



T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRE KAYITLARI İLE İLGİLİ YAŞANAN SORUNLAR,
NEDENLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ: RETROSPEKTİF VE
NİTEL BİR ARAŞTIRMA**

Hande DEMİRTAŞ
Doktora Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ

Bandırma 2024

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRE KAYITLARI İLE İLGİLİ YAŞANAN SORUNLAR,
NEDENLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ: RETROSPEKTİF VE
NİTEL BİR ARAŞTIRMA**

Hande DEMİRTAŞ
Doktora Tezi

Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ

Bandırma 2024

“Bu çalışma Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje Numarası: 23-1013-002”



BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Bu çalışma 13.09.2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora Programı Doktora Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Hande DEMİRTAŞ

13/09/2024

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince her zaman desteğini hissettiğim, bana yol gösteren, bilgisini ve zamanını esirgemeyen, akademisyenliği, kişiliği ve hoşgörüsü ile rol model aldığım değerli danışmanım Sayın Hocam, **Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ'a**

Bilgi, deneyim ve görüşleriyle doktora eğitim sürecime ve tezime değerli katkıları ve destekleri için Sayın Hocam, **Doç. Dr. Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ'a**

Bilgi ve tecrübeleriyle doktora sürecime ve tezime değerli katkıları için tez izlem komitesinde yer alan Sayın Hocam, **Doç. Dr. Gökhan ABA'ya**

Her zaman yanımda olan, varlığından güç aldığım ve tezimin her aşamasında sabrı, anlayışı ve desteğini hissettiğim canım eşim, **Oktay DEMİRTAŞ'a**

Bu sürecime özveri ile destek olan canım oğlum **Yusuf Efe DEMİRTAŞ** ve canım kızım **Defne DEMİRTAŞ'a**

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi koşulsuz sevgisi, güveni ve desteği ile yanımda olan **değerli aileme,**

Tez sürecinde yardım ve desteklerini esirgemeyen yöneticilerime, çalışmaya katılma duyarlılığı gösterip tecrübe ve bilgileriyle katkıda bulunan koroner yoğun bakım hemşirelerine, veri tarama sürecinde desteklerini esirgemeyen arşiv bölümünde çalışan personellere,

Tüm kıymetli arkadaşlarım ve dostlarıma,

Teşekkür ederim.

Hande DEMİRTAŞ

Bandırma

13/09/2024

ÖZET

HEMŞİRE KAYITLARI İLE İLGİLİ YAŞANAN SORUNLAR, NEDENLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ: RETROSPEKTİF VE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Araştırma, hemşirelik kayıtlarının tutulmasında yaşanan sorunları, nedenlerini ve çözüm önerilerini belirlemek amacıyla karma tasarımda gerçekleştirilmiştir. Etik onay ve kurum izni alınan bu araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin koroner yoğun bakım biriminde yürütülmüş olup, nicel aşamada 800 hasta dosyasındaki hemşirelik kayıtları incelenmiş, nitel aşamada ise 13 hemşire ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Nicel veriler hasta dosyalarında yer alan ve kurum tarafından kullanılan hemşirelik formlarından yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama aracı ile toplanmıştır. Nitel veriler ise yarı yapılandırılmış görüşme formu ile bireysel derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Nicel verilerin analizinde SPSS 23, nitel verilerin analizinde MAXQDA Pro 2020 programı kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, incelenen hemşirelik kayıtlarında en fazla saptanan sorunun boş bırakılan kayıtlar olduğu, bunun yanı sıra eksik, yüzeysel, okunaksız, karalama ve kısaltma yapılan kayıtların da olduğu saptanmıştır. Hemşireler ile yapılan görüşmelerde hemşirelerin kayıtların gerekliliği konusunda farkındalıkları olmasına rağmen hemşirelik bakımının görünürlüğüne sağlayan kayıtların tutulmasında problemler olduğu belirlenmiştir. Hemşireler hem kağıt hem de elektronik kayıtların tutulmasında sorun yaşadıklarını belirtmiş olup, bu sorunlar kayıt sisteminin oluşturulma sürecine yönelik, çalışma yükü ile ilişkili ve duyarlılık ile ilgili nedenlerden kaynaklandığı saptanmıştır. Hemşirelerin sorunların önlenmesi için kağıt tabanlı kayıtların elektronik kayıtlara dönüştürülmesi, kayıt tutmak için gerekli araç gereç imkanlarının güçlendirilmesi, elektronik kayıtlarda sistemsiz iyileştirmelerin yapılması, kullanılan formların standardize edilmesi, her birimin kendine özgü formlarının oluşturulması, görev dışı konularda hemşirelere görev ve sorumluluk verilmemesi, tutulan kayıtlara yönelik denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi ve personel sayısının artırılmasını önerdikleri ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Hemşirelik, Hemşirelik Kayıtları, Sağlık Kayıtları.

Proje Desteği: Araştırma Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü tarafından 23-1013-002 proje numarası ile desteklenmiştir.

ABSTRACT

PROBLEMS RELATED TO NURSE RECORDS THEIR CAUSES AND SOLUTIONS: RETROSPECTIVE AND QUALITATIVE RESEARCH

The research was conducted in a mixed design to determine the problems experienced in keeping nursing records, their causes and solution suggestions. This research, for which ethical approval and institutional permission were obtained, was conducted in the coronary intensive care unit of a training and research hospital and nursing records in 800 patient files were examined in the quantitative phase and interviews were conducted with 13 nurses in the qualitative phase. Quantitative data were collected using a data collection tool created by the researcher using nursing forms found in patient files and used by the institution. Qualitative data were collected using a semi-structured interview form and individual in-depth interviews. SPSS 23 was used in the analysis of quantitative data and MAXQDA Pro 2020 program was used in the analysis of qualitative data. As a result of the research, it was determined that the most common problem detected in the nursing records examined was the records left blank, as well as the records that were incomplete, superficial, illegible, scribbled and abbreviated. In the interviews conducted with the nurses, it was determined that although the nurses were aware of the necessity of records, there were problems in keeping records that ensure the visibility of nursing care. Nurses stated that they had problems in keeping both paper and electronic records, and it was determined that these problems were caused by reasons related to the process of creating the record system, workload-related and sensitivity-related reasons. It was revealed that nurses suggested converting paper-based records to electronic records, strengthening the equipment and facilities required for record keeping, making systematic improvements in electronic records, standardizing the forms used, creating forms specific to each unit, not assigning duties and responsibilities to nurses in matters outside of their duties, strengthening the control mechanisms for the records kept, and increasing the number of staff in order to prevent problems.

Key Words: Nurse, Nursing, Nursing Records, Health Records.

Project Support: The research was supported by Bandırma Onyedi Eylül University Scientific Research Projects Coordination Office with project number 23-1013-002.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI

BEYAN.....i

TEŞEKKÜR..... ii

ÖZET..... iii

ABSTRACTiv

İÇİNDEKİLER.....v

TABLolar LİSTESİ..... viii

ŞEKİLLER LİSTESİ.....ix

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİx

1.GİRİŞ1

2.GENEL BİLGİLER.....3

2.1. Sağlık Kayıtlarının Tarihsel Gelişimi ve Önemi3

2.2. Hemşirelik Kayıtları4

2.2.1. Hemşirelik Kayıt Türleri6

2.2.1.1. Kağıt tabanlı hemşirelik kayıtları.....6

2.2.1.2. Elektronik hemşirelik kayıtları.....7

2.2.1.2.1. Hemşire karar destek sistemleri8

2.2.2. Hemşire Kayıtlarının Önemi9

2.2.2.1. Hemşire kayıtlarının bakımın kalitesine etkisi.....11

2.2.2.2. Hemşire kayıtlarının bakımın görünürlüğüne etkisi12

2.2.2.3. Hemşire kayıtlarının ekip içi iletişime etkisi13

2.2.2.4. Hemşire kayıtlarının denetime etkisi.....14

2.2.2.5. Hemşire kayıtlarının eğitim ve tıbbi araştırmalara etkisi15

2.2.2.6. Hemşire kayıtlarının hasta güvenliğine etkisi16

2.2.2.7. Hemşire kayıtlarının maliyete etkisi.....18

2.2.2.8. Hemşire kayıtlarının performans değerlendirmeye etkisi18

2.2.2.9. Hemşire kayıtlarının çalışan güvenliğine etkisi.....19

2.2.2.10. Hemşire kayıtlarının toplumun güvenine etkisi20

2.2.2.11. Kanıta dayalı kalite göstergelerine etkisi.....20

2.2.3. Hemşire Kayıtlarının Standartları22

2.2.4. Hemşire Kayıtlarının Yasal Boyutu	23
2.2.4.1. Hemşirelerin kayıtlardaki sorumlulukları	24
2.2.5. Hemşire Kayıtlarındaki Problemler ve Nedenleri	25
2.2.5.1. Kayıtlara ilişkin zorluklar/zaman alıcı olması	25
2.2.5.2. İş yoğunluğu	26
2.2.5.3. Hemşire eksikliği	27
2.2.5.4. Kayıtlar hakkında yetersiz bilgi	28
2.2.5.5. Yönetici desteği eksikliği	29
2.2.5.6. Sosyal ve bireysel özellikler	30
3.GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Amacı	31
3.2. Araştırmanın Türü.....	31
3.3. Araştırma Soruları.....	31
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
3.5. Araştırma Süreci	32
3.5.1. Araştırmanın Nicel Aşaması	33
3.5.1.1. Araştırmanın evreni ve örnekleme	33
3.5.1.2. Veri toplama araçları	33
3.5.1.3. Verilerin toplanması.....	34
3.5.1.4. Verilerin değerlendirilmesi	34
3.5.2. Araştırmanın Nitel Aşaması	34
3.5.2.1. Araştırmanın evreni ve örnekleme	34
3.5.2.2. Veri toplama araçları	35
3.5.2.3. Verilerin toplanması.....	35
3.5.2.4. Verilerin değerlendirilmesi	36
3.6. Etik İlkeler.....	37
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
3.8. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler	38
3.9. Araştırmanın Mali Yönü	38
4.BULGULAR.....	39
4.1. Araştırmanın Nicel Aşamasına Yönelik Bulgular.....	39
4.2. Araştırmanın Nitel Aşamasına Yönelik Bulgular	61

4.2.1. Ana Tema 1. Hemşire Kayıtlarına İlişkin Hemşirelerin Görüşleri ve Sorunları	61
4.2.1.1. Alt tema: Hemşirelerin kayıtların yararlarına yönelik düşünceleri	63
4.2.1.2. Alt tema: Hemşirelerin kağıt tabanlı kayıtlara yönelik yaşadıkları sorunlar	70
4.2.1.3. Alt tema: Hemşirelerin elektronik kayıtlara yönelik yaşadıkları sorunlar	75
4.2.2. Ana Tema 2. Kayıt Sürecinde Yaşanan Sorunların Nedenleri	77
4.2.2.1. Alt tema: Kayıt sisteminin oluşturulma sürecine yönelik nedenler	79
4.2.2.2. Alt tema: Çalışma yükü ile ilgili nedenler	81
4.2.2.3. Alt tema: Duyarlılık ile ilgili nedenler	85
4.2.3. Ana Tema 3. Hemşirelerin Kayıt Sürecinin İyileştirilmesine Yönelik Önerileri	89
4.2.3.1. Alt tema: Kayıt sistemi ile ilgili öneriler	90
4.2.3.2. Alt tema: Yönetim süreci ile ilgili öneriler	94
5.TARTIŞMA	99
5.1. Araştırmanın Nicel Bulgularının Tartışılması	99
5.2. Araştırmanın Nitel Bulgularının Tartışılması	108
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	125
7.KAYNAKLAR	129
8.EKLER	140
9.ÖZGEÇMİŞ	152

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Çalışma Takvimi	32
Tablo 3.2. Nitel Görüşmelere Yönelik Bilgiler	36
Tablo 4.1. Hasta Tanılama Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular	40
Tablo 4.2. Yoğun Bakım Gözlem Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular	45
Tablo 4.3. Hasta Taburcu Eğitim Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular	49
Tablo 4.4. Yatan Hasta ve Hasta Yakını Eğitim Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular	50
Tablo 4.5. Kan Transfüzyon Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular	52
Tablo 4.6. Güvenli İnvaziv İşlem Kontrol Listesi Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular	53
Tablo 4.7. Hasta Transfer Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular	54
Tablo 4.8. Tedavi Bilgilendirme Onam Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular	55
Tablo 4.9. Nutrisyon Skorum Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular	56
Tablo 4.10. Bakım Planı Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular	57
Tablo 4.11. Bakım Planı Form Tipine İlişkin Bulgular	58
Tablo 4.12. Sözel Order Formuna İlişkin Bulgular	58
Tablo 4.13. Mavi Kod, Hasta Eşyaları Teslim Formu, Narkotik ve Psikotrop Talep Formlarına İlişkin Bulgular	59
Tablo 4.14. Formların Doldurulma Oranlarına Yönelik Bulguların Dağılımı	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Amerikan Hemşireler Birliği 12 Sınıflama Sistemi.....	5
Şekil 2.2. Hemşire Kayıtlarının Önemi	10
Şekil 4.1. Araştırmanın Ana Temaları	61
Şekil 4.2. Hemşire Kayıtlarına İlişkin Hemşirelerin Görüşleri ve Sorunları	62
Şekil 4.3. Hemşirelerin Kayıtların Yararlarına Yönelik Düşünceleri	63
Şekil 4.4. Hemşirelerin Kayıtların Yararlarına Yönelik Düşüncelerinin İlişki Haritası	69
Şekil 4.5. Hemşirelerin Kağıt Tabanlı Kayıtlara Yönelik Yaşadıkları Sorunlar	70
Şekil 4.6. Hemşirelerin Kağıt Tabanlı Kayıtlara Yönelik Yaşadıkları Sorunların İlişki Haritası	74
Şekil 4.7. Hemşirelerin Elektronik Kayıtlara Yönelik Yaşadıkları Sorunlar	75
Şekil 4.8. Kayıt Sürecinde Yaşanan Sorunların Nedenleri	78
Şekil 4.9. Kayıt Sisteminin Oluşturulma Sürecine Yönelik Nedenler	79
Şekil 4.10. Çalışma Yüğü ile İlgili Nedenler	81
Şekil 4.11. Duyarlılık ile İlgili Nedenler	85
Şekil 4.12. Kayıt Sürecinde Yaşanan Sorunların Nedenlerinin İlişki Haritası	88
Şekil 4.13. Hemşirelerin Kayıt Sürecinin İyileştirilmesine Yönelik Önerileri	89
Şekil 4.14. Kayıt Sistemi ile İlgili Öneriler	90
Şekil 4.15. Yönetim Süreci ile İlgili Öneriler	94
Şekil 4.16. Hemşirelerin Kayıt Sürecinin İyileştirilmesine Yönelik Önerilerinin İlişki Haritası	96
Şekil 4.17. Araştırma Temalarının İlişki Haritası	97

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)

COVID-19: Yeni Koronavirüs

EMRAM: Elektronik Sağlık Kaydı Kabul Modeli (Electronic Medical Record Adoption Model)

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

JCI: Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International)

KYB: Koroner Yoğun Bakım

mNUTRIC: Modified Nutrition Risk in the Critically Ill

NANDA: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği (North America Nursing Diagnosis Association)

NANDA-I: NANDA Uluslararası (NANDA International)

OECD: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (Organisation for Economic Co-Operation and Development)

ÖBS: Ölüm Bildirim Sistemi

TCK: Türk Ceza Kanunu

1. GİRİŞ

Sağlık kayıtları geçmişten günümüze kadar bireylere verilen sağlık hizmetlerini yansıtan önemli verilerdir. Sağlık kayıtları elektronik veya kağıt tabanlı olarak oluşturulabilmektedir. Kayıtlar sayesinde yapılan bakım ve tedavinin kim tarafından, nerede, ne zaman ve nasıl yapıldığı ispatlanmakta olup, bireylere yapılan hizmetin değerlendirilmesinde esas alınan belgelerdir. Ayrıca sağlık kayıtları hastalara, sağlık çalışanlarına ve sağlık kurumlarına yarar sağlamaları bakımından son derece önemlidir (Karaköse, 2021).

Sağlık hizmeti içerisinde hasta ile birebir ve en fazla zaman geçiren ekip üyeleri olan hemşirelerin oluşturdukları kayıtlar sağlık kayıtları içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Hemşirelik kayıtları, bireylere planlanan ve uygulanan bakımın kayıtları olup hastanın bakım ve tedavi sürecindeki değişiklikleri, hemşirelerin değerlendirmelerini ve hasta bilgilerini içermektedir (Tadesse, Endale, Asegidew, Tessema, Shiferaw, 2024).

Hemşirelerin kayıtları, bakımı bilimsel temele dayandırmaları, bakımın kalitesini ve görünürlüğünü sağlayabilmeleri açısından önem arz etmektedir. Ayrıca hastaya yapılan müdahaleler için yasal dayanak oluşturmaları, bakımın devamlılığı, ekip içi iletişimi sağlama, performans değerlendirme, denetim, eğitim ve öğretim faaliyetlerinde kritik bir kaynak olarak kullanılmaktadır. Hemşire kayıtları hemşirelik sürecinin önemli bir parçası olup, sağlık ekibinin hastanın durumundaki farklılıkları erken tespit etmesine ve etkin biçimde müdahale edilmesine olanak tanınması bakımından da önemlidir (Tadesse ve ark. 2024). Bu kayıtlar hastaların tedavi süreç ve sonuçlarını etkileyebildiği gibi hemşirelik mesleğinin gelişmesinde vazgeçilemez yeri olması sebebi ile hemşirelerin yapmaları gereken en önemli ve öncelikli görevlerinden biridir (Molla, Temesgen, Kerie, Endeshaw, 2024). Bu sebeple hemşirelik kayıtlarının tam ve eksiksiz tutulması kaliteli sağlık hizmeti için hayati önem taşımaktadır.

Dünya genelinde yapılan araştırmalarda hemşirelik kayıtlarında çeşitli sorunlar yaşandığı belirtilmektedir (Aydemir, 2021; Bjerkan, Valderaune, Olsen, 2021; Öztürk, Varlı, Koç Aslan, 2022; Rossi, Butler, Coakley, Flanagan, 2023; Shahbodaghi, Moghaddasi, Asadi, Hosseini, 2024; Tadesse ve ark. 2024). Hemşirelik kayıtlarındaki bu sorunların saptanması ve önlenmesi sağlık bakım hizmetinin, dolayısı ile sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracaktır.

Bu nedenle hemşirelik kayıtlarındaki iyileştirme faaliyetleri sağlık hizmetinin gelişmesi için büyük önem taşımaktadır (Shahbodaghi ve ark. 2024). Ayrıca teknolojik gelişmelerin etkisi her alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerini de yakından etkilemektedir. Günümüzde hemşirelik kayıtları elektronik kayıtlar olarak da oluşturularak hastalara, hemşirelere ve kurumlara yarar sağlayacak teknolojik yöntemlerle kullanılmaktadır. Bu sayede kayıtları oluşturan hemşirelere kolaylık sağlanarak mevcut iş yükleri azalabilmektedir (Taçar, 2022). Hemşirelik kayıtlarındaki sorun ve nedenlerinin ortaya konması hemşirelik kayıtlarını geliştirilebilecek inovasyonlara veri sağlayabilecek bir kaynak olabilecektir.

Literatürde konuyla ilgili genel bulgular bulunmakla birlikte (Colligan, Potts, Finn, Sinkin, 2015; Wang, Yu, Hailey, 2015; Akhu-Zaheya, Al-Maaitah, Hani, 2018; Pakiş Çetin ve Çevik, 2021; Gürkan, Enç, Türen, 2023) sağlık kurumlarına özgü olarak yaşanan sorunları ve nedenlerini ortaya koyan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışma ile hemşirelik kayıtlarında kurumsal olarak yaşanan sorunların saptanması, nedenlerinin belirlenmesi ve bu nedenlerin önlenmesine yönelik önerilerin geliştirilmesinin sağlanması amaçlanmaktadır. Çalışmanın gelecekte yapılacak kurumsal iyileştirmeler ve düzenlemeler, yasal düzenlemeler, hizmet içi eğitimler ve hemşirelik eğitimlerinin geliştirilmesine yarar sağlayacağı öngörülmektedir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı birimde aktif çalışan ve kayıtları oluşturan hemşirelerin kayıtlardaki sorunları, nedenleri ve buna yönelik önerilerinin detaylı olarak ele alınması ile kayıtlardaki problemlerin çözümünde ve geliştirilecek stratejilerde yönetici hemşirelere ve sağlık kurumuna rehberlik etmesi beklenmektedir. Elde edilecek verilerin literatüre katkı sağlayabileceği gibi kayıtlardaki problemlerin nedenlerinin derinlemesine belirlenmesinde ve kurumsal iyileştirmelerin planlanmasında diğer kurumlara da yol gösterici olacağı öngörülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kayıtlarının Tarihsel Gelişimi ve Önemi

Bilginin iletilebilir ve kalıcı olabilmesi sadece kayıt edilmesiyle sağlanabilmektedir. İlk çağlardan günümüze kadar hasta bakımı ve tedavisiyle uğraşan bireyler çalışmalarını, hastalara uyguladıkları tedavi yöntemlerine ait belgeleri, farklı yazı biçimleriyle belirterek kendilerinden sonrakilerin bu bilgilerden yararlanmalarını sağlamışlardır (Taşkiran ve Bayık Temel, 2017).

Sağlık kayıtları “Hastanın hastalığının seyrini tarif eden periyodik gelişme notları dahil olmak üzere hastanın bakımı ile ilgili bütün sağlık disiplinleri tarafından gerçekleştirilen teşhis ve tedavi faaliyetlerinin organize edilmiş raporu” olarak tanımlanmaktadır (Özkan, 2023). Sağlık çalışanlarının kağıt ya da elektronik olarak oluşturduğu tüm bilgi ve belgeler sağlık kayıtları kapsamındadır. Sağlık kayıtları, hastanın durumu ile müdahalelere tepkisi hakkında uygulamaların görüntüsünü sunmaktadır (Karaköse, 2021). Kayıtların oluşturulmasından depolanmasına kadar geçen tüm süreç sağlık kayıtlarının yönetimi süreci olarak tanımlanmaktadır. Etkin ve verimli bir kayıt yönetimi sağlık kurumlarının yönetiminde de kolaylık sağlamaktadır. Yazılı ya da dijital olarak yapılan tüm sağlık kayıtlarının geçmişe ve geleceğe yararları olmaktadır (Çolaklar, Şeşen, Gültekin, 2020). Bu sebeple sağlık kayıtları hasta, sağlık çalışanları ve hastane yönetimi açısından önemli dokümanlardır (Karaköse, 2021).

İlk çağlarda oluşturulmuş mağaralardaki resimler, sonrasında kil tabletler ile papirüslerdeki sağlık verileri ilk sağlık kayıtlarıdır. Tarihteki ilk tıp doktoru olan Hipokrat ise hastalarına yönelik gözlem ve takiplerini kayıt etmiş ve günümüze ulaşmasını sağlamıştır. Antik dönem hekimlerinden olan Galen, hastaların vital bulgularını kayıt ederek hastalara ait günlük gözlemler tutmuştur. İbni Sina'nın yazdığı Şifa ve Tıbbın Kanunu kitapları Orta Çağ üniversitelerinde ders kitabı olarak okutulan ve eğitim faaliyetlerine fayda sağlamış sağlık kayıtlarıdır. İlk eğitim müfredatı 1932 yılında Amerikan Cerrahlar Birliği'nin bir hastanedeki sağlık kayıtlarını incelemesiyle oluşturulmuştur (Şenel Tekin, 2023).

Tarihin tüm dönemlerinde insan sağlığı konusu önemini korumuştur. İnsan sağlığı ile ilgili üretilen tüm sağlık kayıtları sağlık hizmetlerinin hem kanıtı, hem de temeli olmaktadır.

Her dönem için önemini koruyan sağlık kayıtları, sağlık kurumlarının kaliteli ve verimli hizmet verebilmesinde günümüzde olduğu gibi şüphesiz gelecekte de önemli olacaktır (Şenel Tekin, 2023).

Sağlık hizmetleri kayıtları içerisinde en fazla oranda hemşirelik kayıtları tutulmaktadır. Hemşireler hastalar ile en fazla vakit geçiren sağlık profesyonelleri olduğundan tedavi sürecinde oluşabilecek değişiklikleri yakından takip edip kaydedebilirler. Bu sebeple bilginin kayıt altına alınmasında, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kalitesinde hemşirelik kayıtları stratejik bir rol oynamaktadır (Omaç Sönmez, Nazik, Turkol, Dağ, 2014).

2.2. Hemşirelik Kayıtları

Hemşirelik kayıtlarının tarihi 1853 yılında hemşireliğe başlayan Florence Nightingale'in (1820-1910) tuttuğu kayıtlar ile başlamıştır. Kırım Savaşı'nda Florence Nightingale savaş sırasında gözlemlerini kayıt ederek verilerin istatistiklerini tutmuştur (Taşkıran ve Bayık Temel, 2017). Florence Nightingale bulaşıcı hastalıklar ile ilgili hasta kayıtları oluşturmuş ve bu kayıtların istatistikleri ile çalışmalar yaparak iyi beslenme, temiz hava ve hijyen koşullarının hastaların iyileşmesinde etkili olduğunu ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellediğini tespit etmiştir. Hastanedeki hijyen şartlarını iyileştirmeye çalışarak İngiliz sahra hastanelerindeki ölüm oranlarının %60'dan %42,7'ye düştüğünü saptamıştır (Cihan, 2022).

Nightingale'den günümüze kadar hastaya yapılan uygulamaların belgelenmesi sağlık hizmeti verenler arasındaki sürekli iletişimin birincil kaynağıdır. Sağlık hizmetleri çarkının en büyük popülasyonu olan hemşirelerin, sağlık kuruluşlarında performans iyileştirmenin tüm alanında önemli rolleri mevcuttur. Hemşireler, disiplinler arası ekip üyeleriyle iletişim kurarak, hasta bakımını koordine ederek hasta bilgilerini belgelemekte ve yönetmektedir (Akhu-Zaheya ve ark. 2018).

Hemşirelik kayıtları, bakımın faaliyetlerini yansıtmakla birlikte, hemşirelerin öznel ve nesnel verileri değerlendirmesi, durum analizi, bakım planlaması ve uygulaması ile oluşturdukları yazılı veya elektronik kayıtlardır (Jorgensen ve Kollerup, 2021). Hemşirelik kayıtları, etkin ve kaliteli hasta bakımı sunumunun önemli bir göstergesi olmak ile birlikte hasta bakımıyla ilgili tüm bilgileri içeren bu belgeler, kağıt veya elektronik tabanlı olabilmektedir.

Dokümantasyon yöntemi ne olursa olsun güvenli, etkin ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulmasını sağlamak amacıyla kayıtlar en yüksek standartta yapılmalıdır (Akhu-Zaheya ve ark. 2018). Profesyonel hemşirelik bakımının gerekliliği olan hemşirelik süreci, doğru hemşirelik dokümantasyonu için gereken unsurların teorik arka planını oluşturmaktadır.

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), 1970’li yıllardan itibaren, hemşirelik uygulamalarını tanımlayan ve destekleyen 12 sınıflama sistemini kabul etmiştir. ANA tarafından onaylanan hemşirelik sınıflama sistemleri Şekil 2.1.’de gösterilmektedir (İskender ve Kaplan, 2020). Sınıflama sistemleri ile hemşirelikte ortak bir dil ve terminoloji kullanımının, hemşirelik tanılamasının, girişimlerinin ve çıktıların dokümantasyonunun daha açık ve kaliteli olması amaçlanmıştır. Bu sayede hemşirelerin üstlendikleri rol ve işlevler aynı dil ile tanımlanmaktadır. Sınıflama sistemi, hemşirelik uygulamalarının meslektaşlarının ve diğer disiplinlerin anlayabileceği bir biçimde kayıt altına alınmasını sağlamaktadır (Paans, Sermeus, Nieweg, Van Der Schans, 2010). Bose ve arkadaşlarının Omaha sistemi ile hemşirelerin bakım sunumunda hastaya özel müdahalelere odaklanmasına yönelik yaptıkları çalışmada, en kritik risk oluşturan veri unsurları tanımlanmış, halk sağlığı hemşireliği dokümantasyon yükü azaltılmış ve dokümantasyon kalitesi artırılmıştır (Bose, Maganti, Bowles, Brueshoff, Monsen, 2019).



Şekil 2.1. Amerikan Hemşireler Birliği 12 Sınıflama Sistemi

2.2.1. Hemşirelik Kayıt Türleri

Hemşirelik kayıtları hastaya yapılan bakımı, tedavi ve sonuç süreçlerini gösteren tıbbi, resmi, yönetsel ve bilimsel bir doküman olarak açıklanmaktadır. Hemşirelerin yaptıkları bu kayıtlar, hemşirelerin verdikleri bakımın kalitesini ve hastalara yapılan bakım ve tedavi süreçlerinin bilgisini içermektedir. Hemşirelik kayıtları kağıt ya da elektronik tabanlı olarak yapılabilmektedir. Hemşirelik kayıtlarının elektronik veya kağıt tabanlı tutulmasındaki verimliliği kurumlara, kurumlardaki insan gücüne, kurumun kültürüne, kullanılan teknolojiye, mevcut yasal düzenlemelere, maddi kaynakların durumuna ve çalışanların beklentilerine göre değişmektedir. Her iki kayıt türünün de güçlü ve zayıf yönleri bulunmaktadır (Odacıoğlu, 2018).

2.2.1.1. Kağıt tabanlı hemşirelik kayıtları:

Kağıt tabanlı dokümantasyon geleneksel kayıt yöntemidir. Teknolojik gelişmelere rağmen kağıt tabanlı kayıtlar geçmişten bugüne kadar tutulmuştur, halen de tutulmakta ve saklanmaktadır (Firouzeh, Jafarjalal, Ghasemi, Bahrani, Sardashti, 2017; Özkan, 2023). Teknolojinin gelişimi ile birlikte elektronik kayıtların ortaya çıkmasıyla kağıt tabanlı kayıtlar elektronik kayıtlara zemin hazırlaması bakımından da günümüzde önemini korumaktadır (Muinga, Abejirinde, Paton, English, Zweekhorst, 2021). Hemşirelik hizmetlerinde kullanılan kağıt tabanlı kayıtlar, form biçiminde olup kayıtların isimleri, standart yapıları, kullanılan kurum ya da birime göre farklılık gösterebilmektedir (Etgü ve Güçlü, 2022). Literatürde kağıt tabanlı hemşirelik kayıtların düşük ve orta gelirli ülkelerde bakımların kaydedilmesinde daha fazla kullanıldığı belirtilmesine rağmen yüksek gelirli ülkelerde gözlem kayıtları çoğunlukla kağıt tabanlı kayıtlardır (Muinga ve ark. 2021). Kullanımı geniş coğrafyalara yayılmış olan kağıt tabanlı hemşirelik kayıtlarının bazı dezavantajları bulunmaktadır. Bu kayıtların el yazısı ile tutulması sebebi ile zaman almakta olup, kayıt süreçleri hataya açıktır. Kayıt için harcanan önemli zaman, okunaksız kayıtlar ve tıbbi hatalara yol açan yanlış veya kayıtsız bilgiler bu sistemin başlıca eksiklikleridir (Firouzeh ve ark. 2017). Tutulacak kayıtların sayısının fazla olması ile daha fazla hemşire gücüne ihtiyaç duyulmakta ve analiz süreci zorlaşmaktadır (Haas, Hutzler, Egginger, Maier, Rothgang, 2021). Kayıtların kağıt tabanlı olması sebebi ile hastalar bireysel kayıtlarına ulaşmada zorluk yaşayabilmekte ve zaman alıcı olabilmektedir.

Herhangi bir sebeple ulaşılamaması durumunda tekrarlanan işlemler ile maliyet kaybı oluşabilmektedir. Bununla birlikte bütünleşmemiş kayıtlar bakımın kötü yönetilmesine sebebiyet verebilmektedir (Mızrak ve Aslan, 2023).

2.2.1.2. Elektronik hemşirelik kayıtları:

Elektronik kayıtlar hasta güvenliği, verimliliği ve bakım kalitesini desteklemek için kullanılan bir sağlık bilgi teknolojisi olup bireyin dijital formattaki tıbbi tablosudur (Kobeissi, 2023). Elektronik hemşirelik kayıtları, hemşireliğin klinik yargısını yansıtır ve hemşirelik bakımını görünür kılar fırsatı sağlamaktadır (Rossi ve ark. 2023).

Elektronik hemşirelik kayıtların oluşturulmasının bazı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Hemşireler için kağıt tabanlı belgelere kıyasla hasta bakımıyla ilgili daha kapsamlı, kesin ve güncel bilgilere kolay erişim sağlamaktadır. Ayrıca kağıt tabanlı kayıtlara göre elektronik kayıtlarla hemşirelerin kaliteli ve verimli bir bakım sunmasını sağlayan eksiksiz, okunaklı ve anlaşılabilir kayıtlar oluşturulmaktadır (Dickerson, 2023). Elektronik hemşirelik kayıtları hemşirelik belgelerinin uygulanmasını optimize etmeye yarar sağladığı gibi, hemşirelik belgelerinin kalitesini ve hasta güvenliğini de olumlu etkilemektedir. Elektronik hemşire kayıtları, sağlık bakım sistemlerine sağlanan bakım kalitesini iyileştirmeye ve sağlık bakım maliyetlerini düşürmeye yardımcı olmaktadır. Elektronik hasta kayıtları ile mortalite ve morbiditede azalma ve daha az tıbbi hata görülmektedir (Saraswata, 2021; Kobeissi, 2023). Elektronik kayıtlar, yapılacak araştırmalar ve istatistiksel değerlendirmeler için doğru ve kolay ulaşılabilir bir veri olmaktadır. Elektronik hemşirelik kayıtları ile bakım planları standardizasyonu sağlanmakta ve hemşirelerin bakım planını elle yazarak harcadığı emek ve zaman azalmaktadır. Hata payı azalmakta ve verilerin kaybını engellemektedir. Tüm bilgilerin tek bir yerde toplanması ve kolay ulaşılır olması avantaj sağlamaktadır (Gürkan ve ark. 2023). Luan ve arkadaşlarının elektronik hemşire kayıtlarının bibliyometrik analizini yaptıkları çalışmada (2023) atıfların en yoğun olduğu dönemin son iki üç yıl olduğu ve bunun sebebi olarak da elektronik kayıtların yeni koronavirüs (Covid-19) hastalarının sorunları ve bu sorunların çözümünde etkili bir rehber sağlaması olduğu belirtilmiştir (Luan ve ark. 2023).

Elektronik hemşirelik kayıtlarının avantajlarının yanında teknolojik engeller, finansal ve yasal endişeler elektronik kayıt sistemlerinin kullanılmasındaki dezavantajları olarak belirtilmektedir. Bu sistemlerin kullanımı konusunda personelin eğitim ihtiyacı da ayrıca bir maliyet doğurmaktadır. Hemşireler, eğitim ihtiyacının olması, yetersiz sayıda bilgisayar ve sistem güvenliğiyle ilgili zorluklar sebebiyle elektronik kayıt sistemini kullanmaktan kaçınmaktadır. Birkaç düzeyde oturum açma prosedürü, zaman alıcı oturum açma prosedürleri, internet kesintileri ve mesai saatleri dışında teknik desteğin olmayışı elektronik kayıtların kullanımındaki diğer dezavantajlardır (Firouzeh ve ark. 2017; Bjerkan ve ark. 2021). Hemşirelerin eğitim aldıkları okullara göre bilişim konularında farklılıklar olması sebebiyle ortak dil eksikliği, hemşirelerin bilgisayar kullanımlarının az olması ve teknolojik bilgi kullanmada utangaçlık yaşamaları da elektronik kayıtların oluşturulmasının önündeki engellerdir (Gürkan ve ark. 2023).

2.2.1.2.1. Hemşire karar destek sistemleri:

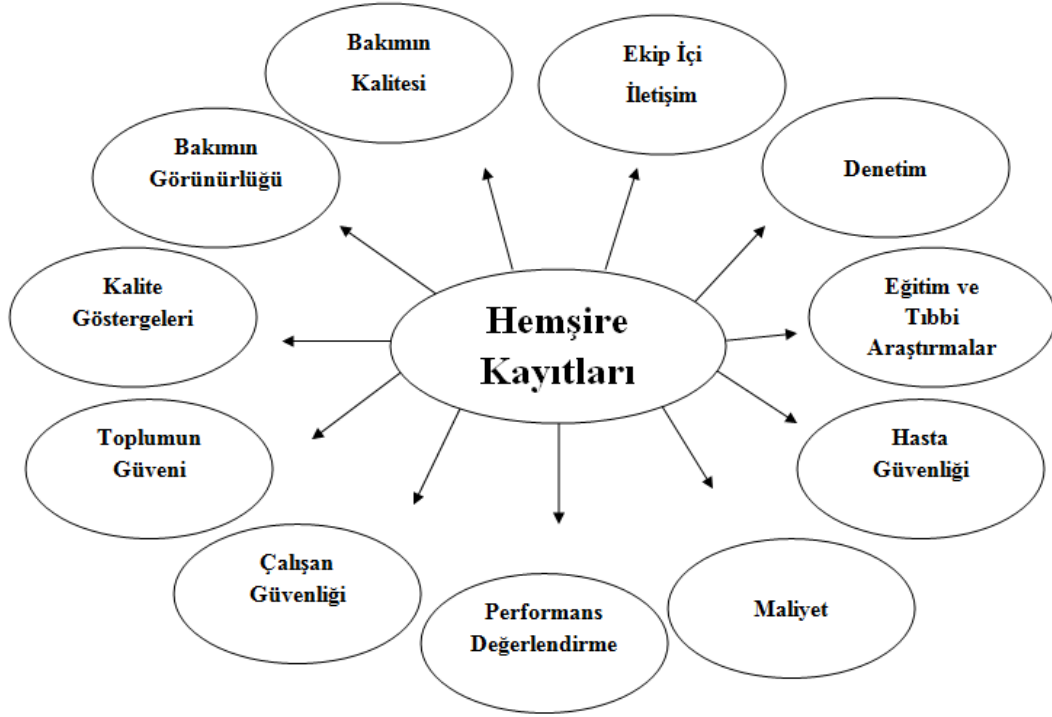
Karar destek sistemleri sağlık profesyonellerinin hastalar ile ilgili bilgi ve verileri kullanarak problemleri tanılamak ve bu problemlere yönelik doğru karar almalarına yardım etmek için yapılandırılmış bilgisayar tabanlı sistemlerdir. Karar destek sistemleri hastaların durumlarına özgü öneriler oluşturmak için hastaların özelliklerine göre sağlık profesyonellerine bilgisayar yazılımları vasıtasıyla tavsiyeler oluşturmakta ve profesyonellerin hızlı ve doğru karar almasına yardımcı olmaktadır (Yıldız, Başbüyük, Yıldırım, 2020). Klinik karar destek sistemleri hastanelerde maliyetlerin düşürülmesi ve hataların önlenmesi, bakımın kalitesinin artırılması ve uygulamaların kayıtlarının kolaylaştırılmasında etkili olmaktadır (Purkuloğlu, Ün, Yürürdurmaz, 2019).

Karar destek sistemleri hemşirelere birçok fayda sağlamaktadır. Bunların başında karmaşık ve etkileşimi çok olan hastane ortamlarında çalışan hemşirelerin doğru ve hızlı karar vermelerini sağlaması gelmektedir (Purkuloğlu ve ark. 2019). Bunun yanında ekip üyeleriyle iletişim sağlanması ve bakım kalitesinde tutarlılık oluşturmaya da yarar sağlamaktadır (Yıldız ve ark. 2020). Karar destek sistemlerinin kullanımı hemşirelik kayıtlarının doğru ve kaliteli tutulmasına olanak oluşturmaktadır. Bununla birlikte hemşirelerin kayıt süreçlerini kısaltarak iş yüklerinin azalmasına yardımcı olmaktadır (Buçan Kırkbir ve Kurt, 2020).

Hemşireler klinik karar destek sistemlerini hastaların verilerinin kaydedilmesi, takiplerinin izlenmesi ve alınan kararların doğruluğunun teyit edilmesinde kullanmaktadır (Purkuloğlu ve ark. 2019). Klinik karar destek sistemleri hemşirelerin kayıtlarında “Standart Hemşirelik Dili” kullanımı ile hemşirelik tanımlarını, müdahalelerini ve sonuçlarını kodlama ve bu kodları değerlendirme imkanı sunmaktadır (Yıldız ve ark. 2020). NANDA International (NANDA-I), Hemşirelik Müdahale Sınıflandırması'na göre yapılandırılmış bir klinik karar destek sistemi ile yapılan bir çalışmada klinik karar destek isteminin doğru kullanımı için hemşirelerin klinik muhakeme becerisi gerekliliği belirtilmiştir (Célia dos Santos Diogo, De Cassia Gengoe Silva Butcher, Ciqueto Peres, 2023).

2.2.2. Hemşire Kayıtlarının Önemi

Hemşirelik kayıtları hemşirelerin önemli bir sorumluluğu olmasının yanında hasta, hemşire ve hastane yönetimine önemli faydalar sağlamaktadır. Sağlık sisteminin en önemli iletişim aracı olan bu kayıtlar, tanı ve tedavinin sağlanması, klinik karar verme, bakım kalitesi ve etkinliğinin belirlenmesi, yasal dayanak sağlaması, eğitim ve araştırma faaliyetleri, çalışanlar arasında koordinasyon başta olmak üzere hasta ve çalışanlara birçok yarar sağlamaktadır (Karaköse, 2021). Bir sağlık kuruluşunda hemşirelik kayıtları ne kadar düzenli veya eksiksiz tutuluyor ya da saklanıyorsa o sağlık kuruluşunda eğitimden kalite çalışmalarına, adli olaylardan faturalandırmaya kadar birçok alanda süreçler etkin biçimde işlemektedir (Park, Yu, Lee, 2021). Kayıtlar, araştırmalardan adli vakalara kadar birçok alanda önem arz edip kullanıldığı için hemşirelerin oluşturduğu hemşirelik kayıtları tam, doğru ve zamanında hazırlanması çok önemlidir (Nkoane, 2023).



Şekil 2.2. Hemşire Kayıtlarının Önemi

- Hemşirelik Kayıtları (Park ve ark. 2021; Jorgensen ve Kollerup, 2021);
- Hemşirelere yasal dayanak sağlamaktadır.
- Bakımın sürekliliğini sağlayarak hastaların kaliteli ve etkin hizmet almasını sağlamaktadır.
- Uygulanan hemşirelik bakımını görünür hale getirerek hemşirelik tanınmasına yardımcı olmaktadır.
- Tüm sağlık ekibi içerisinde iletişimi kolaylaştırarak, ekip içi etkin çalışma imkanı sunmaktadır.
- Hemşirelik uygulamalarının denetimi kolaylaştırmakta ve yapılacak araştırmalar için istatistiksel veri sağlayarak literatüre katkı sağlamaktadır.
- Hasta güvenliğinin en üst düzeyde sağlanmasına imkan tanımaktadır.
- Verilen bakımın kalitesinin kanıtlanması ve sonrasında iyileştirilmesini sağlayacak olanaklar oluşturmaktadır.
- Toplumun güveninin kazanılmasını sağlamakta ve maliyetlerin azaltılmasını sağlayarak kurumlara faydalı olmaktadır.
- Hastaların sürecini gösteren, hastalara uygulanacak hemşirelik müdahalelerini tanımlamak amacı ile gerekmede ve sonrasında da hasta bakımının sonucunu belgeleyerek hemşireliğin doğasını tanımlamaktadır.

- Hastalara sağlanan hemşirelik bakım süreçlerinin ayrıntılı tanımlarını sağlamasının yanında kalite aracı olarak önem taşımaktadır.
- Yöneticiler için performans değerlendirme aracı olarak kullanılmasına olanak sağlamaktadır.

2.2.2.1. Hemşire kayıtlarının bakımın kalitesine etkisi:

Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım doğru hastaya, doğru bakım ve tedaviyi doğru zamanda uygulamak olarak açıklanmaktadır. Hemşirelerin uyguladıkları bakım ve tedavi hizmetlerinde birçok bilgi ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu bilgilerin kayıtlarının yapılması, bakım ve tedavi süreçlerinde kullanılması ve gerektiğinde geriye dönük ulaşımının olması bakımın kalitesi için bir gerekliliktir. Hemşire kayıtlarındaki bilgilerin kalitesi bakımın kalitesinin nedeni veya sonucu olmaktadır. 2000’li yıllar ve sonrasında bakım kalitesinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar hızlanmıştır. Bilişim sistemlerinin hemşirelik faaliyetlerinde kullanılmasının artması ve bunların başında da elektronik kayıtların oluşturulması hemşirelik bakımlarının kalitesini arttırmakta önemli olduğu görülmektedir (Volkan, 2019; Gürkan ve ark. 2023).

Günümüzde kalitenin sağlanmasında akreditasyon dikkat çekici bir kalite ve yönetim aracıdır. Akreditasyon kurumların sürekli olarak gelişen standartlar çerçevesinde faaliyetlerini taahhüt etmesi olarak tanımlanmakta ve sağlık kurumlarında akreditasyona göre uygun standartlarda oluşturulan hemşirelik kayıtları bakımın kalitesine ve sağlık hizmeti sunumuna yarar sağlamaktadır (Karakaya, 2018). Akredite olan kurumlar belli standartları olmaları sebebiyle kayıtların eksikliklerinin giderilmesinde etkin rol oynamaktadır. Örneğin Joint Commission International (JCI) standartlarına dayalı hastanelerde, akreditasyonu elde etmek ve JCI gerekliliklerine uygunluk amacıyla kurum genelinde çeşitli eğitimler yapılmaktadır. Özellikle elektronik sağlık kayıtlarının bir parçası olan hemşirelik kayıtları ile bu gereksinimleri karşılaması gereken alanlardan görülmektedir. Bu gereksinimleri karşılamak için, hemşirelik belgelerinin sürekli olarak iyileştirilebilmesine odaklanmış eğitimler planlanmaktadır (Nomura, Pruinelli, Da Silva, De Fatima Lucena, De Abreu Almeida, 2018).

Hemşirelik kayıtlarının önemi hemşireler tarafından bilinmesine rağmen oluşturulan kayıtlarda daha çok hasta verilerine yönelik kayıtlar mevcut olup hemşirelik bakımına yönelik kayıtların eksik bırakılması bakımın bütünlüğünü ve kalitesini olumsuz etkilemektedir (Carvalho ve ark. 2024).

Hemşirelik kayıtları hasta bakımı için kritik öneme sahiptir. Kayıtlar ile oluşturulan belgeler bakımın kalitesini yansıtmaktadır (Dickerson, 2023). Hemşirelik kayıtları bakımın sürekliliğini sağlayarak hastaların kaliteli ve etkin hizmet almasını sağlamaktadır (Jorgensen ve Kollerup, 2021). Hemşirelik kayıtları sayesinde gereksiz tetkiklerin önlenmesi ve en kısa sürede doğru teşhisin konulması sağlanmaktadır. Hemşirelik kayıtları, hastaların bekleme süreleri ile tıbbi bakım maliyetlerinin azalması ve dolayısıyla hizmet kalitesinin artmasına doğrudan etki etmekte olup, nitelikli hemşirelik kayıtları kaliteli bakımın kanıtı olarak tanımlanmaktadır (Türk, Hakverdioğlu, Eşer, Khorshid, 2010; Muinga ve ark. 2021).

2.2.2.2. Hemşire kayıtlarının bakımın görünürlüğüne etkisi:

Hemşirelik kayıtları, verilen bakımın kalitesinin kanıtlanması ve sonrasında iyileştirilmesini sağlayacak olanaklar oluşturmakta ve uygulanan hemşirelik bakımını görünür hale getirerek hemşirelik tanılamasına yardımcı olmaktadır. Hemşirelik kayıtları, hastaların sürecini gösteren, hastalara uygulanacak hemşirelik müdahalelerini tanımlamak amacı ile gerekmede ve sonrasında da hasta bakımının sonucunu belgeleyerek hemşireliğin doğasını tanımlamaktadır (Jorgensen ve Kollerup, 2021). Carvalho ve arkadaşları hemşirelerin doğru ve zamanında tuttıkları kayıtların, çocukların büyüme ve gelişme süreçlerinde ve çocukların davranışlarının izlenmesinde bakım vericiler ile ebeveynlere ayrıntılı bilgi sağlayan bakımın bir kanıt olduğunu belirtmektedir (Carvalho ve ark. 2024).

Hemşirelik kayıtlarının oluşturulmasında hemşirelik sınıflandırma sistemlerini ve standartlaştırılmış hemşirelik dilinin kullanılması bakımın görünürlüğünün profesyonel biçimde oluşturulmasına fayda sağlamaktadır (İskender ve Kaplan, 2020). Özellikle elektronik kayıtların hızla arttığı günümüzde standartlaştırılmış hemşire dili ile oluşturulan kayıtlar, hemşirelerin doğru karar almalarının ve doğru uygulamalarının arttırılmasında, hataların en aza indirilmesinde, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının anlaşılmasında fayda sağladığı gibi hemşire kayıtlarının devamlılığını da sağlamaktadır.

Dolayısıyla uygun standartlarda tutulan hemşirelik kayıtları, hemşirelik rolünün görünür olmasını sağlayan en önemli araçlardan biridir (Johnson, Edward, Giandinoto, 2018).

Tüm dünyada hemşireler, rollerinin görünürlüğünü arttırmaya yönelik çaba içindedir. Hemşirelerin unvan karmaşası ve mevzuatların net olmayışı veya tutarsızlıkları hemşirelerin rollerindeki görünürlüklerini zorlaştırmaktadır. Yönetici hemşireler ve klinik hemşirelerin oluşturdukları hemşirelik kayıtları bu zorlukların aşılmasında önemli bir adım oluşturmaktadır. Yönetici hemşireler tarafından hemşirelerin uygulama faaliyetlerini ve sonuçlarını özetleyen rapor kayıtlarının tutulması ve yayınlanması, hem kurum içerisinde hem de kurum dışında hemşirelerin görünürlüğünü arttırmaktadır. Yönetici hemşireler tarafından yapılan yıllık raporlama kayıtları da sağlık kuruluşları arasında ve toplumda klinik hemşireler ile yönetici hemşirelerin görünürlüğünü ve değerini arttırmaktadır. Oluşturulan bu faaliyet kayıtlarının günümüz gelişen teknolojisinin kullanılması ile çevrimiçi yayınlama araçları, haber bültenleri, dergi yayınları ve bilimsel sunumlar ile duyurularak hemşirelerin bakımlarının profesyonel bir görünüm kazanmalarını sağlamaktadır (Elgin, 2022).

2.2.2.3. Hemşire kayıtlarının ekip içi iletişime etkisi:

Multidisipliner çalışılan sağlık kurumlarında hasta bakımındaki hataları ve tekrar işlemleri önlemek, maliyetleri düşürmek, verimliliği arttırarak kaliteli tedavi ve bakım hizmeti sunmak için ekip içerisinde işbirliği sağlayabilecek etkin iletişim gerekmektedir (Gedikci Ondogan, Sargın, Canoz, 2023). Hemşirelik kayıtları, sağlık profesyonelleri arasında yazılı iletişim sağlayarak hasta bilgilerinin doğru olarak iletilmesi ile bu amaca hizmet etmektedir. Bu sayede hemşire kayıtları ekip içi etkin çalışma olanağı sağlamaktadır (Gürkan ve ark. 2023). Bu sebeple sağlık hizmetinin devamlılığında bilgilerin uygun biçimde kayıt edilerek paylaşılması kurumlar için hayati öneme sahiptir (Gedikci Ondogan ve ark. 2023). Kayıtlar, sağlık ekibinin tedavi, bakım, taburculuk planlaması ve hasta eğitimi gibi aktivitelerinde bireylerin tanı, tedavi ve bakım süreçlerine yarar sağlayan önemli iletişim araçları olup ekip içi bilgi akışı ve koordinasyonu sağlamaktadır (Park ve ark. 2021).

Hemşirelik kayıtları, hastaların değişikliklerinin en kısa zamanda fark edilmesini sağlayan önemli bir araçtır.

Hemşireler ve diğer disiplinler ile ortak bir iletişim sağlayarak hastaların tedavi süreçlerinin yönetilmesini ve bakımın sürekliliğini sağlamaktadır. Bunun neticesinde de potansiyel hataların önlenmesine ve kaliteli hemşirelik bakımının verilmesine olanak tanımaktadır (Nkoane, 2023).

Teknolojinin gelişmesiyle hemşirelerin kullanımının her geçen gün yaygınlaştığı elektronik hemşire kayıtları sağlık kurumları içerisinde ve diğer sağlık kurumları ile hızlı iletişim sağlaması da ekip içi iletişime bir avantaj sağlamaktadır (Gürkan ve ark. 2023). Elektronik oluşturulan kayıtlar ile ekip içerisinde işbirliği, iletişim ve bilgi paylaşımı kolaylaşarak çalışanların zaman ve mekana bağlı kalmaksızın ulaşabilecekleri etkin bir iletişim ağı oluşmaktadır (Gedikci Ondogan ve ark. 2023).

2.2.2.4. Hemşire kayıtlarının denetime etkisi:

Hemşirelik hizmetleri yönetimi, yönetim sürecini yürütmesi ile hemşirelik kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasını sağlayarak hemşirelik hedeflerini gerçekleştirmektir. Hemşirelik hizmetlerinde yönetsel faaliyetlerin geliştirilmesi ve kalitesinin yükseltilmesi için denetim verileri önemli yer tutmaktadır. Hemşire kayıtları denetim verilerinin en önemlilerinden biridir. Hemşirelerin gelişimlerine yarar sağlaması, mevcut problemlere çözüm oluşturulmasının yanında bakım standartlarını takip etmek ve bakıma yönelik göstergeleri izlemek için de denetim verisi olarak hemşirelik kayıtları kullanılabilir (Özen Bekar ve Baykal, 2020). Hemşire kayıtlarından bakımın denetimi yapılabilir. Hemşirelerin yaptıkları kayıtlar sayesinde hemşirelik uygulamalarının denetimi kolaylaşmaktadır. Hemşire kayıtları ile yapılan denetimler hemşirelik bakımının kalitesine ve hasta güvenliğine etki etmektedir. Hemşire kayıtları denetimlerinin yapılmasının birçok faydası bulunması ve hemşire kayıtlarının denetimdeki öneminin belirtilmesine rağmen elektronik veya kağıt üzerinde yapılan kayıtların karmaşıklığı denetimlerde sorun oluşturmaktadır (El Amouri ve Ramukumba, 2019).

Yönetici hemşirelerin, hemşire kayıtlarını denetim aracı olarak kullanma yaklaşımları, çalıştıkları kuruma ve kademelerine göre değişkenlik gösterebilmektedir.

Özen ve Baykal'ın çalışmasına göre devlet hastanesindeki üst kademe yöneticiler hasta kayıt sürecini ve hemşire dosyalarını inceleyerek denetim yaparken, özel hastane üst düzey yöneticileri hemşirelerin bu denetimlere tepkisel yaklaşımlarından dolayı bu bakımdan denetim yapmamaktadır. Devlet hastanesi ve üniversite hastanesindeki orta kademe yöneticiler, kayıtları denetim aracı olarak kullandıkları, ayrıca çalışanlara da geri bildirim verildiğini belirtmekte ve alt kademe yöneticilerin ise kayıtlardan denetim yapmadıkları belirtilmektedir (Özen Bekar ve Baykal, 2020).

2.2.2.5. Hemşire kayıtlarının eğitim ve tıbbi araştırmalara etkisi:

Hemşire kayıtları tıbbi araştırmalar ve eğitim açısından önemlidir. Alanda gerçekleştirilen araştırmalarda en önemli veri kaynağı hasta dosyalarıdır. Geçmiş hemşire kayıtları tanı tedavi, bakım yöntemleri ve sağlık teknolojisinin gelişimine katkı sağlayan önemli araştırmaların temelini oluşturmaktadır (Büyükyılmaz ve Kaya, 2016). Kayıtlar araştırmalar için zengin bir istatistiksel veri sağlayarak literatüre önemli katkılar sunmaktadır. Düzenli ve doğru tutulan kayıtlar, araştırmalar ve istatistiksel değerlendirmeler için bir veri tabanı oluşturarak bilimsel çalışmaların kalitesini arttırmaktadır (Gürkan ve ark. 2023). Yapılacak araştırmalarda incelenen verilerin dosyalarda doğru ve eksiksiz bulunmasına olanak sağlayacak değerde yapılmış hemşirelik kayıtları, nitelikli araştırmaların ortaya konulmasında büyük önem taşımaktadır (Doğan Yalçın, 2014). Tıbbi araştırmaların yanı sıra hasta kayıtları tıp ve sağlık bilimleri eğitimlerinde özellikle vaka analizlerinde ve klinik uygulamalarda sıklıkla başvuru olan önemli bir materyal olarak kullanılmaktadır (Park ve ark. 2021). Bu çerçevede hasta ile en fazla zaman geçiren ve bakımında kritik rol oynayan hemşirelerin oluşturduğu hemşirelik kayıtları, sağlık eğitimlerinde klinik vaka incelemeleri ve uygulama derslerinde kilit bir kaynak olarak kullanılmaktadır (Raghuathan, McKenna, Peddle, 2021).

Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknoloji ve tanı-tedavi yöntemleri sürekli bir gelişim göstermekte ve sağlık bakım süreçlerini daha verimli hale getirmektedir (Büyükyılmaz ve Kaya, 2016). Hemşirelik eğitiminde genellikle kağıt tabanlı kayıtların kullanımı çoğunlukta olup elektronik kayıtların hemşirelik eğitime dahil edilmesi yavaş ilerlemektedir. Hemşirelerin hasta verilerini dijital sistemlere kaydetmeleri hemşirelik eğitimleri ve araştırmaları için önemli bir gelişme potansiyeli sunmaktadır (Raghuathan ve ark. 2021).

2.2.2.6. Hemşire kayıtlarının hasta güvenliğine etkisi:

Hasta güvenliği, sağlık kurumlarının stratejik öncelikleri arasında yer alır ve hastaya zarar verebilecek durumların önlenmesi için yapılan tüm faaliyetleri kapsar. Hasta güvenliğinin sağlanmasında hasta ile doğrudan ilgilenen sağlık çalışanı olan hemşirelerin verdikleri bakımı kayıt etmeleri sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin korunması, devamlılığı ve kurumun hasta güvenliği kültürü oluşturmada önemli rol oynamaktadır (Datpınar ve Torun, 2023). Hemşire kayıtları yüksek riskli ilaçların güvenliğini artırmak, ameliyatın doğru yerinin sağlanması ve enfeksiyon riskinin azaltılması gibi faydalar ile hasta güvenliğinin en üst düzeyde sağlanmasına imkan tanımaktadır (Bilik, 2018). Ayrıca hemşireler hata raporlama ve hata oluştuğunda hatalara verilen yanıtlara yönelik oluşturulan kayıtlarda da en fazla rol üstlenen çalışanlar olmaktadır (Çerçer, Aksüt Akçay, Güngör, 2023). Sağlık Bakanlığı kalite ve akreditasyon çalışmaları kapsamında “İstenmeyen Olay Bildirimi” sistemi oluşturularak tıbbi hatalar ve tıbbi hataların iyileştirilmesine yönelik faaliyetler yapılmaktadır. Hasta güvenliğini geliştirmek amacı ile oluşturulan bu raporlama sistemi ile sağlık çalışanlarının hastaların zararlarının önlenmesine yönelik kayıt oluşturma faaliyetleri geliştirilmiştir (Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2021). Bu kayıtlar sayesinde hemşireler hasta güvenliğine yönelik risklerin görünürlüğünü arttırarak önleyici girişimler ile hasta güvenliğinin sağlanmasını kolaylaştırmaktadır (Bulut, Şengül, Çelik, 2023).

Hasta güvenliğini tehdit eden durumlar içerisinde düşmeler önemli bir yer tutmaktadır. En çok karşılaşılan ikincil yaralanmalar içerisinde kaza ile düşmeler büyük yere sahiptir. Amerika Birleşik Devletleri’deki hasta düşme oranının günde 1000 hastada %3,56 olduğunu ve bu düşmelerin %26,1’inin yaralanma ile sonuçlandığı belirtilmiştir (Nakatani, Nakao, Uchiyama, Toyoshiba, Ochiai, 2020). De Groot ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptığı çalışmada kayıtların incelenmesi ile herhangi bir düşüşün varlığına ilişkin veri çıkarma aracının toplam pozitif öngörü değeri %87,4 olarak saptanmıştır (De Groot, Snee, Paans, Francke, 2021). Bu sebeple hasta düşmelerinin önlenmesinde de hemşirelik kayıtları önemlidir (Bouldin ve ark. 2013). Hemşirelik kayıtlarını analiz ederek hastanede yatan hastalar arasında düşmelerin tahmin edilebileceği belirlenebilmektedir. Düşen ve düşmeyen gruplar arasında hasta başına hemşirelik kayıt sayısı ve hemşirelik kayıtlarının uzunluğu açısından farklılıklar olmaktadır.

Hemşirelik kayıtlarının analizi ile hastaların düşme riskinin azaltılarak hasta güvenliğine fayda sağlanabilmektedir (De Groot ve ark. 2021). Ayrıca akredite olan sağlık kurumlarındaki kayıtların standardizasyonu hasta güvenliğine olumlu etki sağlamaktadır (Bulut ve ark. 2023). Kayıtlar, tıbbi hataların önlenmesinde önemli bir yere sahip olup, hastalıkların prognoz tahmininde etkili veriler sağlayarak hasta güvenliğini etkilemektedir (Zhang ve ark. 2021; Tiago ve ark. 2021). Zhang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kritik durumdaki COVID-19 hastalarının büyük bir kısmı, Modified Nutrition Risk in the Critically Ill (mNUTRIC) skor kayıtlarındaki gibi yüksek beslenme riskine sahip olduğu saptanmıştır. Yoğun bakıma kabulde yüksek beslenme riski olan hastalar, düşük beslenme riski olanlara göre yoğun bakımda iki katı ölüm oranı sergilemiştir. Bu nedenle, mNUTRIC skoru, kritik hastalığı olan COVID-19 hastalarında prognoz tahmini için uygun bir araç olabileceği sonucu saptanmıştır (Zhang ve ark. 2021). Cerrahi hastalarda sepsisin erken teşhisi ve yönetiminde hemşirelik kayıtlarının katkısını incelendiği bir çalışmada kayıtların içeriğinin analizi, %92.9'unun sepsisin ilk belirtilerinin ağırlıklı olarak elektronik hasta izleme sisteminde tanımlandığını, %85.7'sinin ise ilk organ işlev bozukluğu belirtilerinin hemşirelik kayıtlarında tanımlandığını göstermiştir (Tiago ve ark. 2021). Bu sebeple en iyi hemşirelik uygulaması kayıt tutmaktır. Kaliteli ve etkin tutulan sağlık kayıtları mevcut sorunların fotoğrafını oluşturduğu için önemli olup sağlık kurumlarında hastaların mortalite ve morbidite oranını azaltabilmektedir (Nkoane, 2023).

Teknolojinin hızlı gelişmesi ile beraber sürekli gelişen elektronik kayıtlar da hasta güvenliğinde kendine yer bulmuştur. Günümüz teknolojisinin gelişmesi ile yapay zeka aracılığıyla oluşturulan elektronik sağlık kayıtları, hasta güvenliğine yönelik oluşturulan göstergelerin kayıt ve takibinde kullanılarak sağlık hizmetindeki hataların önlenmesinde kullanılmaktadır (Merih, Ertürk, Yemenici, Satman, 2021).

Kayıtlardaki yetersizlikler hastanelerde hasta güvenliği kapsamında geliştirilmesi gereken etmenlerden biridir. Hemşire kayıtlarının yetersizliği ya da eksikliğine bağlı olarak bakım ve tedavi veren ekip içinde iletişim problemleri gelişmekte ve hasta güvenliği için risk oluşturmaktadır (Bulut ve ark. 2023). Kayıtların önündeki engellerin önlenmesi, güvenli uygulamaların yapılmasında katkı sağlayacaktır (De Groot ve ark. 2021).

2.2.2.7. Hemşire kayıtlarının maliyete etkisi:

Sağlık kurumlarında kaynakların etkin ve verimli kullanılması sağlık hizmetlerinde devamlılık için çok önemli olup, maliyet yönetimi kurumların önemli stratejilerinden biridir. Hemşire kayıtları, kurumların maliyetlerinin düşürülmesinde önemli araçlardır. Hemşire kayıtları sağlık kurumlarında faturalandırma işlemleri için kullanılabilmekte ve maliyetin azalmasına da yarar sağlayarak kurumlara faydalı olmaktadır (Park ve ark. 2021; Larjow ve Lingner, 2021). Hemşirelik kayıtları, kullanılan sağlık bakım harcamalarını sınıflandırılarak en etkin ve ekonomik miktarlarda harcanmasını, kaliteli ve verimli bakımın sürdürülmesini sağlamaktadır (Güvenner ve Ayhan, 2023).

Sağlık kurumlarında en yüksek gider olarak personel giderleri belirtilmektedir. Sağlık kurumlarının en büyük popülasyonu olan hemşirelerin giderlerinin azaltılmasına yönelik faaliyetler kurumların maliyet kalemlerinde önemli etki yaratmaktadır. Hemşire kayıtları, hastaların tekrar işlemlerinin önlenmesi ile hemşirelerin bakım iş yükünün azalmasına fayda sağlayarak maliyete etki etmektedir (Güvenner ve Ayhan, 2023). Ayrıca elektronik hemşire kayıtları zaman, kağıt ve toner kullanımında tasarruf sağlaması bakımından da kurumların maliyetlerine olumlu etki yaratmaktadır (Yılmaztürk, 2019).

2.2.2.8. Hemşire kayıtlarının performans değerlendirmeye etkisi:

Hemşirelik hata kabul etmeyen bir meslek olup yapılan hatalar hayati sonuçlara neden olabilmektedir. Bu sebeple hemşirelerin bakım kalitesini ölçen performans değerlendirme, hemşirelik hizmetlerinde çok önemlidir (Park ve ark. 2021). Geçmişten günümüze, çeşitli yöntemlerle yapılan performans değerlendirmeleri hem kurumlara hem de hemşirelere önemli yararlar sağlamıştır. Belli aralıklarla yapılan hemşire kayıtlarının kontrolü, bakım kalitesinin değerlendirilmesine ve kurumda çalışanların performansı hakkında detaylı bilgi sunmaktadır. Oluşturulan hemşirelik kayıtları kurumların ve yöneticilerin proaktif planlar oluşturmada önemli rehberler olabilmekte ve hemşirelerin işlerini nasıl yaptıklarına yönelik geribildirim sağlayabilmektedir (Aydemir Gedük, 2020; Park ve ark. 2021). Ayrıca oluşturulan hemşirelik kayıtları hem kariyer basamakları oluşturulması, görevde yükselme ve maaş artışı gibi kararlarda yöneticilere bilgi vermekte hem de hemşirelerin beklentilerine yönelik öngörü oluşturmaktadır (Aydemir Gedük, 2020).

Performans değerlendirme süreçlerinde yöneticilerin oluşturduğu kayıtlar kurumun çalışanlara eşit ve adil olarak karar verdiğini gösteren kanıtlar olarak da önem taşıtmaktadır (Yenginar, 2017). Yöneticilerin performans değerlendirmelerini yazılı veya elektronik olarak kayıt altına almaları yönetici hemşire kayıtlarının da görünürlüğünü ortaya koymaktadır (Aydemir Gedük, 2020).

2.2.2.9. Hemşire kayıtlarının çalışan güvenliğine etkisi:

Hastaneler çok riskli çalışma alanları olarak tanımlanmakta ve çalışanlar için birçok farklı risk içermektedir. Bu risklerin başında bulaşıcı hastalıklar, enfekte tıbbi ekipmanlar, damlacık ya da aerosol yoluyla bulaşan patojenler, delici ve kesici alet yaralanmaları, kimyasal veya biyolojik ajanlara maruziyet, iyonize radyasyon, psikososyal stres, ergonomik riskler, tükenmişlik ve şiddet gelmektedir. Ayrıca meydana gelebilecek iş kazaları sonrası çalışan ölümleri veya iş gremezlikler ortaya çıkmaktadır. Bu durum kurumlarda çalışan kaybı ve artan maliyetlere sebep olmaktadır. Çalışanların güvenliğini korumak için hemşire kayıtlarının da içinde bulunduğu risk etmenleri çok yönlü yaklaşımlar ile engellenmelidir (İpek, 2020; Uğrak, 2023). Hemşireler hastanede en fazla zaman geçiren sağlık personeli olması sebebi ile var olan risklerle karşılaşması en muhtemel çalışanlardır. Hemşirelerin zarar görme risklerinin önlenmesi, hastalıklardan korunması ve sağlıklı çalışma ortamlarının sağlanabilmesi için başarılı biçimde tutulmuş hemşirelik kayıtları gerekmektedir. Hemşirelerin tuttıkları düzenli kayıtlar tehlikeli ve riskli durumları, kan yolu ile bulaşan hastalıkları vb. gibi verileri ortaya koymaları ile hemşirelerin ve diğer çalışanların zarar görme risklerinin azaltılmasına önemli katkı sağlamaktadır (İpek, 2020; Yolcu, 2023). Ayrıca iş sağlığı hemşirelerinin çalışan sağlığına yönelik düzenli tuttıkları kayıtlar ile çalışanlar için risk oluşturabilecek durumlar belirlenerek çalışan güvenliğine katkı sağlanmaktadır (Uğrak, 2023; Yolcu, 2023).

Kayıtlar, hemşirelerin temel çalışma süreçlerini koruyan ve hastaların güvenliğini, bakım kalitesini ve çalışma verimliliğini iyileştirmek için ihtiyaç duyulan hasta bilgi sisteminin en önemli parçasıdır (Park ve ark. 2021). Hemşirelik kayıtları kurumlarında çalışan güvenliğini etkileyen önemli bir faktördür. Kayıtlar, hastalara verilen tedavi ve bakım kanıtlanmasına ve hastaların karşılaşabileceği hatalara yönelik zarar görme riskinin azaltılmasını sağlamaktadır.

Bu sayede hem hasta güvenliği sağlanmakta hem de hemşireler oluşturdukları kayıtlar ile kendilerini yasal olarak koruyabildikleri güvenli çalışma ortamları oluşmaktadır (Baran, 2023).

2.2.2.10. Hemşire kayıtlarının toplumun güvenine etkisi:

Hemşirelerin hastalara yönelik tüm bilgileri hafızalarında tutmaları veya hatırlamaları olası değildir. Bu sebeple doğru zamanda, doğru şekilde ve tam tutulmuş hemşirelik kayıtları hastalara yönelik bu verilerin ayrıntılı olarak bulunacağı raporlardır. Bu kayıtların eksiksiz ve doğru tutulduğunu bilen hastalar hastalık süreçlerinde kendilerine yönelik eksik bilgi bulunmadığını düşünerek psikolojik bakımdan rahat olacak ve hemşirelere güveni artacaktır (Karakaya, 2018). Ayrıca hastaya yapılan uygulamalar ile ilgili kayıtlar tam ve doğru biçimde tutulduğunda hastanın tedavi sürecinde ve daha sonraki sağlık kuruluşu başvurularında bilgiler hazır bulunacağından hasta ve çalışanlara kolaylık sağlayabileceği gibi hasta memnuniyetine de fayda sağlayabilecektir. Düzenli yapılan hemşirelik kayıtları, hastalara zaman tasarrufu sağlaması, gereksiz harcamaların önüne geçilmesi, etkili tedavinin yapılması ve kısa sürede tanı konulmasına yarar sağlaması, hastaya psikolojik açıdan rahatlık sağlayarak içinde bulunduğu kurum ve çalışanlara güven duymasına yardımcı olması bakımından vazgeçilmeyecek düzeyde önemlidir. Hemşire kayıtlarının uygun tutulması toplumun hemşirelere, kuruma ve sağlık sistemine güvenirliliğini sağlamakla birlikte sağlık çalışanlarının olası hatalarının açıklanmasında hastaların olumlu tutumlarını arttırabilmektedir (Tajabadi, Ahmadi, Sadooghi Asl, Vaismoradi, 2020).

2.2.2.11. Kanıta dayalı kalite göstergelerine etkisi:

Sağlık kurumlarında kaliteli hizmetin kanıtı kalite göstergeleridir. Sağlık kurumlarındaki göstergeler, hizmeti takip etme ve olası farklılıkları gösterme, performansları izleme ve sonuçları ölçmek için standartlaştırılmış verilerdir. Hemşireler kaliteli bakımın sağlanması ve kayıtlarının oluşturulmasında anahtar rolde olmaları sebebiyle hemşireliğe duyarlı kalite göstergelerini kullanılarak tuttukları kayıtlar kurumların sürekli iyileştirilmesi ve geliştirilmesi bakımından çok önemlidir (Taşkıran ve Bayık Temel, 2017).

Hemşirelikte ilk kalite değerlendirmesine yönelik kayıtlar Florence Nighthingale'in tedavi ve hastalıklara yönelik istatistiklerin standartlaştırılması girişimleri olarak bilinmekte olup, Nighthingale'in hasta sonuçlarını kayıt edip ölçmesi ile başlamıştır. Kırım Savaşı'nda kayıt ettiği bilgilerle kanıta dayalı bakım uygulamalarını yapmış ve sonrasında çıkan sonuçlara yönelik iyileştirme faaliyetlerini uygulamıştır (Taşkiran ve Bayık Temel, 2017). 2005 yılında kamu hastaneleri için kalite kriterlerine yönelik standartlar belirlenerek bunlara yönelik kayıtlar tutulmaya başlamıştır. Günümüzde ise özel hastane ve üniversite hastaneleri de kapsayacak biçimde geliştirilerek bu kayıtların tutulmasına devam edilmektedir (Devebakan, 2015; Bıyık ve Türe, 2020).

Gösterge kayıtlarından bakımın kalitesi ve hemşirelik hizmetlerinde meydana gelen aksaklıklardaki kök nedenleri belirlenebilmektedir. Bu kayıtlar, hemşirelik bakımını yapı, süreç ve sonuç olarak göstermekte ve kayıtlarda tespit edilen bakım sürecindeki problemlere yönelik sürekli iyileştirmeler planlanarak kalite iyileştirmeleri yapılmaktadır. Kalite göstergeleriyle yapılan hemşirelik kayıtları sağlık hizmetlerinin izlenebilirliğini sağlayarak problem oluşturan durumların düzeltilmesinde hemşireler ve yöneticilere rehber olmaktadır. Gösterge kayıtları sayesinde bakımın hangi aşamasında problem olduğu gözlenebilmekte ve uygun faaliyet planlanarak iyileştirmeler yapılmaktadır. Hemşireliğe duyarlı gösterge kayıtlarının oluşturulması bakımın kalitesini, kurumların verimliliğini ve performanslarını değerlendirilmesine yarar sağlamaktadır. Bu kayıtlar sayesinde hemşirelik hizmetlerini değerlendirmek ve iyileştirmek başarılı biçimde yapılabilmektedir (Bıyık ve Türe, 2020; Pamir Aksoy, 2022). Göstergelerin sonuçlarının doğru biçimde ortaya konulması ve gerekli durumlarda iyileştirici faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde hemşirelerin doğru düzenli ve eksiksiz tuttukları kayıtlar büyük önem taşımaktadır. Hemşirelerin uygun standartlarda tuttukları hemşirelik kayıtları bakımın kalitesinin gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Hemşirelik kayıtlarının eksik tutulduğu ya da tutulmadığı durumlarda hemşirelik bakımı tüm yönleri ile takip edilememekte, hasta güvenliği için risk oluşturmakta, kurumlar ve servisler arasında kıyaslama yapılmasına engel oluşturmaktadır (Bıyık ve Türe, 2020).

2.2.3. Hemşire Kayıtlarının Standartları

Sağlık profesyonellerinin hastalara verilen tedavi ve bakım süreçlerini doğru ve eksiksiz kayıt altına almaları önemli bir sorumluluğudur. Kayıtlar, kurumların belirlediği kurallar çerçevesinde sağlık profesyonelleri ile hastalar için etkin işbirliği ve iletişim sağlayacak biçimde oluşturulmalıdır. Kayıt edilmeyen uygulama yapılmayan uygulama anlamına gelmektedir ve yapıldığının kanıtlanması mümkün değildir. Bu sebeple kayıtlar sağlık kurumları için hayati anlam taşımaktadır. Yapılan uygulamaların yasalara uygun olarak kayıt edilmesi ve belli standartlarda yapılması gerekmektedir (Şenel Tekin, 2023).

Hemşirelerin verdikleri bakımı kayıtlar ile sunmamaları bakımın yetersiz olarak verildiği ya da hiç verilmediği anlamını taşımaktadır. Hemşire kayıtları, hastalardaki problemlerin erken dönemde fark edilmesi, bakımın devamlılığı ve sağlık ekibi arasındaki iletişimin sürdürülmesi gibi hayati öneme sahip özelliklerde olup, belli kurallar çerçevesinde tutulmalıdır. Hemşireler, kayıtlar için yeterli zamanı ayırarak, belirlenen standartlar doğrultusunda hem çalışanlar hem de hastalar için yarar sağlayacak kayıtlar oluşturmalıdır (Nkoane, 2023).

Hemşirelik kayıtları bilimsel kurallara uygun, açık, anlaşılır, düzenli ve detaylı olarak tutulmalıdır. Uygun hemşirelik kayıtları, klinik kararların ve hemşirelik müdahalelerinin ardındaki rasyonel ve eleştirel düşüncüyü göstermelidir. Hemşirelik kayıtları hasta merkezli olmalı ve eğitim ve psikososyal destek dahil olmak üzere bütüncül bakımı içermelidir. Yapılan kayıtlar mantıklı ve sıralı bir şekilde sunulmalıdır. Kayıt süreci, tanımlama, uygulama, sonuç ve yeniden değerlendirmeden oluşan özel döngüde, tüm sorunlar çözülene kadar devam etmelidir ve oluşturulacak hemşirelik belgeleri, olaylar meydana geldikçe yazılmalıdır. Olayları meydana geldikçe belgelemek, hastanın durumu ve bakımıyla ilgili önemli bilgilerin sonraki olaylar meydana geldiğinde unutulmamasını garanti etmesi bakımından kayıtların tam ve doğru tutulmasında önem arz etmektedir. Hemşirelik kayıtları, bakımdaki farklılıkların görülmesi açısından da önemlidir. Etkili bir iletişim aracı olması için hemşirelik kayıtları açık ve öz olmalıdır. Hemşirelik belgeleri yasal gereklilikleri karşılamalıdır. Kayıtlar gerçekleştiği yirmi dört saatlik zaman dilimi kullanılarak tarih ve saat belirtilmeli ve hemşire imzasını, adını ve birimini içermelidir (Park ve ark. 2021).

2.2.4. Hemşire Kayıtlarının Yasal Boyutu

Hemşirelerin yaptıkları tüm tedavi ve bakım uygulamalarını kayıt etmeleri hastanın bakımı ve tedavisi için çok önemlidir. Yapılan uygulamaların kayıt edilmemesi sonucu işlemin tekrarlanması ya da uygulanmayan bir işlemin uygulanmış biçimde kayıt edilmesi hastanın eksik veya yanlış tedavisine yol açarak hastaya zarar verebilmekte ve hemşireleri de yasal olarak yükümlü kılmaktadır (Akçakaya İnan, 2015).

Hemşirelik yönetmeliğinin altıncı maddesinin birinci fıkrasının (e) bendine göre hemşireler; “Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.” ve “Tüm uygulamalarını kayıt altına alır.” İfadeleri yer almakta ve hemşireleri kayıtları tutmakla yükümlü kılmaktadır. Ayrıca hemşirelerin görev ve yetkilerinin yer aldığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Md. 132’de; “Hastaların hal ve hatırlarını sorar, derecelerini alır, nabız ve teneffüslerini sayar, derece kağıtlarına teneffüslerini çizerler. Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dahilinde ve tabielerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar” şeklinde belirtilmiş ve hemşirelere kayıt tutma sorumluluğu yüklemiştir (Bezirgan Gözmener, 2019).

Hemşirelik kayıtları; bakımın devamlılığında, hasta bakımının geliştirilmesinde, sağlık bakım disiplininde ileriye dönük planlar yapılmasında ve tıbbi hata davalarında verilen bakıma yasal kanıt gösterilmesinde esas alınan önemli bir belgedir. 2010 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde de hemşirelerin yaptıkları bütün uygulamaları kayıt altına almaları gerektiği belirtilmiş olup, belirtilen madde hemşirelerin görevlerinin gerekliliklerini yasal olarak göstermektedir. Ayrıca sağlık kuruluşuna yaralama, öldürme, intihar, iş kazası vb. nedenlerle başvurulması durumunda adli vaka bakımından değerlendirme zorunluluğu mevcuttur (Bezirgan Gözmener, 2019). Bu vakalarda oluşturulan kayıtlar adli makamların olay hakkında verecekleri karar üzerinde etkili olduğundan doğru ve eksiksiz biçimde tutulması ayrıca önem arz etmektedir. Bazı durumlarda da hastalar sağlık kuruluşlarındaki süreçleri ile ilgili olarak adli mercilere başvurabilmektedir.

Bu süreçlerde de hemşirelik kayıtları hasta, sağlık çalışanı ya da kurumlar için önemli bir kanıt olmaktadır (Bezirgan Gözmener, 2019; Tajabadi ve ark. 2020).

2.2.4.1. Hemşirelerin kayıtlardaki sorumlulukları:

Etkili, güvenli ve kaliteli hasta bakımını sağlamak ve hasta sonuçlarını iyileştirmek hemşireliğin önemli bir sorumluluğu olduğundan, hemşirelerden bakımın her alanında en yüksek kalitede hemşirelik kayıtları tutulması beklenmektedir (Akhu-Zaheya ve ark. 2018).

Hemşirelerin kayıtların yanlış tutulması sebebiyle hastaların zarar gördüğü hallerde kayıtların yanlış tutulması ile ilgili sorumluluğu, kayıtların eksik tutulması sebebiyle yaşanan zarar durumunda da eksikliğinden dolayı sorumlulukları bulunmaktadır. Yine hemşirelerin mahremiyetlerini ve kişisel bilgilerini koruma gerekliliği sebebi ile sır saklama sorumluluğu vardır. Hemşirelerin sağlık kayıtlarını oluşturma ve bildirimlerin yapılması konusunda üzerine düşeni yapması mesleki bir zorunluluktur. Hemşirelerin sorumluluğu olan bu kayıtlar, hastaları, kurumu ve hemşireleri meydana gelebilecek yasal problemlerden korumaktadır (Bezirgan Gözmener, 2019; Etgü ve Güçlü, 2022).

Parra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşire kayıtlarının kaliteli hemşirelik bakımı, etik ve yasal süreçlerde de durumun kanıtı olması bakımından hemşirelerin en önemli sorumluluğu olduğu belirtilmektedir (Parra ve ark. 2019). Hemşireler, bireylerin tıbbi bilgilerini öğrenip, kaydedip, paylaşabilmektedir. Hemşirelerin etik sorumlulukları çerçevesinde hastaların bilgilerini başkalarına açıklamama veya vermeme, bilgilerin gizliliğini koruma gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Tural Büyük ve Ünaldı Baydın, 2020). Ayrıca hemşireler kişisel verilerin korunması kanuna göre hastalara ait oluşturdukları hemşirelik kayıtlarını beklenen hedefler haricinde kullanması, dağıtması ve diğer bireyler ile paylaşması durumunda oluşacak veri ihlallerinden sorumlu olmaktadır. Belirtilen sorumluluklar ihlal edildiğinde Türk Ceza Kanunu'na (TCK) göre cezai yaptırım yapılabilmektedir. Bu durumda hemşireler TCK 137. Maddesi (madde 17-18) gereğince “Kamu görevlisi tarafından ve görevinin verdiği yetkiyi kötüye kullanılmak suretiyle” ve “Belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle” cezai bir yaptırım ile karşılaşabilmektedir (Durmuş, 2021).

Hemşireler cezai bir yaptırım süreci ile karşılaşmamak için yükümlülüklerini yerine getirmek zorundadır (Tural Büyük ve Ünalı Baydın, 2020). Hemşirelik kayıtları bireylerin kişisel sağlık bilgilerinin korunması ve bireylerin yaşam hakkı ile yakından ilgilidir. Bu sebeple hemşirelerin tuttukları hemşirelik kayıtları verilen bakımın kalitesini ortaya koymalarındaki sorumluluğu olup, bakımın devamlılığının ve ekip üyelerinin iletişiminin sağlanmasında önemli bir bileşendir (Etgü ve Güçlü, 2022). Tıbbi bilgileri ve kayıtları tutan sağlık profesyonelleri olan hemşireler, hastalara ait verilerin paylaşılmaması, yetkisi olmayan durumlarda erişimin kullanılmaması gibi güvenlik problemlerine dikkat etmelidir. Kayıt tutma sorumluluklarını yerine getirirken hukuka uygun kayıtlar oluşturulması, hastanın kayıtlarının amaç dışında kullanılmaması, hastanın izni olmadan başka kişilerle, sosyal medya veya medyada paylaşılmaması hemşirelerin önemli sorumluluklarıdır. Hemşirelerin hemşirelik kayıtlarını bu sorumluluklarının farkında olarak yapmaları gerekmektedir (Pakiş Çetin ve Çevik, 2021).

2.2.5. Hemşire Kayıtlarındaki Problemler ve Nedenleri

Hemşirelik belgeleri, yasal ve profesyonel gereksinimleri karşılamak için başlıca klinik bilgi kaynağıdır. Sağlık kuruluşlarında sistematik, etkili ve bilimsel dayanaklı bir kayıt sistemi oluşturulması ve kullanımının sağlanması hastane yönetiminin başta gelen görevleri arasında yer almaktadır (Park ve ark. 2021). Hemşirelik kayıtları, ister kağıt tabanlı ister elektronik olarak yapılsın, güvenli, etik ve etkili hemşirelik uygulamasının hayati bir bileşenidir. Hemşirelik kaydı tutmak mesleki yükümlülüklerinin bir parçası olmasına rağmen, dünya genelinde hemşireler arasında dokümantasyon uygulamasında eksiklikler tespit edilmiştir (Firouzeh ve ark. 2017; Parra ve ark. 2019; Aydemir, 2021; Park ve ark. 2021; Nkoane, 2023).

2.2.5.1. Kayıtlara ilişkin zorluklar/zaman alıcı olması:

Hemşirelik bakımının belgelenmesindeki problemler, hizmet sunumunun etkisiz kalmasına neden olmaktadır. Hemşirelerin yaptıkları kayıtların zor ve zaman alıcı olması hizmet sunumunun etkisiz kalmasında önemli bir etken olmaktadır (Firouzeh ve ark. 2017).

Hemşirelerin günlük işlerinin en az %15-25'ini hemşirelik kayıtlarının tutulması oluşturmaktadır (Sequeira, 2020).

Bu sebeple hemşireler, hemşirelik kayıtlarını bakımındaki süreyi azaltan zaman alıcı engeller olarak görmektedir (Larjow ve Lingner, 2021). Bei-Lei ve arkadaşları bir hemşirelik kaydı için ortalama beş ile dokuz dakika, günlük bakım belgeleri için ise ortalama 60 ile 120 dakika arasında zaman harcadığını belirtmektedir (Bei-Lei, Yong, Fa-yang, Zhang, 2019). Geriatri hemşirelerinin huzur evlerinde oluşturdukları hemşirelik kayıtlarında ise 26 dakika ile sekiz saat arasında zaman harcadığını saptamış olup hemşirelerin oluşturdukları kayıtlardaki zaman baskısı tükenmişlik yaşamalarına sebep olmaktadır (Larjow ve Lingner, 2021).

Kağıt tabanlı kayıtlar günümüzde birçok sağlık kurumunda kullanılmakta ve geleneksel kayıt yöntemi olarak bilinmektedir. Hemşirelerin elle oluşturdukları kağıt tabanlı kayıtlarda harcanan önemli zaman kayıtlardaki başlıca problemlerden biridir (Firouzeh ve ark. 2017). Hemşireler işlerinin doğası bakımından, bakım uygulamalarına daha fazla zaman ayırabilecek kayıt yöntemlerini kullanmaları gerekmektedir. Bu çerçevede hastanelerde oluşturulan elektronik kayıtların hemşirelik kayıtları için gerekli zamanı azaltarak hasta bakımı için daha fazla zaman kalmasına imkan oluşturmaktadır (Jorgensen ve Kollerup, 2021).

2.2.5.2. İş yoğunluğu:

Hemşireler, belirsiz iş tanımları, aşırı ve adaletsiz hemşirelik iş yükü nedeniyle birçok zorlukla karşılaşmaktadır. Hemşirelerin iş yükü fazlalığı, eksik veya kalitesi düşük kayıtlara sebep olmaktadır (Bal, 2014). Mersin ve arkadaşlarının farklı kliniklerdeki hemşirelerin iş yükünü belirlemek amacıyla yaptığı çalışma sonucunda kayıt ve sistemlerinin bütün klinikler için iş yükü belirleyicisi olarak önemli olduğu saptanmıştır (Mersin, İpçioğlu, Koca, 2018). Hemşirelerin, hemşirelik hizmetleri ile ilgili olmayan birçok formu doldurmakla sorumlu olmaları iş yükünü daha da artırmakta, hemşirelik hizmetlerinin nicelik ve niteliğini olumsuz biçimde etkilemektedir (Omaç Sönmez ve ark. 2014). Artan iş yükü sonucu, hemşireler birçok sorumluluğu yerine getirirken hemşire kayıtlarının tutulamaması ve hastaya yönelik önemli bilgilerin gözden kaçmasına sebep olabilir. Bu verilerin gözden kaçması hastaya zarar verebileceği gibi hemşireleri de hukuki olarak zora sokabilmektedir (Rhulani, Rachel, Maputle, 2016).

Ayrıca hemşireler arasında iş yükünün adaletli dağılımının yapılmaması hemşirelerin motivasyon düzeylerini ve hasta bakım kalitesini düşürmektedir. Yönetici hemşirelerin ve hastane yöneticilerinin uygun insan gücü planlamalarını belirlemeleri bu konuda da büyük önem taşımaktadır (Bal, 2014).

2.2.5.3. Hemşire eksikliği:

Hemşirelik bakımının kalitesi, hemşire insan gücünün etkin ve verimli kullanımı ile doğrudan ilişkilidir. Tüm dünyada ve Türkiye’de hemşire insan gücü yetersizliği çok önemli bir sorundur. OECD’nin (Organisation for Economic Co-Operation and Development) 2021 yılı verilerine göre OECD ülkeleri içerisinde Türkiye’de 1.000 kişi başına düşen hemşire sayısı 2,8’dir. Türkiye, kişi başına düşen hemşire sayısında OECD ülkelerinin oldukça gerisinde kalmaktadır (OECD,2024). Hastanelerde hemşire gücünün yetersizliğinden kaynaklanan eksiklikler çoğunlukla diğer meslektaşları ile tamamlanmaya çalışılmaktadır. Bunun sonucunda ise, hemşirelik mesleği profesyonellikten uzak ve bakım kalitesinden yoksun kalmakta olup, hemşirelik rolleri ve işlevleri olumsuz olarak etkilenmektedir (Köse, 2020). Hemşire kayıtları da bu rollerden biridir ve hemşire eksikliğine bağlı olarak eksik veya yetersiz olarak tutulmaktadır. Bu eksiklik veya yetersizlik sonucunda ise tıbbi ve yasal problemler ortaya çıkmaktadır (Rhulani ve ark. 2016).

Hemşirelik hizmeti kesintisiz devam eden bir hizmet olup, hemşireler uzun çalışma saatleri ve az mola ile yoğun iş yükü altında çalışmaktadır. Bu koşullar, hemşirelik kayıtlarının uygun standartlarda tutulmasını zorlaştırmaktadır. Kayıtlardaki problemlerden iş yükü ve hemşire sayısı birbiri ile iç içe geçmiş sorunlardır (Rhulani ve ark. 2016). Ayrıca mevcut hemşire insan gücünün doğru bir biçimde dağıtılmaması, hemşire eksikliği sorununu daha da karmaşık hale getirmektedir. Birimlerde uygun sayıda ve nitelikte hemşire istihdamı, hemşire iş yükünü azaltarak iş doyumunu sağladığı gibi hemşire kayıtlarının niteliğini artırabilmektedir (Bal, 2014; Köse, 2020).

2.2.5.4. Kayıtlar hakkında yetersiz bilgi:

Literatürde hemşire kayıtları ile ilgili en önemli problemlerden birisi hemşirelerin genellikle yaptıkları bakımların tümünü kaydetmedikleri ve eksik olarak tuttukları olarak belirtilmektedir (Ferreira, Chiavone, Bezerril, Alves, Salvador, Santos, 2020). Özellikle mesleğin gücünü, görünürlüğünü, özerkliğini arttıracak bağımsız hemşirelik uygulamalarının yeterince kayıt altına alınmadığı belirtilmektedir (Aydemir, 2021). Bu yetersizlikler hemşirelik mesleğinin görünürlüğünü olumsuz olarak etkilemektedir. Ekip içi iletişimi ve bakımın sürekliliğini kesintiye uğratabilmektedir.

Bu durum hasta güvenliğinde risk oluşturmaları ve bakım kalitesinin düşmesine sebep olabilecek önemli sonuçlar doğurabilmektedir (Ferreira ve ark. 2020). Park ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hemşirelerin hastalarına duygusal destek, eğitim ve danışmanlık sağladığı ve hemşire-hasta etkileşimin fazla olmasına rağmen, hemşirelerin hastalara tedaviyi bırakmayı önleme, intihar, manevi ve duygusal değerlendirme, öğretim ve danışmanlık kayıtlarına yer verilmediği saptanmıştır (Park ve ark. 2021). Hemşirelik kayıtlarında hasta öyküsü, bütüncül değerlendirme ile ilgili hemşirelik girişimi, hasta alerjisi, hasta/hasta yakınlarına emosyonel destek sağlama, hasta yakınlarına bilgi verme, hasta güvenlik önlemleri alma ve hemşirelik tanısına ilişkin kayıtlar eksik bulunmuştur. Literatürde hemşirelik kayıtlarının çoğunluğunun hastaların fizyolojik gereksinimlerine yönelik olan kayıtlar olduğu belirtilmektedir (Aydemir, 2021). Hemşireler hemşirelik girişimi olarak en çok dolaşım sistemine yönelik (%56) aktiviteleri kayıt etmektedir. En sık ateş, nabız, solunum, arteriyel kan basıncını içeren bulgularını (%81,5) ve bilinç düzeyi (%34,8) değerlendirilmektedir (Aydemir, 2021). Bu bağlamda hemşirelik kayıtları için ilgili hemşirelik formları hemşireler tarafından kullanılmakta fakat hastaların gereksinimlerine yönelik yapılan kayıtlar yetersiz olarak kayıt edilmektedir. Hastaların fizyolojik kayıtları yapılmakta, özellikle stres ve biyo psiko sosyal verileri yetersiz kayıt edilmektedir. Bu yetersiz kayıtlar sonucunda hastaların bütüncül değerlendirilmeleri aksamakta, tedavi ve bakımları olumsuz etkilenmektedir (Aydemir, 2021; Park ve ark. 2021).

Ruh sağlığı hemşireliği uygulamalarında da hemşirelik kayıtları olağandan eksik kalmaktadır.

Ruh sağlığı uygulamasında terapötik profesyonel-hasta ilişkisinin önemi göz önüne alındığında, hemşirelik belgelerinde personel-hasta etkileşimlerinin kalitesi ve kapsamının tanımlanması oldukça önemlidir. Ruh sağlığı hemşireleri psikiyatri hastalarının bakımını doğru bir şekilde tanımlamak için uygun dile erişmekte zorlanmaktadır. Kayıtlarda hastaların uyum sağladığı zorlu etkileşimler ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik iletişimlerin büyük çoğunluğu rapor edilememektedir. Hemşirelerin bakım sağladıkları hastalarda terapötik etkileşimler kayıtlarda nadiren tanımlanmaktadır ve teröpatik kayıtlardan çok hastaların teşhis amaçlı gözlemleri kayıt edilmektedir (Myklebust ve Bjorkly, 2019).

2.2.5.5. Yönetici desteği eksikliği:

Hemşire kayıtlarının kalitesi için yönetici desteği kritik bir rol oynamaktadır. Kanıta dayalı uygulamaya destek sağlamak için lider yöneticilerin vizyoner ve görünür olması ve iş akışını destekleyen sistemleri uygulaması gerekir. Hemşirelik liderlerinin, daha iyi bir kayıt sistemi için hemşireleri desteklemesi ve motive etmesi gerekmektedir. Bu nedenle hemşire kayıtları yönetici hemşirelerin doğrudan sorumluluğunda olan bir konudur. (Vabo, Slettebo, Fossum, 2017). Hemşirelik bakımında optimal kayıtların oluşturulmasını sağlamak için bireysel, sosyal, organizasyonel ve teknolojik destek gerekmektedir. Bu amaca ulaşmak için, yöneticilerin sistem geliştirme, eğitim ve politika belirleme süreçlerinde teknik, ekonomik ve insan kaynaklarına öncelik vererek gerekli iyileştirmeleri kolaylaştırmaları önemlidir. Lider yöneticiler, hasta güvenliğini sağlamak ve iyileştirmek için, bakım birimlerindeki dokümantasyon ve bilgi paylaşımındaki karmaşıklık göz önünde bulundurarak hemşirelerin işini kolaylaştıran uygulamaları benimsemelidir (Bjerkan ve ark. 2021).

Kayıtların işlevleri, terminolojileri ve karar destek sistemleri belirlenmiş olsa da sağlık profesyonellerinin bilgi ve tutumları, kayıtların etkin tutulmasında kritik rol oynamaktadır. Hemşirelik belgelerinin iyileştirilmesine yönelik kılavuzların uygulanması, yöneticilerinin deneyimlediği karmaşık ve rekabet edilen ilgi alanlarını tanımlamaları, kayıtların kalitesini arttırmak için önemlidir (Vabo ve ark. 2017). Ayrıca yönetici hemşireler tarafından kayıtlardaki bilgi eksikliklerine yönelik hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir. Hemşirelik hizmetlerinde kullanılan formların eğitimi, oryantasyon ve servislere özel hizmet içi eğitimlerde verilmelidir.

Kayıtların kullanımı konusunda bilgi eksikliği bulunan hemşirelerin eğitimleri uygulama alanlarında ve oryantasyon eğitimlerinde tekrarlanarak bilgi eksikliği giderilmeye çalışılmalıdır. Yönetici hemşireler, hemşirelerin güçlendirilmesi ve hemşirelik kayıtlarının öneminin hemşirelere benimsetilmesi konusunda sürekli olarak mentorlük yapmalıdır. Yönetici desteği eksik olduğunda hem sağlık hizmetlerinin kalitesinde sorunlar yaşanabilmekte hem de kurumların vizyonlarının dar kalmasına sebebiyet verebilmektedir (Nkoane, 2023).

2.2.5.6. Sosyal ve bireysel özellikler:

Hemşirelerin oluşturduğu hemşirelik kayıtlarında bireysel özelliklerine ve bulundukları sosyal ortamın özelliklerine göre farklılıklar veya problemler olabilmektedir. Bazı hemşireler diğer görevlerine kıyasla hemşirelik kayıtlarını daha düşük öncelikte görmektedir. Hemşireler, hasta odaklı çalışmanın daha önceliğe sahip olduğunu düşünmekte ve bilgisayarda zaman geçirmeyi geri plana atmaktadır. Bununla birlikte bazı hemşirelerin bireysel özelliklerine bağlı olarak belgeleme için aynı sorumluluk duygusunu paylaşmamakta ve niteliksiz veya eksik kayıtlar ortaya çıkmaktadır (Köse, 2020; Bjerkan ve ark. 2021). Ayrıca hemşireler arasındaki kültürel ve dil farklılıkları da hemşirelik kayıtlarında problemlere sebep olabilmektedir (Tuğrul ve Khorshid, 2015).

Hemşirelerin sosyal ve bireysel özelliklerine göre hemşire kayıtlarında problemler oluşabilmektedir. Bu sebeple sağlık kurumlarında hemşire istihdamında, mesleki yeterliliğin değerlendirilmesi ve mesleğin niteliklerine uygun hemşirelerin istihdam edilmesi gerekliliği kurum ve yöneticileri açısından önem taşımaktadır (Köse, 2020; Bjerkan ve ark. 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelik kayıtlarının tutulmasında karşılaşılan sorunlar ile bu sorunların nedenlerinin saptanması ve çözüm önerilerinin ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiş olup bu aşamalarda nicel ve nitel olmak üzere karma yöntem kullanılmıştır. İlk aşamada, hemşirelik kayıtları retrospektif olarak incelenmiş ve bu kayıtlardaki eksiklik, hata ve diğer sorunlar belirlenmiştir. Bu aşamada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. İkinci aşamada ise hemşirelik kayıtlarındaki sorunlarının nedenleri ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerini ortaya koymak amacıyla nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

3.3. Araştırma Soruları

1. Hemşirelik kayıtlarının tutulmasında karşılaşılan sorunlar nelerdir?
2. Hemşirelik kayıtlarının tutulmasında karşılaşılan sorunların nedenleri nelerdir?
3. Hemşirelik kayıtlarının tutulmasında yaşanan sorunları önlemek için hemşirelerin önerileri nelerdir?

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesinin ikinci basamak koroner yoğun bakım biriminde (KYB) yürütülmüştür. Yoğun bakım birimleri, hasta bakımının ve hastaya yapılan işlemlerin en fazla olduğu ve buna paralel olarak da hemşirelik kayıtlarının en fazla tutulduğu yerlerden biridir. Araştırmanın yürütüldüğü kurumda bulunan yoğun bakım birimleri arasında yer alan Koroner Yoğun Bakım birimi de hasta sirkülasyonunun en hızlı olduğu ve hemşirelik kayıtlarının hatalı veya eksik tutulması açısından en riskli birimlerden biridir. Bu nedenle araştırmanın amacına uygun olarak araştırma bu birimde yürütülmüştür.

Araştırmanın yürütüldüğü hastane 350 yatak kapasiteli bir hastanedir. KYB birimi ise ikinci basamak yoğun bakım hizmeti verilen, sekiz yatak kapasitesine sahip olan ve hali hazırda toplam 12 hemşirenin aktif olarak çalıştığı bir birimdir. Birimde ayrıca iki öğretim üyesi, iki uzman doktor, beş temizlik personeli ve bir büro personeli görev yapmaktadır. KYB biriminde mesaide üç hemşire görev yapmaktadır.

3.5. Araştırma Süreci

Araştırma süreci iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın birinci aşaması olan nicel aşamasında, araştırmanın yürütüldüğü kurumda 01.01.2022- 31.12.2022 tarihleri arasında KYB biriminde yatarak tedavi görev hastaların dosyalarında yer alan ve hemşirelik işlemlerinin kaydedildiği dokümanlar retrospektif olarak incelenerek kayıtlarla ilgili sorunlar belirlenmiştir.

İkinci aşaması olan nitel aşamada ise belirlenen sorunların nedenlerinin ve bu nedenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik çözüm önerilerinin ortaya konulması amacıyla kayıtları tutan ve 2022 yılında birimde aktif çalışan 13 hemşire ile görüşmeler yapılmıştır. Çalışma takvimi aşağıda belirtilmiştir.

	Haziran 2022	Temmuz- Kasım 2022	Aralık 2022	Ocak- Mayıs 2023	Haziran 2023	Temmuz- Eylül 2023	Ekim 2023	Kasım 2023- Şubat 2024	Mart 2024- Haziran 2024
Araştırmanın planlanması ve tez önerisinin verilmesi									
Etik kurul ve kurum izinleri için raporlarının hazırlanması ve gerekli izinlerin alınması									
Kayıtların incelenmesi									
Nicel verilerin analizi									
Nitel görüşmelerin yapılması									
Nitel görüşmelerin yazılı hale getirilmesi									
Nitel verilerin analizi									
Çalışma sonuçlarının ortaya konması ve araştırma raporunun yazımı									

Tablo 3.1. Çalışma Takvimi

3.5.1. Araştırmanın Nicel Aşaması

3.5.1.1. Araştırmanın evreni ve örnekleme:

Araştırmanın ilk aşamasında çalışmanın evrenini, hastanenin KYB biriminde tedavi gören hastalara ait hemşirelik kayıtları oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütülmesinde hem maliyet, zaman kısıtlılığı, gerçekleştirilebilirlik vb. faktörler göz önüne alınmış hem de en güncel sorunların belirlenmesi hedeflenerek bu kayıtlar arasından araştırmaya başlanılan yıldan bir önceki yıl olan 2022 yılına ait hemşirelik kayıtlarının çalışma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. 01.01.2022 -31.12.2022 tarihleri arasında bu birimde tedavi gören 1756 hasta bulunmaktadır. İncelenecek dosya sayısının belirlenmesinde örneklem hesaplaması örneklem genişliği tahmini formülü ile hesaplanarak güç analizi $\alpha=0.03$ düzeyinde %80 güç elde etmek için 664 hastanın dosyasının incelenmesi gerektiği ortaya çıkmıştır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004). Literatürde gözlemsel çalışmalarda olası veri kayıpları olabileceği ve deneysel çalışmalara göre yaklaşık % 20 daha fazla örneklem büyüklüğüne ihtiyaç duyulduğu belirtildiğinden çalışma kapsamında 800 hastanın dosyasındaki hemşirelik kayıtları incelenmiştir (Kalaycıoğlu ve Akhanlı, 2020). Bu dosyaların seçiminde basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır.

3.5.1.2. Veri toplama araçları:

Araştırmanın ilk aşamasında veriler, hasta dosyalarında yer alan ve kurum tarafından kullanılan hemşirelik formlarından yararlanılarak araştırmacı tarafından kontrol listesi şeklinde oluşturulan bir veri toplama aracı ile toplanmıştır (Ek 1). Bu kontrol listesi 2022 yılında KYB biriminde tedavi görmüş hastaların bakımında kullanılmış olan hasta tanılama formu, yoğun bakım gözlem formu, hasta taburcu eğitim formu, yatan hasta ve hasta yakını eğitim formu, tedavi bilgilendirme onam formu, nutrisyon skora formu, bakım planı, kan transfüzyon formu, güvenli invaziv kontrol listesi, hasta transfer formu ve sözel order formu, mavi kod formu, hasta eşyaları teslim formu ve narkotik ve psikotrop ilaç talep formlarında belirtilen ve hemşireler tarafından doldurulması gereken parametreler temel alınarak bu parametrelerle ilgili bilgilerin tam olup olmadığını belirlemeye yönelik olarak oluşturulmuştur.

Formlarda belirtilen kriterlerle ilgili kayıtların tutulmasında uygun olmayan durumlar, boş, eksik veri, okunaksız yazı ile kayıt, kısaltma yapılmış kayıt, yüzeysel veri, karalama yapılmış veri, form dosyada yok, gerekli olmayan veri, tam kayıt ve diğer seçenekleri ile değerlendirilerek incelenmiştir.

3.5.1.3. Verilerin toplanması:

Araştırmanın ilk aşamasında etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra çalışma yapılacak hastaneye yazılı olarak başvurularak istatistik biriminden 2022 yılında KYB biriminde yatan hastaların sayıları ve dosya numaraları temin edilmiştir. Alınan bu veriler ve kurum izni ile birlikte gündüz çalışma saatleri içinde (08.30-17.00) kurumun arşiv görevlisine başvurularak, seçilen hasta dosyaları istenmiş ve “Kişisel Sağlık Verileri Hakkındaki Yönetmelik” ve “Arşiv Hizmetleri Hakkındaki Yönetmelik” e uygun olarak arşivden dışarıya çıkarılmadan birim içinde incelenmiş ve geri teslim edilmiştir. Veriler 20.12.2022- 09.06.2023 tarihleri arasında toplanmış olup, incelenen dosyalarda yer alan hemşirelik kayıtlarındaki sorunlar, oluşturulan veri toplama formuna işaretlenmiştir.

3.5.1.4. Verilerin değerlendirilmesi:

Araştırmadan elde edilen nicel veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 23 paket programı ile analiz edilmiş olup analizler için frekans ve yüzde dağılımı kullanılmıştır. Araştırmanın nicel verilerinin raporlanmasında STROBE kriterleri dikkate alınmıştır.

3.5.2. Araştırmanın Nitel Aşaması

3.5.2.1. Araştırmanın evreni ve örnekleme:

Araştırmanın nitel aşamasının evrenini, 2022 yılında KYB biriminde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. KYB biriminde 2022 yılında 16 hemşire görev yapmıştır. Bu aşamada örneklem seçim yöntemi kullanılmamış ve ulaşılabilen, araştırmayı katılmayı kabul eden tüm hemşireler (n=13) araştırma kapsamına alınmıştır. Bir hemşire oryantasyon eğitimini tamamlamadan başka birimde görevlendirildiği için, iki hemşire de tayin nedeniyle kurumdan ayrıldığı ve ulaşamadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu doğrultuda araştırmanın nitel aşaması 13 hemşire ile yürütülmüştür.

3.5.2.2. Veri toplama araçları:

Araştırmanın nitel aşamasında, hemşireler ile yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerde araştırma amacına uygun olarak hemşirelerin hemşirelik kayıtlarındaki sorunların nedenleri ve çözüm önerilerini belirlemeye yönelik soruları içeren ve araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Aydemir, 2021; Karaköse, 2021; Larjow ve Lingner, 2021; Omaç Sönmez ve ark. 2014; Zhang ve ark. 2021) hazırlanmış olan ve dokuz sorudan oluşan “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılmıştır (Ek 2). Oluşturulan bu form, soruların uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla hem konudan bağımsız bir kalitatif analistin hem de tez izleme komitesi üyelerinin görüşlerine sunulmuş ve gelen öneriler doğrultusunda düzenlenerek son haline getirilmiştir. Bu aşamada veri toplamaya başlamadan önce hastanenin diğer yoğun bakımlarında çalışan ancak örnekleme dahil edilmeyen üç hemşire ile pilot görüşmeler yapılmış ve görüşme sorularının anlaşılabilirliği test edilmiştir. Yapılan bu ön görüşmeler 29 ile 39 dakika arasında sürmüştür.

Ayrıca araştırmacı, nitel aşamayı daha etkili ve verimli bir biçimde yürütebilmek ve olası hataları önlemek amacı ile nitel araştırma yöntemleri eğitimi (Ek 3) ile nitel verilerin analizine yönelik MAXQDA eğitimi almıştır (Ek 4).

3.5.2.3. Verilerin toplanması:

Nitel aşamanın verileri 19 Temmuz - 22 Eylül 2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Görüşme öncesinde katılımcılara araştırma ile ilgili olarak amacı, görüşmeden elde edilen bilgilerin gizliliği, ses kaydı alınacağı vb. konularda gerekli açıklamalar yapılarak araştırmaya davet edilmiştir. Ulaşılabilen tüm hemşireler gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Görüşmeler için hemşirelerin çalışma saatleri ve nöbetleri de dikkate alınarak uygun yer ve zaman planlaması yapılmıştır. Görüşmelerin bölünmesini engellemek ve sessiz bir ortam sağlayabilmek amacıyla görüşmeler hastanenin ikinci katında bulunan eğitim salonunda yapılmıştır. Katılımcılardan görüşmenin hemen öncesinde hem bilgilendirilmiş onamları hem de ses kayıt cihazı ile görüşmelerin kayıt altına alınacağı konusunda bilgi verilerek seslerini kayıt etmek üzere izinleri alınmıştır. Yapılan görüşmelerde araştırmacı tarafından gözlem notları tutulmuş ve katılımcıların tepki ve davranışlarının kayıt edilmesine özen gösterilmiştir.

Katılımcılar ile yapılan görüşme süreleri 32.54 ile 77 dakika arasında değişmektedir (Tablo 3.2.). Tekrarlanan görüşme olmamıştır.

Tablo 3.2. Nitel Görüşmelere Yönelik Bilgiler

Katılımcı Numarası	Görüşme Süresi	Kullanılan Araç
Katılımcı 1	32.54 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 2	64.00 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 3	37.52 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 4	47.53 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 5	56.39 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 6	46.51 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 7	50.21 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 8	45.34 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 9	37.47 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 10	52.00 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 11	34.33 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 12	33.43 dk	Ses kayıt cihazı
Katılımcı 13	77.00 dk	Ses kayıt cihazı

3.5.2.4. Verilerin değerlendirilmesi:

Nitel verilerin değerlendirilmesi sürecinde ise öncelikle görüşme kayıtları araştırmacı tarafından birebir yazılı metin haline getirilerek 177 sayfalık bir veri seti oluşturulmuştur. Görüşme kayıtları yazılı hale getirilirken katılımcıların gerçek isimleri kullanılmamış, sadece katılımcı numarası ile belirtilmiştir. Yazılı hale getirilen görüşme kayıtlarının katılımcılar tarafından tekrar okunması sağlanarak, düzeltmek istedikleri ifadeler olup olmadığı sorulmuş ve metinlerin doğruluğunun katılımcılar tarafından teyit edilmesi sağlanmıştır.

Yazıya dönüştürülen nitel verilerin değerlendirilmesinde kod, alt tema, temaların belirlenmesi ve belirlenen kod, alt tema ve temalar çerçevesinde verilerin düzenleme süreçlerinden oluşan içerik analizi yapılmıştır. Veriler bir istatistik uzmanı tarafından MAXQDA Pro 2020 programı kullanılarak analiz edilmiş ve tüm dokümanlar uygun temalara ve alt temalara ayrıştırılmıştır.

Ek olarak, kullanılan görseller için de üç farklı programla bulgular desteklenmiştir. Buna göre; kodları tablo-grafik üzerinden betimlemek için XMind ve kod haritaları için MAXQDA Pro 2020 kullanılmış, böylece bulguların ilişkilendirildiği bağlamlar da derinlemesine incelenebilmiştir. Araştırma bulgularında değerlendirici ön yargısını engellemek ve güvenilirliği arttırmak için elde edilen içerik analizi sonuçları ve görüşme metinleri, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından ayrı ayrı incelenmiş ve belirlenen kod ve temalar karşılaştırılarak üzerinde hemfikir sağlanan temalar nitel bulgular olarak hazırlanmıştır. Görüşmelerde hemşirelerin tekrarlayan ifadeleri saptanmış olup araştırmada veri doygunluğuna ulaşılmıştır.

Nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirliği arttırmak için en sık kullanılan yöntem olan ayrıntılı alıntı yapılmıştır. Bu bağlamda araştırmadaki katılımcı açıklamaları, ifadelerde değişiklik yapılmadan belirtilmiştir. Bununla birlikte nitel verilerin güvenilirliğini sağlamak amacı ile ses kayıtları alınmış, araştırmacı tarafından görüşme notları tutulmuştur. Ayrıca nitel bulgular literatür ile desteklenmiştir (Başkale, 2016). Araştırmanın nitel verilerinin raporlanmasında COREQ kriterleri dikkate alınmıştır.

3.6. Etik İlkeler

Araştırma sürecine başlamadan önce Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.10.2022 tarih ve 2022-9 sayılı toplantısında 2022-148 başvuru sayısı ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek 5). Araştırmanın yürütüleceği kurumdan resmi yazılı izin talep edilmiş olup 06.12.2022 tarihinde Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan toplantıda çalışmanın kurumda yapılması uygun bulunmuştur (Ek 6). Araştırmanın nicel aşamasında hasta dosyalarındaki hemşirelik kayıtları arşiv birimi dışına çıkarılmadan birim içerisinde incelenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu doğrultusunda yazılı onamları alınmıştır (Ek 7).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları, araştırmanın yürütüldüğü kurumun KYB birimi ve bu birimde çalışan hemşireler ile sınırlıdır. Bu nedenle diğer kurum, birim ve hemşirelere genellenemez.

3.8. Araştırmada Karşılaşılan Glkler

Araştırmacı tarafından KYB biriminde tedavi gren koroner hasta dosyasında incelenen hemşirelik formları kişisel sağlık verileri hakkındaki ynetmelik ve arşiv hizmetleri hakkındaki ynetmeliğe uygun olarak dosyalar arşivden dışarıya çıkarılmadan birim içinde incelenmiştir. Araştırmacının arşiv biriminin açık olduğu saatlerde mesai yapmak durumunda olması ve arşiv birimine mesai saati dışında ulaşılamaması sebebi ile incelemelerde uygun zaman bulunması bakımından glklerle karşılaşılmıştır. Ayrıca hastane arşiv kayıtlarında her hastaya bir arşiv numarası verilmekte ve hastanın kurumdaki yatışı olan btn yıllar ve herhangi bir servisteki yatışlarının hepsi tek bir arşiv dosyasında toplanması sebebi ile de dosyadaki form fazlalığı taramalarda karşılaşılan başka bir glk sebebidir.

3.9. Araştırmanın Mali Yn

Araştırma Bandırma Onyedii Eyll niversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatrlğ tarafından 23-1013-002 proje numarası ile desteklenmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma bulguları, araştırma sürecinin nicel ve nitel aşamasına yönelik ayrı ayrı ele alınmış ve aşağıda sunulmuştur.

4.1. Araştırmanın Nicel Aşamasına Yönelik Bulgular

Bu bölümde koroner yoğun bakım biriminde tedavi hizmeti alan 800 hastanın hemşirelik kayıtlarına ait verilerin değerlendirilmesi sonucu elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

- Hasta Tanılama Formuna İlişkin Bulgular
- Yoğun Bakım Gözlem Formuna İlişkin Bulgular
- Hasta Taburcu Eğitim Formuna İlişkin Bulgular
- Yatan Hasta ve Hasta Yakını Eğitim Formuna İlişkin Bulgular
- Kan Transfüzyon Formuna İlişkin Bulgular
- Güvenli İnvaziv Kontrol Listesi Formuna İlişkin Bulgular
- Hasta Transfer Formuna İlişkin Bulgular
- Tedavi Bilgilendirme Onam Formuna İlişkin Bulgular
- Nutrisyon Skorlama Formuna İlişkin Bulgular
- Bakım Planına İlişkin Bulgular
- Sözel Order Formuna İlişkin Bulgular
- Mavi Kod, Hasta Eşyaları Teslim, Narkotik ve Psikotrop İlaç Talep Formuna İlişkin Bulgular
- Formların Doldurulma Oranlarına Yönelik Bulgular

Tablo 4.1. Hasta Tanılama Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular

HASTA TANILAMA FORMU																				
SORUNLU KAYIT																	GEREKLİ OLMAYAN VERİ	TAM KAYIT		
	Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt		
n=800	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta Mesleği/ Çocuk Sayısı	638	79,7	0	0	3	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	159	19,8
Hasta Adı/Soyadı	510	63,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	290	36,2
Hasta Ön Tanı/Tanı	600	75,0	0	0	12	1,5	94	11,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	94	11,7
Ev Koşulları	776	97,0	0	0	4	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	2,5
Eğitim Durumu	709	88,6	0	0	4	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	87	10,8
Hasta Telefon	705	88,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	95	11,8
Hastaneye Geliş Şekli	391	48,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	409	51,1
Geldiği Yer	366	45,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	434	54,2
Hastanın Yakınması	515	64,3	15	1,8	8	1,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	262	32,7

Tablo 4.1. Hasta Tanılama Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular (Devam)

SORUNLU KAYIT																GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT		
	Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
n=800																				
Hasta Kabulündeki Açıklamalar	159	19,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	332	41,5	0	0	309	38,6
Kronik Hastalıklar	70	8,7	7	0,8	8	1,0	248	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	467	58,3
Geçirilen Hastalıklar	148	18,5	7	0,8	8	1,0	13	1,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	624	78,0
Alerjileri	98	12,2	6	0,7	2	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	694	86,7
Aışkanlıkları(Sigara , Alkol vb)	138	17,2	2	0,2	3	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	657	82,1
Uyku Düzeni	650	81,2	0	0	2	0,2	24	3,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	124	15,5
Dışkılama Aışkanlığı	736	92,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64	8,0
Sürekli Kullanılan İlaçlar	424	53,0	0	0	19	2,3	0	0	0	0	8	1,0	0	0	21	2,6	0	0	328	41,0
Fiziksel Gereksinimleri Karşılama Durumu	159	19,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	632	79,0
Bilinç Durumu	165	20,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	626	78,2
Hastaneye Yatma Nedeni	185	23,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1,0	0	0	607	75,8
Daha Önce Hastane Deneyimi	262	32,7	0	0	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1,0	0	0	529	66,1
Daha Önce Ameliyat Olup Olmadığı	295	36,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	496	62,0
Kullanılan Protezler	425	53,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	1,0	0	0	367	45,8
Kan Grubu	781	97,6	3	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	2,0

Tablo 4.1. Hasta Tanılama Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular (Devam)

SORUNLU KAYIT																GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT		
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt		
n=800		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kan Transfüzyonu	509	63,6	0	0	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0,8	0	0	283	35,3
Deri Gözlemi	58	7,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	2,7	0	0	720	90,0
Emosyonel Gözlem	83	10,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	2,7	0	0	695	86,8
Nörolojik Gözlem	58	7,2	0	0	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	22	2,7	0	0	719	89,8
Konuşma	58	7,2	0	0	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	22	2,7	0	0	719	89,8
Genitoüriner	308	38,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	2,7	0	0	470	58,7
Gis	76	9,5	0	0	2	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	22	2,7	0	0	700	87,5
Solunum	109	13,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	2,7	0	0	669	83,6
Kas İskelet	308	38,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	2,7	0	0	470	58,7
Beslenme	219	27,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	2,7	0	0	559	69,8
Diğer Gözlemler	787	98,3	0	0	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	3	0,3
Yaşam Bulguları	557	69,6	10	1,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0,8	0	0	226	28,2
Bulaşıcı Hastalıkları	782	97,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	2,2
Bası Yaraları Risk Tanılama	182	22,7	2	0,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	616	77,0
Ağrı Tanılama	580	72,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	220	27,5
Hemşire Adı-Soyadı	139	17,3	0	0	15	1,8	28	3,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	618	77,2

Tablo 4.1. Hasta Tanılama Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular (Devam)

SORUNLU KAYIT																GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT	
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt	
n=800		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hemşire Parafı	74	9,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	726	90,7
Hastanın Mevcut ve Olası Sorunları	787	98,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	1,6
Hastadan Teslim Alınan İlaçların Adı	321	40,1	0	0	4	0,5	0	0	0	0	0	0	0	10	1,2	0	0	465	58,1
İlacın Miadı/Miktarı	800	100,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Teslim Alan/Teslim Eden İsim Soyisim/İmza	621	77,6	52	6,5	3	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	124	15,5

İlk olarak hemşirelerin hasta tanılama formuna kaydettikleri verilere ilişkin sorunların dağılımına yönelik bulgular incelenmiştir. Bu bulgulara göre hasta tanılama formundaki her parametrede **boş bırakılmış verilerin** olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte bu formda eksik bırakılan, okunaksız, kısaltmalarla, karalama yapılarak veya yüzeysel şekilde kaydedilen verilerin olduğu belirlenmiştir.

Buna göre **eksik kaydedilen veriler** hastanın yakınmaları (%1,8), kronik hastalıkları (%0,8), geçirilen hastalıklar (%0,8), alerjileri (%0,7), alışkanlıkları (%0,2), kan grubu (%0,3), yaşam bulguları (%1,2), bası yaraları risk tanılama (%0,2), teslim eden, teslim alan isim- soyisim ve imza (%6,5) olduğu görülmüştür.

Okunaksız yazı ile kaydedilen veriler ise hasta mesleği/çocuk sayısı (%0,3), hasta ön tanı veya tanı (%1,5), ev koşulları (%0,5), eğitim durumu (%0,5), hastanın yakınması (%1), kronik hastalıklar (%1), geçirilen hastalıklar (%1), alerjileri (%0,2), alışkanlıkları (%0,3), uyku düzeni (%0,2), sürekli kullanılan ilaçlar (%2,3), daha önce hastane deneyimi (%0,1), kan transfüzyonu (%0,1), nörolojik gözlem (%0,1), konuşma (%0,1), GİS problemleri (%0,2), diğer gözlemler (%0,1), hemşire adı/soyadı (%1,8), hastadan teslim alınan ilaç isimleri (%0,5), teslim eden, teslim alan hemşire isim- soyisim ve imzası (%0,3) olduğu belirlenmiştir.

Kısaltma yapılarak kaydedilen veriler ise hasta ön tanı veya tanı (%11,7), kronik hastalıklar (%31), geçirilen hastalıklar (%1,6), uyku düzeni (%3), hemşire adı/soyadındaki (%3,5) başlıklarda saptanmıştır.

Yüzeysel olarak kaydedilen veriler hasta kabulündeki açıklamalar (%41,5), sürekli kullanılan ilaçlar (%2,6), fiziksel gereksinimleri karşılama durumu (%1,1), bilinç durumu (%1,1), hastaneye yatma nedeni (%1), daha önce hastane deneyimi (%1), önceki geçirilen ameliyatlar (%1,1), kullanılan protezler (%1), kan transfüzyonu (%0,8), deri gözlemi (%2,7), emosyonel gözlem (%2,7), nörolojik gözlem (%2,7), konuşma (%2,7), genitoüriner (%2,7), gastrointestinal (%2,7), solunum (%2,7), kas iskelet (%2,7), beslenme (%2,7), diğer gözlemler (%1,1) ve yaşam bulguları (%0,8) ve hastadan teslim alınan ilaçların adı (%1,2) başlıklarında saptanmıştır. Ayrıca sürekli kullanılan ilaçlarda da **karalama yapılmış veriler** (%1) bulunmuştur (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Yoğun Bakım Gözlem Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular

YOĞUN BAKIM GÖZLEM FORMU																				
SORUNLU KAYIT																	GEREKLİ OLMAYAN VERİ	TAM KAYIT		
	Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt		
n=800	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Genel bilgiler	2	0,2	0	0	0	0	0	0	9	1,1	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0	787	98,3
Alerji	73	9,1	0	0	1	0,1	0	0	9	1,1	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0	715	89,3
Adli vaka	84	10,5	0	0	1	0,1	0	0	9	1,1	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0	704	88,0
Yatış tarihi/günü	3	0,3	0	0	0	0	0	0	9	1,1	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0	786	98,2
Tanısı	22	2,7	0	0	5	0,6	444	55,5	9	1,1	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0	318	39,7
Bulaşıcı hastalığı	780	97,5	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	0	0	0	0	10	1,2
Kültür takibi	269	33,6	0	0	1	0,1	0	0	9	1,1	2	0,2	1	0,1	0	0	0	0	518	64,7
Kullanılan antibiyotik	728	91,0	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	0	0	0	0	62	7,7
İzolasyon uygulaması	783	97,8	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	0	0	0	0	7	0,8
İnsülin kullanımı	746	93,2	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	0	0	0	0	44	5,5
Güvenlik önlemleri	24	3,0	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	0	0	0	0	766	95,7
Hayati bulgular	3	0,3	3	0,3	0	0	0	0	9	1,1	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0	783	97,8
Solunum	264	33,0	0	0	3	0,3	0	0	9	1,1	4	0,5	1	0,1	5	0,6	0	0	514	64,2
Aldığı	67	8,3	0	0	0	0	0	0	9	1,1	5	0,6	1	0,1	0	0	0	0	718	89,7
Çıkardığı	76	9,5	5	0,6	0	0	0	0	9	1,1	2	0,2	1	0,1	0	0	0	0	707	88,3
Ağrı (yeri)	340	42,5	0	0	6	0,7	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	17	2,1	0	0	427	53,3

Tablo 4.2. Yoğun Bakım Gözlem Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular (Devam)

SORUNLU KAYIT																GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT		
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt		
n=800																				
n		%		n		%		n		%		n		%		n		%		
Ağrı (niteliği)	340	42,5	0	0	6	0,7	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	121	15,1	0	0	323	40,3
Ağrı (skala)	338	42,2	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	127	15,8	0	0	325	40,6
Kısıtlama	636	79,5	0	0	2	0,2	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	52	6,5	0	0	100	12,5
Pozisyon	124	15,5	0	0	13	1,6	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	134	16,7	0	0	519	64,8
Bası ülseri	648	81,0	0	0	3	0,3	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	34	4,2	0	0	105	13,1
Ağız bakımı	222	27,7	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	336	42,0	0	0	232	29,0
Ekstremiteler nabız/ödem(gode)	96	12,0	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	0	0	0	0	694	86,7
El yüz bakımı	250	31,2	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	335	41,8	0	0	205	25,6
Ayak bakımı	408	51,0	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	338	42,2	0	0	44	5,5
Çarşaf değ./düzeltme	213	26,6	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	331	41,3	0	0	246	30,7
Göz bakımı	402	50,2	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	337	42,1	0	0	51	6,3
Saç bakımı	433	54,1	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	338	42,2	0	0	19	2,3
Postural drenaj	434	54,2	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	336	42,0	0	0	20	2,5
Vücut bakımı	426	53,2	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	334	41,7	0	0	30	3,7
Perine bakımı	415	51,8	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	336	42,0	0	0	39	4,8
Tıraş	442	55,2	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	337	42,1	0	0	11	1,3

Tablo 4.2. Yoğun Bakım Gözlem Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular (Devam)

SORUNLU KAYIT																GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT			
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt			
n=800		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Aspirasyon		436	54,5	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	337	42,1	0	0	17	2,1
Masaj		439	54,8	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	336	42,0	0	0	15	1,8
Kateter takibi tarihi		148	18,5	0	0	0	0	0	0	9	1,1	5	0,6	1	0,1	0	0	0	0	637	79,6
Katater takipleri		790	98,7	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	0	0	0	0	0	0
Braden bası değerlendirme skala		53	6,6	7	0,8	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	0	0	0	0	730	91,2
Glaskow koma		51	6,3	0	0	0	0	0	0	9	1,1	0	0	1	0,1	0	0	0	0	739	92,3
Hemşire adı soyadı/parafı (teslim alan)		37	4,6	65	8,1	0	0	3	0,3	9	1,1	4	0,5	1	0,1	0	0	0	0	681	85,1
Hemşire adı soyadı/parafı (teslim eden)		514	64,2	49	6,1	0	0	2	0,2	9	1,1	0	0	1	0,1	0	0	0	0	225	28,1

Hemşirelerin yoğun bakım gözlem formuna kaydettikleri verilere yönelik sorunlar incelendiğinde bu formda da her parametrede **boş bırakılmış verilerin** olduğu görülmüştür. Bu formda **eksik kaydedilen veriler**, hayati bulgular (%0,3), çıkardığı (%0,6), braden bası değerlendirme (%0,8), teslim alan (%8,1) ve teslim eden (%6,1) hemşire adı-soyadı, ve parafında olduğu saptanmıştır.

Okunaksız yazı ile kaydedilen veriler, alerjileri (%0,1), adli vaka (%0,1), tanısı (%0,6), kültür takibi (%0,1), solunum (%0,3), ağrı yeri (%0,7) ve niteliği (%0,7), kısıtlama (%0,2), pozisyon (%1,6), bası ülseri (%0,3) parametrelerinde saptanmış olup, **kısaltma yapılarak kaydedilen veriler**, hastanın tanısı (%55,5), teslim alan (%0,3) ve eden (%0,2) hemşire adı ve soyadı başlıklarında belirlenmiştir.

Yüzeyssel olarak kaydedilen veriler, solunum (%0,6), ağrı yeri (%2,1), niteliği (%15,1), skalası (%15,8), kısıtlama (%6,5), pozisyon (%16,7), bası ülseri (%4,2), hemşire bakım uygulamaları (ağız bakımı (%42), el yüz bakımı (%41,8), ayak bakımı (%42,2), çarşaf değiştirme/düzeltilme (%41,3), göz bakımı (%42,1), saç bakımı (%42,2), postural drenaj (%42), vücut bakımı (%41,7), perine bakımı (%42), traş (%42,1), aspirasyon (%42,1), masaj (%42) olduğu saptanmıştır.

Karalama yapılmış veriler ise genel bilgiler (%0,1), adli vaka (%0,1), tanısı (%0,1), alerji (%0,1), yatış tarihi/günü (%0,1), kültür takibi (%0,2), hayati bulgular (%0,1), solunum (%0,5), aldığı (%0,6) ve çıkardığı (%0,2), katater takibi tarihi (%0,6), teslim alan hemşire adı-soyadı ve parafı (%0,5) başlıklarında belirlenmiştir. Ayrıca incelenen dosyaların %1,1'inde yoğun bakım gözlem formunun hasta dosyasında bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Hasta Taburcu Eğitim Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular

HASTA TABURCU EĞİTİM FORMU																				
SORUNLU KAYIT																GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT		
	Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt	
n=800	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta Bilgileri	67	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	156	19,5
Evde Kullanacağı İlaçların Açıklaması	73	9,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	150	18,7
Kontrol Tarihi	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Dikiş, Dren, Sondanın Alınacağı Tarih	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Kontrol Başvurusu Kayıtları	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Pansuman(Evde Pansuman Zamanı, Nasıl Yapılacağı)	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Diyet	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Fizik Aktiviteleri	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Banyo Zamanı	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Yardımcı Araç Gereçler	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Hemşire Kontrol Checklist	218	27,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	5	0,6
Muhtemel Komplikasyonlar	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Özel Uyarılar	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Bakıma İlişkin Dikkat Edilecek Hususlar	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Hastane İletişim Bilgileri	223	27,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	0	0
Hasta veya Yakını Ad Soyadı- İmza	142	17,7	3	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	78	9,7

Tablo 4.3. Hasta Taburcu Eğitim Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular (Devam)

SORUNLU KAYIT														GEREKLİ OLMAYAN VERİ				TAM KAYIT	
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt	
n=800		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hemşire Ad-Soyad-İmza		197	24,6	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	577	72,1	25	3,1

Hemşirelerin taburcu eğitim formunda tuttukları kayıtlardaki verilerin dağılımları değerlendirildiğinde; taburcu eğitim formunda her parametrede **boş bırakılmış veriler** saptanmıştır. İncelenen dosyalarda %72,1'i gerekli olmayan form olarak saptanmış olup, (hasta koroner yoğun bakımdan taburcu olmadığı için) hasta veya yakını adı soyadı- imza (%0,3) ve hemşire adı soyadı-imza (%0,1) parametresinde **eksik kaydedilen veriler** olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Yatan Hasta ve Hasta Yakını Eğitim Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular

YATAN HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİM FORMU																					
SORUNLU KAYIT																		GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT	
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt			
n=800		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hasta Bilgileri		629	78,6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	170	21,2
Eğitim Öncesi Tanılama		626	78,2	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	172	21,5
Eğitim Yöntemleri		418	52,2	4	0,5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	377	47,1

Tablo 4.4. Yatan Hasta ve Hasta Yakını Eğitim Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular (Devam)

	SORUNLU KAYIT														GEREKLİ OLMAYAN VERİ				TAM KAYIT	
	Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt	
n=800	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eğitim Değerlendirme	414	51,7	0	0	5	0,6	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	380	47,5
Eğitim Tarihi	308	38,5	11	1,3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	480	60,0
Servise Kabulünde Verilen Eğitim	20	2,5	241	30,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	538	67,2
Tedavi Sürecinde Verilen Eğitimler	38	4,7	251	31,3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	510	63,7
Cerrahi Müdahaleye Göre Eğitim	744	93,0	12	1,5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	43	5,3
Psikiyatrik Hasta Eğitimi	746	93,2	53	6,6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	0	0
Verilen Diğer Eğitimler	778	97,2	9	1,1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	12	1,5

Tablo 4.4. ‘de hemşirelerin yatan hasta ve hasta yakını eğitim formuna yönelik tuttukları kayıtlardaki verilerin dağılımları incelendiğinde; diğer formlarda olduğu gibi bu formda da her parametrede **boş bırakılmış verilerin** olduğu görülmüştür. Yatan hasta ve hasta yakını eğitim formunda eğitim öncesi tanılama (%0,1), eğitim yöntemleri (%0,5), eğitim tarihi (%1,3), servise kabulünde verilen eğitim (%30,1), tedavi sürecinde verilen eğitim (%31,3), cerrahi müdahaleye göre eğitim (%1,5), psikiyatrik hasta eğitimi (%6,6) ve verilen diğer eğitimler (%1,1) parametrelerinde **eksik kaydedilen veriler**; eğitim değerlendirilmede başlığında ise (%0,6) **okunaksız yazı ile kaydedilen verilerin** olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Kan Transfüzyon Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular

KAN TRANSFÜZYON FORMU																				
SORUNLU KAYIT																GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT		
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt		
n=800	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta Bilgileri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	767	95,8	33	4,1	
Kan Transfüzyon Formu Teslim Bilgileri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	767	95,8	33	4,1	
Kan Transfüzyon Formu Transfüzyon Planı	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	767	95,8	32	4,0	
Kan Transfüzyon İzlemi	0	0	1	0,1	1	0,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	767	95,8	31	3,8	

Hemşirelerin kan transfüzyonu formuna yönelik tuttıkları kayıtlardaki veriler değerlendirildiğinde kan transfüzyon formunun dosyaların %95,8’inde bulunmadığı saptanmış olup, sadece dosyaların %4,1’inde tespit edilmiştir. Doldurulan formlarda kan transfüzyon planına yönelik verilerin **boş bırakıldığı** (%0,1), kan transfüzyon izleminde ise **eksik kaydedilen veriler** (%0,1) ve **okunaksız yazı ile kaydedilen veriler** (%0,1) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Güvenli İnvaziv İşlem Kontrol Listesi Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular

GÜVENLİ İNVAZİV İŞLEM KONTROL LİSTESİ FORMU																				
SORUNLU KAYIT																	GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT	
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt		
n=800	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta Bilgileri	98	12,2	4	0,5	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	0	0	124	15,5	573	71,6
Tarih	371	46,3	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	0	0	0	0	124	15,5	304	38,0
Hemşire Adı-Soyadı-İmzası	68	8,5	63	7,8	0	0	4	0,5	1	0,1	0	0	0	0	0	0	124	15,5	540	67,5

Hemşirelerin güvenli invaziv kontrol formundaki verilere yönelik tuttukları kayıtlar incelendiğinde ise diğer formlarda olduğu gibi bu formda da her parametrede **boş bırakılmış verilerin** olduğu saptanmıştır. Ayrıca hasta bilgileri (%0,5), hemşire adı-soyadı ve imzası (%7,8) parametrelerinde **eksik kaydedilen veriler**; hemşire adı-soyadı ve imzası (%0,5) parametresinde **kısaltma yapılarak kaydedilen veriler** olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7. Hasta Transfer Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular

HASTA TRANSFER FORMU																					
SORUNLU KAYIT																		GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT	
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt			
n=800		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hasta Tanıtıcı Bilgileri		99	12,3	30	3,7	0	0	0	0	27	3,3	0	0	0	0	0	0	40	5,0	604	75,5
Vital Bulguları		35	4,3	23	2,8	0	0	0	0	27	3,3	0	0	0	0	0	0	40	5,0	675	84,3
Transfer Öncesi Uygulanan Tedaviler		57	7,1	5	0,6	5	0,6	0	0	27	3,3	2	0,2	0	0	0	0	40	5,0	664	83,0
Hasta Genel Bilgiler		152	19,0	5	0,6	0	0	0	0	27	3,3	0	0	0	0	0	0	40	5,0	576	72,0
Hastada Bulunan Tıbbi Ekipmanlar		53	6,6	5	0,6	1	0,1	0	0	27	3,3	0	0	0	0	0	0	40	5,0	674	84,2
Transfer Edilen İlaçlar		492	61,5	0	0	6	0,7	0	0	27	3,3	0	0	0	0	0	0	40	5,0	235	29,3
Teslim Eden/ Ad Soyad-İmza/Tarih-Saat		38	4,7	330	41,2	1	0,1	0	0	27	3,3	0	0	0	0	0	0	40	5,0	364	45,5

Hemşirelerin hasta transfer formuna yönelik tuttıkları kayıtlardaki veriler değerlendirildiğinde bu formda da her parametrede **boş bırakılmış verilerin** olduğu saptanmıştır. Bu formda **eksik kaydedilen veriler**, hasta tanıtıcı bilgileri (%3,7), vital bulgular (%2,8), transfer öncesi uygulanan tedaviler (%0,6), hasta genel bilgileri (%0,6), hastada bulunan tıbbi ekipmanlar (%0,6), teslim eden-teslim alan ad-soyad, imza, tarih, ve saat (%41,2) parametrelerinde olduğu belirlenmiştir.

Okunaksız yazı ile kaydediler veriler transfer öncesinde uygulanan tedaviler (%0,6), hastada bulunan tıbbi ekipmanlar (%0,1), transfer edilen ilaçlar (%0,7), teslim eden-teslim alan ad- soyad, imza, tarih ve saat (%0,1) başlıklarında bulunmuştur. **Karalama yapılmış veriler** ise transfer öncesi uygulanan tedavi verisi (%0,2) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.7.).

Tablo 4.8. Tedavi Bilgilendirme Onam Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular

TEDAVİ BİLGİLENDİRME ONAM FORMU																			
SORUNLU KAYIT																GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT	
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hemşire Adı- Soyadı- İmzası	134	16,7	96	12,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	570	71,2
Hasta veya Yakını Adı Soyadı- İmzası	39	4,8	111	13,8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	650	81,2
Tarih/Saat	372	46,5	33	4,1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	395	49,3

Tablo 4.8. ‘de hemşirelerin tedavi bilgilendirme onam formuna yönelik tuttukları kayıtlarla ilgili bulgular değerlendirildiğinde ise tedavi onam formunda hemşire adı, soyadı ve imzası (%16,7), hasta veya yakını adı soyadı ve imzası (%4,8), tarih saat (%46,5) başlıklarında **boş bırakılmış veriler** olduğu görülürken; hemşire adı, soyadı ve imzası (%12), hasta veya yakını adı, soyadı ve imzası (%13,8), tarih, saat (%4,1) konularında **eksik kaydedilen veriler** olduğu olarak saptanmıştır (Tablo 4.8.).

Tablo 4.9. Nutrisyon Skorlama Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular

NUTRİSYON SKORLAMA FORMU																			
SORUNLU KAYIT														GEREKLİ OLMAYAN VERİ				TAM KAYIT	
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt	
n=800		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Boy/Kilo/Vücut Kitle İndeksi		0	0	0	0	0	0	0	0	37	4,6	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Ön Değerlendirme		0	0	0	0	0	0	0	0	37	4,6	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Esas Değerlendirme		0	0	0	0	0	0	0	0	37	4,6	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Hemşire Adı Soyadı		418	52,2	0	0	2	0,2	15	1,8	37	4,6	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Hemşire Parafı		407	50,8	0	0	0	0	0	0	37	4,6	0	0	1	0,1	0	0	0	0

Hemşirelerin nutrisyon skorlama formunda tuttıkları kayıtlara yönelik bulgular değerlendirildiğinde, nutrisyon skorlama formunda hemşire adı, soyadı (%52,2) ve parafı (%50,8) ile ilgili **boş bırakılmış veriler saptanmıştır**. Hemşire adı soyadı (%0,2) ile ilgili **okunaksız yazı ile** veya **kısaltma yapılarak kaydedilen veriler** (%1,8) olduğu belirlenmiştir. İncelenen dosyaların %4,6'sında ise **formun dosyada bulunmadığı** görülmüştür (Tablo 4.9.).

Tablo 4.10. Bakım Planı Formundaki Kayıtlara İlişkin Bulgular

BAKIM PLANI FORMU																			
SORUNLU KAYIT																GEREKLİ OLMAYAN VERİ		TAM KAYIT	
Boş		Eksik Veri		Okunaksız Yazı İle Kayıt		Kısaltma Yapılmış Kayıt		Form Dosyada Yok		Karalama Yapılmış Veri		Diğer		Yüzeysel Veri		Gerekli Olmayan Veri		Tam Kayıt	
n=800		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hasta Bilgileri		615	76,8	0	0	0	0	0	0	18	2,2	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Tarih		105	13,1	0	0	0	0	0	0	18	2,2	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Bakım Tanısı		9	1,1	142	17,7	9	1,1	0	0	18	2,2	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Amaç- Faaliyet		20	2,5	142	17,7	22	2,7	0	0	18	2,2	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Açıklama		20	2,5	142	17,7	22	2,7	0	0	18	2,2	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Hemşire Adı Soyadı		105	13,1	7	0,8	7	0,8	11	1,3	18	2,2	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Hemşire Parafı		120	15,0	0	0	0	0	0	0	18	2,2	0	0	1	0,1	0	0	0	0

Tablo 4.10.'da hemşirelerin bakım planı formuna yönelik tuttukları kayıtlardaki sorunlar incelendiğinde; her parametrede **boş bırakılmış verilerin** olduğu saptanmıştır. Bakım planı formunda bakım tanısı (%17,7), amaç faaliyet (%17,7), açıklama (%17,7), hemşire adı soyadı (%0,8) konusunda **eksik kaydedilen verilerin**; bakım tanısı (%1,1), amaç faaliyet (%2,7), açıklama (%2,7), hemşire adı soyadı (%0,8) konusunda **okunaksız yazı ile kaydedilen verilerin** olduğu saptanmıştır. Ayrıca dosyaların %2,2'sinde bu **formun bulunmadığı** saptanmıştır (Tablo 4.10.).

Tablo 4.11. Bakım Planı Form Tipine İlişkin Bulgular

BAKIM PLANI FORM TİPİ		
n=800	n	%
Diğer	2	0,2
Kağıt Tabanlı Yapılmış Kayıtlar	707	88,3
Elektronik Kayıtlar	73	9,1
Form Dosyada Yok	18	2,2

Tablo 4.11.'de incelenen bakım planı hemşirelik kayıtlarında el yazısı ile kağıt tabanlı yapılan kayıtlar (%88,3), elektronik kayıt yapılarak çıktısı hasta dosyasına eklenmiş kayıtlar (%9,1) ve diğer biçimlerde yapılmış kayıtlar saptanmış olup (Bir matbuu form eklenmiş, bir hasta öldüğü için doldurulmayan form) (%0,2), formun dosyada bulunmadığı (%2,2) kayıtlar saptanmıştır.

Tablo 4.12. Sözel Order Formuna İlişkin Bulgular

SÖZEL ORDER FORMU		
n=800	n	%
Gerekli olmayan veri	800	100

Tablo 4.12.'de incelenen hasta dosyalarında sözel order formu (%100) saptanmamıştır.

Tablo 4.13. Mavi Kod, Hasta Eşyaları Teslim Formu, Narkotik ve Psikotrop Talep Formlarına İlişkin Bulgular

MAVİ KOD, HASTA EŞYALARI TESLİM FORMU, NARKOTİK VE PSİKOTROP TALEP FORMU		
TAM KAYIT		
	n	%
Mavi Kod Formu	19	100
Hasta Eşyaları Teslim Formu	5	100
Narkotik ve Psikotrop Talep Formu	13	100

Tablo 4.13.'de incelenen hasta dosyalarında hemşirelerin tuttıkları kayıtlardaki mavi kod formu, hasta eşyaları teslim formu, narkotik ve psikotrop talep formu saptanmış olup bu formlarda hemşirelik kayıtlarında sorun tespit edilmemiştir.

Tablo 4.14. Formların Doldurulma Oranlarına Yönelik Bulguların Dağılımı

	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Diğer	Yüzeysel Veri	Karalama Yapılmış Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt
n=800	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hasta Tanılama Formu	48,0	0,27	0,26	1,12	0	0	1,74	0,02	0	48,36
Yoğun Bakım Gözlem Formu	39,21	0,39	0,11	1,40	1,10	0,10	14,11	0,08	0	43,30
Hasta Taburcu Eğitim Formu	24,73	0,02	0	0	0	0	0	0	72,10	3,03
Yatan Hasta ve Hasta Yakını Eğitim Formu	58,98	7,25	0,06	0	0	0,10	0	0	0	33,50
Kan Transfüzyon Formu	0,02	0,02	0,02	0	0	0	0	0	95,80	4,0

Tablo 4.14. Formların Doldurulma Oranlarına Yönelik Bulguların Dağılımı (Devam)

	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı ile Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Diğer	Yüzeysel Veri	Karalama Yapılmış Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt
n=800	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Güvenli İnvaziv Kontrol Listesi Formu	22,33	2,76	0	0,16	0,10	0	0	0	15,50	59,03
Hasta Transfer Formu	16,50	7,07	0,21	0	3,3	0	0	0,02	5	67,68
Tedavi Bilgilendirme Onam Formu	22,66	9,96	0	0	0	0	0	0	0	67,23
Nutrisyon Skorlama Formu	20,60	0	0,04	0,36	4,60	0,10	0	0	0	74,14
Bakım Planı Formu	17,72	7,70	1,04	0,18	2,20	0,10	0	0	0	70,84
Sözel Order Formu	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0
Mavi Kod Formu	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100
Hasta Eşyaları Teslim Formu	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100
Narkotik ve Psikotrop Talep Formu	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100

Tablo 4.14.'de hemşirelerin birimde kullandıkları ve hasta dosyalarında yer alan hemşirelik formlarının doldurulma oranlarına yönelik bulgular incelendiğinde, en sık karşılaşılan sorunun boş bırakılan kayıtlar olduğu belirlenmiştir. Buna göre hasta tanılama formu (%48), yoğun bakım gözlem formu (%39,21), hasta taburcu eğitim formu (%24,73), yatan hasta ve hasta yakını eğitim formu (%58,98), güvenli invaziv kontrol listesi formu (%22,33), hasta transfer formu (%16,50), tedavi bilgilendirme onam formu (%22,66), nutrisyon skorlama formu (%20,60), bakım planı formu (%17,72), boş bırakılmıştır .

Taranan dosyalarda sözel order formu tespit edilmemiştir. Mavi kod formu, hasta eşyaları teslim formu, narkotik ve psikotrop talep formundaki hemşirelik kayıtlarında problem saptanmamıştır (Tablo 4.14.).

4.2. Araştırmanın Nitel Aşamasına Yönelik Bulgular

Araştırmanın ikinci aşaması olan nitel aşamasında koroner yoğun bakım biriminde 2022 yılında çalışan hemşireler ile yapılan bireysel derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulgular, üç ana temada belirlenmiştir. Bu ana temalar; hemşire kayıtlarına ilişkin hemşirelerin görüşleri ve sorunları, kayıt sürecinde yaşanan sorunların nedenleri ve hemşirelerin kayıt sürecinin iyileştirilmesine yönelik önerileri başlıklarında sunulmuştur (Şekil 4.1.).

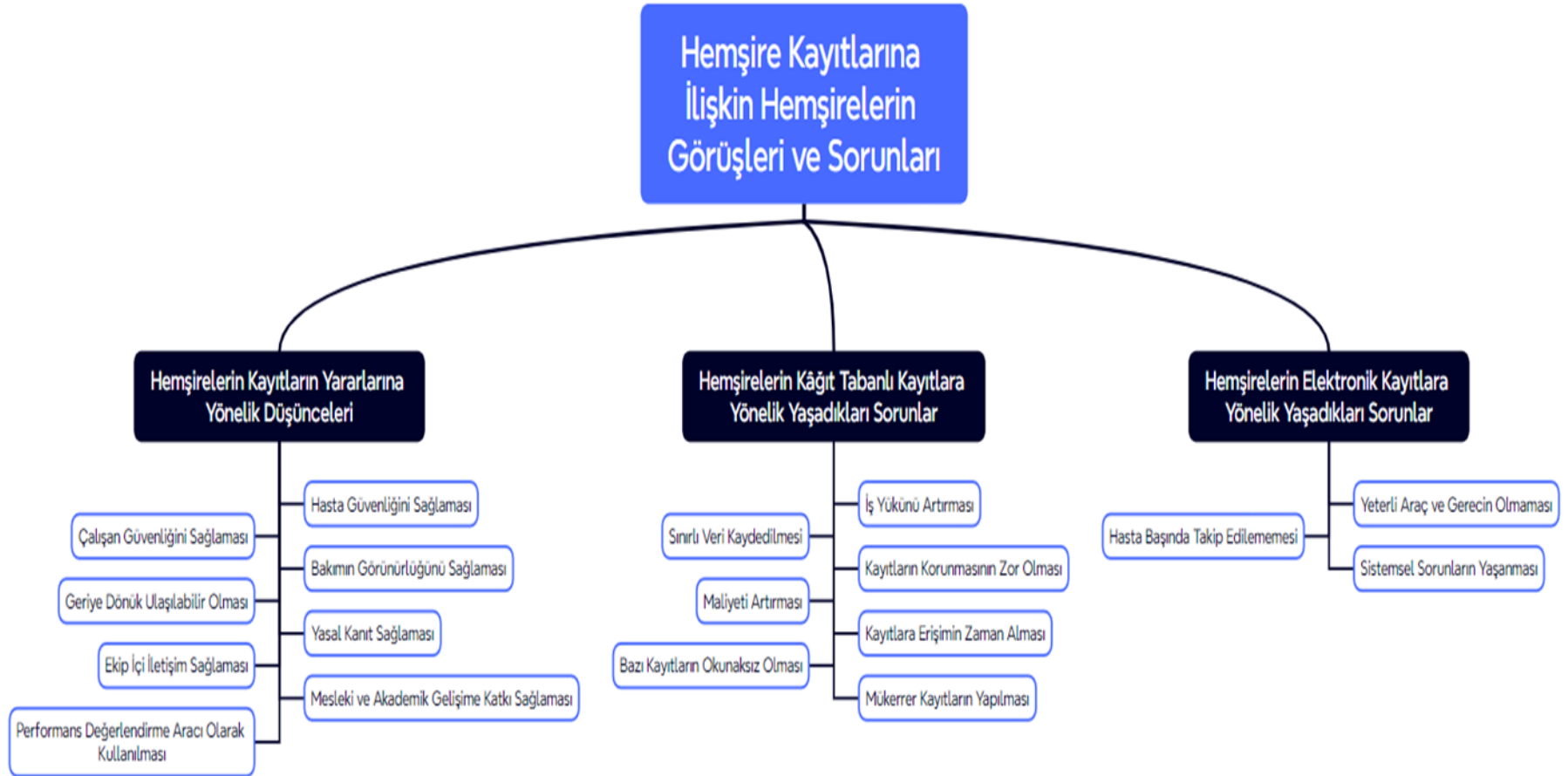


Şekil 4.1. Araştırmanın Ana Temaları

Araştırmadan elde edilen ana temaların içerikleri detaylı bir şekilde incelenmiş ve alt temalara ayrıştırılarak aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

4.2.1. Ana Tema 1. Hemşire Kayıtlarına İlişkin Hemşirelerin Görüşleri ve Sorunları

Araştırmada hemşirelerin tamamı, hasta bakım sürecinde alınan kayıtların önemli olduğunu belirtmiştir. Bunun yanı sıra her bir katılımcı, kayıtlarla ilgili farklı boyutlarda düşüncelerini belirtmiştir. Bu çerçevede hemşire kayıtlarına ilişkin hemşirelerin görüşleri ve sorunları üç alt temaya ayrıştığı gözlemlenmiştir (Şekil 4.2.).



Şekil 4.2. Hemşire Kayıtlarına İlişkin Hemşirelerin Görüşleri ve Sorunları

4.2.1.1. Alt tema: Hemşirelerin kayıtların yararlarına yönelik düşünceleri:



Şekil 4.3. Hemşirelerin Kayıtların Yararlarına Yönelik Düşünceleri

Araştırmada hemşire kayıtlarına ilişkin hemşirelerin görüş ve sorunları ana temasında alt temalardan biri hemşirelerin kayıtların yararlarına yönelik düşünceleridir. Hemşirelerin tamamı, kayıtların önemli avantajlarından bahsederek hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasındaki öncü rollerine yönelik görüşlerini ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşireler, kayıtların ekip içi iletişimi sağlaması ve bakımın görünürlüğü sağlaması ile geriye dönük ulaşılabilir olması ve yasal kanıt olması konularında da görüş belirtmişlerdir. Bu yararlarına ek olarak hemşireler, hem mesleki ve akademik gelişime katkı sağlaması hem de performans değerlendirme aracı olarak da kayıtların sağladığı desteklerden söz etmişlerdir. Bu konuda hemşirelerin ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

“... ilacı saat kaçta yaptınız diye sorduğumda bilmiyorum falan filan diyor veya bana teslim etmemiş oluyor, transferi yazmamış oluyor, ben göremiyorum. O ilaç istedi mi? Yaptı mı? Yapmadı mı? Bunu göremiyorum. Sorduğumda bilgileri olmuyor veya aaa gündüzdeki mesaideki arkadaş yapmış! Benim bir bilgim yok, bana bir şey teslim etmediler oluyor. Hep bunlar bir soru işareti.

Hastanın tedavisi açısından, hastanın takibi açısından bunlar eksiklidir. Ben sonuçta meslektaşımın açığını aramıyorum ama bu tarz şeyler kendi aramızda kapatamayacağımız şeyler. Yani kendi aramızda çözemeyeceğimiz sorunlar. Çünkü bir insan hayatını etkileyecek sorunlar. O yüzden bunlar önemli şeyler.” (Katılımcı 2)

“Bize gelen hasta için söylüyorum, mesela atıyorum ilaç başka bir dış merkezde veriliyor. Transfer formuna verilmiştir diye yazılmıyor, biz de dış merkezde yapılan tedaviler tekrar sormak için arıyoruz. Bakan kişiyi bakan hekime ulaşmak zorunda kalıyoruz vesaire. Bunlar tabi zaman kaybı işin açıkçası. Ben o ilaçları tekrar versem bu sefer hastaya fazla doz ilaç vermiş olacağım. Bu da yanlış bir tedaviye yol açacak baktıktan sonra. Verdiğimiz ilaçlar sonuçta riskli ilaç grubunda oluyor genellikle. Bundan dolayı tedavinin yani kayıtların tam tutulması bizim için önemli. Açıkçası yani her anlamda.” (Katılımcı 4)

“... şimdi bu ilaç buna yani alerji mi yaptı yanlış bir şey mi yaptı hem hasta kendini korusun hem biz kendimizi koruyalım. Hasta ilerde bir sıkıntı yaşamasin, bizde yaşamayalım. O yüzden dikkatli kayıt ediyoruz.” (Katılımcı 7)

“Bu tür kayıtlar hastaya herhangi bir acil bir durum geliştiği zaman daha öncesinde önlem alabilmemiz için gerekli şeyler. Yani kayıtların her zaman tutulması gerekiyor ve kendimizi de korumamız açısından. Hem hastayı hem kendimizi koruma açısından önemli şeyler.” (Katılımcı 3)

“Mesela hastanın alerjisi vardır. O an kayıt etmezsin ya da başka bir şeyi vardır, AIDS’i vardır veya hepatiti vardır. Bir şey vardır sen kayıt etmediğin zaman ne olur? Bir sonraki gelen arkadaşına hastalık riskini direkt olarak yaparsın yani. Hastalık kapma olasılığı oluyor. Ondan dolayı kayıtlar da çok önemli.” (Katılımcı 12)

“Hastayla yaptığın her şeyi o gözleme kaydedilmesi taraftarıyım. Çünkü çok önemli oluyor bir bir şey mi yaptın, pozisyon verdin onun da yazılması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü önemli bu ileriye dönük de şu anki duruma göre de küçük bir şey yaşıyorsun. Hastayla ilgili bunlar sana geri dönüş oluyor ama açıyorsun oradan ne yaptığını gördüğüm için kayıt altına aldığın için sen kendini daha güvende hissediyorsun.” (Katılımcı 7)

“...yoğun bakımda yapılan bunların hepsini çarşafalara not almamız gerektiğini düşünüyorum ki bu bizim gerçekten beni koruyabilecek en önemli şey. Yani bu benim yaptığımı gösterebilecek, yaptığımı kanıtlayabilecek en önemli şey o yüzden kesinlikle not almamız gerektiğini düşünüyorum. Çalışanları koruyor. Yaptığımız işte çalışanları koruyor.” (Katılımcı 10)

“Şimdi hastanın ateş çıkıyor, sen onu yazmayı unuttun oraya aslında belki o hastanın başına on kere gittin ya da onbeş kere gittin ama orada göstermediğin zaman yani orada dört kere yazarsam, onu doktor ya da herhangi bir aile öyle görür ama sen herşeyi kayıt altına alırsan senin yaptığın işte göze görülür. Karşıya da bir şey, kayıt gösterebilirsin. Bence çok önemli yani.” (Katılımcı 7)

“Başka hastayla, yönetimle de sorun yaşayabiliriz. Sen ne yaptın diyebilirler. Oturdun mu orada çalışmadın mı? Sen saat başı takip etmiş olabilirsin ama yazmadıysan kayıt etmediysen hiçbir işe yaramaz. Tüm gün çalışmışsındır ama kayıt etmemişsindir. Hastanın beş dakikada bir başındasındır ama kayıt etmediysen çalışmamış, gözükürsün. Önemli tabi.” (Katılımcı 8)

“Bizim üniversitede öğretmenimiz, bizim hemşirelik mesleği açısından söylüyorum, yazılmayan şey yapılmayan şeydir demişti. Sen ne kadar yapmış olsan bile onu bir kenara not almadığın sürece yapmamışsındır. Resmi kayıtlarda göstermediğin için sen yapmamış sayılıyorsundur demişti. O benim hep aklımın bir köşesinde yer etmiş. Ne yaşadıysam ne olduysa hastanın ilerleyen hastalığı sürecinde ilerleyen süreçte ne olduysa hepsini yazmamız gerekiyor. Gerçekten bence hemşirelik mesleği için kesinlikle çok önemli kayıtlar yani hastalık konusunda yapmamız gereken, hastalar hakkında yapmamız gereken kayıtlar çok önemli.” (Katılımcı 10)

“Hani günümü boşa geçirilmemişim gibi hissediyorum, ben bir şey yapmışım diyorum. Teslim ederken de yazdığım için arkadaşım biliyor zaten rahatlığıyla evime gidebiliyorum o açıdan, somut olduğunu görmem hoşuma gidiyor, evet.” (Katılımcı 6)

“Bence kayıtlar önemli. Çünkü hemşirelik sonuçta bizim yaptığımız meslek bu. Kendi yaptığımız mesleği de bir şey bir dokümana dökmemiz lazım.” (Katılımcı 2)

“...hem de bazı verilerin örnek veriyorum adli bir olay olduğunda ya da geriye dönük bazı şikayetler vb. olduğunda geriye dönük baktığımız için bunların olması gerekiyor sen kendini savunabil ya da doğru yaptığını gösterebil ama bu kayıtlar olmadığı zaman sen bir delil bulamayacaksın, ya da kendini savunacağın bir şey olmayacak yani sözlü ifade olacak bunların çok geçerli sebep sayılmayacağı için bence kayıtlar gerekli.” (Katılımcı 1)

“...ertesi gün bir arkadaşıma devrederken devrettiğim arkadaşım da bir gün önceki dosyaya bakıp o hastaya neler yapılmış, neler yapılmamış? Antibiyotiği örneğin hangi gün başlanmış, hangi gün devam edilmiş, korumasının yanında tabii ki bizi bilgilendirmeye de yarıyor.” (Katılımcı 10)

“Şimdi aklıma ilk gelen şey mesela bası yarası oldu. Hastadan mesela kağıt üstüne gözlemine ya evden yaralı geldi. Yani bası yarası ile birlikte geldi. Hastanın yakınından bilgi aldık işte bilgisi olduğuna dair şu, şu bölgenin ve yarası var, bilginiz var mı var, evet, kayıtlı olarak bir ona tuttuk gayet güzel hasta mesela işte üç gün yattı. üç gün yattıktan sonra ekstra bir bölgesinde daha yara açıldı. O üç günlük yatış sürecinde hasta eve gitti işte yakını bakıyor, ben yetişkin grubu için söylüyorum. Yara yoktu. Nasıl oldu bu? Sonra hastaneye geri dönüp taramalar, hani bakın böyle böyle demiştiniz. Ekstra olmuş mu, ekstra olmuş. O zaman kim bakmış bu hemşire hani bu hastaya bakan hemşireler kim, nasıl bir yol izlenmiş, işte nasıl bir tedavi almış yaranın açılmasına sebep olacak bir şey var mı yok mu diye bu şekilde geriye dönük hani tarama yapılabilir. Böyle bir rahatlık sağlayabilir diye düşünüyorum.” (Katılımcı 5)

“...çünkü ister istemez insanız işte yoğun bilgilerle bazen kafanız dolu olabilir. Geri dönüp bakıp benim o bilgiyi tekrar okumam gerekebiliyor ya da takip etmem gerekebiliyor. Ya da bir önceki kayıt yaptığım tansiyonu olur, nabızı olur ya da geçirmiş akut bir şey vardır hastanın onlara dönüp bakmalıyım ki şu anki seyir normal mi yoksa anormal mi ayırt edebileyim.” (Katılımcı 13)

“Hemşirelikte kayıtlar bence olmalı. Çünkü hani geçmişte neler yaptığınızı, mesela bir istatistik çıkarıldığı zaman hani bir sonraki ayda neler olması gerekiyor? Hani ne yaptık da böyle oldu? Yani karşılaştırma açısından kayıtların olması gerekiyor. Hani bu yaptığın kayıtlar diyelim ki mesela bası yarası kayıtları için özellikle alınan şöyle şöyle şu kadar vakada bası yarası oldu. Şöyle yapıldığından dolayı oldu. Hani şu kadar oldu. En azından mesela diyelim ki dört tane ya da üç tane olduysa bu ay bir sonraki ay hani niye yapılmış da bu kadar çok vaka olmuş? Ya da ne yapılması gerekiyor?” (Katılımcı 12)

“Yasal anlamda faydaları var. İleriki dönemde tekrar bir sorun olur, şikayet olur. Bu anlamda evet faydası vardır. Hastaneyi korumak adına ya da kendimizi korumak adına da aynı şey geçerli.” (Katılımcı 9)

“Mesela değerli bir eşyadan bahsedelim, bunun kaydını almadığınız zaman hastanın değerli eşyasını sen yazılı bir şekilde teslim etmezsen arkandan daha sonra ya da dava ya da sana bir şeyler açabilirler. Benim hasta yakınımda şöyle bir altın vardı ve verilmedi diye ama sen bunu kayıt tutarsın, sana hiç kimse bir şey söyleyemez veya sen ilacını zamanında yaptın mı yapmadın mı?

Onun sen kaydını tutarsan kimse sana bu hastanın kaydını yapmamışsın veya yara bakımı vardır hastanın sen saatinde ve yeri ve zamanında yapmışsındır ama saat olarak göstermemişsindir ve bunu kanıtlayamazsın. Her türlü arkandan davayı açarlar yani. Affetmezler.” (Katılımcı 3)

“Kayıt tabii ki çok önemli. Özellikle mahkemelik durumlarda zaten bizim hiç kimse arkamızda kalmaz ve bizi bu kayıtlar kurtarır yani. O açıdan çok önemli ve bence çok dikkat edilmesi gereken bir şey.” (Katılımcı 11)

“Yarın bir gün atıyorum hastanın ex olması durumunda, adli bir olaya dönmesi durumunda sonuçta bu kayıtlar da delil olarak önümüze gelecek. Bu anlamda da bunun bu tarafını da düşünmek lazım. Sonraki aşamaları da düşünmek lazım. Bunları hep yaşadığımız şeyler ve adli olaylara döndüğünde ister istemez bilgimize başvurulduğunda bunlar resmi evrak olarak dosyaya girecek evraklar.” (Katılımcı 4)

“İleriki dönemlerde davalık olaylar gibi durumlarda geriye dönüp taramalarda ellerinde birer delil olabilir ve hem hemşireyi hem de karşıdaki kişiyi koruyabilir. Bu anlamda etkili olabilir diye düşünüyorum.” (Katılımcı 5)

“...mesela aklıma bir olay geldi. Şimdi başka bir yoğun bakımda çalışırken hemşire arkadaş bir hastayla ilgili bir sorun yaşıyor işte ilaç yapılması gerekiyor. Doktora soruyor telefonla söylüyor diyor ki, sekiz ampul novalgin yapılması gerekiyor hastaya diyor ama telefonla sözel order olarak söylüyor. Yani sözel order dediğim hani bir şey olarak kayıta geçmiş bir şey değil. Telefonla söylüyor, sekiz ampul novalgin serum içerisine koyuyor arkadaş bir yüzlük SF (serum fizyolojik) içerisine koyuyor, yüzlük SF içerisinde gönderiyor. Hastaya Allah'tan hastaya bir şey olmuyor ama o serum bitiyor bittikten sonra doktor geliyor diyor ki sekiz ampul mü yaptın? Doktor doktor bey, siz bana sekiz ampul yapmamı istediniz ben de sekiz ampul yaptım diyor. Sen neye dayanarak öyle bir şey yapabiliyorsun diyor. Doktor bey biz siz bana sekiz ampul dediniz ben teyit ettirdim. Telefonda sordum. Sekiz ampul yapmam mı gerekiyor ve sekiz ampul dediniz, ben de yaptım diyor. Sonrasında bu hukuki bir sürece girdi. Şu an tam olarak hani ayrıntısını bilemiyorum ama arkadaş sözel order almadığı için yani kayıt olarak onu not etmediği için sonrasında o sıkıntıya girmişti.” (Katılımcı 10)

“Ben hastayı teslim aldım ama ben yedi yirmidört hastanede çalışmıyorum. Birbirimize hastalarımızı devrediyoruz hemşire arkadaşlarla.

Ben güzel kayıt almalıyım ki arkadaşım, benden sonraki genel arkadaşım hastayı o kayıtlardan tanıyabilsin ve hastanın eksik bilgisi ya da iletişimde olan bir takım aksaklıklar hastaya geri dönmesin maalesef kayıt sürecinde bunu yaşayabiliyoruz. Ben hastayı evet, eğer o günkü hemşire arkadaşım hasta hakkında güzel bilgi toplamışsa ben hastayı alıp o şekilde devam edebiliyorum ama güzel kayıt alınamamışsa maalesef eksikler oluyor, bir takım sorular oluyor. Soruların cevabı olduğu halde siz size geçmediği için o cevaplar bu cevapları kovalamak zorunda kalıyorsunuz. Dolayısıyla eksik bilgi olduğu zaman siz bilgi tamamlamaya çalışıyorsunuz hastayla alakalı bu sefer yapmanız gereken şeyleri aksatmış oluyorsunuz ya da ötelemiş oluyorsunuz. Bilgi konusu ve kayıt konusu önemli maalesef kayıt konusu şu an için biraz sıkıntılı benim gözümden de.” (Katılımcı 13)

“Hastanın bir sonraki dönem mesela bugün çalışıyorum ben. Yarın arkadaşım geldiği zaman ona daha çok kolaylaştıracak şeyler. Hastayı daha iyi tanımlamamızda yardımcı olacak şeyler.” (Katılımcı 3)

“Hemşirelik bakım evrakları, bakımı bunlar olması gereken şeyler diye düşünüyorum. Kayıtların hemşirelikteki önemi onda on hemşirelik bakımı çünkü hasta yirmidört saat sizinle ya da siz iki üç saat istirahate geçseniz arkadaşınıza yine başka bir hemşireye de hatta yaptığımız bakımları da teslim ediyoruz. Mesela ben pozisyon verdim, gidiyorum. Eğer hasta yaşlıysa ve kıpırdamıyorsa onu bir saat sonra iki saat sonra tekrar çevirir misiniz şeklinde. Hemşirelik bakımı olmazsa olmaz onda on yani kesinlikle kaydı ve bakımı olmak zorunda.” (Katılımcı 6)

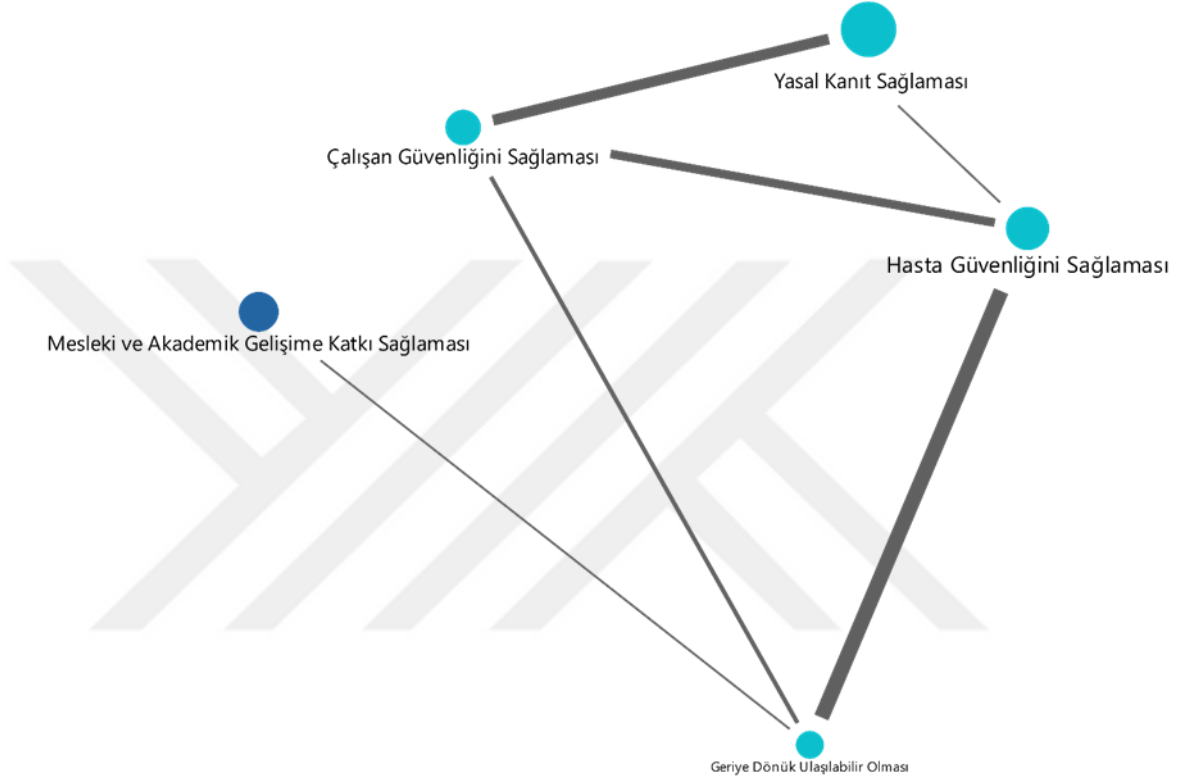
“Hemşirelik mesleğin genelinde kayıtlar tabiki de önemli. Şundan önemli mesleği geliştirebiliriz bir kere yeni olanaklar ne biliyim, yeni çözümler üretilebilir. Mesleki olarak eğitimler arttırılabilir. Kim nerede eksik ona göre bir planlama düzenlenebilir. Hani kalite odaklı ya da hemşirelere yönelik yani hasta odaklı ölçekler oluşturabilir.” (Katılımcı 5)

“Hemşirelik kayıtları hem akademik çalışmalar için gerekli hem de hastaya geriye dönük bir şey vermek istediğinizde, bir bakım planı geliştirmek istediğinizde farklı bir şey olduğunda tabi ki bu veriler gerekli ki sonrasında bizim ulaşabileceğimiz bir veri olsun ve hatta gelişmiş ülkelerle bizim aramızdaki en büyük fark sanırım veri kayıtlarına ulaşabilmek ya da az önce dediğim gibi gelişmiş güzel doldurulmaması o yüzden kesinlikle gerekli.” (Katılımcı 1)

“... her kurumda değişik tarzda ama bir sürü iş yapıyoruz, bir sürü iş yapıyoruz ve bunların hepsi bizlerin elinden çıkıyor.

Bizlerin bunu yaptığina dair belgelendirme olması lazım ki böyle bir belgelendirme olduğunda da gerçekten doktor mu, hemşire mi artık diğer personel mi? Hani kim daha özverili, kim daha sahada ortak alanda diye, hem daha net görülmüş olur diye düşünüyorum açıkçası.” (Katılımcı 5)

Hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin birbirleri ile ilişkisi değerlendirilmiş ve bu ilişkilerin haritası Şekil 4.4.’te gösterilmiştir.



Şekil 4.4. Hemşirelerin Kayıtların Yararlarına Yönelik Düşüncelerinin İlişki Haritası

Şekil 4.4.’e göre kayıtların yararlarına yönelik düşünceler konusunda belirlenmiş olan toplam sekiz ayrı kod içinde dört kodun karşılıklı bir ilişki içerisinde olduğu gözlenmektedir. Buna göre; kayıtların hasta güvenliğini sağlaması, yasal kanıt sağlaması, çalışan güvenliği sağlaması ve geriye dönük ulaşılabilir olmaları birbiriyle oldukça yakın ilişkili kodlar olarak değerlendirilirken farklı bir küme olarak mesleki ve akademik gelişime katkı sağlama özelliğine de değinilmiş ve bu özelliğin de kayıtların geriye dönük ulaşılabilir olmasıyla yakından ilişkili olduğu görülmüştür.

4.2.1.2. Alt tema: Hemşirelerin kağıt tabanlı kayıtlara yönelik yaşadıkları sorunlar:



Şekil 4.5. Hemşirelerin Kağıt Tabanlı Kayıtlara Yönelik Yaşadıkları Sorunlar

Hemşireler, bakım sürecinde kağıt tabanlı kayıtlarla ilgili olarak pek çok sorun yaşadıklarından bahsetmiştir. Bu konuda belirtilen sorunlar değerlendirildiğinde hemşirelerin toplamda yedi kod altında bu sorunları güçlü bir şekilde vurguladıkları belirlenmiştir. Hemşireler kağıt tabanlı kayıtların hemşirelerin iş yükünü artırdığını, kayıtlarda sınırlı veri kaydedildiğini, kayıtların korunmasının zor olduğunu ve kayıtlara ulaşılması istenilen durumlarda kayıtlara erişimin zaman aldığına yönelik görüşlerini belirtmişlerdir. Hemşireler kağıt tabanlı kayıtlarda okunaksız yazılan kayıtların sorun oluşturduğunu ve mükerrer kayıtların yapılmasının kağıt tabanlı kayıtlardaki sorunlar arasında olduğunu da ifade etmektedir. Ayrıca kağıt tabanlı kayıtların kurumlara ek bir maliyet oluşturduğuna yönelik görüş belirtmişlerdir. Bu çerçevede sorunlara yönelik hemşirelerin ifadeleri aşağıda sıralanmıştır.

“Elle yazılan kağıtlar insanın iş yükünü artırıyor haliyle şimdi bakım planı yapıyorsun elle yazıyorsun, vakit ayırıyorsun ondan sonra işte teslim formu, onam formu, o formu bu formu, bayağı bir insanı uğraştırıyor.” (Katılımcı 7)

“... eksik elemanla çalışıyorsun, hem görevin olmayan işleri de yapmak zorundasın, zaten çok fazla sirkülasyon var bir de elle bunu yazmak senin iş yükünü kat be kat daha fazla artırıyor. O yüzden iş yükünü artıran bir faaliyet olduğunu düşünüyorum ve değişmesi güzel olur.” (Katılımcı 1)

“... nutrisyonda aynı şekilde, nutrisyonun elle doldurulması, kaşelenmesi, imzalanması, o da insanlara iş yüküydü. Şu anda sistem üzerinden yapılması büyük kolaylık. Arada çok fark var.” (Katılımcı 9)

“Şimdi kağıt kesinlikle istediğim bir şey değil çünkü fazladan yer kaplıyor. Ekstradan iş yükü, ekstradan dosya içerisinde karışıklık.” (Katılımcı 5)

“Şimdi kayıt olarak önümde olunca alternatif geliyor. Benim aklımda olmayan ya da o anda düşünmediğim bütün sorunlar zaten karşıma çıkıyor. Oradan hastaya özgün olanı seçebiliyorum ama elde yazdığım için haliyle bir üşengeçlik oluşuyor... Sisteme geçince şu anda daha çok hastaya yönelik yapılmaya başlandı. Çünkü karşısında çıkıyor. Zaten bütün sorunlar ona yönelik seçilebiliyor. Elle yazılınca direk akılda kalan 2-3 risk vardı, onlar yazılıyordu.” (Katılımcı 9)

“Normal elle yazılan bir bakım planında bazı şeyleri unutabiliyoruz ya da gözden kaçırabiliyoruz.” (Katılımcı 1)

“Bakın mesela bir kanama riskinin girişimlerinde 30 tane madde var diyelim. Bunlardan 10 tanesi benim hastama uyuyor ama ben kağıt üzerine elle yazarken bunların ikisini hatırlıyorum ya da yapabileceğim bir girişim aklıma gelmiyor.” (Katılımcı 6)

“Hani kağıt üzerindeki genelde kendi el yazımızla yazdığımız için o anda mesela hastaya tam olarak ifade edemediğimiz şeyler yazabiliriz. O anda aklımıza gelmeyebilir, o anda yazamıyoruz. O yüzden tam olarak hastayı ifade edemeyebiliriz kağıt üzerinde yazdığımız şeylerle.” (Katılımcı 3)

“Yani öbür gün kaybolduğunda kağıt kaybolabilir ama sistemden yani bugün karşımıza çıkardıklarında bak buraya işlemişsin buraya yapmışsın derler ama kalıcı o anlamda diyorum. Yani sizin kağıt kaybolabilir ama sistem kaybolmayabilir.” (Katılımcı 8)

“Bir kağıdın üzerindeki yıllar geçince evet yazı silinip gidiyor ama teknolojik olarak işte bilgisayar ortamında bunu silemiyorsunuz daha net. Geriye kolay dönük ulaşılabilir evraklar kayıtlar olmuş oluyor.” (Katılımcı 5)

“Kağıt israfı yapmıyoruz artık. Birazcık da fiyat israfımız da azaldı. O yüzden de bizim için çok çok daha iyi oldu. Bence hastanenin maliyeti açısından da çok çok daha iyi oldu böyle bu tarz şeylerin elektroniğe dökülmesi.” (Katılımcı 2)

“... sonuçta tekrar tekrar oluşturdum ya kağıt fazlalığı oluşturuyor bir kere dosyada. Yani sonuçta bu hastaneye de bir yük bir şey. O kağıt fazlalığı, kağıdın çıkartılması. Yani bilgisayarda yapılan işlemleri tekrar tekrar çıkartmak bir maliyet, bize de bir iş yükü. Aynı kağıt zaten dosyasında olabilir de tekrar yazmamıza ihtiyaç olmayabilirdi. Eski dosyasını kayıt kayıtlardan bulabilseydik tekrar yazmaya ihtiyacı hissetmezdik ve hızlı bir şekilde dosya sistemi düzenleyebilirdik. Ama hasta sonuçta geçmişini araştırmadığımız için tekrardan sıfırdan tekrar aynı kağıdı yazıyoruz. Hem maliyeti arttırıyor hem bizim zamanımızı çalıyor.” (Katılımcı 3)

“Tabi, kağıt tüketimi artıyor. Bunlar maliyet olarak artıyor. Yani işin o boyutu da var baktıktan sonra. Devlete, millete de zarar, düşünersek bu şekilde.” (Katılımcı 4)

“Kağıt üzerinde olması ilk başlarda mesela örnek vermek için söylüyorum elle bakım planı hazırlıyorduk bu hem iş yükünü arttırıyor hem zaman kaybı hem de dediğim gibi kağıt israfı her şekilde insanı yoran ve bir faydası olmayan bir uygulamaydı şimdi sistemden yazıp çıktı alıyoruz bence çıktıya da şu an için gerek yok, sistem üzerine geçilmesi her açıdan maddi manevi iş yükü olarak hem yükü hafifleten, ulaşımı kolay...” (Katılımcı 1)

“Yazarak dediğim gibi zaman kaybı artı bence bu hastaneye de bir masraf yani bu A4’lerin hepsi birer masraf yanlış çıkıyor, tekrar basıp koyuyoruz. Mesela eksik oluyor, bir daha onu tamamlayıp koymak zorunda kalıyoruz. Bence maddi açıdan da bir kaybı var, inanılmaz var. O formların hepsini tek tek çıktı olarak alınması maddi anlamda da bir kayıp.” (Katılımcı 9)

“Şimdi kağıt üzerinde yapılan bir evrak kaydı bizim aramamız açısından zorlaştırıyor. Sonuçta bizim hastalarımız diğer yoğun bakımlara nazaran tekrar geri gelebilecek bir hasta potansiyeli oluyor. Hatta daha bugün sabah taburcu ettik ve hasta geri geldi ve ben bunun evrağını bilgisayar ortamında bulsam isimle direkt karşıma çıkarsam daha hızlı ve kolay erişilebilir olur ama evrakta kağıt olduğu için daha dosyasını bile açmadık açıkçası. Hani ben hastayı bildiğim için sıkıntı yok ama yarın arkadaşım geldiği zaman dosyası nerede deyip o dosyaların arasında aramaya da üşenecek.” (Katılımcı 3)

“... hastayı kağıt üstünde kayıt tutuyorsunuz tuttuğunuz kaydı dosyadan tekrar çıkarmak, onu saklamak vesaire vakit alabiliyor. Ulaşma açısından da vakit alıyor ama sistemde ne olduğunda direkt mesela hastaya açtığınızda sisteminde görebiliyorsunuz.” (Katılımcı 4)

“Bizim en büyük sıkıntımız elle bazı şeyler yazıldığı için okunamama ...” (Katılımcı 1)

“Bazen o kadar hızlı yapıyorsun ki. Çünkü iki tane, üç tane hasta bazen aynı anda geliyor. Çok hızlı yaptığına herkesin yazılısı okunur, okunmaz yani. Farklı farklı olduğu için ama bilgisayar sisteminde olsa hepsi gayet net, okunaklı olur.” (Katılımcı 12)

“... herkesin yazısı bir değil. Örnek benim yazım çirkindir. Benim yazımı herkes okuyamaz. Kendim okurum ama kendim bile bazen zorlanırım. Yani sonuçta elektronik ortamda ise herkes bir aynı şeyi görüyor. Daha kolay.” (Katılımcı 3)

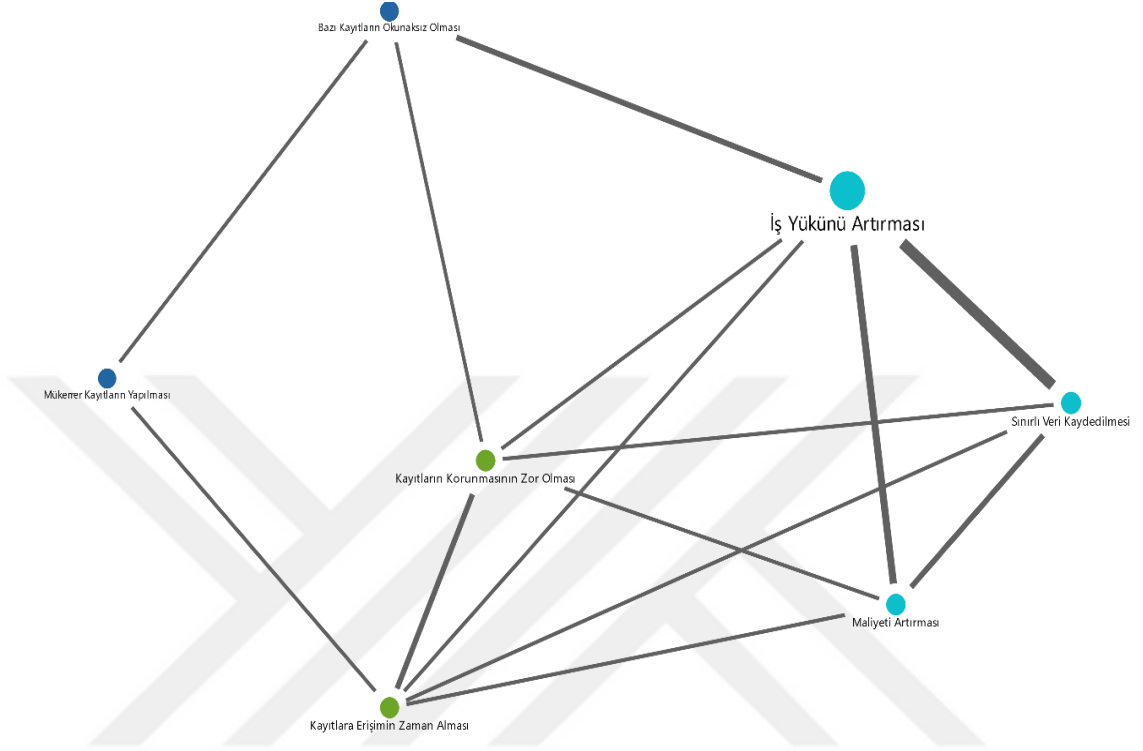
“Arayıp soruyoruz. Buraya ne yazmıştın? Çünkü anlamıyorum. ... zaten o arkadaşı uzun süre tanıdığın için aslında bir zaman sonra da onun ne yazmak istediğini söylemek istediğini anlıyorsun. O şekilde anlayabiliyorum ama bazen doktorların yazısını da okuyamıyoruz. O onu da mesela çekiyoruz fotoğrafını atıyoruz doktor beye diyoruz ne demek istediniz doktor bey? ... öyle sıkıntılar da oluyor.” (Katılımcı 7)

“Onun haricinde okunaksız. Çok kötü durumda yazanlarda var. Hani bu konuda sisteme geçilmesi avantaj. ... Bakım planlarına elle hızlı bir şekilde yazıp geçiliyordu. Şu anda sistem üzerinde olması evet kayıtlar açısından avantaj... hasta bazı yapıyor bakım planları ama genel olarak yoğun bakımda karşılaşılan sorunlar. İnsanlar bence artık yazmaktan yorulduğu için okunaksız.” (Katılımcı 9)

“Örneğin bulaşıcı hastalıklar kaydı iki yerde işleniyor. İki yere kaydedilmiş olmaktan bir diğerinde eksik kalmış olabilir. Özellikle işte hepatitiniz var mı HIV'iniz var mı gibi soruları zaten hastayı yatırırken daha sorduğumuz sorular muhtemelen iki yerde yani hem hasta tanılama hem de gözlem formunda olduğundan dolayı da gözden kaçıyor olabilir.” (Katılımcı 1)

“... formlarla ilgili eksikler aslında neden biliyor musunuz? Şimdi ben hem hasta dosyasında doldurduğum o form hem de hemşire gözlemde dolduruyorum. Yani ben her iki tarafa da aynı şeyleri yazıyorum. Muhtemelen hemşire gözleme yazdığım için oraya yazmıyorum. Dosyalar eksik kalmış olabilir. Birden fazla kayıt yapıyorum çünkü bu konuda, evet. Bunu kaliteyle de görüşmüştük.

Ben bu formu zaten hemşire gözleminde dolduruyorum. Neden burada dolduruyorum diye sorduğum da, boş kalmaması gerekiyor oraya da her iki tarafı da doldurulacak gibi bir cevap aldım. Tabi ki kişiler de işi yetiştirmek adına sadece hemşire gözlemleri dolduruyor ve kitapçıklar boş kalıyor.” (Katılımcı 9)



Şekil 4.6. Hemşirelerin Kağıt Tabanlı Kayıtlara Yönelik Yaşadıkları Sorunların İlişki Haritası

Şekil 4.6.'da gösterilen ilişki haritasına göre kağıt tabanlı kayıtlarla ilgili sorunlar üç ayrı kümede ele alınabilir. İlk kümede kayıtların iş yükünü artırması, sınırlı veri kaydedilebilmesi ve maliyeti artırması yer almaktadır. İkinci kümede kağıt tabanlı formların korunmasının zor olması ve kayıtlara erişimin zaman alması yer alırken, üçüncü kümede ise mükerrer kayıtların yapılması sorunu ile bazı kayıtların okunaksız olması sorunlarının yer aldığı görülmektedir.

4.2.1.3. Alt tema: Hemşirelerin elektronik kayıtlara yönelik yaşadıkları sorunlar:



Şekil 4.7. Hemşirelerin Elektronik Kayıtlara Yönelik Yaşadıkları Sorunlar

Araştırmada hemşirelerin hasta bakım sürecinde alınan kayıtlarla ilgili değerlendirmelerinden elde edilen bir diğer bulgu ise elektronik kayıtlarla ilgili yaşanan sorunlardır. Hemşireler, elektronik sistemlerin kullanımında bir takım zorlukları vurgulamış olup bu konuda hemşirelerin ifadeleri üç kod altında incelenmiştir. Hemşireler elektronik kayıtların tutulmasına yönelik yeterli araç gerecin olmamasının, elektronik kayıtların hasta başında takip edilememesinin ve elektronik kayıtlarda yaşanan sistemsal sorunların elektronik kayıtlarda yaşanan sorunlar olarak belirtmiş olup olarak bu konulardaki hemşirelerin ifadelerden alıntılar aşağıda verilmiştir.

“... bilgisayar ortamı çok daha mantıklı yani bilgisayarda olması lazım kayıtların ama iki tane bilgisayar var. Bir sekreterin orada var bir tane de normal masada var. İki tane var sürekli arızalanıyor. Bu da tabii ki yeterli olmuyor.” (Katılımcı 12)

“Elimizde tablet tarzı ürünler olsa ben o cihazlara girsem hastayı tıkladığımda sabah ki ANTA'sı (ateş, nabız, tansiyon) ve tedavisi şu şekilde yana geçince de tedavi sıralansa o zaman okey ama şuan ben bilgisayar masa üstü bilgisayar şeklinde kullandığım için sekreter, doktor, kullanıyor diğer hemşire arkadaşlarım kullanılıyor. Yani yapılacak çok iş olunan o bilgisayar zaten bana zor düşüyor.” (Katılımcı 6)

“İki tane bilgisayar var şuan yoğun bakım içerisinde bir tane tıbbi sekreterin kullandığı, bir tane de hemşirelerin ortak kullandığı zaten artık sürekli çalışıyor olmaları zaten donuyorlar, sıkıntı oluyor ve şu an üç hemşire çalışıyoruz, gündüzlerde bazen sorumlu hemşiremiz de oluyor. Dört hemşire, sorumlu hemşiremin kendine ait işleri oluyor. O bilgisayar başında onları hallederken siz aynı zamanda ya sekretere işte kendi işlerinizi söylemek zorundasınız ama o da onun görev tanımında olmadığı için yapmak istemiyor, zorlayamıyorsunuz. Bu yüzden de bu sefer bilgisayarın boşalmasını bekliyorsun. Hani işin bitti mi bitmedi mi? Bittiyse ben şunu yapayım, sonra sen geç tarzında böyle bir kovalamaca oluyor.” (Katılımcı 5)

“Onların sistem üzerinde olması güzel ama ANTA’ları (ateş, nabız, tansiyon) kağıda yazmamız daha iyi. Çünkü yarım saatte bir aldığım için ve kalp hastasının her an ritmi ve tansiyonu oynadığı için kağıt üzerinde sürekli görünür bir şekilde görüp fark etmek daha mantıklı. Çünkü onları sisteme girsem sabahki ANTA’sına gözüm çarpmayabilir ama kağıtta olunca daha iyi.” (Katılımcı 6)

“Tansiyon takipleri dediğim gibi benim geldiğim yerde sistem üzerinden de her şey burada biraz yazılı ama gözlemleri yazılı olması daha iyi, anında müdahale edebiliyorum.” (Katılımcı 8)

“... bu şekilde order sistemde olsa açıp bakacağım tek tek bu hangi saat ilacı yapılmış mı yapılmamış bu sekiz hastanın da takiplerini tek tek bu önceki tansiyonu açıp kapamam gerekecek yani sisteme ama diğer türlü kağıda baktığımda tansiyonu şu şekildeymiş, bir saat önce bir saat sonra bu şekildeymiş. İlaç bir saat önce bu verilmiş bu verilmemiş sistemden hep tek tek kontrol etmem gerekecek. Yani yoğun bakımda biraz zor olabilir o açıdan orderın belki tansiyon takibinin sistemden olması ama nutrisyon, bakım planları sistemden olması iyi yani. Benim için orderın, tansiyonun kağıtta olması, yoğun bakımda çalıştığım sürece güzel gözlemde olması ama diğerlerinin nutrisyon bakım planı, İtiki, Glasgow gibi değerlerin sistemden yapılması daha iyi. Yoğun bakımda sık takip yaptığım için anlık takip yaptığım için tedavisinin yapılıp yapılmadığını görmem için önünde olması daha iyi. Sistemi açıp şu sekiz hastayı da takip etmen gerek gerekiyor. Bu ilaç yapılmış mı, yapılmamış mı, onun tansiyonu kaç, bunun tansiyonu kaç ama kağıtta direk bakıyorum hepsine...” (Katılımcı 10)

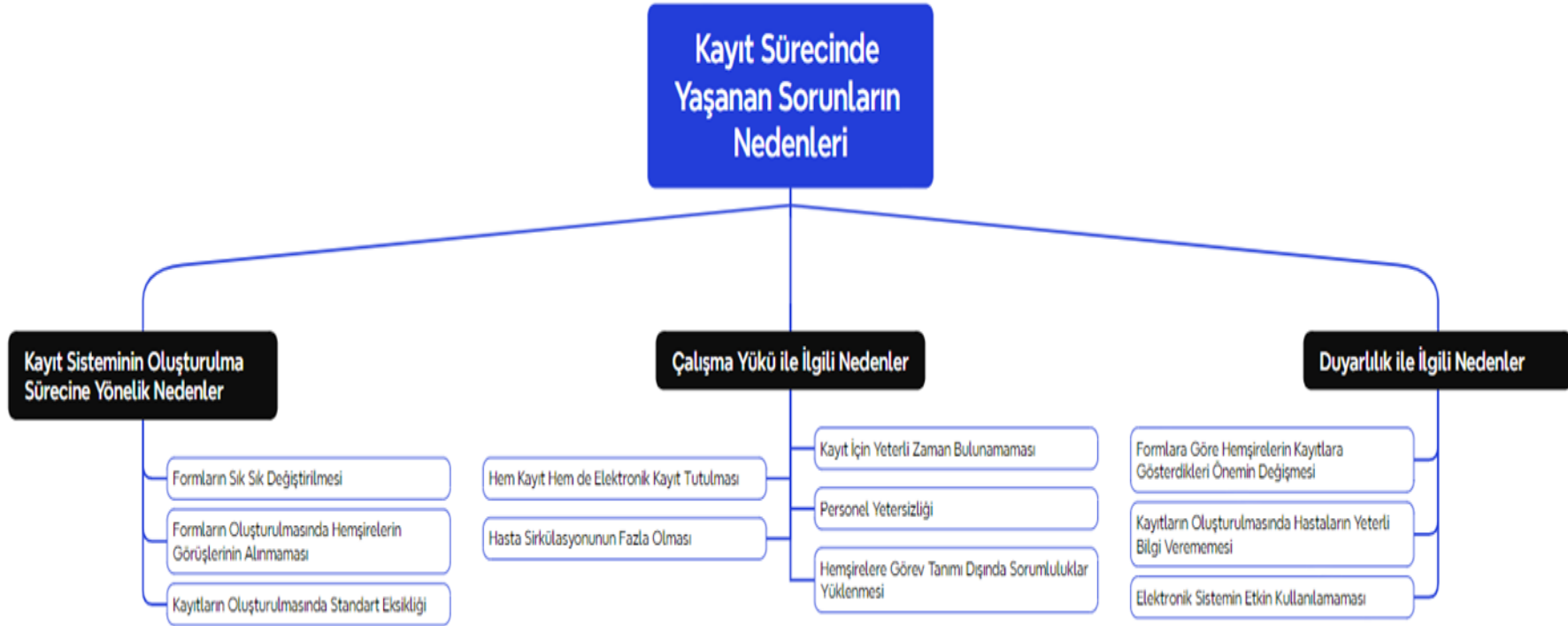
“... detaylı dolduracağım zaten sistemsal hatalar sürekli verdiği için o da bir zaman kaybı yaratıyor evrakları oluşturmada...” (Katılımcı 9)

“... herşey bilgisayar ortamında ve güzel oluyor ama bilgisayarın da iyi olması lazım yani ayrıntı olarak bilgisayarlarda güçlü bilgisayarlar olması lazım. İşlemlerimize hızlı ilerleyebileceğimiz internet sistemi altyapısı olması lazım.”(Katılımcı 3)

“... NANDA da bir sürü bir tanı var, bir sürü yani böyle mesela hastada ödem var, ben sıvı bölümü volüm fazlalığı koymak istiyorum ama sisteme giriyorum. Yok, böyle bir tanı yok. Yani böyle bir alan açılmamış, kendi elimle yazmam zaten kabul etmiyorlar. Çünkü sistemde olanı indirip değerlendirme yapmam gerekiyordu.” (Katılımcı 5)

4.2.2. Ana Tema 2. Kayıt Sürecinde Yaşanan Sorunların Nedenleri

Araştırmanın amacına uygun olarak, yapılan görüşmelerden elde edilen veriler doğrultusunda elde edilen ikinci ana tema ise kayıt sürecinde yaşanan sorunların nedenlerine yönelik bulgulardır. Hemşirelerin kayıt sürecinde yaşanan sorunların nedenlerine ilişkin düşünceleri kayıt sisteminin oluşturulma sürecine yönelik nedenler, çalışma yükü ile ilgili nedenler ve duyarlılık ile ilgili nedenler olmak üzere üç alt tema halinde detaylı olarak incelenmiş ve bu alt temalar Şekil 4.8.'de görselleştirilmiştir.



Şekil 4.8. Kayıt Sürecinde Yaşanan Sorunların Nedenleri

4.2.2.1. Alt tema: Kayıt sisteminin oluşturulma sürecine yönelik nedenler



Şekil 4.9. Kayıt Sisteminin Oluşturulma Sürecine Yönelik Nedenler

Hemşirelerin ifadelerinden kayıtlardaki sorunların nedenleri arasında kayıt sisteminin oluşturulma sürecine yönelik olarak yaşanan nedenler belirlenmiş olup bu nedenler üç kod çerçevesinde değerlendirilmiştir. Hemşireler formların sık sık değiştirilmesinin, formların oluşturulma sürecinde hemşirelerin görüşlerinin alınmamasının ve kayıtların oluşturulmasında standart eksikliğinin sorunların nedenleri arasında olduğunu belirtmişlerdir. Bu konudaki sorunların nedenlerine yönelik hemşire ifadeleri aşağıda belirtilmiştir.

“...bakım planı girme stili bile en az yedi sekiz kere değişti. Ben mevcut sistemi önce öğrenmem lazım ki kendime kolaylık sağlayayım. Öğrenemedim yeni bir sisteme geçiyoruz o yüzden bir kolaylık ya da farklı bir geliştirme şeyine geçemiyorum maalesef.” (Katılımcı 1)

“Bir de sürekli evraklar değiştirmeyi kalitenin sürekli bir el atması bu işe tabi o daha iyi olsun diye uğraşıyordur belki ama sürekli bu değişiklikler bizi de yoruyor. Şimdi buna alışıyorum, bunu doldurmaya tam alıştım. Çünkü bir el alışkanlığı oluyor. Sonra hadi bunu bıraktık, bu kaliteye uygun değiştirelim, değiştiriyorlar. Tamam bu sefer onu alışmaya çalışıyorsun, onu anlamaya çalışıyorsun ona tamam alıştım diyorsun, tekrar değişiyor.” (Katılımcı 7)

“İşte kalite birimi ya da bu evraklarla ilgili düzenlemeleri yapan kişilerin direkt sahada birebir çalışan kişiler olmasını düşünüyorum, olması gerektiğini düşünüyorum ki yaşadığı sorunu kendini biliyor. Herkes ona yönelik bir çözüm üretme yönünde oluyor.”

Bu anlamda bir sıkıntı olduğunu düşünüyorum, çünkü dışarıdan gayet rahat yapılabilir ki modunda oluyor ama öyle değil işleyiş çok farklı. Burada bir sıkıntı var.”
(Katılımcı 5)

“Bu sorunların çözümü için öncelikle kesinlikle aktif sahada çalışan kişilerin belgeleri hazırlaması gerektiğini düşünüyorum. Evet, bakanlık tarafından onaylanıyor belki ya da inanın bilmiyorum hani prosedür işlerini, ama yani var işte bu da olsun diye değil, ihtiyaç olduğu için kullanılmalı. İşte kaliteden geliyorlar, ağrı skalası var mı? O var mı, teslim edenin adı var mı, o var mı, bu var mı? Evet tamam, bunlar da önemli ama yani tamamen öyle boş yer kaplasın diye değil de gerçekten. Ben hastayı sabah görüyorum ona yok buna yok, ya boşu boşuna sabit dolduruyorum.”(Katılımcı 1)

“Birincisi bence tam olarak nasıl kayıt altına alacağımızı ya da neyi kayıt altına alacağımızı bilmiyoruz. Yani bunu en tepeden ilk önce bir bu işi şu şekilde yapmanız gerekiyor denmesi gerekiyor ama bunda bizim eksikliklerimiz var işte. Örneğin A kişisi böyle diyor B kişisi öyle diyor C kişisi ikisini birleştirip yapıyor, belirli bir standardımız yok bence belirli bir standarda göre yapmıyoruz.”(Katılımcı 1)

“...herkesin eğitim aldığı kurum farklı olduğu için olabilir. Bir de mesela her hastanede çalışma stili çok farklı. Dediğim gibi Konya'da farklıydı, Dokuz Eylül'de farklı, Ödemiş'te farklı, burası çok farklı. Burada belli başlı şeyleri tam istiyorlar. Belli başlı şeylere çok dikkat etmiyorlar. Dikkat edilmeyen şeylere ekip arkadaşları tarafından da yani önemsenmemiş olabilir.”(Katılımcı 2)

4.2.2.2. Alt tema: Çalışma yükü ile ilgili nedenler:



Şekil 4.10. Çalışma Yükü ile İlgili Nedenler

Hemşireler kayıtların tutulmasında yaşanan sorunların nedenleri arasında çalışma yükü ile ilgili nedenleri de belirtmektedir. Hemşireler kayıt için yeterli zaman bulunamaması, hem kağıt hem de elektronik kayıt tutulması, personel yetersizliği, hasta sirkülasyonunun fazla olması ve hemşirelere görev tanımı dışında sorumluluklar verilmesinin çalışma yüklerini arttırdığını ve kayıtlarda sorunların oluşmasına neden olduğunu ifade etmişlerdir. Bu kodlar ile ilgili görüşmelerden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“Çok fazla sirkülasyon olduğu için oraya ben aspirasyonunu işte el vücut temizleyip pansumanını onları sekiz hastanın sekizinde de yazarsam o çarşafı (yoğun bakım gözlem formu) doldurmaktan, yani bırakın kendi ihtiyaçlarımla ilgilenmeyi hastaların ihtiyaçlarının tedavisini falan zorla yaparım, çok zorlanırım onların hepsini tek tek dolduruncaya kadar. Önemli olan bizim için önemli olan ya aslında, hepsi önemli tabii ki de, elzem olan daha çok dikkat çekici ya bizim yoğun bakımda en çok kullandığımız şeyler işte sheat çekimi, sheat heparini kaçta yapılmış, saat 10’da yapılmış sheat ne zaman çekilecek onları arka kısmı not alıyorum. Örneğin işte aspirasyon gerekmiyor, o hastada gerekmiyor ve hepsine tek tek ona yapıldı, yapılmadı, yapıldı, yapılmadı diye hepsine tek tek not alamam aldığım zaman çok fazla bana orada vakit kaybı olur.” (Katılımcı 10)

“Benim için bir masanın başına oturup elime bir kağıdı alıp on dakika onu doldurmaya çalışmaktansa hasta başında onunla alakalı ne bileyim bir şeyler yapmak daha şey önemli çünkü bir şeyi yaparken birini ister istemez bırakmanız gerekiyor.” (Katılımcı 13)

“Zamanı yok ama o kadar ayrıntılı yazmaya, zaman yok. Bazen o kadar hızlı yapıyorsun ki, çünkü iki tane, üç tane hasta bazen aynı anda geliyor.” (Katılımcı 11)

“... kayıtlar hem kağıt israfi olarak hem zaman olarak bir kağıtlara yaz bir sisteme geçir çok gereksiz. Olması gerekiyor ama yani bunun böyle tek bir elden çıkması gerekiyor, yani ya kağıtsa kağıda sadece bilgisayarsa bilgisayara.” (Katılımcı 12)

“...mesela Glaskow yapıyor, her hastaya bilinçli hastanın hepsine yapıyoruz ama onu sistemde de yapıyorum artı çarşıfta da (yoğun bakım gözlem formu). Yani bakım hemşire gözlem planında da yapıyorum. Bu sefer 2 yere kayıt etmek zorunda kalıyorum. O yüzden hani sıkıntı yaşıyoruz.” (Katılımcı 10)

“... kayıt sistemi olması bizim açımızdan hem güvenilir oluyor hem de kolay. Sisteme yazıyorsun, başka bir yere hem kağıda geçir hem sisteme yaz zor oluyor bizim için. Zaten yoğun bir ortamda çalışıyoruz, sirkülasyonu yani fazla bir ortamda çalışıyoruz. O yüzden iş yükü, bu olmaz bize.” (Katılımcı 8)

“Bence hemşirelerin iş yükü çok fazla, aynı zamanda yeri geliyor sekreterin, yeri geliyor doktorun personelin bütün görevlerini üstleniyoruz. Bence bunun nedeni tamamen bu eksik elemanla çalışıyoruz. Zaten en büyük sıkıntımız da bu.” (Katılımcı 9)

“... benim önceki yerimle karşılaştırırsam yani personel daha fazlaydı ve çalışma saatleri daha farklıydı. Burada çalışma saatleri fazla, artı mesai çok fazla. Yirmidört usulü çalışılıyor, yetersiz personel var.” (Katılımcı 8)

“Şimdi olabildiğince işlemimi yaptıktan sonra arkasına hemen kayıt oluşturmaya çalışıyorum ama bazen gerçekten arka arkaya bir sürü hasta geliyor. Hasta odaklı hemen işlemimi yaptıktan sonra evet kayıt altına alıyorum. Gözlemimi dolduruyorum, bilgisayar işlerini hallediyorum ama hasta yoğunluğu olduğunda bu çok sonraya kalabiliyor ve çok sonraya kaldığında böyle kendimi sürekli sorguluyorum. Şunu yapmış mıydım, bunu yapmış mıydım? Böyle paranoyaklık mı diyeyim ne diyeyim bilmiyorum. Mesela dinlenmeye geçtiğimde bile ama bu var mıydı?

Bunu unutmuş muydum? ... bu da tamamen işte o işin yoğunluğundan, personel eksikliğinden kayıtların farklı şekilde tutulmasından kaynaklı olarak çıkan problemler.” (Katılımcı 5)

“Bütün yükün hemşirelerde olmasının çok etkisi var. Herşey ama bütün yük hemşirelerde ... Onun takibini, kaydını yapması hepsi hemşirelerde. Onun için hemşire, hemşire, hemşire yani. Yeterli değil. Hemşireler hiç yeterli değil. Onun için yeterli personel lazım.” (Katılımcı 12)

“Ben iki yıldır çalışıyorum iki yıldır eksik elemanla çalışıyoruz sürekli işte fazla mesai artı mesaiyle çalışıyorum.”(Katılımcı 1)

“Eleman eksikliğinden dolayı yapılması gereken şeyler yapılamayabiliyor...”(Katılımcı 1)

“O kadar çok sirkülasyon var ki yani hastamın hatta dosyasını daha tamamlayamadan hastayı alıp servise veriyorsun.” (Katılımcı 12)

“Bizim gibi hasta sirkülasyonu fazla olan bir yoğun bakım için hasta transferini benim sistemden on, on beş saniyede yapmam lazım.” (Katılımcı 2)

“... sürekli sirkülasyon olduğu için boşa yatak bulunabilme ihtimalinden dolayı genel yoğun bakım tarzında da kullanılabilen bir yoğun bakım. Bu hemşire olarak bizi aşırı derecede yıpratıyor çünkü çok sirkülasyonlu...” (Katılımcı 5)

“Görev yetkililerin düzensiz dağılımından kaynaklı iş yükünün artması ya bir ÖBS (Ölüm Bildirim Sistemi) bile hemşirede yük yani. ÖBS benim çipim yok ben ÖBS bilmem ... ama arayan yine benim. Tamam ekibiz ama bu kadarı fazla ondan sonra doktor ÖBS yaptı, bu sefer damgası, hasta yakınına verilmesi, yani komple hemşirede diyorum ya hani üstümüze vazife olmayan iş bile bize şimdi”(Katılımcı 6)

“Hastanedeki görev, yetki ve sorumluluk tanımlarının başhekim başhemşire tarafınca özellikle doğru bir şekilde bilinmesi gerekiyor. Çünkü bir konu idareye gittiğinde ne yazık ki genelde hemşireye üstleniyor, ne yazık ki bu eczane için de dahil. Eczanenin ilacı hazırlayıp, hasta hasta hazırlayıp birimlerine dağıtmak zorunda olduğuyla ilgili bir şey duydum ama yetişemedikleri için hemşirenin alması isteniyor. Ben ritim takibi yaptığım hastayı, bu arada altını temizlediğim, bakımını yaptığım hastayı ilacını yutturduğum hastayı bırakıp eczaneye gidiyorum ve tekrar geri geliyorum. Eczacı eksik yanlış hazırlamış! Ben tekrar eczaneye gidiyorum, tekrar alıyorum ilaca geri geliyorum. Yani burada eczanenin eksikliği hemşirede.” (Katılımcı 6)

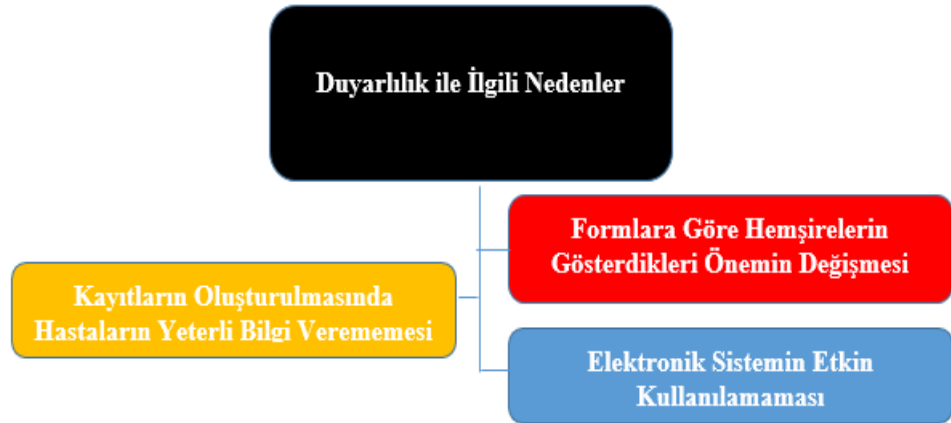
“Doktorun iş yükünün bizden alınması gerekiyor. Yeri geliyor personelin işini de yapıyoruz. Yeri geliyor güvenlik geliyor, güvenliğin işini de yapıyoruz.” (Katılımcı 10)

“... doktorun yapması gereken işi de bizim yaptığımız çok oluyor. Orderını takip etmek zorundayız. İşte verilen ilacın işte eksik tarafı kalıyor. İşte atıyorum tedaviye destek olması gereken başka bir şey oluyor. Başka bir ilaç grubu oluyor mesela. Onu hatırlatmak zorunda kalıyoruz, onların kayıtları eksik oluyor. Biz kayıtlarına da destek olmak zorundayız her zaman. Çünkü yapmadığımız zaman bu sefer eksik kalıyor. Hastanın tedavisi eksik kalıyor. Bir şeyler eksik kalıyor yani, bu da büyüyor büyüyor büyüyor. Aşılmaz sorunlara yol açıyor işin açıkçası sorun oluyor yani hasta açısından da tedavi eksik kalıyor. Yani bu işte iş disiplini anlamında söyleyeceğim, eksik kalıyor öyle düşündüğümüz zaman da, arkamı dönüp gidemiyorum işin açıkçası. Bu işin vicdani boyutu da hastanın tam tedaviyi alması işte sağlığına kavuşması. Bu hani bunlar eksik olduğunda mesela sağlığına kavuşması uzuyor, tedavi süreci uzuyor, hastanede kalma süreci uzuyor. Bunlar da birikerek devam ediyor...”(Katılımcı 4)

“... diğer kayıtları da ben yapıyorum. Özellikle hekimin alması gerekenleri de ben yaptığım için eksik kalıyor, mutlaka kalıyor. Dediğim gibi hasta bakımından çalışıyorum bu defa onu ayıracağım süreyi evrakları tutmak zorunda kalıyorum.”(Katılımcı 9)

“Benim işim olmadığını düşünerek sinirleniyorum ama o an orada insan hayatı söz konusu olduğu için yapmamazlık da yapamıyorum. Hatta internetteki sayfalarda yapmayın arkadaşlar işiniz değil diyorlar ama ben o an bir insan hayatıyla uğraştığım için ne yapacağımı da bildiğim için yeri geliyor personel işini yeri geliyor doktor işini biliyoruz da yapılması gerekeni bile bile o an o hastayı riski atmamak adına yapıyorum.” (Katılımcı 1)

4.2.2.3. Alt tema: Duyarlılık ile ilgili nedenler:



Şekil 4.11. Duyarlılık ile İlgili Nedenler

Hemşireler görüşmelerde hemşirelerin veya hastaların duyarlılığına bağlı olarak kayıtlardaki sorunların oluştuğuna yönelik ifadeler belirtmişlerdir. Hemşirelerin kayıt sürecinde kullanılan formların türlerine göre gösterdikleri önemdeki farklılıkların, hemşirelik kayıtlarındaki sorunların nedenlerinden birisi olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ifadeleri, mavi kod formu, kan transfüzyonu, psikotrop ilaç formu gibi belirli form türlerine ayrıca önem gösterildiği ve bu form türlerinin eksiksiz doldurulmasının hemşireler için öncelik oluşturduğunu göstermektedir. Bununla birlikte hemşireler, kayıt tutma sürecinde hastalardan yeterli bilgi alamamalarının da yaşanan sorunların nedenlerinden biri olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hemşireler ifadelerinde, elektronik sistemlerin etkin kullanılmamasının da kayıtlarla ilgili sorunların nedenlerinden biri olduğuna yönelik ifadeleri olup, elektronik sistemlerin gerektiği gibi kullanılmamasının bilinç eksikliğinden kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir. Bu kodlar ile ilgili hemşireler şu ifadelerde bulunmuşlardır.

“Narkotik, mavi kod ondan sonra ne bileyim kan transfüzyon gibi bu tarz şeyler, daha çok önemseniyor.” (Katılımcı 2)

“Onlar (Mavi Kod, Kan Transfüzyonu, Psikotrop İlaç Formu ve Hasta Eşyaları Teslim Formu) çok çok daha önemli formlar olduğundan dolayı daha özen gösteriliyor tabii ki de. Yani mavi kod düşünsenize bize mavi kod gibi yani daha olağanüstü bir şey yok zaten, hastanedeki mavi kodla ilgili. Zaten geri dönüş oluyor, yani eksik bir şey olduğu zaman kalite kabul etmiyor. Onlara geri dönüş oluyor zaten.

Hani onlar yaşanmasın ne onlara sıkıntı olsun ne de bize tekrar tekrar iş yükü olsun, ondan dolayı daha böyle düzenli kayıtlar alınıyor. Kan transfüzyonu o çok daha zaten önemli bir şey. Alerjisi olur, herhangi bir şey olur, saat saatini mecburen onları yapmak lazım. Bir de yani ben kan deyince çok korkarım, çok tırsarım, o kan bitene kadar hastanın başındayım. Çünkü her an reaksiyon gelişir, herhangi bir şey olur, eder çok korkarım. Ondan dolayı kayıtları çok güzel tutuyoruz.” (Katılımcı 12)

“Çünkü onların (Mavi Kod, Kan Transfüzyonu, Psikotrop İlaç Formu ve Hasta Eşyaları Teslim Formu) daha önemli olduğunu düşünüyoruz. Hasta için hem de kendimiz için daha önemli doldurması gerektiğini düşündüğümüz için onlara full tam doldurmaya çalışıyoruz. Yani bunlar zaten sık doldurmadığımız şeyler olduğu için ya arada sırada denk geliyor, onu da eksiksiz yapalım, eksiksiz olsun, geri dönmessin. Çünkü evraklar bizim için önemliyse karşı taraf içinde çok önemli ya da kalite için de önemli. Onlardan da geri dönmessin diye elimizden geldiğince daha dikkat ediyoruz ... Diğer evraklardan kıyasla sürekli doldurmadığımız için daha bir önem veriyoruz yani.” (Katılımcı 13)

“Kan transfüzyonu çok önemli çünkü bu doku nakli ile neredeyse eşdeğer bir işlem, kan transfüzyonu o ileride belki bir sıkıntı yaşayacak mı? Ben onun evrağını eksik alsam ya da yanlış alsam o anki sistemi yanlış yazsam, hatta belki ateşi yükselecek, bunlar önemli şeyler. Kan transfüzyonu benim için önemli, ilaçlar da tabii ki önemli ama kan transfüzyonu bir tık daha önemli. Çünkü o yani ileride hastanın ne yaşayacağı, belki bu kandan ötürü yaşayacak, belki bir sıkıntı geçirecek ileride ya geçmişe bakıp bu zaman kan alınmış ya da bu yaşanmış ya da o gözleme bakılacak. Bu kan alırken ne yaşamış nabızı nasıl olmuş? Bunlar önemli şeyler olduğu için bir tık daha dikkat ediyoruz hani tabii ki ilaçları alırken de biz bunların hepsini kayıt altına alıyoruz ama bir kan gibi değil yani mesela dört saatte bir takip alıyorsam, kanda onbeş dakikada zaten bunu ben belirlemedim. Yani bunu yukarıdaki insanlar bunu belirleyen insanlar da buna göre yapmış ki onun önemsedğini gösterir. Biz de onun için bir tık daha dikkat ediyoruz öyle.” (Katılımcı 7)

“...mavi kod formunun da psikotrop ilaç formunun da diğer şeylere göre mesela o işte dışkılama alışkanlıklarını ve kan grubu gibi, bir de kan transfüzyon formunun da bunların hani daha önemli olduğunu düşünüyorum. Kan transfüzyonu zaten başlı başına bir önem aksediyor. Psikotrop ilaç yine öyle.

Kayıt altına alınması gereken işte verilen ilacın dozu, ismi işte ve order eden hekimin teslim alan kişinin her aşaması hani önemli olduğu için tamamen önem arz etme durumlarına göre eksiklik olup olmadığını düşünüyorum burada. Onlar daha önemli olduğu için kayıt olması açısından, kayıtlı tutulması açısından eksik olmadığını düşünüyorum o formlarda.” (Katılımcı 4)

“... her yaptığımız bakımı kayıt etmiyoruz. Bazen aklımıza gelmiyor mesela. Damar yolu değiştirince yazıyorum ben ama damar yolu değişince arkaya yazıyorsunuz ama bazen unutuluyor. Bazen önemsenmiyor.” (Katılımcı 11)

“Kayıt oluştururken mesela bizim hastalarımızdan aldığımız bilgiler genelde yeteriz ya da hasta hatırlamıyor oluyor. Hasta faktörlü değişenler bizim için olumsuz oluyor. Örneğin hasta işte şeker ilacım var diyor ancak şeker ilacının ne olduğunu bilmiyor örneğin ben bunu hastanın sürekli kullandığı ilaçlara eklerken, ekleyemiyorum ya da hasta yanlış telaffuz edebiliyor benzer ilacı söylüyor olabiliyor, örneğin kan sulandırıcı kullanıyorum diyor, coraspin mi diyorum evet coraspin diyor ama plavix kullanıyor gibi. Yanlış yani doğru bilgiye ulaşamama büyük bir faktör oluyor.” (Katılımcı 1)

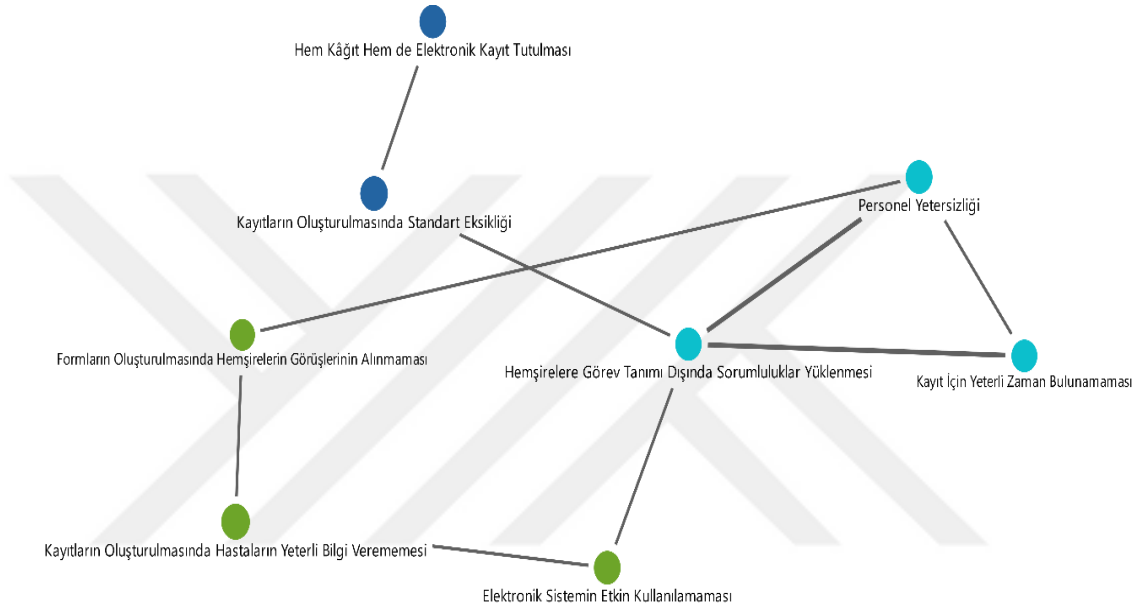
“Bazı hastalar var başka hastalığından dolayı hiç ara vermeden sürekli kullanması gereken ilaçları oluyor. Size geldiği zaman ilaçlar evden geleceği için bir ulaşımında bir sıkıntı yaşanabiliyor. Hasta dışında hasta yakını bu ilacın ne olduğunu bilmiyor olabiliyor. ... Bunlar eksik kalabiliyor, hasta yakını bilmiyor mesela.” (Katılımcı 13)

“Hemşire kayıtlarını oluştururken de yani şimdi hastadan her zaman çok net anamnez alamayabiliyorsunuz, işte sorduğumuz sorulara tam ve anlaşılır cevaplar alamayabiliyoruz. Mesela hastaya soruyoruz işte o anki durumundan bazen böyle hasta çok iyi bilgilendiremeyebiliyor ya da durumundan bilgi sahibi olamayabiliyor. İşte ilacı konusunda eşlik eden hastalıkları varsa alerjisi konusunda ya da işte genel durumu itibarıyla. Bundan dolayı da kayıtlarda aksaklık olabiliyor. Yani eksik kayıt yapmak zorunda kalabiliyoruz.” (Katılımcı 4)

“Bizim hastalar çok yatıp çıkan hastalar. Mesela ben hastaya itaki gireceğim ama hastanın kendine soruyorum, kendi kullandığınız ilaçları biliyor musunuz? Hayır, bilmiyorum, unuttum. İşte, yakınına soruyorum, aaa evde ilaçları getirmediler, etmediler. Benim aslında hastanın e-nabızına girip kullandığı ilaçları görmem lazım ama benim böyle bir yetkim yok. Bence bu benim açımdan bir sorun.” (Katılımcı 2)

“Hemşirenin sistemi tam bilmemesiyle alakalı olabilir. Yani herkes hemşire oluyor ama bir de algılama kapasitesi var. Bazen teknolojiyi algılamayan arkadaşlarımız oluyor. Her meslekte vardır bu, hemşirenin orada tam okuyup tam ilgili dikkatini vererek bakım planını o şekilde doldurması gerekiyor.” (Katılımcı 6)

Kayıtlarla ilgili sorunların nedenlerinin kendi içerisinde birbirleri ile olan ilişkisi incelendiğinde ise bazı nedenlerin bir arada ele alınması gerektiğini göstermiş olup bu ilişkiler Şekil 4.12.’de gösterilmiştir.



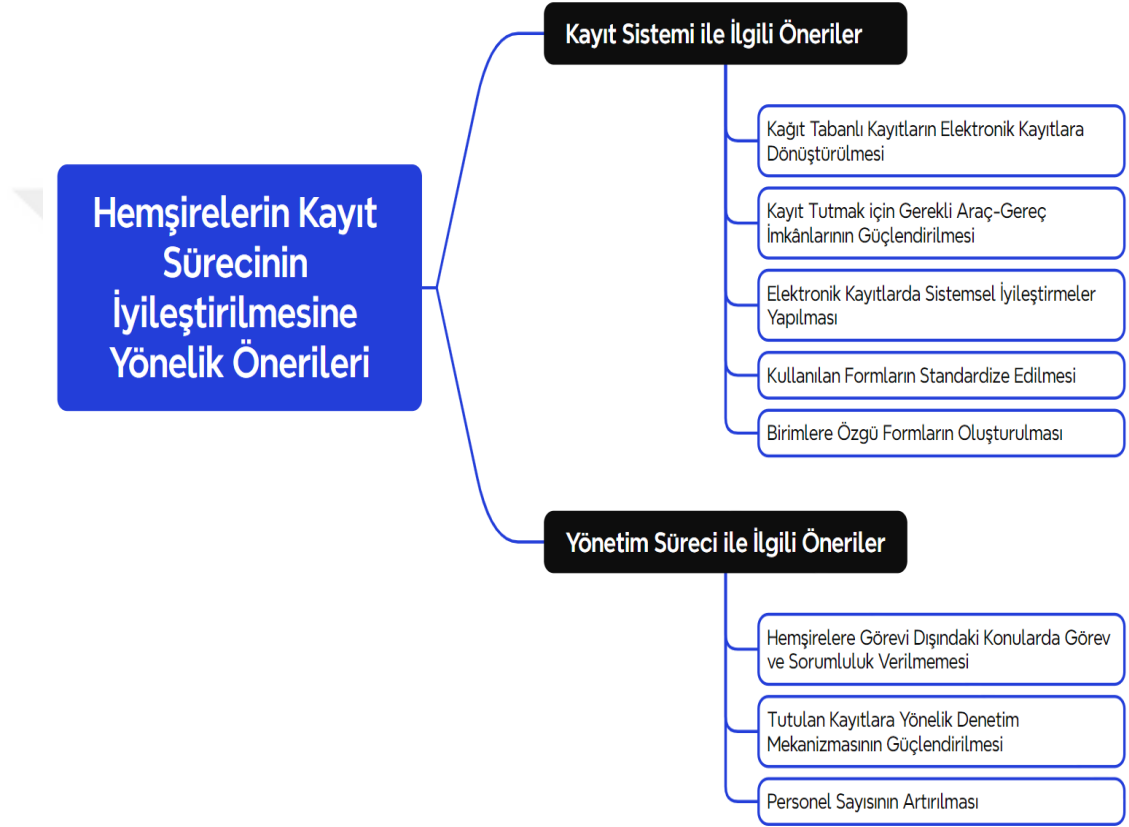
Şekil 4.12. Kayıt Sürecinde Yaşanan Sorunların Nedenlerinin İlişki Haritası

Şekil 4.12. değerlendirildiğinde araştırmaya katılan hemşirelerin kendilerine görev tanımı dışındaki sorumluluklar yüklenmesi üzerinde oldukça fazla durdukları ve bu durumu daha çok personel yetersizliği ve kayıt için yeterli zamanı bulamama kodlarıyla ilişkilendirdikleri gözlenmektedir.

Şekil 4.12.’den elde edilen bulgulara göre kayıtlarla ilgili yaşanan sorunların nedenlerinden biri olan kayıtların oluşturulmasında hastalardan yeterli düzeyde bilgilerin alınmamasının elektronik sistemin etkin kullanılmaması ile ilişkilendirilmiş olmasıdır. Bu ilişki, formların oluşturulması sürecinde hemşirelerin görüşlerinin alınmamasıyla da aynı kümede değerlendirilebilmektedir. Diğer taraftan söz konusu bulgularda yer alan üçüncü bir ilişki kümesi ise kayıtların oluşturulmasında standart eksikliği ile birlikte hem kâğıt tabanlı hem de elektronik kayıtların birlikte kullanılmasıdır.

4.2.3. Ana Tema 3. Hemşirelerin Kayıt Sürecinin İyileştirilmesine Yönelik Önerileri

Araştırmanın amacı doğrultusunda yapılan görüşmelerde hemşireler kayıt sürecinde yaşanan sorunların çözümüne yönelik çeşitli önerilerde ve bu sürecin nasıl daha sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilebileceğine ilişkin ifadelerde bulunmuştur. Bu çerçevede katılımcıların tüm önerileri iki alt tema altında bir araya getirilmiştir (Şekil 4.13.).



Şekil 4.13. Hemşirelerin Kayıt Sürecinin İyileştirilmesine Yönelik Önerileri

4.2.3.1. Alt tema: Kayıt sistemi ile ilgili öneriler:



Şekil 4.14. Kayıt Sistemi ile İlgili Öneriler

Hemşirelerin ifadelerinden kayıt sistemi ile ilgili önerileri olduğu belirlenmiş olup bu öneriler beş kod çerçevesinde belirtilmiştir. Hemşirelerin kayıtlarla ilgili önerilerinden biri kağıt tabanlı kayıtların elektronik kayıtlara dönüştürülmesine yöneliktir. Bununla birlikte hemşirelerin kayıtlarla ilgili sorun yaşanmaması için bu kayıtların oluşturulmasına yönelik araç gereç imkanlarının güçlendirilmesini önerdikleri de görülmüştür. Hemşireler, hasta başında anlık kayıtları tutmak, bilgi girişlerini hızla yapmak ve kağıt israfını önlemek için bu konuda gerekli araç gerecin sağlanmasının önemini vurgulamışlardır. Hemşirelerin önerileri arasında, kayıtların oluşturulma süreçlerini kolaylaştıracak elektronik kayıt sistemlerinde sistemsel iyileştirmelerin yapılmasının da olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşireler, kayıt tutma sürecini iyileştirmeye yönelik olarak kullanılan formların standardize edilmesini önerdikleri görülmüştür. Bu alt temadaki son öneri olarak da her birimin kendine özgü formlara sahip olması gerekliliği düşüncesinin de yer aldığı gözlenmektedir. Bu konuda hemşireler koroner yoğun bakım biriminin özel ihtiyaçlarına odaklanan ve hastaların özel durumlarına daha uygun olan olan formların kullanılması ile kayıtların daha etkili tutulacağını belirtmektedir. Görüşmelerden elde edilen alıntılar aşağıda belirtilmiştir.

“...bir dosyadan on dakikada bulacaksam sistemden direkt üzerine gelip iki dakikada ulaşabiliyorum bu yüzden teknolojik gelişmelere yönelmek bence daha faydalı olacak.” (Katılımcı 1)

“Hemşire kayıtları konusunda dediğim gibi artık her şeyin sisteme aktarılması lazım. Yani ne zaman, ne de emek gerek yok. Hem oraya atıyorsun, oraya yazıyorsun, ayrı ayrı bilgisayar sistemini güzel bir program düzenlenecek, bütün kayıtlar hepsi oraya yazılırsa bizim yükümüz inanın çok daha azalacak. Tek isteğim bu.” (Katılımcı 12)

“Elektronik ortamda ulaşım kolay, kağıt ortamında onun hastayı seçip, dosyada sırası olması lazım ki kolaylıkla bulasın. Yani şimdi bizim dosyalarımız karışık. Herkes kafasına göre koyuyor. Herhangi bir sıralaması falan yok bizim dosyanın orada ben hastaya bir şey aradığım zaman tek tek tek tek bakmam lazım. Kimi hastanın on sayfası vardır dosyanın içinde, kimi hasta fazla kalmıştır, otuz sayfası var. Ben otuz sayfasının içine tek tek bu kağıtları arayamam ama internet ortamında direkt bulabilirim yani veya orada kayıtlı, rahatlıkla okuyabilirim.” (Katılımcı 3)

“Artık kâğıtlardan uzaklaşıp bunları tamamen teknolojik ortamlara aktarabiliriz ki ulaşılması daha kolay oluyor ve saklanması daha daha iyi oluyor.” (Katılımcı 5)

“... mesela kişiye özel şey tabletler olsa, hasta başında direk olarak hani kayıt edebilirsin çünkü insanız biz yani, hasta başına gidiyorsa o an aklına geliyor, buraya geliyorsun unutuluyor. Ama hemen tabletler olsa hasta başında bu şeyli hemen girişini yap, bitti. Bir daha oraya git, buradan yap, yok not al, şunu yap, gereği kalmayacak.” (Katılımcı 12)

“Güzel bir alt yapıyla sağlam teknolojik ürünlerle yani sıkıntıyı çok çıkarmayacak ürünlerle dijital ortama kayıt edilmesini isterdim hatta her yatan hastanın yatak başında bir tane olsa çok güzel olur... Dijital ortamda olması güzel olurdu ama dediğim gibi bu masaüstü bilgisayarla tek bir yerden değil de her hemşireye bir tane yani imkan varsa da her yatak başında bir tane olabilir. Hani gerektiğinde şarja da takılabilir.” (Katılımcı 6)

“Herkesin kendine özel tableti, işte tanımlanmış hastası. Baktığımız hasta için söylüyorum, belki daha kolay olur. Yaptığımızda tedavi işte yaptım diye işaretlesem, işte yaptığım bakımı, neyse yani hani hastayla alakalı olarak işaretlesem ya da oraya veri olarak girişini yapabilirsek ve bunların elektronik ortamda saklanması bence daha kolay. Yani maddi olarak da daha kolay olacağını düşünüyorum.” (Katılımcı 4)

“Tablet olabilir hasta başında orderı, ilacı, takibi yazılır, kan şekeri yazılır, öyle kağıt kullanmayabiliriz. Kan takılacaksa sistemden her şeyini tablet başı yapabilirim. Bu kolaylık sağlayabilir çünkü hasta başında olacak. Hem hasta karışıklığı olmaz.” (Katılımcı 8)

“O yüzden sistemsel olması biraz teknolojiden faydalanmak güzel olur diye düşünüyorum ama dediğim gibi sağlıklı altyapı, hani güzel bir yazılım, güzel bir sistem ve dayanıklı elektronik cihazlarla hani bunu gösteriş olarak göstermelik hasta başı bilgisayarımız var, notlarımızı buralara alıyoruz, tabletlerimiz var, hasta başı göstermelik değil de verimlilik açısından sağlıklı ve sağlam cihazlarla yapılması konusunda destekliyorum.” (Katılımcı 7)

“Kişiye tablet veriyorlarmış, hemen bireysel, elinde onlara giriliyormuş. Bence öyle de çok mantıklı. Hem çabuk bireye özgü olduğu için daha güzel olur, hem hız olur hem her şeye girebilirsin bence, o an unutmazsın. Mesela aklında sıralıyorsun, sonra unutuyorsun yapacağını ama o elindeyken hemen yaparsın mesela bir şeyi unutma kısmında da işe yarayabilir.” (Katılımcı 11)

“... sistemden kaynaklı mesela bir arıza oluştuğunda benim yaptığım kaydı mesela atıyorum eczane göremeyebiliyor ya da işte hekim göremeyebiliyor. Sistem arızası oluyor genellikle. Bunda da ben kaydımı yapmış oluyorum ama eczane bu konuda benlik değil diyerek sıyrılabilir işin içinden. Dolayısıyla ben ilacı alamıyorum. Ordera girildiği halde sistemde göremediği için direkt işte başkalarının üstüne atıyor, ya da işte bilgi işlemin üstüne atıyor. Mesela bilgi işleme görüşüyorsun ya o bilgi işlem benlik değil diyor, eczane benlik değil diyor arada kalan yine ben oluyorum. Yine benim üstüme geliyor açıkçası bu iş. O yüzden de hani sistem doğru işlerse sorun yaşamayacağımızı düşünüyorum açıkçası.” (Katılımcı 4)

“...mesela bir hastaya bir kayıt yaparken kişinin adı çıkmıyor, kayıt yapan kişinin ismi olmuyor. Mesela ben kayıt yapıyorum ama benim adım çıkmıyor. Aslında o kayıt yapanın ben olduğumun, o hastaya o girişi yapan kişinin ben olduğumun çıkması lazım. Önceki kullanılan sistemde en azından öyleydi hemşire bazlı olarak bizim adımız çıkıyordu ama şu an kullanılan sistemde doktor bazlı olarak çıkıyor, bence bu yanlış. O hastaya bakımı uygulayan kişi, doktor değildir hemşiredir. Benim adıma çıkması lazım veya ben bir hastaya form girdiğimde itaki, nutrisyondur veya atıyorum düşme riski giriyorum ya, bunu değerlendiren kişi benim. Bunu değerlendirmesi gereken kişi de benim. O yüzden benim adıma çıkması lazım.

Bu tarz şeyler kişi bazlı olursa eğer en ufak bir eksiklikte veya hani yanlışlıkta o kişi bakımından uyarılabilir ve o kişi o yanlışını düzeltebilir.” (Katılımcı 2)

“... ben onun başına oturup işte bir şeyleri tiklemek daha angarya geliyor. Onun yerine ne bileyim ben konuşayım o kaydetsin mesela. Ne bileyim ben diyeyim ki hastanın bugünkü işte kan şekeri şu insülinini yaptım, ondan sonra şu an takip ediyorum. Yani bunu oturup bir yere yazmaktansa ben konuşayım bir şey kaydetsin ya da bir ekranda böyle bir şey olsun tik olsun, ben bunu tikleyeyim sadece. Hani çok kısa süreli bir şeyler olsun.” (Katılımcı 13)

“... böyle kısa süreli yatış çıkışlarda hani ben çarşaf (yoğun bakım gözlem formu) değil de ona ait bir ekstra bir gözlem oluşturulabilir. Bir A4 kağıdına ne bileyim, müşahede gibi bir form hani olabilir, yine kaydını tutabileceğim. Böyle bir şey olabilir diye düşünüyorum çünkü ekstradan israf oluyor. Ben onu dolduruyorum dosyasını aslında koyuyorum. Ekstradan daha hasta transfer de dolduruyorum. Karşımdaki hemşire arkadaşına onunla teslim etmiş oluyorum. Zaten hemşire arkadaşım yoğun bakımda çalışmadığı için o çarşafı zaten okuyabilmesi de zor oluyor. Görmediği bir şeyi yorumlamak zor oluyor. Böyle durumlarda ortak kullanılacak evraklar olması gerektiğini düşünüyorum.” (Katılımcı 5)

“Bu akademik çalışmalarla desteklenip örneğin bakanlığa bir öneri bu kayıt sisteminin A şeklinde değil B şeklinde yapılması işte hem iş yükü açısından zaman açısından yani en optimum şartları sağlayan bir kayıt sistemi oluşturulup tüm Türkiye’yi ya da Türkiye olmasa da örneğin Balıkesir ilinde bu şekilde kullanılması diye önerilebilir ve böyle bir standardizasyon oluşturulduğunda bence büyük bir kolaylık sağlanabilir.” (Katılımcı 1)

“Zaten kurum yöneticilerinin bence neyi nasıl faydalı yapılması gerektiğini düşünüp bir standart uygulamaya geçilmesi konusunda çalışma yapması bence daha uygun olur.” (Katılımcı 10)

“... koroner yoğun bakımda çok bakım hastası olmadığı için genelde gününbirlik hastalar yatıyor. Koroner için ayrı bir gözlem formülü olmasının mantıklı olduğunu düşünüyorum.” (Katılımcı 11)

“Bence ekstra bir formun olması daha mantıklıydı ama bütün yoğun bakımlarda aynı evrakın doldurulması saçma yani yenidoğanda mesela ayrı bir form var onlara ait, bence koronerde de ayrı bir form olması gerekirdi.” (Katılımcı 7)

“... bölüm bazlı kullanılabilir materyallerin değiştirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Herkesle mesela yoğun bakımız diye yoğun bakımlarda ortak bir gözlem sayfası kullanılmaması gerektiğini düşünüyorum. Bölüm branş bazlı olarak herkesin kullanabileceği aktif bir şekilde orada kaydını tutabileceği materyaller oluşturulabilir.”(Katılımcı 5)

4.2.3.2. Alt tema: Yönetim süreci ile ilgili öneriler:



Şekil 4.15. Yönetim Süreci ile İlgili Öneriler

Hemşirelerin ifadelerinden kayıtların tutulmasındaki sorunların çözümü için yönetim sürecine yönelik önerileri olduğu belirlenmiştir. Bu alt tema altındaki öneriler hemşirelerin ifadelerine göre üç kod çerçevesinde toplanmış olup bunlar; hemşirelere görev tanımı dışındaki konularda görev ve sorumluluk verilmemesi, tutulan kayıtlara yönelik denetim mekanizmasının güçlendirilmesi ve personel sayısının artırılmasıdır. Görüşmelerden elde edilen alıntılara aşağıda yer verilmiştir.

“...eğer görev yetki sorumlulukları tam dağıtılsa herkes kendi işini yapsa hemşirenin kayıtlar için daha çok vakti kalacaktır. Daha sağlıklı, daha düzenli yapacaktır diye düşünüyorum.” (Katılımcı 6)

“Örneğin hasta tanımlama forma formu evet doldurulmalı, o da hemşire doldurulması gereken bir form artı hemşire gözlem formu da doldurulmalı. Yani aslında ben sadece hekimin kendi yapması gerektiğini yaparsa geri kalanı zaten yaparım. Emin ol heralde tam ve eksiksiz yaparım zaten.”(Katılımcı 9)

“Ben sadece benim üzerime düşen sorumlulukları benim yapmam gereken işte örneğin hastanın tedavisini şu saatte yaptım deyip onu işaretleyebilirim ya da pozisyon verildi ya da aspire edildi hasta işte kum torbası alındı diye onları hani kendi üzerime düşen sorumlulukları görevleri yaparım. ... örneğin bir eczanenin işini de ben bazen yapıyorum ve sekreterin işini de bazen ben yapıyorum. Onların biraz azaltılmış olması gerekiyor bence.” (Katılımcı 10)

“Evet transfer doldurulmalı, ama bu defa en azından bizim yapmamamız gereken formları doldurmazsak ben transfere daha çok zaman ayıracağım.” (Katılımcı 2)

“Çünkü bunları kontrol eden daha farklı merciler var. Mavi kod verdiğinde mavi kod formunu gözetmen hemşire bakıyor, mavi koda gelen bakıyor. Ondan sonra güvenlik bile imzalıyor yani. İmzalayıp imzalamadığına bakıyorsunuz ve onları kaliteye gönderiyorsun. Çünkü o formları değerlendiren birçok insan var. Ama benim hasta yatışına tuttuğum formu değerlendiren kimse yok, siz bakmışsınız. Ben sizin baktığınızı bile şu an öğreniyorum. Yani siz bakmışsınız. O tarz formlarda daha kısa süreli olarak, daha sık denetlensin. Bence eksiklikler olmaz ve herkes yaptığı işi daha fazla önemser diye düşünüyorum.” (Katılımcı 2)

“Herkes kendini yani korumak için bu tarz şeylere daha çok dikkat ediyor ama hasta tanılama formlarına dikkat etmiyor. Niye? Bunu çünkü o tarz bir geri dönüşü yok veya denetimi yok. İşte bu tarz şeyler denetim olsa veya geri dönüşü olsa daha iyi olur. Bunu kendim için de söylüyorum.” (Katılımcı 12)

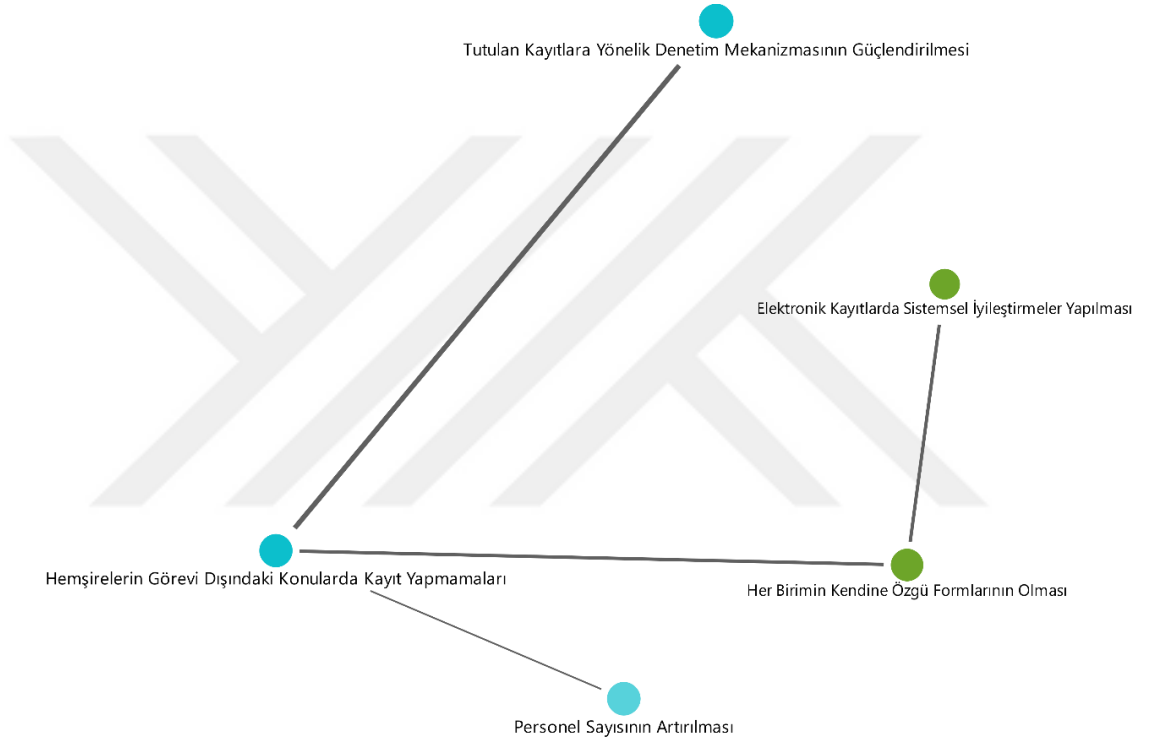
“Diğer formlarda denetleyen kimse olmadığı için, öncesinden sanırım dört beş yıl oldu kaliteden sorumlu bir başhekim yardımcımız vardı arşive gidip rastgele dosya alıyordu ve eksikler varsa eğer ilgili bölümün sorumlusunun mutlaka görüşü alınıyordu. O dönemde de kayıtlar tam tutuluyordu. Bence denetleyicisi olmalı. Dediğim gibi o başhekim yardımcısı zamanında hiç bir dosya o şekilde gitmiyordu. Çünkü ben geri döneceğini biliyordum. O dosyanın tabii ki tekrar başhekim yardımcısıyla bu konuda sorun yaşamamak adına ben tam yolluyordum. Diğer formlarda dediğim gibi yani evet denetleyicisin olmaması. Şuanda dosyayı gönderiyorum ve bakılmadığını bildiğim için de bu şekilde gönderiyorum dosyayı.” (Katılımcı 9)

“Ne kadar olsa bizde insanız, insanın dikkati de dağılabilir yani. En azından mesai saatlerinde değişiklik yapılabilir personel alımı yapılabilir.” (Katılımcı 8)

“Yeterli değil. Hemşireler hiç yeterli değil. Onun için yeterli personel lazım.”
(Katılımcı 12)

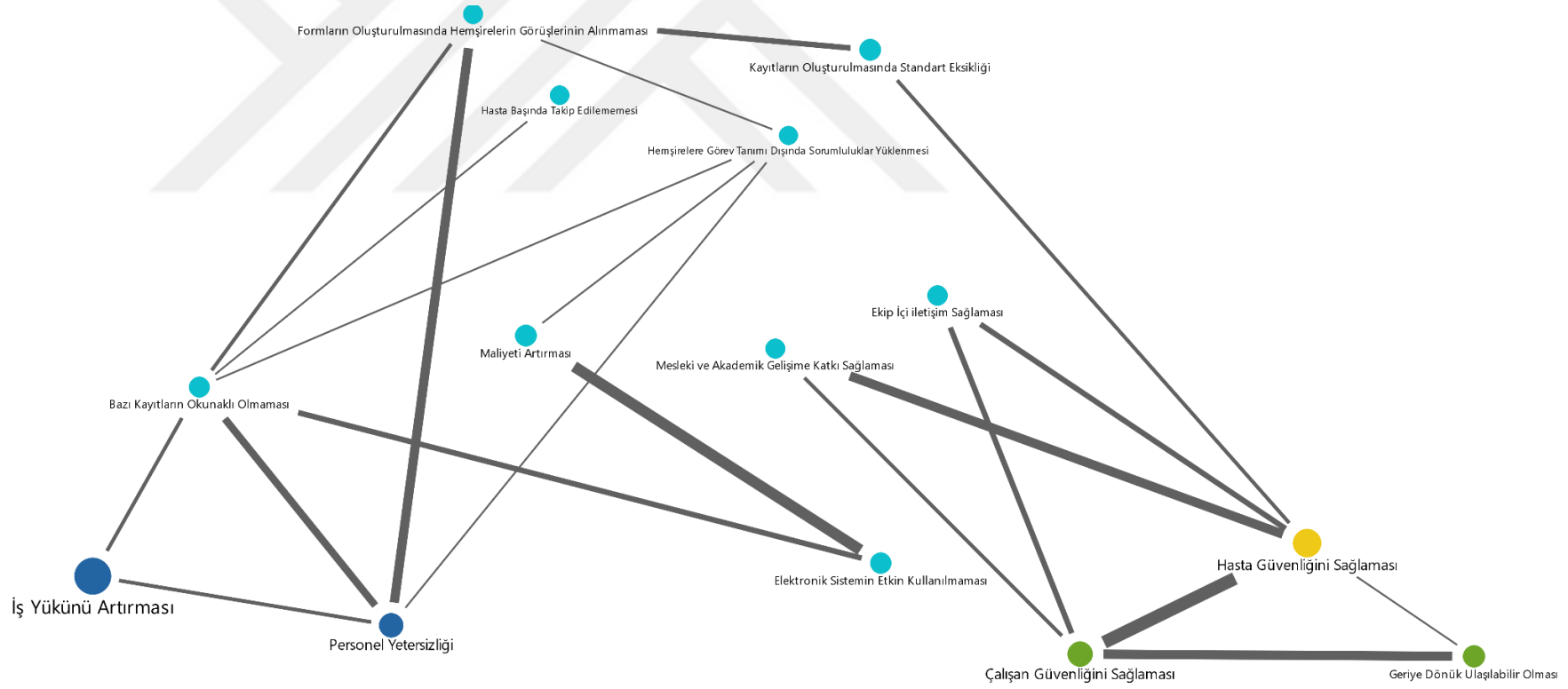
“Üzerimizden biraz iş yükü alınabilir ya da eleman verilerek bu sorun çözülebilir. Masa başında çalışan o kadar çok hemşire var ki bir kere önce onların sahaya çekilmesi gerektiğini düşünüyorum zaten bence en büyük sıkıntı da buradan geliyor.” (Katılımcı 9)

Katılımcıların sundukları bu önerilerin ilişki haritası da Şekil 4.16.’da gösterilmiştir.



Şekil 4.16. Hemşirelerin Kayıt Sürecinin İyileştirilmesine Yönelik Önerilerinin İlişki Haritası

Şekil 4.16.’a göre hemşirelerin önerileri içerisinde karşılıklı bir ilişki içerisinde olan beş kod bulunmaktadır. Bu kodlardan da iki küme oluşmaktadır. Söz konusu kümelerden birincisi hemşirelerin görevi dışındaki konularda kayıt yapmamaları üzerine odaklanmaktadır. Bu temanın, tutulan kayıtlara yönelik denetim mekanizmasının güçlendirilmesiyle ve personel sayısının artırılması önerisi ile ilişkili olduğu gözlenmektedir. İkinci kümede ise her birimin kendine özgü formlarının olması ve elektronik kayıtlarda sistemsel iyileştirmelerin yapılması önerisinden oluşmaktadır.



Şekil 4.17. Araştırma Temalarının İlişki Haritası

Şekil 4.17. incelendiğinde, genel olarak araştırma sürecinden elde edilen verilerin dört farklı kümede bir arada ele alınabileceği görülmektedir. Buna göre katılımcılar pek çok noktadan söz etmiş olsa da söylemleri büyük oranda dört farklı çerçevede korelatif ilişkiler içermektedir.

Bu kümelerden ilki, formların oluşturulmasında hemşirelerin görüşlerinin alınmaması ve kayıtların oluşturulmasında standartların eksikliğine işaret etmektedir. Bazı kayıtların okunaksız olması, hasta başında takip edilememesi, hemşirelere görev tanımı dışında sorumluluk yüklenmesi, maliyeti artırması, elektronik sistemin etkin kullanılamaması, mesleki ve akademik gelişime katkı sağlaması ve ekip içi iletişim sağlaması konularının da bu kümede yer aldığı gözlenmiştir. Ayrıca, personel yetersizliği ve hemşirelere görevleri dışında sorumlulukların yüklenmesi gibi sorunların da karşılıklı ilişkili olduğunu göstermektedir. Araştırma temalarından elde edilen ikinci küme, kayıtların iş yükünü arttırması ve yetersiz personel sayısına işaret etmektedir. Üçüncü küme olarak çalışma temaları, formların çalışan güvenliğini sağlaması ve geriye dönük ulaşılabilir olması hususuna dikkat çekmektedir. Dördüncü küme ise, formların hasta güvenliğini sağladığı bir çerçeveyi teşkil etmektedir.

5. TARTIŞMA

Sağlık bakım hizmetlerinde yapılan girişimlerin, işlemlerin kayıt altına alınması birçok açıdan önem taşımaktadır. Hemşirelik hizmetleri ile ilgili tutulan kayıtlar hemşirelere yasal dayanak olması, adli vakalarda kanıt değeri taşıması, ekip içi ve ekipler arası iletişimi ve hasta güvenliğini sağlaması, verilen bakımın kalitesinin kanıtlanması ve iyileştirilmesi, gereksiz harcamaların ve hataların azaltılması ile birlikte maliyetlerin azaltılmasını sağlaması, sağlık istatistikleri, bilimsel araştırmalar ve hizmet içi eğitimler için veri sağlaması, tedavi ve bakımın etkinliğinin sağlanması, performansın ortaya konulması gibi birçok açıdan yarar sağlamaktadır. Ancak tüm bu yararlarına ve hemşirelerin mesleki yükümlülüklerinin bir parçası olmasına rağmen, dünya genelinde hemşireler arasında hemşirelik kayıtlarının tutulmasında problemlerin olduğu bildirilmektedir (Aydemir, 2021; Bjerkan ve ark. 2021; Öztürk, ve ark. 2022; Rossi, Butler, Coakley, Flanagan, 2023; Shahbodaghi ve ark. 2024; Tadese ve ark. 2024).

Hemşirelik kayıtlarında yaşanan bu sorunları, nedenlerini ve önerileri saptamak amacıyla iki aşamalı olarak gerçekleştirilen bu araştırmada, araştırmanın yapıldığı birimde hemşirelik bakımında kullanılan on dört form arşivdeki hasta dosyalarından incelenerek tutulan kayıtlardaki sorunlar belirlenmiş ve sonrasında bu kayıtları tutan ve birimde çalışan hemşirelerle görüşmeler yapılarak bu sorunların nedenleri ile birlikte sorunların yaşanmaması için önerileri ortaya konmuştur.

5.1. Araştırmanın Nicel Bulgularının Tartışılması

Çalışma kapsamında incelenen hemşirelik kayıtlarında yaşanan sorunlar arasında en fazla formlarda boş bırakılmış bilgilerin/kayıtların olduğu tespit edilmiştir. Hasta tanılama formu (%48), yoğun bakım gözlem formu (%39,21), hasta taburcu eğitim formu (%24,73), yatan hasta ve hasta yakını eğitim formu (%58,98), kan transfüzyon formu (%0,02), güvenli invaziv kontrol listesi formu (%22,33), hasta transfer formu (%16,5), tedavi bilgilendirme onam formu (%22,66), nutrisyon skorlama formu (%20,6) ve bakım planı formlarında (%17,72) bazı bilgilerin kaydedilmediği ve boş bırakıldığı görülmüştür (Tablo 4.14.).

Sağlık hizmetlerinin kaliteli ve verimli sunulabilmesi için en yüksek standartlarda tutulması gereken bu kayıtlarda boş bırakılmış bilgilerin olması, hemşirelik kayıtlarının kalitesini olumsuz etkileyebilecek ve hastaların olası risklerinin tanılanmasında veya erken tanılamayı engelleyebilecek önemli bir faktör olarak görülmektedir. Bu durum literatürle de benzerlik göstermekte olup tıbbi kayıtlardaki dokümantasyon hataları ve eksikliklerine yönelik yapılan bir sistematik incelemede de eksiklik, yanlışlık ve tutarsızlığın kayıtlarda en yaygın saptanan hatalar olduğu bildirilmiştir (Shahbodaghi ve ark. 2024).

Hastaların sağlık durumu ile ilgili bilgilerin toplanması tanılama ile başlamakta olup, tanılama sayesinde hemşireler hastaların şu an ve geçmişteki sağlık durumu hakkında sistematik ve detaylı veri toplamaktadır (Ferreira ve ark. 2020). Hemşirelik süreci hasta tanılama formu bakım kalitesini etkileyen önemli hemşirelik kayıtlarından biridir. Çalışmada saptanan hastaların kişisel bilgilerine ait verilerin (mesleği, çocuk sayısı, ön tanı/tanı, ev koşulları, eğitim durumu, geliş koşulları, hastanın yakınması, uyku düzeni, dışkılama alışkanlığı, sürekli kullandığı ilaçlar, kan grubu vb.) boş bırakılmış olması sebebiyle bakım süreçlerinde hastayı yeterli tanıyamama, tedavi ve bakımda aksamalara sebebiyet verebileceği düşünülmektedir (Tablo 4.1.). Brezilya’da yapılan bir çalışmada da hasta tanılama formundaki hemşirelik kayıtlarının yetersiz tutulduğu saptanmıştır. Kayıtlardaki hasta uyruğu, refakatçisinin kimliği, geliş koşulları, eşlik eden hastalıkların varlığı, yaşam alışkanlıkları, alerji varlığı ve ilaç kullanımı-türü, dozu ve sıklığına ilişkin veriler ile ilgili kayıtların yetersizliği görülmektedir (Ferreira ve ark. 2020). Hasta tanılamaya yönelik kayıtların boş bırakılmaması, hastaların tanı ve tedavisinde aksama olmaması, kaliteli bakım sağlanabilmesi ve özellikle hastaların tanı ve tedavisini şekillendirmesi açısından önem taşımaktadır. Hemşireler ile yapılan nitel görüşmelerde hasta tanılama formu kayıtlarının boş bırakılmasının önemli sebeplerinden birinin hastalardan yetersiz bilgi alınması olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, hastalardan yetersiz bilgi alınmasının nedenlerinin araştırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Hasta tanılama formunda seçenek işaretleme biçiminde olan hemşire kayıtlarında (hastanın kabulünde hastaya yapılan açıklamalar, hemşirelerin deri, emosyonel, nörolojik, konuşma, genitoüriner, gis, solunum, kas iskelet ve beslenme gözlemleri) boş bırakılmış verilerle birlikte bu kayıtlarda bilgilerin yüzeysel olarak kaydedildiği saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Bu bulgu formların tasarımlarının hemşirelerin kayıt tutmalarında etkili olduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada da formların standartlaşmış olması ve sabit seçenekler ve onay kutuları kullanılarak yapılandırılmış olmasının hemşirelerin en az düzeyde yazı yazmalarını sağladığı saptanmıştır (Muinga ve ark. 2021). Hemşirelerin kayıt süreçlerinin kolaylaştırıcı olacak şekilde tasarlanması yaşanan sorunların azaltılmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

Hemşirelik sürecinde hemşirelerin hastalara yönelik tanımladıkları her veri değerli olup gelişebilecek tıbbi hataların engellenmesinde önem taşımaktadır (Bjerkan ve ark. 2021). Çalışmamızda hemşirelerin hasta tanılama formunda hastadan aldıkları ilaçların miad ve miktarlarının hiç kayıt edilmediği saptanmış olup bu durum tıbbi hataların oluşmasına zemin hazırlayan bir bulgu olarak değerlendirilmektedir (Tablo 4.1.). Canatan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde hastanelerde en fazla görülen tıbbi hata nedenlerinden birisinin “miadı geçmiş ilaçların uygulanması” olduğu saptanmış olup bu hataların önlenmesinde gerekli olan ilk adımın hastane kayıtlarının sorunsuz tutulması ve düzenli arşivlenmesi olduğu belirtilmiştir (Canatan, Erdoğan, Yılmaz, 2015).

Hemşire adı soyadı ve parafı, ilgili kaydı oluşturan hemşirenin bilinmesi ve gerektiğinde bilgisine başvurulması bakımından önem arz eden kayıt verisidir (Ferreira ve ark. 2020). Çalışmamızda hasta tanılama formunda hemşire adı soyadı bilgisinin %17,3, hemşire parafının ise %9,2 oranında boş bırakıldığı saptanmıştır (Tablo 4.1.). Yoğun bakım gözlem formunda ise teslim alan hemşire adı soyadı ve parafı büyük oranda kayıt edilmişken (%85,1) teslim eden hemşire adı soyadı ve parafı çoğunlukla boş bırakılmıştır (%64,2) (Tablo 4.2.). Uzun çalışma saatlerinin yoğun bakım gözlem formunda teslim eden hemşire bilgilerinin boş kalmasında etkisi olabileceği düşünülmektedir. Literatürde de benzer çalışmalara rastlanmakta olup bu çalışmalarda hemşire kayıtlarında doldurulmamış çok sayıda hemşire isminin bulunduğu, kayıtların sadece %73,95’inde hemşire adının tam doldurulduğu (Yulianti, Siswati, Rumana, Widjaya, 2023); kayıtları yapanların kimliklerinin ve imzalarının belirtilmediği ve sonucunda yasal problemler ortaya çıktığı saptanmıştır (Ferreira ve ark. 2020). Bir başka çalışmada da benzer şekilde sağlık kayıtlarını oluşturmaya yetkisi olan hemşire ve doktorlar tarafından sağlık kayıtlarının oluşturulduğu ancak kimin tarafından oluşturulduğunun belirtilmediği saptanmıştır (Wurster ve ark. 2024).

Çalışmada, hastanın ilk kabulünde alınan yaşam bulgularına yönelik verilerin hasta tanılama kayıtlarında boş bırakıldığı (%69,6) saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Yoğun bakım gözlem formunda büyük oranda (%97,8) tam doldurulmuş olan yaşam bulgularının ilk kabulde doldurulmamış olmasının hasta kabulünün hemen ardından yoğun bakıma özgü gözlem formunun doldurulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastanın kabulü sonrasında yoğun bakım gözlem formunun ilk kayıtlarının yapılması arasında zaman farkının az olması sebebi ile yapılan ölçümlerin sadece yoğun bakım gözlem formuna kaydedilmiş olabileceği de düşünülmektedir. Literatürde hemşirelik kayıtlarında yaşam bulgularına yönelik kayıtların çoğunlukla kayıt edildiği saptanmış olup çalışmamızda da literatürle benzer biçimde yoğun bakım gözlem formunda kayıtların yapıldığı saptanmıştır (Türk ve ark. 2010; Aydemir, 2021). Yaşamsal bulguların kayıtlarının çoğunlukla yapılmış olmasına rağmen uygunsuz kayıtların yapıldığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Jackson ve ark. 2023). Jackson'ın yaptığı çalışmada hasta gruplarına ve hastane ortamlarına göre yaşamsal gözlemler doğru olarak belgelenmeyebilmektedir. Yatış süresi uzadıkça kaydedilen yaşamsal bulguların genellikle benzer olduğu ve farklılıkların azaldığı tespit edilmiş ve bu nedenle de uygunsuz kayıtlar oluşturulduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda yaşamsal bulgular genellikle kayıt edilmiş olmasına rağmen hemşireliğin gücü ve görünürlüğünü ortaya koyan hemşirelik bakım kayıtları (ayak bakımı, göz bakımı, saç bakımı, postural drenaj, vücut bakımı, perine bakımı, traş, aspirasyon, masaj vb.) çoğunlukla boş bırakılmıştır (Tablo 4.2.). Aydemir'in yaptığı çalışmada da en fazla dolaşım sistemine yönelik kayıtların yapıldığı, hemşirelerin bağımsız uygulamalarının kayıtlarının tutulmadığı veya yetersiz olarak kayıt edildiği belirtilmektedir (Aydemir, 2021). Hemşireler ile yapılan görüşmelerde hemşireler koroner yoğun bakım biriminde yatan hastaların kısa süreli yatışları olduğu için formda bulunan fakat birimde yapılmayan uygulamaların boş bırakılmış olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgular sonucunda kayıtların tutulduğu formların birimlerin ihtiyaçlarına ve uygulamalarına özgü olarak düzenlenmesinin önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Hasta tanılama formunda diğer gözlemler olarak mevcut kayıt alanı da genellikle boş bırakılmış olup, hemşireler gözlem formunda var olan parametreler haricinde bilgi kayıt etmemişlerdir (Tablo 4.1.). Bu sonuç hemşire kayıtlarında sadece zorunlu verilerin kayıt edildiğini, zorunlu olmayan verilerin kayıtlarının yapılmadığını düşündürmektedir. Hemşirelerin gözlemledikleri ve kayıt etmedikleri her veri sağlık hizmetinin verimliliğini ve etkinliğini olumsuz etkileyebilecek önemli bir problem olarak değerlendirilebilmekle birlikte hemşirelerin bu konuda duyarlılığının artırılması ve yöneticilerin de gerekli denetimleri sağlamaları gerektiğini ortaya koymaktadır.

Yapılan bir başka çalışmada da bu sonucu destekler nitelikte olup hemşirelerin hastalar ile ilgili kaçmayı önleme, intihar, hırsızlık, manevi ve duygusal değerlendirme, eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinde etkin rol almalarına rağmen bu uygulamaların kayıtlarını yapmadıkları belirlenmiştir (Park ve ark. 2021).

Çalışmada incelenen hasta dosyalarında hasta taburcu eğitim formlarındaki hemşirelik kayıtlarının da çoğunlukla boş bırakıldığı saptanmıştır (Tablo 4.3.). Hastaların iyileşme süreçlerinde hemşirelik eğitimi çok önemli yer tutmaktadır (Erbaş, 2018). Bu sebeple hemşirelerin hastanın kabulü ile birlikte taburculuk eğitimini de planlamaları ve dinamik bir süreç olan taburculuk eğitiminin kayıtlarını tutmaları bakımın niteliği açısından önemlidir. Doğru ve eksiksiz tutulan taburcu eğitim kayıtları, hastaların hastane sonrasındaki süreçlerindeki bakım ihtiyaçlarına uygun hazırlıkların yapılmasını ve hastaların yaşam kalitesinin artırılmasını ve taburcu sonrası uyumunu kolaylaştırarak hastalara fayda sağlayacaktır. Bununla birlikte taburcu olan hastanın yeniden yatışını önleyebilmesi ve hastanelerin maliyetlerini düşürebilmesi bakımından kurumlara fayda sağlayabileceği gibi, taburculuk eğitimi kayıtları, hemşirelerin eğitici rolünün görünürlüğünün ortaya çıkartılmasında önemli rol oynamaktadır (Biçki, 2018). Ancak yapılan bir çalışmada da bu araştırmanın bulgularını destekler nitelikte taburculuk eğitiminde hemşirelerin önemli sorumlulukları olmasına rağmen taburculukla ilgili rol ve sorumluluklarının yeterli düzeyde farkında olmadıkları belirtilmiştir (Katran ve ark. 2024). Bu çalışmada taburcu eğitim kayıtlarının çoğunlukla boş bırakılmış olmasının taburcu eğitimlerinin verilmemesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bazı kayıtlarda taburcu eğitim formundaki verilerin (kontrol tarihi, dikiş, dren sonda alınacağı tarih, kontrol başvurusu kayıtları, pansuman, diyet, fizik aktiviteleri, banyo zamanı, hemşire kontrol checklist, bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar, hastane iletişim bilgileri vb.) boş bırakılmış olmasına rağmen eğitimi veren hemşire adı soyadı, imzası ve hasta adı, soyadı ve imzasının olması kayıtların uygunsuz tutulmuş olduğunu düşündürmektedir.

Hasta eğitimleri multidisipliner bir yaklaşım gerektirmesine rağmen en büyük sorumluluk hastalar ile en fazla zaman geçiren hemşirelerdedir (Hekman, Rodakowski, Brick, Cadmus-Bertram, Fields, 2022). Çalışmamızda hastalara servis kabulünde verilmesi gereken eğitimler ile tedavi sürecinde verilen eğitimler genellikle kayıt edilmişken hasta bilgileri ve eğitim öncesi tanılama, eğitim yöntemleri, eğitim değerlendirme kayıtları çoğunlukla boş bırakılmıştır (Tablo 4.4.).

Hasta bilgilerinin kayıt edilmemesi, formun hasta dosyasından çıkarılması veya kopması durumunda hangi hastaya ait olduğunun anlaşılamayacak olması sebebi ile önemli bir problem oluşturabilir. Ayrıca verilen eğitimlerin öncesi, eğitim sırası ve sonrasındaki verilerin eksik olması da eğitimin yeterli olup olmadığını ve niteliğini açıkça ortaya koyamamaktadır. Hemşire kayıtlarında tespit edilen uygunsuzluklar, oluşturulan kayıtların etkin bir kalite aracı olarak kullanılmasını da olumsuz etkilemesi bakımından önemlidir. Ayrıca, servise kabul ve tedavi sürecini içeren eğitim kayıtları çoğunlukla tutulmuş olmasına rağmen hastaların bireysel ihtiyaçlarına yönelik diğer başlığı altındaki eğitim kayıtları boş bırakılmıştır. Hemşirelerin hastaların bireysel bakım ihtiyaçlarına yönelik eğitimlerini vermelerinde yetersizlikler olabileceği düşünülmektedir. Hekman ve arkadaşlarının çalışmasında ise bizim bulgularımızın aksine hastaların %89'una en az bir kez kayıt edilmiş eğitim verildiği ve kayıtların %62'sinde diğer başlığı altında hastaların kronik rahatsızlıklarına, psikiyatrik rahatsızlıklara yönelik bireysel eğitim verildiği saptanmıştır (Hekman ve ark. 2022). Toulabi ve Mohammadipour'un yaptığı çalışmada ise hemşirelerin yaptığı elektronik kayıtların hastane bilgi yönetim sistemine (HBYS) uygun şekilde girilmesine rağmen hemşirelerin hasta eğitimi ve taburculuk planlarının kaydedilmesini ihmal ettiği saptanmıştır. Bunun sebebi ise yönetici destek eksikliği ve uzmanlaşmış hemşire hizmetlerinin kayıt altına alınmaması olarak belirtilmiştir (Toulabi ve Mohammadipour, 2022). Hemşirelerin yatan hasta eğitimlerini bireysel bakımlarına uygun olarak vermeleri ve verilen eğitim kayıtlarının doğru ve eksiksiz tutulmasına yönelik özenin arttırılması gerektiği düşünülmektedir.

Sağlık kurumlarında hasta güvenliği ve tıbbi hataların önlenmesine yönelik olarak kayıtların tam ve doğru tutulması ilk ve en önemli uygulamadır (Saranto ve Kinnunen, 2009). Koroner yoğun bakım biriminde, hastaların anjio uygulamalarında ameliyathane ve yoğun bakım arasındaki iletişimi sağlayan güvenli invaziv kontrol listesi ile hastanın transferi sırasında kullanılan hasta transfer formundaki hemşirelik kayıtları hasta güvenliğindeki önemli verilerdir. Çalışmamızda bu formlarda boş bırakılmış kayıtlar saptanmış olup (Tablo 4.6., Tablo 4.7.), bunlar hasta güvenliğini ihlal edebilecek problemler olarak değerlendirilmektedir. Özellikle hasta transfer formunda hasta ile birlikte teslim edilen ilaçların boş bırakılmasının sağlık ekibi arasındaki iletişimi kesintiye uğratabileceği ve hatalı uygulamalara sebebiyet verebileceği açıktır. Bu çerçevede hasta güvenliğinin sağlanmasında bu formlardaki hemşire kayıtlarının sorunsuz tamamlanması önemli bir gerekliliktir.

Çalışmada nutrisyon skorumla ilgili hemşirelik kayıtlarında sadece hemşire bilgileri ile hemşire parafları boş bırakılmış kayıt olarak saptanmış olup, formdaki diğer parametreler tam doldurulmuştur (Tablo 4.9.). Bunun nedeninin nutrisyon skorumla kayıtlarının HBYS sayfasından elektronik olarak yapılmış olması ve nutrisyon skorumla kaydı yapılmadan hastane bilgi sisteminin başka sayfalarına geçiş yapılamaması olduğu düşünülmektedir. Elektronik olarak yapılan kayıtlarda yazılım programlarının uyarı ve kontrol mekanizmaları kayıtların eksiksiz tutulmasında önemli rol oynamaktadır. Konuyla ilgili çalışmalarda nutrisyon kayıtları kağıt bazlı olarak tutulduğunda %29,6 oranında tam tutulduğu, kayıtların elektronik olarak tutulması ile kayıtlardaki doluluk oranının %75'e ulaştığı (Wurster ve ark. 2024), dijital sistemlerin hemşirelik kayıtlarının daha iyi belgelenmesine yönelik fırsatlar sunduğu belirtilmektedir (Bail, Merrick, Bridge, Redley, 2020). Çalışmada incelenen nutrisyon skorumla kayıtlarının elektronik sistem üzerinden tutulmasına rağmen hastane prosedürü gereği bu kayıtların çıktısı alınarak hasta dosyasında diğer kağıt tabanlı formlar ile birlikte muhafaza edilmektedir. Ancak incelenen bazı hasta dosyalarında nutrisyon skorumla formlarının bulunmadığı saptanmıştır. Bu durum kaydı yapılan verilerin çıktısı her ne kadar hasta dosyasında saklansa da bu formların dosyadan kaybolma ihtimalinin de olabileceğini ortaya çıkarmaktadır. Hemşireler ile yüz yüze yapılan görüşmelerde de hemşireler kağıt tabanlı bu kayıtların korunmasının zor olduğunu ve dosyadan bu kayıtlara ulaşmanın hemşireler için zaman kaybı oluşturduğunu, ayrıca kağıt, toner kullanımı vb. sebeplerle kuruma maliyet oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Yılmaztürk'ün yoğun bakımda yaptığı çalışmanın sonuçları da bu çalışmanın bulguları ile benzer olup, elektronik kayıtlar ile insan kaynağı, kağıt ve toner tasarrufu sağlandığı saptanmıştır (Yılmaztürk, 2019).

Araştırmanın yapıldığı hastanede hemşirelik kayıtlarında elektronik olarak doldurulan diğer bir form da hemşire bakım planıdır. Çalışmada arşiv taramasında incelenen formlardan hemşire bakım planlarının hem elektronik hem de kağıt tabanlı kayıtlar olarak yer aldığı görülmüştür. Çalışmanın yapıldığı hastanede 2022 yılında hemşire bakım planı kayıtlarının elektronik kayıtlara dönüştürülmesine yönelik çalışma yapılmış olup hemşirelerin bakım planlarını elektronik ya da kağıt tabanlı kayıt oluşturmaları konusunda bir yıllık süre olan 2022 yılında hemşirelerin tercihinde bırakılmıştır. 2023 yılı itibari ile bütün bakım planları elektronik form olarak düzenlenmiştir.

İncelenen formlarda daha çok kağıt tabanlı ve hemşirelerin el yazısı ile kaydedilmiş formlar saptanmış olup (Tablo 4.11.) hemşirelerin tercihlerine yönelik yapılan kayıtlarda değişime yeteri kadar açık olmadıkları düşünülmektedir. Yönetici hemşirelerin değişim sürecinde etkin rol oynamaları hemşirelerin değişime açık olmalarında etkili olabilecektir. Chirchir ve arkadaşları değişim süreci faktörlerinin elektronik sağlık kayıtlarının benimsenmesini önemli derecede etkileyebileceğini belirtmiş olup yönetici hemşirelerin bu sürece öncü olmaları gerektiğini vurgulamışlardır (Chirchir, Aruasa, Chebon, 2021). İncelenen hasta dosyalarında elektronik olarak kayıt edilen bakım planlarının ise çıktısının alınarak dosyaya konulduğu saptanmıştır. Fakat arşiv taramasında bakım planının bulunmadığı dosyalar da saptanmıştır. Sisteme yapılan kayıtların kağıt olarak çıktısının alınması hem formların kaybolma ihtimalini ortaya çıkartmakta hem de hemşirelere ek iş yükü ve zaman kaybı oluşturduğu düşünülmektedir. 2020’de yapılan bir çalışmada ise kağıt tabanlı kayıtların aksine elektronik kayıtların kullanılmasıyla birlikte kayıtlara harcanan zamanın ve kayıt iş yükünün %46 ‘ya kadar arttığı belirtilmiştir (Moore, Tolley, Bates, Slight, 2020). Ayrıca çalışmamızda arşiv taraması yapılan hemşirelik kayıtlarında eksik doldurulmuş bakım planları (%7,70) saptanmıştır. Bu kayıtlarda yoğun bakımda yatan hastaya yönelik yeterli girişimin bulunmamasına yönelik eksiklikler saptanmıştır. Hemşireler ile yapılan görüşme sonuçları da saptanan bulguyu desteklemekte ve hemşirelerin verdikleri her bakımı kayıt etmedikleri anlaşılmaktadır. Hemşireler kayıtlarda sadece kayıtların oluşturulmasındaki zorunlulukları yerine getirecek kadar bakımı kayıt etmekte, yaptıkları diğer bakımları kayıt etmediklerini ifade etmektedir. 2022 yılında yapılan bir çalışmada da çalışmamızdaki bu bulgulara benzer olarak hemşirelerin seçtikleri hemşirelik girişimleri %14,4 oranında yetersiz olarak kayıt edildiği saptanmıştır (Öztürk ve ark. 2022). Rossi, ve arkadaşlarının elektronik sağlık kayıtlarındaki hemşire bilgileri ile ilgili yaptıkları çalışmada ise kayıtlarda hastaya özgü klinik tablo ile ilgili girişimler dikkate alınarak yapılmış fakat bunların hemşirelik sorunu ya da tanısı odaklı olmadığını belirtmektedir (Rossi ve ark. 2023). 2024 yılında yapılan bir çalışmada da hasta güvenliğine ilişkin klinik kararlarını destekleyen ve yönlendiren hemşirelik sürecinin hemşireler tarafından kapsamlı bir şekilde belgelenmesindeki eksiklikler belirtilmektedir (Tadese ve ark. 2024). Yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin yaptıkları bakımların kayıtlarını eksik yaptıkları saptanmıştır (Ferreira ve ark. 2020).

Çalışmamızda incelenen hemşirelik kayıtlarında bir diğer eksik yapılan kayıt, formlarda kayıtları yapan hemşire bilgileri ve paraflarına yönelik verilerin eksik bırakılmasıdır. Yulanti ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarında da çalışmamız ile benzer biçimde hemşire adının eksik doldurulduğu çok sayıda veri bulunduğu belirtilmiştir (Yulianti ve ark. 2023). Başka bir çalışmada ise eksik yapılan kayıtların olduğu ve bu sorunun sebeplerinin ise kayıt materyallerinin yetersiz tedarigi ve artan hasta kabulü olarak saptanmıştır (Mutshatshi, Mothiba, Mamogobo, Mbombi, 2018). Çalışmamızdaki yatan hasta ve hasta yakını eğitim formunda serviste verilen eğitimler ile tedavi sürecinde verilen eğitim kayıtlarında da eksik veriler saptanmıştır (Tablo 4.4.). Saptanan bu eksikliğin sebebinin hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarına yetersiz eğitim vermelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada da hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta eğitimini gereksiz buldukları ve yapmadıkları saptanmış olup bizim çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir (Yıldırım, Çiftçi, Kaşıkçı, 2017). Hasta bakımının iyileştirilmesi ve kaliteli bir bakım sağlanabilmesi için hemşirelerin hastalara verdikleri eğitim kayıtlarının da eksiksiz tutulması gerekmektedir.

Çalışmamızda incelenen hemşirelik kayıtları içerisinde sözel order formu tespit edilmemiştir (Tablo 4.12.). Bu durum, hemşirelerin sözel order istemlerini aldıklarını ancak kayıt etmediklerini, sözel order formunun kayıt edilmesinde problem olduğunu düşündürmektedir. Değirmenci Bingöl'ün çalışmasında da sözel order formunun kayda dönüştürülmesinde problem yaşadıkları belirtilmiş olup, kayıtların geç ve yetersiz olarak yapıldığı saptanmıştır (Değirmenci Bingöl, 2019). Hemşirelerin sözel order aldıklarında yirmidört saat içerisinde order eden doktora onaylatarak dokümanete etmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin çok kez sözel order talimatı aldıkları belirtilmiş olmasına rağmen sözel order formunu kaydetmemeleri bu çalışma bulgularını destekler niteliktedir (Kaplan ve ark. 2022).

Çalışmamızdaki arşiv taramasında çok olmamakla birlikte okunaksız yazılar ile yapılmış kayıtlar da tespit edilmiş olup, okunaksız yazılar ile yapılan kayıtlar genellikle ilaç isimlerinde ve bakım planında tanı, amaç/faaliyet ve uygulamaların kayıt edilmesinde saptanmıştır (Tablo 4.1., Tablo 4.7., Tablo 4.10.). Okunaksız kayıtlar ekip içindeki iletişimi aksatan ve hasta güvenliğini riske atan önemli problemlerden birisidir (Ferreira ve ark. 2020). Muinga ve arkadaşlarının çalışmasında da okunaksız yazı ile yapılan kayıtların daha çok ilaç isimlerinde ön plana çıktığı saptanmıştır (Muinga ve ark. 2021).

Ferreira ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hemşirelik kayıtlarında % 61,2 ile zamanın olmaması ve el yazısının okunaksız olması en önemli problemler olarak belirtilmektedir. (Ferreira ve ark. 2020).

5.2. Araştırmanın Nitel Bulgularının Tartışılması

Çalışmada hemşirelerle görüşmeler yapılarak kayıtları ile ilgili saptanan bu sorunların nedenleri ve bu sorunların yaşanmaması için önerileri sorulmuştur. Hemşireler, hemşire kayıtlarına ilişkin görüşleri ile sorunlardan, kayıt sürecinde yaşanan sorunların nedenlerinden ve hemşirelerin kayıt sürecinin iyileştirilmesine yönelik önerilerden bahsetmişlerdir (Şekil 4.1.).

Çalışmada, hemşirelerin kayıtların önemi konusunda farkındalıklarının olduğu saptanmış olup, hemşireler kayıtların hasta ve çalışan güvenliğini ve ekip içi iletişimi sağlaması, yasal kanıt sağlaması, bakımın görünürlüğünü sağlaması, mesleki ve akademik gelişime katkı sağlaması, geriye dönük ulaşılabilmesi, performans değerlendirme aracı olarak kullanılabilmesine yönelik yarar sağladığını ifade etmişlerdir (Şekil 4.3.).

Çalışmada hemşirelerin kayıtların yararları ile ilgili ifadelerinde hasta güvenliğinin sağlanmasına yarar sağladığı belirtilmiştir. Kayıtların hasta güvenliğinin sağlanabilmesinde önem taşıdığı; hastalara doğru ilaçların verilmesi, yanlış uygulamaların önüne geçilmesi, bakım planının gerçekleştirilebilmesi ve vakaların geriye dönük takibinin yapılabilmesinde önemli katkılar sağladığı belirtilmiştir. Sungur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve hataların engellenmesi için doğru, eksiksiz ve düzenli kayıt sistemine geçilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sungur, Songur, Çiçek, Top, 2019). Bjerkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hasta güvenliğini arttırmak ve güvence altına almak için hemşirelik kayıtlarının uygun biçimde oluşturulması ve bu kayıtların oluşturulmasında bireysel, sosyal, teknolojik ve organizasyonel destek gerektiği belirtilmektedir (Bjerkan ve ark. 2021).

Çalışmada hemşireler kayıtların çalışan güvenliği için de önemli olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelik kayıtları, hasta yakınları ile hastaların yapılan profesyonel bakım ve tedaviyi somut biçimde görmelerini sağlamakta ve hemşireler yaptıkları bakımı kanıtladıkları için kendilerini güvende hissetmektedir (Tadese ve ark. 2024).

Çalışmada hemşireler yaptıkları işlemleri, ilaç uygulamalarını, alınan onamları ve diğer önemli bilgileri kayıt altına aldıklarında, bu kayıtların hastalar ile yaşanabilecek problemlerde kendilerine destek olacağını ifade etmektedir. Özellikle hastaların tedavi süreçlerinde ortaya çıkabilecek sorunlar veya istenmeyen durumlarla karşılaşıldığında, hemşirelerin yaptıkları düzenli ve eksiksiz kayıtların, sağlık profesyonellerine ve hastalara yönelik alınan önlemleri belgeleyerek güvence sağladığı ifade edilmiştir. Bu nedenle hemşirelerin uyguladıkları tedavi ve yaptıkları bakımları düzenli ve doğru bir şekilde kayıt altına almaları, çalışan güvenliğini sağlamak adına da kritik bir öneme sahiptir. Literatürde de kayıtların çalışan güvenliğine yararları belirtilmiş olup (Bilik, 2018) hemşire ve doktorlar sağlık hizmetinde şiddete maruz kalan çalışanlar olarak belirtilmektedir. Şiddetin sebepleri arasında da yoğun bakım ünitelerinde stresli hasta yönetimi, ölümle ilgili sorunlar ve hastanın tedavi sürecinden sağlık çalışanlarını sorumlu tutması belirtilmektedir (Sari, Yıldız, Çağla Baloğlu, Özel, Tekalp, 2023). Hemşirelik kayıtları, bakım ve tedavinin kanıtını oluşturarak şiddeti engelleyebilecek bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmada hemşirelerin kayıtlar üzerine yaptığı açıklamalar, bakımın görünürlüğünü sağlaması açısından kayıtların önemini ortaya koymaktadır. Kayıtların varlığı, hemşirelerin yaptıkları işlemleri somut bir şekilde göstererek, hemşirelik bakımının kalitesini ve etkinliğini kanıtlama fırsatı sunmaktadır (Bei-Lei ve ark. 2019). Hastaların bakım süreçleri üzerinde yapılan her türlü müdahale, gözlem ve bakım planlaması kayıt altına alındığında, sağlık hizmeti sunumunda bir standart oluşturulmakta ve bu standartlar üzerinden hemşirelik uygulamalarının sürekli olarak değerlendirilmesi ve iyileştirilmesini mümkün kılmaktadır (Mykkänen, Miettinen, Saranto, 2016; Macieira, 2024). Kayıtların bu rolünün hemşireler tarafından bilinmesi sevindirici bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Hemşireler hastaya özgü bilgilerin kaydedilmesinin, sağlık profesyonelleri arasında bilgi akışını iyileştirmesi, hastaların tedavi süreçlerinde karşılaşılan zorlukların ve alınan kararların açık bir şekilde anlaşılabilir olarak geriye dönük verilere ulaşılabilmesini sağladığını belirtmişlerdir. Hemşirelerin kayıtlar ile ilgili bu farkındalıkları, hemşirelik uygulamalarında bir bütünlük ve süreklilik yaratmakta, aynı zamanda tedavi süreçlerinin ve bakımın etkinliğini artırabilmektedir.

Hemşirelerin kayıtları detaylı ve düzenli bir şekilde tutmaları, sağlık hizmetlerinde şeffaflık, hesap verebilirlik ve profesyonellik standartlarının yükseltilmesine yarar sağlayıp, hasta bakımının sürekliliği ve bütünlüğü için de temel bir kaynak oluşturmaktadır (Tadese ve ark. 2024). Etkü ve Güçlü sağlık hizmetinin etkin ve verimli olabilmesinin kayıt oluşturan tüm disiplinlerin hastaların hastaneye geldiklerinden taburcu oldukları sürece kadar kayıtların doğru biçimde tutulması, arşivlenmesi ve gerektiğinde verilerin tekrar kullanılması ile olabileceğini belirtmektedir (Etkü ve Güçlü, 2022). Hemşirelerin kayıtların önemi ve yararlarına dair ifadeleri, hemşirelik uygulamalarında kayıt tutmanın merkezi rolünü vurgulamaktadır. Kayıtlar, hemşireler tarafından yaptıkları işlemleri belgelemeleri ve bu işlemlerin doğruluğunu kanıtlamaları açısından önemli bir araç olarak görülmektedir. Özellikle hasta şikayetleri gibi durumlarda ve bakım sürecinin devamlılığında hemşirelerin sundukları bakımın kalitesini ve uygunluğunu objektif bir şekilde gösterebilmeleri için önemli olduğu hemşireler tarafından belirtilmiştir. Görüşmeye katılan hemşireler kayıtların hemşirelik uygulamalarını kanıtlayıcı bir fonksiyona sahip olduğunu ifade etmektedir. Kayıtların detaylı ve doğru bir şekilde tutulmasını, hemşirelerin profesyonel uygulamaları gösterebilmeleri ve geliştirmeleri açısından önemli bir araç olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler, kayıtların mesleki yeterliliklerini ve hasta bakımındaki girişimlerini kanıtlamanın yanı sıra mesleki gelişim ve öğrenme için bir kaynak olarak hizmet edebildiği görüşündedirler. Kayıtların varlığı, sağlık profesyonellerinin yaptıkları işlemleri gözden geçirmelerine ve değerlendirmelerine imkan tanıyarak hemşirelik uygulamalarının sürekli iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu durum, hemşirelik mesleğinin gelişimini ve hastaların aldığı bakımın standartlarını yükseltebilmektedir. Dolayısıyla ülkenin sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması bakımından önem taşımaktadır. Yapılan bir çalışmada hemşirelik kayıtlarının yanlış, eksik vb problemler ile tutulması hemşirelik mesleğinin gelişiminin önündeki engeller olarak tanımlanmaktadır (Omaç Sönmez ve ark. 2014). Yapılan başka bir çalışmada da elektronik kayıtların olumlu ve güvenli bir eğitim ortamı oluşturmak için pedagojik bir strateji olabileceği belirtilmektedir (Bertocchi ve ark. 2024).

Çalışmaya katılan hemşireler, uyguladıkları tedavi ve yaptıkları bakımı uygun bir şekilde belgelemeleriyle karşılaşılabilecekleri yasal sorun karşısında kendilerini savunabilmelerini sağlayacak kanıtlar oluşturduklarını belirtmektedir.

Özellikle adli vakalar ve hasta şikayetleri gibi durumlarda, sağlık profesyonellerinin yaptıkları işlemlerin doğruluğunu ve uygunluğunu kanıtlamada kayıtların kritik bir role sahip olduğu belirtilmiştir. Hemşireler, yasal anlamda kayıtların faydasına dikkat çekerek bu kayıtların hem bireysel hem de kurumsal düzeyde koruma sağladığını ifade etmişlerdir. Çalışmada kayıtların yasal olarak hemşirelere yarar sağladığının farkında olmalarına rağmen arşiv taraması ile incelenen hemşirelik kayıtlarında bazı problemler saptanmıştır. Bu nedenle, kayıt tutma süreçlerine yatırım yapılması ve bu süreçlerin sürekli olarak geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin verimliliği ve etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır. Risdawati'nın çalışmasında hastanelerde tıbbi kayıt sistemi uygulanmasının etik ve yasal yönleri analiz edildiğinde gizlilik ihlalleri, yanlış bilgi, uygunsuz erişim, hasta erişimindeki gecikmeler ve bilgilerin şeffaf olmayışı gibi problemler saptanmış olup hasta haklarını gözeten, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıran ve güveni güçlendiren kayıt sisteminin gerekliliği vurgulanmıştır (Risdawati, 2024). Başka bir çalışmada ise kayıtların hasta, sağlık çalışanı ve kurum açısından yasal konularda ispat ve delil olması, toplum sağlığının korunması ve sağlık alanındaki eğitim ve araştırmaları için rehber olması ile kurumların maliyet politikalarının belirlenmesinde yarar sağlaması bakımından önemli olduğu belirtilmektedir (Özkan, 2023). Bei-Lei ve arkadaşları da hemşire kayıtlarının önemi ve hemşire kayıtlarının yasal boyutu konularında farkındalıklarının gelişmesi gerektiğini belirtmektedir (Bei-Lei ve ark. 2019).

Kayıtların ekip içi iletişimi sağlama konusundaki rolünün hemşirelikte önemli bir yere sahip olduğu çalışmaya katılan hemşireler tarafından bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda kayıtların hasta ve hemşire arasındaki iletişim sürecini, niteliğini ve kalitesini etkilediği (Forde-Johnston, Butcher, Aveyard, 2023), hemşirelerin oluşturdukları sevk formları ile taburculuk özetlerinin açık, kısa ve kapsamlı biçimde yazılmasının sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimin sağlanmasında önemli olduğu belirtilmektedir (Yahalom ve Manias, 2024). Song ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hasta hemşire arasındaki sözlü iletişimlerin tıbbi kayıtlara entegre edilmesi ile hastaneye yatışlar ve acil servis başvuruları için risk tahmin aracı geliştirilmesinde çok önemli olduğu saptanmıştır (Song ve ark. 2022). Hemşirelik kayıtları, hastaların tedavi planlarını, ilaç kullanımlarını ve sağlık durumlarının güncel bilgilerini sistematik bir şekilde izlemelerine olanak tanımaktadır (Tiago ve ark. 2021). Sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi akışının düzenlenmesi ve optimize edilmesi, hasta bakımında eksiksiz ve bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesini mümkün kılmaktadır.

Bu süreç, hasta bakımında sürekliliğin korunmasını sağlamakta ve tedavi süreçlerindeki herhangi bir aksaklığın veya eksikliğin önlenmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca, kayıtların varlığı, hemşirelerin uyguladıkları girişimleri doğrulamalarına ve gerektiğinde hızlı kararlar almalarına imkan vermektedir. Hemşireler arasında bilgi aktarımı sırasında karşılaşılan belirsizlikler ve yanlış anlaşılmalara, detaylı kayıtlar sayesinde minimize edilebilmektedir.

Hemşirelerin ifadelerine göre çalışmada kayıtların, hem bireysel performansın değerlendirilmesinde hem de ekip içindeki işbirliğinin tespit edilmesinde önemli olduğu saptanmıştır. Bu sayede, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları arasındaki mesleki katkılar ve çabalar daha net bir şekilde görülebilmektedir. Performans değerlendirme sürecinde kayıtların kullanılması, yöneticilerin çalışanların performanslarını ve çalışanların kariyer beklentilerinin doğru değerlendirilmesine yarar sağlayarak sağlık kurumlarında kalite ve verimliliğin artırılmasına katkıda bulunmaktadır (Aydemir Gedük, 2020).

Çalışmamızda hemşirelerin kayıtların önemi konusundaki farkındalıkları mevcut olup kayıtlar ile ilgili arşiv taramasında tespit edilen problemlerin kurumsal ya da yönetsel kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Kayıtların oluşturulmasının önündeki engellerin saptanarak gerekli düzenlemelerin yapılması hastalara, hemşirelere ve kurumlara yarar sağlayacağı açıktır.

Çalışmamızda hemşirelerin, kayıtların büyük çoğunluğunu kağıt tabanlı olarak tuttukları ve kağıt tabanlı olarak tutulmasına yönelik problemler yaşadıkları saptanmıştır. Bu problemler; kağıt tabanlı kayıtların hemşirelerin iş yükünü arttırması, kağıt tabanlı kayıtlara sınırlı veri kaydedilmesi, kayıtların korunmasının zor olması, kağıt tabanlı kayıtların maliyeti arttırması, kayıtlara erişimin zaman alması, bazı kayıtların okunaksız olması ve mükerrer kayıtların ortaya çıkması olarak tespit edilmiştir (Şekil 4.5.).

Hemşireler kağıt formlara el yazısı ile kayıt oluşturmalarının iş yüklerini arttırdığını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, kayıtların hemşirelere oluşturduğu iş yükünün analizi yapılmamış olup saptanan bulgular hemşireler ile yapılan görüşme verileridir ve hemşirelerin algıladıkları iş yükü ile ilişkilidir. Hemşirelik kayıtlarının algılanan hemşirelik iş yükü ile ilişkisini araştıran bir çalışmada da bu çalışma ile benzer olarak hemşirelerin çoğunluğu kayıt faaliyetleri sebebi ile iş yüklerinin arttığını belirtmektedir (De Groot ve ark. 2021).

Çalışmaya katılan hemşireler kağıt tabanlı yapılan bakım planlarının el yazısı ile yazılmasına bağlı olarak sınırlı veri kaydedildiğini belirtmektedir. Hemşirelerin yaptıkları her bakımı kaydetmedikleri, sadece kayıtların gerekliliklerini yerine getirecek kadar kayıt oluşturdıkları belirlenmiştir. Çalışmadaki hemşire ifadelerinden elektronik tabanlı kayıtların hemşirelik bakımı formunda seçenekler olarak sunulmasının hemşirelere kolaylık sağladığı ve unutulmuş bakım tanılarının hatırlanmasına yarar sağlayarak kayıtlardaki problemlerin azalmasına yardımcı olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise bu çalışmadan farklı olarak kağıt tabanlı kayıtların elektronik kayıtlara göre nitelik ve nicelik bakımından daha iyi olduğu saptanmıştır (Akh-Zaheya ve ark. 2018).

Hemşirelerin ifadelerinden kağıt tabanlı formların dosyada muhafazasının zor olduğu ve formların kaybolma ihtimali olduğu saptanmıştır. Araştırmanın arşiv taraması aşamasında da dosyada tespit edilemeyen formlar saptanmış olup hemşirelerin ifadeleri ile örtüşmektedir. Formların kaybolma, yırtılma ve üzerine sıvı maddeler dökülme, saçılma vb. sebepler ile muhafazası zor olmaktadır (Akman Dömbekci, Güzel, Kılıç, 2023). Ayrıca bu formların dosyada ve sonrasında arşiv birimlerinde muhafazası için ek bir iş gücü gerektiği de düşünülmeli gereken bir durumdur. Formların muhafazasının zorluğu yanında hemşireler gerektiğinde kağıt tabanlı kayıtlar arasından formlara ulaşmada da problem yaşamaktadır. Hemşirelerin ihtiyaçları olduğunda formları dosyada ararken zaman kaybı yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ilgili sağlık profesyonellerinin kayıtlara ihtiyaç duydukları her zaman ulaşabilmeleri kağıt tabanlı kayıtların yerine elektronik kayıtların tercih sebebi olduğu saptanmıştır (Poelgeest, 2022). Kağıt tabanlı kayıtlara ulaşmadaki zorlukların hemşirelerin mükerrer kayıtlarının sebeplerinden birisi olabileceği düşünülmektedir. Hemşireler tuttukları kayıtlara ulaşımındaki zorluk sebebi ile mevcut kaydı aramak yerine tekrar kayıt yapmayı tercih edebilmektedir. Kağıt tabanlı kayıtlarda hastanın ikinci ve daha sonraki yatışlarında hemşirelerin hastanın bütün bilgilerini içeren yeni kayıt oluşturdıkları belirtilmektedir. Aynı hastanın daha önceki ziyaretlerine ait bilgilerin bir araya getirilememesi, tedavi sürecinin bütünlüğünü ve takibini zorlaştırabilir. Bu durum, hemşirelerin hasta hakkında daha kapsamlı bir bilgiye sahip olmalarını engelleyebilmektedir. Buna paralel olarak mükerrer formların ortaya çıkabilmesi ve bilgilerin farklı yerlerde dağınık olması, kayıt sisteminde tutarlılık ve erişilebilirlik sorunlarına neden olabilmektedir.

Yapılan görüşmelerde hemşireler, kağıt tabanlı kayıtların kurumların maliyetini arttırdığını ifade etmişlerdir. Yanlış yapılan kayıtlar için tekrar tekrar kullanılan formlar nedeni ile kağıt israfının olduğu ve kuruma ek bir maliyet getirdiği ifade edilmiştir. Bununla birlikte kağıt tabanlı kayıtların depolanması için de uygun mekan, personel vb. ihtiyacının ortaya çıkması da kuruma maliyet oluşturmaktadır. Rachel Sylvester, İngiltere'nin son beş yılda tıbbi kayıtların saklanması için bir milyar £'dan fazla para harcadığını ve yıllardır biriken kağıtlar için tesis dışında depolama alanları kiralamak zorunda kaldığını belirtmektedir (Sylvester, 2023). Kaplan ve Esen de hastaneler için önerilen Hastane Bilgi Sistemi olgunluk değerlendirme modeli olan Elektronik Tıbbi Kayıt Kabul Modeli'ni (EMRAM) kullanan bir kamu kurumunda gereksiz maliyetlerin azaltılmasında etkili olduğunu belirtmiştir (Kaplan ve Esen, 2024). Dijital hastane çalışmalarının yatan hasta işlemlerinde sağladığı kağıt tasarrufu ve hemşirelik bakım hizmetlerinin süresine etkisinin analizine yönelik yapılan bir çalışmada kağıt kullanımı toplam 41.289 sayfa olarak tespit edilmiş olup dijital kayıtlarda kağıt ve toner tasarrufu sağlandığı saptanmıştır (Volkan, 2019).

Hemşireler kağıt tabanlı kayıtlarda yaşadıkları önemli sorunlardan birisinin de kayıtların okunaksız olması olduğunu belirtmektedir. Bu durum, hem ekip içi iletişimi zorlaştırmakta hem de hasta bakımının bütünlüğünü tehlikeye atmaktadır. Kayıtlardaki okunaksız yazılar bakımın bütünlüğünü engelleyebildiği gibi yanlış uygulamaların yapılmasına yol açabilecek önemli bir hasta güvenliği sorunudur (Volkan,2019). Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada elektronik kayıtların kağıt tabanlı kayıtlarda yaşanan yazım yanlışları ve okunamama gibi sorunları ortadan kaldırdığı belirlenmiştir (Öztürk ve ark. 2022). Ancak bu çalışmada hemşirelerin tuttıkları elektronik kayıtlara yönelik sorunlar yaşadıkları da saptanmış olup bu sorunlar arasında kayıtları oluşturmada gerekli araç ve gereç eksikliği, elektronik kayıtların hasta başında takip edilememesi ve sistemsel sorunlar yer almaktadır (Şekil 4.6.). Hemşireler, hasta bakımı sırasında elektronik kayıt tutulması ile ilgili çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Bu zorluklar arasında, günümüz teknolojisine uygun olmayan, yetersiz sayıda cihazların kullanılması yer almaktadır. Hemşirelerin ifadelerinden anlaşıldığı üzere, mevcut bilgisayarların sayısının yetersiz olması ve bu bilgisayarların sık sık arızalanması, hemşirelik kayıtlarının güncellenmesi ve işlenmesi süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum, hemşirelerin kayıtlarını tamamlamadan hastaları servise göndermek zorunda kaldıkları durumlarla sonuçlanabilmektedir.

Hemşirelerin ifadeleri teknolojik araç ve gereçlerin eksikliğinin, hemşirelik uygulamalarında verimliliği ve hasta güvenliğini doğrudan etkilediğini göstermektedir. Özellikle, hasta başında kullanılabilecek taşınabilir cihazların (tabletler gibi) eksikliği, hemşirelerin hasta bilgilerini anında kaydetme ve güncelleme fırsatlarını sınırlamaktadır. Bu durum, bilgi kaybına ve hatalı bilgi işlemeye yol açabilmekte, dolayısıyla hemşirelik kayıtlarının ve hasta bakımının kalitesini düşürebilmektedir. Hemşireler taşınabilir cihazların kullanımının, hasta kayıtlarının daha etkili bir şekilde yönetilmesine olanak sağlayacağını belirtmektedirler. Parra ve arkadaşlarına göre de kayıt tutulmasının hemşirelerin mesleki yükümlülükleri olduğunun farkında olunmasına rağmen sağlık kurumlarında yetersiz araç gereçler kayıtların uygun tutulmamasındaki bir faktör olarak belirlenmiştir (Parra ve ark. 2019).

Hemşirelerin değindikleri diğer bir konu ise bazı durumlarda kâğıt tabanlı kayıtların elektronik kayıtlara göre daha avantajlı olabileceğidir. Katılımcılar, özellikle kritik durumlar, müdahaleler veya gözlemler sırasında elektronik sistemin hızlı bir şekilde kullanılmasında problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu doğrultuda, elektronik kayıtlar ile hasta başında takibinin yapılamaması kâğıt tabanlı kayıtların, özellikle acil durumlar ve hızlı müdahale gerektiren durumlarda elektronik kayıtlara göre daha etkili olduğu göstermektedir. Hemşireler elektronik kayıtlara geçilmesi gerekliliğini belirtmekle birlikte özellikle hastaların gözlemlerini kaydettikleri yoğun bakım gözlem formlarının hasta başında takiplerinin mümkün olmaması sebebi ile kâğıt tabanlı kayıtların daha kullanışlı olduğunu belirtmektedirler. Elektronik kayıtların hasta bakımında önemli bir araç olmasına rağmen, Amerika, Avrupa ve Avustralya gibi yüksek gelirli ülkelerin de yaşam bulguları gibi verileri kâğıt tabanlı olarak kayıtlarını tuttukları ifade edilmiş olup (Muinga ve ark. 2021) bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde hastaların yaşam belirtileri ile ilgili kayıtlarını yatak başında belgelemenin yataktan uzakta kayıt etmekten daha hızlı yapıldığı saptanmıştır (Dall'Ora, Griffiths, Hope, Barker, Smith, 2020).

Hemşirelerin elektronik kayıt sistemleriyle ilgili yaşadıkları sistemsel sorunlar elektronik kayıtlar ile ilgili bir başka problem olarak saptanmıştır. Sistemsel problemler sağlık hizmetlerinde kayıtları doğrudan etkileyen önemli bir faktördür (Mahdizadeh, 2022).

Kayıtların oluşturulmasında sistemsel hataların yaşanması, kayıt oluşturma sürecinde zaman kaybına neden olmaktadır. Bu durum, hemşirelerin hasta bakımına ayırabilecekleri zamanı azaltmakta ve iş yüklerini artırmaktadır. Ayrıca çalışmada hemşirelik tanılarının elektronik kayıt sistemlerine entegre edilmesindeki eksikliklerin problem oluşturduğu, hemşirelerin hasta bakımını planlama ve uygulama kabiliyetlerini sınırladığı belirtilmiştir. Hemşireler, güçlü bir yazılım altyapısı ile desteklenen bir sistemden yüksek verimlilik beklemektedirler. Bunun yanında, elektronik kayıt sistemlerinin kullanımı sırasında karşılaşılan bu sistemsel sorunlar, hasta bakım kalitesinin düşmesine neden olabilir. Bu nedenle, elektronik kayıt sistemlerinin etkin bir şekilde kullanılabilmesi için sistemsel sorunların giderilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Literatürde de hemşire kayıtlarının elektronik kayıt sistemine etkin biçimde yansıtılabilmesi için kurumların kayıt sistemlerini iyileştirmeleri gerektiği (Park ve ark. 2021) ve elektronik bakım planı kayıtlarının kullanımının hemşireler tarafından olumlu değerlendirildiği, sistemin sürekli güncellenmesi ve alt yapısının güçlü olması gerektiği vurgulanmaktadır (Öztürk ve ark. 2022).

Çalışmada yapılan görüşmelerde hemşirelerin, kayıt sürecinde yaşanan sorunların kayıt sisteminin oluşturulma süreci ile ilgili, çalışma yükü ile ilgili ve duyarlılık ile ilgili nedenlerden kaynaklandığını belirten ifadeleri saptanmıştır. Hemşireler kayıt sürecinin oluşturulma sürecine yönelik olarak formların sık sık değiştirilmesinin, formların oluşturulma sürecinde hemşirelerin görüşlerinin alınmamasının ve kayıtların oluşturulmasında standart eksikliğinin kayıtlarda yaşanan sorunların nedenleri olduğunu belirtmişlerdir (Şekil 4.9.).

Hemşirelerle yapılan görüşmelerde kayıtlardaki problemlerin nedenlerinden birinin formların sık sık değiştirilmesi olduğu belirlenmiştir. Formların sık olarak değiştirilmesi kayıtların oluşturulmasında sorunlara neden olabildiği gibi hemşirelerin formları öğrenme ve etkili bir şekilde kullanma sürecini etkileyebilmektedir. Bunun sonucunda, hemşirelerin sürekli olarak yeni formlara uyum sağlamaya çalışmasının ve pratiklik kazanmasının engellenmesine neden olarak kayıtlarda sorunlara yol açabilir. Bu tür değişikliklerin getirdiği zorlukları aşmak için, kurumların yeni formların kullanıma geçmeden önce detaylı olarak incelenmesi ve uygulamaya konulan formun daha uzun süreli kullanılması gerektiğini düşündürmektedir. Kurumların yeni formlara yönelik hemşireleri yeterli eğitim ve uyum süreçleriyle desteklemeleri önemlidir.

Literatürde de hemşirelerin formlara aşina olmaları ile kayıt süreçlerini basit, hızlı ve etkin olarak yürütebilecekleri belirtilmektedir (Tadese ve ark. 2024).

Formların oluşturulmasında sahadaki hemşirelerin görüşlerinin alınmaması kayıtlardaki problemlerin nedenlerinden bir diğeri olarak saptanmıştır. Formları kullanan hemşirelerin daha pratik ve etkin önerileri olabilir. Bu çerçevede yöneticilerin hemşirelerle işbirliği içinde formları oluşturmaları çalışanların kullanımına uygun formların oluşturulmasına fayda sağlayabileceği gibi hemşirelerin formların oluşturulmasında düşüncelerine önem verildiğini hissetmeleri nedeni ile motivasyonlarının artabileceği ve kayıtların daha kaliteli oluşturulabileceği düşünülmektedir. Park ve Marquard'ın çalışmasında hemşireleri formların oluşturulma aşamasında tasarım sürecine dahil etmenin hemşirelerin ihtiyaçlarını daha iyi karşılayan kayıtların ortaya çıkmasını sağladığı saptanmıştır (Park ve Marquard, 2024).

Hemşirelerle yapılan görüşmelerde kayıtlardaki problemlerin nedenlerinden bir diğeri ise kayıtlardaki standart eksikliği olarak belirlenmiştir. Kayıtların oluşturulması sürecinde standartların belirlenmesi ve bu standartlara uygun bir şekilde hareket edilmesi, kayıtların tutarlılığını sağlayarak hasta bakımında daha etkili bir süreç oluşturabileceği düşünülmektedir. Tadese ve arkadaşlarının çalışmasında da hemşire kayıtlarının yarısı “kayıt edilmemiş” olarak tespit edilmiş ve bu eksikliklerin nedenlerinden birisinin de standartların eksikliği olarak belirtilmiştir (Tadese ve ark. 2024).

Çalışmamızdaki hemşire görüşmelerinden çalışma yükünün kayıtlardaki sorunların nedenleri arasında olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda hemşireler kayıt için yeterli zaman bulunamaması, hem kağıt hem de elektronik kayıt tutulması, personel yetersizliği, hasta sirkülasyonunun fazla olması ve hemşirelere görev tanımı dışında sorumluluk yüklenmesinin çalışma yüklerini arttırdığını ve kayıtlardaki sorunlara neden olduğunu belirtmektedir (Şekil 4.10.).

Hemşireler kayıtlardaki problemlerin sebeplerinden biri olarak kayıtların oluşturulmasında yeterli zamanın bulunmadığını belirtmişlerdir. Hem etkin ve nitelikli bakım sağlamak hem de sorunsuz kayıtların tutabilmesi için yeterli zaman olmadığı belirtilmiştir. Hemşirelerin iki görev arasında tercih yapmak zorunda kaldıkları ifade edilmiştir. Bu sonuç yoğun bakımlarda hemşire insan gücünün yetersiz olduğunu düşündürmekle birlikte hemşirelerin zaman yönetimi konusunda eksiklikleri de olabileceğini de düşündürmektedir.

Mutshatshi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bu çalışmaya benzer olarak kayıtlardaki problemlerin sebeplerinden birisi olarak hemşirelerin kayıtları tamamlamak için yeterli zamanı bulamadıkları ve hemşirelerin uygun zaman yönetimi yapmaları gerektiği belirtilmiştir (Mutshatshi ve ark. 2018).

Kayıtlardaki problemlerin nedenlerinden birisi de kayıtların hem kağıt tabanlı hem de elektronik olarak iki yere kayıt edilme zorunluluğundan kaynaklanmaktadır. Kayıtlarda sorunlara yol açan bu neden, sağlık kurumlarında kayıtların oluşturulmasının etkili bir şekilde yönetilmesinin önemini vurgulamaktadır. Elektronik kayıt sistemlerinin düzenlenmesi ve tüm kayıtların tek bir yere yapılması ile daha verimli kayıtlar oluşturulacağı düşünülmektedir. Elektronik kayıtların kurumun gerekliliklerini karşılayabilecek, verilere ulaşmada sorunların oluşma riskini ortadan kaldıracak ve hukuki durumlarda eksiksiz veriye ulaşılacak şekilde oluşturulması önemlidir.

2020 yılında yayınlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ”de yoğun bakımlarda çalışması gereken personel sayısı belirlenmiş olmasına rağmen hemşirelerle yapılan görüşmelerde personel eksikliğinin kayıtların oluşturulmasındaki problemlerin bir başka nedeni olduğu saptanmıştır. Hemşireler, görev dışı işlerin yapılması ve hasta sirkülasyonunun fazla olması sebebi ile çalışma yüklerinin fazla olduğunu ve hemşirelerin sayısının yetersiz kaldığını belirtmektedir. Literatürde de yoğun bakımlarda yaşanan problemlerin en başında % 66,3 oranı ile personel yetersizliğinin olduğu belirtilmektedir (Ören ve Dağcı, 2021). Bu bulgular, insan gücü planlamaya yönelik yayınlanan bu tebliğin işlerliğinin yeterli olmadığını düşündürmektedir. Personel yetersizliği diğer hemşirelerin fazla çalışması ile kapatılmaya çalışılmakta, ancak bu durumun hem kayıt sürecindeki hataları hem de genel olarak iş akışındaki olumsuzlukları artırdığı görülmektedir. Bu çerçevede yönetim tarafından personel alımı ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi konularında alınacak kararlar, personel yetersizliğinin üstesinden gelmede kritik bir öneme sahip olup kayıtlardaki problemlerin önlenmesinde etkili bir strateji olabilecektir. Ayrıca hemşirelerin ifadelerine göre, hasta sirkülasyonunun fazla olması bir dizi zorluğa neden olmaktadır. İlk olarak, bu yoğun sirkülasyon nedeniyle hasta transferi daha hızlı gerçekleştirildiğinden hastalarını tam olarak değerlendirmek ve gerekli bakım süreçlerini tamamlamak için daha sınırlı bir zaman dilimine sahip olduklarını belirtmektedirler.

Bu durum, etkili bir hasta takibini ve bireysel hasta ihtiyaçlarına odaklanmayı zorlaştırabilmekte ve kayıtların eksik ya da boş bırakılmasına neden olabilmektedir. Hızlı hasta sirkülasyonunun bir diğer etkisi de hemşirelerin sürekli olarak birçok hastayla ilgilenmelerini gerektiren yoğun bir çalışma temposuna sahip olmalarıdır. Yoğun bakımda çalışan hemşireler, artan iş yükü ve stresli bir ortamlarda kritik hastalara özenli ve detaylı bakım vermeleri gerekmektedir. Bu durum hemşirelerin yorgunluk ve stresle başa çıkma konusunda ekstra çaba sarf etmelerine neden olmaktadır (Khan, Rosenthal, Ternes, Sing, Sachdev, 2023). Bu çalışma şartlarında çalışan hemşirelerin birimdeki hasta sirkülasyonunun fazla olması ile kayıtlara yeteri kadar odaklanamadıklarını göstermektedir. Yiğit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin çalışma ortamlarındaki sirkülasyonun fazla olmasının bakım kalite algısını ve bireyselleşmiş bakım algısını düşürdüğü saptanmıştır (Yiğit, Enç, Tören, 2024). Bakım kalitesi ve bireyselleşmiş bakım algısının düşmesi ile oluşturulacak kayıtların da kalitesi ve niteliğinin azalabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelere görev tanımları dışında sorumluluklar yüklenmesinin kayıtlardaki sorunların nedenlerinden başka birini oluşturduğu görülmektedir. Görevlerin düzgün dağıtılmadığı, yönetmeliklere uygun görev ve yetki dağılımının olmadığı ifade edilmiştir. Bu durum hemşirelere ek sorumluluklar getirmekte, zamanlarını etkin bir şekilde kullanmalarını engelleyebilmekte ve hemşirelik kayıtlarında aksamalara neden olabilmektedir. Ayrıca sorumluluğu dışındaki işleri yapan hemşireler olduğunda yapmayan hemşireler, yöneticileri veya iş arkadaşları tarafından mobbing ile karşılaşabilmektedir (Çınar, Çiçek Korkmaz, Yılmaz, 2016). Bu, aynı zamanda hemşireler arasındaki iş barışını da bozabilecek bir konu olması nedeni ile ayrıca incelenmesi gereken bir durum olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelerin, hemşirelik harici görevleri mobbinge maruz kalma korkusu ile yaptıkları belirtilmektedir (Çetin ve Yayan, 2020). Hemşirelerin görev tanımı dışındaki işleri yapmaları ile birlikte mevcut olan iş yükleri artmakta ve kayıtların oluşturulmasında sorunlara neden olmaktadır. Kayıtların tutulmasındaki problemler ile hemşirelerin iş yükü fazlalığı birbirlerinin sebep ve aynı zamanda sonucu olmaktadır. Literatürdeki çalışmalarda da hemşirelerin klinik ve örgütsel kayıt faaliyetleri ile fazla iş yükü algılandığı (De Groot ve ark. 2021) hemşirelerin görev tanımı dışındaki işleri yapmaları sebebi ile iş yüklerinin arttığı, hasta bakımı ve bakım kayıtlarında problemlere sebep olduğu saptanmış (Yiğit ve ark. 2024) olup bu çalışma bulgusunu desteklemektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin yanı sıra sorumlu hemşirenin rutin görevlerinin yanı sıra yönetici rolüne yönelik iş yükünün de olmasının denetim rolünü aksatabileceği ve kayıtlardaki problemlerin nedenlerinden biri olabileceği düşünülmektedir. Çünkü sorumlu hemşirelerde rutin hemşirelik uygulamalarının dışında yöneticilik görevinin mevcut iş yüklerine ek olarak kalite çalışmaları, enfeksiyon kontrolü, eğitim ve istatistik gibi birçok konuda ek bir iş yükü oluşturduğu belirtilmektedir (Göktepe ve ark. 2020; Özen Bekar ve Baykal, 2020).

Hemşireler ile yapılan görüşmelerde kayıtlardaki sorunların nedenleri arasında duyarlılıkla ilgili nedenler de saptanmıştır. Hemşirelerin ve hastaların duyarlılığındaki farklılıklar kayıtlardaki problemlerin nedenleri arasında olup, bu konuda hemşireler formlara göre kayıtlara gösterdikleri önemin değişmekte olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların kayıtların oluşturulmasında yeterli bilgi verememesi de kayıtlardaki sorunların nedenlerinden birisidir. Son olarak hemşirelerin elektronik sistemi etkin kullanamamalarının da kayıtlardaki sorunlara neden olduğunu belirtmektedir (Şekil 4.11.).

Hemşirelerin kayıt sürecinde form türlerine farklı derecede önem vermeleri hemşirelik kayıtlarındaki sorunların engellenmesi açısından önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin mavi kod, kan transfüzyonu, psikotrop ilaç kayıt formlarına daha fazla önem verdikleri belirlenmiştir. Arşiv taramasında da hemşirelerin daha fazla önem verdikleri belirtilen bu formlardaki kayıtlarda eksiklikler yok denebilecek kadar az saptanmıştır. Hemşirelerin ifadelerinde yaptıkları bakımın kayıtlarında ise yeterli önemi göstermedikleri belirlenmiştir. Shoqirat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ameliyat sonrası ağrının hemşireler tarafından hem elektronik hem de kağıt tabanlı kayıtlarda tutarsız bir şekilde belgelendiği saptanmıştır. Tutarsızlık sebeplerinde hemşirelik kayıtlarının büyük ölçüde öznel değerlendirmelere bağlı olduğu sonucu belirtilmiştir. İyi belgelenemeyen kayıtlar, hasta sağlık sonuçlarını, dolayısıyla hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir (Shoqirat, Mahasneh, Al-Khawaldeh, Al Hadid, 2019). Yapılan bir çalışmada da hemşirelerin hastalara duygusal destek, eğitim ve danışmanlık sağladığı fakat bu uygulamalarını yeteri düzeyde kayıt altına almadıkları belirtilmiştir. Hemşirelerin hastalara nicelik ve niteliksel olarak fazla bakım vermelerine rağmen kayıtlara yansıtmadıkları saptanmıştır (Park ve ark. 2021). Hemşirelerin bu konudaki duyarlılıklarının artırılması kayıtlardaki sorunların ortadan kaldırılmasında etkili bir diğer strateji olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin kayıtlarla ilgili yaşadıkları sorunlar, sağlık hizmetlerinde önemli problemlere yol açmaktadır. Hasta veya yakınlarından yetersiz bilgi alınması, hemşirelik kayıtlarının doğruluğunu ve bütünlüğünü tehlikeye atmaktadır. Hastaların kendi sağlık durumları ve kullanılan ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, hemşirelerin doğru bakım planları oluşturmalarını ve uygulamasını zorlaştırmaktadır. Bunun sonucunda hastanın sağlık durumunun doğru bir şekilde değerlendirilmesini ve izlenmesini engelleyerek, hasta güvenliğini riske atmaktadır. Ayrıca, e-Nabız gibi milli sağlık sistemlerine hemşirelerin erişim eksikliği, hasta hakkında gerekli bilgilere erişimini kısıtlayabilmekte ve bu da bakım süreçlerinde aksamalara sebep olabilmektedir. Hemşirelerin bu sorunları aşmak için kullandıkları ilaçlar ve sağlık geçmişi gibi önemli bilgilere anında erişebilme yetkisi ve daha güvenilir kayıt alt yapılarına ihtiyaçları vardır. Bu eksikliklerin giderilmesi hemşirelik kayıtlarının doğru ve eksiksiz tutulmasına yarar sağlayarak hasta güvenliğini artırırken, hemşirelerin verimliliğini ve hasta bakım kalitesini iyileştirebilecektir. Ayrıca hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rolleri ile hastaların sağlık okuryazarlıklarını geliştirmeleri bu konudaki duyarlılığının arttırılmasına yarar sağlayabileceği düşünülmektedir. Literatürde hastane ortamlarında sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu saptanmış olup (Cristofori ve ark. 2022; Cocchieri ve ark. 2024) bizim çalışmamızda boş bırakılan kayıtların sebeplerinden biri olabileceği düşünülmektedir. Hastaların bu konudaki duyarlılıklarının geliştirilmesi ile hastalardan yetersiz bilgi alınmasının önlenebileceği öngörülmektedir.

Elektronik kayıt sistemlerin kullanılması, bilgilerin daha kolay ulaşılabilir ve saklanabilir olmasına katkı sağlamaktadır (Rossi ve ark. 2023). Bunun yanında hemşirelerin ifadelerinde elektronik kayıt sisteminin etkili bir şekilde kullanılmamasının kayıtlardaki problemlerin nedenlerinden biri olduğu görülmüştür. Hemşirelerin elektronik kayıtların oluşturulmasına yönelik bilgi, beceri ve duyarlılıklarının arttırılmasının kayıtlardaki problemleri önleyebileceği düşünülmektedir. Malak ve Al-Shakanbeh de elektronik kayıtların kabulünü kolaylaştırmak için hemşirelerin bilgisayar bilgi ve becerilerin güçlendirilmesi gerektiğini ve hemşirelerin bu bilgi ve becerilerini işlerine entegre etmeleri gerektiğini belirtmektedir (Malak ve Al-Shakanbeh, 2024). Kağıt tabanlı kayıttan elektronik kayıda geçiş yapılan bir çalışmada hemşirelerin elektronik kayıda geçmeyi olumlu bir deneyim olarak değerlendirdikleri ve elektronik kayıt oluşturmada nitelikli hemşirelerin arttırılması gerektiği saptanmıştır (Dickerson, 2023).

Ayrıca simülasyon ve multidisipliner eğitimlerin yapılmasının da elektronik kayıtların kullanımının geliştirilmesine yarar sağlayabileceği belirtilmektedir (Whitt, ve ark. 2024). Bunun yanında hemşirelik öğrencilerinin eğitimlerinde kayıtları tutma becerilerinin geliştirilmesinin hemşirelik eğitiminde önemli olduğu vurgulanmış olup, öğrencilerin elektronik kayıt becerileri için simülasyon merkezleri ile nitelikli kayıtların oluşturulmasını öğrenmelerinin meslekte güvenli çalışma ortamları sağlamaları bakımından önemli olduğu belirtilmiştir (McBride ve ark. 2024). Bir başka çalışmada da mesleğe yeni başlayan hemşirelere de kayıtlar ile ilgili eğitim programlarının artırılması ve kayıtlara yönelik bilgi ve bulguların hemşireler ile paylaşılması önerilmiştir (Ahmed ve ark. 2023).

Çalışmanın yapıldığı birimde tutulan hemşirelik kayıtlarında yaşanan bu problemlerin önlenmesine yönelik olarak hemşirelerin önerileri de alınmıştır. Kayıtları oluşturan hemşirelerin görüş ve önerileri kayıtlardaki problemlerin önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Yurtsever ve Karagözoğlu, 2020). Hemşireler kayıtların iyileştirilmesine yönelik kayıt sistemi ile ilgili ve yönetim süreci ile ilgili öneriler sunmuşlardır (Şekil 4.13.).

Çalışmamızda hemşireler, kağıt tabanlı kayıtların elektronik kayıtlara dönüştürülmesini kayıtların iyileştirilmesine yarar sağlayabilecek bir öneri olarak belirtmişlerdir. Kayıtların oluşturulmasında hasta bakımını aksatmayacak biçimde kolay tutulmasını sağlayacak yöntemler geliştirilmesi kayıtların zamanında tutulmasını sağlayabilecektir. Literatürde dijital hemşirelik verilerinin kolaylaştırılması ve hemşirelerin kayıtlara yönelik bilgi teknolojilerini takip etme, uygulama ve geliştirme fırsatlarını takip etmeleri önerilmektedir (O'Connor, Cave, Philips, 2024). Heidarizadeh ve arkadaşları da hemşirelerin işlerinin doğası gereği, hasta bakımına daha fazla zaman ayırabilmeleri için zaman kazandıran dokümantasyon yöntemlerini kullanmaları gerektiğini belirtmiştir. Sağlık kurumlarında elektronik dokümantasyon sisteminin kullanılması hem hemşirelik raporlarının yazıya dökülmesi için harcanan zamanı azaltmakta, hem de hasta bakımına daha fazla zaman ayırmalarına olanak sağladığı saptanmıştır (Heidarizadeh ve ark. 2017). Yapılan bir çalışmada da kağıt tabanlı kayıtların elektronik kayıtlara dönüştürülmesi ile kurumlara maliyet ve zaman tasarrufu sağlayarak hemşirelere güvenli bir çalışma ortamı oluşturması ve nitelikli kayıtlar oluşturulmasına zemin hazırladığı belirtilmektedir (Volkan, 2019). Ayrıca hemşireler kayıt tutmak için gerekli araç gereç imkanlarının güçlendirilmesini de önermişlerdir.

Hemşireler özellikle bilgisayar sayılarının çoğaltılmasını ve hasta başı tablet uygulamalarının kayıtların sorunlarının çözümünde etkili olabileceğini önermiştir. Yapılan bir çalışmada da bizim çalışma bulgumuzla benzer olarak elektronik kayıt sisteminin uygun kullanımı için fiziki koşulların hazırlanması gerektiği belirtilmektedir (Yurtsever ve Karagözoğlu, 2020). Çalışmamızda hemşireler kayıtlardaki problemlerin önlenmesi için elektronik kayıtlarda sistemsel iyileştirmeler yapılması gerektiğini de belirtmiştir. Bu alanda kurumların sistemlerde iyileştirme yapılmasına yönelik çalışmalar ve yatırımlar yapmalarının hemşirelik kayıtları için önemli olduğu ortadadır. Yapılan bir çalışmada da kurumların hasta bakımı ile hemşirelik uygulamalarında kanıt oluşturacak kayıtlar için klinik uygulamalarda dijital sağlık teknolojilerine daha fazla yatırım yapılması önerilmektedir (O'Connor ve ark. 2024). Çin'de yapılan bir çalışmada elektronik kayıt sistemindeki olası hata modlarını araştırmak ve olası sonuçları analiz etmek için kullanılabilen proaktif bir risk yönetim aracı ile elektronik kayıt sistemindeki potansiyel hata modlarını tespit edilerek, buna yönelik iyileştirme önlemlerini uygulanabildiği saptanmıştır (Zhan, Ding, Li, Su, 2024).

Çalışmaya katılan hemşireler kayıtlarda kullanılan formların standardize edilmesi ve her birimin kendine özgü formlarının olması önerilerinin kayıtlardaki problemleri önleyebileceğini belirtmektedir. Tadese ve arkadaşları da bizim çalışma bulgumuza benzer olarak hemşirelerin kayıt uygulamalarını geliştirmek için belirli standartların olması gerektiğini, sürekli bir izleme sistemi ve hemşirelerin kayıt sayfalarına erişim yetkilerinin verilmesi gerektiğini belirtmektedir (Tadese ve ark. 2024). Ayrıca hemşirelerin oluşturacakları kayıtlarda birimlere özgü form içeriği düzenlemelerinin uygun kişilerce yapılmasının nitelikli tutulan kayıtların ortaya çıkabilmesi için önemli olduğu düşünülmektedir. Gürkan ve Enç de elektronik kayıtların geliştirilmesinde alanında uzman hemşirelerin aktif rol almalarının etkin ve verimli kayıtlar oluşturulmasında önemli olduğu ve bu sebeple bilişim hemşirelerinin arttırılmasını önermektedirler (Gürkan ve ark. 2023).

Çalışmamızdaki hemşirelerin önerilerinden bir diğeri ise görevi dışındaki konularda kayıt yapılmamasıdır. Literatürde de hemşirelerin görev tanımındaki belirsizliğin hemşirelerin mesleklerini icra etmelerinde önemli bir problem olduğu belirtilmektedir (Selçuk ve Harmancı, 2024).

Hemşirelerin görevi dışındaki işleri yapmak zorunda kalmaları kayıtların oluşturulmasında problem oluşturduğu gibi (Ören ve Dağcı, 2021) hemşirelerin diğer görevlerini de nitelikli yapmalarını engellemekte, hemşire eksikliği sorununu derinleştirmekte, tükenmişlik ve işten ayrılmalara kadar uzanan problemler oluşturabilmektedir (Özdaş ve Kızılkaya, 2021). Hemşireler kayıtlardaki problemlerin azaltılması için kayıtlardaki denetim mekanizmasının güçlendirilmesi gerektiğini de ifade etmişlerdir. Hemşire kayıtlarındaki denetim rolü öncelikli olarak alt kademe yöneticilere ait olup yöneticilerin kaliteli hasta bakımı için kayıtlardaki bilgilerin doğruluğunu sağlanmasına yönelik denetlemeleri ayrıntılı olarak planlamaları önerilmektedir (Özen Bekar ve Baykal, 2020). Ayrıca hemşireler kayıtların sorunsuz tutulabilmesi için personel sayısının arttırılmasına yönelik önerilerini belirtmişlerdir. Yoğun bakım birimleri kritik hastalara müdahale edilen daha riskli birimler olması sebebi ile personel sayısının uygun çalışma sürelerini aşmayacak biçimde düzenlenmesinin hasta ve çalışan güvenliği için ve dolayısı ile sorunsuz kayıtların tutulması için önemli olduğu düşünülmektedir. Ören ve Dağcı'nın çalışmasında da yoğun bakımda çalışan hemşirelerin karşılaştıkları zorluklar arasında riskli durumlarla karşılaşma olasılığının fazla olması ve bu durumlardaki hasta bakımına yönelik dikkatin hemşirelerde stres oluşturması, personel yetersizliği ve görev tanımı problemleri olduğu belirtilmektedir (Ören ve Dağcı, 2021).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelik kayıtlarında yaşanan sorunlar, sorunların nedenleri ve sorunların önlenmesi için hemşirelerin önerilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen iki aşamalı çalışmanın ilk aşamasında gerçekleştirilen arşiv taraması sonucunda koroner yoğun bakım biriminde yatan hastalar ile ilgili tutulan hemşirelik kayıtlarında incelenen formlarda çeşitli sorunların olduğu ortaya çıkmıştır. İncelenen hasta tanılama formu, yoğun bakım gözlem formu, hasta taburcu eğitim formu, yatan hasta ve hasta yakını eğitim formu, kan transfüzyon formu, güvenli invaziv işlem kontrol listesi formu, hasta transfer formu, tedavi bilgilendirme onam formu, nutrisyon skorlama formu ve hemşire bakım planı formlarındaki kayıtlarda boş bırakılan verilerle birlikte bu formlardan bazılarında eksik, yüzeysel, okunaksız, kısaltma yapılmış kayıtlar ile karalama yapılmış kayıtların olduğu saptanmıştır.

Hasta tanılama formunda hemşirelerin kayıt ettikleri parametreler haricinde ek bir gözlem belirtmedikleri ve yaşam bulgularının kayıtlarının çoğunlukla yapılmadığı bulunmuştur. Hasta tanılama sürecinde seçenek işaretleme şeklinde olan formlardaki (deri gözlemi, emosyonel gözlem, nörolojik gözlem, konuşma, gastrointestinal, solunum) boş bırakılan kayıtlar ile birlikte bu kayıtlarda yüzeysel kayıtların da olduğu saptanmıştır. Özellikle hastadan teslim alınan ilaç, miad ve miktarlarının kaydının hiç yapılmadığı görülmüştür.

Yoğun bakım gözlem formunda hemşirelerin hayati bulgulara yönelik kayıtları çoğunlukla yapmalarına rağmen hemşirelik bakımına yönelik (ağız bakımı, el yüz bakımı, ayak bakımı, çarşaf değ./düzeltme, göz bakımı, saç bakımı, postural drenaj, vücut bakımı, perine bakımı, traş, aspirasyon, masaj) kayıtların genellikle boş bırakıldığı veya yüzeysel olarak yapıldığı görülmüştür. Ayrıca bu formda hastayı teslim alan hemşire bilgilerinin (adı, soyadı ve parafı) çoğunlukla kaydedildiği ancak teslim eden hemşire bilgilerine yönelik kayıtların genellikle boş bırakıldığı saptanmıştır.

Taburcu eğitim formundaki kayıtlar büyük oranda boş bırakılmış olmasına rağmen bu boş formlarda hasta imzalarının bulunması nedeni ile uygunsuzluk olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yatan hasta ve hasta yakını eğitim formunda belirlenen kayıtlar haricinde genellikle ek bir eğitim kaydı yapmadıkları da belirlenmiştir.

Hasta transfer formunda hasta ile birlikte transfer edilen ilaçların kayıtlarının çoğunlukla yapılmadığı; nutrisyon formunda da kaydı yapan hemşire bilgilerinin çoğunlukla yer almadığı, bazı dosyalarda da nutrisyon formlarının bulunmadığı saptanmıştır.

Hemşire bakım planı formunda ise hasta bilgilerinin büyük oranda boş bırakıldığı, bazı kayıtların eksik yapıldığı, bazı dosyalarda ise hemşire bakım planı formlarının bulunmadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin oluşturduğu kayıtlarda mavi kod, hasta eşyaları teslim formu ile narkotik ve psikotrop ilaç talep formlarının tam ve eksiksiz olduğu belirlenmiştir. Kan transfüzyonu formlarındaki kayıtlarda ise çok az eksiklik olduğu saptanmış olup her dosyada bulunmayan bu formların diğer formlardan daha sorunsuz doldurulmuş olduğu görülmüştür.

Hemşirelik kayıtlarında yaşanan sorunların nedenlerini ve hemşirelerin önerilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen ikinci aşaması olan nitel görüşmeler sonucunda ise hemşire kayıtlarına ilişkin hemşirelerin görüşleri ve sorunları, kayıt sürecinde yaşanan sorunların nedenleri ve hemşirelerin kayıt sürecinin iyileştirilmesine yönelik önerileri saptanmıştır.

Hemşirelerin kayıtların gerekliliği konusunda hemfikir oldukları, kayıtların hasta ve çalışan güvenliğini sağlaması, bakımın görünürlüğünü sağlaması, geriye dönük ulaşılabilir olması, yasal kanıt sağlaması, ekip içi iletişimi sağlaması, mesleki ve akademik gelişime katkı sağlaması ve performans değerlendirme aracı olarak kullanılması konusunda yararları olduğunu belirttikleri ortaya çıkmıştır.

Hemşireler kayıtların yararlarının farkında olmalarına rağmen kağıt ve elektronik kayıtların tutulmasında sorunlar yaşadıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin kağıt tabanlı yaptıkları kayıtlar sebebi ile iş yüklerinin arttığı, hemşire kayıtlarının sınırlı olarak yapılabildiği, formların korunmasında zorluk olduğu, kağıt tabanlı kayıtların kurumlara ek maliyet oluşturduğu, okunaksız kayıtların ve mükerrer kayıtların oluşturulduğu ortaya çıkmıştır.

Elektronik kayıtlar ile ilgili olarak ise gerekli araç ve gereç eksikliği, elektronik kayıtların hasta başında takibinin yapılamaması ve sistemseller sorunların ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hemşirelerin kayıtlarda yaşadıkları sorunların formların sık sık değiştirilmesi, formların oluşturulmasında hemşirelerin görüşlerinin alınmaması, kayıtların oluşturulmasında standart eksikliği, kayıt için yeterli zamanı bulunmaması, hem kağıt hem de elektronik kayıt tutulması, personel yetersizliği, hasta sirkülasyonunun fazla olması, hemşirelere görev tanımı dışında sorumluluklar yüklenmesi, formlara göre hemşirelerin kayıtlara gösterdikleri önemin değişmesi, kayıtların oluşturulmasında hastaların yeterli bilgi verememesi ve elektronik sistemin etkin kullanılamamasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin kayıtlardaki sorunların önlenmesine yönelik olarak hem kayıt sistemine yönelik hem de yönetim sürecine yönelik önerileri olduğu belirlenmiştir. Hemşireler kayıt sistemi ile ilgili, kağıt tabanlı kayıtların elektronik kayıtlara dönüştürülmesi, kayıt için gerekli araç gereç imkanlarının güçlendirilmesi, elektronik kayıtlarda sistemsel iyileştirmeler yapılması, kullanılan formların standardize edilmesi ve birimlere özgü formların oluşturulması konularında önerileri olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yönetim sürecine yönelik önerileri de hemşirelere görevi dışındaki konularda görev ve sorumluluk verilmemesi, tutulan kayıtlara yönelik denetim mekanizmasının güçlendirilmesi ve personel sayısının artırılması olarak ortaya çıkmıştır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelik bakımının görünürlüğünü arttıracak şekilde kayıtların tutulmasına yönelik farkındalık etkinlikleri planlanması,
- Hemşirelik eğitimi verilen kurumlarda hemşirelik kayıtlarının önemi, yararları, uygun hemşire kayıtların oluşturulması konularda öğrencilerin beceri ve tutumlarını geliştirilmesi,
- Hemşirelik kayıtlarında kullanılan form ve sistemlerin standartlaştırılmasının sağlanması,
- Hizmet içi eğitimlerde hemşirelerin teknoloji kullanma becerilerinin geliştirilerek özellikle elektronik kayıtların oluşturulması, kullanılması vb. konularda hemşirelerin bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesi,
- Kurumların teknolojik altyapılarını güçlendirecek yatırımlar yapılması,
- Sağlık kurumlarının kayıtlara yönelik teknik desteğin artırılmasını sağlaması,
- Hemşirelerin görev tanımları çerçevesinde çalışmaları konusunda yönetici desteği sağlanması,

- İnsan gücü planlama yöntemlerinin birimlerin çalışma yüküne göre yeniden değerlendirilmesi,
- Hemşirelere iş yükü oluşturacak kayıt sistemleri yerine günümüz teknolojisinin kullanılarak hemşirelerin çalışma yükünü azaltabilecek kayıt sistemleri geliştirilmesi,
- Kurumların yöneticiler ve sahadaki hemşireler ile iş birliği içerisinde hemşirelik formları ve kayıt sistemlerinin oluşturulmasını sağlaması, önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Ahmed, S. S. (2023). Effect of clinical documentation training program on nursing personnel's documentation skills. *International Journal of Chemical and Biochemical Sciences*, 24(9), 116-124.
- Akçakaya İnan, V. (2015). İlaç uygulamalarında kamu hastanelerindeki hemşirelerin yasal sorumlulukları. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Akhu-Zaheya, L. (2018). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3), 578-589.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
- Akman Dömbekci, H. (2023). Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme üzerine idari personel görüşleri: nitel bir araştırma. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 73-84. <https://doi.org/10.55050/sarad.1214773>
- Aydemir, A. (2021). Bir üniversite hastanesi acil servisinde travma olgularına acil hemşirelik yaklaşımları: Retrospektif bir araştırma. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Aydemir Gedük E. (2020). Dünya’da ve Türkiye’de hemşirelik hizmetlerinde performans değerlendirme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(4), 540-545.
<https://doi.org/10.17049/ataunihem.525433>
- Bail, K. (2020). Documenting patient risk and nursing interventions: Record audit. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 36–44.
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.723965483426893>
- Bal, M. D. (2014). Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücü planlama yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 148-154.
- Baran, L. (2023). Acil Serviste Hasta Güvenliği. İçinde *Türkiyede Acil Sağlık Hizmetleri*. A. Bütün (Ed.), (s. 273-295). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *DEUHFED*, 9(1), 23-28.
- Bei-Lei, L., Yong-Xia, M., Fa-Yang, M., Zhen-Xiang, Z., Qin, C., Ming-Ming, S., Yuan-Yuan, F. (2019). Current status and nurses perceptions of the electronic tabular nursing records in Henan, *China J. Nursing Management*, 27(3), 616-624.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12720>
- Bertocchi, L., Dante, A., La Cerra, C., Masotta, V., Marcotullio, A., Caponnetto, V., Ferraiuolo, F., Jones, D., Lancia, L., Petrucci, C. (2024). Nursing diagnosis accuracy in nursing education: clinical decision support system compared with paper-based documentation—a before and after study. *Computers, Informatics, Nursing*, 42(1), 44-52, <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000001066>
- Bezirgan Gözmener, S. (2019). Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasında hemşirelerin cezai sorumluluğu. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- Bıyık, M. (2020). Hemşirelikte kalite göstergelerinin kullanımı ve önemi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 108, 418-433.
<http://dx.doi.org/10.29228/ASOS.44499>
- Bıçkı, A. (2018). Erişkin yoğun bakım ünitesinden taburcu olacak hastaların bakım vericilerine yönelik planlı taburculuk eğitiminin güvenli hasta bakımına ve bakım yüküne etkisi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bilik, Ö. (2018). Ameliyathanede hemşire kayıtları. Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Sempozyumu, 79-85. İzmir, Türkiye.
- Bjerkkan, J. (2021). Patient safety through nursing documentation: Barriers identified by healthcare professionals and students. *Frontiers in Computer Science*, 3(51), 624555.
<https://doi.org/10.3389/fcomp.2021.624555>
- Bose, E. (2019). Machine learning methods for identifying critical data elements in nursing documentation. *Nursing research*, 68(1), 65-72.
- Bouldin, E .L. D. (2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde hastaneye yatırılan yetişkin hastalar arasında düşmeler: yaygınlık ve eğilimler. *J. Patient Saf.*, 9(1), 13-17.
- Buçan Kırkbir, İ. (2020). Hemşirelik bilişimi ve karar verme sürecinde klinik karar destek sistemlerinin önemi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(3), 28-31.
- Bulut, A. (2023). Hasta güvenliği kültürü: bir eğitim araştırma hastanesi örneği. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 224-240.
<https://doi.org/10.55050/sarad.1297905>
- Büyükyılmaz, F. (2016). Elektronik hemşirelik kayıtlarının yapılandırılması: Sistematik literatür incelemesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 106-117.
<https://doi.org/10.17672/fnhd.93917>
- Canatan, H. (2015). Hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine bir araştırma: İstanbul ilinde özel bir hastane ile ilgili anket çalışması ve konuya ilişkin çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2), 82-88.
<https://doi.org/10.5455/sad.2015131439231160>
- Carvalho, M. F. (2024). Nurses' actions in childcare Nursing consultations in Primary Care. *Enfermería Global*, (73), 309-321.
- Célia dos Santos Diogo, R. (2023). Diagnostic concordance among nursing clinical decision support system users: a pilot study, *Journal of the American Medical Informatics Association*, 30(11), 1784–1793.
<https://doi.org/10.1093/jamia/ocad144>
- Chirchir, L. K. (2021). Change process factors influencing electronic health records adoption by nurses at Moi Teaching and Referral Hospital, Kenya. *Procedia Computer Science*, 181, 427–433.
<https://doi.org/10.1016/j.procs.2021.01.187>
- Cihan, B. (2022). Ankara'da bir vakıf üniversite hastanesi arşiv ve tıbbi dokümantasyon ünitesi envanterinde bulunan kâğıt yapıdaki tıbbi belgelerin dijitalleştirilme sürecinin değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.

- Cocchieri, A. (2024). Association between health literacy and nursing care in hospital: A retrospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 33(2), 642-652.
- Colligan, L. (2015). Cognitive workload changes for nurses transitioning from a legacy system with paper documentation to a commercial electronic health record. *International journal of medical informatics*, 84(7), 469-476.
- Cristofori, E. (2022). Health literacy in patients' clinical records of hospital settings: A systematic review. *SAGE Open Nursing*, 8.
- Çerçer, Z. (2023). Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği yetkinliği öz-değerlendirme düzeyi: tanımlayıcı kesitsel araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 10(1), 71-78. <https://doi.org/10.54304/SHYD.2023.86094>
- Çetin, Y. (2020). Hastanede çalışan hemşirelerin hemşirelik dışı görevleri ve nedenlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 221-226. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.480712>
- Çınar, H. G. (2016). Hemşirelerde mobbing. *Journal of Human Rhythm*, 2(2).
- Çolaklar, H. (2020). Elektronik sağlık kayıtlarının doğal ve beşerî afetlerden korunması, *Turkish Studies - Social*, 15(8), 3439-3462. <https://dx.doi.org/10.47356/TurkishStudies.43337>
- Dall'Ora, C. (2020). What is the nursing time and workload involved in taking and recording patients' vital signs? A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2053-2068.
- Datpınar, M. (2023). Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda farkındalıkları: Güçlü ve zayıf yönleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 10(2), 145-153. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.1333842>
- De Groot, K. (2021). Patient participation in electronic nursing documentation: an interview study among community nurses. *BMC nursing*, 20(1), 1-10.
- Değirmenci Bingöl, N. (2019). Sözel ilaç istemi uygulamalarının neden olduğu sorunlar, hemşirelik bilişimi sistemlerinin bu sorunları önlemedeki rolü ve yenilikçi fikirler. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.
- Devebakan, N. (2015). Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi standartlarının çalışan güvenliği açısından çalışanlar tarafından değerlendirilmesi: İzmir ilinde bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(2), 123-142.
- Dickerson, A. (2023). Nurses' experiences transitioning from paper to electronic healthrecords: a pilot study. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). University of Mount Olive, USA.
- Doğan Yalçın, N. (2014). Sağlık kuruluşlarında kalite ve akreditasyon açısından tıbbi kayıt sistemine yaklaşımlar. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Durmuş, V. (2021). Kişisel sağlık verilerinin korunmasında idarenin hukuki sorumluluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 67-76.

- El Amouri, S. (2019). Nurses' perspectives of the nursing documentation audit process. *Health SA Gesondheid*, 24(1), 1-7.
- Elgin, K. W. (2022). Visibility and value of a clinical nurse specialist team: illustrating impact through an annual report. *Nurse Leader*, 20(3), 237-248. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.12.020>
- Erbaş, N. (2018). Sağlık hizmetlerinde önemli iki kavram: Hasta eğitimi ve hemşirelik süreci. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(5), 358-364.
- Etgü, A. A. (2022). Hastanelerin tıbbi kayıtlardan doğan sorumlulukları. *Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek*
- Ferreira, L. D. L. (2020). Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73.
- Firouzeh, M. M. (2017). Evaluation of vocal-electronic nursing documentation: A comparison study in Iran. *Informatics for Health and Social Care*, 42(3), 250-260. <https://doi.org/10.1080/17538157.2016.1178119>.
- Forde-Johnston, C. (2023). An integrative review exploring the impact of Electronic Health Records (EHR) on the quality of nurse-patient interactions and communication. *Journal of Advanced Nursing*, 79(1), 48-67.
- Gedikci Ondogan, A. (2023). Use of electronic medical records in the digital healthcare system and its role in communication and medical information sharing among healthcare professionals. *Informatics in Medicine Unlocked*, 42(101373-). <https://doi.org/10.1016/j.imu.2023.101373>
- Göktepe, N., Türkmen, E., Kebapçı, A., Albayrak, S., Topçu, İ., Turan Miral, M., Serbest, Ş., Özcan, D. (2020). Yönetici hemşirelerin hemşirelik çalışma ortamına ilişkin görüşleri: Kalitatif çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(1), 17-30. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2020.37267>
- Gürkan, N. (2023). Elektronik kayıt sistemlerinin hemşirelik uygulamalarında kullanımı ve önemi. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 25-31. <https://doi.org/10.59398/ahd.1252182>
- Güvener, H. (2023). Sağlık kuruluşlarında maliyet analizi: bir üniversite hastanesi acil servis uygulaması. *Ekev Akademi Dergisi*, (96), 94-104. <https://doi.org/10.17753/sosekev.1365374>
- Haas, O. (2021). Automating time-consuming and error-prone manual nursing management documentation processes. *Computers informatics nursing*, 39(10), 584-591. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000790>
- Heidarizadeh, K. (2017). Nurses' perception of challenges in the use of an electronic nursing documentation system. *Computers, Informatics, Nursing*, 35(11), 599-605.
- Hekman, D. J. (2022). Exploration of patient and caregiver cancer education using electronic health records. *Journal of Geriatric Oncology*, 13(1), 108-110. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.06.008>
- İpek, Ö. (2020). Hemşirelerin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki bilgilerinin güvenlik farkındalığı ile güvenli davranış üzerine etkisinin değerlendirmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- İskender, Ö. (2020). Uluslararası hemşirelik sınıflandırma sistemleri. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 1-10.

- Jackson, N., Woods, J., Watkinson, P., Brent, A., Peto, T. E., Walker, A. S., Eyre, D. W. (2023). The quality of vital signs measurements and value preferences in electronic medical records varies by hospital, specialty, and patient demographics. *Scientific Reports*, 13(1), 3858.
- Johnson, L. (2018). A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. *Collegian*, 25(3), 355–361. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.09.006>
- Jorgensen, L. (2021). Ethical dilemmas in nursing documentation. *Nurs Ethics*, 29(2), 485-497. <https://doi.org/10.1177/09697330211046654>.
- Kalaycıoğlu, O. (2020). Sağlık araştırmalarında güç analizinin önemi ve temel prensipleri: Tıbbi çalışmalar üzerinde uygulamalı örnekler. *Turkish Journal of Public Health*, 18(1), 103-112. <https://doi.org/10.20518/tjph.602400>
- Kaplan, D. (2024). Dijital kamu ve özel hastanelerinin sosyal medya kullanımlarının karşılaştırılması: EMRAM 7 hastaneleri örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 11(2), 293-298.
- Kaplan, E. (2021). Hemşirelik öğretim elemanları ve öğrencilerinin elektronik hasta kayıtları ile ilgili görüş ve deneyimlerinin belirlenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kaplan, G. (2022). Hemşirelerin sözel order ile ilgili bilgi düzeyleri, uygulamaları ve karşılaştıkları sorunlar üzerinde bir anket çalışması. *Smyrna Tıp Dergisi*, 39-45.
- Karakaya, İ. (2018). Tıbbi dokümantasyonun sağlık kurumları açısından önemi ve bir uygulama: kamu ve özel hastane çalışanlarının tıbbi kayıt sistemine yönelik tutumları. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Karaköse, G. (2021). Hemşirelerin sağlık kayıtlarında güvenlik, gizlilik ve mahremiyet uygulamalarına ilişkin görüşleri. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Katran, H. B. (2024). Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlamasına ilişkin algı düzeyleri. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 6(1), 41-48. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1358125>
- Khan, A. R. (2023). Time spent by intensive care unit nurses on the electronic health record. *Critical Care Nurse*, 42(5), 44–50. <https://doi.org/10.4037/ccn2022518>
- Kobeissi, M. M. (2023). Enhancing Simulation: A roadmap for integrating the electronic health record into the nurse practitioner curriculum. *Clinical Simulation in Nursing*, 85. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2023.101460>
- Köse, A. (2020). Sağlık dönüşümünde hemşire insan gücü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 300- 306.
- Larjow, E. (2021). Resource use of geriatric nurses due to documentation practices: A cross-sectional study of applied recording techniques in nursing homes. *Nursing Open*, 9(2), 1126-1135. <https://doi.org/10.1002/nop2.1152>

- Luan, Z., Zhang, Z., Gao, Y., Du, S., Wu, N., Chen, Y., Peng, X. (2023). Electronic health records in nursing from 2000 to 2020: A bibliometric analysis. *Frontiers in Public Health*, 11.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1049411>
- Macieira, T. G., Yao, Y., Marcelle, C., Mena, N., Mino, M. M., Huynh, T. M., Keenan, G. M. (2024). Standardizing nursing data extracted from electronic health records for integration into a statewide clinical data research network. *International Journal of Medical Informatics*, 183.
- Mahdizadeh, J. (2022). Challenges and opportunities of using the national electronic health record from the perspective of Iranian nursing staff. *On-Line Journal of Nursing Informatics*, 26(1).
- Malak, M. (2024). Factors correlate acceptance of applying electronic health solution records among emergency nurses. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 34(1), 119-129.
<https://doi.org/10.1080/10911359.2023.2177228>
- McBride, S., Thomas, L., Decker, S., Pierce, M., Burson, S., Song, H., Haerling (Adamson), K. (2024). Validation of a tool to evaluate nursing students' electronic health record competency in simulation. *Nursing Education Perspectives*, 45(3), 161-168. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000001240>
- Merih, Y. D. (2021). Evde sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(3), 76-89.
<https://doi.org/10.54537/tusebdergisi.1037224>
- Mersin, S. (2018). Analysis of the workload of nurses. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(3), 238-245.
- Molla, F. (2024). Nurses' documentation practice and associated factors in eight public hospitals, Amhara Region, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nursing*, 1-11.
<https://doi.org/10.1177/23779608241227403>
- Moore, E. (2020). Sağlık bilgi teknolojisinin hemşirelerin zamanı üzerindeki etkisinin sistematik bir incelemesi. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(5), 798-807.
- Muinga, N. (2021). Designing paper-based records to improve the quality of nursing documentation in hospitals: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 56-71. <https://doi.org/10.1111/jocn.15545>
- Mutshatshi, T. E. (2018). Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals. *Curationis*, 41(1), 1-6.
- Mızrak, H. (2023). Hastaların elektronik sağlık kayıt (ESK) sistemleri için güvenli blok zincir destekli bulut sistemi. *Fırat Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 35(2), 517-526.
<https://doi.org/10.35234/fumbd.1289650>
- Mykkänen, M. (2016). Standardized nursing documentation supports evidence-based nursing management. *In Nursing Informatics*, 466-470.

- Myklebust, K. K. (2019). Development and reliability testing of the scale for the evaluation of staff-patient interactions in progress notes (SESPI): An assessment instrument of mental health nursing documentation. *Nursing Open*, 6(3), 790-798.
- Nakatani, H. (2020). Predicting inpatient falls using natural language processing of nursing records obtained from Japanese electronic medical records: Case-control study. *JMIR medical informatics*, 8(4), e:16970.
<https://doi.org/10.2196/16970>
- Nomura, A. T. G. (2018). Quality of electronic nursing records: the impact of educational interventions during a hospital accreditation process. *Computers, Informatics, Nursing*, 36(3), 127-132.
- Nkoane, N. L. (2023). Experiences of operational managers regarding record keeping by new professional nurses in public hospitals in the north west province, South Africa. *Health SA Gesondheid*, 28, 2257.
<https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2257>
- O'Connor, S. (2024). Informing nursing policy: An exploration of digital health research by nurses in England. *International Journal of Medical Informatics*, 185, 1-38.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105381>
- Odacıoğlu, Y. (2018). Elektronik hasta dosyasının tanımı. İçinde *Tıbbi Belgeleme*. N. Ünal (Ed.), (s. 37-38). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Omaç Sönmez, M. (2014). Bir kamu hastanesinde hemşireler tarafından tutulan yazılı kayıtlar ve hemşirelik hizmetleri ile ilgisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(1), 34-40.
- Ören, B. (2021). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 170-183.
- Özdaş, İ. (2021). Acil servis hemşirelerinin algıladıkları stres kaynakları: Nitel bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(1), 64-70.
- Özen Bekar, E. (2020). Investigation of the control process in nursing care management. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(1), 61-70.
- Özkan, E. (2023). Tıbbi kayıtların tutulmasından ve saklanmasından doğan hukuki sorumluluk. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Öztürk, İ. (2022). Hemşirelerin elektronik bakım planı kullanımlarının zaman ve hasta bakım uygulamaları yönünden değerlendirilmesi: Özel bir hastane örneği. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 15-20.
<https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1059689>
- Paans, W. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *International Nursing Review*, 66(11), 2481-2489.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05433>
- Pakiş Çetin, S. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin hastaların kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(3), 199- 206.
<https://doi.org/10.46483/deuhfed.779557>

- Pamir Aksoy, N. A. (2022). Nurse Sensitive Quality Indicators. A Multi-centered Analysis, 4. *Uluslararası 12. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi*, Antalya, Turkey, 534.
- Park, H. (2021). Evaluating the correlation between nursing practice and electronic nursing records using importance-performance analysis. *Computers, Informatics, Nursing*, 39(9), 492-498.
- Park, S. (2024). Nurse-centered co-design of an electronic health record nursing summary. *Human Factors in Healthcare*, 5.
<https://doi.org/10.1016/j.hfh.2024.100065>
- Parra, D. I., Jaimes S. D. P., Villabona, M. V. C., Rey de Cruz, N., Diaz, H. C. A, Arboleda de Pérez, L. B., Jurado, Y. C. (2019). Responsabilidades éticas en la práctica de enfermería en instituciones de alta complejidad. *Revista Cuidarte*, 10(3), 662. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.662>
- Poelgeest, R. V. (2022). Electronic medical records and quality of care: exploration of the effects of EMR use on the quality of hospital care. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Utrecht University, Netherlands.
- Purkuloğlu, E. (2019). Hemşire karar destek sistemleri uygulamaları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 491-514.
- Raghunathan, K. (2021). Use of academic electronic medical records in nurse education: a scoping review. *Nurse Education Today*, 101, 104889.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104889>
- Rhulani, C. (2016). Effects of increased nurses' workload on quality documentation of patient information at selected primary health care facilities in vhembe district, limpopo province. *Curationis*, 39(1), 1–8.
<https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1545>
- Risdawati, I. (2024). Analysis of ethical and legal aspects in implementing a medical record system in hospitals on patient health practices. *International Journal of Society and Law*, 2(1), 229–240.
<https://doi.org/10.61306/ijsl.v2i1.96>
- Rossi, L. (2023). Nursing knowledge captured in electronic health records. *International Journal of Nursing Knowledge*, 34(1), 72-84.
<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12365>
- Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, Türkiye Sağlıkta Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi. Erişim adresi: <https://cgbs.saglik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 13.05.2024)
- Saranto, K. (2009). Evaluating nursing documentation–research designs and methods: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 65(3), 464-476.
- Saraswata, I. W. G. (2021). A systematic review of the implementation of electronic nursing documentation toward patient safety. *Enfermeria Clinica*, 31(2), 205-209.
- Sari, H. (2023). The frequency of workplace violence against healthcare workers and affecting factors. *PLOS ONE*, 18(7), 1–12.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289363>

- Selçuk, D. (2024). Hemşirelerde İşten Ayrılma Niyeti ile Zorunlu Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 11(1), 11-21. <https://doi.org/10.54304/SHYD.2024.82956>
- Sequeira, K. S. J. (2020). Electronic health records documentation : nurses attitudes and preferences in a given hospital. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Rajiv Gandhi University, India.
- Shahbodaghi, A. (2024). Documentation errors and deficiencies in medical records: A Systematic Review. *Journal of Health Management*, 26(2). <https://doi.org/10.1177/09720634241229545>
- Shoqirat, N. (2019). Nurses' Knowledge, Attitudes, and Barriers Toward Pain Management Among Postoperative Patients in Jordan. *J. Perianesth Nurs*, 34(2), 359-367. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.05.012>.
- Song, J., Zolnoori, M., Scharp, D., Vergez, S., McDonald, M. V., Sridharan, S., Kostic, S., Topaz, M. (2022). Do nurses document all discussions of patient problems and nursing interventions in the electronic health record? A pilot study in home healthcare. *JAMIA Open*, 5(2), 1–8. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooac034>
- Sungur, C. (2019). Correction of patient medical record errors through a file control method. *Health Policy & Technology*, 8(4), 329–336. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2019.08.010>
- Sylvester, R. (2023). Hospitals spend £1bn on storage as paper medical records pile up. *Times, The (United Kingdom)*, 2.
- Şenel Tekin, P. (2023). Sağlık bilgi yönetimi perspektifinden tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik: tarihi bir inceleme. *Bilgi Yönetimi Dergisi*, 6(1), 132-145.
- Taşar, E. (2022). Elektronik sağlık kayıtları kullanımında hemşirelerin bilgi güvenliği farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara.
- Tadese, M. (2024). Nursing patient record practice and associated factors among nurses working in North Shewa Zone public hospitals, Ethiopia. *Frontiers in Health Services*, 4, 1340252. <https://doi.org/10.3389/frhs.2024.1340252>
- Tajabadi, A. (2020). Unsafe nursing documentation: A qualitative content analysis. *Nursing ethics*, 27(5), 1213-1224. <https://doi.org/10.1177/0969733019871682>
- Taşkıran, G. (2017). Tutkulu bir istatistikçi: Florence Nightingale. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 113-120.
- Tiago, I. C. A., De Castro, R. A. S., Bragagnollo, G. R., De Mello, C. L., De Souza, C. C., Da Silva, G. C. T., Pereira, M. C. A. (2021). Early recognition of surgical patients with sepsis: Contribution of nursing records. *Applied Nursing Research*, 57, 151-352.
- Toulabi, T. (2022). Effects of HIS-based intervention on patient education process and patient satisfaction with nurses' education. *BMC Research Notes*, 15(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13104-022-06046-8>

- Tuğrul, E. (2015). Hemşirelerin önemli işlevlerinden biri: Hasta teslimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 95-107.
- Tural Büyük, E. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılıkları ile kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumları arasındaki ilişki. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 7(4), 198-210.
- Türk, G. (2010). İnmeli hastaların hemşire kayıtlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(4), 171-174.
- Uğrak, Ö. Ü. U. (2023). Sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği. İçinde *Hastane ve sağlık yönetimi: Güncel konular-II*. P. Yılık (Ed.), (s.89). Ankara: İksad Yayınevi. <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10050170>
- Vabo, G. (2017). Participants' perceptions of an intervention implemented in an action research nursing documentation project. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 983-993.
- Volkan, E. (2019). Dijital hastane çalışmalarının yatan hasta işlemlerinde sağladığı kağıt tasarrufu ve hemşirelik bakım hizmetlerinin süresine etkisinin analizi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Wang, N. (2015). The quality of paper-based versus electronic nursing care plan in Australian aged care homes: A documentation audit study. *International journal of medical informatics*, 84(8), 561-569.
- Whitt, K. J., Allen, C. L., Hogg, C. W., Pericak, A., Beebe, S. L., Braungart, C., McNelis, A. M. (2024). The use of electronic health records in advanced practice nursing education: a scoping review. *Journal of Professional Nursing*, 50, 83-94.
- Wurster, F., Beckmann, M., Cecon-Stabel, N., Dittmer, K., Hansen, T. J., Jaschke, J., Köberlein-Neu, J., Okumu, M.R., Rusniok, C., Pfaff, H., Karbach, U. (2024). The Implementation of an electronic medical record in a german hospital and the change in completeness of documentation: longitudinal document analysis. *JMIR Med. Inform*, 12. <https://doi.org/10.2196/47761> PMID: 38241076 PMCID: 10837754
- Yahalom, S. (2024). Nurses engaging with referral letters and discharge summaries: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 33(6), 2309-2323. <https://doi.org/10.1111/jocn.17054>
- Yazıcıoğlu, Y., Erdoğan, S. (2004). *Spss Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yenginar, A. (2017). Performans değerlendirmede kullanılan geleneksel ve modern yöntemler: Kıyaslamalı bir değerlendirme (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Yeşiltaş, A. (2016). Hemşirelerin çalışmak için tercih ettikleri birimler ve tercih nedenleri. *MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 74-87.
- Yıldırım, N. (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, (14), 217-231.
- Yıldız, C. Ç. (2020). Klinik karar destek sistemlerinin hemşirelikte kullanımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(2), 483-495. <https://doi:10.33715/inonusaglik.743296>

- Yılmaztürk, N. (2019). Yoğun bakım ünitelerinde tıbbi kayıtların dijitalleşmesinin iş süreçlerine etkisi. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yiğit, H. (2024). Dahili yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algılama düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 74 – 88.
<https://doi.org/10.61535/bseusbfd.1320616>
- Yolcu, S. (2023). Hemşirelerin sağlık hizmetlerinde iş sağlığı ve güvenliği konusunda rol ve sorumlulukları. *Atlas Journal of Medicine*, 4(9), 48-53.
<https://doi.org/10.54270/atljm.202345>
- Yulianti, N. (2023). Tinjauan kelengkapan pengisian rekam medis rawat inap di rumah sakit angkatan laut marinir cilandak. *Jurnal Sosial Dan Sains*, 3(7), 670–677.
<https://doi.org/10.59188/jurnalsosains.v3i7.923>
- Yurtsever, İ. (2020). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin hastanede kullanılan hemşirelik bakım planını iyileştirme konusundaki görüş ve önerileri: Karma modelde bir çalışma. *HUHEMFAD*, 7(3), 210-215.
- Zhan, S. (2024). Application of failure mode and effects analysis to improve the quality of the front page of electronic medical records in china: Cross-sectional data mapping analysis. *JMIR Medical Informatics*, 12.
<https://doi.org/10.2196/53002>
- Zhang, P., He, Z., Yu, G., Peng, D., Feng, Y., Ling, J., Bian, Y. (2021). The modified NUTRIC score can be used for nutritional risk assessment as well as prognosis prediction in critically ill COVID-19 patients. *Clinical Nutrition*, 40(2), 534-541.

8. EKLER

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

HASTA TANILAMA FORMU										
	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Karalama Yapılmış Veri	Diğer	Yüzeysel Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt
Hasta Mesleği/Çocuk Sayısı										
Hasta Adı/Soyadı										
Hasta Ön Tanı/Tanı										
Ev Koşulları										
Eğitim Durumu										
Hasta Telefon										
Hastaneye Geliş Şekli										
Geldiği Yer										
Hastanın Yakınması										
Hasta Kabulündeki Açıklamalar										
Kronik Hastalıklar										
Geçirilen Hastalıklar										
Alerjileri										
Alişkanlıkları (Sigara, Alkol Vb)										
Uyku Düzeni										
Dışkılama Aışkanlığı										
Sürekli Kullanılan İlaçlar										
Fiziksel Gereksinimleri Karşılama Durumu										
Bilinç Durumu										
Hastaneye Yatma Nedeni										
Daha Önce Hastane Deneyimi										
Daha Önce Ameliyat Olup Olmadığı										
Kullanılan Protezler										
Kan Grubu										
Kan Transfüzyonu										
Deri Gözlemi										
Emosyonel Gözlem										
Nörolojik Gözlem										
Konuşma										

Genitoüriner										
Gis										
Solunum										
Kas İskelet										
Beslenme										
Diğer Gözlemler										
Yaşam Bulguları										
Bulaşıcı Hastalıkları										
Bası Yaraları Risk Tanılama										
Ağrı Tanılama										
Hemşire Adı-Soyadı										
Hemşire Parafı										
Hastanın Mevcut Ve Olası Sorunları										
Hastadan Teslim Alınan İlaçların Adı										
İlaçın Miadı/ Miktarı										
Teslim Alan/Teslim Eden İsim Soyisim/İmza										
YOĞUN BAKIM GÖZLEM FORMU										
	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Karalama Yapılmış Veri	Diğer	Yüzeysel Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt
Genel bilgiler										
Alerji										
Adli vaka										
Yatış tarihi/günü										
Tanısı										
Bulaşıcı hastalığı										
Kültür takibi										
Kullanılan antibiyotik										
İzolasyon uygulaması										
İnsülin kullanımı										
Güvenlik önlemleri										
Hayati bulgular										
Solunum										
Aldığı										
Çıkardığı										
Ağrı (yeri)										
Ağrı (niteliği)										
Ağrı (skala)										

Kısıtlama										
Pozisyon										
Bası ülseri										
Ağız bakımı										
Ekstremiteler nabız/ödem(göğüs)										
El yüz bakımı										
Ayak bakımı										
Çarşaf değ./düzeltme										
Göz bakımı										
Saç bakımı										
Postural drenaj										
Vücut bakımı										
Perine bakımı										
Tıraş										
Aspirasyon										
Masaj										
Kateter takibi tarihi										
Kateter takipleri										
Braden bası değerlendirme skala										
Glaskow koma										
Hemşire adı soyadı/parafı (teslim alan)										
Hemşire adı soyadı/parafı (teslim eden)										
HASTA TABURCU EĞİTİM FORMU										
	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Karalama Yapılmış Veri	Diğer	Yüzeysel Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt
Hasta Bilgileri										
Evde Kullanacağı İlaçların Açıklaması										
Kontrol Tarihi										
Dikiş, Dren, Sondanın Alınacağı Tarih										
Kontrol Başvurusu Kayıtları										
Pansuman(Evd e Pansuman Zamanı, Nasıl Yapılacağı)										
Diyet										
Fizik Aktiviteleri										
Banyo Zamanı										
Yardımcı Araç Gereçler										

Hemşire Kontrol Checklist										
Muhtemel Komplikasyonlar										
Özel Uyarılar										
Bakıma İlişkin Dikkat Edilecek Hususlar										
Hastane İletişim Bilgileri										
Hasta veya Yakını Ad Soyadı- İmza										
Hemşire Ad- Soyad-İmza										
YATAN HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİM FORMU										
	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Karalama Yapılmış Veri	Diğer	Yüzeysel Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt
Hasta Bilgileri										
Eğitim Öncesi Tanılama										
Eğitim Yöntemleri										
Eğitim Değerlendirme										
Eğitim Tarihi										
Servise Kabulünde Verilen Eğitim										
Tedavi Sürecinde Verilen Eğitimler										
Cerrahi Müdahaleye Göre Eğitim										
Psikiyatrik Hasta Eğitimi										
Verilen Diğer Eğitimler										
KAN TRANSFÜZYON FORMU										
	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Karalama Yapılmış Veri	Diğer	Yüzeysel Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt
Hasta Bilgileri										
Kan Transfüzyon Formu Teslim Bilgileri										
Kan Transfüzyon Formu Transfüzyon Planı										
Kan Transfüzyon İzlemi										
GÜVENLİ İNVAZİV İŞLEM KONTROL LİSTESİ FORMU										
	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Karalama Yapılmış Veri	Diğer	Yüzeysel Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt
Hasta Bilgileri										
Tarih										
Hemşire Adı- Soyadı-İmzası										
HASTA TRANSFER FORMU										
	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Karalama Yapılmış Veri	Diğer	Yüzeysel Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt

Hasta Tanıtıcı Bilgileri											
Vital Bulguları											
Transfer Öncesi Uygulanan Tedaviler											
Hasta Genel Bilgiler											
Hastada Bulunan Tıbbi Ekipmanlar											
Transfer Edilen İlaçlar											
Teslim Eden/ Ad Soyad- İmza/Tarih- Saat											
TEDAVİ BİLGİLENDİRME ONAM FORMU											
	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Karalama Yapılmış Veri	Diğer	Yüzeysel Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt	
Hemşire Adı- Soyadı- İmzası											
Hasta veya Yakını Adı Soyadı- İmzası											
Tarih/Saat											
NUTRİSYON SKORLAMA FORMU											
	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Karalama Yapılmış Veri	Diğer	Yüzeysel Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt	
Boy/Kilo/Vücut Kitle İndeksi											
Ön Değerlendirme											
Esas Değerlendirme											
Hemşire Adı Soyadı											
Hemşire Parafı											
BAKIM PLANI FORMU											
	Boş	Eksik Veri	Okunaksız Yazı İle Kayıt	Kısaltma Yapılmış Kayıt	Form Dosyada Yok	Karalama Yapılmış Veri	Diğer	Yüzeysel Veri	Gerekli Olmayan Veri	Tam Kayıt	
Hasta Bilgileri											
Tarih											
Bakım Tanısı											
Amaç- Faaliyet											
Açıklama											
Hemşire Adı Soyadı											
Hemşire Parafı											

EK 2. YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

1. Hemşirelik bakım sürecinde kayıtların yeri hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. Hemşirelik kayıtlarını oluştururken yaşadığınız sorunlar nelerdir? Örneklerle açıklayabilir misiniz?
3. Sizce bu yaşanan sorunların nedenleri nelerdir?
4. Bu sorunların çözülmesi için neler yapılabilir?
5. Gelecekte hemşire kayıtlarında nelerin değişmesini istersiniz?
6. Tez çalışmam kapsamında biriminizle ilgili son bir yılın ait arşiv taraması yapılmış olup arşiv taraması sonucunda tutulan hemşirelik kayıtlarında bazı verilerde boş, eksik, yüzeysel olarak yapılan kayıt, karalama yapılmış, kısaltma yapılmış kayıt veya okunaksız tutulmuş kayıtlar olduğu saptanmıştır. Bu verilerdeki problemlerin sebeplerinin neler olduğunu düşünüyorsunuz?
7. Arşiv taraması sonucunda hastanede hemşire kayıtları çoğunlukla kağıt üzerinde yapılmış olması rağmen nutrisyon formu ve bakım planı formu elektronik ortamda kayıt sağlanarak çıktısının hasta dosyasına konulduğu saptanmıştır. Yaptığınız elektronik kayıtları değerlendirebilir misiniz?
8. Arşiv taraması sonucunda hemşirelik kayıtlarında bazı formlar dosyada standartta bulunmayıp, hastanın gereksinimine göre yapılan hemşirelik kayıtlarda örneğin kan transfüzyonu, mavi kod formu, psikotrop ilaç istem formu vb. gibi diğer kayıtların aksine tam veya daha problemsiz kayıt sağlanmış olarak tespit edilmiştir. Sizce bunun sebebi nedir?
9. Konu ile ilgili eklemek istedikleriniz var mıdır?

EK 3. NİTEL ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ



EK 4. NİTEL VERİLERİN ANALİZİNE YÖNELİK MAXQDA EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ



Sertifika Bilgileri

Eğitim Programı	MAXQDA Eğitimi (Nitel Analiz Programı)
Program Numarası	AEGEP-2021-21
Eğitimi Veren	Mustafa Kara
Katılım Tarihi	29.09.2023
Belge Türü	Katılım Belgesi
Belge Geçerlilik Süresi	Süresiz



65152596DDB25
DOĞRULAMA KODU

Kursiyer Bilgileri

Adı Soyadı	Hande Demirtaş
TC Kimlik / Yabancı Kimlik No	13321752442
Doğum Yeri / Tarihi	Bilecik / 17.02.1985
Kursiyer No	23090942

Bu belge Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Uygulama ve Araştırma Merkezi Sertifika Programları kapsamında verilmiştir. Belgedeki sertifika ve kursiyer bilgileri yan tarafta yer alan QR kod okutularak veya "https://sertifika.comu.edu.tr/tr/dogrulama" adresine "65152596DDB25" nolu doğrulama kodu girilerek doğrulanabilmektedir.

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi / Bilim ve Teknoloji Uygulama ve Araştırma Merkezi / Elektronik Sertifika Yönetim Sistemi / sertifika.comu.edu.tr ©

EK 5. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

GÜNDEM: Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ'ın 2022-148 numaralı başvurusunun değerlendirilmesi

KARAR: Etik Kurulumuzun 18.10.2022 tarihinde saat 14.00'te yapılan 2022-9 sayılı toplantısında Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ danışmanlığında Hande DEMİRTAŞ tarafından yürütülmesi planlanan 2022-148 başvuru sayılı " Hemşire Kayıtları ile İlgili Yaşanan Sorunlar, Nedenleri ve Çözüm Önerileri: Kesitsel, Retrospektif ve Nitel Bir Araştırma " konulu çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

* Etik Kurul Başkanının Başvuru Sahibi Olduğu Çalışmanın Değerlendirilmesine Etik Kurul Başkanı Katılmamıştır.

Toplam 1 sayfadan oluşan bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. maddesi uyarınca güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

e-imzalıdır

EK 6. KURUM İZİN ONAYI

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BALIKESİR VALİLİĞİ Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü		 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BALIKESİR VALİLİĞİ Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü	
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ KOMİSYON DEĞERLENDİRME FORMU			
Doküman Kodu:ARGE.FR.03	Yayın Tarihi: 14.07.2016	Revizyon Tarihi/No:21.01.2020 / 02	Sayfa No:1/1
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN			
Adı Soyadı	Hande DEMİRTAŞ		
Kurumu / Üniversitesi	Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü		
Araştırma Yapılacak İl / İller	Balıkesir		
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Balıkesir Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
Araştırmanın Konusu	Hemşire Kayıtları ile Yaşanan Sorunlar, Nedenleri ve Çözüm Önerileri: Kesitsel, Retrospektif ve Nitel Bir Araştırma		
Araştırmanın Statüsü	Doktora Tezi		
Ön İzin Formu	☒ Var ☐ Yok		
Başvuru Belgeleri	Hastane Ön İzin Formu	☒ Var	☐ Yok
	Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu	☒ Var	☐ Yok
	Üniversite / Kurum Talehi	☒ Var	☐ Yok
	Araştırma Yöntemi Örneği	☒ Var	☐ Yok
	Kurumsal Kimlik Belgesi	☒ Var	☐ Yok
Veri Toplama Araçları	*Retrospektif ve Nitel *Yanı Yapılandırılmış Görüşme Formu		
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	Aralık 2022- Haziran 2024		
Görüş İstenilen Birimler	Kardiyoloji -		
KOMİSYON GÖRÜŞÜ / KARAR			
06.12.2022 tarihinde yapılan komisyon toplantısında; Hande DEMİRTAŞ isimli araştırmacının "<i>Hemşire Kayıtları ile Yaşanan Sorunlar, Nedenleri ve Çözüm Önerileri: Kesitsel, Retrospektif ve Nitel Bir Araştırma</i>" konulu araştırmasına ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.			
Komisyon Kararı	☒ Oy Birliği ☐ Oy Çoğunluğu ile alınmıştır.		
Muhallif Üyenin Adı ve Soyadı:			
Gerekçesi:			

EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Meslektaşım,

Bu çalışma ‘‘Hemşire Kayıtları ile İlgili Yaşanan Sorunlar, Nedenleri ve Çözüm Önerileri: Retrospektif ve Nitel Bir Araştırma’’ adı ile Prof. Dr. Serap Altuntaş ve Doktora Öğrencisi Hande Demirtaş tarafından yürütülmektedir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma kapsamında verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak olup, sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çekilebilirsiniz. Eksik cevaplar vermeniz durumunda araştırma kapsamından çıkarılabilirsiniz. Bu çalışma kapsamında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve herhangi bir ücret verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılımda gönüllük esas olup hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Uygulama esnasındaki dürüstlüğünüz ve samimiyetiniz çok önemlidir ve bizim için büyük bir önem taşımaktadır. Çalışmada hiçbir şekilde adınız belirtilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılımda gönüllü olursanız ses kayıt cihazı eşliğinde yaklaşık 30 dakika hemşirelik kayıtları ile ilgili yaşanan sorunlar, nedenleri ve çözüm önerileri hakkında görüşmemiz gerçekleşecektir. Görüşmelerde kullanılan ses kayıt cihazında kayıtlı olan bilgiler, çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır. **Çalışma için kullanıldıktan sonra ses kaydınızın silinmesini istiyorsanız belirtebilirsiniz.**

Çalışma tamamlandığında ses kaydımın silinmesini istiyorum.

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fark etmez

İlginiz ve yanıtlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı ve verdiğim bilgilerin bilimsel amaç için yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

SES KAYIT İZİN FORMU

Araştırmanın Adı:.....

	Evet	Hayır
Bilgilendirme formunu okudunuz mu?		
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?		
Size araştırma ile ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?		
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?		
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?		

Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuz anlatıldı mı?		
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?		
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız.....</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:



9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Hande DEMİRTAŞ
Medeni hali	: Evli
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
EĞİTİM	
Lise	: Bilecik Anadolu Lisesi
Lisans:	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu
Yüksek lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Programı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: 57,5
MESLEKİ DENEYİM	
Ameliyathane Hemşireliği /Gülhane Askeri Tıp Akademisi	2007 -2008
Ameliyathane Sorumlu Hemşireliği /Eskişehir Asker Hastanesi	2008 -2012
Göğüs Cerrahisi Servis Hemşireliği /Gülhane Askeri Tıp Akademisi	2012- 2015
Psikiyatri Hemşireliği /Gülhane Askeri Tıp Akademisi	2015 -2016
Psikiyatri Hemşireliği /Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016- 2017
Kadın Doğum Servis Sorumlu Hemşireliği /Niksar Devlet Hastanesi	2017 -2019
Eğitim Hemşireliği /Bandırma Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2019- Devam ediyor
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Türk Hemşireler Derneği Yönetici Hemşireler Derneği	
YAYINLARI	
Demirtaş, H., Özkan, B. (2017). The relationship between urinary incontinence, geriatric depression and loneliness in elderly individuals, <i>Int J Inf ResRev</i> , 4 (5), 1818.	
Demirtaş, H., Altuntaş, S. (2023) Nurses' competence levels in disaster nursing management in Turkey: A comparative cross-sectional study. <i>International Nursing Review</i> , 00, 1-7. https://doi.org/10.1111/inr.12829	
Altuntaş, S., Korkmaz, A. Ç., Efe, N., Demirtaş, H., Kuleyin, B. (2023). Problems experienced by nurses working in the region affected by Kahramanmaraş earthquakes in Turkey and their recommendations for risk	

reduction: A descriptive and cross-sectional study. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 104115.

Tozak, F., Demirtaş, H., Aba, G. (2024). Hemşirelikte Mesleki Örgütlenme: Türkiye’de ve seçili ülkelerde mevcut durum. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 15(42), 728-747.

Kitap Bölümü:

Demirtaş, H., Altuntaş, S. (2020). Hemşirelik Mesleğinde Şiddet. A.Dinç (Ed), Sağlık Bilimlerinde Multidisipliner Araştırmalar-3 (ss.145-164). Efe Akademi, İstanbul.

Demirtaş, H., Baykal, Ü. (2024). Örgütsel Davranışın Gelişimi ve Önemi (Development and Importance of Organizational Behavior). S.Altuntaş, A.Çiçek Korkmaz, A. K. Harmancı (Ed), Hemşirelikte Örgütsel Davranış: Güncel Yaklaşım ve Yönelimler. Bölüm 1 (ss.3-12) Akademisyen Kitabevi A.Ş. Ankara.

[https://doi: 10.37609/akya.3150](https://doi.org/10.37609/akya.3150)

Altuntaş S., Demirtaş, H. (2024). Örgütsel Davranış Etkileyen Faktörler (Factors Affecting Organizational Behavior). S.Altuntaş, A.Çiçek Korkmaz, A. Kader Harmancı (Ed), Hemşirelikte Örgütsel Davranış: Güncel Yaklaşım ve Yönelimler. Bölüm 2 (ss.13-30) Akademisyen Kitabevi A.Ş. Ankara.

[https://doi: 10.37609/akya.3150](https://doi.org/10.37609/akya.3150)

Sözel Bildiriler:

Özkan, B., Demirtaş H, Çakar B, Güleşen M, (2013) “Evsad Biriminde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum, Tükenmişlik ve Kaygı Durumlarının Belirlenmesi’ III. Uluslararası Evde Sağlık ve Hizmetler Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Demirtaş, H., Altuntaş, S. (2021). Hemşirelerin, Afet Hemşireliği Yönetimi ile İlgili Yetkinlik Düzeylerine Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi. 1.Ulusal Hemşirelik Yönetimi Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Demirtaş, H., Altuntaş, S.(2023). Hemşire Kayıtları İle İlgili Yaşanan Sorunlar: Kesitsel ve Retrospektif Bir Araştırma. 3. Ulusal Hemşirelik Yönetimi Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Altuntaş, S., Korkmaz, A. Ç., Efe, N., Demirtaş, H., & Kuleyin, B. (2023). Problems Experienced By Nurses Serving in the Region Affected by Kahramanmaraş Earthquake in Turkey and Nurses’ Risk Reduction Recommendations. 14.Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Demirtaş, H., Altuntaş, S.(2024). Hemşire Kayıtları İle İlgili Yaşanan Sorunlar, Nedenleri ve Çözüm Önerileri: Nitel Bir Araştırma. 7. Uluslararası Antalya Bilimsel Araştırma ve Yenilikçi Araştırmalar Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).

Demirtaş, H., Efe Sayan, N., Altuntaş, S.(2024). “Evaluation of the effectiveness of disaster Training Provided to Health Workers” 3rd International Paris Congress on Medical & Health Sciences. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).



