diagnoses. According to NANDA-I Taxonomy II, 80.2% (n=474) of the diagnoses were accurate and that the data were adequate for 74.6% (n=441) of the diagnoses.

Conclusion: It is a pleasing fact that second year students had a high rate of establishing accurate diagnosis in their first clinical practice. However, the fact that diagnoses were identified without adequate data and that medical diagnoses, symptoms and findings were identified as nursing diagnoses should be emphasized. Therefore, nurse educators should guide students in the phases of data collection, data analysis and diagnosis.

Keywords: Nursing diagnosis, nursing students, care plan, education

Giriş

Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin bakımının sürdürülmesinde öğrenci hemşireye sistematik bir bakış açısı kazandırır. Hemşirelik süreci, birbiriyle ilişkili veri toplama, tanımlama, sonuçları belirleme, planlanma, uygulama ve değerlendirme olmak üzere altı basamaktan oluşur. Hemşirelik sürecinin önemli ve tüm aşamalarına temel olan veri toplama aşamasının doğru, objektif ve eksiksiz yapılması gerekir. Veri toplama aşamasında, kapsamlı veri toplamayı sağlayan çeşitli veri toplama modelleri kullanılmaktadır. Bu modellerden biri olan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli Gordon tarafından 1982'de geliştirilmiştir. Bu model, bireyin bakım gereksinimlerini birbiri ile ilişkili 11 fonksiyonel alanda incelemektedir. Bu alanlar, sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımı ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini olanaklı kılmaktadır (1,2).

hemşirelik sürecinin ikinci aşaması olan hemşirelik tanısının belirlenmesi, toplanan tüm verilerin analizine dayalıdır. Bu aşama yeterli veri toplanmasına bağlı olup, sürecin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları için doğru adımların atılmasında önemlidir (3). Hemşirelik öğrencilerinin bakım planı yaparken en çok zorlandıkları alan hemşirelik tanısını belirlemedir. Günümüzde, doğru hemşirelik tanısı koymada önemli bir kaynak olan NANDA-I hemşirelik tanımları taksonomisi rehber olarak kullanılmaktadır. Bu taksonomi, Carpenito-Moyet tarafından yazılmış ve ülkemizde Erdemir tarafından Türkçeye çevrilmiş olan "Hemşirelik Tanıları El Kitabı"nda yer almaktadır ve bu kitap kaynak olarak hemşirelik eğitiminde kullanılmaktadır (4). Doğru hemşirelik tanımları koymak, hastaların kaliteli bir hemşirelik bakımı alabilmelerine yardımcı olur. Doğru tanı, hastanın problemini, tanımlayıcı özellikleri

(semptom ve bulgular) ve ilişkili faktörleri (etiyooloji) ifade eder. Bu nedenle bu ilişkiler açık ve net bir dille yazılmış olmalıdır Tanımlayıcı özellikler ve ilişkili faktörler olmadan ifade edilen problem (tanısal etiket) yorumlama hatalarının bir kaynağıdır (5).

Türkiye’de lisans düzeyinde eğitim yapan hemşirelik okullarının hemen hemen tamamında hemşirelik süreci kullanılmaktadır. Öğrenciler hemşirelik sürecini sınıfta, hemşirelik becerileri laboratuvarında ve çoğunlukla klinik stajlar sırasında kullanılmaktadır. Öğrencilerin hemşirelik sürecini öğrenmesi, benimsemesi, doğru hemşirelik tanımlarını koyması ve uygun hemşirelik girişimlerini belirlemesinde hala sıkıntılar yaşanmaktadır. Ülkemizde yapılmış çalışmalar incelendiğinde, öğrencilerin klinik uygulamalarda hemşirelik sürecini ve hemşirelik tanımlarını kullanmanın önemini yeterince fark edemedikleri saptanmıştır (6). Ayrıca öğrencilerin veri toplama, hemşirelik tanımlarını belirleyebilme, tanımlayıcı özellikler, ilişkili faktörler, sonuç kriterlerini saptama, planlama ve değerlendirme adımlarını istenilen düzeyde yapamadıkları belirlenmiştir (7-10). Hemşirelik öğrencilerinin bazen hemşirelik tanısı yerine tıbbi tanıyı yazdıkları, hemşirelik girişimleri ile çözümlenemeyecek tıbbi problemlere odaklandıklarını ve hemşirelik alanına giren problemleri tam olarak ayırt edemedikleri saptanmıştır (7). Benzer problemlerin diğer ülkelerde de yaşandığı, öğrencilerin ve hemşirelerin, hemşirelik süreci adımlarını sistematik bir şekilde uygulamadıkları, hemşirelik tanımlarını doğru olarak belirlemede istenilen düzeyde olmadıkları belirlenmiştir (11-13).

Ülkemizde yapılan çalışmalar, hemşirelik eğitiminde ve klinik ortamlarda hemşirelik tanımlarının ve girişimlerinin kullanılmasında standardize bir dil kullanımını arttırmak için daha çok çalışma yapılması gerektiğini ortaya koymuştur. Hemşirelik öğrencileri geleceğin hemşireleridir ve öğrenciler standardize dil kullanım beceri ve bilgisine sahip olmalıdır. Bu çalışmada, özellikle ikinci sınıf öğrencilerinin hazırladığı bakım planları analiz edilmiştir, çünkü öğrenciler klinik uygulamaya ilk kez ikinci sınıfta çıkmakta ve bakım planı hazırlamaktadır.

Bu çalışmanın amacı; hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalar sırasında hazırladıkları hemşirelik bakım planlarında yer alan hemşirelik tanımlarını ve bu tanımları koymak için topladıkları verilerin yeterliliğini analiz etmektir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırma, bir üniversitenin hemşirelik okulunda uygulanmıştır. Araştırmanın verileri Mayıs-Temmuz 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini, bir hemşirelik okulunun 2013-2014 öğretim yılının bahar döneminde ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin yaptığı toplam 98 bakım planı oluşturmuştur. Öğrenciler bakım planlarını Hemşirelik Esasları dersinin klinik uygulamasında hazırlamışlardır. Öğrenciler, iki hafta içinde toplam 72 saat klinik uygulamaya gitmişlerdir. Hemşirelik okulunda Probleme Dayalı Öğretim (PBL) yöntemi kullanılmaktadır. Bu yöntem ile yapılan

eğitimlerde problem içeren senaryolar kullanılmaktadır ve her senaryoda hemşirelik sürecine yer verilmektedir. Öğrenciler senaryoda verilen ipuçlarından yola çıkarak NANDA-I taksonomisine uygun olarak hemşirelik tanımlarını belirlemede, tanımlayıcı özellikler, ilişkili faktörler ve problemi çözmeye yönelik hemşirelik girişimlerini belirlemektedir. Çalışmada, ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarının incelenmesinin nedeni, öğrencilerin veri toplama ve bakım planı hazırlamaya ilişkin teorik bilgileri aldıktan sonra klinik uygulamaya ilk kez ikinci sınıfta çıkmalarıdır. Klinik uygulamada, öğrencilerin bakım planlarını hazırladığı hastaları öğretim elemanları öğrencilerle birlikte birebir takip etmişlerdir. Bu nedenle öğrencilerin bakım planlarında yazmış oldukları veriler ve belirledikleri hemşirelik tanımlarının uygun olup olmadığını kontrol etme imkanı bulunmuştur.

Veri Toplama ve Verilerin Analizi

Veriler, öğrencilerin klinik stajda kullandığı FSÖ modeline göre veri toplama formundan ve hazırladıkları hemşirelik bakım planlarından elde edilmiştir. Bakım planlarında yer alan tanımlarının doğruluğu ve tanı koymak için verilerin yeterli olup olmadığı, araştırmacılar tarafından yapılandırılmış 12 maddelik form ile değerlendirilmiştir. Bu formda; tanımların yer aldığı FSÖ alanı, tanı tipleri, tanı ifadesinin doğruluğu, ilişkili faktörler ve tanıyı koyabilmek için gerekli olan minimum majör ve minör tanımlayıcı özelliklerin yeterlilik durumunun değerlendirildiği başlıklar yer almaktadır.

Verilerin değerlendirilmesinde, NANDA-I Taksonomi-II ve Carpenito-Moyet tarafından yazılmış, Erdemir tarafından Türkçe’ye çevrilmiş olan “Hemşirelik Tanımları El Kitabı” rehber olarak kullanılmıştır (4). Bakım planlarında yazılı olan tanımlar Taksomi-II’de yer almıyorsa ya da farklı biçimde ifade edilmiş ise tanımlar yanlış olarak kabul edilmiştir. Her tanıya ilişkin verilerin yeterli olup olmadığı, “Hemşirelik Tanımları El Kitabı’nda” yer alan tanıyı koyabilmek için gerekli olan majör ve minör tanımlayıcı özelliklere göre değerlendirilmiştir. Öğrencilerin belirledikleri hemşirelik tanı sayısı ve tanımların ne sıklıkta konulduğu sayı ve yüzde olarak SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için üniversitenin etik kurulundan (IRB: 2014/10-13) ve hemşirelik fakültesi dekanlığından yazılı izin alınmıştır.

Bulgular

Öğrencilerin hazırladığı 98 bakım planında toplam 591 hemşirelik tanısı incelenmiş olup, 66 farklı hemşirelik tanısının konulduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Tanımların FSÖ alanlarına göre dağılımları incelendiğinde; %30,0’i Beslenme-Metabolik,%18,1’i Aktivite Egzersiz, %13,0’i Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi, %11,7’si Bilişsel Algılama, %8,8’i Uyku-Dinlenme, %8,3’ü Kendini Algılama, %5,2’si Eliminasyon, %2,7’si Başetme-Stres Toleransı ve %2,2’sinin Rol İlişki ve alanlarında olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Hemşirelik Öğrencilerinin NANDA-I Taksonomi II Göre Yazdıkları Hemşirelik Tanılarının Doğruluğu ve Verilerin Yeterlilik Durumu

Fonksiyonel Sağlık Övrüntüleri ve Hemşirelik Tanıları	PES (Problem-Etiyoloji-Sendrom) Formatı									
	Problem İfadesi					Etiyoloji ve Sendrom Veriler				
	Doğru n	%	Yanlış n	%	Yeterli Veri n	%	Yetersiz Veri n	%	Toplam n	%
Sağlığı Algılama – Sağlığın Yönetimi	64	83,1	13	16,9	57	74,0	20	26,0	77	100
1. Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik	15	79,0	4	21,0	12	63,0	7	37,0	19	100
2. Tanınan Rejime Uymada Güçlük	3	50,0	3	50,0	4	67,0	2	33,0	6	100
3. Travma Riski	15	83,0	3	17,0	12	67,0	6	33,0	18	100
4. Düşme Riski	14	82,0	3	18,0	14	82,0	3	18,0	17	100
5. Kanama Riski	17	100	-	-	15	88,0	2	12,0	17	100
Beslenme Metabolik	140	78,5	38	21,5	156	87,6	22	12,4	178	100
1. Beslenme Dengesizlik: Fazla	13	100	-	-	12	92,0	1	8,0	14	100
2. Beslenme Dengesizlik: Az	13	93,0	1	7,0	10	71,0	4	29,0	14	100
3. Yutmada Bozulma	2	67,0	1	33,0	3	100	-	-	3	100
4. Enfeksiyon Riski	46	78,0	13	22,0	59	100	-	-	59	100
5. Kan Glikozunda Değişiklik Riski	6	43,0	8	57,0	13	93,0	1	7,0	14	100
6. Deri Bütünlüğünde Bozulma	9	100	-	-	7	78,0	2	22,0	9	100
7. Dokü Bütünlüğünde Bozulma	3	75,0	1	25,0	3	75,0	1	25,0	4	100
8. Oral Mukoz Membranda Bozulma	13	81,0	3	19,0	15	94,0	1	6,0	16	100
9. Stv Volüm Eksikliği	2	100	-	-	-	-	2	100	2	100
10. Stv Volüm Dengesizliği Riski	3	50,0	3	50,0	4	67,0	2	33,0	6	100
11. Stv Volümü Fazla Riski	7	78,0	2	22,0	7	78,0	2	22,0	9	100
12. Vücut Sıcaklığında Dengesizlik Riski	-	-	1	100	1	100	-	-	1	100
13. Hipertermi	3	75,0	1	25,0	4	100	-	-	4	100
14. Edisiz Termoregülasyon	2	100	-	-	1	50,0	1	50,0	1	100
15. Bulantı	6	75,0	2	25,0	7	88,0	1	13,0	8	100
16. Elektrolit Dengesizliği Riski	2	50,0	2	50,0	1	25,0	3	75,0	4	100
17. Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski	10	100	-	-	9	90,0	1	10,0	10	100
Eliminasyon	30	96,7	1	3,2	27	87,0	4	13,0	31	100
1. Diyar	2	100	-	-	2	100	-	-	2	100
2. Konstipasyon	15	94,0	1	6,0	13	81,0	3	19,0	16	100
3. Konstipasyon Riski	7	100	-	-	6	86,0	1	14,0	7	100
4. Üriner Boşaltmada Bozulma	2	100	-	-	2	100	-	-	2	100
5. Fonksiyonel İnkontinans	2	100	-	-	2	100	-	-	2	100
6. Refleks İnkontinans	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
7. Stres İnkontinans	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
Aktivite Egzersiz	63	59,4	43	40,6	69	65,0	37	35,0	106	100
1. Aktivite İntoleransı	16	100	-	-	7	44,0	9	56,0	16	100
2. Aktivite Planlamada Etkisizlik	1	100	-	-	-	-	1	100	1	100
3. Eğlence Aktivitesinde Elastiklik	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
4. Edisiz Dokü Perfüzyonu	1	33,0	2	67,0	2	67,0	1	33,0	3	100
5. Edisiz Periferik Dokü Perf	1	50,0	1	50,0	1	50,0	1	50,0	2	100
6. Fiziksel Mobilitede Bozulma	6	86,0	1	14,0	6	86,0	1	14,0	7	100
7. Örtük Eksikliği Sendromu	11	58,0	8	42,0	12	63,0	7	37,0	19	100
8. Örtük Eksikliği Sendromu-Yıkanmada	1	50,0	1	50,0	1	50,0	1	50,0	2	100
9. Solunum Fonksiyonlarında Etkisizlik Riski	3	75,0	1	25,0	2	50,0	2	50,0	4	100
10- Edisiz Solunum Örtüsü	5	83,0	1	17,0	4	67,0	2	33,0	6	100
11- Gaz Değişiminde Bozulma	3	75,0	1	25,0	2	50,0	2	50,0	4	100
12- Hava Yolunu Temizlemede Etkisizlik	11	100	-	-	7	64,0	4	36,0	11	100
13- Spontan Ventilasyonu Sürdürmede Yetersizlik	2	50,0	2	50,0	1	25,0	3	75,0	4	100
14- Vasküler Travma Riski	1	4,0	25	96,0	23	88,0	3	12,0	26	100
Uyku Dinlenme	52	100	-	-	41	78,8	11	21,2	52	100
1. Uyku Örtüsünde Rahatsızlık	50	100	-	-	40	80,0	10	20,0	50	100
2. Uykusuzluk	2	100	-	-	1	50,0	1	50,0	2	100
Bilişsel Algılama	54	78,2	15	21,8	51	74,0	18	26,0	69	100
1. Aspirasyon Riski	5	100	-	-	3	60,0	2	40,0	5	100
2. Bilgi Eksikliği	11	52,0	10	48,0	17	81,0	4	19,0	21	100
3. Duyusal Algılamada Bozulma	1	100	-	-	-	-	1	100	1	100
4. Düşünme Süreçlerinde Bozulma	2	100	-	-	-	-	2	100	2	100
5. Akut Konfüzyon	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
6. Akut Ağrı	34	87,0	5	13,0	30	77,0	9	23,0	39	100
Kendini Algılama	44	89,8	5	10,2	25	51,0	24	49,0	49	100
1. Anksiyete	27	87,0	4	13,0	14	45,0	17	55,0	31	100
2. Benlik Kavramında Rahatsızlık	1	100	-	-	-	-	1	100	1	100
3. Benlik Saygısında Rahatsızlık	-	-	1	100	1	100	-	-	1	100
4. Güçsüzlük	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
5. Korku	3	100	-	-	2	67,0	1	33,0	3	100
6. Yorgunluk	11	100	-	-	6	55,0	5	45,0	11	100
7. Durumsal Düşük Benlik Saygısı	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
Rol Bilgi	10	77,0	3	23,0	8	61,5	5	38,5	13	100
1. Aile İçi Süreçlerin Devamlılığında Bozulma	-	-	1	100	-	-	1	100	1	100
2. Disfonksiyonel Aile İçi Süreçler: Alkolizm	1	100	-	-	-	-	1	100	1	100
3. Ebeveynlik Rol Çatışması	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
4. İletişimde Bozulma	1	50,0	1	50,0	1	50,0	1	50,0	2	100
5. Sözel İletişimde Bozulma	7	100	-	-	6	86,0	1	14,0	7	100
6. Sosyal İzolasyon	-	-	1	100	-	-	1	100	1	100
Başetme Stres Toleransı	12	75,0	4	25,0	7	43,7	9	56,3	16	100
1- Edisiz Bireysel Baş Etme	10	71,0	4	29,0	5	36,0	9	64,0	14	100
2- Aile Başetmesinde Yetersizlik	2	100	-	-	2	100	-	-	2	100
Toplam	474	80,2	117	19,8	441	74,6	150	25,4	591	100

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Cinsellik-Üreme ve Değer-İnanç alanlarına yönelik hiç hemşirelik tanısı konulmamıştır. Hemşirelik tanılarının %81,5'i (n=53) mevcut, %18,5'i (n=13) risk hemşirelik tanısıdır. Kollobratif ve iyilik hemşirelik tanıları hiç konulmamıştır. Öğrencilerin sıklıkla kullandıkları hemşirelik tanıları %10,0 (n=59) enfeksiyon riski, %8,4 (n=50) uyku örtüsünde rahatsızlık, %6,60 (n=39) akut

ağrı, %5,24 (n=31) anksiyete, %4,40 (n=26) vasküler travma riski, %3,55 (n=21) bilgi eksikliği, %3,3 (n=19) sağlığı sürdürmede etkisizlik, %3,2 (n=19) öz bakım eksikliği, %3,1(n=18) travma riski, %2,8 (n=17) düşme riski ve kanama riski, %2,8 (n=16) aktivite intoleransıdır (Tablo 1).

Öğrencilerin NANDA-I Taksonomi II'ye göre bakım planlarında hemşirelik tanılarının %80,2'sini (n=474) doğru olarak yazdıkları, %17,8'inin (n=117) ise NANDA-I Taksonomi II'de yer almadığı belirlenmiştir. Bakım planlarında yer alan tanılarının etyoloji ve tanımlayıcı özelliklerine göre incelenmesi sonucunda hemşirelik tanılarının %74,6'sı (n=441) için verilerin yeterli olduğu, tanılarının %25,4'ü (n=150) için verilerin yetersiz olduğu, ilgili tanılarının konulabilmesi için daha fazla veriye gereksinim olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Hemşirelik öğrencilerinin bakım planlarında hemşirelik tanısı olarak kullanılan ancak NANDA-I Taksonomi II'de yer almayan tanı ifadelerinden bazıları şunlardır: Nefes darlığı, iştahsızlık, beslenmede yetersizlik, alkolizme bağlı ebeveynlikte değişim, günlük yaşam aktiviteleri yerine getirememe, bilişsel başetmede yetersizlik, IV katetere bağlı komplikasyon gelişme riski, insizyon bölgesinde açılma riski, tromboflebit riski.

Tartışma

Öğrencilerin bakım planlarında yer alan 66 hemşirelik tanısının daha çok mevcut ve risk hemşirelik tanıları olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin en sık kullandıkları hemşirelik tanılarının enfeksiyon riski, uyku örtüsünde rahatsızlık, akut ağrı, anksiyete, vasküler travma riski, bilgi eksikliği, sağlığı sürdürmede etkisizlik, öz bakım eksikliği, travma riski, düşme riski, kanama riski ve aktivite intoleransıdır. Aydın ve Akansel'in çalışmasında öğrencilerin sıklıkla kullandıkları tanılar enfeksiyon riski, akut ağrı, anksiyete, aktivite intoleransı, dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az ve konstipasyondur (10). Özer ve Kuzu'nun çalışmasında öğrencilerin belirledikleri en sık kullandıkları hemşirelik tanıları enfeksiyon riski, akut ağrı, uyku örtüsünde bozulma, deri bütünlüğünde bozulma riski, aktivite intoleransı ve konstipasyondur (9). Türk ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin en sık kullandıkları hemşirelik tanılarının enfeksiyon riski, akut ağrı, konstipasyon, uyku örtüsünde bozulma, anksiyete, aktivite intoleransı, fiziksel hareketlilikte bozulma ve travma riskidir (14). Karadakovan ve Yeşilbalkan'ın çalışmasında öğrencilerin en yaygın kullandıkları hemşirelik tanıları enfeksiyon riski, öz-bakım eksikliği, deri bütünlüğünde bozulma riski, fiziksel hareketlilikte bozulma ve uyku örtüsünde bozulmadır (3). Palese ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelik öğrencileri tarafından en sık kullanılan hemşirelik tanılarının hareketlilikte bozulma, banyo yapma ve bireysel hijyende yetersizlik, deri bütünlüğünde bozulma, akut ağrı, etkisiz hava yolu açıklığı, malnutrisyon, kilo kaybı, öz-bakım eksikliği sendromu, enfeksiyon riski, anksiyete ve etkisiz solunum örtüsü olduğu saptanmıştır (15). Noh ve Lee'nin çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin en sık kullandıkları hemşirelik tanılarının akut ağrı, hipertermi, konstipasyon, bilgi eksikliği ve deri bütünlüğünde bozulma olduğu saptanmıştır (16). Çalışmamızda sıklıkla kullanılan

hemşirelik tanılarının diğer çalışmalarda belirlenen sık kullanılan hemşirelik tanıları ile benzer olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin yalnızca gerçek ve risk hemşirelik tanıları koymalarının nedeni, ilk iki yıllık öğrenme modüllerinin içerisinde genellikle fizyolojik süreçlerin yer alması, patofizyoloji konular, hastalıklar ve bakımlarına üçüncü sınıftan itibaren başlanması olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, Cinsellik-Üreme ve Değer-İnanç alanlarına yönelik hiç hemşirelik tanısı konulmamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin bu alanlara yönelik veri toplama ve tanı koymada sıkıntı yaşadıklarını ve bakım planlarında ilgili tanıları yer vermedikleri belirlenmiştir hemşirelik öğrencilerinin bakım verdikleri hastalar ile cinsel sorunlar hakkında konuşmaktan rahatsız olduğunu ve utandıklarını belirtmişlerdir (7,9-10,14,17). Farklı kültürlerde yetişen öğrencilerle yapılan çalışmalarda da öğrencilerin cinsellik hakkında konuşmaktan rahatsız olduklarını ortaya koymaktadır (18-19). Öğrencilerin daha çok fizyolojik sorunlar üzerine odaklanmaları beklenen bir durumdur. Öğrenciler, kendilerine soyut gelen ve konuşmaktan rahatsız oldukları cinsellik-üreme ve değer-inanç alanına yönelmekten kaçınmaktadırlar. Araştırmanın yapıldığı okuldaki eğitim müfredatının içeriği göz önüne alındığında öğrencilerin henüz bu iki alana ilişkin teorik bilgileri yetersizdir. Öğrencilerin, Cinsellik ve Üreme alanına ilişkin veri toplama ve tanı koymamalarının bir diğer nedeni ise utanma duygusu olabilir.

Öğrenciler kollobratif ve iyilik hemşirelik tanılarını hiç kullanmamışlardır. Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçların olduğu belirlenmiştir (9-10,14,16-17). Öğrencilerin ilk kez kliniğe çıkmış olmaları, klinik deneyimlerinin ve öğrenme modül hedefleri doğrultusunda henüz teorik bilgilerinin yetersiz olması, klinik karar verilmesi gereken ve ekip işbirliği gerektiren tanıların olması nedeniyle bu tanıları kullanılmamış olabilir.

Öğrencilerin NANDA-I Taksonomi II'ye göre bakım planlarında hemşirelik tanılarının çoğunu (80,2%) doğru olarak yazmışlardır. Aydın ve Akansel'in çalışmasında öğrencilerin bakım planlarında yer alan tanıların %58,9'u NANDA taksonomi listesindeki tanıları ile aynı olduğu belirlenmiştir (10). Çalışmamızda öğrencilerin hemşirelik tanıları doğru ifade etmeleri olumlu bir durumdur. Ancak tanıyı doğru ifade etmesine rağmen yetersiz veri ile tanı koymaları olumsuz bir durumdur.

Çalışmamızda yanlış ifade edilen tanılarda, öğrenciler hastalıklarla ilgili belirti ve semptomları, etiyolojik faktörleri ve kollobratif problemleri hemşirelik tanısı olarak ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalara göre bu durum, öğrencilerin hemşirelik tanılarına yönelik teorik bilgilerinin, bakım verdiği hastaların hastalıklarına ait bilgilerinin, klinik deneyimlerinin ve bilişsel gelişimlerinin yetersiz olmasından kaynaklanıyor olabilir (10,20). Paans ve arkadaşları, öğrencilerin doğru tanı koyabilmek için bilgi kaynaklarını işlevselleştirmediklerini ve akıl yürütme becerilerini etkili kullanmadıklarını belirtmiştir (5). Bir başka çalışmada

hemşirelik tanılarında yapılan yanlışlıkların tanımlayıcı özelliklerin sistematik değerlendirilmemesi, hemşirelik tanısı ile ilişkili faktörlerin arasında kötü bir korelasyon kurulması, ilişki faktörlerinin tanımlanmaması ve hemşirelik tanı terimlerinin yanlış formüle edilmesinden kaynaklanıyor olabileceğini belirtmiştir (21).

Bu çalışmanın sınırlılığı; bir hemşirelik okulunda ve probleme dayalı öğrenim sistemi ile eğitim alan, yalnızca ikinci sınıf öğrencilerinin hazırladıkları bakım planlarının incelenmesi ile elde edilen sonuçların paylaşımıdır.

Sonuç ve Öneriler

İkinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik uygulamalarında bakım planlarında kullandıkları hemşirelik tanılarının çoğunluğu doğrudur. Ancak hemşirelik tanılarının yetersiz objektif ve subjektif verilere dayanılarak belirlendiği, tıbbi tanı, semptom ve bulguların hemşirelik tanısı olarak ifade edildiği belirlenmiştir. Bu durum öğrencilerin yanlış hemşirelik tanısı koymasına, buna bağlı olarak uygun olmayan bakım planı hazırlama ve hastaya özgü olmayan hemşirelik girişimlerinin uygulanmamasına neden olabilir. Bu nedenle hemşire eğitimciler veri toplama, verilerin analizi ve tanı koyma aşamalarında öğrenciye rehberlik etmelidir. Öğrencilerin sıklıkla yaptıkları hatalar için örnek vakalar ile eğitim oturumlarının yapılması doğru hemşirelik tanısının konulması ve yeterli veri toplamanın önemini vurgulamak açısından yararlı olacaktır. Bu çalışmanın üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerini de kapsayacak şekilde yapılması, sınıflar arası farklılıkların ortaya konulması, öğrencinin gelişimi değerlendirmek açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Birol L. Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 9. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık;2009.p.158-70.
2. Craven R, Hirmler C, Jensen S. Fundamentals of nursing, human health and function. 7th international ed. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams&Wilkins;2013.p.199-207.
3. Karadakovan A, Yeşilbalkan ÖU. Öğrencilerin nörolojik hastalarda saptadıkları NANDA hemşirelik tanılarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;7(3):1-7.
4. Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. 13. Basım. Ankara, Türkiye: Nobel Tıp Kitabevi;2012.
5. Paans W, Sermeus W, Nieweg R, Van der Schans C. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. J Adv Nurs. 2010;66(11):2481-2489.
6. Erdemir F, Altun E, Geçkil E. Nursing students' self assessment and opinions about nursing diagnosis in clinical practice. Int J Nurs Terminol Classif. 2004;14(4):34.
7. Güner P, Terakye G. Hemşirelik yüksekokulları son sınıf öğrencilerinin hemşirelik tanılarını belirleyebilme düzeyleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000;4(1):9-15.
8. Kaya N, Kaya H, Babadağ K. Öğrencilerin hemşirelik süreci formlarının planlama aşamasının incelenmesi. İstanbul Üniversitesi F.N. Hem. Derg. 2004;13(52):79-90.
9. Özer FG, Kuzu N. Öğrencilerin bakım planlarında hemşirelik süreci ve NANDA tanımlarını kullanma durumu. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;22(1):69-80.
10. Aydın N, Akansel A. Determination of accuracy of nursing diagnoses used by nursing students in their nursing care plans. International Journal of Caring Sciences (IJCS). 2013;6(2):252-257.
11. Lea SF, Anema MG, Briscoe VJ, Allie H. The nursing process: what do students know? The ABNF Journal. 2001;12(1):3-8.
12. Pokorski S, Moraes MA, Chiarelli R, Costanzi AP, Rabelo ER. Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009;17(3):302-307.
13. Ito C, Ejiri H. The current state of, and outstanding issues relating to, nursing diagnosis, as taught in basic nursing education in Japan. Open J Nurs. 2013;3:415-419
14. Türk G, Tuğrul E, Şahbaz M. Determination of nursing diagnoses used by students in the first clinical practice. Int J Nurs Knowl. 2013;24(3):129-133.
15. Palese A, De Silvestre D, Valoppi G, Tomietto M. A 10-year retrospective study of teaching nursing diagnosis to baccalaureate students in Italy. Int J Nurs Terminol Classif. 2009;20(2):64-75.
16. Noh HK, Lee E. Relationships among NANDA-I diagnoses, nursing outcomes classification, and nursing interventions classification by nursing students for patients in medical-surgical units in Korea. Int J Nurs Knowl. 2015;26(1):43-51.
17. Akıncı AC, Yıldız H, Zengin N. The level of comfort among nursing students during sexual counseling to patients who have chronic medical conditions. Sexuality & Disability 2011;29(1):11-20.
18. Kong, SKF, Wu LH, Loke AY. Nursing students' knowledge, attitude and readiness to work for clients with sexual health concerns. J Clin Nurs. 2009;18(16):2372-2382.
19. Magnan MA, Norris DM. Nursing students' perceptions of barriers to addressing patient sexuality concerns. J Nurs Edu. 2008;47(6):260-268.
20. Can G, Erol O. Nursing students' perceptions about nursing care plans: A Turkish perspective. Int J Nurs Pract. 2012;18(1):12-19.
21. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin M, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: Results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. Int J Nurs Terminol Classif. 2007;18(1):5-17.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

