

ARAŞTIRMA

HEMŞİRELERİN HASTA BAKIMINDA KULLANDIKLARI HEMŞİRELİK SÜRECİ UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ*

Gülçin AVŞAR** Arzu Ece ÖĞÜNÇ*** Mükremin TAŞKIN***
Ömer Faruk BURKAY***

Alınış Tarihi: 03.12.2012
Kabul Tarihi: 02.10.2014

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında resmi olarak kullanmaya başladıkları hemşirelik süreci uygulamalarını değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini Erzurum'da bir eğitim hastanesinde çalışan hemşireler oluşturdu. Araştırmanın örneklem grubunu ise 2012 Şubat ve Mart aylarında bu hastane de çalışan ve olasılıklı örnekleme yöntemi ile seçilen 143 hemşire oluşturdu. Araştırmada kullanılan veri toplama aracı araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlandı.

Bulgular: Araştırma sonuçlarına göre, hemşirelerin en fazla ağrı (%28.7) ve enfeksiyon riski (%22.5) tanılarını koydukları ve hemşirelerin %23.3'ünün ise NANDA taksonomisi dışında yanlış tanımlar koydukları bulundu. Ayrıca hemşirelerin en fazla uygulama (25.9) aşamasında güçlük yaşadığı saptandı.

Sonuç: Çalışmada, hemşirelerin hemşirelik sürecinin basamaklarında sorunlar yaşadığı ve tanı koymakta güçlük çektikleri belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik süreci; hasta bakımı; hemşirelik.

ABSTRACT

Evaluation of the Applications Nursing Process Used in Patient Care by the Nurses

Objective: The aim of this study was to evaluate the applications nurses working in a public hospital formally started to use the nursing process in patient care.

Method: The study population consisted of the nurses who work an education hospital in Erzurum. The sample group of the study in February and March 2012 in Erzurum the education hospital employees and a total of 143 nurses who agreed to participate in the study created. Data collection instrument used in this study were prepared in the light of literature by researchers.

Results: According to the study, nurses the more pain (28.7%) and increased risk of infection (22.5%) diagnoses put and 23.3% of nurses in the NANDA taxonomy outside put wrong diagnosis were found. In addition to nurses the application (25.9%) and planning (19.6%) had experienced difficulty in phase.

Conclusion: In the study, the nurses problems experienced in some of the steps of the nursing process and have difficulty in diagnosis were identified.

Keywords: Nursing process; nursing care; nursing.

GİRİŞ

Her profesyonel disiplinde olduğu gibi, hemşirelikte de uygulamaların bilimsel bir temele oturtulması gereği vardır. Çünkü hemşirelik, kuramsal bilgi ve beceriyi içeren uygulamalı bir sağlık disiplini (Biro 2009).

Hemşirelik süreci hastanın problemlerinin tanımlanmasında ve çözümünde problem çözme yaklaşımına dayanan planlı bir süreçtir (Lewis, Heitkemper and Dirksen 2004).

Diğer bir deyişle hemşirelik süreci sağlıklı/hasta bireyin ve ailenin bakım

gereksinimlerinin/sorunlarının belirlenmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucunun değerlendirilmesi aşamalarından oluşan bir yaklaşımdır (Timby 1996; Biro 2009; Ay 2007; Kaya 2012). Hemşirelik süreci hemşirenin yalnızca gerçek problemleri değil potansiyel problemleri tanılmasına da yardımcı olur. Her hasta için bakımın bireyselleşmesini sağlar. Hemşirelik sürecinin kullanılması hastaya verilen bakımı geliştirir ve hasta merkezli bakım için rehberlik

*Bu çalışma 26-28 Nisan 2012 tarihinde Bursa'da düzenlenen 11. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

**Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Yrd.Doç.Dr.) e-mail: gulcin-avsar@hotmail.com

***Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğrencileri.

oluşturur (Timby 1996).

Hemşirelik süreci kavramını ilk kez 1955 yılında Lydia Hall ele almıştır. Ida Jean Orlando ise 1960 yılında “The Dynamic Nurse Patient Relationship” adlı kitabında bu kavram üzerine durmuştur. Orlando’nun görüşüne göre “hemşireliğin amacı hastanın gereksinimlerinin karşılanması için hastanın gereksinim duyduğu yardımı vermektir”. Hemşire bu amaca hastanın gereksinimlerini belirleyerek ve bu gereksinimlerini doğrudan veya dolaylı olarak karşılamaya yardımcı olan bir süreci başlatarak ulaşır. Daha sonra 1967’de Helen Yura, Mary B. Walsh problem çözme bilimine temellendirilen hemşirelik sürecinin dört basamağını belirlemiştir (Timby 1996; Velioglu 1999). Hemşirelik sürecinin basamakları 1970 yılında yeniden düzenlemiş ve Amerikan Hemşireler Birliği 1973’de bu basamakları açıklamıştır. Bu basamaklar “Hemşirelik Uygulamalarının Standartları” olarak adlandırılmış ve 1973’de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hasta bakımında yarar sağlayacak hemşirelik tanımlarını oluşturmuştur (Timby 1996).

Hemşirelik sürecinin amacı; bireyin sağlık bakım ihtiyaçlarını tanımlamak, önceliklerini ve hedeflerini saptamak, bireyin ihtiyaçlarını karşılayabilecek hemşirelik girişimlerini belirlemek, uygulamak ve hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmektir (Elkin, Perry and Potter 2004).

Tıbbi problemleri aynı olan birçok hasta olmasına rağmen her bireyin bireyselliğini göz önünde bulundurmak gerekir. Bakım planı her bireyin kendine özgü ihtiyaçlarını belirlemesini sağlar. Süreç, bakımı bireyselleştirdiği için de sorunun belirlenmesi ve çözümü daha kolay olur ve bakımın kalitesini yükseltir. Bu yüzden bakım planı hastanın bireysel ihtiyaçlarını belirleyip çözüm üretmeyi sağlamanın yanı sıra, hastaya bakım veren hemşireye ve diğer hemşirelere güvenmesini sağlar (Rosdahl 1995).

Ayrıca hasta bakımında hemşirelik sürecinin kullanılması hemşirelerin iş doyumunu sağlama, bakımı güven altına alma, bilimsel bilgiyi uygulamaya aktarma, hemşirelerin görev alanlarının toplumca tanınmasını sağlama, uygulama sonuçlarını değerlendirerek mesleğin gelişmesine katkıda bulunma, bilgisayar uygulamaları için bir yapı oluşturulmasını sağlar (Sparks and Taylor 2005). Bu nedenlerle hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının fark edilebilmesini sağlayan önemli bir araçtır. Yapılan uygulamalar çok değerli olsa da bir

sistem içine oturtulması ve kaydedilmesi gereği vardır. Böylece hasta açısından karışıklıklar, hatalar, ihmaller, gereksiz işlemler önlenmiş olduğu gibi, hasta bakımı göz önünde kayıtlı durumda olduğu için bakımın daha iyi nasıl olabileceği, problemin nasıl çözüleceği hakkında hemşirenin sistemli düşünmesine olanak sağlar. Bu bilgiler ışığında hasta bakımında gerçekten önemli bir yere sahip olan hemşirelik sürecinin artık resmi olarak hasta bakımında kullanılıyor olması, bu uygulamaların ne durumda olduğu ile ilgili merak duygusu uyandırmaktadır. Bu uygulamaların resmi olarak yeni kullanılması ve konu ile ilgili çalışmalara rastlanılmaması nedeniyle bu çalışma planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Bu araştırma hemşirelerin, hemşirelik süreci uygulamalarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma Erzurum il sınırları içinde bulunan Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılmıştır. Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelik süreci doğrultusunda bakım planı uygulamalarına ‘Kalite Çalışmaları’ kapsamında resmi olarak başlayan bir hastane olduğu için tercih edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı hastanede veriler GYA’ya (Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli) göre toplanmakta ve NANDA’nın (North American Nursing Diagnosis Association) taksonomisine göre tanı konulmaktadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan 384 hemşire; örneklem grubunu da 2012 Şubat ve Mart tarihleri arasında Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde çalışan ve olasılıklı örnekleme yöntemi ile seçilen 143 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmanın Etik İlkeleri: Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’ndan ve ilgili hastane yönetiminden gerekli resmi izinler alınmıştır. Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle çalışma yürütülmüştür.

Anket Formunun Hazırlanması: Araştırma verileri için literatür (Warren and Bakken 2002; Gulanick and Myers 2003; Erdemir 2003; Lavin 2003; Oud 2003; Ay 2007; Birol 2009) bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formunda, tanıtıcı özellikleri ve hemşirelik süreci

uygulamalarını değerlendiren sorular yer almaktadır.

Anket Formunun Uygulanması:

Veriler 2012 Şubat ve Mart tarihleri arasında araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Anket formları, ilgili servislerde hemşirelere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin istatistiksel analizleri SPSS 15.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verilerin analizinde yüzdelik değerlendirme kullanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği: Araştırma Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle sınırlandırılmıştır. Çalışmaya katılmak isteyen hemşire sayısının az olması bir sınırlılık olmuştur. Bu nedenle sonuçlar yorumlanırken bu sınırlılığın dikkate alınması gerekmektedir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; hemşirelerin %38.5'inin lisans mezunu olduğu, %75.5'inin aynı zaman diliminde 4-5 hemşire meslektaşısı ile birlikte çalıştığı ve hemşirelerin %74.8'inin 26-35 yatak kapasitesindeki servislerde çalıştığı bulunmuştur. Hasta bakımında servisteki hemşire sayısı ve hasta başına düşen hemşire sayısı önemli bir faktörlerdir. Ülkemizde verilen hasta/hemşire oranları minimum düzeyde bakım için yeterli hemşire sayısı olarak tanımlansa da, minimum düzeyde bakımın nelerden oluştuğu açıklanmamıştır. Amerika'da personel ihtiyacını karşılamada rehber olması için Amerikan Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen yatak/hemşire oranları, o dönemde hizmet veren hastanelerin yatak/hemşire sayılarından faydalanılarak istatistiksel oranlama yöntemi ile geliştirilmiştir. Zamanla, yatak/hemşire oranı yönteminin birimin iş yükünü belirlemede yanıltıcı olduğu, hemşirelik girişimlerinin miktarının ve hastaların bağımlılık düzeylerinin göz ardı edildiği fark edilmiştir. Hemşirelere sağlık hizmetinin yönetiminde büyük sorumluluklar verilmesiyle hemşire insan gücü planlamasında kullanılan geleneksel yaklaşım yönteminin yerini iş yüküne dayalı insan gücü planlama yöntemi almıştır. Fakat hala günümüzde kliniklerde tam olarak hemşirelik işlevlerinin yerine getirilmesini sağlayacak düzeyde hemşire sayısına ulaşılmadığı bir gerçektir (Yıldırım 2002).

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=143)

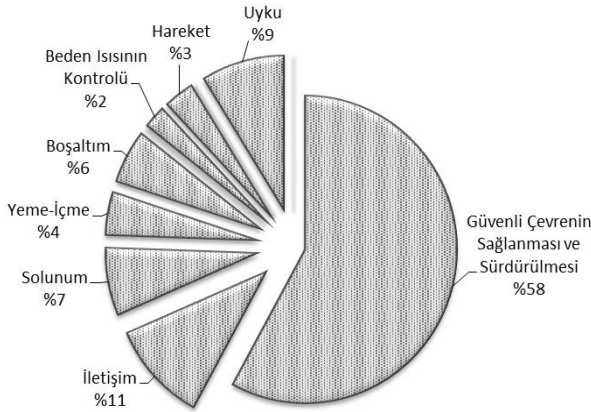
Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	n	%
Yaş		
20-24	46	32.2
25-29	46	32.2
30-34	38	26.7
35-39	12	8.4
40 ve üzeri	1	0.7
Mezuniyet		
Sağlık meslek lisesi	35	24.5
Ön lisans	42	29.3
Lisans	55	38.5
Yüksek lisans	11	7.7
Çalıştığı Servis		
Dahiliye	41	28.6
Cerrahi	52	36.4
Yoğun bakım/Acil	50	35.0
Serviste Çalışan Hemşire Sayısı		
4-6	5	3.5
7-9	120	83.9
10-12	11	7.7
13 ve üzeri	7	4.9
Aynı Zaman Diliminde Serviste Çalışan Hemşire Sayısı		
1-3	32	22.4
4-5	108	75.5
6 ve üzeri	3	2.1
Serviste Bulunan Yatak Sayısı		
5-15	2	1.4
16-25	14	9.8
26-35	107	74.8
36 ve üzeri	20	14.0

Çalışmada da kliniklerde yeterli hemşirenin olmadığı ve yatak sayısının fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durum, hemşirelik sürecinden yararlanmak isteyen donanımlı ve istekli bir hemşireyi bile engellemesi kaçınılmazdır.

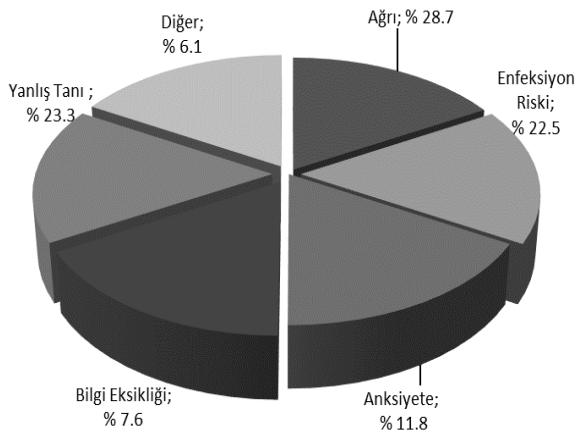
Şekil 1'de hemşirelerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli'ne göre veri toplama durumları verilmiştir. Hemşirelerin GYA modelinde en fazla (%58) "Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi" alanında veri topladıkları saptanırken, "Çalışma ve Eğlence", "Cinselliği İfade Etme" ve "Ölüm" alanlarında veri toplamadıkları saptanmıştır. Sabancıoğulları ve arkadaşlarının (2011) psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin hasta bakımını fonksiyonel sağlık örüntüleri ve NANDA tanılarına göre değerlendirdikleri çalışmada, hemşirelerin en fazla "Sağlığı Algılama ve Yönetme Fonksiyonu" alanında veri topladığı saptanmıştır. Hemşirelik sürecinin veri toplama

aşaması tüm aşamalara temel olduğu için verilerin doğru ve eksiksiz toplanması çok önemlidir. Ayrıca hastayı bir bütün olarak değerlendirebilmek için GYA modelinin tüm alanlarına yönelik hastadan veri toplamak gerekir.

Şekil 1. Hemşirelerin Hemşirelik Sürecinin Veri toplama Aşamasında GYA Modeline Göre Veri Toplama Durumlarının Dağılımı (n=143)



Şekil 2. Hemşirelerin Hemşirelik Sürecinin Tanılama Aşamasında Koydukları Hemşirelik Tanılarının Dağılımı (n=143)



Şekil 2’de hemşirelerin hemşirelik sürecinin tanılama aşamasında koydukları hemşirelik tanıları verilmiştir. Hemşirelerin %28.7’si ağrı ve %22.5’i enfeksiyon riski, %11.8’i anksiyete, %7.6’sı bilgi eksikliği ve %6.1’i diğer hemşirelik tanıları koydukları bulunurken; hemşirelerin %23.3’ünün ise NANDA taksonomisi dışında yanlış tanıları koydukları belirlendi. Gök Özer ve Kuzu’nun (2006) ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin hasta bakımında hemşirelik sürecini kullanma durumunu belirlemek amacıyla yaptıkları

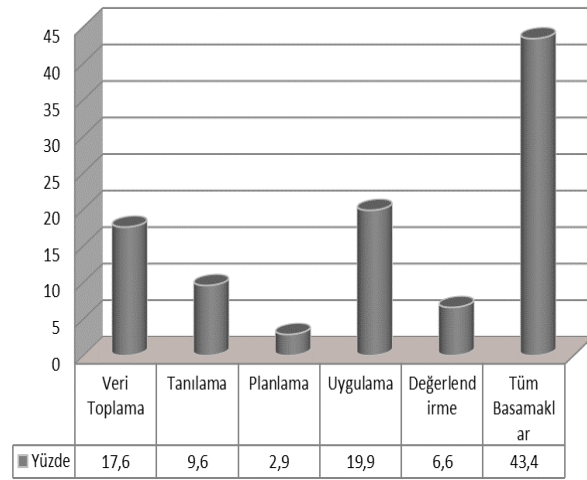
çalışmada öğrencilerin en fazla (%15,4) enfeksiyon riski tanıları koydukları bulunmuştur. NANDA da yer almayan tanıları koymak hatalı olduğu gibi, hastalara hep aynı tanıları koymak da hasta bakımında bireyselliği ortadan kaldırdığı için hatalı olabilir. Hemşirelik tanısı klinik bir kararı ifade etmektedir. Karar vermek belirli süreçleri içeren entelektüel bir eylemdir. Değerlendirme, muhakeme etme, analiz ve sentez sonucu bir problemin olup olmadığına ya da ne olduğuna karar vermektir. Karar objektif ve subjektif verilere, kanıtlara dayalı olmalıdır. Nerede hangi veriye bakacağını bilmek hemşirenin yeterliliğini ve deneyimine bağlıdır. Bu nedenle hemşirelik süreci uygulamaları devam ettikçe bu hataların azalabileceği düşünülmektedir.

Tablo 2. Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Basamaklarında Güçlük Yaşayıp Yaşamadıklarının Dağılımı (n=143)

Güçlük Yaşanan Basamaklar	Evet		Hayır		Bazen	
	n	%	n	%	n	%
Veri Toplama Basamağı	30	21	42	29.4	71	49.7
Tanı Koyma Basamağı	25	17.5	42	29.4	76	53.1
Planlama Basamağı	28	19.6	43	30.1	72	50.3
Uygulama Basamağı	37	25.9	25	17.5	81	56.6
Değerlendirme Basamağı	21	14.7	67	46.9	55	38.5

Tablo 2’de hemşirelerin hemşirelik süreci basamaklarını uygularken yaşadığı güçlüklerin sıklığı yer almaktadır. Hemşirelerin en fazla uygulama aşamasında (%25.9) güçlük yaşadığı saptanırken, hemşirelerin en fazla (%46.9) değerlendirme aşamasında güçlük yaşamadığı belirlenmiştir. Hemşirelik sürecinde uygulama aşaması hemşirelik bakımının uygulamaya aktarıldığı aşamadır (Kaya 2012). Hemşirelerin çoğunlukla uygulama aşamasında güçlük yaşaması, planlanan hemşirelik girişimlerinin bakıma yansımada güçlük yaşandığını işaret etmektedir. Şekil 3’de hemşirelerin en fazla yardım almak istedikleri hemşirelik süreci basamakları verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerden 7’si (%0.2) bu soruya cevap vermek istemezken, 136 hemşirenin çoğu (%43.4) tüm basamaklarda yardım almak istedikleri belirlenmiştir.

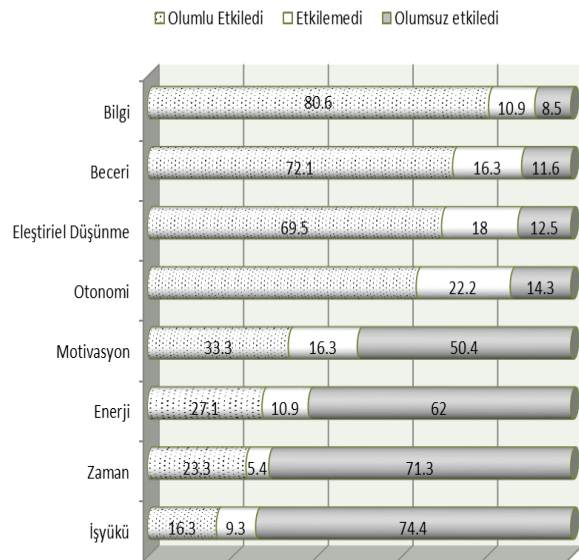
Şekil 3. Hemşirelerin Yardıma İhtiyaç Duyduğu Hemşirelik Süreci Basamaklarının Dağılımı (n=136)*



*Bu soruyu 136 hemşire yanıtlamıştır

Henüz resmi olarak yeni uygulanan hemşirelik süreci doğrultusunda bakım uygulamaları esnasında hemşirelerin yardıma ihtiyaç duyması son derece doğaldır. Fakat uygulamalara başlamadan önce kullanılacak dokümanların ve hemşirelerin hazır oluşluğu da son derece önemlidir.

Şekil 4. Hemşirelik Süreci Kullanımının Hemşirelerin Çalışma Durumuna Etkilerinin Dağılımı (n=143)



Uygulamalar öncesi yapılacak olan hizmet içi eğitimlerin yanı sıra, uygulamalar esnasında yapılacak olan sürekli eğitimlerle de hemşirelik süreci uygulamaları esnasındaki karşılaşılabilecek sorunların çözümü sağlanabilir.

Hemşirelik süreci kullanımının hemşirelerin çalışma durumuna etkilerinin dağılımı Şekil 4’de verilmiştir. Şekil 4’te hemşirelerin %80.6’sının bilgiyi, %72.1’inin beceriyi ve %69.5’inin eleştirel düşünmeyi olumlu yönde etkilediğini, %74.4’ünün iş yükünü, %71.3’ünün zamanı ve %62’sinin enerjiyi olumsuz yönde etkilediğini ifade ettiği görülmektedir. Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımının organize edilmesini ve etkili bakımın verilmesini sağlayan bir yaklaşımdır. Bu süreç zamanı ekonomik kullanmayı sağlar ve iş yükünü azaltır (Biol 2009). Ayrıca hemşirelerin kendi aralarında, diğer sağlık ekibi üyeleri ve toplum ile iletişimlerini kolaylaştırır, hemşirelik bakımının uygulama ve değerlendirilmesini kolaylaştırır (Sparks and Taylor 2005). Gerçekten de başlangıçta, hemşirelerin bu yönetime uyum sağlanması zaman alacaktır. Ancak, hemşire giderek sistemli düşünmeye ve planlı çalışmaya alıştığında, zamandan ekonomi sağlanacaktır (Biol 2009).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda; hemşirelerin en fazla ağrı ve enfeksiyon riski tanılarını koydukları, hemşirelik sürecinin en fazla güçlük yaşadığı basamağın uygulama aşaması olduğu ve hemşirelerin genellikle tüm basamaklarda yardım almak istedikleri belirlenmiştir. Ayrıca hemşireler, hemşirelik süreci uygulamalarının en fazla bilgiyi ve eleştirel düşünmeyi olumlu etkilediğini ifade ettikleri bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda hastanelerde kalite çalışmaları nedeniyle de olsa hemşirelik sürecinin uygulanmaya başlanması sevindirici bir gelişmedir. Fakat hemşirelerin lisans ve yüksek lisans eğitimleri sırasında verilen hemşirelik süreci bilgi ve pratikleri çalışma hayatında maalesef resmi olarak kullanılmamaktaydı. Bu nedenle unutulmaya yüz tutan bu bilgileri tekrar hatırlamak ve bilgi ile pratiği tekrar birleştirmek için; hemşirelik sürecini uygulamaya geçirmeden önce yeterli alt donanımın yapılması, hemşirelerin bir eğitime tabii tutulması ve bu eğitimlerin hemşirelik süreci uygulamaları sırasında devam etmesi ve uygulamalarda karşılaşılan sorunların bu eğitimler sırasında çözümünün sağlanması gereği vardır. Ayrıca bu eğitimlerde hemşirelik süreci ve NANDA taksonomisi ile ilgili bilgilerin uygulamalı olarak verilmesi önerilmektedir. Ayrıca denetimler de hemşirelik süreci formlarının doldurulup doldurulmadığının denetlenmesinin yerine, hemşirelik sürecinin etkili bir şekilde işleyip işlemediğinin denetlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ay Akça F.** Hemşirelik süreci. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2007. p.61-71.
- Birol L.** Hemşirelik Süreci. 9. Baskı. İzmir: Etki Yayınları; 2009. p. 92-147.
- Elkin MK, Pery AG, Potter P.** Nursing Intervention and Clinical Skills. Three Edition. St Louis: Mosby Year Book; 2004. p.8-11.
- Erdemir F.** Hemşirelik tanıları nedir ve ne değildir? Erdemir F. Yılmaz E. editör. NANDA hemşirelik tanıları taksonomisi II. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayını; 2003. p.17-44.
- Gök Özer F, Kuzu N.** Öğrencilerin Bakım Planlarında Hemşirelik Süreci ve NANDA Tanılarını Kullanma Durumları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 22(1): 69-80.
- Gulanick M, Myers J.** Nursing Care Plans Nursing Diagnosis and Intervention. St Louis: Mosby Year Book; 2003. p.1-6.
- Kaya H.** Uygulama ve Değerlendirme. Atabek Aşti T, Karadağ A. editör. Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. p.201-9.
- Lavin MA.** 21. yüzyılda Hemşirelik tanıları: Hemşirelik tanılarının altında kanıt temeli. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayını; 2003.p.61-72.
- Lewis SM, Heitkemper M, Dirksen SR.** Medical-Surgical Nursing; 2004.p.5-22.
- Oud NE.** Avrupa ülkelerinde kullanımda olan hemşirelik sınıflama sistemlerine genel bakış. Erdemir F. Yılmaz E, editör. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayını; 2003.p.73-6.
- Rosdahl CB.** Textbook of Basic Nursing. Sixth Edition. Philadelphia: Lippincott company 1995. p.376-87.
- Sabancıoğulları S, Ata EE, Kelleci M, Doğan S.** Bir psikiyatri Kliniğinde Hemşireler Tarafından Yapılan Hasta Bakım Planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA Tanılarına Göre Değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2(3):117-22.
- Sparks S, Taylor CM.** The nursing process. Sparks and Taylor's Nursing Diagnosis Reference Manual. 2005. p.2-19.
- Timby BK.** Fundamental Skills and Concepts in Patient Care. Sixth Edition. Newyork: Lippincott Company 1996. p.730-4.
- Warren J, Bakken S.** Update on Standardized Nursing Data Sets and Terminologies. Journal of AHIMA 2002;73(7):78-83.
- Veliöglü P.** Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş ofset; 1999.p.24-37.
- Yıldırım D.** Hemşire İnsan Gücü Planlaması. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;12(48): 57-70.