

## HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ AMACIYLA YAPILAN ÇALIŞMALAR SONUCU HEMŞİRELİK KAYITLARINDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

Sibel ERKAL\*

Sevcan ATAY\*\*

Tülay KARA\*\*\*

Nurgün PLATİN\*\*\*\*

### ÖZET

Bir üniversite hastanesinin hemşirelik hizmetleri yönetimi tarafından hemşirelik bakım kalitesinin yükseltilmesi amacıyla ortopedi, nöroloji ve nöroşirürji kliniklerinde iyileştirme ve geliştirme çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışmada çalışmanın hazırlık aşamasında beş aşamalı bir iyileştirme planı yapılmıştır. İyileştirme çalışması öncesinde ve sonrasında hemşirelik kayıtları incelenerek değişiklikler ve gelişmeler belirlenmiştir. Çalışma öncesinde 1 ay süresince 27 hastanın 128 günlük kayıtları, çalışma sonrası bir aylık sürede 64 hastanın 362 günlük kayıtları incelenmiştir. Çalışma öncesindeki hemşirelik kayıtlarının %3.1'i ve çalışma sonrası % 33'ü hemşirelik gözlem ve değerlendirmesine içermektedir. Kayıt saatleri incelendiğinde çalışma öncesi kayıtların % 24.4'ü ve çalışma sonrası % 35.9'u kliniğin rutin işlemlerine rastlamayan saatlerde tutulduğu görülmüştür. Çalışma öncesi ve sonrası hasta bakımında kullanılan malzeme tüketimine bakıldığında çalışma sonrasında çeşitli malzeme kalemlerinde % 54-85 oranında tasarruf sağlandığı, bazı hastaların hastanede kalış süreleri incelendiğinde çalışma öncesi ve sonrasında hastanede kalış sürelerinde fark olmadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak tıbbi taniye yönelik standart hemşirelik bakımı planlarının uygulanması hemşirelik gözlem ve değerlendirmesine ilişkin kayıtların içeriği ve niteliğinde olumlu gelişmeler ve malzeme kullanımında tasarruf sağlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım Kalitesi, hemşirelik bakımı, hemşirelik kayıtları

### ABSTRACT

#### CHANGES ON THE NURSING RECORDS AS THE RESULTS OF RE-ORGANIZATION OF NURSING SERVICES

The Nursing Services Administration has been started a new re-organization study, to improve the quality of nursing services at orthopedics, neurology and neurosurgery clinics of a University Hospital. A five-stage re-organization plan was approved during the preparatory stage. General changes and improvements were determined by comparing the nursing records prior and after the applications of re-organization plan. There were 128 daily records for 27 patients during one month period before the applications and 362 daily records for 64 patients during one month period after the applications, examined. On the basis of nursing records and evaluations, 3.1 % of records prior to the applications remarked nursing records and evaluations, in comparison to 33 % of records after the applications. As for the recording time it is found that prior to the application 24.4 % of records and after the application 35.9 % of records were made at times not coincides to routine works of the clinic. In comparison to the material consumption for patient care, there were up to 54 to 85 % savings in different care items, while there was no significant difference in duration of stay at the hospital between prior and after the applications. The applications of new nursing care standarts towards medical diagnosis is resulted in augmentation of records related to nursing records and evaluations as well as considerable savings on care material usage.

**Key Words:** Quality of care, nursing care, records of nursing care

\*Ankara Üniv. Cebeci Sağlık Yüksekokulu (Yrd.Doç.Dr.)

\*\*Akdeniz Üniv. Sağlık Yüksekokulu (Araş. Gör)

\*\*\*Başkent Üniv. Ankara Hastanesi

\*\*\*\*Emekli Öğretim Üyesi (Prof.Dr.)

## GİRİŞ

Son yıllarda “kalite” birçok sektörde karşımıza çıkan bir kavram olmuştur. Kalitenin pek çok tanımı yapılmıştır. Bu tanımlar içerisinde kalitenin “*mükemmellik olmayıp, ihtiyaçlara uygunluk*”, “*sorun ortaya çıkmadan önce çözüm bulunması olduğu, ürün ya da hizmetlerin yapısında tasarım yoluyla üstünlük ve kusursuzluk arayışı*”, “*müşteri tatmini ve verimlilik*” olduğu ifade edilmektedir. Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da son yıllarda ülkemizde kalite ile ilgili çalışmalar hız kazanmıştır. Kalite çalışmaları kalite denetimi ile başlayan ve toplam kalite yönetimine kadar giden bir süreçtir (Çoruh 1995).

## GENEL BİLGİLER

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmeti talep eden kurum, toplum ya da kişinin gereksinimi ve isteklerini karşılama yanısıra, bilimsel ve teknik olanakların kullanımını da içermektedir (Kavuncubaşı 2000). Bir sağlık hizmetinde kalite sürecinde kalite denetimi, kalite güvencesi ve toplam kalite yönetimi yer almaktadır. TKY'nin temelinde gelişmiş düşünce mekanizmalarını gerektiren bilgi üretimi ve yönetimi yer almaktadır. Düşünme becerisini geliştirmek için gerekli olan üç unsur bilmek, tanımak ve ölçmektir (Çoruh 1995).

Ülkemizde sağlık sektöründe kalite iyileştirme ve geliştirme çalışmaları son yıllarda başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasını oluşturan hemşirelik hizmetleri alanında da kalite çalışmalarına olan gereksinim gün geçtikçe artmaktadır. Kalite çalışmalarının ilk basamağını oluşturan kalite güvencesi programı ve hemşirelik bakım standartlarının belirlenmesi ile başlayan süreç, verilen bakımın niteliğini değerlendiren bir süreçtir. Bakım standartları kabul edilebilir, ölçülebilir ve gözlenebilir olmalıdır. Standart oluşturma amacını istenilen bakım sonuçlarına ulaşmaktır (Phipps ve ark. 1980, Rowland ve Rowland 1980, Gönülsüz 1996). Kalite iyileştirme ve geliştirme, hazırlık ve planlama aşaması ile başlar ve zincirin son halkası olan verimlilik artışı ile sona erer. Bu süreç içinde her bir aşama ile ilgili faaliyetler belirlenmelidir. Bu

süreç sonucunda sağlık bakımı kalite çalışmaları ile etkililik (doğru işlerin yapılması), etkinlik (yapılan işin ilk seferde doğru yapılması) ve verimlilik sağlanacaktır (Toktamışoğlu 1995).

### BAKIM STANDARTI OLUŞTURMA

“Standart” kavramının pek çok tanımı vardır. Bakım standartları hemşirelik hizmetleri kalite güvencesi programının başlangıç noktasıdır. Bakım standardını anlayabilmek için öncelikle hemşirelik bakımının anlamını ortaya koymak gerekir. Bakım standartlarını belirlemek zor ve uzun bir süreçtir. Bu konuda yol gösterici yaklaşımlardan biri Donebedian'ın geliştirdiği yapı, süreç ve sonuç yaklaşımıdır. Standartların gelişmesinde yararlanılabilecek bir diğer yaklaşım Maxwell'in 1984'de sağlık bakım kalitesi için geliştirdiği yaygınlaşma, gereksinime uygunluk, sosyal kabul görme, verimlilik, etkililik aşamalarını kapsayan yaklaşımdır. Ölçülebilir standartları belirlemek oldukça zordur. Belirlenen standart bireye, hastalığa ya da genel durum gibi faktörlere bağlı olduğu için belirli bir alan ve hasta tipine göre belirlenmiş göstergeler olmalıdır (Gönülsüz 1996).

Standartların belirlenmesi aşamasından sonra bu standartların uygulanmasında “eğitim”, “liderlik” ve “süreklilik” kavramları önem kazanmaktadır. Bilgi sürekli öğrenmeyi gerektirir. Çünkü bilgi sürekli değişme demektir. Kaliteli hizmet sunulmasında bilgiye ulaşmak, sürekli eğitim ve değişme karşısında kendini yenilemek ilke olmalıdır. (Aksoy 1986, Erefe 1986, Cafağlı 1996). Kaliteli hizmetin sürdürülmesinde liderin rolü çok önemlidir. Sürekli gelişme felsefesinin oluşturulması gerektiğini ve bu oluşumda en aktif rolün liderlerde olduğunu belirtmektedir (Toktamışoğlu 1995). Sorumluluk bilinci ile davranan lider, sürekli gelişmeyi sağlayan en önemli unsurdur. Örgütler dinamik ve karmaşık yapılar olduğundan değişim kaçınılmazdır. Süreklilik örgüte varlığını sürdürme yeteneği kazandırır. Claus Moller (1996) sürekliliğin yeni ifadesi olarak “değişin ya da yok olun” ilkesini gündeme getirmiş ve hızlı değişime dikkat çekmiştir (Cafağlı 1996).

Bakım standartları belirlenirken evrensel boyutlar göz önüne alınarak öncelikle

“ulusal bakım standartları” oluşturulmalıdır. Bakım standartlarının belirlenmesinde hemşirelik hizmetlerinin çeşitliliği, sürekliliği ve bireye özgü olması göz önünde bulundurulduğunda bazı yaklaşımlardan yararlanılması faydalı olacaktır. Bu yaklaşımlardan biri hemşirelik modeli kullanma, diğeri hemşirelik süreci uygulamasıdır.

### HEMŞİRELİK SÜRECİ

Terim olarak “süreç” belirli ve istenilen sonuca götüren işlemler dizisidir. Bilimsel sorun çözme yöntemi ve hemşirelik süreci aşamaları karşılaştırıldığında, tüm aşamaların birbiri ile uyumlu olduğu görülmektedir (Babadag 1981). Hasta-hemşire arasındaki profesyonel ilişki, hemşirenin bireye yardımı hemşirelik süreci temeline dayanmalı, bir başka ifade ile hemşire planlı sorun çözme yöntemini kullanmalıdır. Torros "süreç bilgisi olmadan hemşirelik bakımının sürdürülmesi mümkün değildir" demektedir. Hemşire hastayı bir bütün olarak gördüğünde ve sağlık ekibinin bir üyesi gibi çalışmaya başladığında bilgi toplama süreci başlar. Hemşirenin diğer sağlık ekibi üyelerinin tedavi yaklaşımları hakkında bilgi sahibi olması, kendi hemşirelik bakımını belirlemede, hastanın sağlığına kavuşmasında tüm ekibin hastaya etkili şekilde yardım etmesinde yararlıdır (Stanton ve ark 1985, Birol 2000). Hemşirenin kullandığı hemşirelik süreci aşamalarının tümü doğrusal ya da dairesel bir etkileşimden ziyade tüm aşamaların birbirini etkilediği bir model şeklinde olmalıdır (Leddy ve Pepper 1989).

Hemşirelik sürecinin uygulama alanında kullanımına bakıldığında, arzu edilen nitelikte olmadığı, hatta bazen hiç kullanılmadığı söylenebilir. Bu nedenle hemşirelik bakım planlarının yazılı hale getirilmiş şekilde kullanımı kolaylık sağlayabilir. Hemşirelik bakım planları profesyonel hemşirelik uygulamalarının bir parçasıdır. Bakım planları hemşirelik bakımında problem çözmeyi sağlayan ve bakımın içeriğini oluşturan dokümanlardır. Hemşirelik bakım planının yazılı standart şeklinde olmasının önemini birkaç noktada vurgulamak mümkündür. Her hasta için bakım planının yazılması güç ve zaman alan bir iştir.

Ayrıca aynı tanılara sahip hastalarda planı birden fazla kez yazılması gerekir. Tüm hastalar kendine özgüdür, ama bazı sorunlar rutin girişimlerde bulunmayı gerektirir. Benzer bakım planlarının birden fazla kez yazılması zaman kaybına neden olur. Bakım planının her bir hasta için ayrı ayrı yazılmasına gerek yoktur. Çünkü her hasta için bakım planlarının ayrı yazılması durumunda bu planlar başka bir hasta için kullanılmaz. Standart bakım planları yazılı hale getirilmiş ve her hasta için yazılı dokümanlar şeklinde olabileceği gibi, bilgisayar ortamına aktarılmış da olabilir. Standart bakım planları kullanıldığında maliyeti azaltır, tekrarları ve zaman tüketimini azaltarak etkinliği artırır, hemşirelik bakımının kalitesini yükseltir. Bu konuda değişiklik yapmaya başlamadan önce değişim gereksinimi tanımlanmalıdır (Gish ve Campbell 1991, Weeks 1985, Howse ve Bailey 1992, Allan ve Englebriht 2000).

Son yıllarda hemşirelik sürecinin kullanılabilir hale getirilmesinde yeni yöntemler geliştirilmiştir. NANDA'nın tanımlarının geliştirilmesinin yanı sıra, yöntemlerden biri hemşirelik girişimlerinin sınıflandırılması (NIC) ve hemşirelik sonuçlarının sınıflandırılması (NOC) çalışmalarıdır. Bu tür çalışmalar hemşirelik sürecinin kullanımında ortak bir dil oluşturulmasında yardımcı olmaktadır (McClosky ve Johnson 2000).

Bakım standartları ve bu standartlara göre hazırlanan bakım planlarının amacı istenilen bakım sonuçlarına ulaşmaktır. Hastaya verilen bakım kalitesinin ölçülmesinde hasta kayıtlarının gözden geçirilmesi önemli bir yer tutar. Kayıtların geriye doğru incelenmesi bakımın tümünün gözden geçirilmesini sağlar (Phipps ve ark. 1980, Rowland ve Rowland 1980).

Gözlem sonucu elde edilen bilgiler, hemşirelik kayıtları ve raporları şekline dönüştüğünde anlam kazanmaktadır. Raporlar sözel olabildiği gibi yazılı da olabilir. Hastaya ait *hemşirelik kayıtları tutmanın temel amacı*, hastaya yapılan tüm girişimleri ve hastanın durumundaki değişiklikleri belirlemek, hazırlanan formlar aracılığı ile zamanın etkili kullanımını sağlamak, yasal sorumluluğu yerine

getirmek, ekip üyeleri arasındaki iletişimi sağlamak ve kalite çalışmalarının takibini sağlamaktır (Henderson ve Gate 1978, Morrisey 1988). Gözlem sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi hastanın sorunlarının belirlenmesi, hasta sonuçlarının yorumlanması, sorunların çözümüne yeni yollar aranması açısından önemlidir. Hemşirelik sürecinin bir aşaması olan değerlendirme aşlında sürecin tüm aşamalarında sürekli yapılması gereken bir hemşirelik faaliyetidir.

### MATERYAL VE METOD

Çalışmanın amacı, ortopedi, nöroloji ve nöroşirurji hastalarına sunulan hemşirelik hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla yapılan çalışmalar sonucu, hemşirelik kayıtları içeriğinde anlamlı değişikliklerin olup olmadığını belirlemektir. Araştırma evrenini bir üniversite hastanesinin ortopedi, nöroloji ve nöroşirurji kliniklerinde yatan hastaların hemşirelik kayıtları oluşturmaktadır. Çalışma bir üniversite hastanesinin ortopedi, nöroloji ve nöroşirurji hastaları üzerinde iyileştirme çalışması öncesi (1999 Ocak ayında) yatan 28 hastanın ve sonrası (1999 Mayıs ayında) yatan 64 hastanın hemşirelik kayıtlarının incelenmesi ile yapılmıştır. Çalışma sonrası hemşirelerin hasta ile ilgili yazılı kayıtlarında hemşirelik gözlemi, kararı ve değerlendirilmesine ilişkin notların bulunduğu varsayılmaktadır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler istatistiksel olarak yüzdeler ve iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir.

#### Çalışmanın Özellikleri

Çalışmanın yürütüldüğü klinikte 22 yataklı, biri sorumlu ve biri gündüz çalışan hemşire olmak üzere dokuz eleman bulunmaktadır. Çalışma ortopedi, nöroloji ve nöroşirurji hastalarının bulunduğu klinikte yürütülmüş, çalışma öncesi ve sonrası aynı klinikteki hemşirelik kayıtları incelenmiştir. Gündüz çalışma saatlerinde (08.00-20.00) ortalama üç hemşire, gece çalışma saatlerinde (20.00-08.00) ortalama iki hemşire görev yapmıştır. Çalışmanın hazırlık döneminde beş aşamalı bir iyileştirme planı yapılmıştır. Bu planın aşamaları:

- Hemşirelerin tıbbi tanımlara yönelik hemşirelik bakımı uygulaması, farmakoloji

bilgisini bakımda kullanması, malzeme kullanımında tasarruf sağlanması, klinik yönetimin gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi,

- Hemşirelerin hastayı gözleme ve verileri değerlendirme yeteneğinin geliştirilmesi,
- Hemşirelerin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi,
- Hemşirelik bakım modelinin oluşturulması,
- Araştırma sonuçlarının hasta bakımında kullanılması.

Çalışmanın başlangıcında uzman kişilerin görüşleri alınarak tanımlara yönelik olarak standart bakım planları oluşturulmuştur. Hazırlanan standart bakım planları hemşirelerin kolay anlayabilecekleri bir formata getirilmiştir. Hazırlanan bu standart bakım planları klinik içinde hemşirelerin ulaşabileceği bir dosya şeklinde hazırlanmıştır. Hemşireler bakım verecekleri hastaların tanımlarına göre bu bakım planlarından yararlanarak hemşirelik girişimlerinin zenginleştirilmesini sağlamışlardır. Çalışma boyunca iki form haricinde klinikte kullanılan hemşirelik formlarında değişiklik yapılmamıştır.

#### Çalışma Boyunca Klinikte Yapılan Değişiklikler

- Çalışma öncesi klinik hemşireleri ile yapılan toplantılarda değişime olan gereksinim belirlenerek planlı bir değişim amaçlanmıştır.
- Hemşirelerin günlük servis çalışmaları sekiz saatlik üç dilim yerine, 12 saatlik iki dilim şekline dönüştürülmüştür (08.00- 20.00 ve 20.00-08.00).
- Klinikteki hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle çalışma başladıktan sonra iki hemşire daha çalışmaya başlamıştır.
- Klinikte çalışmayı yönlendiren danışman hemşireler klinikte hemşirelerle birlikte sürekli görev yapmıştır.
- Kliniğin diğer birimlerle olan ilişkileri gözden geçirilerek sorunların çözümlenmesine, kararların birlikte verilmesine, motivasyon ve liderliğe önem verilmiştir.
- Gündüz saatlerinde her hemşirenin aynı hastaya bakım vermesi sağlanarak hasta bakımında süreklilik sağlanmıştır.

- Hasta kabulünde “Hemşire Öykü Formu” ve yatağa bağımlı hastalarda “Waterlow Dekübitüs Önleme/Tedavi Formu” uygulanmaya başlamıştır..

#### **Çalışmanın Sınırlılıkları**

Çalışmada hazırlanan standart hemşirelik bakım planlarının uygulanmasında her hasta dosyasına girecek şekilde form hazırlanamamıştır. Standart bakım planları klinik içinde tüm hemşirelerin ulaşabileceği bir yerde dosya şeklinde hazırlanmıştır. Her hastaya uygulanan hemşirelik bakımının ne kadar gerçekleştirildiği tek tek izlenememiştir. Yalnızca hemşirelerin yazdıkları notlardaki değişiklikler incelenebilmiştir. Bu çalışma hemşirelik hizmetlerinde bir iyileştirme çalışmasının ilk aşaması ve pilot çalışması olarak değerlendirilmiştir.

#### **Varsayımlar**

Hemşirelik hizmetlerinde yapılan bu iyileştirme çalışmaları sonunda hemşirelik kayıtlarının içeriğinde değişiklik olacağı varsayılmıştır.

#### **BULGULAR**

Hemşirelik hizmetlerinde iyileştirme çalışması öncesi Ocak 1999’da klinikte yatan 28 hastanın 128 günlük hemşirelik kayıtları ve çalışma sonrası Mayıs’1999’da klinikte yatan 64 hastanın 362 günlük hemşirelik kayıtlarına incelenmiştir. Hastaların % 71.4’ü (n:20) kadın ve % 28.6’sı (n:8) erkektir. İyileştirme çalışması öncesi gruptaki hastaların yaş ortalaması 50.1 ve standart sapması 17.9, uygulama sonrası gruptaki hastaların yaş ortalaması 46.1 ve standart sapması 14.5 olarak bulunmuştur.

Standart bakım planlarının uygulanması öncesi ve sonrası hemşirelik kayıt saatleri incelemiştir. Çalışma öncesi 772 hemşirelik kaydının % 75.6’sı (n:583) rutin saatlerde (9,10,12,14,16,18, 22,24, 06) ve % 24.4’ü (n:189) rutin olmayan saatlerde yazılırken, çalışma sonrası kayıtların % 64.1’i rutin saatlerde ve % 35.9’u rutin olmayan saatlerde yazılmıştır. İyileştirme çalışması öncesi ve

sonrası rutin ve rutin olmayan saatlerde kayıt tutulması istatistiksel olarak yüzdeler anlamlılık testi ile karşılaştırıldığında uygulama sonrası rutin saatler dışında kayıtlarda artış olduğu belirlenmiştir (t: 5.8, p<0.005). Tablo 1’de iyileştirme çalışması öncesi ve sonrası gruplanmış hemşirelik aktivitelerine göre hemşirelik kayıtlarının sonuçları verilmektedir.

Hasta bakımında tanılara yönelik standart bakım planı uygulanan ortopedi, nöroşirurji ve nöroloji hastalarında iyileştirme çalışması öncesi ve uygulama sonrası hemşirelik kayıtlarında olan değişiklikler incelenmiştir. Çalışma öncesinde tüm hemşirelik kayıtlarının % 3.1’i hemşirelik gözlem ve değerlendirmesini içerirken, çalışma sonrası % 32.9’u hemşirelik gözlem ve değerlendirmesini kapsamaktadır. Çalışma öncesi ve sonrası hemşirelik gözlem ve değerlendirmesine ilişkin bulgular iki yüzdeler arasındaki farkın önemlilik testi ile incelendiğinde uygulama sonrası hemşirelik gözlem ve değerlendirmesinde anlamlı artış olduğu belirlenmiştir (t:78.3 p<0.05). İncelenen kayıtlar içerik açısından 16 gruplanmış hemşirelik aktivitesi başlığı altında toplanmıştır. Her bir gruba ilişkin kayıtların, hemşirelik gözlem ve değerlendirmesini kapsamaması ve kapsamaması açısından incelenmiştir. Yapılan istatistik değerlendirme sonucunda, bir aktivite grubu hariç (tanya yardımcı uygulamalar) diğerlerinde hemşirelik gözlem ve değerlendirmesinde anlamlı artış olduğu saptanmıştır. Ünite düzeni-ortam, hastane kazaları-enfeksiyon, hastane sorunlarına ilişkin aktivitelerde hemşirelik gözlem ve değerlendirmesine ilişkin kayıtların olmaması nedeniyle bu grup aktivitelerde karşılaştırma yapılamamıştır. Ancak bu gruptaki hemşirelik kayıtlarının uygulama sonrasında % 12.7’den % 0.2’ye düştüğü belirlenmiştir.

İyileştirme çalışması süresince hasta bakımında kullanılan malzeme tüketim miktarı incelenmiştir.

Tablo 1. Çalışma Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Kayıtları Sonuçları

GRUPLANMIŞ HEMİRELİK AKTİVİTELERİ	HEMŞİRELİK NOTLARI			
	ÖNCE		SONRA	
	N	%	N	%
Hijyenik Uygulamalar-Giyinme	125	6.7	299	10.8
Ünite Düzeni-Ortam	1*	0.05*	77*	2.8*
	239	12.7	8	0.2
	359	19.1	14	0.7
Takipler - Fizik Muayene	35*	1.9*	264*	9.7*
Hareket- Mobilizasyon-Egzersiz-Pozisyon Verme	264	13.9	384	13.8
	4*	0.2*	225*	8.1*
Taniya Yardımcı Uygulamalar	71	3.7	100	3.6
Hasta Kabulü-Anamnez Alma	59	3.1	163	5.9
			83*	3.0*
	205	10.9	97	3.5
Boşaltım	6*	0.3*	21*	0.8*
	182	9.7	179	6.4
Beslenme			21*	0.8*
	3	0.1	93	3.3
Ağrı	6*	0.3*	54*	1.9*
	194	10.2	83	3.0
İlaçların Verilmesi	4*	0.2*	35*	1.3*
	9	0.5	17	0.6
Yara- Pansuman-Dren	1*	0.05*	28*	1.0*
	14	0.7	114	4.1
İletişim	2*	0.1*	87*	3.1*
	15	0.8	76	2.7
Diğer Hemşirelik Uygulamaları			16*	0.6*
Hastaya Bilgi Verme	79	4.1	230	8.3
Hastane Kazaları-Enfeksiyon	2	0.2	5	0.1
Hastane Sorunları*	10	0.5	-	-
<b>TOPLAM</b>	<b>1830</b>	<b>96.9</b>	<b>1862</b>	<b>67</b>
	<b>59*</b>	<b>3.1*</b>	<b>916*</b>	<b>33*</b>
<b>GENEL TOPLAM</b>	<b>1889</b>	<b>100</b>	<b>2778</b>	<b>100</b>

t:78.3 p&lt;0.005

\*Sayı ve yüzdeleri hemşirelik gözlem ve değerlendirmelerini kapsayan hemşirelik notlarını içermektedir.

Tablo 2. İyileştirme Çalışması Öncesi ve Sonrası Malzeme Tüketim Miktarı

MALZEME	Çalışma Yapılan Klinik		Artış/ Azalış Oranı (%)	Diğer Bir Servis		Artış/ Azalış Oranı
	1998 İlk Üç Aylık Ortalama (Adet)	1999 İlk Üç Aylık Ortalama (Adet)		1998 İlk Üç Aylık Ortalama (Adet)	1999 İlk Üç Aylık Ortalama (Adet)	
Steril Eldiven	1310	210	85↓	1000	1338	33↑
Nonsteril Eldiven	24.075	14.500	40↓	24.913	19.600	22↓
Minidirip	124	50	60↓	376	330	12↓
Üçlü Musluk	1213	498	59↓	1225	1050	14↓
Hypafix Flaster	202	94	54↓	192	68	65↓
Mepore Flaster	316	120	62↓	206	100	51↓

Çalışmanın yapıldığı servis ve hastanenin bir diğer servisinde çalışmanın yapıldığı yıl ve bir önceki yıl aynı dönem ilk üç aylık malzeme tüketimi incelendiğinde çalışmanın yapıldığı servisin malzeme kullanımında % 85-40 arasında azalma olduğu, diğer servisin malzeme kullanımında biri hariç diğerlerinde % 65-12 arasında bir azalma olduğu görülmektedir.

İyileştirme çalışması öncesi ve sonrası bazı hastalıklara ilişkin hastanede kalış süresi incelenmiştir. Çalışması öncesi ve sonrası iki tanı (total kalça protezi ve lumbal disk herni) incelendiğinde kalış süreleri ortalamalarında bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Yapılan bu çalışma halen hastanede devam etmektedir. Fakat çalışmayı sürdüren ekipteki üç kişi hastanedeki görevlerinden ayrılmışlardır.

### TARTIŞMA

Hemşirelik kayıtlarında hemşirelik gözlem ve değerlendirmesi açısından çalışma öncesi ve sonrası oldukça önemli bir fark saptanmıştır. Farklılık olması, tıbbi tanıya göre standart hemşirelik bakım planı uygulamasının başlatılması, kayıt tutma ve kayıtların önemi hakkında bireysel olarak hemşirelere eğitim verilmesi, hemşirelik bakımının sürdürülmesinde klinikte sürekli bir danışman hemşirenin bulunması gibi nedenlerle açıklanabilir.

İyileştirme çalışması öncesi ve sonrası hemşirelik kayıtlarının yazıldığı saatler incelendiğinde çalışma öncesi kayıtların % 24.4'ünün, çalışma sonrası ise % 35.9'unun rutin dışı saatlerde olduğu belirlenmiştir. İyileştirme çalışması sonrası hem hemşirelik kayıt sayısında artış hem de rutin dışı saatlerdeki kayıtlarda artışın tanılara yönelik hemşirelik planlarının uygulanmasına ve servis işleyişine ilişkin yapılan değişikliklere bağlı olduğu söylenebilir. Ayrıca hasta bakımının 24 saat sürdüğü düşünüldüğünde hastanın durumundaki değişiklikleri kaydetmenin rutin saatlere bağlı olmadığı bilincinin geliştiğini düşündürmektedir. Hansenbo'nun (1999) yaptığı bir çalışmada standart bir tanılama cetvelinin kullanımı sonrasında hemşirelik kayıtları incelenmiştir ve bu değişiklik sonrası günlük hemşirelik kaydı sayısında artma olduğu, hemşirelik kayıtlarının içeriği ve kalitesinde gelişme görüldüğü, bakım planlarının içeriğinde uygulama sonrası belirgin değişiklikler olduğu ifade edilmektedir. Bu bulgular çalışmamızdaki bulgularla paralellik göstermektedir.

Çalışmanın amacı ve basamakları düşünüldüğünde iyileştirme çalışması kapsamında hemşirelere hasta başı bireysel eğitim verilmesi, hemşireleri gözlem ve değerlendirme yapmaya, hasta sorunlarını saptamaya ve hastanın sorunlarına odaklı bir bakım vermeye yöneltmiştir. İyileştirme çalışması öncesindeki hemşirelik kayıtları

incelendiğinde, hemşireler sadece hastaya uygulanan girişimin adını yazmakla yetinirken, çalışma sonrası kayıtlarda hemşirelik gözlem ve değerlendirme sonuçlarını, hastanın fiziksel ve ruhsal boyutlarını içeren kayıtlara rastlanmıştır. Bu sonuç, hemşirelik kayıtlarındaki gelişme göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Hamric ve Lindmark'ın (1990) yaptıkları bir çalışmada nöroloji hastalarında yazılı sistematik bir bakım planı uygulaması sonrası hemşirelerin görüşleri alınmış ve araştırma sonucunda hemşirelerin belirttikleri konular arasında sistematik bakım planı uygulamasının yararlı olduğu, hemşirelik bakım kalitesini geliştirdiği vurgulanmıştır. Bu araştırma, hemşirelik kayıtlarının uygulama sonrası gelişmesi bakımından, çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir.

Hemşirelik bakımının uygulama sonrası geliştiğini gösteren bir diğer bulgu, çalışma öncesi kayıtlarda yer almayan girişimlerin çalışma sonrası kayıtlarda yer almasıdır. Bu kayıtlardan basınç yarası gözlemi ve koruyucu masaj yapılması, perine bakımı ve bölgenin gözlenmesi, göğüs tüpü takılmış hastalarda gözlemler, ekstremitelerde hematoma takibi, solunum egzersizleri yapan hastada gözlemler, sabah hastanın durumunun genel olarak değerlendirilmesi, boşaltımın, bulantı ve kusmanın, tromboflebitin, insizyon bölgesinin, ilaç etkilerinin, hastanın psikolojik durumunun gözlenmesi ve değerlendirmesine çalışma öncesi rastlanmazken, çalışma sonrası bu tür kayıtlar belirlenmiştir. Hemşirelik kayıtlarında böylesine bir gelişmeye rağmen, kayıtlarda dikkat çeken bir diğer nokta hastanın fiziksel bakımına ilişkin kayıtların çoğunlukta olmasıdır. Hastanın psikolojik durumuna ilişkin kayıtlar uygulama sonrası artarken, hastanın sosyal gereksinimlerine ilişkin kayıtların bulunmadığı görülmüştür. Bu sonuç hemşirelerin hasta bakımını planlama konusunda desteğe gereksinimi olduğunu göstermektedir. Velioglu ve Oktay (1986), yaptıkları bir çalışmada hastalara ve hemşirelere göre hemşirelik faaliyetlerinin önem derecesini incelemişlerdir. Bu çalışmada hemşirelerin ve hastaların fiziksel bakımının önemi konusunda fikirleri aynı iken, psikososyal bakım faaliyetlerine hastaların hemşirelerden daha çok önem verdiği dikkat

çekici bir sonuçtur. Çalışmamızda da hastaların fiziksel bakımına yönelik hemşirelik girişimlerinin çokluğu dikkat çekmektedir. Bu araştırma sonuçları çalışmamızı destekler niteliktedir. Platin, Ocakçı ve Güçsavaş'ın (1982) hemşirelerin sekiz saatlik çalışma içeriklerine ilişkin yaptıkları çalışmada hemşirelerin fiziksel bakıma öncelik verdiklerini gösteren bulgular çalışmamızı destekler niteliktedir. Ayrıca Hale ve ark. (1997) ve Davis ve ark. (1994) yaptıkları çalışmalarda hemşirelik kayıtlarının hastanın psikososyal sorunlarını yansıtmada yetersiz olduğunu belirtmeleri bulgularımızı desteklemektedir.

Çalışmamızdaki hemşirelik kayıtları günlük yaşam aktivitelerinin basamakları açısından değerlendirildiğinde, çalışma ve boş zamanları değerlendirme, cinselliği ifade etme ve ölüme ilişkin kayıtlar hariç diğer günlük yaşam aktivitelerine ilişkin kayıtların bulunduğu görülmüştür. Günlük yaşam aktivitelerinin her yönüne ilişkin kayıtların bulunması, tanımlara yönelik bakım planlarının uygulamasına ve hemşirelerin hastayı bir bütün olarak görme yeteneklerinin gelişmesine bağlıdır. Bu sonuç, iyileştirme sürecinin geliştirilmesi gereken yönlerinin belirlenmesi açısından önemlidir.

Hemşirelik kayıtlarına hemşirelik sürecinin son basamağı olan değerlendirme aşaması açısından bakıldığında, çalışma sonrasında hem terminojinin doğru kullanımının hem de kayıtların içeriğinin geliştiği; hemşirelerin sadece uygulamanın adını yazmakla kalmayıp uygulamanın etkilerini, hastada görülen semptomları, semptomlara ilişkin girişimlerin sonuçlarını kaydettikleri, hastanın bulgularını yorumlayıp bu bulgularla karar vermelerinin hemşirelerde geliştiği görülmektedir.

Çalışma yapılan klinikte iyileştirme çalışması sonrası diğer gelişme göstergeleri de incelenmiştir. Bu göstergeler arasında çalışma öncesi ve sonrası hasta bakımında kullanılan malzeme tüketimine bakıldığında çalışma sonrasında bazı malzeme kalemlerinde % 85-40 oranında bir azalma dikkat çekicidir. Malzeme tüketim miktarı iyileştirme çalışmasına başlanmayan bir diğer servisle karşılaştırıldı-



ğında, bu servisteki malzeme tüketiminin % 12-65 oranında azaldığı görülmüştür. Çalışma yapılan klinikte çalışma öncesi malzeme kullanımına özen gösterilmesi amaçlanarak, çalışma boyunca gereksiz kullanımlar önlenmiş ve bu konuda da bazı uygulamalarda değişiklikler yapılmıştır. İyileştirme çalışması sonrası malzeme tüketiminin azalması olumlu gelişme olarak değerlendirilmiştir.

Çalışma öncesi ve sonrası bazı hastaların hastanede kalış süresi incelendiğinde kalış sürelerinde değişiklik olmadığı görülmüştür. Hastanede kalış sürelerinin hemşirelik bakım aktivitelerine bağlı olmadığı, hastane politikası ve tedavi planı ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde kalış sürelerinde değişiklik olmaması anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Çünkü bu çalışma diğer hizmet gruplarını kapsamamakta, sadece hemşirelik hizmetlerinin iyileştirilmesini içermektedir. Ayrıca hastanede hastalıklara özgü hastanede kalış süreleri standartlarını belirleyen bir sistem bulunmamaktadır.

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışma ile hemşirelik hizmetlerinde aşamalı iyileştirme çalışmasının planlanan hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirildiğinde ilk aşama olan tıbbi tanımlara yönelik standart hemşirelik bakım planı uygulaması, farmakoloji bilgisinin hasta bakımında kullanılması, bakımda kullanılan malzemeden tasarruf sağlanması konusunda hemşirelerdeki gelişme ve hemşirelik kayıtlarındaki değişiklikler dikkat çekicidir. Ancak hemşirenin hasta bakımına yaklaşımındaki bütünlüğe bakıldığında, bütüncül bir bakım verilebilmesi için hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile ele alınması gerektiği ve bu konuda hemşirelerin profesyonel gelişmelerinin devamına gerek olduğu söylenebilir. Çalışmanın ileriki

aşamalarında eksik kalan bakım boyutlarının geliştirilmesine gereksinim vardır. Hemşireler hastanın sorunlarını saptama ve çözüme girişimlerini belirlemede gelişme göstermelerine rağmen, hemşirelik sürecini kullanma konusunda desteklenmelidir. Tüm bu bulgular, hemşirelik bakımında iyileştirme çalışmalarının olumlu yönde gelişme gösterdiğini tıbbi tanımlara yönelik standart hemşirelik bakım planı uygulamasının, hemşirelik kayıtlarında olumlu yönde gelişmeye neden olduğunu göstermektedir.

Çalışma sonucunda hemşirelik bakım kalitesinin gelişmesine olan gereksinim açıkça görülmektedir. Bir kurumda hemşirelik hizmetlerinde iyileştirme çalışmalarına başlarken diğer disiplinlerle koordine bir şekilde hizmet süreçlerinin gözden geçirilmesi, değişiklik yapılması gereken konuların işbirliği ile saptanması gerekmektedir. İyileştirme çalışmalarında her kurumun kendi yapısını gözden geçirerek hemşirelik hizmetlerinde mevcut durumunu saptaması, hemşirelik iş analizi ve iş değerlemesi çalışmaları yapması, personel planlamasını gözden geçirmesi, hizmet içi ve hasta başı bireysel eğitimlerle hasta bakımı kalitesini artırma yollarını geliştirmesi, hasta merkezli yaklaşımla hizmetleri sürdürme felsefesinin benimsemesi, hemşirelik hizmetleri standartlarını belirlemesi, bu standartlara uygun olarak standart bakım planlarını geliştirmesi ve hasta başında kullanılacak hale getirmesi, hasta bağımlılık düzeyini belirleyici ve hasta/hemşire oranının saptayıcı çalışmalar yapması gibi öneriler sunulabilir. Hastane infeksiyon oranlarının saptanması, ağrı tedavisinden hasta memnuniyeti, hemşirelik bakımından hasta memnuniyeti, hasta kazaları/düşme oranı, hemşirelik bakımı için hastaya ayrılan sürenin belirlenmesi gibi kriterlerle, hemşirelik hizmetleri kalitesi izlenebilir ve değerlendirilebilir.

#### KAYNAKLAR

- Aksoy G** (1986). Cerrahi hemşireliğinde sürekli eğitim. Hemşirelik Bülteni. II (7): 31-37.
- Allan JA, Englebriht J** (2000). Patient-center documentation. Journal of Nursing Administration. 30 (2): 90-95.
- Abadağ K** (1981). Hemşirelik süreci. Hemşirelik Bülteni. I (1): 13-19
- Biol L** (2000). Hemşirelik Süreci. Bozyaka Matbaacılık. İzmir.
- Cafoğlu Z** (1996). Toplan Kalite Organizasyonları ve Süreklilik. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu: 225-231.
- Çoruh M** (1995). 1. Basamak sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi. I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu: 27-28.
- Davis BD, Billings JR, Ryland RK** (1994). Evaluation of nursing process documentation. Journal of Advanced Nursing. 19, p: 960-968.
- Erefe İ** (1986). Hemşirelikte Sürekli Eğitim İlkeleri ve Yöntemleri. I Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu: 185-199.
- Gish B, Campbell J** (1991). Introducing Standardized Care Plans in an Intermediate Care Setting. AACN. 18(1): 51-57.
- Gönülsüz S** (1996). Bakım standardı nedir? Nasıl belirlenir? Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu: 195-198.
- Hamrin E K F, Lindmark B** (1990). The Effects of Systematic Care Planning After Acute Stroke in General Hospital Medical Wards. Journal of Advanced Nursing. 15: 1146-1153.
- Hansenbo G, Kihlgren M, Ljunggren G** (1999). Review of Nursing Documentation in Nursing Home Wards-Changes After Intervention for Individualized Care. Journal of Advanced Nursing. 29 (6): 1462-1473.
- Henderson V, Nite G** (1978). Principles and Practise of Nursing. McMillan Publishing Company. London.
- Howse EH, Bailey J** (1992). Resistance to Documentation-a nursing research issue. International Journal of Nursing Studies. 29(4):371-380.
- Leddy S, Pepper JM** (1989). Conceptual Bases of Professional Nursing. JB Lippincott Company. Cambbridge.
- Kavuncubaşı Ş** (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi. Ankara.
- McClosky J, Johnson M** (2000). Defining Nursing Work and Patient Outcomes; NIC and NOC. I Uluslar arası ve VIII Ulusal Hemşirelik Kongresi. 2000.
- Morrissey M R** (1988). Documentantion, if you haven't written it, you havent' done it. Nursing Clinics of North America. 23(2): 363-371.
- Oktay S.** (1999): Hizmet içi eğitime ilişkin bir vaka analizi, Hemşirelik Bülteni, XI (43-44): 1-11.
- Platin N, Ocakçı A, Güçsavaş** (1982). Hemşirelerin sekiz saatlik çalışma içeriği. Türk Hemşireler Dergisi. Özel Sayı 2-3: 52-61.
- Phipps W, Logan BC, Wood NF**(1980). Shafer's Medical-Surgical Nursing. The CV Mosby Company, St Louise.
- Rowland HS, Rowland BL** (1980). Nursing Adnistration Handbook. An Aspen Publication, London.
- Stanton M, Paul C, Reeves JS** ( 1985).. Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice. Editor: J B George Second Edition.. Practice/Hall International Inc. London.
- Toktamışoğlu M** (1995). Poliklinikler İçin Kalite ve Maliyet Odaklı Teorik Bir Model. I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu: 177-182.
- Velioğlu P, Oktay S** (1986). Hastalara ve Hemşirelere Göre Hemşirelik Faaliyetlerinin Önem Derecesi. Hemşirelik Bülteni. II (6): 20-33.
- Weeks LC** (1985). The documentation dilemma. Journal of Nursing Administration. 15(11):22-27