

Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşireler Tarafından Yapılan Hasta Bakım Planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA Tanılarına Göre Değerlendirilmesi

Evaluation According to the Functional Health Pattern Model and NANDA Diagnoses of Patient Care Plans Made by Nurses in a Psychiatry Department

Selma SABANCIOĞULLARI,¹ Elvan E. ATA,¹ Meral KELLEÇİ,¹ Selma DOĞAN²

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının fonksiyonel sağlık örüntüleri (FSÖ) modeline göre veri toplama ve topladıkları veriler doğrultusunda hastaların *The North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) hemşirelik tanımlarını belirleyebilme durumlarını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve retrospektif nitelikteki bu araştırma bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini psikiyatri kliniğinde Eylül 2008-Haziran 2009 tarihleri arasında yatan ve Gordon'un (1982) FSÖ modeli ile NANDA doğrultusunda hemşirelik tanıları belirlenen 80 hastanın bakım planı oluşturdu. Hemşireler tarafından yapılan bakım planları FSÖ modeli ve NANDA tanılama sistemi dikkate alınarak araştırmacılar tarafından geriye dönük olarak incelendi. Veriler yüzdelik dağılımla değerlendirildi.

Bulgular: Araştırma kapsamında FSÖ modeline göre değerlendirilen hastalardan, hemşireler sağlığı algılama ve yönetme (%98.8) ile aktivite-egzersiz fonksiyonuna (%91.3) ilişkin en fazla, cinsellik ve üreme (%20.0) fonksiyona ilişkin ise en az oranda veri toplamışlardı. Hemşirelerin topladıkları veriler doğrultusunda belirledikleri NANDA tanıları değerlendirildiğinde 23 farklı NANDA tanısı koydukları ve 80 hastaya toplamda 402 NANDA tanısı belirledikleri saptandı. Belirlenen tanıların incelendiğinde; %12.9 bireysel baş etmede yetersizlik, %11.2 benlik saygısında azalma, %10.4 rol performansında bozulma ve %9.0 uyku örüntüsünde rahatsızlık en fazla belirlenen tanıları olduğu tespit edildi.

Sonuç: Hemşirelerin FSÖ modelini kullandıklarında psikiyatri hastalarının sık olarak yaşadıkları baş etme yetersizliği, benlik kavramında bozulma, uykuda değişim, terapötik rejimi etkisiz yönetme gibi problemleri gözden kaçırmadıkları düşünülebilir. Bununla birlikte hemşirelerin hastaların cinsellik örüntüsü, değer ve inançlar gibi alanlarını daha az değerlendirdikleri ve daha az sorun saptadıkları söylenebilir.

Anahtar sözcükler: Fonksiyonel sağlık örüntüleri; NANDA tanıları; psikiyatri hastası; psikiyatri hemşiresi.

SUMMARY

Objectives: The aim of the study was to analyze patient care planning prepared by nurses in a psychiatry clinic according to the Functional Health Pattern (FHP) model and to evaluate the NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) nursing diagnoses based on the data collected.

Methods: This retrospective and descriptive research was carried out in a psychiatry clinic of a university hospital. The sample of this research was the nursing plan of 80 inpatients hospitalized in the psychiatry clinic between September 2008 and June 2009 and the determined nursing diagnoses in the direction of Gordon's (1982) FHP model and NANDA. Care plans made by nurses were retrospectively analyzed by researchers taking into consideration the FSO model and NANDA diagnosis system. The data were evaluated with percentage distribution.

Results: Nurses collected the most data related to perceiving and managing the health (98.8%) function and activity-exercise (91.3%) function, and the least data concerning sexuality and reproduction (20%) function. When NANDA diagnoses were evaluated according to data collected by nurses, 23 different NANDA diagnoses were determined among 80 patients, and 402 NANDA diagnoses in total. When the determined diagnoses were analyzed, the most frequently observed were: 12.9% inadequacy in individual coping, 11.2% decrease in self-esteem, 10.4% failure in role performance, and 9% disorder in sleep pattern.

Conclusion: It may be considered that nurses, when they used the FHP model, did not overlook the important data in evaluating the problems the psychiatric patients frequently experienced, such as inadequacy in individual coping, decrease in self-esteem, disorder in sleep pattern, and ineffective management of therapeutic regimen. However, it was observed that nurses evaluate fields such as sexual pattern and values and beliefs to a lesser degree and detect fewer problems in these areas.

Key words: Functional health patterns; NANDA diagnosis; psychiatric patient; psychiatric nurse.

Giriş

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinin hedefi kaliteli bakım sağlamaktır. Hemşireler hastalarına sürekli olarak güncellenen bilgilerle etkin bakımı vermek durumundadır. [1,2] Genel olarak hemşireliğin amacı, bireyin sağlığını desteklemek, sürdürmek ya da sağlık düzeyini yükseltmektir. Psikiyatri hemşireliğinin amacı ise bireyin benlik algısını geliştirmek, stresle baş etmesini güçlendirmek, ilişkilerini olum-

¹Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas

²Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

İletişim (Correspondence): Arş. Gör. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI.
e-posta (e-mail): selma.ssabanci@gmail.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(3):117-122
Journal of Psychiatric Nursing 2011;2(3):117-122

Geliş tarihi (Submitted): 02.10.2011 **Kabul tarihi (Accepted):** 06.01.2012

lu şekilde düzenlemesine yardım etmek, hastalık ve acı çekme yaşantısını azaltarak bu deneyimlerinden anlam bulmasına katkı vermektir. Bu amaçların başarılması, genel insancıl yaklaşımın yanı sıra, bilimsel metodun birlikte kullanılmasını gerektirmektedir. Hemşirelik bakımına bu bilimsel ve planlı yaklaşımı sağlayan araç, hemşirelik modelleri ve hemşirelik sürecidir.^[3,4]

Sağlıklı/hasta bireyden/aileden, verilerin sistemli ve kapsamlı bir biçimde toplanmasını sağlamak için kuramcılar tarafından çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bu modellerden birisi Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modelidir. FSÖ modeli hemşirelik kuramcısı olan Marjory Gordon tarafından 1982'de, bireyleri kapsamlı bir şekilde biyopsikososyal boyutta ele alan bir hemşirelik bakım modeli olarak geliştirilmiştir. Bu model, bireylerin gereksinimlerini 11 fonksiyonel alanda açıklamaktadır. Bu alanlar, sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımı ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini olanaklı kılmaktadır. Bu örüntüler hem birbiri ile hem de hastalık durumu ile ilişki içinde olup, birbirine bağımlıdır. Başka bir ifade ile bir kişinin FSÖ'sünde bozulma olduğunda hastalığı, hastalanan bir kişinin de FSÖ'sünde bozulmayı gösterdiği belirtilmektedir.^[5] FSÖ alanları veri toplama, hemşirelik tanısı belirleme ve bakımı planlama için bir çerçeve sağlamaktadır. Gordon tarafından hazırlanan bu çerçeve, verilerin toplanması ve analizi sürecine kolaylık getirmiştir. Bu model ile birey/ailenin sadece şikayetleri, sınırlılıkları ve problemleri değil, daha önce problemleri olduğunda baş etme becerileri ve olumlu sağlık uygulamaları da belirlenir.^[5]

Hemşirelik sürecinin çok önemli ve tüm aşamalarına temel olan ilk aşaması veri toplamanın doğru, objektif ve eksiksiz yapılması gerekir. Hemşirelik sürecinin ikinci aşaması olan hemşirelik tanılarının doğru saptanması, sağlıklı veri toplamaya bağlı olup, sürecin planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları için doğru adımların atılmasında önemlidir.^[6] Günümüzde uluslararası platformda yaygın olarak kullanılan hemşirelik tanılama terminolojisi *The North American Nursing Diagnosis Association*'dır (NANDA). Helberg standart bir tanılama sisteminin kullanımının hastanın bakım ihtiyaçlarını belirlemede önemli olduğundan bahsetmiştir.^[7] FSÖ modeli birçok çalışmada çeşitli gruplardaki hastaların bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır.^[8-10] Yapılan bu çalışmalarda, FSÖ ve NANDA hemşirelik tanılama sisteminin hastaların bakım sorunlarını belirlemede etkili olduğu ve kolaylık sağladığı, çeşitli hastalık gruplarındaki hastaların tanılanması ve ihtiyaçlarının belirlenmesi açısından, çalışmaların tekrarlanması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca NANDA gibi uluslararası hemşirelik tanılama sistemi kullanmanın hemşirelik bakımının kalitesini geliştireceği, yerel bölgesel-ulusal ve uluslararası alanda karşılaştırma yapabilmeyi, hemşire-hemşire ve hemşire-hekim iletişimi ve etkileşimini artıracacağı, bilgisayara uyarlanmış formları

kullanabilmeyi sağlayabileceği belirtilmektedir.^[5,8]

Ülkemizde lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi veren okulların çoğunda hemşirelik süreci doğrultusunda eğitim verilmesine rağmen, uygulama alanlarında hemşirelik sürecinin hemşireler tarafından doğru ve yaygın kullanılmadığı görülmektedir. Daha önce öğrenci hemşirelerin bakım verdikleri hastalarına yönelik oluşturdukları bakım planlarının incelendiği çalışmalar^[4,6,8,9] bulunmakla birlikte, klinikte çalışan hemşirelerin yaptıkları bakım planlarının incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bireyleri geniş bir bakış açısı ile değerlendirmeyi sağlaması nedeniyle, FSÖ modeli ruh sağlığı bozulmuş bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde etkili olabilir. Çalışmanın yapıldığı psikiyatri kliniğinde, hemşireler 2008 yılından beri bakım planı ile çalışmaktadır. Hemşireler hastaların gereksinimlerini FSÖ modeline göre belirlemede ve NANDA tanıları ile bu gereksinimlere ilişkin bakım planları oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı klinikte hemşirelerin, hemşirelik süreci ile çalışıyor olmaları ve sürecin etkinliğinin değerlendirilmesi önemli bir noktadır. Bu çalışma sonuçları uygulama alanlarında hemşirelerin, hemşirelik süreci ile çalışabilme olanağını, psikiyatri hastalarının bakım sorunlarının saptanmasında FSÖ modelinin etkinliğini ve tanılama sürecinde NANDA'nın işlevliğini göstermesi yönünden önemli olacaktır. Bu araştırma bir psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının FSÖ modeline göre veri toplama ve NANDA'ya göre hastaların bakım gereksinimlerini belirleyebilme durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde 10 aylık bir dönemde retrospektif ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Eylül 2008-Haziran 2009 tarihleri arasında yatan ve Gordon'un (1982) FSÖ modeli ile NANDA doğrultusunda hemşireler tarafından bakım planı yapılan 80 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın yapıldığı klinikte hemşireler bakım planı ile çalışmaktadırlar. Çalışmanın yapıldığı dönemde klinikte tamamı kadın olan sekiz hemşire çalışmaktaydı. Hemşirelerin altısı lisans mezunu, 2'si ise ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında yüksek lisans yapmıştı. Hemşireler klinikte üç shift halinde vardiyalı çalışmaktadırlar. Hemşireler bakım planı ile çalışmaya başlamadan önce hemşirelik süreci ile çalışma, FSÖ modeli ve NANDA tanılama sistemi hakkında özel eğitim almışlardır.

Veriler klinik hemşireleri tarafından hazırlanan hasta bakım planlarının değerlendirilmesi ile elde edilmiştir. Hemşirelerin kullandıkları veri toplama formu standardize edilmiş bir veri toplama formudur. Veri toplama formu Gordon'un

FSÖ'yü,^[5,11] fiziksel ve ruhsal muayene bulgularını içermektedir.^[3] Veri toplama formunun FSÖ bölümünde aşağıdaki alt alanlar yer almaktadır:

Sağlığı algılama ve sağlığın yönetimi, beslenme-metabolizma, boşaltım, aktiviteyi sürdürme, bilişsel-algısal örüntü, benlik kavramı, rol-ilişki örüntüsü, cinsellik ve üreme, baş etme-stres toleransı, değerler-inanç, güvenlik-korunma ve rahatlıktır.^[5,11] Hemşirelerin hazırladığı hasta bakım planları, FSÖ'ye göre veri toplama durumları ve her bir FSÖ alanına ilişkin NANDA tanı sayısı ve hangi tanıların belirlendiği değerlendirilmiştir. Çalışmacılar tarafından yapılandırılmış 12 maddelik bir form ile hemşirelerin topladıkları veriler ve belirledikleri NANDA tanıları değerlendirilmiştir. NANDA tanılarının değerlendirilmesinde 1997-1998 yılları arasında NANDA tarafından onaylanan FSÖ'ye göre gruplandırılmış hemşirelik tanıları rehberi kullanılmıştır.^[12] Formda hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitimi, çalışma durumları, tanıları ve hastalığına ilişkin iç görü durumlarını değerlendiren sorular bulunmaktadır. Hemşireler bu verileri doğrudan hasta ve ailesi ile görüşerek belirlemişler, hastalarının tıbbi tanılarını ise klinik doktorunun DSM-IV'e göre belirlediği hasta dosyasından elde etmişlerdir. Ayrıca araştırmacılar tarafından hemşirelerin hazırladığı bakım planlarını değerlendirmek için FSÖ modelinin 11 alanına ilişkin bir liste ve her bir alana ilişkin olarak hemşirelerin veri toplama durumu "veri toplanmış", "veri toplanmamış" olarak kodlama yapılan bir form oluşturulmuştur. Ek olarak, bakım planında yer alan hemşirelik tanıları, fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılmış olan ve NANDA tarafından onaylanan hemşirelik tanıları ile araştırmacılar tarafından analiz edilmiştir. Bu analiz içinde her bir FSÖ alanına ilişkin NANDA tanıları, "sorun var", "sorun yok" ve "değerlendirilmemiş" şeklinde gruplandırılarak oluşturulan bir form ile değerlendirilmiştir. Hemşirelere FSÖ modeli ve tanılama aşaması, doğrudan NANDA tanı ifadeleri kullanılarak öğretildiği için, ba-

kım planlarında NANDA tanı ifadelerini doğru kullanmaları beklenmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için bakım planlarını yapan hemşirelerden araştırmanın amacı açıklanarak gerekli izin alınmıştır. Elde edilen veriler "SPSS for Windows 16.00" programında sayı ve yüzdelik dağılımla değerlendirilmiştir.

Bulgular

Bakım planları incelenen hastaların %51.2'si erkek, %48.8'i evli, %57.5'inin ilköğretim mezunu ve %71.2'sinin çalışmadığı saptanmıştır. DSM-IV tanı kriterlerine göre hastaların %48.8'inin şizofreni ve diğer psikotik bozukluk olduğu, %51.2'sinin hastaneye gelmeden önce alternatif tedavi (hocaya gitme, okunmuş su içme, yatır ziyaret etme vs) arayışlarının olduğu, %57.5'inin hastalığına karşı kabullenici, %52.5'inin iç görüşünün ve %82.5'inin aile desteğinin var olduğu, %28.8'inin aynı zamanda fiziksel hastalığının bulunduğu ve %72.5'inin aktivitelerini bağımsız yapabildiği belirlenmiştir.

Tablo 1'de hemşirelerin hasta bakım planlarında Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntülerine göre veri toplama durumları verilmiştir. Hemşirelerin bakım planlarında FSÖ'ye göre veri toplamada en yeterli olduğu alanlar, sırasıyla sağlığı algılama ve yönetme (%98.8), aktivite-egzersiz (%91.3), uyku ve dinlenme (%88.8), biliş ve algılama (%87.5) ve beslenme (%86.3) örüntüleridir. En az veri toplanan alanlar ise cinsellik ve üreme (%20.0), değer ve inançlar (%62.5) ve stres ve baş etme (%66.3) örüntüleridir.

Tablo 2'de hemşirelerin hasta bakım planlarında Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntü alanlarına göre sorun belirleme durumları gösterilmiştir. Hemşirelerin FSÖ modeline göre en fazla sorun saptadıkları alanlar, sağlığı algılama ve yönetme fonksiyonu (%91.3), stres ve baş etme fonksiyonu (%68.8), kendini algılama ve benlik fonksiyonu (%58.8), rol ve ilişki fonksiyonu (%52.5), biliş ve algılama (%48.6) ve uyku ve dinlenme fonksiyonu (%45.0) olarak belirlenmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin hasta bakım planlarında Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntü alanlarına göre veri toplama durumları (n=80)

| FSÖ veri toplama alanları | Veri toplanmış | | Veri toplanmamış | |
|--|----------------|-------|------------------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Sağlığı algılama ve yönetme fonksiyonu | 79 | 98.8 | 1 | 1.2 |
| Beslenme | 69 | 86.3 | 11 | 13.7 |
| Boşaltım | 63 | 78.8 | 17 | 21.2 |
| Aktivite - Egzersiz | 73 | 91.3 | 7 | 8.7 |
| Uyku - Dinlenme | 71 | 88.8 | 9 | 11.2 |
| Biliş ve algılama | 70 | 87.5 | 10 | 12.5 |
| Kendini algılama ve benlik | 57 | 71.3 | 23 | 28.7 |
| Rol ve ilişki fonksiyonu | 56 | 70.0 | 24 | 30.0 |
| Cinsellik ve üreme | 16 | 20.0 | 64 | 80.0 |
| Stres ve baş etme | 53 | 66.3 | 27 | 33.7 |
| Değer ve inançlar | 50 | 62.5 | 30 | 37.5 |

Tablo 3'de hemşirelerin FSÖ alanlarına göre hastalarda belirledikleri tanılarının sıklıkları görülmektedir. Hemşirelerin hastalardan elde ettikleri veriler doğrultusunda belirledikleri NANDA tanıları incelendiğinde 23 farklı NANDA tanısı belirledikleri ve 80 hastaya konan NANDA tanısının toplamda 402 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin en fazla belirlediği tanılar, stres ve baş etme alanında; bireysel baş etme-

de rahatsızlık (%12.9), kendini algılama ve benlik alanında; benlik saygısında azalma (%11.2), rol ve ilişki alanında; rol performansında bozulma (%10.4), uyku dinlenme alanında; uyku örüntüsünde rahatsızlık (%9.0), sağlığı algılama ve yönetme alanında; teropötik rejimi etkisiz yönetme (%7.5), başkalarına zarar verme potansiyeli (%6.2) ve biliş ve algılama alanında düşünce sürecinde değişimdir (%7.2).

Tablo 2. Hemşirelerin hasta bakım planlarında Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntü alanlarına göre sorun (tanı) belirleme durumları (sıklığı) (n=80)

| FSÖ | Sorun var | | Sorun yok | | Değerlendirilmemiş | |
|--|-----------|-------|-----------|-------|--------------------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde |
| Sağlığı algılama ve yönetme fonksiyonu | 73 | 91.3 | 6 | 7.5 | 1 | 1.2 |
| Beslenme | 15 | 18.7 | 54 | 67.6 | 11 | 13.7 |
| Boşaltım | 13 | 3.3 | 50 | 62.5 | 17 | 21.2 |
| Aktivite egzersiz | 30 | 37.5 | 43 | 53.8 | 7 | 8.7 |
| Uyku-dinlenme | 36 | 45.0 | 35 | 43.7 | 9 | 11.3 |
| Biliş ve algılama | 39 | 48.6 | 31 | 38.7 | 10 | 12.5 |
| Kendini algılama ve benlik | 47 | 58.8 | 10 | 12.5 | 23 | 28.7 |
| Rol ve ilişki fonksiyonu | 42 | 52.5 | 14 | 17.5 | 24 | 30.0 |
| Cinsellik ve üreme | 9 | 11.3 | 7 | 8.7 | 64 | 80.0 |
| Stres ve baş etme | 55 | 68.8 | 2 | 2.5 | 27 | 33.7 |
| Değer ve inançlar | 2 | 2.5 | 48 | 60.0 | 30 | 37.5 |

Tablo 3. Hemşirelerin gordon'un fonksiyonel sağlık örüntü alanlarına göre hastalarda belirledikleri hemşirelik tanıları

| FSÖ modeli veri toplama alanları | NANDA tanıları | Sayı | Yüzde |
|---|---|------------|--------------|
| Sağlığı algılama ve yönetme fonksiyonu* | Teropatik rejimi etkisiz yönetme | 30 | 7.5 |
| | Başkalarına zarar verme potansiyeli | 25 | 6.2 |
| | Kendine zarar verme potansiyeli | 23 | 5.7 |
| | Sağlık arama davranışı | 13 | 3.2 |
| | Sağlığı sürdürmede değişim | 10 | 2.5 |
| Beslenme | Beden gereksiniminden az beslenme | 14 | 3.5 |
| | Beden gereksiniminden fazla beslenme | 1 | 0.2 |
| Boşaltım | Konstipasyon | 10 | 2.5 |
| | Üriner boşaltımda değişim | 3 | 0.7 |
| Aktivite egzersiz | Fiziksel harekette bozulma: hipoaktif | 17 | 4.2 |
| | Fiziksel harekette bozulma: hiperaktif | 8 | 2.0 |
| | Bireysel bakımda yetersizlik | 5 | 1.2 |
| Uyku-dinlenme | Uyku örüntüsünde rahatsızlık | 36 | 9.0 |
| Biliş ve algılama* | Düşünce sürecinde değişim | 29 | 7.2 |
| | Duyusal algısal değişim | 23 | 5.7 |
| Kendini algılama ve benlik | Benlik saygısında azalma | 45 | 11.2 |
| | Beden imajında bozulma | 2 | 0.5 |
| Rol ve ilişki fonksiyonu | Rol performansında bozulma | 42 | 10.4 |
| Cinsellik ve üreme | Cinsel disfonksiyon | 7 | 1.7 |
| | Cinsel yaşamda değişiklik: libidoda artma | 2 | 0.5 |
| Stres ve baş etme* | Bireysel baş etmede yetersizlik | 52 | 12.9 |
| | Anksiyete | 3 | 0.7 |
| Değer ve inançlar | Spirüüel distres | 2 | 0.5 |
| Toplam | | 402 | 100.0 |

*Alana ilişkin tanıları birden fazla olduğu için yüzdeler toplam "n" sayısına göre alınmıştır.

Tartışma

Doğru ve güvenli bakımın sağlanması için, yeterli veri toplanması gerekmektedir.^[12] Bu çalışmada da hemşireler, FSÖ modeline göre değerlendirilen psikiyatri hastalarından, sağlığı algılama ve yönetme ile aktivite-egzersiz fonksiyonuna ilişkin en fazla, cinsellik ve üreme fonksiyona ilişkin ise en az oranda veri toplamışlardır. FSÖ'lerine göre hastaların bütün alanları değerlendirilmiştir. Bu bulgulara dayanarak hemşirelerin cinsellik ve üreme fonksiyonu dışındaki alanlarda veri toplama düzeylerinin yeterli olduğu söylenebilir. Hemşirelik süreci birbirine bağımlı ve birbirini takip eden aşamalardan oluştuğundan ve bireylerin çok yönlü ele alınması gerekli olduğundan bu sonuç hasta yararına olumlu görünmektedir. Özer ve Kuzu'nun (2006) ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin hasta bakımında hemşirelik sürecini kullanma durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada öğrencilerin veri toplamada en yeterli olduğu alanlar, sırasıyla sağlığı algılama, beslenme ve metabolizma, bilişsel-algisal örüntüler, en az veri toplanan alanlar ise değerler ve inanç, güvenlik ve korunma, baş etme ve cinsellik olduğu saptanmıştır.^[9] Bu çalışmanın bulguları ile kıyaslandığında ortak olarak en çok sağlığı algılama, en az da cinsellik ve üreme alanına ilişkin veri toplanması benzer bir sonuçtur.

Lopes ve ark.'nın (2009) çalışmasında NANDA hemşirelik tanılarının kullanışlı, geçerli ve önemli olduğu vurgulanmaktadır.^[13] Staub- Müler (2009), NANDA hemşirelik tanılarının hemşirelikte dil birliğini sağlamada önemli olduğu ve hemşire kayıtlarında, hemşirelik girişimlerinde ve hasta sonuçlarında kaliteyi sağlayacağını belirtmiştir.^[14] Bu çalışmada da hemşireler Gordon'un FSÖ'lerine göre, en fazla sağlığı algılama ve yönetme, biliş ve algılama, stres ve baş etme, benlik kavramı, rol ve ilişkiler ile uyku alanında tanı belirlemişlerdir. Değerler ve inanç ile cinsellik ve üreme en az veri toplanan alanlar olması nedeniyle, veri toplamaya paralel olarak en az tanı konulan alanlar olmuştur. Çalışmamızdaki bu bulgular literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Babadağ ve ark.'nın (2004) spinal kord yaralanmalı bir örnek vaka üzerinde yapmış oldukları çalışmada literatürde yer alması gerektiğinin belirtilmesine rağmen öğrencilerin cinsel işlev bozukluğu ile ilgili hemşirelik tanılarına yer vermedikleri belirtilmektedir.^[15] Öğrenci hemşirelerin sıklıkla kullandığı hemşirelik tanılarını saptamak amacıyla yapılan diğer bir çalışmada da inanç ve değerler ve cinsellikle ilgili tanıların yer almadığı görülmektedir.^[16] Aynı zamanda en sık kullanılan tanıların belirtildiği diğer çalışmaların hiç birisinde, değer ve inanç ile cinsellik ve üreme alanına ilişkin tanı konulduğuna dair bilgi bulunmamaktadır.^[17-20] Bu alanların daha soyut kavramlar olması ve hastaların mahremiyetine giren konuları içermesi, hemşirelerin bu alana yönelik bilgi eksikliğine neden olabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada NANDA hemşirelik tanılarına göre, hem-

şirelerin en fazla belirlediği tanılar, bireysel baş etmede rahatsızlık, benlik saygısında azalma, rol performansında bozulma, uyku örüntüsünde rahatsızlık, teropötik rejimi etkisiz yönetme, başkalarına zarar verme potansiyeli ve düşünce sürecinde değişimdir. Çalışma bulguları değerlendirildiğinde hastaların daha çok psikososyal yönlerine ilişkin tanıların belirlendiği söylenebilir. Bu sonuç, psikiyatri hastalarının hastalıklarının özellikle duygu, düşünce, davranış ve ilişkilerde sorunlara neden olması ile ilgili olabilir. Çam ve ark. (2004), öğrenci hemşirelerin psikiyatri hastaları için hemşirelik tanılarını inceledikleri çalışmada, uyku düzeninde bozukluk, sosyal izolasyon, bireysel baş etmede yetersizlik, benlik saygısında bozukluk, düşünce sürecinde değişimi en sık kullandıkları ilk beş sırada belirlemişlerdir.^[4] Literatürde psikiyatri dışındaki kliniklerde tedavi gören hastalarla yapılan çalışmaların sonuçlarının bu çalışma sonuçlarından farklı olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda öğrencilerin belirlediği tanıların daha çok bireyin fizyolojik boyutu ile ilgili tanılar olduğu dikkati çekmektedir. Altun (2000) birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin Hemşirelik Esasları dersinin klinik uygulamasında, hazırladıkları bakım planlarını değerlendirmiştir. Öğrencilerin bakım planlarında sık kullanılan tanılar, uyku alışkanlığında bozukluk, deri bütünlüğünde bozulma riski, yaralanma riski, total öz bakım eksikliği, fiziksel harekette bozukluk, beslenme, boşaltım alışkanlığında ve solunum fonksiyonlarında değişimdir.^[16] Özkan ve ark. (2002) abdominal cerrahi girişim geçiren 22 hasta da kendilerinin hazırlayıp uyguladıkları hemşirelik bakım planlarını değerlendirmişlerdir. Bu değerlendirmede en sık akut ağrı, enfeksiyon riski, fiziksel mobilitede bozulma tanısını koymuşlardır.^[18] Öztürk ve ark. (2003), serebrovasküler olay geçirmiş olan 37 hastada öz bakım yetersizliği (defisit) sendromu, enfeksiyon riski ve travma riski tanılarını daha sık kullanmışlardır.^[19] Beyin tümörlü hastaların bakım gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada da hemşirelerin ilk beş sırada belirlediği tanılar konstipasyon, bulantı, yetersiz sıvı volümü, akut ağrı ve hipertermi olarak belirlenmiştir.^[8] Altunsaray ve ark. (2003), takip ettikleri 121 hemodiyaliz hastasında kullandıkları hemşirelik tanılarını değerlendirmişlerdir. Bu hastalarda en sık kullanılan tanılar, enfeksiyon riski ve doku bütünlüğünde bozulmadır.^[11] Erdemir (2003), çocuk sağlığı ve hastalıkları dersinde öğrencilerin 569 hasta için hazırladıkları bakım planlarını incelemiştir. Bakım planlarında en sık kullanılan tanılar, beslenmede değişim, gereğinden daha az beslenme, beden ısısında değişim riski, anksiyetedir.^[21] Güner ve Terakye (2000), Türkiye'deki beş hemşirelik yüksek okulunun son sınıfında okuyan 196 öğrenciye, 20 örnek klinik örnek vaka vererek bu vakalardaki hemşirelik tanılarını belirlemelerini istemiştir. Bu örnek vaka çalışmasında da en fazla konulan tanılar, uyku alışkanlığında bozulma, sosyal izolasyon ve enfeksiyon riskidir.^[20] Karadakovan ve Yeşilbalkan (2004) çalışmasında

öğrencilerin ilk üç sırada belirlediği tanılar aktivite egzersiz biçimi, beslenme metabolik durum ve bilişsel algılama biçimi şeklinde saptanmıştır.^[6]

Bu bulgulara dayanarak genel kliniklerde çoğunlukla fiziksel sağlık sorunlarının öncelikli olarak tanılandığı, buna karşın psikiyatri kliniklerinde ise psikososyal sorunların tanımlanmasına ağırlık verildiği söylenebilir. Bu çalışmanın sonuçları da bu durumla paralellik göstermekle birlikte, çalışmamızda hemşirelerin fiziksel sağlık sorunlarını da gözden kaçırmadıkları, beden gereksiniminden az beslenme, konstipasyon, bireysel bakımda yetersizlik gibi tanılar da saptadıkları görülmektedir. Bu olumlu bir sonuçtur ve psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin hastalarını biyopsikososyal yönlerden değerlendirdiklerini ortaya koymaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada en fazla veri toplanan alanların, sağlığı algılama ve yönetme, en az veri toplanan alanların ise değerler inanc ve cinsellik olduğu sonucuna varılmıştır. Hemşireler tarafından hastalarda belirlenen hemşirelik tanılarının mevcut vakalara uygun ve daha çok bireyin psikososyal boyutu ile ilgili olduğu saptanırken, hastaların fizyolojik gereksinimlerinin de ihmal edilmediği belirlenmiştir. Sonuç olarak, hemşirelerin FSÖ modelini kullandıklarında psikiyatri hastalarının yoğun olarak yaşadıkları problemleri değerlendirmede önemli olan verileri gözden kaçırmadıkları görülmüştür. Ayrıca hemşirelerin psikiyatri hastalarının en çok yaşayabileceği hemşirelik bakım problemlerinin de farkında oldukları söylenebilir. Ancak, hemşirelerin cinsellik ve üreme ile değer ve inanc alanlarına ilişkin veri toplama ve bu alanlara ilişkin bakım problemini saptayıp çözüm getirebilmeleri konusunda farkındalık geliştirme ve desteklenmeleri gereklidir. Bu çalışma sonuçları diğer psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerle paylaşılarak, uygulama yaygınlığının artırılması sağlanabilir.

Kaynaklar

1. Esatoğlu AE, Ersoy K. Hasta tatmininin ölçülmesi. İçinde: Çoruh M, editör. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ve performans ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı; 1997. s. 61-71.
2. Kocaman G. Türkiye'de hemşirelik eğitim sorunları. 12 Mayıs 2003 Dünya Hemşireler Günü. Özel Baskı: 2003. s. 71-91.
3. Stuart GW. Implementing The nursing process: Standards of care. principles practice psychiatric nursing. 6th ed. St. Louis Missouri: Mosby; 1998. p. 177- 91.

4. Çam O, Özgür G, Gürkan A, Dülgerler S ve ark. Psikiyatri hemşireliği klinik uygulamalarında öğrenci hemşirelerin hemşirelik süreci raporlarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004;20:23-34.
5. Gordon M. Diagnostic categories grouped by functional health patterns. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Ankara: 2003. s. 6-7
6. Karadakovan A, Yeşilbalkan ÖU. Öğrencilerin nörolojik hastalarda saptadıkları NANDA hemşirelik tanılarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;7:1-7.
7. Lee T, Mills ME. The relationship among medical diagnosis, nursing diagnosis, and nursing intervention and the implications for home health care. J Prof Nurs 2000;16:84-91.
8. İlçe A, Totur B, Özbayır T. Beyin tümörlü hastaların uluslar arası NANDA hemşirelik tanılarına göre değerlendirilmesi: bakım önerileri. J Neurol Sci 2010;27:178-84.
9. Özer FG, Kuzu N. Öğrencilerin bakım planlarında hemşirelik süreci ve nanda tanılarını kullanma durumları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006;22:69-80.
10. Yılmaz M, Çiğci S. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg 2010;18:183-9.
11. Carpenito JL. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Erdemir F (çev)., 7. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999.
12. Birol L. Hemşirelik Süreci. 8. baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2007.
13. Lopes Jde L, de Barros AL, Michel JL. A pilot study to validate the priority nursing interventions classification interventions and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis "excess fluid volume" in cardiac patients. Int J Nurs Terminol Classif 2009;20:76-88.
14. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. Int J Nurs Terminol Classif 2009;20:9-15.
15. Babadağ K, Kaya N, Esen F. Öğrencilerin NANDA hemşirelik tanılarını belirleme durumlarının saptanması. Hemşirelik Forumu 2004;7:37-41.
16. Altun I. Öğrenci hemşirelerin bakım planlarında sıklıkla kullandıkları hemşirelik tanıları. I. Uluslararası VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı. Antalya: 2000. s. 97-8.
17. Altunsaray E, Demirtaş I, Kayan D. Hemodiyaliz hastalarında kullanılan hemşirelik tanıları. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu 2003. s. 47-8.
18. Özkan E, Kaya Z, Güllen F. Abdominal cerrahi girişim geçiren hastalarda kullanılan hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Ankara: 2003. s. 23-4.
19. Öztürk F, Avcı Y, Şahin M. Serebrovasküler olay geçirmiş olan hastalarda kullanılan hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve hemşirelik sonuçları. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu Kitabı. Ankara: 2003. s. 45-6.
20. Güner P, Terakye G. Hemşirelik yüksekokulları son sınıf öğrencilerinin hemşirelik tanılarını belirleyebilme düzeyleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;4:9-15.
21. Erdemir F. Utilization of nursing diagnoses by students during a pediatric nursing course in Turkey. International Journal of Nursing Terminology and Classifications 2003;14:59.

* Bu çalışma 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (5-9 Ekim 2011, İzmir).