

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK KARACİĞER HASTALARINDA ULUSLARARASI  
HEMŞİRELİK TERMİNOLOJİSİNE DAYALI STANDART  
HEMŞİRELİK BAKIM PLANININ GELİŞTİRİLMESİ ve  
KULLANIŞLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Gülfigar GÜLKAYA**

**Hemşirelik Esasları Programı  
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA  
2024**



**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK KARACİĞER HASTALARINDA ULUSLARARASI  
HEMŞİRELİK TERMİNOLOJİSİNE DAYALI STANDART  
HEMŞİRELİK BAKIM PLANININ GELİŞTİRİLMESİ ve  
KULLANIŞLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Gülfigar GÜLKAYA**

**Hemşirelik Esasları Programı  
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ**

**ANKARA  
2024**

**ONAY SAYFASI****KRONİK KARACİĞER HASTALARINDA ULUSLARARASI HEMŞİRELİK  
TERMİNOLOJİSİNE DAYALI STANDART HEMŞİRELİK BAKIM PLANININ  
GELİŞTİRİLMESİ VE KULLANIŞLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ****Gülfiğar GÜLKAYA****Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ**

Bu tez çalışması 16.01.2024 tarihinde jürimiz tarafından “ Hemşirelik Esasları Programı” nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

- Jüri Başkanı:** *Prof. Dr. Leyla DİNÇ*  
*Hacettepe Üniversitesi*
- Üye:** *Prof. Dr. Deniz TANYER*  
*Selçuk Üniversitesi*
- Üye:** *Dr. Öğr. Üyesi Nigar ÜNLÜSOY DİNÇER*  
*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi*
- Üye:** *Doç. Dr. İmatullah AKYAR*  
*Hacettepe Üniversitesi*
- Üye:** *Doç. Dr. Şenay GÜL*  
*Hacettepe Üniversitesi*

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

12 Şubat 2024

**Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN**  
**Enstitü Müdürü**

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarını bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezim kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullanıldığını ve istenildiğinde sürelerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar hariçince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açıktır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 6 ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmemiştir. <sup>(3)</sup>

16/02/2024

Gülşar ÇÜLKAYA

*“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”*

- (1) Madde 6.1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılmaması veya patent alına sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6.2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüştürülmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılmamış durumdaki 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hâlinde tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ay aşmanca üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7.1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir <sup>4</sup>. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolleri çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretimin Kuruluna bildirilir.  
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kurulları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomatasyon Sistemine yüklenir.

<sup>4</sup> Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanımın Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.

(İmza)  
~~Gülfişah~~ GÜLKAYA

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmayı yaparken;

Doç.Dr. Sayın Fatoş Korkmaz'a lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca ve tez danışmanım olarak çalışmanın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendirdiği ve her aşamasında manevi destek verdiği, değerli deneyim ve bilgilerini paylaştığı için,

Prof. Dr. Sayın Leyla Dinç'e hem lisans hem doktora eğitimim boyunca yanımda olduğunu manevi desteğini hissettirdiği ve bilgisini sürekli paylaştığı için,

Prof. Dr. Sayın Deniz Tanyer'e tez izleme jürisi olarak araştırmanın yapılandırılmasında, izlenmesinde çalışmamın istatistiksel analizinde katkıda bulunduğu ve manevi desteğini sürekli hissettirdiği için,

Prof. Dr. Sayın Sergül Duygulu'ya eğitim hayatım boyunca her zaman benimle bilgisini manevi desteğini paylaştığı için,

Doç. Dr Sayın İmatullah Akyar'a, tez savunma jüri üyesi olarak katkısından dolayı ve her zaman manevi desteğini paylaştığı için,

Doç. Dr Sayın Şenay Gül, tez savunma jüri üyesi olarak katkısından dolayı ve her zaman manevi desteğini paylaştığı için,

Dr. Öğr. Üyesi Sayın Nigâr Ulusoy Dinçer'e tez savunma jüri üyesi olarak katkısından dolayı ve her zaman manevi desteğini paylaştığı için,

Doç. Dr. Sayın Gülten Koç'a, Prof. Dr. Sayın Gülelgün Türk'e, Dr. Öğr. Üyesi Sayın Emine Özer Küçük'e, Dr. Öğr. Üyesi Sayın Gülden Basit'e, Ar. Gör Dr. Sayın Sıdika Kestel'e standart bakım planının geçerlilik çalışmasında uzman görüşleri ile katkılarından dolayı,

Doç. Dr. Sayın Zeliha Özdemir Köken'e ve Dr. Öğr. Üyesi Sayın Seher Başaran Açıl'e dil geçerlilik çalışmalarında katkılarından dolayı,

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genel Hastane 6.Kat A-C Blok Gastroenteroloji Servisi'nde özveriyle hizmet veren ve çalışmama katkıda bulunan servis sorumlu hemşirelerine ve servis hemşirelerine,

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genel Hastane 6.Kat B Blok Gastroenteroloji Servisi'nde özveriyle hizmet veren, çalışmamın uygulanmasında emek harcayan, çalışmam sırasında manevi destekleri, sabır, sevgi ve anlayışları için Sayın Emre Erdoğan'a, Sayın Melek Ünüz Uygun'a, Sayın Merve Kahraman'a, Sayın Nazlıcan Özcan'a, Sayın Fatma Peküs'e, Sayın Şeyma Gül'e, Sayın Zeynep Üstünbaş'a, Sayın Ceyhan Karapınar'a ve Sayın Elif Önen'e iyi günümde, kötü günümde her zaman yanımda oldukları ve her zaman sabır, sevgi ve anlayışlarını benden esirgemedikleri için,

Ve beni bu günlere kadar getiren, her zaman onların çocukları ve kardeşi olmaktan gurur duyduğum;

Her anımda yanımda olan ve başarmam için sürekli beni destekleyen Abim Fatih Gülkaya'ya

Kalbimde taşıdığım rahmetli canım Babam Sami Gülkaya'ya

Ve bu çalışmanın görünmeyen mimarı olan canım Annem Nafiye Gülkaya'ya içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

### **Gülkaya, G. Kronik Karaciğer hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Standart Hemşirelik Bakım Planının Geliştirilmesi ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı Doktora Tezi, Ankara 2024.**

Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının geliştirilmesi ve kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi için katılımcı eylem araştırması tasarımı ile üç fazda uygulanmıştır. Araştırmanın birinci fazında, kronik karaciğer hastalığına sahip sekiz hasta ve yarı yapılandırılmış soru formu ile nitel olarak 1-31 Aralık 2017 tarihleri arasında tamamlanmıştır. İkinci fazında; Gastroenteroloji servislerinde görev yapan 18 hemşirenin hemşirelik süreci yaklaşımı ile yapılandırılmış hemşirelik bakım planına ilişkin görüşleri belirlenmiştir. Bu fazda ayrıca, kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde kullanılmak üzere uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının geliştirilmiş ve kapsam geçerliliği Ekim 2022- Eylül 2023 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Araştırmanın üçüncü fazında kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının kullanılabilirliği (*etkililik, kalite ve memnuniyet*) Gastroenteroloji servislerinde görev yapan 18 hemşire ve yatarak tedavi gören 10 hasta ile Ekim 2023-Aralık 2023 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Bu fazda standart bakım planı kullanarak hasta bakımını tamamlayan yedi hemşire ile memnuniyet değerlendirmesi yapılmıştır. Araştırmanın birinci fazında; kronik karaciğer hastalarının hastalık ilişkili deneyimleri hastalığa ilişkin semptomlar ve hastalık ilişkili yaşam sorunları olarak iki tema altında toplanmıştır. İkinci fazında; hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olduğu, hemşirelik süreci yaklaşımı ile çalıştıkları ve en çok NANDA hemşirelik tanı terminolojisini bildikleri belirlenmiştir. Bu fazda geliştirilen standart bakım planı 22 NANDA hemşirelik tanısı, tanımlarla ilişkili NOC sonuçları ve NIC girişimlerini içermiş ve kapsam olarak %95-%100 arasında geçerli olduğu bulunmuştur. Üçüncü fazında; kronik karaciğer vakası için hemşirelerin ön test bakım planından aldıkları toplam puan ( $5.44 \pm 2.81$ ), ile son test bakım planından aldıkları toplam puan ( $16.50 \pm 4.98$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Geliştirilen standart bakım planının kullanıldığı hasta dosyaları ile mevcutta kullanılan bakım planının yer aldığı hasta dosyalarının kalite puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Hemşireler standart bakım planının; hasta hakkında hızlı bilgi almayı sağladığını, kronik karaciğer hastalığına sahip hastaların rahatlıkla takip edilmesini ve kanıta dayalı uygulamaları desteklediğini, hastaların daha iyi bakım almalarını sağladığını, bireysellikten uzaklaştırmadığı için bu bakım planı ile çalışmaktan memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmada sonuç olarak; uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planı, kapsam açısından geçerli, etkili, kaliteli ve memnuniyet verici olarak değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda geliştirilmiş standart hemşirelik bakım planının kronik karaciğer hastalarının bakımının kullanımının yaygınlaştırılması önerilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** katılımcı eylem araştırması, standart hemşirelik bakım planı, kronik karaciğer hastalığı, uluslararası hemşirelik terminolojisi, bakım



## ABSTRACT

**Gülkaya,G. Development and Usefulness of the Standard Nursing Care Plan Developed Based on the International Nursing Terminology in Individuals Hospitalized with Chronic Liver Disease, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Fundamentals of Nursing Program PhD Thesis, Ankara 2024.** The study was conducted in three phases with participatory action research design to develop a standard nursing care plan based on international nursing terminology in individuals hospitalized with chronic liver disease and to evaluate its usefulness. In the first phase of the study, eight patients with chronic liver disease and a semi-structured questionnaire were completed qualitatively between December 1-31, 2017. In the second phase, the opinions of 18 nurses working in gastroenterology services regarding the nursing care plan structured with the nursing process approach were determined. In this phase, a standard nursing care plan based on international common nursing terminology was developed to be used in individuals hospitalized with chronic liver disease and the scope validity was completed between October 2022 and September 2023. In the third phase of the study, the usefulness (effectiveness, quality and satisfaction) of the standard nursing care plan developed based on international nursing terminology in individuals hospitalized with chronic liver disease was completed between October 2023 and December 2023 with 18 nurses working in Gastroenterology services and 10 inpatients. In this phase, satisfaction assessment was made with seven nurses using the standardized care plan and completing patient care. In the first phase of the study, disease-related experiences of chronic liver patients were collected under two themes as disease-related symptoms and disease-related life problems. In the second phase, it was determined that the majority of the nurses were undergraduate graduates, they worked with the nursing process approach, and they mostly knew the NANDA nursing diagnosis terminology. The standard care plan developed in this phase included 22 NANDA nursing diagnoses, NOC outcomes and NIC interventions related to the diagnoses and was found to be 95%-100% valid. In the third phase, the difference between the nurses' total score from the pretest care plan ( $5.44 \pm 2.81$ ) and the total score from the posttest care plan ( $16.50 \pm 4.98$ ) was statistically significant ( $p < 0.001$ ). The difference between the mean quality score of the patient files in which the developed standard care plan was used and the patient files in which the care plan currently used was found to be statistically significant ( $p < 0.05$ ). The nurses stated that they were satisfied with the standard care plan because it provided quick information about the patient, enabled patients with chronic liver disease to be followed up easily and supported evidence-based practices, enabled patients to receive better care, and did not take them away from individuality. As a result of the study, the standard nursing care plan developed based on international common nursing terminology was evaluated as valid, effective, high quality and satisfactory in terms of scope. It was recommended that the use of the standard nursing care plan developed in this direction should be expanded in the care of chronic liver patients.

**Key Terms:** participatory action research, standardized nursing care plan, chronic liver disease, international nursing terminology, care.

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
<b>1.GİRİŞ</b>	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırma Soruları	7
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	8
2.1. Karaciğer ve Fonksiyonları	8
2.2. Kronik Karaciğer Hastalıkları	9
2.3. Siroz Tablosu	10
2.3.1. Kompanse Evre Siroz Tablosu	11
2.3.2. Dekompanse Evre Siroz Tablosu	12
2.4. Siroz Tablosu Komplikasyonları	13
2.4.1. Portal Hipertansiyon	13
2.4.2. Varis Kanamaları	13
2.4.3. Asit, Asit Yönetimi ve Spontan Bakteriye Peritonit	13
2.4.4. Hepatik Ensefalopati	14
2.4.5. Hepatorenal Sendrom	15
2.4.6. Hepatopulmoner Sendrom	16
2.5. Kronik Karaciğer Hastalığında Hemşirelik Bakımı	16
2.5.1. Kompanse Evre Siroz Tablosunda Hemşirelik Bakımı	16
2.5.2. Dekompanse Evre Siroz Tablosunda Hemşirelik Bakımı	17
2.6. Hemşirelik Süreci Yaklaşımı	17

2.6.1. Hemşirelik Süreci Yaklaşımı Aşamaları	18
2.6.2. Hemşirelik Süreci Yaklaşımı ile Bakım Planı Yapılandırma	
Uluslararası Terminolojiler	20
2.7. Standart Hemşirelik Bakım Planı	24
2.8. Kronik Karaciğer Hastaları için Uluslararası Terminolojiye Dayalı Standart	
Hemşirelik Bakım Planı	25
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	27
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
3.3. Araştırma Grupları	33
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	35
3.5. Araştırmanın Uygulanması	42
3.5.1. Birinci Faz: Kronik Karaciğer Hastalarının Gereksinimlerinin	
Belirlenmesi	42
3.5.2. İkinci Faz: Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan	
Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı	
Standart Hemşirelik Bakım Planının Geliştirilmesi	46
3.5.3. Üçüncü Faz: Karaciğer Hastalığı Tanısı İle Hastaneye Yatırılan	
Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı	
Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığın	
Değerlendirilmesi	49
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	52
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	53
<b>4. BULGULAR</b>	54
4.1. Birinci Faz: Kronik Karaciğer Hastalarının Gereksinimlerinin Belirlenmesi	54
4.2. İkinci Faz: Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan	
Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Standart	
Hemşirelik Bakım Planının Geliştirilmesi	65
4.3. Üçüncü Faz: Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde	
Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart	
Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığın Değerlendirilmesi	68
<b>5. TARTIŞMA</b>	79

5.1. Kronik Karaciğer Hastalarının Deneyimleri	79
5.2. Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Planı Kullanımına İlişkin Görüşleri	80
5.3. Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığı	83
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	88
6.1. Sonuçlar	88
6.2. Öneriler	89
<b>7. KAYNAKLAR</b>	90
<b>8. EKLER</b>	102
EK 1. Birinci Aşama Gereksinimlerinin Belirlenmesi İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu	
EK 2. Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planı	
EK 3. D-Catch İncument	
EK 4. D-Catch Kalite Değerlendirme Aracı	
EK 5. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hemşirelik Bakım Planı Kullanımına İlişkin Görüşleri	
EK 6. Standart Vaka Analizi	
EK 7. Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planına İlişkin Soru Formu	
EK 8. Birinci Aşama Gereksinimlerin Etik Kurul İzni	
EK 9. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Araştırmanın Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmasına Dair İzin Yazısı	
EK 10. Birinci Aşama Kronik Karaciğer Hastalarının Gereksinimlerin Belirlenmesi Hasta Onamı	
EK 11. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzin Yazısı	
EK 12. D-Catch Kalite Değerlendirme Aracı için İzin Yazısı	
EK 13. Araştırmanın İkinci Aşaması Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı	

Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığının  
Değerlendirilmesinde Hemşire Onamı

EK 14. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Araştırmanın Ankara Bilkent Şehir  
Hastanesi'nde Yapılmasına Dair İzin Yazısı

EK 15. Araştırmanın İkinci Aşaması Kronik Karaciğer hastalığı Tanısı ile Hastaneye  
Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı  
Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığının  
Değerlendirilmesinde Hemşire Onamı

EK 16. Orjinallik Ekran Çıktısı

EK 17. Dijital Makbuz

**9. ÖZGEÇMİŞ**

158

**SİMGELER KISALTMALAR**

<b>ABY</b>	: Akut Böbrek Yetmezliği
<b>ANA</b>	: American Nursing Association
<b>HE</b>	: Hepatik Ensafalopati
<b>HRS</b>	: Hepatorenal Sendrom
<b>NANDA</b>	: The North American Nursing Diagnosis Association Taxonomy
<b>NIC</b>	: The Nursing Intervention Classification
<b>NOC</b>	: The Nursing Outcomes Classification
<b>KGİ</b>	: Kapsam Geçerlilik İndeksi

## ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Kronik Karaciğer Hastalığı Seyri	11
3.1.	Katılımcı eylem araştırması döngüsü	29
3.2.	Kronik Karaciğer Hastalığı Olan Bireyler İçin Geliştirilen Uluslararası Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Hemşirelik Bakım Planı-Bulantı Hemşirelik Tanısı	48

## TABLOLAR

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>2.1.</b> Kronik Karaciğer Hastalığı Etiyolojisi	10
<b>2.2.</b> Hepatik Ensefalopatinin Sınıflandırılması	15
<b>3.1.</b> Standart Vaka Analizi (Ön Test/ Son Test)	37
<b>3.2.</b> Standart Bakım Planına (Ön Test/Son Test) Ait Veriler	38
<b>3.3.</b> Standart Vaka Analizi Puanlandırılması	39
<b>3.4.</b> Araştırma Uygulanması	41
<b>3.5.</b> Kronik Karaciğer Hastalığı Olan Bireyler İçin Geliştirilen Uluslararası Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Standart Hemşirelik Bakım Planı NANDA Hemşirelik Tanıları	44
<b>4.1.</b> Araştırmanın Birinci Aşamasına Katılan Kronik Karaciğer Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri	54
<b>4.2.</b> Kronik Karaciğer Hastalarının Hastalık Deneyimlerine İlişkin Tema ve Alt Temaları	57
<b>4.3.</b> Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	65
<b>4.4.</b> Hemşirelerin Bakım Planı Kullanımına İlişkin Görüşleri	66
<b>4.5.</b> Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığının (Etkililik) Değerlendirilmesi Ön test ve Son Test Puanları	68
<b>4.6.</b> Araştırmaya katılan hemşirelerin son test puanlarının hedef değerlere göre değerlendirilmesi	72
<b>4.7.</b> Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Uygulayan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	74
<b>4.8.</b> D-Catch Kalite Değerlendirme Aracının Değerlendiriciler Arasındaki Uyumu ve puan ortalamaları	74
<b>4.9.</b> D-Catch Kalite Değerlendirme Aracı ile Sistemdeki Hemşirelik Bakım Planı ve Standart Bakım Planının Değerlendirme Sonuçları	75
<b>4.10.</b> Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planı ile Çalışan Hemşirelerin Görüşleri	76



# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problem Tanımı

Kronik hastalıklar, bireyde gözlenebilen, hissedilebilen fonksiyonel değişikliklere neden olan uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen, genellikle tam tedavi edilemeyen ve kişinin yaşam kalitesini etkileyen durumlardır. Kronik hastalıklar içerisinde yer alan kronik karaciğer hastalığı, tüm dünyada mortalite ve morbiditeye yol açan majör nedenlerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization: WHO) verilerine göre, özellikle siroz ve hepatosellüler karsinom gibi sonuçları olan karaciğer hastalıkları, dünya genelinde ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır (1).

Karaciğer hastalıkları yıllık iki milyon ölüme neden olmakta ve dünya çapında her 25 ölümden birini oluşturmakta ve ölümlerin çoğu sirozdan ve hepatosellüler karsinomadan kaynaklanmaktadır (2). Türkiye İstatistikleri Kurumu verilerine göre 2022 yılında 15 yaş üzeri bireylerde, her yüz kişiden birinin kronik karaciğer hastalığına bağlı siroz tablosu geliştiği belirtilmiştir (3). Paralel olarak kronik karaciğer hastalığına bağlı Türkiye’de 2022 yılı Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre 2 bin 600 kişi karaciğer nakli beklemektedir (4). Dünya çapında sirozun en yaygın nedenleri viral hepatit, alkol ve non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı ile ilgilidir (2). Paralel olarak, hem dünya da hem de ülkemizde non-alkolik karaciğer yağlanması bağlı karaciğer hastalığına sahip kişilerin sayısının giderek arttığı belirtilmektedir (5, 6). 2030’lu yıllarda kronik karaciğer hastalığının etyolojisinde önemli bir yer tutan non-alkolik karaciğer yağlanması bağlı ölüm oranlarının kardiyak hastalıklardan ölen birey sayısından daha fazla olabileceğini vurgulanmıştır (7).

Non-alkolik karaciğer yağlanması karaciğer hastalığının etyolojisinde yer aldığı gibi birçok farklı nedenden kaynaklı kronik karaciğer hastalığı gelişebilmektedir. Hepatit B, C, D gibi viral hepatit enfeksiyonlarının yanında, alkol kullanımı, primer sklerozan kolanjit, primer biliyer siroz, Wilson sirozu, Hemakromatozis gibi hastalıklar, otoimmün hepatit ve birçok daha başka nedenden dolayı kronik karaciğer hastalığının görülme riski yüksektir. Kronik karaciğer

hastalığının etiolojisinde yer alan hastalıkların çoğunun prognozu karaciğer sirozu ile sonuçlanmaktadır.

Etiyolojiden bağımsız olarak kronik karaciğer hastalıklarının tedavisinde primer amaç hastalığın karaciğer yetmezliğine gidişatı yavaşlatarak, siroz tablosunun ilerleyişini engellemeye çalışmaktır (8, 9). Siroz tablosu; semptomsuz seyredebileceği gibi dekompanse evre olarak tanımlanan, siroza bağlı komplikasyonların ortaya çıktığı şekilde de izlenebilmektedir. Dekompanse evrede birey, karında asit, hepatik koma, peritonit ve hepatorenal sendrom, protein enerji malnütrisyonu (10, 11) gibi komplikasyonlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Siroz tablosu ve komplikasyonlarına bağlı hastaneye yatan bir bireyin tedavi sürecinin en az yedi gün (12) sürdüğü, ancak hastalığın şiddetine göre daha uzun bir süreci kapsadığı da görülmektedir. Bireyin yatarak tedavisini gerektiren bu dönem, bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız karşılamayacak düzeyde (13) olması ile sonuçlanabilen bir tabloda seyredebilmektedir. Birey bu süreçte, uyku ve defekasyon problemleri, bireysel hijyen gereksiniminde aksaklıklar, beslenmede yetersizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma, karında asit, sarılık, yorgunluk, aktivite intoleransı, kaşıntı ve beraberinde cilt bütünlüğünün bozulması, ağrı, anksiyete, ümitsizlik, iş gücü kaybı, depresyon, cinsel yaşamdaki problemler ile karşı karşıya kalmaktadır (9, 10, 14, 15). Tüm bu özellikleri nedeni ile bu hastalıklara sahip bireylerin hemşirelik bakımlarının sürekliliği, uygun planlanması ve izlenmesi, bu izlemin bireylerin hem hastanede yatarak tedavi gördüğü süreçte hem de taburculuk sonrası evde takip sürecinde oldukça önemlidir. Bireye özgü düzenlenmesi gereken bu süreç, hemşirelik meslek üyelerinin bireye kendi kendine bakımı öğretebilmeleri ve yatarak ya da ayaktan tedavi hizmetlerinden yararlandığı dönemde bakım sürecini yönetebilmeleri açısından oldukça elzemdir. Bu bağlamda bütüncül bir bakış açısıyla bakımın, birey için hemşirelik süreci yaklaşımı ile planlanması ve uygulanması ve bakım planı içinde kayıt altına alınması beklenmektedir.

Hemşirelik bakım planları, ülkemizde sağlık bakım kurumunda hemşirelik süreci yaklaşımı ile ele alınan bakım sürecinin aşamaları olan; veri toplama, tanımlama, planlama, uygulama, değerlendirmeyi içeren bir yapıda kâğıt tabanlı; basılı hasta bakım planları ya da bilgisayar ortamında; Word, Excel vb tabanlı formlar / uygulamalar şeklinde hazırlanıp çıktı alınabilir şekilde ya da bilgisayar ortamında

hazırlanmış /kodlanmış doldurulabilir uygulama olarak hazırlanmaktadır. Literatür bilgisayar ortamında hazırlanan bakım planları ile ilgili farklı sonuçlar paylaşmaktadır; sistemde yapılandırılan etiyoloji, semptom ve tanıların tam anlamıyla doğru tanımlanmadığı (16), hastaya yönelik belirlenen tanılarda hemşireler arasında tutarsızlıklar olduğu (17), hemşirelik girişim ve sonuçlarının tanımlar ile ilişkili olarak belirlenmediği (18) dolayısıyla hasta ile ilgili oluşturulan bakım kayıtlarının çoğunluğunun hatalı olduğu belirtilmiştir. (19, 20). Diğer yandan başlıklar şeklinde yapılandırılıp çıktı alınan bakım planlarında da benzer şekilde, hasta için belirlenen hemşirelik bakım sorunları/tanımlarının ve bunlara yönelik planlanan hemşirelik girişimlerinin yetersiz olduğu, hemşirelik sonuçlarının nasıl değerlendirileceğinin belirsiz olduğu gözlenmektedir. Oysa hastanın hastalık ilişkili yaşamında deneyimlediği ve nasıl yönetileceğini ağırlıklı olarak hemşirelerin bildiği bakım sorunlarını özellikle yatarak tedavi alınan dönemde yönetmek için hazırlanması beklenen bakım planlarının bu bağlamda doğru yapılandırılması ve ortak bir terminoloji ile tanımlanması çok önemlidir.

Hemşireler tarafından hazırlanan hasta bakım planları sadece hemşirelik meslek mensupları için değil bütün sağlık ekibi için hasta hakkında güncel verilere ve bakım sorunlarına ulaşabilmeyi sağlayan dolayısıyla etkili iletişimi destekleyen araçlardır (21). Bu nedenle hemşirelik bakım planlarının ortak bir hemşirelik terminolojisi ile hazırlanması, hastanın bakım gereksinimi hakkında bilgi sahibi olunmasını kolaylaştırmaktadır. Dolayısıyla hemşirelik bakım planlarının ister kâğıt formatta ister bilgisayar ortamında hazırlanmış olsun, amacına ulaşabilmesi ve kanıta dayalı uygulamaların kullanımını artırabilmesi, güvenli bakım uygulamalarını destekleyebilmesi için, hastanın klinik tablosuna göre güncellenebilen, hemşirelerin klinik karar verme süreçlerini destekleyebilecek özellikte, ne zaman ne yapılması gerektiği konusunda yönlendirici olabilecek ve tüm hemşirelik meslek üyeleri tarafından ortak kabul edilen bir terminoloji ile organize edilmeleri gerekmektedir.

Hemşirelik mesleğinde ortak terminoloji Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) tarafından, hemşirelik bakımı ile eşleşen, aynı zamanda sürekli gelişen, zengin ve anlamlı standart hemşirelik terminolojileri olarak tanımlamıştır (22). Ortak terminolojiler, hemşirelik mesleği tarafından bakım sunumu sırasında kullanılan kavramları net tanımlamalar ve hem ulusal hem de

uluslararası olarak alanda hasta sorunlarını, hemşirelik girişimlerini ve hasta sonuçlarını/çıktılarını tanımlamak için ortak bir dil oluşturarak bakımın kalitesinin ölçülmesine dolayısıyla kalitesinin artmasına katkı sağlar (23).

ANA tarafından hemşirelik alanında ortak dil olarak kabul edilen 13 standart terminoloji belirlenmiştir. Bu terminolojilerden, NANDA (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği-North American Nursing Diagnosis Association-NANDA); hemşirelik tanılarını, NIC (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması-Nursing Intervention Classification) hemşirelik girişimlerini, NOC (Hemşirelik Sonuçları/Çıktıları Sınıflaması-Nursing Outcomes Classification) hemşirelik sonuçları / çıktıları tanımlamak için geliştirilmiş ana standart terminolojilerdir (24). NANDA, NIC, NOC hemşirelik terminolojileri hasta bakımında beraber kullanıldığında hemşirelik bakım verilerini çok iyi tanımlamakta ayrıca hemşirelik kayıtlarının kalitesini de arttırmaktadır (25). Bu bağlamda, Park (2014) retrospektif ve tanımlayıcı olarak yaptığı çalışmasında kalp yetmezliği tanısı almış kişilerde NANDA, NIC, NOC kullanılmasının, hemşirenin aynı tanıyı almış kişilerde verilecek bakımı daha iyi tahmin edip yönlendireceğini ifade etmiştir (26). Paralel olarak, travmatik beyin yaralanmalarında, standart terminolojiye göre bakım planı belirlendiğinde hastaya verilen bakımda bireysel farklılıkları azaltabileceği belirtilmiştir (27). Literatürde NANDA, NIC, NOC hemşirelik terminolojilerinin, hemşirelik mesleğinin bulunduğu her alanda kullanımının hemşirelik eylemlerinin belirlenmesinde olumlu sonuçlarının olduğu bulunmuştur (28, 29). Ülkemizde; beyin tümörlü hastaların ameliyat sonrası erken ve geç dönemde alabilecekleri hemşirelik tanılarının (NANDA temelli) önceden belirlendiği bir çalışmada, ameliyat sonrası oluşabilecek erken ve geç dönem komplikasyonların önlenebileceği (30), Akut Miyokard İnfarktüsü (31) ve Kronik Kalp Yetersizliği (32) tanısı almış hastalarda NANDA, NIC, NOC kullanımının, hasta bakımının bütüncül ve sistematik değerlendirilmesini sağlayabileceği bulunmuştur (32). Yine, uluslararası terminolojinin kullanımının hemşirelik bakımında yol göstereceği olacağını belirten çalışmalar da mevcuttur (33-36).

Sağlık sistemindeki değişiklikler, yatış süresini kısaltma yoluyla hastaların karşı karşıya kalabileceği kurum kaynaklı risklerin azaltılmaya çalışıldığı bu dönemde, hastanede tedavi gören bireylerin, yatış süresince ve sonrasında etkisi

devam eden hemşirelik bakımının güçlendirilmesi önem kazanmıştır (37, 38). Hasta sonuçlarını iyileştirmek, hastaneye yatış ve maliyeti azaltmak için sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta odaklı bir hizmeti önceliklemeleri gerekmektedir (39). Bu doğrultuda hemşirelik bakım sürecinin de bireyleri, taburculuk sonrası bakımlarında yapması gerekenleri yönetmeye hazırlaması beklenmektedir. Tüm bu beklentileri karşılamak üzere son dönemde hemşirelikte standart bakım planı kullanımına yönelik bir eğilimin olduğu görülmektedir (37).

Standart hemşirelik bakım planlarını, normal bir klinik durumun ele alındığı sürecin bir haritası olarak görmek mümkündür. Böylece, ne zaman, nerede, kim tarafından ne yapılması gerektiğini özetleyen ve açıklayabilen kayıtlar şeklinde tanımlandığı görülmektedir (40). Bir başka tanımda standart planlar; belirli bir durumla ilgili sağlanacak bakımı tanımlayan, güvenli ve yüksek kaliteli eylem planı olarak belirtilmiştir (41, 42). Standart bir bakım planının genel amacı, hemşirelere belli bir hasta grubunun bakımında ortak olan bir planın uygulanmasına yardımcı olmaktır. Bu bağlamda standart bakım planlarının belli bir gruba odaklanmış ve bireylerin ihtiyacı olan bakıma uygun yapıldığında yararlı bir araç olduğu bilinmektedir (37). Diğer yandan, geleneksel planlara göre daha az yazma işlemi gerektiğinden zaman tasarrufu sağlayabileceği, daha açık ve anlaşılır olduğu için verilerin yeniden analize izin verebileceği de belirtilmiştir (43, 44). Verilerin yeniden analiz edilip anlamlı bir şekilde kullanılmasının sağlıkta kalite ve etkinlik için önemli olduğu düşünüldüğünde, bu bakım planlarının analiz ve karşılaştırmaya olanak tanıyacak verilerin toplanmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir (45). Ayrıca, spesifik hasta popülasyonları için kalite temelli standartların karşılanması; ilgili hemşirelik tanısının, girişimlerinin ve hasta sonuçlarının belirlenmesi, bakım standartları geliştirilebileceği öngörülmüştür (46). Bu kapsamda analiz ve karşılaştırmaya olanak sağlaması açısından standart terminolojiyi temel olarak yapılandırılmış standart hemşirelik bakım planlarının; hemşirelik bakımının görünürlüğünü artıracak sonuçların analizi ve ortak bir dil kullanımı için gerekli olduğunu söylemek mümkündür (25, 47, 48). Paralel olarak, NANDA, NIC, NOC terminolojisini kullanarak benzer tanıya sahip hasta grubu ile yapılan çalışmalarda; hastanın bireysel hedeflere ulaşmasında belirgin etkisinin olduğu (49), kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının gelişmesinde etkili olduğu ve bu bakım planını kullanan

hemşirelerin olumlu geri bildirim verdikleri ifade edilmiştir (50, 51). Her ne kadar standart bakım planlarının uygulamaya aktarılması ile ilgili az sayıda çalışmaya rastlansa da bu çalışmalar hemşirelik bakımın uluslararası standartlara uygun verildiğinde, bireyin günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırdığı (52, 53), oluşabilecek komplikasyonları azalttığı (54) ve hasta memnuniyetini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (55). Bu bağlamda, hemşirelerin bilgi ve becerisini, hasta bakımının sürekliliği ve kalitesini arttırabilen, kanıta dayalı uygulamaların desteklenmesini sağlayan standart bakım planlarının geliştirilmesi ancak kullanılabilirliğinin test edilmesinin önemli olduğunu söylemek mümkündür.

Kronik karaciğer hastalığının global hastalık yükünü göz ardı edilemeyecek şekilde etkilemesi, bu hastalığın bakım (15) ve maliyet yükünün (56) yüksek olması ve paralel olarak hastalığa sahip bireylerin öz bakım güçlerinin ortalamasının altında olması (13) ayrıca bireylerin yaşam kalitelerinin de hastalığa bağlı olumsuz etkilenmesi nedeniyle (57), kronik karaciğer hastalığına sahip bireylerin hastalığı yönetmelerinde sağlık bakım hizmeti sunan kurumlara ve bu hastalara bakım veren hemşirelere (yatarak tedavi gördüğü süreç ve taburculuk sonrası izlemde) (15, 58) önemli sorumluluklar düşmektedir. Sorumlulukların en önemlisi kesintisiz ve sürekli bakımın sağlanmasıdır. Bu paralelde yapılan çalışmalar, kronik karaciğer hastalığının bireylerde yarattığı sorunların uygun bir şekilde verilerinin toplanmasının (59), doğru ve geçerli hemşirelik tanıları hasta sonuçlarını iyileştiren müdahalelerin seçilmesine rehberlik edeceği (60) ve böylece yetersiz hemşire bakımı yönetimi nedeniyle yeniden hastaneye yatışların azaltılabileceği vurgulanmıştır (61). Paralel olarak, özellikle dekompanse evrede multidisipliner bir ekiple, kanıta dayalı uygulamalarla standart bakımın sağlanmasının önemli olduğu, özellikle de kaliteli hasta bakımının verilmesinde hasta, doktor ve aile ile iletişimde merkezde olan hemşirelerin fonksiyonlarının önemli olduğu ve sürekli desteklenmesinin gerekliliği belirtilmiştir (62). Bu bağlamda, bakımın sürekliliğinin sağlanması ve bakım vericiler arasında ortak dil kullanımına katkı sağlanması için standartlaştırılmış bakım planlarını kullanmaları önerilmektedir (51, 63).

Bu kapsamda bu çalışma da kronik karaciğer hastalarına bakım veren hemşirelerin kullanabileceği uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı

standartlaştırılmış hemşirelik bakım planı geliştirilmiş ve kronik karaciğer hastalarındaki kullanılabilirliği test edilmiştir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı: kronik karaciğer hastalığı olan bireylerin bakım gereksinimlerini belirlenmesi ve karşılanmasına yönelik uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının geliştirilmesi ve kullanılabilirliğinin (etkililik, kalite, memnuniyet) değerlendirilmesidir.

## **1.3. Araştırma Soruları**

### **Birinci Faz**

1. Kronik Karaciğer Hastalığı tanısı ile izlenen bireylerin, hastalığa yönelik deneyimleri nasıldır?

### **İkinci Faz**

1. Hemşirelerin, hemşirelik süreci yaklaşımı ile yapılandırılan bakım planlarına ilişkin görüşleri nelerdir?
2. Kronik Karaciğer Hastaları için hazırlanan uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart bakım planı geçerli midir?

### **Üçüncü Faz**

1. Kronik Karaciğer Hastaları için hazırlanan uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart bakım planı etkili midir?
2. Kronik Karaciğer Hastaları için hazırlanan uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart bakım planı kaliteli midir?
3. Kronik Karaciğer Hastaları için hazırlanan uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart bakım planı ile çalışmak memnuniyeti etkiler mi?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Karaciğer ve Fonksiyonları

Karaciğer vücuttaki en büyük organdır, yetişkinlerde yaklaşık 1500-1800 gr. ağırlığındadır. Glison kapsülü ile kaplı olan karaciğer, karın boşluğunun sağ üst kadranında yer alır ve göğüs kafesi tarafından korunur (64, 65). Karaciğer beslenmesi portal ve hepatik ven tarafından sağlanırken, venöz drenajı hepatik venler tarafından gerçekleştirilir. Karaciğer ortalama dakikada 1600 ml kan gelir ve %75'ini portal ven, %25'i ise hepatik arter ile gelmektedir. Karaciğerden venöz çıkış hepatik ven yoluyla inferior vena cavaya olur. Genel olarak, hepatik kan akışı kalp debisinin yaklaşık %25'ini temsil eder ve tüm vücut metabolizmasındaki merkezi rolünü gösterir (66). Karaciğer, portal venden gelen kan akışına çok az direnç gösterir ve ortalama basınç 9 mmHg'dir (aralık 5-10 mmHg). Bu basınç, her dakika bir litre kanın karaciğerden geçmesi için yeterlidir (64, 65, 67). Karaciğer oksijen gereksiniminin yaklaşık %50'si portal venden, diğer yarısı da hepatik arterden gelir. Üç hepatik ven dalı vena cavaya açılır. Lenfatik damarlar, küçük portal traktlar ve küçük hepatik venlerin duvarlarında bulunur (65). Karaciğer ve safra yollarının innervasyonu T7'den T10'a kadar uzanan sempatik liflerin yanı sıra her iki vagal sinirden gelen parasempatik lifler aracılığıyla gerçekleşir. Sempatik lifler, karaciğer ve safra kanallarına postganglionik lifler vermeden önce çölyak ganglionlardan geçer. Sağ taraftaki çölyak ganglionları ve sağ vagal sinir, hepatik arter boyunca uzanan bir anterior hepatik sinir pleksusu oluşturur. Sol taraftaki çölyak ganglionları ve sol vagal sinir, safra kanalı ve portal venin posteriorundan geçen bir posterior hepatik pleksus oluşturur. Hepatik arterler sempatik lifler tarafından beslenirken, safra kesesi ve ekstra hepatik safra kanalları sempatik ve parasempatik liflerden inervasyon almaktadır (66).

Karaciğerin segmental olarak çıkarılmaya izin veren anatomisi, kendi kendini yenileme yeteneği hem ekzokrin hem de endokrin bir bez olarak görev yapması vücudumuz için kritik bir öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Karaciğer metabolik homeostazın merkezi olup karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasının önemli fonksiyonları sayesinde besin maddelerinin işlenmesi ve dağıtımını koordine ederek enerji metabolizması için düzenleyici organ olarak hizmet eder. Bunun yanı



sıra, vitaminlerin depolanması, safra üretiminin devamlılığı ve fibrinolitik enzimlerin üretilmesi ve detoksifikasyon fonksiyonu karaciğerin diğer önemli işlevleridir (10, 66-69).

## **2.2. Kronik Karaciğer Hastalıkları**

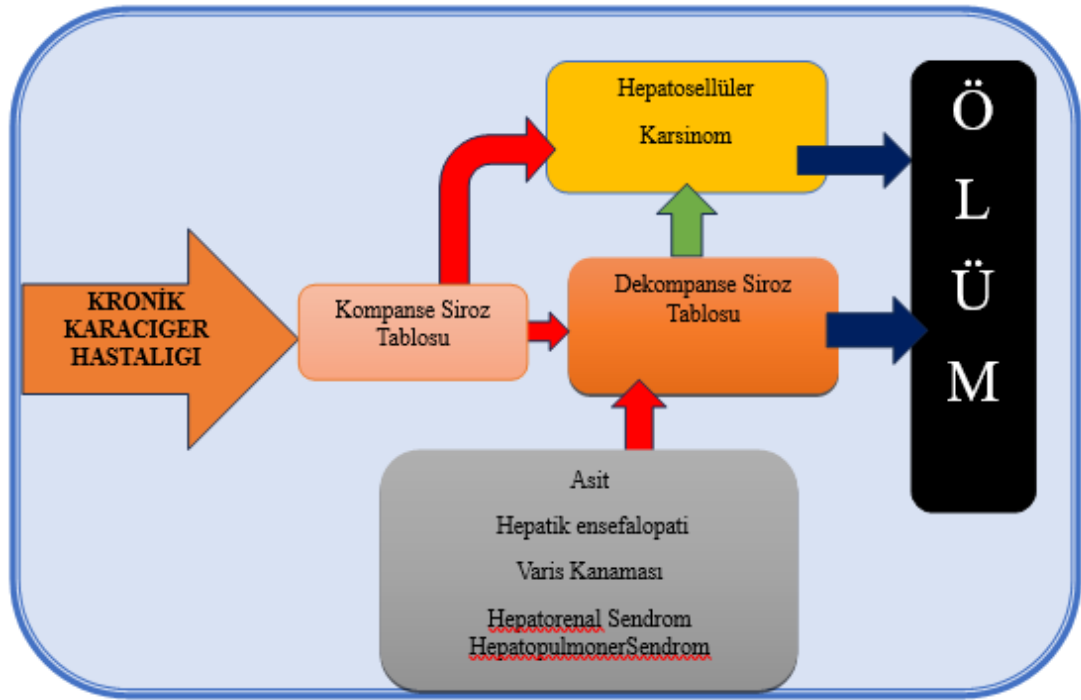
Kronik karaciğer hastalığı (KKH), pıhtılaşma faktörlerinin ve diğer proteinlerin sentezini, metabolizmanın zararlı ürünlerinin detoksifikasyonunu ve safra atılımını içeren karaciğer fonksiyonlarının altı aydan daha uzun bir süre boyunca ilerleyici bir şekilde bozulmasıdır. Kronik karaciğer hastalığının; alınan toksinler, uzun süre alkol kullanımı, enfeksiyon, otoimmün hastalıklar, genetik ve metabolik bozuklukları içeren geniş etiyojisi vardır. Siroz tablosu ise karaciğer yapısının bozulması, yaygın nodül oluşumu, vasküler reorganizasyon, neo-anjiyogenez ve ekstraselüler matriks birikimi ile sonuçlanan kronik karaciğer hastalığının son aşamasıdır (11). Kronik karaciğer hastalığı ve buna bağlı siroz tablosu gelişimine neden olabilecek hastalıklar Tablo 2.2'de özetlenmiştir (10, 11, 67, 69, 70).

**Tablo 2.1.**Kronik Karaciğer Hastalığı Etiyolojisi

Neden	Hastalık		
<b>Kronik Hepatitler</b>	Hepatit B	Hepatit C	Hepatit D
<b>Alkol</b>	Alkolik Karaciğer Hastalığı		
<b>Diyabet, Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Sedanter yaşam, Obezite</b>	Non- Alkolik Karaciğer Yağlanması ( <i>Son yıllarda, non-alkolik karaciğer yağlanması (NAFLD) terimi, hastalığın metabolik kökenini daha iyi yansıtacak şekilde "metabolik (dis)fonksiyonla ilişkili karaciğer yağlanması" (Metabolic Dysfunction Associated Fatty Liver Disease MAFLD) olarak güncellenmiştir.</i> )		
<b>Biliyer Hastalıklar</b>	Primer Biliyer Kolanjit	Primer Sklerozan Kolanjit	Sekonder Sklerozan Kolanjit
<b>Kalıtımsal Metabolik Hastalıklar</b>	Hemakromatozis	Wilson Hastalığı	Alfa-1 Tripsin Eksikliği
	Kistik Fibrozis	Galaktozemi	Glikojen Depo Hastalıkları
	Hereditör Trizonemi	Galaktozemi	Hereditör Hemorejik Talerjiyektazi
	Abetalipoproteinemi	Porfiya	Byler's Hastalığı
<b>İlaç ve Toksinler</b>	Toksik Hepatit		
<b>Venöz Obstirüksiyonu</b>	Çıkış Budd-Chiari Sendromu	Venoklüzif Hastalık	
<b>Kalp Yetmezliği</b>	Kronik Sağ Kalp Yetmezliği	Triküspit Yetmezlik	
<b>Diğer Sebepler</b>	Sifiliz, Sarkoidoz		

### 2.3. Siroz Tablosu

Karaciğerdeki inflamasyon, Disse aralığında bulunan stellat hücrelerinin aktivasyonuna ve kollajen sentezinin artışına neden olarak fibrozis ve rejenerasyon nodülleri ile karakterize histopatolojik tabloya siroz denir (10, 71). Klinik olarak siroz tablosu, genellikle karaciğer nakli yapılmadıkça ölümle sonuçlanan son evre kronik karaciğer hastalığı olarak kabul edilmiştir. Tsochatzis ve arkadaşları (2014) siroz tablosunun artık tek bir hastalık birimi olarak görülmemesi gerektiği, bunun yerine farklı klinik prognostik aşamalara alt sınıflandırılabilceği ve bu aşamalara bağlı olarak 1 yıllık mortalitenin %1 ile %57 arasında değişebileceğini belirtmişlerdir (8). Siroz tablosundaki hastalar, klinik olarak kompanse veya dekompanse olmasına bağlı olarak asemptomatik veya semptomatik olabilirler.



Şekil 2.1. Kronik Karaciğer Hastalığı Seyri (72)

### 2.3.1. Kompanse Evre Siroz Tablosu

Kompanse siroz tablosu, karaciğer hastalığının bir evresidir ve bu aşamada karaciğer hasar görmüş olmasına rağmen, hala çoğu işlevini yerine getirebilir ve semptomlar genellikle hafif veya yoktur. Bu evrede karaciğer, hasarın etkilerini kompanse edebilir, yani telafi edebilir. Bu nedenle, kompanse siroz tablosu genellikle "sessiz" bir dönem olarak kabul edilir çünkü hastalar genellikle normal bir yaşam sürdürebilirler ve hastalığın varlığından habersiz olabilir (8, 9, 15). Bu dönemde hastaların kontrolleri poliklinik takibi ile yapılır. Hastalar, fizik muayene, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, fibroelastrofi, endoskopi gibi görüntüleme yöntemleri, laboratuvar bulguları ve gerekli ise karaciğer biyopsi yapılarak hastalığın etyolojisi belirlenir, tedavisi belirlenerek hastalar takip edilir (10, 73, 74). Bu evrede kendi içinde sınıflandırılır (8).

- ✓ **Evre 1 (Kompanse siroz tablosu, özofageal varis yok):** Bu evrede siroz tanısı almış hastaların karaciğerleri hala yeterli fonksiyonları yerine getirebilmekte ve henüz özofageal varis gibi ciddi komplikasyonlar gelişmemiştir. Bu evredeki hastaların tahmini yıllık mortalitesi %1 olarak düşük bir oranda belirtilmiştir (8, 75).

- ✓ **Evre 2** (*Kompanse siroz tablosu, varis var*): Bu evrede ise siroz tanısı almış hastaların karaciğer fonksiyonları hala yeterli olmakla birlikte, özofageal varislerin varlığı gibi bir komplikasyon gelişmiştir. Bu evredeki hastaların tahmini yıllık mortalitesi %3.4 olarak, evre 1'e göre biraz daha yüksek bir oranda belirtilmiştir (8, 75).

Her iki evrede tedavi ve bakımın amacı, hastalığın ilerlemesini durdurmak veya yavaşlatmaktır. Kompanse siroz tablosunun ilerlemesi durumunda, karaciğer fonksiyonları bozulabilir ve dekompanse siroz tablosu olarak adlandırılan daha ciddi bir evreye geçiş olabilir (8, 15, 75).

### 2.3.2. Dekompanse Evre Siroz Tablosu

Dekompanse evre siroz tablosu, karaciğerin fonksiyonlarının ciddi şekilde bozulduğu ve hayatı tehdit eden komplikasyonların ortaya çıktığı ileri evre karaciğer hastalığıdır. Hastalar genellikle karaciğer fonksiyon bozukluğu ve portal hipertansiyon kombinasyonundan kaynaklanan çok çeşitli belirti ve semptomlarla başvurur. Siroz tablosu bir hastada asit, sarılık, hepatik ensefalopati, varis kanaması veya hepatoselüler karsinom tanısı konması, kompanse siroz tablosu evresinden dekompanse siroz tablosu evresine geçildiğini gösterir (11). Bu evrede kendi içinde sınıflandırılır.

- ✓ **Evre 3** (*Dekompanse siroz tablosu, asit ile*): Bu evrede siroz tablosu hastalarında asit gelişmiştir, yani karın boşluğunda anormal miktarda sıvı birikmiştir. Bu evredeki hastaların tahmini yıllık mortalitesi %20 olarak belirtilmiştir (8, 75).
- ✓ **Evre 4** (*Dekompanse siroz tablosu, gastrointestinal kanama ile*): Bu evrede siroz tablosu hastalarında gastrointestinal kanama meydana gelmiştir. Bu kanama genellikle özofageal varislerin yırtılması sonucu oluşur ve acil tıbbi müdahale gerektirir. Evre 4'teki hastaların tahmini yıllık mortalitesi %57 olarak oldukça yüksek bir oranda belirtilmiştir (8, 75).

Dekompanse siroz tablosunun yönetimi, nakil ihtiyacını belirleme bunun için komplikasyonların tedavisi ve hastanın durumunu stabilize etmeye yönelik müdahaleleri içerir.

## **2.4. Siroz Tablosu Komplikasyonları**

### **2.4.1. Portal Hipertansiyon**

Portal hipertansiyon hem portal akıma hem de portal venöze karşı oluşan dirençten kaynaklanır ve böylelikle sinüzoidal vasküler direnç artar. Portal hipertansif sürecin başlarında dalak büyüyerek trombositleri ve diğer oluşmuş kan hücrelerini tutar ve böylece hipersplenizme yol açar. Buna ek olarak, koroner ven gibi normalde portal sisteme drene olan damarlar akışlarını tersine çevirir ve kanı portal sistemden sistemik dolaşıma doğru kanı yönlendirir. Böylelikle kollateraller oluşur (özofagus, mide, rektum, anüs, karın venleri- çaput medusa görünümü, dalak, pankreas ve retroperitoneal alan). Bu portosistemik kollateraller portal venöz sistemi dekomprese etmekte yetersiz kalır ve portal akışa ek direnç oluşturur. Bu dirence bağlı kanamalar ve asit gelişimi görülür (9, 10, 67).

### **2.4.2. Varis Kanamaları**

Portal hipertansiyona bağlı gelişen kollaterallerden en ölümcül kanamalar özofagus varislerinden kaynaklanır. Varis içi basıncın artması sonrası spontan rüptür gelişimi ve asit reflüsüne bağlı erozyonlar sonrası kanama gelişebilir. Bant ligasyonu kanamaların durdurulmasında aktif bir endoskopik yöntemdir (10, 69). Bu hastaların takibinde, kanama kontrolü, bilinç takibi, sıvı elektrolit dengesini takibi, aldığı çıkardığı takibi, bant ligasyonu sonrası bulantı yönetimi, oral mukoz membran takibi, uygun medikal tedavi devamlılığı önemlidir (76).

### **2.4.3. Asit, Asit Yönetimi ve Spontan Bakteriyel Peritonit**

Hepatik mikro sirkülasyonun bozulmasına bağlı sinüzoidal kapillarizasyon gelişir ve bunun sonucunda, kapillerde gözeneklerin küçülmesine ve lenfatik drenajın da yeterli etkin yapılmamasına neden olur. Karaciğer fonksiyonların değişime bağlı yeterli plazma proteinin üretilmemesi ve portal basıncın artması ile lenfatik drenaj yeterli olmaz ve asit gelişir. Asit tedavisinde yatak istirahati, sodyum ve sıvı kısıtlaması, uygun medikal tedavi, parasentez, gerektiğinde transvenöz intrahepatik portosistemik şantlardır (10, 69, 77).

Spontan bakteriyel peritonit ise asit sıvısında düşük kompleman seviyesi gibi savunma mekanizmalarının azaldığı hastalarda ortaya çıkar. Siroz tablosu gelişen hastalarda, bakteriyel translokasyonu etkilendiğinden, ince bağırsak hareketliliğinde ve bağırsak geçiş süresinde azalmaya bağlı olarak bağırsak bakterilerini aşırı çoğalır. Özellikle gram-negatif bakterilerden kaynaklanan enfeksiyonların karın ağrısı, ateş önemli belirteçlerdir (9, 10). Spontan bakteriyel peritonit hepatorenal sendromu ve hepatik komayı tetikleyebileceğinden dikkat edilmelidir. Hastaların takibinde, aldığı-çıkardığı, kilo takibi, beslenme takibi, bilinç değişiklikleri, elektrolit takibi, cilt ve deri bütünlüğü takibi önemlidir (76).

#### **2.4.4. Hepatik Ensefalopati**

Hepatik ensefalopatinin (HE) patoloji tam olarak anlaşılammış ve birden çok faktörün rol oynadığı belirtilmiştir. Amonyak artması, sistemik inflamasyonlar ve genetik faktörlerin rol oynadığı ve akut ve kronik karaciğer hastalığında farklılık göstermekle birlikte ve nörotoksin üretimi, kan-beyin bariyerinin geçirgenliğinin değişmesi ve anormal nöro-transmisyonu içerir. En çok kabul gören ise vücutta amonyağın artmasıdır. Aminoasitlerin parçalanması sırasında ortaya çıkan amonyak, hepatositler tarafından metabolize edilerek vücuttan atılır. Dekompanse evre siroz ve portal hipertansiyonda amonyak bozulan hepatosit fonksiyonu nedeniyle atılamaz ve kan beyin bariyerlerini geçerek, serebellum ve bazal gangliyonlarda birikerek, nörolojik, psikolojik ve davranışsal değişikliklerle başlayan komaya kadar gidebilen bir süreç olan hepatik ensefalopati gelişir (10, 71). Hepatik ensefalopatinin birden dörde kadar evresi vardır. Ancak hastada klinik ensefalopati olmamasına rağmen, nörofizyolojik testlerde bozukluklar olabileceği anlaşılmıştır ve minimal HE bu sınıflandırmaya eklenmiştir (10, 71, 78) (Tablo 2). Bu tablo tüm sağlık profesyonellerine tedavi ve bakım açısından yol göstericidir. Tedavi ve hemşirelik bakımında amaç amonyağın vücuttan oral ve anal yoldan verilen laktuloz tedavisi ile atılmasıdır. Bu hastaların takibinde, bilinç takibi, aldığı-çıkardığı takibi, kilo takibi, cilt ve deri bütünlüğü takibi, elektrolit takibi önemlidir (76).

**Tablo 2.2.** Hepatik Ensefalopatinin Sınıflandırılması

Evre	Tanım	Yorum
<b>Normal</b>	HE yok, HE öyküsü yok	Klinik ve psikometrik/nörofizyolojik testler normal
<b>Minimal HE</b>	Mental değişikliğe ait klinik bulgu olmamasına rağmen psikometrik/nörofizyolojik testlerde anormal bulgular var	Tanı için evrensel kriterler yok. Tecrübeli personel gerektirir. HE gidiş riskinin yüksek ve yaşam kalitesi kötüdür.
<b>Evre 1</b>	Farkındalıkta hafif bozulma, öfori ya da anksiyete, dikkatte azalma, uyku ritminde bozulma	Yer ve zaman oryantasyonu bozulmamasına rağmen algılamada, dikkatte özellikle hastayı yakından tanıyanların fark edebileceği bozulmalar vardır. Ancak bunlar belirgin değildir, tekrarında saptanamayabilir, subjektiftir.
<b>Evre 2</b>	Uyuşukluk, ilgisizlik, zaman oryantasyonunda bozulma, açık kişilik değişiklikleri, uygunsuz davranışlar, motor hareketlerde bozulma	Kişi haftanın, ayın kaçınıcı günü olduğunu, ayı yılı çıkaramaz. Bulgular objektiftir. Tekrarlanabilir.
<b>Evre 3</b>	Uyuklama, sersemlik, belirgin oryantasyon bozukluğu, konfüzyon, uyarılara yanıtlıdır.	Yer oryantasyonu da bozulmuştur. Ülke, şehir, bulunduğu yeri hatırlamaz.
<b>Evre 4</b>	Koma	Uyarılara yanıt yoktur.

### 2.4.5. Hepatorenal Sendrom

Hepatorenal sendrom (HRS), dekompanse evre siroz tablosunda karakteristik olarak ortaya çıkabilen bir böbrek fonksiyon bozukluğu şeklidir. Hepatorenal sendromda; serum kreatin değeri, kreatinin klirens değeri ve idrar miktarı hepatorenal sendromu belirlemede büyük önem taşır (10). Terminolojideki son değişiklikler, akut HRS'nin; akut böbrek yetmezliği (ABY)-HRS ve kronik HRS'nin kronik böbrek yetmezliği-HRS olarak adlandırılmaktadır. ABY-HRS, böbrek histolojisinde önemli anormalliklerin yokluğunda renal arterlerin vazokonstriksiyonu nedeniyle böbrek fonksiyonlarında ciddi bir bozulma ile karakterizedir. Patogenetik mekanizmalar, vazokonstriktör faktörlerin aktivasyonunu tetikleyen belirgin bir splanknik arteriyel vazodilatasyon nedeniyle dolaşım fonksiyonundaki bozuklukları içerir. İlerlemiş siroz tablosunun karakteristik özelliği olan yoğun bir sistemik enflamatuvar reaksiyon da söz konusu olabilir. ABY-HRS'nin ana tetikleyici faktörleri bakteriyel enfeksiyonlar, özellikle de spontan bakteriyel peritonittir. ABY-HRS için ideal tedavi, kontrendikasyonu olmayan hastalarda karaciğer transplantasyonudur. Medikal tedavi, splanknik arteriyel vazodilatasyona karşı

koymak için vazokonstriktör ilaçlar ve albümin ile hacim genişletmeden oluşur. ABY-HRS'yi önlemeye yönelik etkili tedbirler arasında bakteriyel enfeksiyonların erken teşhisi ve tedavisi ile albümin ve terlipressin verilmesi yer almaktadır (10, 71, 73, 79). Bu hastaların takibinde, aldığı çıkardığı takibi, kilo takibi, beslenme takibi, bilinç takibi, cilt ve deri bütünlüğü takibi önemlidir (76).

#### **2.4.6. Hepatopulmoner Sendrom**

Hepatopulmoner sendrom (HPS), karaciğer hastalığının prognozu olumsuz etkileyen pulmoner vasküler bir komplikasyonudur. Hastalık, intrapulmoner vasküler dilatasyonlar ve şantlar ile karakterize olup gaz değişiminde bozulmaya neden olur. Karaciğer, bağırsak ve akciğerler arasında, ağırlıklı olarak pulmoner endotel hücrelerini, bağışıklık hücrelerini ve solunum epitel hücrelerini etkileyen karmaşık bir etkileşim, HPS'de görülen tipik pulmoner değişikliklerin gelişmesinden sorumludur. Hastalar çoğunluğu dispneden şikayetçi olup bazı hastalarda ise progresif seyreder (10, 71, 80). Bu hastalarda solunum örüntüsü takip edilip uygun medikal tedavi ve hemşirelik girişimleri seçilmesi önemlidir. Bunun yanında aldığı çıkardığı takibi, kilo takibi önemlidir (76).

Kronik karaciğer hastalığı, siroz tablosu gibi ilerleyici komplikasyonlarla birlikte, hemşirelik bakımının kapsamlı ve çok yönlü bir yaklaşım gerektirdiği karmaşık bir sağlık sorunudur. Hemşireler hem birinci basamakta hem de hastane bakımında, meslekler arası ekiplerin bir parçası olarak kronik karaciğer hastalarının takip, tedavi ve bakımında önemli bir rol oynamalıdır (15, 81).

### **2.5. Kronik Karaciğer Hastalığında Hemşirelik Bakımı**

#### **2.5.1. Kompanse Evre Siroz Tablosunda Hemşirelik Bakımı**

Kompanse siroz tablosu evresinde hemşirelik bakımı, hastaların yaşam kalitesini korumak ve siroz tablosunun ilerlemesini önlemek için kritik bir rol oynar. Hemşireler, hastaların durumunu izlemek, eğitim sağlamak, tedaviye uyumu desteklemek ve komplikasyonları önlemek için eğitim ve danışmanlık yaparlar. Bu evre hastaların yaşam tarzı değişiklikleri (diyet, egzersiz, ilaç yönetimi) ve hastalığı yönetmeleri dekompanse evreye ilerlemeyi engellemek adına önemlidir. Hemşireler



örneğin, alkol bağımlılığı olan hastalar için alkol rehabilitasyon programlarına yönlendirme veya viral hepatit için antiviral tedavilerin etkileri ve yan etkileri konusunda hastayı güçlendirme ve yaşam tarzı değişiklikleri gerçekleştirme konusunda hasta ve yakınlarına, eğitim ve danışmanlık yapmalıdır. Özellikle enfeksiyon hastalıklarına yatkın olan bu hastaların; tetanos, grip aşılarının yapılması konusunda hasta bilgilendirilir (15, 58). Ayrıca hastalara ve bakım verenlere siroz tablosu ve potansiyel komplikasyonları, komplikasyonların erken tespiti için düzenli taramaların ve izlemelerin koordinasyonunda bilgi sağlarlar (15). Bunun yanında hastaların ve bakım verenlerin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını destekleyerek, hastalıkla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine yardımcı olurlar (82). Hemşirelerin bu rolleri, hastaların yaşam kalitesini artırabilir ve uzun vadeli sağlık sonuçlarını iyileştirebilir (15, 58).

### **2.5.2. Dekompanse Evre Siroz Tablosunda Hemşirelik Bakımı**

Dekompanse siroz tablosu, komplikasyonların geliştiği ve hastanın yaşam beklentisinin azaldığı ileri bir evredir. Bu aşamada hastalığın seyri dinamik ve öngörülemez olması nedeniyle yüksek hastaneye yatış oranları sağlık sistemleri üzerindeki maliyetler artmaktadır (56). Hastaların bu evrede, asitten dolayı günlük yaşamlarının etkilendiği, solunum problemleri yaşadığı, enfeksiyonlara yatkın oldukları, ateş ve diğer sorunlarla takip edildiği, amonyak yükselmesine bağlı hepatik komaya girebildikleri, elektrolit dengesizlikleri nedeniyle düşmeler yaşayabileceği (83) aynı zamanda hepatorenal sendrom gibi ciddi sorunlarla karakterize olan komplikasyonlar yaşayabilmektedir. Aynı zamanda varis kanamaları nedeniyle çok kez endoskopi yapıldığı ve yaşam kalitelerinin düştüğü (15, 56, 76) kompleks olan bu sürecin hemşireler tarafından hemşirelik süreci yaklaşımına yapılandırılmış hemşirelik bakımının verilmesi önemlidir. Ayrıca taburculuk sonrasında hasta ve yakınlarının da evde bakımı yönetebilmeleri açısından desteklemesi ve eğitimi önemlidir (15).

### **2.6. Hemşirelik Süreci Yaklaşımı**

Hemşireliğin temel işlevlerinden olan sağlığın korunması, geliştirilmesi, sürdürülmesi için birey merkezli bireysel ve bütüncül bakımın kanıta dayalı

uygulamalara temellendirilmesi gereklidir. Böylelikle, güvenli bir bakım sunulabilir, hatalar önenebilir, bakım ve tedavi süreci desteklenebilir. Bunun için; hemşirelik mesleğini görünür kılan hemşirelik süreci yaklaşımının kullanımına gereksinim vardır (43, 84). Hemşirelik süreci yaklaşımı, uluslararası alanda kabul görmüştür ve "dünya genelindeki hemşireler arasındaki ortak nokta" olarak adlandırılmıştır (85). Ülkemizde ise hemşirelik süreci yaklaşımının önemi hemşirelik yönetmeliğinde (2010), hemşirelik uygulamalarının hemşirelik süreci yaklaşımına temellendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca, 'hemşireler; bireyin, ailenin ve toplumun sağlıklı ilgili ihtiyaçlarını belirler ve bakımı hemşirelik tanılama süreci kapsamında kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler" hükmü ile kanıta dayalı uygulamaların önemi belirtilmiştir (86). Hemşirelik uygulamalarında hemşirelik süreci ile yaklaşılması ; kaliteli, bireysel ve bütüncül bir hasta bakımını garanti eder (87). Ayrıca hemşirelik bakımın görünürlüğünü arttırarak, kanıta dayalı yaklaşımların benimsenmesini sağlar (88). Hemşirelik süreci yaklaşımın aşamaları veri toplama, hemşirelik tanısının belirlenmesi (tanılama), planlama, uygulama ve değerlendirmedir (89).

### **2.6.1. Hemşirelik Süreci Yaklaşımı Aşamaları**

**Veri toplama (Ön değerlendirme) Aşaması:** Hemşirelik süreci yaklaşımının ilk basamağı olan hasta hakkında doğru ve etkin bilgi toplamayı içerir. Bu aşamada fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, manevi, ekonomik ve yaşam tarzı hakkında verilerin toplanmasıdır (89). Veri toplama aşaması diğer basamakları etkileyeceği için, veri toplanabilecek tüm kaynaklardan doğru ve kapsamlı bir şekilde toplanmalıdır. Veriler subjektif (hastadan), objektif (medikal kayıtlar, sağlık profesyonellerini gözlemi, fiziksel muayene) olarak toplanır (90, 91). Örneğin hastanın yutkunurken boğazının ağrıdığını söylemesi subjektif veri, hastanın boğazında beyaz plaklar görülmesi objektif bir veridir. Veriler, gözlem, görüşme ve fiziksel muayene yöntemleri ile toplanır (91). Gözlem yönteminde, hastanın verdiği tepkiler, cilt rengi, postürü hakkında bilgi alınır. Görüşme yöntemi ise önemli bir aşamadır. Hastanın doğru bilgileri vermesi için bu aşamada, güven verici, her anında dinlendiğini anlayabileceği empatik bir yaklaşımla sorular sorulmalıdır. Sorular açık uçlu, hastanın cevaplarken detaylandırabileceği şekilde sorulmalıdır. Veriler

toplandıktan sonra doğru bir şekilde kayıt edilmelidir (24, 84, 91, 92). Fiziksel muayene de ise inspeksiyon, palpasyon, oskültasyon, perküsyon yöntemleri ile hastadan veri toplanır. Son aşamada objektif ve subjektif bir araya getirilip, doğrulanır ve kategorize edilerek, hemşirelik tanısı belirlenir (84, 90, 91)

**Tanılama/Hemşirelik Tanısı Belirleme Aşaması:** Hemşirelik bakım planının temelini tanılama aşaması oluşturmaktadır. Hemşirelik tanısı, hemşirenin hasta hakkındaki gerçek, potansiyel sağlık durumu ve ihtiyaçları hakkındaki klinik yargısıdır (89). Hemşirelik tanısını belirlemede en önemli nokta tıbbi tanı ayırımının yapılmasıdır. Hemşirelik tanısı, biyo-psiko-sosyal stresörler veya bir hemşirenin tedavisinde yeterli olduğu sağlık sorunları için insanı yanıtlarla ilgilenir ve hedeflenen sonuçlara ulaştığında değişebilir. Tıbbi tanı ise tedavi tamamlanana kadar aynı kalır (93).

**Planlama Aşaması:** Hemşirelik süreci yaklaşımının planlama aşaması kendi içinde beş adımdan oluşur.

**Birinci Adım: Hemşirelik Tanılarının Önceliğinin Belirlenmesi:** Hemşire, birey, bireyin yakınları, sağlık profesyonelleri ile iş birliği halinde bireyin öncelikleri belirlenir. Hemşirelik tanısı seçilirken, en yüksek öncelik bireyin ihtiyacına göre Maslow İhtiyaçlar hiyerarşisi gibi modeller temel alınarak belirlenmelidir (90, 92). Örneğin bir kronik karaciğer hastasında asite bağlı ağrı ve solunum sıkıntısı gelişebilir. Bu tanıların çözümü eş zamanlı olacak şekilde planlanmalıdır.

**İkinci Adım: Amaç/Hedeflerin Belirlenmesi:** Amaç/hedefler birey ile belirlenir ve hemşirelik bakımının/ girişimlerinin sonucunda hemşirelik tanısının çözümüne ilişkin genel beklentilerdir. Amaç/Hedefler, spesifik, ölçülebilir, ulaşılabilir, gerçekçi, zamanlanmış olması gereklidir. Amaç/Hedefler; kısa vadeli hedef, genellikle hasta taburcu olmadan gerçekleşmesi mümkün olan, uzun vadeli hedef ise taburcu olduktan sonra gerçekleşmesi öngörülenlerdir (43, 91, 93).

**Üçüncü Adım: Beklenen Hasta Sonuçlarının Belirlenmesi:** Beklenen hasta sonuçları ise, hemşirelik bakımının/ hemşirelik girişimlerine bağlı olmayan tamamen hastanın yapabileceklerine göre belirlenir. Sonuçlar bakım planının ölçüm aracı olup aslında hemşirelik girişimlerini yönlendiren motive edici faktörlerdir (84).

**Dördüncü Adım: Hemşirelik Girişimlerinin Belirlenmesi:** Hastanın sağlık durumunu ve tedavi yanıtların izlemine, risklerin azaltılmasını, sorunların çözme-

önleme-yönetme, günlük aktivitelerde bağımsızlığın desteklenmesi, fiziksel-psikolojik-ruhsal iyilik hali açısından optimum düzeyde olumlu duyguların yükseltilmesi ile ilgili hemşirelik girişimleri belirlenir. Hemşirelik girişimleri, hasta ve ailesinin eğitimini ve multidisipliner iş birliği gerektiren uygulamaları da kapsar (43, 84).

**Beşinci Adım: Bakım planının yazılması:** Hastalar bir hemşire değil birçok hemşire tarafından bakıldığından bakım için gerekli tüm bilgilerin ilgili tüm personel tarafından paylaşılması gereklidir (94). Bu bağlamda hastadan toplanan veriler, bakım için belirlenen hedef, sonuç ve girişimlerinin kaydının tutulması bakım planı ile sağlanır. Hemşirelik bakım planları yasal doküman ve dayanaklar (94) olması nedeniyle, mutlaka tarih, uygulayan imza kısımlarının imzalanması (84) gereklidir.

**Uygulama Aşaması:** Uygulama aşaması, bakım planında karşılıklı olarak belirlenen, spesifik, bireye özgü hale getirilmiş girişimlerin uygulanma aşamasıdır (92, 93).

**Değerlendirme Aşaması:** Değerlendirme, aşamasında yapılan tüm uygulamaların gözden geçirildiği ve kayıtların yapıldığı aşamadır. Değerlendirme sürecin son aşamasında değil aslında tüm bir süreç boyunca yapılır (92). Değerlendirme aşaması ve planlama aşaması arasında önemli bir ilişki vardır. Bu aşamada planlanan hedef ve sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı tespit edilir. Eğer ulaşılmadı ise hemşirelik süreci yaklaşımı yeniden planlanır ve kayıt altına alınır. Güvenli kayıt tutma, tüm sağlık bakım hizmeti sunan hemşirelerin sorumluluğudur (92).

## **2.6.2. Hemşirelik Süreci Yaklaşımı ile Bakım Planı Yapılandırma**

### **Uluslararası Terminolojiler**

Hemşireler, hayati önem taşıyan bakım bilgilerinin planlanması ve iletilmesinde merkezi konumdadır (95). Bu bağlamda, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının önemli olduğu bu yüzyılda, hemşirelerin bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve sonuçların ölçülmesi amacıyla, hemşirelik sürecinin yapılandırıldığı bakım planlarında standart hemşirelik terminolojilerinin kullanılması gerektiği vurgulanmıştır (96, 97).

Standartlaştırılmış hemşirelik terminolojileri hemşirelere bakım prosedürlerine göre bakım planlarını uygulamalarında ve hastaların sonuçlarındaki değişikliklerin erken fark edilmesine yardımcı olmaktadır (98). Ayrıca hemşirelik uygulamalarında verilerin ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesini (25, 97), hemşirelik uygulamalarına yönelik yeni bilgilerin keşfedilmesini ve paylaşılmasını (96, 98, 99) sağlar. Hemşireler, bilginin eşsizliğini paylaşabildikleri ve diğerlerinden bilgi toplayabildikleri zaman, mesleğin araştırma ve bilimsel tabanı gelişecek ve dolayısıyla hemşirelik mesleğinin görünürlüğü artması sağlanacaktır (100). Standart hemşirelik terminolojileri hemşireler ve diğer sağlık sağlayıcıları arasındaki iletişimi ve bakım standartlarına uyumu artırır (101). ANA'nın kabul ettiği terminolojiler baz alınarak yapılan çalışmada, en çok NANDA, NIC, NOC hemşirelik sınıflandırma sistemlerinin kullanıldığı sonucuna varmışlardır (99). Bu üç hemşirelik terminolojisi arasında bağlantı söz konusudur. NANDA tanıları ve NOC arasında, hastanın belirlenen problemini rahatlatmak/çözmek amacıyla hastadan beklenen davranışı belirlemeyi sağlar. NANDA tanıları ve NIC girişimleri de hastanın problemini rahatlatmak/çözmek amacıyla uygulanması gereken hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi sağlanır. NOC ve NIC arasında ise, problemi çözmek/rahatlatmak amacıyla hastadan beklenenler, hemşirelik girişimine yönlendirir (102). Özel bir alan, özel bir hasta popülasyonunun hemşirelik uygulamalarında problem arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak, sonuçlar ve girişimleri belirlemek açısından önemlidir. Komorbid hastalığı olan bireylerde sorunları çözmek için kritik düşünme ve mantık yürütme yeteneklerini geliştirilmesinde yardımcı olur (102). NNN sistemi; NANDA-I, NIC ve NOC sınıflandırmalarını bir araya getiren ve hemşirelik uygulamalarını standartlaştıran, hastanın problemlerini azaltacak ya da tamamen ortadan kaldıracak dinamik döngüsel bir ilişki söz konusudur (102). Bu sınıflandırma sistemleri, bir çok dile çeviri özelliği ve kendini sürekli geliştiren sistemler olduğundan birlikte kullanıldığında eksiksiz bir hemşirelik bakım verisini belirleyebileceği belirtilmektedir (25). Bu bağlamda bu üç sınıflandırılma sistemi anlatılmaya çalışılacaktır.

**Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları (The North American Nursing Diagnosis Association Taxonomy/NANDA):** Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği, hemşirelik profesyonelinin temel bileşenlerinden biri olan hemşirelik

tanılarını standartlaştırmak, tanımlamak ve sınıflandırmak amacıyla kurulmuş bir organizasyondur. ABD'de, hemşirelik tanıları konusunda fikir alışverişinde bulunmak ve bu tanıları sistematik bir şekilde sınıflandırmak amacıyla bir grup hemşire tarafından 1973 yılında ilk çalışmaları başlamıştır. NANDA International (NANDA-I) adını 2002 yılında alarak faaliyetlerini uluslararası düzeyde genişletmiştir. Günümüzde ise dijital ortamda kullanım çalışmaları devam etmektedir (103-106). Birlik, her 2 yılda bir toplanmakta ve hemşirelik tanılarını revize etmektedir. En son 2021-2023 yılında yaptığı yayınında 244 hemşirelik tanısı yayınlamıştır (92). Bu birliğin amacı, hemşirelerin ilgilendiği fenomenini devamlı olarak geliştirerek, arılaşmasını ve sınıflamasını sağlayarak hemşireliğin hasta bakımına katkısının görünürlüğünü, kanıtlanabilirliğini artırmaktır (103). NANDA hemşirelik tanıları, Gordon'un 11 Fonksiyonel Sağlık Örüntüsü temel alınarak 13 alanda (sağlığı geliştirme ve sürdürme, beslenme, eliminasyon, aktivite/dinlenme, bilişsel/algusal, kendini algılama, rol ilişkileri, cinsellik, baş etme/ stres, yaşam ilkeleri, güvenlik/koruma, konfor, büyüme/ gelişme) gruplandırılır (106). Hemşirelik tanısını adlandırmada PES (problem-etyoloji-semptomlar) sistemi kullanılır. Problem: hemşirelik tanı etiketi, Etyoloji: sorunla ilişkili neden, Semptom: hemşirenin değerlendirmede belirlediği semptomlardır (24, 92). Tanılar ise üç şekilde belirlenebilir.

- Sorun odaklı tanı; birey, aile, grup veya toplumda sağlık durumuna karşı istenmeyen var olan bir sorundur. İlişkili faktörler ayrılmaz parçasıdır (24, 90, 92). Örnek: Bilirübin yüksekliği ile ilişkili bulantı.
- Risk hemşirelik tanısı: Sağlık durumu/yaşam süreçlerine istenmeyen bir durumun gelişmesi durumudur (90). Tanımlayıcı özellikler ve ilişkili faktörler hemşirelik tanısına götüren ipuçlarıdır (24, 92). Örneğin: Kronik karaciğer hastasının konstipasyon olmasına bağlı akut konfüzyon riski.
- Sağlığı geliştirme tanısı: İnsanın sağlık potansiyelini yaşama geçirme motivasyonu ile ilgili klinik bir karardır (90). Örnek: Beslenme düzenini değiştirmeyi planlayan bir kronik karaciğer hastası için, beslenmeyi güçlendirme isteği şeklinde.

**Hemşirelik Girişimleri Sınıflandırma Sistemi (The Nursing Intervention Classification/NIC):** Hemşirelerin gerçekleştirdiği girişimlerin kapsamlı,

araştırmaya dayalı, standartlaştırılmış bir sınıflandırma sistemidir. Hemşirelik girişimi, bir hemşirenin hasta/danışan sonuçlarını iyileştirmek için gerçekleştirdiği, klinik yargı ve bilgiye dayalı herhangi bir tedavi olarak tanımlanmaktadır. Sınıflandırma, hemşirelerin hastalar adına yaptıkları girişimleri hem bağımsız hem de iş birliğine dayalı uygulamaları hem doğrudan hem de dolaylı bakımı içerir (107). NIC sınıflandırma sistemi 1987 yılında Iowa Üniversitesi'ndeki bir araştırma ekibi tarafından geliştirilmeye başlanmıştır. Hemşirelik girişimleri sınıflandırma çalışmaları 1992 yılında başlamış ve 1994 yılında uluslararası indekslere girmiştir (108). Her 5 yılda bir revize edilmektedir ve en son 2018 yılında revize olmuştur. Girişimlerin çoğu bireylerle kullanılmak üzere tasarlanmışken, birçok müdahale ailelerle (örn. aile bütünlüğü teşviki) ve bazıları tüm topluluklarla kullanım için (örn. çevre yönetimi: toplum) ve dolaylı bakım müdahaleleri (örn. malzeme yönetimi) de dahil edilmiştir. 565 girişim, kullanım kolaylığı için otuz sınıf ve yedi alan (fizyolojik: temel, fizyolojik: karmaşık, davranışsal, güvenlik, aile, sağlık sistemi ve toplum) olarak gruplandırılmıştır Klinik dokümantasyon, ortamlar arasında bakım iletişimi, sistemler ve ortamlar arasında veri entegrasyonu, etkinlik araştırması, verimlilik ölçümü, yetkinlik değerlendirmesi, geri ödeme ve müfredat tasarımı için kullanışlıdır (107).

**Hemşirelik Sonuçları Sınıflandırma Sistemi (The Nursing Outcomes Classification/ NOC):** Hemşireler veya diğer sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan uygulamaların; hasta, aile ve toplum sonuçlarının kapsamlı etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilen standartlaştırılmış bir sınıflandırma sistemidir (109). NOC, hemşirelik girişimlerinin etkisini değerlendirmek için hasta sonuçlarının standart hale getirilmesidir. Iowa Üniversitesi araştırma ekibi tarafından geliştirilmiştir. NOC, araştırma ekibi; 1992-1993 yılları arasında sonuçların gelişimine yönelik yöntemlerin test edilmesi, 1993-1996 yılları arasında ilk sonuçlar setinin yapımı, 1996-1997 yılları arasında sınıflandırmanın bir taksonomisinin inşası ve klinik testinin başlangıcı, likert tipi ölçeklerinin değerlendirilmesi çalışmalarını 1998-2002 yılları arasında gerçekleştirilmiştir (110). Her 5 yılda bir revize edilmektedir. En son 2018 yılında revize edilmiş olup 540 hemşirelik sonucu 34 sınıf ve yedi alanda (fonksiyonel sağlık, fizyolojik sağlık, psiko-sosyal sağlık, sağlık bilgisi-davranışı, algılanan sağlık, aile sağlığı, toplum sağlığı) yapılandırılmıştır

(109, 111). Hemşirelik sonuç ve göstergeler de beşli likert ölçeği kullanılır. '5' her zaman mümkün olan en iyi puan, '1' ise her zaman mümkün olan en kötü puandır. Sonuçlarla birlikte kullanılan ölçüm ölçeklerine örnekler şunlardır: 1= Son derece tehlikede ila 5= Tehlikede değil ve 1= Hiç gösterilmedi ila 5= Sürekli olarak gösterildi şeklinde puanlandırılır (109).

## 2.7. Standart Hemşirelik Bakım Planı

Hemşirelik bakım planı, hemşirelik süreci yaklaşımı basamaklarını bir araya getiren, bir hastanın bakımı ve elde edilen sonuçlar hakkında verdikleri kararları dinamik olarak yakalayan, yazılı ya da elektronik formattaki belgelenmiş zengin bir bilgi kaynağıdır (20, 93, 112). Standart hemşirelik bakım planı, bir hasta, aile ya da grup için sağlanacak hemşirelik bakımını tanımlayan, basılı ya da elektronik ortamda düzenlenen bakım planlarıdır (113). Dahm ve Wadensten (2008)'in Wilmanet ve arkadaşları (2006)'ndan aktardığına göre standartlaştırılmış bir bakım planı kullanmanın genel amacının, hemşirelere belirli bir hasta grubuna bakım verilirken ortak bir plan izlemesine yardımcı olmak ve bunun yanında da bilimsel kanıtlara dayandırılarak kanıta dayalı uygulamaların gelişmesini sağlamak olduğunu belirtmiştir. Ayrıca belirli bir hasta grubu için hemşirelik bakımına ilişkin mevcut en iyi bilgilere dayanması gerektiğini vurgulamıştır (114). Başka bir tanıma göre ise; standart hemşirelik bakım planı, belirli bir hasta grubu veya sağlık durumu için kanıta dayalı, standartlaştırılmış ve çok disiplinli bir bakım yaklaşımını içeren, hasta kayıtlarında sistematik ve tutarlı belgelendirme sağlamayı amaçlayan bir araçtır (115). Dolayısıyla, standart bir bakım planı genel bir eylem planı ya da bakım için bir tür kılavuz olarak düşünülebilir (113).

Standart hemşirelik bakım planı hemşirelik kayıtlarında eksiklikleri gidererek, kalitesini arttırdığı böylelikle iş akışını desteklemeye, bakım sürekliliğini sağlamaya ve dokümantasyon sürecini kolaylaştırmaya olanak tanıdığı belirtilmektedir (51). Standart hemşirelik bakım planları, hemşirelik terminolojisinden alınan terim ve kavramları kullanarak hemşirelik tanıları ve bunlarla ilişkili hedefler, tanımlayıcı özellikleri, girişimleri ve sonuçları formüle eden yapılandırılmış bakım planları (51, 113) olmasından dolayı, ilişkili müdahalelerin kanıta dayalı olduğu anlamına gelir, yani bu müdahaleler belirli bir hemşirelik tanısı



için araştırma temelli en iyi uygulamaları yansıtır (51). Bu bağlamda, standart hemşirelik bakım planlarının entegrasyonu ve benimsenmesi sürecinde, standartlaştırılmış terminolojinin kullanımı, hemşirelik kayıtlarının standardizasyonunu sağlamak ve hemşirelik bakımı ile hasta sonuçları arasında bağlantılar kurmak için önemli bir araç olarak görülmektedir (38, 51, 116, 117)

## **2.8. Kronik Karaciğer Hastaları için Uluslararası Terminolojiye Dayalı Standart Hemşirelik Bakım Planı**

Kronik karaciğer hastalığı, dünya genelinde yaygın bir sağlık sorunu olup, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu hastalığın dinamik ve öngörülemeyen doğası nedeniyle tekrarlayan yatışlarda ve günlük hayatlarında özellikle dekompanse evre siroz tablosunda hastalar tüm sistemleri etkileyebilecek sorunlar yaşayabilmektedir. Hastalar sindirim sistemi ile ilgili tuz kısıtlamasından dolayı diyet lezzetinin kötü olması, peristaltizm azalmasına bağlı; erken tokluk hissi, bağırsak translokasyonun bozulması, aside bağlı mide hacminde azalma, karaciğer fonksiyonlarında bozulmaya bağlı yağların sindirimin etkilenmesi, portal hipertansif gastropati ile ilişkili malabsorbsiyon beslenme sorunları yaşayabilmekte (118) ve dolaylı olarak sarkopeni şiddetinin artmasına neden olmaktadır (119). Ayrıca, beslenmenin etkileri ile birlikte karaciğer fonksiyonlarının ve bağırsak translokasyonun (10, 118) bozulmasına bağlı konstipasyon yaşayabilmektedir. Konstipasyonun uzun süreli olması; hastaları hepatik koma riski ile karşı karşıya bırakabildiği gibi (120), konstipasyon sorunu çözmede düzensiz laktuloz (121) kullanımı hastaları diyare sorunu ile baş başa bırakabilmektedir.

Hastalar bu dönemde; ayrıca karında asitin artması ile solunum problemleri yaşamakta (122), karında asit palyasyonu amaçlı verilen diüretik kullanımına bağlı uykularının bölünmesi ile uykusuzluk sorunu yaşamakla birlikte (121), elektrolit dengesizlikleri nedeniyle hiponatremiye bağlı sorunlar yaşayabilmektedir (10). Yine karındaki asit, ayaklarda ödem, cilt renginin değişmesi, jinekomasti (121, 123) gibi sorunlar nedeniyle beden imajında bozulma ve buna bağlı duygusal sorunlar yaşayabilmektedir. Karındaki asitin kronik ağrı hastaların günlük hayatlarını zorlaştırmakta ve hastaların bakım verenlerine daha bağımlı hale gelmelerine ve tüm bunlar hastaların daha mutsuz ve sınırlı olmasına neden olabilmektedir. Kronik

karaciğer hastalıklarının tedavi ve bakımında hemşirelerin rolü büyüktür (15). Mümkün olan en iyi bakımı sağlamak için hemşirelerin doğru hemşirelik tanımlarını tanımlamalı ve uygun hemşirelik girişimlerini ve sonuçları belirleme konusunda beceri ve yetkinliklerini geliştirmeleri önemlidir. Bu bağlamda, kronik karaciğer hastalarının dekompanze evrede yaşayabilecek oldukları sorunlara yönelik hemşirelik süreci yaklaşımı ile, uygun hemşirelik tanımları ve girişim, sonuçlarını kapsayan, hızlı ve kolay bilgi alınmasına (44) izin veren aynı zamanda kanıta dayalı uygulamaları destekleyen (51), standart hemşirelik bakım planı geliştirilmesi; hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeyi, olası komplikasyonları yönetmede fayda sağlayabilir. Aynı zamanda uluslararası terminolojiye dayalı standart hemşirelik bakım planları, hemşirelerin hastalığın karmaşık doğasını anlamalarına ve etkili bakım stratejileri uygulamalarına yardımcı olur. NANDA, NIC, NOC terminolojileri, hemşirelik teşhisleri, sonuçları ve müdahalelerini standartlaştırarak kronik karaciğer hastaları için bütüncül ve sistematik bir yaklaşım sunar. Bu standartlar, hemşirelerin hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını daha iyi değerlendirmelerine ve takip etmelerine olanak tanırken, aynı zamanda bakım kalitesini artırma ve sağlık sonuçlarını iyileştirme hedeflerine ulaşmada kritik bir rol oynadıkları gibi (24, 63, 124) aynı zamanda elde edilen veriler ulusal ve uluslararası platformlarda paylaşılmasına ve karşılaştırılmasına olanak sağlar (96).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

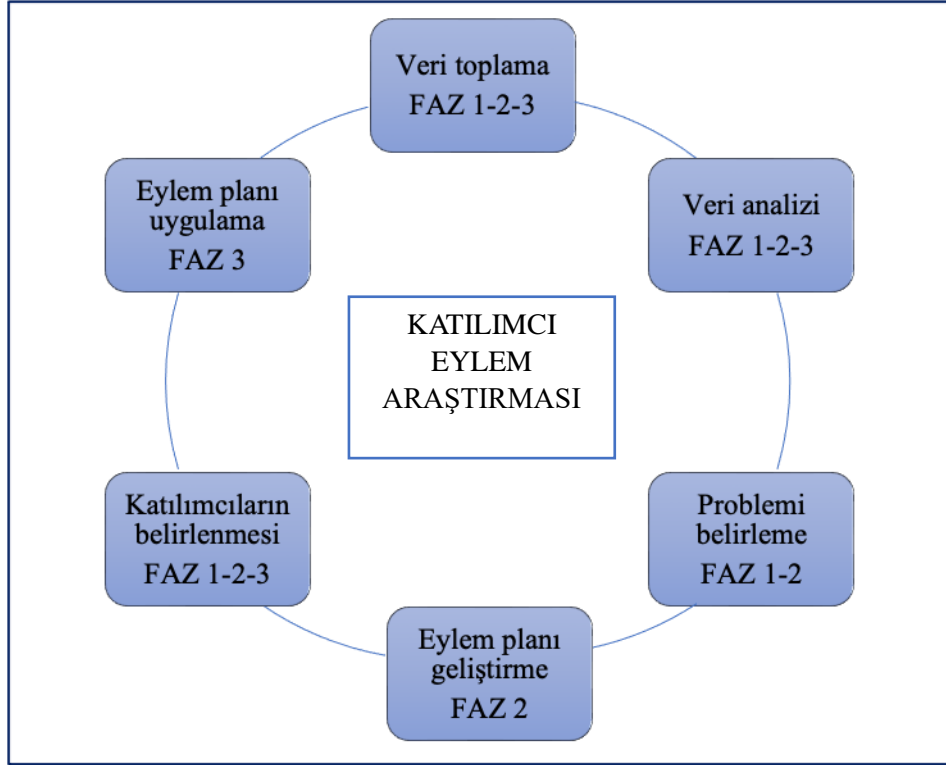
Araştırma, katılımcı/işbirlikçi eylem araştırmasıdır. **Eylem araştırması**, Yıldırım ve Şimşek (2016) (125) ile Johnson (2019) (126) tarafından bir problemin çözülme süreci olarak tanımlanırken; Williamson ve arkadaşları (2011) (127) tarafından bir durum hakkında yeni bilgi üretilmesi ve değişim elde edilmesi süreci olarak ifade edilmektedir. Araştırmanın problemi belirlendikten sonra, çözümlerin uygulandığı ve yeni fikirlerin ortaya konduğu bu yöntem, araştırma ile uygulama arasındaki boşlukları kapatan ve kanıta dayalı sonuçları ortaya çıkaran bir araştırma yöntemi olarak vurgulanır (126).

Eylem araştırması, geleneksel araştırmalardan farklı olarak, uygulayıcıların da ortak araştırmacı olarak aktif bir rol almasını ve söz sahibi olmasını mümkün kılar. Araştırmacılar ile katılımcılar arasındaki bu iş birliği, eylem ve değişimi teşvik eden güçlü bir dinamik yaratır (125, 126, 128). **Katılımcı eylem araştırması** ise teorik bir çerçeve içinde bir uygulamanın test edilmesi veya değerlendirilmesini sağlayan eylem araştırmasının bir türüdür (125). Katılımcı eylem araştırması, sağlık alanında değişimi tetikleyecek faktörler hakkında bilgi ve anlayış geliştirmek için önemlidir (129). Hemşirelikte ise klinik uygulama ortamlarında hastalar için hemşirelik bakımını iyileştirmede etkili olarak nitelendirilmiş ve kanıta dayalı uygulamaların hayata geçirilmesinde umut vadeden bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır (128, 130).

Bu yöntem, teorik çerçeveye hâkim bir araştırmacının yönlendirmesiyle (125); katılımcıların kendi gerçekliklerini incelemelerine ve dönüştürmelerine olanak tanırken, aynı zamanda araştırmacıların da bu sürece dahil olmalarını gerektirir.

Katılımcı eylem araştırmasının temel özellikleri; araştırmanın iteratif (tekrarlayan) doğası, süreç odaklı yaklaşımı ve katılımcıların güçlendirilmesidir (Şekil 2). Araştırmanın amacı, sadece bilimsel bilgi üretmek değil, aynı zamanda toplumsal adalet ve eşitlik yönünde somut adımlar atılmasını sağlamaktır (131). Araştırmacının fonksiyonları ise katılımcı eylem araştırmasında merkezi bir öneme sahiptir.

Araştırmacı, katılımcılarla birlikte çalışırken, onları sorunların tanımlanmasında, eylem planlarının oluşturulmasında ve uygulanmasında destekler. Araştırmacı, aynı zamanda veri toplama ve analiz süreçlerinde de aktif rol oynar, bu süreçlerde katılımcıların seslerini ve deneyimlerini öne çıkararak, onların bilgi üretimindeki etkinliklerini artırır. Bu, araştırmacının geleneksel gözlemci rolünün ötesine geçerek, değişim sürecinin bir parçası haline gelmesini gerektirir (132). Özellikle, araştırmacının katılımcıların refleksiyon sürecine katkıda bulunması ve onların deneyimlerini yansıtmasını kolaylaştırması önemlidir. Araştırmacı, bu süreçte bilgi paylaşımını teşvik eder ve elde edilen bulguların daha geniş bir kitle tarafından kullanılmasını sağlamak için çalışır (133). Bu kapsamda üç fazda gerçekleştirilen araştırmada; birinci fazda, araştırmacının çalıştığı servis olan Gastroenteroloji servisinde, kronik karaciğer hastalarını gözlemlemiş ve 8 kronik karaciğer hastası ile görüşmeler yapmıştır. Hastaların hastalıkla ilişkili yaşadıkları deneyimlere dair verilerini toplayıp, analiz edip, katılımcılara verilerin doğruluğunu teyit ederek standart bakım planı geliştirmek için eylem planını oluşturmuştur. İkinci fazda; standart bakım planını uygulamada deneyimleyecek olan 18 hemşirenin, hemşirelik süreci yaklaşımına temellendirilmiş hemşirelik bakım planı ile çalışma, mevcut hizmet verdikleri kurumda kullandıkları bakım planlarına ilişkin görüşlerini belirlemiş analiz etmiş ve raporlamıştır. Birinci fazdan kronik karaciğer hastalarının deneyimlerinden elde edilen verilerle birlikte kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planına son şeklini vermiştir. Üçüncü fazda katılımcı araştırmacı görev yaptığı Gastroenteroloji servisinde çalışan 18 hemşire ile standart vaka analizi çalışmaları ile veriler toplayıp, analiz ederek etkililik çalışmalarını gerçekleştirmiştir. Bu aşamadan sonra araştırmacının da görev yapmakta olduğu serviste tedavi ve bakım hizmeti alan 10 kronik karaciğer hastası ve aynı serviste tedavi ve bakım hizmeti sunan 7 hemşire ile standart hemşirelik bakım planı uygulaması tamamlanmıştır. Bu aşamada katılımcı araştırmacı, hemşirelerin standart hemşirelik bakım planını kullanımına ilişkin yorumları, düşünceleri ve eylemleri sürekli olarak takip etmiştir.



Şekil 3.1. Katılımcı eylem araştırması döngüsü

## Araştırmanın Akış Şeması

### Birinci Faz: Kronik karaciğer hastalarının gereksinimlerinin belirlenmesi

- H.Ü. Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni (GO 17/417) ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü izni ile Kasım-Aralık 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.
- Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Servisi
- Yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak kronik karaciğer hastalığı tanısına sahip sekiz hasta ile hastaların hastalığa dair sorunları ve gereksinimleri belirlendi.

### İkinci Faz: Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde Uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının geliştirilmesi

- H.Ü. Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni (GO 22/993) izni ile Ekim 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.
- Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genel Hastane Gastroenteroloji Servislerinde tedavi ve bakım hizmeti sunan hemşirelerin hemşirelik bakım planı ve Uluslararası ortak hemşirelik terminoloji ile ilgili görüşleri belirlendi.
- Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde Uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planı geliştirildi.
- Standart hemşirelik bakım planının 6 uzman akademisyen tarafından kapsamlı değerlendirildi.
- Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde Uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla D-Catch kalite değerlendirme aracı'nın İngilizce-Türkçe dil geçerliliği çalışmalarının 2 uzman akademisyen tarafından yapıldı.

### Üçüncü Faz: Karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde Uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının kullanılabilirliğini (etkililik, kalite, memnuniyet) değerlendirilmesi

- H.Ü. Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni (GO 22/993) izni ve İl Sağlık Müdürlüğü'nde izni ile Ağustos-Aralık 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi.
- Ankara Bilkent Şehir Hastanesi - Genel Hastane- Gastroenteroloji Servisleri
- Standart hemşirelik bakım planının etkililiği standart vaka analizi kullanılarak 18 hemşire ile ön test/son test çalışmaları yapıldı.
- Standart hemşirelik bakım planı 10 kronik karaciğer hastasının bakımında uygulandı.
- D-Catch kalite değerlendirme aracı ile standart hemşirelik bakım planının uygulandığı 10 kronik karaciğer hastasının dosyası ile standart hemşirelik bakım planının kalitesi belirlendi.
- Standart hemşirelik bakımını uygulayan 7 hemşirenin standart bakım planı ile çalışmaya ilişkin memnuniyet durumları belirlendi.

### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

**Birinci Faz:** Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı olan, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak 1964 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı özel dal hastanesi olarak kurulmuş, 500 hastane yatağı ile Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliğine bağlı olarak hizmet vermiştir. Hastane bünyesinde, özellikle hepatoloji polikliniğinin kronik karaciğer, hepatit B ve hepatit C, toksik hepatit hastalarını, nakil polikliniği de karaciğer nakil öncesi ve nakil sonrası hastaları takip edilmiştir. Hastanenin Gastroenteroloji Servisi özellikle karaciğer nakli öncesi kronik karaciğer hastalarının takip edildiği 57 yataklı, Ankara'da Gastroenteroloji alanında hizmet veren en fazla yatak kapasitesine sahip servis olma özelliğine sahiptir. Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11 Şubat 2019 tarihinde Ankara Bilkent Şehir Hastanesi bünyesine taşınmıştır.

**İkinci ve Üçüncü Faz:** Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği'ne bağlı yataklı servislerde gerçekleştirilmiştir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi; 3810 yatak kapasitesine sahip; Genel Hastane, Kalp ve Damar Hastanesi, Nöroloji Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Ana Hastane Binası, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Binası ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam dokuz binada hizmet veren Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kurumdur. Genel Hastane ve Onkoloji Hastanesinde kronik karaciğer hastalarının takip edildiği gastroenteroloji, hepatoloji ve nakil poliklinikleri bulunmaktadır. Özellikle hepatoloji polikliniğinin kronik karaciğer, Hepatit B ve Hepatit C, toksik hepatit hastalarını, nakil polikliniği de karaciğer nakil öncesi ve nakil sonrası hastaları takip etmektedir. Ankara Şehir Hastanesi'nde Gastroenteroloji kliniğine bağlı, Genel Hastanede üç gastroenteroloji servisi bulunmakta ve toplam 66 yatak kapasitesi olup, 27 hemşire görev yapmaktadır. Onkoloji Hastanesinde bir gastroenteroloji servisi bulunmakta ve 21 yatak kapasitesi olup, 10 hemşire görev yapmaktadır. Ankara Şehir hastanesi Gastroenteroloji Kliniği; toplam 87 yatak ve 37 hemşire ile hizmet verilmektedir. Gastroenteroloji Servisi'ne bir hastanın yatışı yapıldığında, hemşiresi tarafından Hastane Bilgi Sisteminden (HBS) ön değerlendirme formu ve hemşire gözlem formları (çıkıtı alınıp doldurulan formlar) aracılığıyla hasta verileri toplamaktadır. Hastanın yatışını takip eden ilk sekiz saat

içerisinde HBS'den, Braden Basınç Yarası Riski Değerlendirme Skalası, İtahi Düşme Riski Değerlendirme Skalası, Nutrisyonel Risk Skorlaması hemşire tarafından puanlandırılmaktadır. Hemşirelik bakım planları ise HBS'de "Multidisipliner Tedavi ve Bakım Planı" ekranından yapılmaktadır. Araştırmanın yapıldığı kurumda kullanılan Multidisipliner Tedavi ve Bakım Planı ortak bir sistemdir. Bu sistem, hekim, hemşire, fizyoterapist, ergoterapist, dil-konuşma terapisti, ortez-protez teknisyeni, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ebe, diyetisyen, manevi destek personeli, sağlık memuru, sağlık teknikerlerinin (diyaliz) tarafında kullanılan ve tedavi ve bakım yönetme ekranıdır. Bu ekranda, meslek tipi sekmesinde kullanıcı mesleğini seçebilmektedir. Meslek seçildikten sonra sorun aşağıdaki sıraya göre belirlenip, girişimler planlanmakta ve değerlendirme yapılmaktadır.

- ✓ **Bakım İhtiyacı/Sorun/Tanı:** Bu ekranda seçilebilecek bakım tanıları yer almaktadır. Sistemde tanımlanmış olan hemşirelik tanıları NANDA tanıları içinden seçilmiş ve bütün hastanede yatan hastalara yönelik olarak yapılandırılmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda yaklaşık 1065 hemşirelik tanısına yer verilmiştir. Sistemde yer alan hemşirelik tanılarının çoğunlukla etiyoloji ile birlikte yazıldığı (örneğin: Siroz tablosu -iştahsızlık, bulantı, kusmaya bağlı beden gereksinimden az beslenme) görülmektedir.
- ✓ **Hedef Tipi:** Kısa vadeli/uzun vadeli hedef şeklinde hedefin tipi seçilir.
- ✓ **Süre Sekmesi:** belirlenen tanıya göre sorunun çözümü / hedefe ulaşmak için ihtiyaç duyulan zaman aralığı saat, gün, hafta, ay bilgisi belirlenir.
- ✓ **Planlanan Faaliyet:** Belirlenen tanıya ilişkin hemşirelik girişimlerinin seçildiği bölümdür.
- ✓ **Uygulanan Faaliyetler:** Bu kapsamda daha önce girişimler sekmesi altında seçilmiş olan girişimlerden gerçekleştirilenlerin işaretlendiği bölümdür.
- ✓ **Değerlendirme:** Süre sekmesi altında belirlenen aralık sonunda kullanıcının değerlendirme yaptığı bölümdür. Planlanan hedefe ulaşıldı, kısmen ulaşıldı ve ulaşılamadı şeklinde üç seçimden birisi belirlenmektedir. Sistem değerlendirme ile ilgili açıklama girmeye izin vermektedir.



### 3.3. Araştırma Grupları

Araştırma katılımcı eylem araştırması olduğu için tüm fazlarında amaçlı örneklem seçimi yapılmıştır.

#### **Birinci Faz: Kronik karaciğer hastalarının gereksinimlerinin belirlenmesi**

- ✓ Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile tedavi gören hastalardan, taburculuğuna karar verilmiş 18 yaş üzeri, herhangi bir zihinsel engeli olmayan, ana dili Türkçe olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü, sekiz kronik karaciğer hastası,

#### **İkinci Faz: Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının geliştirilmesi**

- ✓ Uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının geçerliliğinin değerlendirilmesinde İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda akademisyen olarak görev yapmakta olan üç öğretim elemanı ve Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda görev yapmakta olan iki öğretim elemanı, Türk Hemşireler Derneği'nden alanında uzman bir akademisyenin olduğu toplam altı uzman,
- ✓ D-Catch kalite değerlendirme aracının dil geçerliliğinin belirlenmesinde Türkçe- İngilizce diline hâkim, klinisyen olarak mesleki deneyime sahip olan Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı ve Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda öğretim elemanı olan iki akademisyen,
- ✓ Hemşirelerin hemşirelik süreci yaklaşımı ve uluslararası hemşirelik terminolojisi ile ilgili düşüncelerinin belirlenmesi için; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genel Hastane A-B-C Blok Gastroenteroloji Servislerinde en az 6 aydır çalışmakta olan araştırmaya katılmaya gönüllü olan on sekiz hemşire.

**Üçüncü Faz: Karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının kullanılabilirliğini (etkililik, kalite, memnuniyet) değerlendirmesi**

- ✓ Kronik karaciğer hastasının bakımında kullanılmak üzere geliştirilen ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının **etkililiğinin** değerlendirilmesi amacıyla ikinci fazda araştırmaya katılmış olan, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genel Hastane A-B-C Blok Gastroenteroloji Servislerinde en az 6 aydır çalışmakta olan on sekiz hemşire,
- ✓ Katılımcı eylem araştırmasında özellikle araştırmacının katılımcılarla etkileşimi, araştırmanın süresi ve araştırmaya katılacak kişilerin değişim ve gelişime istekliliği önemli unsurdur (125, 126, 128). Bu bağlamda kronik karaciğer hastasının bakımında kullanılmak üzere geliştirilen ortak hemşirelik terminolojisine dayalı hemşirelik bakım planının **uygulanma deneyimi ve memnuniyetinin** değerlendirilmesi için araştırma, araştırmacının da görev yaptığı Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genel Hastane B Blok Gastroenteroloji servisinde de tedavi ve bakım hizmeti sunan araştırmaya katılmayı kabul etmiş yedi hemşire,
- ✓ Kronik karaciğer hastasının tedavi ve bakımında kullanılmak üzere geliştirilen uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının **uygulanması** için Ankara Bilkent Şehir Hastanesinde 6. Kat B Blok Gastroenteroloji servisinde yatarak tedavi gören çalışmaya katılmayı kabul etmiş on hasta,
- ✓ Kronik karaciğer hastasının bakımında kullanılmak üzere geliştirilen ortak hemşirelik terminolojisine dayalı hemşirelik bakım planının D-Catch kalite değerlendirme aracının ile **kalitesinin** değerlendirilmesinde; daha önceki çalıştığı kurumda kalite biriminde görev yapmış ve şu an Ankara Şehir Hastanesinde görev yapmakta olan lisans mezunu bir hemşire ve Ankara Şehir Hastanesinde görev yapmakta olup farklı birimde çalışan aynı zamanda da doktora öğrencisi olan bir hemşire olmak üzere iki hemşire ile on hasta dosyası değerlendirilerek uygulanmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

**Birinci Faz:** Kronik karaciğer hastalığı tanısı almış bireylerin hastalık deneyimlerine ilişkin gereksinim belirlenmesi amacıyla yarı-yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır (Bkz. Ek 1). Form, araştırmacılar tarafından literatürden (14, 123, 134) yararlanılarak geliştirilmiş ve üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm hastanın laboratuvar sonuçları, ikinci bölüm demografik özellikleri (10 soru), üçüncü bölüm ise kronik karaciğer hastalığına ilişkin semptom ve günlük hayatlarını nasıl etkilediğini belirlemeye yönelik (10 soru) sorulardan oluşmuştur.

**İkinci Faz:** Uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı hemşirelik bakım planının geliştirilmesi, geçerliliğinin ve üçüncü fazda standart bakım planının kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla aşağıdaki formlar kullanılmıştır.

1. **Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hemşirelik Bakım Planı Kullanımına İlişkin Görüşleri Soru Formu:** Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak geliştirilmiştir (135-138) araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (9 soruluk) ve hemşirelik bakım planı kullanımına ilişkin görüşlerinin belirlendiği (12 soruluk) soru formudur (Bkz. Ek 5).
2. Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planı (Bkz. Ek 2).
3. **D-Catch Instrument (D-Catch Kalite Değerlendirme Aracı):** Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının **kalitesinin** değerlendirilmesi amacıyla, orijinali Wolter Paans ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiş olan D-Catch Instrument (D-Catch Kalite Değerlendirme Aracı) kullanılmıştır.

D-Catch kalite değerlendirme aracı altı bölümden oluşmaktadır (Bkz. Ek 3 ve 4). Birinci bölümünde; hemşirelik kayıtları, ikinci bölümünde; hastanın kabul verileri, üçüncü bölümünde; hemşirelik tanıları, dördüncü bölümünde; hemşirelik tanıları ile ilişkili hemşirelik girişimleri, beşinci bölümünde; ilerleme ve sonuç kriterleri, altıncı bölümünde ise hemşirelik kayıtlarının okunabilirliğini değerlendirmektedir. Birinci bölüm ve altıncı bölüm sadece

nicel olarak ölçülmekte, minimum 1 puan maksimum 4 puan almaktadır. İkinci, üçüncü, dördüncü, beşinci bölüm hem niceliksel 4) Tam 3) Kısmen 2) Eksik 1) Yok şeklinde hem de Niteliksel olarak: 4) Çok iyi 3) İyi 2) Orta 1) Yok şeklinde 4'lü likert ölçeği ile puanlamakta, minimum 2 puan maksimum 8 puan alınmaktadır. D-Catch Kalite Değerlendirme Aracında değerlendirme bakım verilen hastanın dosyası üzerinden, iki farklı kişi tarafından form ile birbirinden bağımsız olarak, doldurulması ve toplam puanın hesaplanması ile yapılmaktadır (139).

Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılacak olan D-Catch kalite değerlendirme aracının Kasım–Aralık 2022 tarihleri arasında dil geçerliliği gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda orijinali Wolter Paans ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilmiş olan D-Catch Instrument (D-Catch Kalite Değerlendirme Aracı) kullanılmıştır. Dil çevirisi yapmada, çevrilecek ölçek/form terminolojisine aşina ve bu konuda görüşme/veri toplama deneyimi olan sağlık profesyonelleri görev alması gerektiği belirtilmiştir (140). Bu bağlamda, Türkçe ve İngilizce diline hâkim iki öğretim elemanı tarafından dil çevirileri yapılmıştır. Daha sonra araştırmacılar tarafından, iki Türkçe çeviri analiz edilerek forma son şekli verilmiştir (Bkz. Ek 3-4).

**Üçüncü Faz:** Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının kullanılabilirliği (etkililik-memnuniyet) değerlendirilmiştir.

**1. Standart Vaka Analizi (kullanılabilirlik-etkililik):** Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının **kullanılabilirlik-etkililiğinin** değerlendirilmesinde hemşirelerin standart bakım planı ile ilgili kazanımlarını ölçmek amacıyla çalışmanın birinci aşamasından elde edilen veriler doğrultusunda kronik karaciğer hastalığı ile ilişkili araştırmacılar tarafından standart bir vaka geliştirilmiştir. Geliştirilen standart vakaya ilişkin doküman altı bölümden oluşmaktadır. Vakanın ilk bölümünde biyografik veriler özellikler, ikinci bölümünde kliniğe kabul verileri, üçüncü

bölümünde geçmiş sağlık öyküsü, dördüncü bölümünde sistemlere yönelik değerlendirme, beşinci bölümünde laboratuvar bulguları, altıncı bölümünde tedavi ve takip bilgileri yer almaktadır (Bkz. Ek 6). Standart vaka analizi ile detaylı bilgiler Tablo 3.1, Tablo 3.2’ de verilmiştir.

**Tablo 3.1.** Standart Vaka Analizi (Ön Test/ Son Test)

Bölüm	Bölüm adı	İçindekiler
<b>Birinci Bölüm</b>	<b><i>Sosyo-Demografik Bilgiler</i></b>	Adı-soyadı, yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, dili sosyal güvencesi, birlikte yaşadığı kişiler, meslek
<b>İkinci Bölüm</b>	<b><i>Kliniğe Kabul Verileri</i></b>	Protokol numarası, kliniğe yatış tarihi, sosyal güvencesi, bileklik rengi, tıbbi tanı, adres bilgileri, iletişim kurulacak kişiler, kliniğe kabul yeri, kliniğe kabul şekli, kan grubu, alerji durumu, kan grubu, kan transfüzyon öyküsü, reaksiyon gelişme durumu, kısıtlama durumu
<b>Üçüncü Bölüm</b>	<b><i>Geçmiş Sağlık Öyküsü</i></b>	Daha önce hastaneye yatma durumu, bulaşıcı hastalık durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, sürekli kullandığı ilaçlar, soy geçmiş ve hastalık öyküsü
<b>Dördüncü Bölüm</b>	<b><i>Sistemler ve Sorunlar</i></b>	Temizlik alışkanlıkları ve genel görünüm, sinir sistemi ve bilinç durumu, uyku ve günlük aktivite, solunum sistemi, dolaşım sistemi, beslenme durumu, boşaltım sistemi, üriner sistem, kas iskelet durumu, Braden Skala puanı, BKİ, Nrs puanı, İtahi puanı
<b>Beşinci bölüm</b>	<b><i>Kan Sonuçları</i></b>	Hgb, Hct, INR, Albumin, Total Bilürübin, İndirekt Bilürübin, Trombosit, WBC, Glukoz, AST, ALT, GGT, Üre, Kreatinin, Sodyum, Potasyum, Sedimantasyon, CRP
<b>Altıncı Bölüm</b>	<b><i>Hastanın Tedavi ve Takibi</i></b>	Hastanın orderı, hastanın ilk beş günlük takibi

**Tablo 3.2.** Standart Bakım Planına (Ön Test/Son Test) Ait Veriler

Bölüm	Veriler
<b>Birinci Bölüm</b>	57 yaş
<b>İkinci Bölüm</b>	NASH'a bağlı kronik karaciğer hastası
<b>Üçüncü Bölüm</b>	Sürekli kullandığı ilaçlar: LAsix, Aldactane, Dideral, Levatrimon, Duphalac
<b>Dördüncü Bölüm</b>	<b>Temizlik Alışkanlıkları ve Genel Görünüm:</b> Cilt Sarı, solgun, kuru, turgor azalmış, saçlar yağlı, diş etlerinde çekilme
	<b>Sinir Sistemi ve Bilinç Durumu:</b> Yer-zaman oryantasyonu mevcut, beden imajında bozulma üzülmeye durumu, yakınlarının yorulması ve isteksiz oluşu, sinirli ve mutsuz
	<b>Uyku ve Günlük Aktivite:</b> Uykuya dalmada güçlük, gece uykularının bölünmesi, gündüz uyku ihtiyacı, çabuk yorulma, halsiz, belde sürekli ağrı, ölüm korkusu
	<b>Solunum Sistemi:</b> Asite bağlı diyafram yukarıda, efora bağlı dispnesi, hırıltılı solunum
	<b>Dolaşım Sistemi:</b> Özafagus varisi, Ayaklarda ödem (+++),
	<b>Beslenme Durumu:</b> NRS puanı:2, bulantı, ağızda kötü tat, iştah azalması, zaman zaman hipoglisemi, karındaki asite bağlı hazımsızlık, Aldığı 1000 cc ile kısıtlı
	<b>Boşaltım Sistemi:</b> Bağırsak seslerinde azalma, Hemoroit
	<b>Üriner Sistem:</b> Testislerde ödem (+), idrar çıkışında azalma
	<b>Kas İskelet Durumu:</b> Kasların zayıflamış, güçsüzlük, İtahi: 15 puan
<b>Beşinci Bölüm</b>	Hemoglobin, hematokrit, albümin, trombosit değerleri normalden düşük Üre, kreatinin, CRP, INR değerleri normalden yüksek
<b>Altıncı Bölüm</b>	Antiasidoz 500 mg 2x2 Desefin flakon 2x1 gr Levatrimon 50 mcq 1x1 Albumin %20 1x1, Protonex 1x1 Benexol tablet 1x1 Clexane 0,4 1x1 Yatışının 1. Gününde ES transfüzyonu, Düzenli ilaç kullanmama

Hemşirelik bakım planının (ön test- son test) puanlaması ve verilerin değerlendirilmesi için, hemşirelik esasları ve halk sağlığı alanında iki profesör öğretim üyesinden görüş alınmıştır. Hemşirelerin kendilerine verilen vakayla ilişkili olarak hem kendi yaptıkları hemşirelik bakım planı hem de araştırmacının geliştirmiş olduğu standart bakım planı üzerinden belirlenen her doğru hemşirelik tanısı, tanı ilişkili veri, hemşirelik sonucu/çıktısı ve hemşirelik girişimleri (vakanın cevap anahtarına göre) bir puan verilerek değerlendirilmiştir. Standart vakaya alınabilecek puanlar Tablo 3.3'te yer almaktadır.

**Tablo 3.3.** Standart Vaka Analizi Puanlandırılması

Tanımlar	Veriler	Hemşirelik sonuçları	Hemşirelik girişimleri
Bulantı	6	1	12
Dengesiz beslenme: Beden gereksiniminden az beslenme	7	2	11
Kan şekerinde dengesizlik riski	5	1	5
Etkisiz solunum örüntüsü	8	1	11
Sıvı volüm fazlalığı	8	1	12
Aktivite intoleransı	6	1	10
Uyku yoksunluğu	6	2	9
Beden imajında bozulma	8	1	8
Anksiyete	6	1	10
Deri bütünlüğünde bozulma riski	6	1	8
Konstipasyon riski	10	2	13
Akut konfüzyon riski	4	1	10
Düşme riski	5	1	12
Elektrolit dengesizliği riski	3	1	9
Enfeksiyon riski	6	1	12
Kanama riski	6	1	9
Oral mukoz membranda bozulma riski	6	1	9
Aile sürecinde kesintiye uğrama	3	1	9
Bakım veren rolünde zorlanma	7	1	9

**2. Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planına İlişkin Soru Formu:** Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının **kullanışlılık-memnuniyetinin** değerlendirilmesinde, literatürden yararlanılarak (141, 142) araştırmacı tarafından geliştirilen standart bakım planına ilişkin görüşlerinin alındığı soru formu kullanılmıştır. Form 10 sorudan oluşmakta olup, katılımcıların evet, hayır ve kararsızım şeklinde cevaplanmaktadır. Ayrıca katılımcıların düşüncelerini yazabilecekleri özellikte tasarlanmıştır (Bkz. Ek 7).



Tablo 3.4. Araştırma Uygulanması

Araştırmanın Fazı	Araştırmanın Yapıldığı Yer	Araştırmanın Katılımcıları	Kullanılan Formlar	Araştırmanın İzinleri	Araştırmanın Zaman Aralığı	Araştırmada Gerçekleşen Eylemler
<b>BİRİNCİ FAZ</b> Kronik Karaciğer Hastalarının Gereksinimlerinin Belirlenmesi	Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Servisi	Kronik karaciğer hastalığına sahip sekiz hasta	Yarı yapılandırılmış soru formu	GO 17/417 kayıt numaralı H.Ü Girişimsel Olmayan Etik Kurul izni Ankara İl Sağlık Müdürlüğü izni Araştırmaya katılan bireylerden katılımcı onamı	<b>Aralık 2017-2019</b>	Kronik karaciğer hastalığına sahip hastaların gereksinimleri belirlendi. Standart hemşirelik bakım planı geliştirilme çalışmaları başladı.
<b>İKİNCİ FAZ</b> Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Standart Hemşirelik Bakım Planının Geliştirilmesi	Araştırmacı tarafından birinci fazdan elde edilen veriler ve literatür doğrultusunda standart hemşirelik bakım planı geliştirilmiştir.	Alanında uzman beş akademisyen	Geliştirilen standart hemşirelik bakım planı	GO 22/993 kayıt numaralı H.Ü Girişimsel Olmayan Etik Kurul izni	<b>Ekim 2022 Ocak 2023</b>	Standart hemşirelik bakım planı geliştirildi
		Türkçe-İngilizce çevirisi iki uzman akademisyen	D-Catch Instrument	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü izni Katılımcı (hemşire) onamı		<b>Kasım-Aralık 2022</b>
<b>ÜÇÜNCÜ FAZ</b> Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığın (Etkililik, Kalite, Memnuniyet) Değerlendirilmesi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gastroenteroloji 6.kat A-B-C servisleri	Araştırmaya katılmaya gönüllü on sekiz hemşire	Ön test/son test çalışmaları için Standart vaka analizi	GO 22/993 kayıt numaralı H.Ü Girişimsel Olmayan Etik Kurul izni	<b>Ekim 2023</b>	Standart hemşirelik bakım planı verimli bulundu.
	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gastroenteroloji 6B servisi	Kronik karaciğer hastalığına sahip yatarak tedavi gören on hasta	Standart hemşirelik bakım planı	Ankara İl Sağlık Müdürlüğü izni	<b>Ekim-Aralık 2023</b>	Standart hemşirelik bakım planı uygulandı.
	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gastroenteroloji 6B servisi	D-Catch kalite değerlendirme için iki hemşire	D-Catch kalite değerlendirme aracı	Katılımcı (hemşire) onamı	<b>Ekim-Aralık 2023</b>	Standart hemşirelik bakım planı kaliteli bulundu.
	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gastroenteroloji 6B servisi	Standart hemşirelik bakım planını kullanan yedi hemşire	Standart hemşirelik bakım planı kullanıma ilişkin soru formu	Katılımcı (hasta) onamı	<b>Aralık 2023</b>	Standart hemşirelik bakım planı memnuniyeti yüksek bulundu.

### 3.5. Araştırmanın Uygulanması

Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının geçerlilik ve kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla üç fazda gerçekleştirilen eylemler tablo 3.4'te sunulmuştur.

#### 3.5.1. Birinci Faz: Kronik Karaciğer Hastalarının Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Birinci faz iki alt adımdan oluşmaktadır.

**Birinci adım;** kronik karaciğer hastalarının gereksinimlerinin belirlenmesi, **ikinci adım** ise paralel desende araştırmanın ikinci ve üçüncü aşamasının alt yapısını oluşturacak olan kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının geliştirme çalışmaları yapılmıştır.

**i). Birinci Adım:** 1-30 Aralık 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu adım Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi gastroenteroloji servisinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya, gastroenteroloji servisinde kronik karaciğer hastalığı tanısı ile yatarak tedavi görmüş ve taburculuğuna karar verilmiş, herhangi bir zihinsel engeli olmayan 18 yaş üzeri, ana dili Türkçe olan hastalar dahil edilmiştir. Hastalardan aydınlatılmış onam formu ile izin alınmış olup, yarı yapılandırılmış soru formu kullanılarak derinlemesine görüşme yöntemi ile; bireylerin hastalık algıları, bu süreçte yaşadıkları sorunlar belirlenmeye çalışılmış ve veriler doygunluk aşamasına geldiğinde sekizinci hastada sonlandırılmıştır. Hastalar ile görüşme; gastroenteroloji servisinin toplantı odasında, yüz yüze, karşılıklı soru cevap şeklinde ses kayıt cihazına kaydedilerek yapılmış olup ortalama 25 dakika sürmüştür. Yapılan görüşmeler Windows for Word programı ile yazılı metin haline getirilmiş ve verilerin doğruluğunu teyit etmek amaçlı, görüşme yapılan hastalar taburculuktan bir hafta sonra poliklinik kontrolünde, hastalara okutulmuş karşılıklı imzalanmıştır

**ii). İkinci Adım:** Ocak 2018- Ekim 2022 tarihleri arasında kronik karaciğer hastalığı olan bireyler için uluslararası hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planı geliştirme çalışmaları başlamıştır. Kronik karaciğer hastalığı

tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planı geliştirilmesinde Türkçe 'ye çevirisi yapılan Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı kaynak olarak kullanılmıştır (143). Sekiz hasta ile yapılan nitel görüşmelerden elde edilen veriler, literatür taraması (81, 121, 123, 134) ve kaynak kitap olarak belirlenen Pearson El Kitabında (143) karaciğer hastaları için alınabilecek veriler değerlendirerek; kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planınının 22 tane hemşirelik tanısı ve ilişkili veriler tablo. 3.5'te yer almaktadır.

**Tablo 3.5. Kronik Karaciğer Hastalığı Olan Bireyler İçin Geliştirilen Uluslararası Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Standart Hemşirelik Bakım Planı NANDA Hemşirelik Tanımları**

Veriler	Hemşirelik Tanısı	Sınıf	Alan
Düşük BKİ, bulantı, kusma, iştah kaybı, hazımsızlık, ağz tadında değişim, gıda alımından hemen sonra tokluk hissi, asit varlığı, hastanın gıda almadığının gözlenmesi, diyet hakkında eksik bilgi, çığnem yutma kaslarının güçsüzlüğü, depresyon, albümin düşüklüğü	<b>Dengesiz beslenme: Beden gereksiniminden az beslenme</b>	Besin alımı	<b>Beslenme</b>
Dişabet hastalığına ilişkin uyumsuz sağlık davranışları, yetersiz kan şekeri takibi, ilaçları düzenli olarak kullanmamak, diyet uyumsuzluğu, kişinin hastalığını kabul etmemesi, aşırı stres, aşırı kilo kaybı, aşırı kilo artışı, mental durumda değişim, fiziksel aktivitenin yaş ve cinsiyete göre az olması	<b>Kan Şekeri Düzeyinde Dengesizlik Riski</b>	Metabolizma	
Hepatorenal sendrom, sıvı volüm fazlalığı, sıvı volüm azlığı, yetersiz sıvı volümü, kusma, diyare, tedavi ile ilişkili yan etkiler	<b>Elektrolit Dengesizliği Riski</b>	Hidrasyon	
Genel vücut ödemi, anormal solunum sesleri, dispne ve nefes darlığı, plevral efüzyon, yüksek kan basıncı, elektrolit dengesizliği, hgb ve het değerlerinde azalma, mental durum değişiklikleri, hepatomegali varlığı, fazla sıvı varlığı ve buna bağlı kilo artışı, fazla sodyum alımı	<b>Sıvı Volüm Fazlalığı</b>		
Defekasyon alışkanlığında sorun yaşama, düzensiz defekasyon alışkanlığı, düzensiz laksatif kullanımı, bulantı, genel yorgunluk, hazımsızlık, ağzda aseton kokusu, konfüzyon, yetersiz lif alımı, yetersiz sıvı alımı, sıvı elektrolit dengesizliği, depresyon	<b>Konstipasyon Riski</b>	Gastrointestinal Disfonksiyon	<b>Boşaltım ve Gaz Değişimi</b>
24 saatte en az 3 defa sıvı gaita çıkışı, bağırsak seslerinde artma, karında ağrı, karında kramplar, acilde tuvalete gitme hissi, düzensiz laksatif kullanımı, Gastrointestinal irritasyon, anksiyete ve stres düzeyinde artma, enfeksiyon, malabsorbsiyon, enteral beslenme	<b>Diyare</b>		
Gün içinde uyukulu olma, yorgunluk, kaşıntı, ağrı duyarlılığında artma, keyifsizlik, konsantrasyon yeteneğinde azalma, halüsinasyon, apati, algısal bozukluklar, konfüzyon, anksiyete, ajitasyon, hırçımlık, huzursuzluk, ilgisizlik, iritabilite, elde titreme, fonksiyonel kapasitede azalma.	<b>Uyku yoksunluğu</b>	Uyku/Dinlenme	<b>Aktivite/Dinlenme</b>
Yorgunluğun sözel ifade edilmesi, uykusuzluğun sözel ifade edilmesi, efor dispnesi ve rahatsızlık, aritmi veya iskemiyi yansıtan EKG değişiklikleri, halsizlik, aktiviteye cevap olarak anormal kalp hızı ya da kan basıncı, oksijen tüketimi ve desteği arasında dengesizlik	<b>Aktivite İntoleransı</b>	Kardiyovasküler/ Pulmoner yanıt	
Dispne, hız-ritim-derinlik açısından anormal solunum şekli, takipne, solunum hızında değişiklikler, karında asit, anksiyete, ağrı, yorgunluk, akciğerin genişlemesini kısıtlayıcı vücut pozisyonu, kas iskelet bozukluğu	<b>Etkisiz Solunum Örtüntüsü</b>		
Uykuya eğilim, anlamsız konuşmalar, hareket yeteneğinde bozulma, uyku-uyanıklık döngüsünde değişim, bilişsel işlevlerde bozulma, ağzda amonyak kokusu, kanda amonyak düzeyinde artma, konstipasyon, enfeksiyon, dehidratasyon, ilaç tedavisi, beslenme bozukluğu	<b>Akut konfüzyon riski</b>	Kavrama	<b>Algılama/Kavrama</b>
Beden yapısında ve işlevinde gerçek değişim, beden algısında değişim, kalan fiziksel güçler vurgu yapma, geçmiş güce, görüntü ve işlevlere odaklanma, bedene ilişkin olumsuz duygular, yaşam tarzı değişikliğinin söze ifadesi, beden işlevinde bozulma olması	<b>Beden İmajında Bozulma</b>	Beden İmajı	<b>Kendini Algılama</b>

**Tablo 3.5. (Devam) Kronik Karaciğer Hastalığı Olan Bireyler İçin Geliştirilen Uluslararası Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Standart Hemşirelik Bakım Planı NANDA Hemşirelik Tanımları**

Veriler		Hemşirelik Tanısı	Sınıf	Alan
Bakım veren: Aile bireyleri arasındaki kaygular, aile bireyleri arasında çatışma, öfke, tahammülsüzlük, sinirlilik, verimlilikte azalma	Bakım alan: Hastanın bakım veren kişiden gerçekçi olmayan beklentiler, hastalığın ciddiyeti, hastanın gördüğünün öngörülmesi	<b>Bakım Veren Rolünde Zorlanma</b>	Bakım Verme Rolü	<b>Rol ilişkileri</b>
Aile içi belirlenen görevlerde değişim, aile içi etkili cevap verme yeteneğinde değişim, ailenin ilişki örüntüsünde değişim, aile içi güç dengesinde değişim, aile içi gelişimsel ve durumsal krizler, aile ekonomisinde değişim, aile üyesinin sağlık durumunda değişim	Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	<b>Aile Sürecinde Kesintiye Uğrama</b>	Aile ilişkileri	
Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	İnvaziv işlemler, malnütrasyon, bağışıklık sisteminin baskılanması, hgb azalması, lökopeni, patojenlere maruz kalmaktan sakınmak için yetersiz bilgi, inflamatuvar yanıtta gecikme, sigara kullanma, oral hijyende yetersizlik	<b>Anksiyete</b>	Baş etme	<b>Baş etme/ Stres Toleransı</b>
Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	<b>Enfeksiyon Riski</b>	Enfeksiyon	
Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	<b>Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski</b>	Fiziksel Yaralanma	<b>Güvenlik/Koruma</b>
Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	<b>Düşme riski</b>		
Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	<b>Kanam riski</b>		
Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	<b>Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski</b>		
Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	<b>Hipertermi</b>	Termoregülasyon	<b>Güvenlik/Koruma</b>
Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	<b>Kronik Ağrı</b>	Fiziksel Konfor Çevresel Konfor Sosyal Konfor	<b>Konfor</b>
Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	Yaşam olaylarındaki değişiklikleri nedeni ile ifade edilen endişeler, sonuçların belirsizliğine dair korku, erken ölümlü korkusunu dile getirme, belirsizlik, tedirginlik, yorgunluk, uykusuzluk, keder, yüzeysel bakış, titreme veya ellerde titreme, sıkıntı, unutkanlık, bozulmuş dikkat	<b>Bulantı</b>		

### 3.5.2. İkinci Faz: Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Standart Hemşirelik Bakım Planının Geliştirilmesi

Bu faz üç adımda gerçekleştirilmiştir.

**Birinci adım**, hemşirelerin hemşirelik bakım planı kullanımına dair görüşleri belirlenmiştir. **İkinci adım**, birinci fazdan ve literatürden elde edilen verilerle kronik karaciğer hastalarına yönelik uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planı geliştirilmiştir. **Üçüncü adım**, kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının kapsam geçerliliği değerlendirilmiştir.

**i). Birinci Adım:** 1-15 Ekim tarihleri arasında, Ankara Şehir Hastanesi Genel Hastane 6. Kat A-B-C Gastroenteroloji servisinde tedavi ve bakım hizmeti veren, en az 6 aydır bu serviste çalışmakta olan araştırmaya katılmaya gönüllü 18 hemşire ile aydınlatılmış onam alınarak gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (9 soruluk) ve hemşirelik bakım planı kullanımına ilişkin görüşlerinin belirlendiği (12 soruluk) soru formu (Bkz. Ek 7) kullanılarak hemşirelerin görüşleri belirlenmiştir. Soru formunun doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür.

**ii). İkinci Adım:** Ocak 2018- Ekim 2022 tarihleri arasında, birinci fazda verileri ve hemşirelik tanıları belirlenmiş olan, kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının NANDA tanıları, NOC sonuçları ve NIC girişimleri belirlenmiştir. Kronik karaciğer hastalığı olan bireyler için geliştirilen uluslararası hemşirelik terminolojisine dayalı hemşirelik bakım planı Windows for Word programı kullanılarak bir hastanın, hemşirelik tanısı belirlendikten sonra beş gün boyunca takip edilmesine ve el ile işaretlemeye olanak sağlayacak bir formatta yapılandırılmıştır. Hazırlanan standart bakım planı formatı hemşirelik tanısı, hemşirelik sonuçları (Beklenen), hemşirelik girişimleri ve değerlendirme ana başlıklarını içermiştir (Bkz. Şekil 3).

**Hemşirelik tanıları (NANDA)**, başlığı altında tanımlayıcı özelliklere (subjektif, objektif ve ilişkili faktörler) yer verilmiştir. Bu üç başlık kronik

karaciğer hastalarına özgü seçilebilecek şekilde **veriler** başlığı altında alt alta sıralanmış işaret için hemen yanında kutucuklar oluşturulmuştur.

**Hemşirelik sonuçları (NOC)**, belirlenen hemşirelik tanısının şiddet/derece/riskini belirleyebilecekleri, literatürün önerdiği 5’li likert ölçeği şeklinde dizayn edilmiştir. Sonuç kriterlerine ulaşmada bir ya da iki amaç cümlesi ile sınırlandırılarak kullanıcının anlayacağı şekilde düzenlenmiştir. Hemşirelik bakım planını kullanırken, amaç cümlesinin hemen yanına alınan hemşirelik tanısının şiddet/derece/risk puanını belirleyecekleri 5 kutucuk bırakılmıştır. Kişilere şiddet/derece/riskini belirlemeleri konusunda dikkat çeken ok işaretleri yerleştirilmiştir.

**Hemşirelik girişimleri (NIC)**, ise kaynak kitap dikkatle incelenerek, genel girişimlerin yanında kronik karaciğer hastalığına özgü eklenebilecek olan girişimlere öncelik verilerek belirlenmiştir. Seçilen hemşirelik girişimleri de uygulananların işaretlenebileceği şekilde küçük kutucuklar yerleştirilmiştir. Ayrıca kullanıcının çalışma saatini (08:16 ve 16:08) belirtecekleri ve üstüne paraf atmaları gerektiği konusunda hatırlatıcı oklar yerleştirilmiştir.

**Hasta ve ailesinin eğitimi**, kaynak kitabın önerdiği şeklinde eklenmiş olup yine aynı şekilde dizayn edilirken öncelik olarak Kronik karaciğer hastalığına sahip hastaların özelliklerine dikkat edilerek oluşturulmuştur. **İş birliği gerektiren uygulamalar**, kısmında da diğer profesyoneller ve bağımlı hemşirelik fonksiyonlarına yer verilmiştir.

**Değerlendirme**, kısmında NOC puanını kullanıcılardan her vardiya değişiminde değerlendirmelerine uygun şekilde dizayn edilmiştir. Değerlendirme cümleleri kısa ve öz tutulmaya çalışılmıştır. Ayrıca kullanıcının kendi cümlelerini yazabilecekleri boşluklar bırakılmıştır. Değerlendirme kısmının altında hastanın başka bir birime nakli ya da taburculuğu gerçekleşti ise bu belirtebilecekleri alanlar oluşturuldu. Hemşirelik bakım planını kullanırken **hastaya özgü notları** tutabilecekleri özel bir alan da bırakılmıştır (Bkz. Ek 2).





**ii). Üçüncü Adım:** Ekim 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının kapsam geçerlilik indeksinin belirlenmesi gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda, hemşirelik bakım planının maddelerin kültür eş değerliliğinin hem de içerik değerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması ve uzman görüşlerinin uygun şekilde değerlendirilmesi için derecelendirilme ölçütü olarak kapsam geçerlilik indeksini belirlemek amacıyla Davis tekniği kullanılmıştır (144). Geliştirilen hemşirelik bakım planının KGİ'ni belirlemek amacıyla, alanında uzman bir akademisyenin olduğu toplam altı uzmana (145), geliştirilen standart hemşirelik bakım planı elden / posta yoluyla iletilmiştir. Uzmanların geri dönüşleri tamamlanınca, kapsam geçerliliği indeksi hesaplanmıştır. Bu kapsamda, 22 hemşirelik tanısı, tanı ile ilişkili hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimlerinin kapsam geçerlilik indeksine göre; 'anksiyete', 'hipertermi', 'kronik ağrı', 'bulantı', 'bakım veren rolünde zorlanma', 'aile sürecinde kesintiye uğrama' hemşirelik tanıları, tanımlarla ilişkili hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimlerinin KGİ değeri %95, 'beden gereksiniminden az beslenme', 'kan şekerinde dengesizlik riski', ' sıvı volüm fazlalığı', 'diyare', 'uyku yoksunluğu' 'aktivite intoleransı', 'etkisiz solunum örüntüsü' hemşirelik tanıları, tanımlarla ilişkili hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimlerinin KGİ değeri %97, 'beden imajında bozulma', 'anksiyete', 'elektrolit dengesizliği riski', ' konstipasyon riski', ' akut konfüzyon riski', 'enfeksiyon riski', 'deri bütünlüğünde bozulma riski', 'kanama riski', 'düşme riski', 'oral mukoz membranda bozulma riski' hemşirelik tanıları, tanımlarla ilişkili hemşirelik sonuçları ve hemşirelik girişimlerinin KGİ değeri %100 bulunmuştur (Bkz. Ek Tablo 2).

### **3.5.3. Üçüncü Faz: Karaciğer Hastalığı Tanısı İle Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığın Değerlendirilmesi**

Araştırmanın üçüncü fazı olan, kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen

standart hemşirelik bakım planının kullanılabilirliği (etkililik-kalite-memnuniyet) değerlendirilmesi üç adımda gerçekleştirilmiştir.

**i). Birinci Adım (Etkililik):** 1-15 Ekim 2023 tarihleri arasında kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının etkililik değerlendirilmesi tamamlanmıştır. Bu adımda, etkililiğin belirlenmesi için standart vaka analizi kullanılarak ön test/son test çalışması yapılmıştır. Ankara Şehir Hastanesi Genel Hastane 6. Kat A-B-C Gastroenteroloji servisinde tedavi ve bakım hizmeti veren, en az 6 aydır bu serviste çalışmakta olan araştırmaya katılmaya gönüllü 18 hemşire ile aydınlatılmış onam alınarak gerçekleştirilmiştir. Hemşirelere çalışmanın amacı, standart hemşirelik bakım planı ve nasıl kullanılacağı konusunda yapılandırılmış bilgilendirilme yapmak amacıyla 18 hemşire birebir yüz yüze görüşme için randevu programı yapıldı (Bkz. Ek Tablo 1). Tabloda hemşireler **H harfi** ile **1-18 arasındaki rakamlar** ile kodlanarak yazılmıştır. Görüşmeler hemşirelerin en uygun olduğu saatte, serviste bulunan toplantı odasında birebir gerçekleştirilmiştir. **Birinci görüşmede** (Ön Test) çalışma amacı hakkında bilgilendirilme yapıp boş A4 kağıtları verilmiştir. Sonra standart vaka analizi verilip, vakaya yönelik kendilerinden elle yazarak hemşirelik bakım planı (Tanılama, Planlama, Girişim ve Uygulama adımlarını içeren) oluşturmaları istenmiştir. Bu aşamada araştırmacı odadan çıkıp hemşireyi bakım planını oluşturması için toplantı odasında yalnız bırakmıştır. Tüm hemşireler ortalama 25 dakikada kendi elle yazdıklarını bakım planını yapmışlardır. **İkinci görüşme** (Son Test), en az 24 saat en fazla 48 saat sonra araştırmacı ve hemşire ile tekrar bir araya gelmiştir. Bu görüşmede hemşirelere standart bakım planını nasıl kullanmaları gerektiği hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra kendileri standart vaka analizi tekrar verilip hemşirelerden standart bakım planı ile vakayı tekrar değerlendirmeleri istenmiştir. Hemşire bu aşamada odada yalnız bırakılmıştır. Tüm hemşireler en az 10 dakika en fazla 15 dakikada bu süreci tamamlamıştır.

**ii) İkinci Adım (Kalite):** 15 Ekim- 1 Aralık 2023 tarihleri arasında kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen hemşirelik bakım planlarının D- Catch kalite değerlendirme aracı ile değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda

geliştirilen standart hemşirelik bakım planı kullanılan hastanın taburculuğu gerçekleştiğinde, araştırmacı tarafından değerlendiricilerin ayrı zamanlarda ilgili hastanın dosyasını hastanın yattığı klinikte değerlendirmesi sağlanmıştır. Değerlendiricilere D-Catch kalite değerlendirme aracını nasıl kullanılacakları, nasıl puanlayacakları araştırmacı tarafından anlatılmıştır. Değerlendiriciler D-Catch kalite değerlendirme aracı ile öncelikle hastanın dosyasını ve sistemde oluşturulan bakım planlarını değerlendirerek puanlandırmışlardır. Daha sonra değerlendiriciler D-Catch kalite değerlendirme aracı ile, hasta dosyalarından hemşirelerin kayıtlarını, hastaların kabul verilerini, hemşirelik kayıtlarının okunabilirliğini (1.,2.,6. bölümü) uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planından da hemşirelik tanımlarını, hemşirelik tanımları ile ilişkili hemşirelik girişimlerini, ilerleme ve sonuç kriterlerini (3., 4.,5. bölümü) değerlendirmişlerdir. Değerlendiricilerin verdikleri puanlar istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

**ii) Üçüncü Adım (Memnuniyet):** 15 Ekim- 7 Aralık 2023 tarihleri arasında Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planını kullanan hemşirelerin memnuniyeti belirlenmiştir. Bu bağlamda, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genel Hastane 6.Kat B Blok Gastroenteroloji servisinde Ekim-Kasım 2023 tarihleri arasında yatarak tedavi gören, araştırmaya katılmaya gönüllü 10 Kronik karaciğer hastasına bakım veren ve çalışmaya kabul eden yedi hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Hemşireler uygulama kapsamında uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planını genellikle gündüz/gece mesaisinde çalışıyorsa tüm yapması gereken işleri bitirdikten sonra doldurmuşlardır. Hemşirelerin ilgili bakım planını raporlamaları yaklaşık 15 dakikalarını almıştır. Onuncu hastanın taburculuğu tamamlandıktan sonra standart bakım planı ile çalışan hemşirelerin bakım planına ilişkin görüşleri/memnuniyetleri son hastanın taburculuğundan sonra bire bir formun teslim edilmesi ve aynı gün geri alınması ile tamamlanmıştır. Soru formunu tamamlamaları yaklaşık 8-10 dakika sürmüştür.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın **birinci fazında**; yarı yapılandırılmış soru formunda demografik bilgilerin yer aldığı verilerin analizinde sayı, yüzdeler, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Ayrıca nitel görüşme içerik analiz yöntemi ile çözümlenmiştir. Ses kayıt cihazı aracılığı ile toplanan veriler, araştırmacı tarafından Windows for Word programı ile yazılı metne dönüştürülmüştür. Bu metin araştırmacı ve danışmanı tarafından ayrı ayrı tümevarımsal yöntem kullanarak açık kodlama yapılmıştır. Kodlamadan sonra tema, alt tema ve kodlar belirlenmiştir (146).

Araştırmanın **ikinci fazında**; kapsam geçerliliği için Davis tekniği kullanılmıştır. Bu teknikte uzmanlar her bir ölçek maddesini 1-4 puan arasında puanlayarak değerlendirmiştir. Her bir maddenin ilgisi, 1 puan '*uygun değil*', 2 puan '*maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir*', 3 puan '*uygun ancak küçük değişiklik gerekli*', 4 puan '*çok uygun*' şeklinde değişen dört puanlık derecelendirme ölçeği ile değerlendirilmiştir. Araştırmacı her uzmanın her madde için verdiği puanları değerlendirerek, 3 ve 4 puanların toplamını, toplam uzman sayısına bölerek KGİ elde etmiştir. Eğer KGİ %80'den büyük ise madde kapsam geçerliliği açısından yeterli şekilde yorumlanır (144). Kronik karaciğer hastalığı olan bireyler için uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının kapsam geçerlilik indeksi her bir tanıya göre farklılık göstermekte olup (KGİ: %95-%100 arasında değişmekte olup) uzmanlar tarafından geçerli bulunmuştur (144). Ayrıca hemşirelerin tanıtıcı bilgiler formundaki verilerin analizinde sayı, yüzdeler, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Araştırmanın **üçüncü fazında**; kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının etkililiğinin değerlendirilmesinde ön test ve son test çalışmaları yapılmış olup, bağımlı gruplarda t testi, Cohen-d kullanılmıştır. Son teste kullanılan bakım planı sonuçlarının hedef bakım planı ile karşılaştırılmasında tek örneklem için t testinden yararlanılmıştır. D-Catch kalite değerlendirme aracının değerlendiriciler arasındaki uyumu için Kendal W testi kullanılmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için  $p < 0.05$  değeri kabul edilmiştir. Ayrıca D-Catch kalite değerlendirme aracını kullanarak standart bakım planı ve sistemdeki hemşirelik bakım arasındaki fark için ortalama standart sapma bağımlı gruplarda t testinden

yararlanılmıştır. İstatiksel testlerin anlamlılık düzeyi için  $p < 0.05$  değeri kabul edilmiştir. Ayrıca memnuniyet belirlenmesi aşamasında yüzde hesaplaması yapılmıştır.

### 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın **birinci fazında**, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26 Temmuz 2017 tarih ve GO 17/417 kayıt (Bkz. Ek 8) karar numarası ile izin alınmıştır. Ayrıca çalışmanın Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulanabilmesi için Ankara 1.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği'nden (Bkz. Ek 9) ve araştırmaya katılacak hastalardan araştırmanın amacı hakkında bilgilendirme sonrasında araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına ilişkin sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Bkz. Ek 10).

Araştırmanın **ikinci fazında**, kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planı geliştirildikten sonra Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18 Ekim 2022 tarih ve GO 17/417 kayıt (Bkz. Ek 11) karar numarası ile izin alınmıştır. D-Catch kalite değerlendirme aracının kullanılması için Walter Paans'tan izin alınmıştır (Bkz. Ek 12). Ayrıca araştırmanın ikinci ve üçüncü fazına katılacak hemşirelerden araştırmanın amacı hakkında bilgilendirme sonrasında araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair hem sözlü hem yazılı onam alınmıştır (Bkz. Ek 13)

Araştırmanın **üçüncü fazında**, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 18 Ekim 2022 tarih ve GO 17/417 kayıt (Bkz. Ek 8) karar numaralı izni ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırmanın Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde yapılabilmesi için izin alınmıştır (Bkz. Ek 14). Ayrıca araştırmaya katılacak hastalardan araştırmanın amacı hakkında bilgilendirme sonrasında araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına ilişkin sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Bkz. Ek 15).

## 4. BULGULAR

### 4.1. Birinci Faz: Kronik Karaciğer Hastalarının Gereksinimlerinin Belirlenmesi

**Tablo 4.1.** Araştırmanın Birinci Aşamasına Katılan Kronik Karaciğer Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Sosyo Demografik Özellikler	1.Hasta	2.Hasta	3.Hasta	4.Hasta	5.Hasta	6.Hasta	7.Hasta	8.Hasta
Cinsiyet	Erkek	Erkek	Erkek	Kadın	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Yaş	59	65	23	88	61	49	63	51
Medeni Durum	Evli	Evli	Bekar	Evli	Evli	Evli	Evli	Evli
Mezuniyet durumu	Orta öğretim	Orta öğretim	Orta öğretim	Okur yazar değil	Orta öğretim	Üniversite	Okur yazar değil	Orta öğretim
Çalışma Durumu	Emekli	Emekli	Memur	Ev hanımı	Ev hanımı	Memur	Ev hanımı	Emekli
Yaşadığı yer	İl	İl	İlçe	İlçe	İl	İlçe	İlçe	İl
Birlikte yaşadığı kişiler	Aile	Eş	Aile	Eş	Eş	Aile	Eş	Aile
Alkol kullanma öyküsü	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Sigara kullanma öyküsü	Hayır	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	Hayır
Hastalığı dışındaki kronik hastalık öyküsü	DM	DM		DM	DM	DM	DM, HT	Polisitemi Vera
Karaciğer hastalığının sebebi	Hepatit B	Alkol	Travma	Hepatit C	Kriptojenik	Alkol	Hepatit B	Hepatit B

**Tablo 4.1. (Devam) Araştırmanın Birinci Aşamasına Katılan Kronik Karaciğer Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri**

Labaratuar Bulguları	Referans değer	1.Hasta	2.Hasta	3.Hasta	4.Hasta	5.Hasta	6.Hasta	7.Hasta	8.Hasta
Hemogloblin	E:13,5-15,5 gr/dl- K:12,0-16,0gr/dl	7.8	7.6	7.4	14	8	9,5	9.2	8.9
Hematokrit	E: %41-53 K: %36-46	25	27	21	46	25	29	27	26
INR	0,8-1,2	1,33	2,11	2,03	1	1,5	1,4	1,1	1,5
Albümin	3,5-5,2 gr/dl	2,5	2,7	2,2	2,2	2,4	2,5	2,1	2,1
Total bilirübin	0,3 – 1,2 mg/dL	1,2	0,38	24	0,6	0,7	0,4	0,5	2,1
Direkt Bilirübin	0,0 – 0,2 mg/dL	0,74	0,19	20	0,2	0,4	0,1	0,2	1,5
Trombosit	130-400	157	206	37	130	65	132	135	400
WBC	4,8-10,8	5,76	8,1	1,45	6,3	3,3	5,1	9,2	3,1
Glukoz	76-106 mg/dl	289	377	74	106	149	220	159	190
AST	0-35 U/L9,5	36	16	199	124	41	22	30	50
ALT	0-45 U/L	26	14	126	103	21	20	20	32
GGT	8-61 U/L	179	274	33	257	37	224	80	153
Üre	5-25 mg/dl	35	49	8	27	72	20	33	18
Kreatinin	0,5-1,3 mg/dl	0,9	1,4	0,6	0,7	1,09	0,6	1,2	1,01
Na	136-146 mmol/L	127	132	130	139	136	135	132	135
K	3,5-5,1 mmol/L	3,5	3,3	3,4	5,4	4,5	3,8	3,6	3,2
Sedimentasyon	0-20 mm/saat	79	59	88	20	59	30	110	80
CRP	≤ 5 mg/dl	9,1	23,8	41	1,7	1,75	10	50	38
AFP	0,5-5,5 U/L	3,2	1,86	2,7	16	1,91	1,4	3,5	2
HBV DNA	Negatif/Pozitif	Pozitif						Pozitif	Pozitif
HCV RNA	Negatif/Pozitif				Pozitif				

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $57,5\pm 18,26$  olup, yedi hasta evli ve beş hasta orta öğretim mezunudur. Altı hasta (ev hanımı ve emekli) çalışmamaktadır. Beş hasta eşiyile birlikte yaşamaktadır. Araştırmaya katılan hastalar sigara ve alkol kullanmamakta olup, iki hasta hastalık tanısını aldıktan sonra alkol ve sigara kullanımını bırakmıştır. Çalışmada iki hasta Hepatit B virüsüne bağlı, iki hasta Hepatit C virüsüne bağlı, iki hasta alkol kullanımına bağlı ve bir hasta kriptojenik nedenlerle (sebebi belli olmayan) kronik karaciğer hastalığı tanısını almıştır. Yedi hastanın kronik karaciğer hastalığı dışında da kronik hastalığı mevcuttur. Araştırmaya katılan hastaların kan değerlerine bakıldığında, genel olarak hemogram, hematokrit, WBC, sodyum, potasyum ve albümin seviyelerinin düşük olduğu, INR, CRP ve sedimantasyon değerlerinin yüksek olduğu gözlenmektedir (Tablo 4.1).



**Tablo 4.2.** Kronik Karaciğer Hastalarının Hastalık Deneyimlerine İlişkin Tema ve Alt Tema ve Kodları

Tema	Alt Tema	Kod	Frekans
1.Hastalık ilişkili semptomları	1.1.Gastrointestinal Sistem	Ağız tadında değişim	1
		Diş çürümesi	2
		Şişkinlik	2
		Bulantı-kusma	2
		Beslenmede değişim	4
		İştahsızlık	3
		Diyet uyumu	3
		Kan şekeri seviyesinde değişim	3
		Kilo verme	3
		Bağırsak boşaltımında değişim	6
	1.2. Solunum Sistemi	Solunum Sıkıntısı	4
	1.3. Uyku ve Dinlenme Alışkanlıkları	Gece uykularının etkilenmesi	5
		Gün içerisinde uyku ve dinlenme ihtiyacında artma	6
	1.4. Dolaşım Sistemi	Yorgunluk	2
		Özafagus varis kanaması deneyimi	4
		Ödem	5
	1.5. Kas- İskelet Sistemi	Anemi	2
		Ödeme bağlı hareketlerde kısıtlılık	5
		Kas krampları	2
	1.6. Cilt ve Deri Bütünlüğü	Parmaklarda titreme	4
		Cilt kuruluğu	2
		Deri dökülmesi	1
		Kaşıntı	5
	1.7. Beden İmajı	Sarılık	2
		Görüntüde değişim	6
	1.8. Ruhsal Durum	Sinirlilik	4
		Yakınlarına üzülmeye	2
		Hastalığı kabullenme	3
Ölüm korkusu		3	
Bozulan beden imajına üzülmeye		2	
Unutkanlık		3	
2.Hastalık ilişkili yaşam sorunları	2.1. Günlük yaşam	Ağrı Deneyimi	5
		Günlük yaşam Aktivitelerini gerçekleştirirken zorlanma	6
	2.2. Sosyal yaşam	Sosyal hayatın sekteye uğraması	2
	2.3. İş yaşamı	Rapor alınması, emekli olunması	4
	2.4. Hastane deneyimleri	Tekrarlayan yatışlar	8

Araştırmaya katılan hastaların nitel görüşmeleri, hastalık ilişkili semptomlar ve hastalık ilişkili yaşam sorunları başlıkları altında iki tema altında toplanmıştır. Hastalık ilişkili semptomları teması altında; gastrointestinal sistem, solunum sistemi, uyku ve dinlenme, dolaşım sistemi, kas-iskelet sistemi, cilt ve deri bütünlüğü, vücut imajı, ruhsal durum olmak üzere sekiz alt tema içermiştir. Hastalık ilişkili yaşam sorunları teması; günlük yaşam, sosyal yaşam, iş yaşamı, hastane deneyimleri olmak üzere dört alt tema içermiştir (Tablo 4.2).

## **Tema 1: Hastalık İlişkili Semptomlar**

### **1.1.Gastrointestinal Sistem**

Araştırmaya katılan hastalar gastrointestinal sisteme ait; ağız tadının değişmesi (n:1), dişlerde çürüme (n:2), bulantı-kusma (n: 2), şişkinlik (n:2), beslenmede değişim (n:4), iştahsızlık (n:6), verilen diyeti uygulama deneyimi (n:3), kan şekeri düzeyinin değişimi (n:3), kilo alıp-verme deneyimi (n: 3), bağırsak alışkanlığında değişim (konstipasyon (n:6), ishal (n:1), laksatif kullanımı (n:6) olduğunu belirtmişlerdir. Aşağıda hastaların hastalıklarına dair yaşadıkları deneyimlere dair bazı alıntılar yer almıştır.

*'... Damak tadım kalmadı yediğim içtiğimden lezzet alamıyorum...Ağız kuruluğu oluyordu. Şekerden mi bilmiyorum ama ağız kuruluğu oluyordu. Dişlerin birkaç tanesi çürüdü onları aldırдық' (H6)*

*'... Şimdi az bir şey yedikten sonra şişkinlik oluyor. Yiyemiyorum. Eskiden çok güzel yerdim. Şimdi yedikten sonra karnım şişiyor yiyemiyorum...Bulantı kusmalarım çok oldu.'* (H5)

*'...Zayıflıyorum. Sağlam iken 75 kiloydum. Eğer karnımdaki suyu tam alırsalar net kilom ortaya çıkıyor. Bir hastaneye yatışımda üst üste yaptılar kiloma baktım 50 kilo geldim.'* (H5)

*'...Büyük abdest eğer ilaçlarını düzenli kullanırsam. Ancak genelde büyük abdest zorluyor mesela. Eskisi gibi değil. İllaki çorba içeceksin.'* (H1)

### **1.2.Solunum Sistemi**

Hastalar, solunum sıkıntısı (n:5) yaşadıklarını şu şekilde ifade etmişlerdir.

*'... Sırt üstü yatarsan rahat ediyorsun. Sırt üstü yatacaksın.'* (H1)

*'...Büyük oğlumun evine merdivenin yarısına gelince yığılıp kalmışım. Nefesimi alamadım.'* (H4)

*'... Yürüyemez oldum. Nefesim tıkanıdı... Lasix diye bir ilaç verdiniz o rahatlattı.'* (H2)

### 1.3.Uyku ve Dinlenme Alışkanlıkları

Araştırmaya katılan hastalar uyku ve dinlenme düzenine ilişkin; gece uykularının etkilenmesi (n:5), gün içerisinde uyku ve dinlenme ihtiyacında artma (n:6), yorgunluk (n:2) deneyimleri olduğunu belirtmişlerdir.

*'...Bu hastalık dinlenme ihtiyacımı arttırdı... Eve gidince yatıyorum. Akşam yemeğine kadar yatıyorum. Yemekten sonra dizimi izliyorum. Sonra yatıyorum. Gece idrar söktürücü aldığım için her saat ya da 1,5 saatte bir kaldırıyor. Sabah 7 de kahvaltı yapıyorum. Sonra 12'ye kadar tekrar yatıyorum...Felaket yorgun hissediyorum. Uyuyamıyordum. Oturduğumda uyuyup kalıyordum.'* (H2)

*'...Uyku hiç yok. Uykusuzluk çok. Stres var.....Çok sıkıldığımda kalkarım, gezerim. Su içerim. Biraz kanepede uzanırım tekrar yatarım. Balkonda sandalyede otururum sonra tekrar yatarım.'* *'... Sabah kalkıyorum diyorum bir yorgunluk çöküyor üstüme felaket. Allah'im diyorum bir kalkabilsem ayağı diyorum...Çok yoruluyorum...3 kere düştüm... halsizlikten oldu...Şimdi hala bir süpürge bile tutamıyorum. Derman kalmıyor ki.'* (H4)

### 1.4.Dolaşım Sistemi

Araştırmaya katılan hastaların dolaşım sistemi ile ilgili; özafagus varis kanaması deneyimi (n:4), ödem (n:5), anemi (n:2), halsizlik (n:5) olduğu ile ilişkili deneyimleri olduğunu belirtmişlerdir.

*'...Allah Allah varis kanaması geçirmişim 4 tane patlamış.'* (H1)

*'...Kanamaların çok oldu. Bıktım. Varisler patladı. Ağzımdan dolu dolu kan geldi. Bıktım 40 kez endoskopi oldum saydım. Yama yapıyoruz diyorlar.'* (H5)

*'...Daha sonra kanama yaşadım hem makattan hem de ağızdan kusma şeklinde kan geldi.'* (H6)

*'...Eşimi çağırdım beni acile at ağızdan kan geldi dedim oraya varır varmaz 3 tane istiğfar kabı doldurdum ağızdan geldi varis damarım patladı Samsun fakültede bantladılar. ...Halsizlik oluyordu 2 defa kan verdiler bana.'* (H8)

*'... Şişlik oluyor.'* (H5)

### 1.5. Kas- İskelet Sistemi

Araştırmaya katılan hastalar kas- iskelet sistemi ile ilgili olarak ödeme bağlı hareketlerde kısıtlılık (n:2), kas krampları (n:4), yorgunluk (n:2), parmaklarda titreme (n:1) deneyimleri yaşadıklarını belirtmişlerdir.

*'...Yerlere eğilemiyorum...Kramp bacaklarıma giriyor. Kuş gibi çığırıyorum.'* (H5)

*'...Mesela parmaklarda titreme oluyor. Yazamadım. Kalem elimde titriyor. ... Önceden tepsi götürürken elim titremezdi şimdi titriyor.'* (H3)

### 1.6.Cilt ve Deri Bütünlüğü

Araştırmaya katılan hastalar cilt ve deri bütünlüğü ile ilgili cilt kuruluğu (n:2), kaşıntı (n:5), deri dökülmesi (n:1), sarılık (n:2), cilt renginde matlaşma/yağlanma (n:1) şeklinde deneyimleri olduğunu belirtmişlerdir.

*'...Kaşıntı oluyor. Özellikle yemeklerde eti fazla tüketirsen hemen belli ediyordu ve kaşınmaya başlıyordum.'* (H1)

*'...Yağlanma oluyor. Benekler fazlalaşmaya başladı. Siyah benekler albümin düşüklüğünde cilt siyaha boyanıyor. Cilt matlaşıyor. Bunların takviyesi olduğunda yüzüne canlılık geliyor.'* (H3)

*'...Cilt kuruluğu için bu hastalıktan önce yüzüm için kremler vardı. Onları kullandım...Kaşıntı var. Aşırı kaşıntı var. Hep kanattım vücudumu...Aynaya baktım cildim sapsarı çiğdem gibiydi.'* (H5)

*'...Cildimde son zamanlarda deri dökülmesi oluyor.'* (H6)

### 1.7. Beden İmajı

Araştırmaya katılan hastalar beden imajı ile ilgili olarak, görüntüde değişimleri olduğunu (n:5) olduğunu belirtmişlerdir.

*'...Dış görünüm acayip şişiyordu.'* (H1)

*'...Ama normalde ben böyle biri değilim. Fotoğraflarımda falan İzmir'de çektirdiklerim olsa gösterirdim. Yani ince bir çocuğum ben normalde. Ama hastalık ödem bozukluğu yapıyor. Görüntü bozukluğu yapıyor. ... Nasıl etkiledi dersiniz. Şişlik meydana geliyor. Sarılık oluyor. Mat oluyor, yağ benekleri oluyor. Parmaklarda*

(parmaklarını göstererek) çomak parmak oluyor. Görüntü bozukluğu derken, göbek-baş bir yere çıkmış değil. İleriki evrelerde oluyor... Mesela ayakların şiş en güzel botu beğeniyorsun. Mesela kış geldi. Reyonlarda en güzel botu beğeniyorsun o bana olmuyor.'(H3)

'...Sen benim evladımın (diyerek karnını açıp göstererek) ben 2-3 yıldır böyle yaşıyorum. Ayaklarım şişiyor. Şişmesin diye çocuklarım ayaklarını yüksek tut diyor.'(H4)

'...Karnım şişiyor davul gibi.' (H5)

'...karnım şiştiği için hiç yemek yiyemedim nefes alamadım solunum sıkıntım oldu.' (H8)

### 1.8.Ruhsal Durum

Araştırmaya katılan hastalar ruhsal durum ile ilgili; sinirlilik (n:4), yakınlarına üzülmeye (n:2), hastalığı kabullenme (n:4), ölüm korkusu (n:3), bozulan beden imajına üzülmeye (n:2), unutkanlık (n:2) şeklinde deneyimleri olduğunu belirtmişlerdir.

'...Bir aydır asabileşmeye başladım. Frenleyebiliyordum. Tabi. Hemen evden çıkıp gidiyorum. Affedersin eşim bir şey demediği halde karşı taraftan sert tepki gibi geliyordu çıkıyordum. Kırmamak için. Çünkü kabahati yok.' (H1)

'...Kendi işini kendin görmediğin için, zamanında yapılmadığında çok sıkıntı oluyor, çok sinirli oluyorum.' (H3)

'...Bu rahatsızlık insan hayatını olumlu olumsuz çok yönde etkiliyor. Özellikle genç olmam baya sıkıntıya soktu. Beni çok etkiliyor. Genç akranlarım dışarıda gönüllerini eğlendiriyorlar. Bu da sıkıntı değil belli bir zaman sonunda bende yapabileceğim. Annem babam çok üzüliyor. 23 yaşında bir çocuk. Mesela onlar birçok ameliyata riskli diye imza atmadılar. Kolay değil 23 yaşında bir çocuğu ateşe atmak kolay bir şey değil. Burada da ameliyata gireceğim. Bıçak sırtı. Onlar çok sıkılıyor. Tabi onlar sıkılınca bende üzüliyorum.' (H3)

'...Evdekileri çok etkiledi halen de...Bana da düşkünderler. Ailecek biz duygusalız kardeşlerim olsun abilerim olsun eşim olsun çocuklar olsun birbirimize bağlıyız yani çok bundan dolayı tabi ki üzüntü olsun şey olsun yaşıyoruz halen de yaşıyoruz ama yapacak bir şey yok...Valla ben biraz kaderciyim olduğum için mücadele

*şey yapmadım çare bir şey yapmadım hastalığımı bildiğim için yani ne yapsan ne yapabilirsin ki...Nasıl desem bir çare değil. Allah'tan ümit kesilmez. Ama bu şekilde razı olduk halimize.'* (H6)

*'...Ölüm korkusu oldu yani şimdi tabi ne desem yalan ama belki de doktorum çok iyi bir insandı yani aleni yüzüme söyledi ve beni kurtaracağına karşı ümit oluştu.'* (H7)

*'...Devamlı uyku hali vardı. Bilincim açık değildi. Annemin bile ismini hatırlamadım.'* (H3)

*'...Bilincimi çok kaybettim. Musluk diye başka yerleri açmaya çalışmışım.'* (H5)

*'...Pazar akşamıyla salı sabahı arasında kayıt yok bende komaya girmişim ben hiç hatırlamıyorum ne olduğunu ne bittiğini.'* (H7)

## **Tema 2: Hastalık İlişkili Yaşam Sorunları**

### **2.1.Günlük Yaşam**

Araştırmaya katılan hastalar günlük yaşamlarında aktivelerini gerçekleştirirken zorlandıkları ve yardım isteme ve aktivitelerde %50-70 kayıp (n: 6) ve ağrı deneyimi (n:5) belirtmiştir.

*'...Önceden ağır kaldırırdım ancak şu an yapamıyorum. ... Önceden ağır kaldırırdım ancak şu an yapamıyorum...Yani kendim kalkamıyorum. Canım istemiyor. Takatim olmuyor vs....Birtakım sıkıntılar oluyor. Artık bunları yapmıyorum... Önceden kendi işimi kendim yapmayı çok severim çok da güzel yapardım. 3 senedir yapmıyorum kendi işimi kendim göremiyorum. Suyu bile kardeşimden istiyorum.'* (H3)

*'...Dinleniyorum. Dinlendikten sonra azıcık dolaşıyorum. Eşim sağ olsun. Ona takılıyorum. Soğanı doğruyorum. Kötü olursam bırakır biraz yere uzanırım. Orda dinlenirim. Kalkarım. Ocağa bir şey koyarım. Temizlikçim var.'* (H4)

*'...Yüzde 60'ın üzerinde 70'e yakın. Mübalağa etmiyorum. Yetmiştir. Çünkü kendimi biliyorum kolumu kaldıramadığım yani bir iki adım atamadığım sendelediğim baş dönmesi olduğu zamanlar oluyor denge kaybı ondan dolayı yüzde yetmiş diyebilirim.'* (H6)

*'...Şiddetli sancılarım oldu. Hiç yürüyemedim. '...Tabi. Karnım şişince karnım çok ağrıyordu. Karaciğer olduğu sağ yanımdan çok karnım gerilince her yanı ağrıyordu.'* (H5)

*'...Onun haricinde hastalık karın şişliği, (sağ üst kadran ve sol üst kadran akciğer bileşkesini göstererek ağrı tarifledi). Yanıyor ağrı yapıyor. Son zamanlarda daha çok oldu...Çok şiddetli ancak insanı kıvrandırır. 7 de oluyor 5 de oluyor 10 şiddetini çok şiddetli yaşamadım. Yaşadıysam da belki o an için hatırlamıyorum.'* (H6)

## **2.2.Sosyal Yaşam**

Araştırmaya katılan hastalar, sosyal yaşamlarında eskiye göre daha azaldığını (n:2) ifade etmişlerdir.

*'...Çok güzel halay çekiyordum. Şimdi yapamıyorum. Oynayamıyorum. Arkadaşlarla gezmeye giderdim şimdi gidemedim. Az biraz üzüyordu.'* (H1)

*'...Şimdi şu durumda misafirlerim geldiğinde dolapta ıvır zıvır bir şeyler hazırlıyorum. Çok ağır şeyler olmuyor.'* (H5)

## **2.3. İş Yaşamı**

Araştırmaya katılan hastalar, iş yaşamında iş gücü kaybı (n:3) yaşadıklarını belirtmişlerdir.

*'...Arkadaşlardan uzak kalmak ve çalışmayı yüzde elliye düşürmek problem... İş yapmıyorum. Oğlum var. Adam tutuyoruz.'* (H1)

*'...Şu anda çalışıyorum ama raporluyum... Valla o kadar çok yattım ki...'* (H3)

*'...Çadır dikim ustasıyım. Türk Kızılay'ında Afetlere gidiyoruz. 17 seneden sonra rapordan dolayı karaciğerden dolayı emekli olmak zorunda kaldık...karaciğerden dolayı emekli olmak zorunda kaldık...Yedinci oldu bu. En çok 32 gün yattım. Dokuz günü yoğun bakımda kalanı serviste. 15 gün yattım. 20 gün yattım...'* (H6)

## **1.4.Hastane Deneyimleri**

Araştırmaya katılan hastalar katılan hastaların tekrarlı hastaneye yatış öyküleri mevcuttur. (n:8).

*'Artık sen siroz tablosu hastasıydın dediklerinden beri bu sene dört kez hastaneye yattım. Birinde karnım çok şişmişti aynı anda da kan şekeri çok yüksek geldi. Yaklaşık 10 gün yattım. Bir keresinde kendimden geçmişim hatırlamıyorum 20 gün yattım çıktım. Bu sefer de ayaklarım şişti, karnım şişti çok şükür iyi oldum eve gidiyorum' (H1).*

*'...Karaciğer, ayakların şişmesi, zor nefes almak, kansızlık için doktora gittim. Bu sene iki kez yattım. İkisi de 20 günü buldu şimdi daha rahatım.' (H2)*

*'Ben kaza sonrası damarsal sorunlardan dolayı bu hastalık bende gelişti. Çocukluğumdan kaç kez hastaneye yattım hiç bilmiyorum. Bu hastane nakile uygun olmadığını da söyledi. Ne yapacağım bilmiyorum. Bu sene kaç kez hastaneye yattım belki 30 kez inanın hatırlamıyorum. Her seferinde değişik sorunlarla yattım. Ancak genelde karında asit, ağrı, ayaklarda şişlik nedeniyle yattım. Bu sene en çok komaya girdiğim için de yattım...' (H3)*

*'Bir kez hastaneye sadece kaşıntı için yattım nerdeyse bir ay kaşındım her yerimi parçaladım kaşırken... Bu yatışımda da karnım şişti artık nefes alamaz hale geldiğim için yattım...' (H4).*



**4.2. İkinci Faz: Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Standart Hemşirelik Bakım Planının Geliştirilmesi**

**Tablo 4.3.** Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
23-25	8	44.5
26-28	8	44.5
29-31	2	11.0
<b>Ort.± SS: 26±4,58</b>		
<b>Öğrenim durumu</b>		
SML	1	5.50
Lisans	16	89.0
Hemşirelikte Lisansüstü	1	5.50
<b>Mesleki Deneyim Süresi</b>		
6 ay- 3 yıl	8	44,5
4-6 yıl	10	55.5
<b>Ort.± SS: 3,00±2,96</b>		
<b>Mevcut Kliniğinde Çalışma Süresi</b>		
9 ay- 3 yıl	11	61.0
4-6 yıl	7	39.0
<b>Ort.± SS: 2,48±2,56</b>		
<b>Çalışma Şekli</b>		
Karışık vardiya (08-16/ 16-08/ 08-08)	18	100
<b>Başka Hastanede Çalışma Durumu</b>		
Evet	4	22.3
Hayır	14	77.7
<b>Çalıştığınız Klinikteki Hasta Yatağı Sayısı</b>		
21 yatak	11	61.0
24 yatak	7	39.0
<b>Çalıştığınız Klinikte Günlük Ortalama Hasta sayısı</b>		
21 hasta	11	61.0
24 hasta	7	39.0
<b>Çalıştığınız Klinikte Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı</b>		
10-11 hasta	11	61.0
12 hasta	7	39.0

Araştırmaya katılan hemşirelerin ortalama 26±4,58 yaşında ve lisans mezunu (%89) olduğu ortalama 3,00±2,96 yıllık bir mesleki deneyime sahip oldukları ve ortalama 2,48±2,56 yıldır gastroenteroloji servisinde çalıştıkları bulunmuştur. Hemşirelerin çoğunluğu (77.7) mesleki deneyimlerine araştırmanın yapıldığı kurumda başladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Hemşirelerin Bakım Planı Kullanımına İlişkin Görüşleri

Bakım Planı Kullanımına İlişkin Görüşler	n	%
<b>Hemşirelik uygulamalarında hemşirelik bakım planı ile çalışma gereklidir.</b>		
Evet	14	77.7
Hayır	4	22.3
<b>Cevabınız evet ise düşünceleriniz (n:14) *</b>		
Hemşirelik mesleğinin görünürlüğünü sağlar	8	57
Hemşirelik uygulamalarında yol göstericidir	7	50
Bireysel ve bütüncül bir bakım sağlar	5	35
Bireye, kaliteli ve nitelikli bir bakımın verilmesini sağlar	5	35
Ekip üyeleri arasında iş birliği sağlar	1	7
Tedavi sürecine ilişkin beklentilerin farkında olup, etkin bir değerlendirme yapmayı sağlar	2	14
<b>Cevabınız hayır ise düşünceleriniz (n:4)</b>		
İş yükü	2	50.0
Düşüncesini belirtmeyen	2	50.0
Hayır	13	72.0
<b>Hizmet verilen kurumdaki hemşirelik bakım planlarının hemşirelik süreci aşamalarını yansıtma durumu</b>		
Evet	6	33.0
Hayır	1	6.0
Kısmen	11	61.0
<b>Hemşirelik bakım planı ile çalışmada zorluk yaşama durumu</b>		
Evet	8	44.5
Hayır	10	55.5
<b>Sorun yaşanan hemşirelik bakım planı aşaması (n:8) *</b>		
Veri toplama aşaması	3	37.5
Hemşirelik tanısı belirleme	2	25.0
Hemşirelik tanılarını öncelik sırasına koyabilme	2	25.0
Hemşirelik bakımı için sonuç kriteri belirleme	1	12.0
Hemşirelik girişimlerini planlayabilme	6	75.0
Hasta sonuçlarını değerlendirme	1	12.5
Diğer	1	12.5
<b>Hemşirelik sınıflama sistemleri hakkında bilgi durumu</b>		
Evet	15	83.3
Hayır	3	16.7
<b>Bilinen sınıflama sistemleri (n:15)</b>		
NANDA-I: Hemşirelik Tanıları Sınıflama Sistemi	15	100
NIC: Hemşirelik Girişimleri Sınıflama Sistemi	2	13.3
NOC: Hemşirelik Bakımı Sonuçları Sınıflama Sistemi	1	6.70
ICNP: Hemşirelik Uygulamalarının Uluslararası Sınıflaması	2	13.3
Diğer (OMAHA)	1	6.70
<b>Standart hemşirelik bakım planları hakkında bilgi durumu</b>		
Evet	16	88.8
Hayır	2	11.2
<b>Standart Hemşirelik bakım planları ile ilgili bilgi edinme kaynakları (n:16) *</b>		
Eğitim hayatı	16	100
Oryantasyon eğitimi	2	12.5
Hizmet içi eğitimler	2	12.5
Konu alanı ile ilgili bireysel araştırmalar	1	6.20

\* *Birden fazla düşünce belirtilmiştir.*

Hemşirelerin çoğunluğu hemşirelik uygulamalarında hemşirelik bakım planı kullanılması gerektiğini (%77.7), hemşirelik bakım planı kullanılmasının hemşirelik mesleğinin görünürlüğünü sağladığını (%57) ve hemşirelik uygulamalarına yol gösterici olduğunu (%50) belirtmişlerdir. Hemşirelik uygulamalarında hemşirelik bakım planını kullanılması ile ilgili olumsuz düşünceye sahip hemşireler (%22.3), bu durumu iş yükü olarak görmektedir. Ayrıca hizmet vermiş oldukları kurumda hemşirelik bakım planı kullanıldığı ve kullanılan hemşirelik bakım planlarının etkin olmadığı (%55.5), çoğunluk olarak hemşirelik tanılarının (%70), hemşirelik girişimlerinin (%40) yetersiz olduğunu ve mecburen yapıldığı için etkin olmadığını (%30) belirtmişlerdir. Kullanılan hemşirelik bakım planlarına ilişkin görüşlerinin alınmadığı (%72) aynı zamanda hemşirelik bakım planlarının hemşirelik süreci aşamalarını kısmen yansıttığı (%61) saptanmıştır. Hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik uygulamalarında hemşirelik bakım planı ile çalışmakta zorluk yaşadığı (%55.5), sırası ile hemşirelik girişimlerini planlamada (%75), veri toplama aşamasında (%37.5), hemşirelik tanısı belirlemede ve öncelik sırasına koymada (%25), hemşirelik bakımı için sonuç kriteri belirlemede ve değerlendirmede (%12.5) de sorun yaşadıkları saptanmıştır. Hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik sınıflama sistemleri hakkında bilgisi olduğu (%83.3) ve araştırmaya katılan hemşirelerin hepsinin NANDA hakkında bilgisi olduğu saptanmıştır. Standart hemşirelik bakım planları hakkında çoğunluğun bilgisi olduğu (%88.8) ve bu bilgiye çoğunluğun eğitim hayatında edindiği (%100) saptanmıştır (Tablo 4.4.).

**4.3. Üçüncü Faz: Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırlan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığın Değerlendirilmesi**

**Tablo 4.5.** Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığının (Etkililik) Değerlendirilmesi Ön Test ve Son Test Puanları

Tanımlar	Belirlenebilecek en yüksek değer	Ön test	Son test	t test	p değeri	Cohen d (%95 GA)
<b>Toplam tanı sayısı</b>	<b>19</b>	5.44±2.81	16.50±4.98	-7.929	<0.001	-1.869 (-2.64,-1.083)
<b>Bulantı tanısı</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	0.0±0.0	4.11±1.23	-14.16	<0.001	-3.339 (-4.53,-2.127)
Hemşirelik sonuçları	1	0.05±0.23	1.00±0.00	-17.00	<0.001	-4.007 (-5.412,-2.588)
Hemşirelik Girişimleri	12	0.11±0.47	9.44±2.35	-16.66	<0.001	-3.928 (-5.308,-2.477)
<b>Dengesiz beslenme: Beden gereksiniminden az beslenme</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	7	0.66±1.37	4.72±1.22	-11.08	<0.001	-2.613 (-3.590,-1.619)
Hemşirelik sonuçları	2	0.44±0.61	1.50±0.51	-5.132	<0.001	-1.210 (-1.813,-0.586)
Hemşirelik Girişimleri	11	1.83±2.50	8.88±2.69	-7.583	<0.001	-1.747 (-2.475,-1.001)
<b>Kan şekerinde dengesizlik riski</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	5	0.0±0.0	1.83±1.24	-6.230	<0.001	-1.468 (-2.131,-0.785)
Hemşirelik sonuçları	1	0.55±0.23	0.94±0.23	-11.66	<0.001	-2.749 (-3.766,-1.715)
Hemşirelik Girişimleri	5	0.55±0.23	4.11±1.56	-11.08	<0.001	-2.613 (-3.590,-1.619)
<b>Etkisiz Solunum Örüntüsü</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	8	1.05±1.92	5.05±2.01	-7.376	<0.001	-1.738 (-2.469,-0.987)
Hemşirelik sonuçları	1	0.50±0.61	1.00±0.34	-3.431	0.003	-0.809(-1.335,-0.265)
Hemşirelik Girişimleri	11	1.50±2.09	8.27±2.76	-10.43	<0.001	-2.459(-3.391,-1.510)
<b>Sıvı Volüm Fazlalığı</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	8	0.55±1.09	5.16±2.85	-7.414	<0.001	-1.748(-2.482,-0.995)
Hemşirelik sonuçları	1	0.38±0.69	0.83±0.38	-2.675	0.16	-0.631(-1.113,-0.115)
Hemşirelik Girişimleri	12	1.77±3.15	9.50±4.48	-6.826	<0.001	-1.609(-2.307,-0.891)
<b>Aktivite intoleransı</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	1.33±2.14	4.66±1.18	-6.778	<0.001	-1.598 (-2.292,-0.882)
Hemşirelik sonuçları	1	0.50±0.78	1.00±0.00	-2.699	0.015	-0.636 (-1.131,-0.012)
Hemşirelik Girişimleri	10	1.61±2.14	8.61±1.57	-13.69	<0.001	-3.227 (-4.389,-2.049)

**Tablo 4.5. (Devam). Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığının (Etkililik) Değerlendirilmesi Ön Test ve Son Test Puanları**

Tanımlar	Belirlenebilecek en yüksek değer	Ön test	Son test	t test	p değeri	Cohen d (%95 GA)
<b>Beden İmajında Bozulma</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	8	0.72±1.31	5.88±2.54	-9.200	<0.001	-2.169(-3.017,-1.302)
Hemşirelik sonuçları	1	0.44±0.51	0.88±0.32	-3.688	0.002	-0.869(-1.405,-0.315)
Hemşirelik Girişimleri	8	1.50±1.94	6.55±2.66	-7.849	<0.001	-1.850(-2.611,-1.070)
<b>Anksiyete</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	1.05±1.76	4.88±1.27	-7.383	<0.001	-1.740(-2.472,-0.989)
Hemşirelik sonuçları	1	0.55±0.78	1.00±0.00	-2.406	0.028	-0.567(-1.059,-0.61)
Hemşirelik Girişimleri	10	1.44±1.91	9.05±1.55	-14.503	<0.001	-3.418(-4.639,-2.182)
<b>Deri bütünlüğünde bozulma riski</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	1.00±1.71	3.66±2.00	-5.090	<0.001	-1.200(-1.801,-0.578)
Hemşirelik sonuçları	1	0.33±0.48	0.83±0.38	-4.123	<0.001	-0.972(-1.527,-0.38)
Hemşirelik Girişimleri	8	1.16±1.85	6.16±2.95	-7.239	<0.001	-1.706(-2.429,-0.963)
<b>Konstipasyon riski</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	10	0.27±0.75	6.44±2.66	-9.994	<0.001	-2.356(-3.2571.436)
Hemşirelik sonuçları	2	0.16±0.38	1.83±0.38	-11.90	<0.001	-2.805(-3.839--1.755)
Hemşirelik Girişimleri	13	1.00±2.32	10.50±2.20	-12.43	<0.001	-2.932(-4.0041.843)
<b>Akut Konfüzyon Riski</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	4	0.00±0.00	2.50±1.54	-6.872	<0.001	-1.620(-2.320,-0.899)
Hemşirelik sonuçları	1	0.16±0.38	0.77±0.42	-4.267	<0.001	-1.006(-1.567,-0.425)
Hemşirelik Girişimleri	10	0.61±1.46	7.00±4.04	-5.938	<0.001	-1.400(-2.046,-0.733)
<b>Düşme Riski</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	5	0.55±1.38	3.55±1.04	-8.098	<0.001	-1.909(-2.685,-1.113)
Hemşirelik sonuçları	1	0.27±0.46	1.00±0.00	-6.648	<0.001	-1.567(-2.254,-0.859)
Hemşirelik Girişimleri	12	1.22±2.48	10.66±1.90	-11.028	<0.001	-2.599(-3.572,-1.609)
<b>Elektrolit Dengesizliği Riski</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	3	0.44±0.98	1.94±0.87	-5.301	<0.001	-1.249(-1.861,-0.617)
Hemşirelik sonuçları	1	0.44±0.61	0.88±0.32	-3.063	0.007	-0.722(-1.234,-0.193)
Hemşirelik Girişimleri	9	1.44±2.09	8.16±2.38	-10.329	<0.001	-2.435(-3.359,-1.492)

**Tablo 4.5. (Devam). Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığının (Etkililik) Değerlendirilmesi Ön Test ve Son Test Puanları**

Tanımlar	Belirlenebilecek en yüksek değer	Ön test	Son test	t test	p değeri	Cohen d (%95 GA)
<b>Enfeksiyon Riski</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	0.11±0.32	4.00±1.78	-9.109	<0.001	-2.147(-2.989,-1.286)
Hemşirelik sonuçları	1	0.22±0.42	0.88±0.32	-5.831	<0.001	-1.374(-2.015,-0.713)
Hemşirelik Girişimleri	12	0.61±1.68	10.05±3.81	-9.936	<0.001	-2.342(-3.240,-1.426)
<b>Uyku yoksunluğu</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	1.33±1.71	4.50±1.50	-5.639	<0.001	-1.329 (-1.959,-0.679)
Hemşirelik sonuçları	2	0.77±0.73	1.33±0.48	-2.397	0.028	-10.55 (-1.033,-0.058)
Hemşirelik Girişimleri	9	2.77±2.77	7.94±1.21	-7.367	<0.001	-1.736 (-2.467,-0.986)
<b>Kanama Riski</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	0.77±1.66	4.33±1.45	10.303	<0.001	-2.428(-3.351,-1.488)
Hemşirelik sonuçları	1	0.66±1.18	1.00±0.00	-1.190	0.25	-0.281(-0.748,0.195)
Hemşirelik Girişimleri	9	1.61±2.22	8.38±1.88	-11.248	<0.001	-2.651(-3.639,-1.646)
<b>Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	0.88±1.52	4.16±1.85	-7.189	<0.001	-1.694(-2.414,-0.955)
Hemşirelik sonuçları	1	0.22±0.42	0.88±0.32	-5.831	<0.001	-1.344(-1.970,-0.698)
Hemşirelik Girişimleri	9	0.66±1.32	7.33±2.89	-10.389	<0.001	-2.499(-3.377,-1.502)
<b>Aile Sürecinde Kesintiye Uğrama</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	0.22±0.64	2.11±1.23	-6.508	<0.001	-1.534(-2.213,-0.835)
Hemşirelik sonuçları	1	0.11±0.32	0.83±0.38	-6.648	<0.001	-1.567(-2.254,-0.859)
Hemşirelik Girişimleri	9	0.50±1.46	6.55±3.41	-7.666	<0.001	-1.807(-2.556,-1.038)
<b>Bakım Veren Rolünde Zorlanma</b>						
Hemşirelik tanısına ait veriler	7	0.00±0.00	3.88±2.84	-5.796	<0.001	-1.366(-2.005,-0.707)
Hemşirelik sonuçları	1	0.00±0.00	0.72±0.46	-6.648	<0.001	-1.567(-2.254,-0.859)
Hemşirelik Girişimleri	9	0.00±0.00	6.00±3.97	-6.411	<0.001	-1.511(-2.184,-0.817)

Hemşirelerin, ön test bakım planından aldıkları toplam puan ( $5.44 \pm 2.81$ ), ile son test bakım planından aldıkları toplam puan ( $16.50 \pm 4.98$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

Hemşirelerin ön test bakım planı ile belirledikleri tüm hemşirelik tanılarından aldıkları puanlar ile son test standart bakım planı ile belirledikleri tüm hemşirelik tanılarından aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ).

Hemşirelerin ön test bakım planı ile belirledikleri tüm hemşirelik sonuçlarından aldıkları puanlar ile son test standart bakım planı ile belirledikleri tüm hemşirelik sonuçlarından aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Hemşirelerin ön test bakım planı ile belirledikleri tüm hemşirelik girişimlerinden aldıkları puanlar ile son test standart bakım planı ile belirledikleri tüm hemşirelik girişimlerinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ) (Tablo 4.5)

**Tablo 4.6.** Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Son Test Puanlarının Hedef Değerlere Göre Değerlendirilmesi

Tanı	Belirlenebilecek en yüksek değer	Son test değeri	t değeri	p değeri
<b>Bulantı</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	4,11±1,23	-6,508	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	1	1,00±0,00	*	*
Hemşirelik Girişimleri	8	9,4±2,35	-4,600	<0,001
<b>Dengesiz beslenme: Beden gereksiniminden az beslenme</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	7	4,72±1,22	-7,873	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	2	1,50±0,5	-4,123	<0,001
Hemşirelik Girişimleri	11	8,88±2,69	-3,319	0,002
<b>Kan şekerinde dengesizlik riski</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	5	1,83±1,24	-10,761	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	1	0,94±0,23	-1,000	0,166
Hemşirelik Girişimleri	5	4,11±1,56	-2,406	0,014
<b>Etkisiz Solunum Örüntüsü</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	8	5,05±2,01	-6,203	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	1	1,00±0,34	0,000	0,50
Hemşirelik Girişimleri	11	8,27±2,76	-4,183	<0,001
<b>Sıvı Volüm Fazlalığı</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	8	5,16±2,85	-4,211	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	1	0,83±0,38	-1,844	0,041
Hemşirelik Girişimleri	12	9,50±4,48	-2,363	0,015
<b>Aktivite intoleransı</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	4,66±1,88	-4,761	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	1	1,00±0,00	*	*
Hemşirelik Girişimleri	10	8,61±1,57	-3,737	<0,001
<b>Uyku yoksunluğu</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	4,50±1,50	-4,229	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	2	1,33±0,48	2,915	0,005
Hemşirelik Girişimleri	9	7,94±1,21	-3,697	<0,001
<b>Beden İmajında Bozulma</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	5,88±2,54	-3,525	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	1	0,88±0,32	-1,458	0,082
Hemşirelik Girişimleri	8	6,55±2,66	-2,302	0,017
<b>Anksiyete</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	4,88±1,27	-3,688	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	1	1,00±0,00	*	*
Hemşirelik Girişimleri	10	9,05±1,55	-2,582	0,010
<b>Deri bütünlüğünde bozulma riski</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	3,66±2,00	-4,950	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	1	0,83±0,38	-1,844	0,041
Hemşirelik Girişimleri	8	6,55±2,66	-2,632	0,009
<b>Konstipasyon riski</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	10	6,44±2,66	-5,667	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	2	1,83±0,38	-1,844	0,041
Hemşirelik Girişimleri	13	10,50±2,02	-4,815	<0,001
<b>Akut Konfüzyon Riski</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	4	2,50±1,54	-4,123	<0,001
Hemşirelik Sonuçları	1	0,77±0,42	-2,204	0,021
Hemşirelik Girişimleri	10	7,00±4,04	-3,147	0,003
*: Standart sapma: 0				



**Tablo 4.6. (Devam).** Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Son Test Puanlarının Hedef Değerlere Göre Değerlendirilmesi

Tanı	Belirlenebilecek en yüksek değer	Son test değeri	t değeri	p değeri
<b>Düşme Riski</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	5	3,55±1,04	-5,883	<0.001
Hemşirelik Sonuçları	1	1,00±0,00	*	*
Hemşirelik Girişimleri	12	10,6±1,90	-2,962	0,004
<b>Elektrolit Dengesizliği Riski</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	3	1,94±0,87	-5,132	<0.001
Hemşirelik Sonuçları	1	0,94±0,23	-1,000	0,166
Hemşirelik Girişimleri	9	8,16±2,38	-1,484	0,078
<b>Enfeksiyon Riski</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	4,00±1,78	-4,761	<0.001
Hemşirelik Sonuçları	1	0,88±0,32	-1,458	0,082
Hemşirelik Girişimleri	12	10,0±3,81	-2,164	0,022
<b>Kanama Riski</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	4,33±1,45	-4,859	<0.001
Hemşirelik Sonuçları	1	1,00±0,00	*	*
Hemşirelik Girişimleri	9	8,38±1,88	-1,377	0,093
<b>Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	6	4,16±1,85	-4,193	<0.001
Hemşirelik Sonuçları	1	0,88±0,32	-1,458	0,082
Hemşirelik Girişimleri	9	7,33±2,89	-2,447	0,013
<b>Aile Sürecinde Kesintiye Uğrama</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	3	2,11±1,23	-3,063	0,004
Hemşirelik Sonuçları	1	0,83±0,38	-1,844	0,041
Hemşirelik Girişimleri	9	6,55±3,41	-3,035	0,004
<b>Bakım veren rolünde zorlanma</b>				
Hemşirelik tanısına ait veriler	7	3,88±2,84	-4,636	<0.001
Hemşirelik Sonuçları	1	0,72±4,60	-2,557	0,010
Hemşirelik Girişimleri	9	6,00±3,97	-3,206	0,003
*: Standart sapma: 0				

Hemşirelerin 19 hemşirelik tanısı için belirledikleri veri sayı ortalaması ile hedef bakım planında yer alan veri sayı ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p < 0.001$ ). Hemşirelerin hemşirelik tanılarına yönelik belirledikleri sonuç çıktısı sayı ortalaması ile hedef bakım planında yer alan sonuç çıktısı sayı ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Hemşirelerin hemşirelik tanılarına yönelik belirledikleri girişim sayı ortalaması kanama riski ve elektrolit dengesizliği riski tanıları hariç ile hedef bakım planında yer alan girişim sayı ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ) (Tablo 4.6).

**Tablo 4.7.** Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Uygulayan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

	Yaş	Meslekte Çalışma Yılı	Klinikte Çalışma Yılı	Öğrenim durumu
1.Hemşire	30	5	5	Lisans
2.Hemşire	24	3	1	Lisans
3.Hemşire	27	4	4	Lisans
4.Hemşire	30	5	5	Lisans
5.Hemşire	25	1	1	Lisans
6.Hemşire	27	4	4	Y. lisans
7.Hemşire	24	9 ay	9 ay	Lise
<b>Ort±S.S</b>	<b>26.71±2.56</b>	<b>3.27±1.72</b>	<b>2.98±1.93</b>	

Araştırmanın yapıldığı gastroenteroloji servisinde tedavi ve bakım hizmeti sunan yaş ortalaması  $2,56 \pm 26,71$ , meslekte çalışma yılı  $1,72 \pm 3,27$ , klinikte çalışma yılı  $1,93 \pm 2,98$ 'dir. Hemşirelerden bir kişi lise mezunu, bir kişi yüksek lisans mezunu ve diğerleri lisans mezunudur (Tablo 4.7).

**Tablo 4.8.** D-Catch Kalite Değerlendirme Aracının Değerlendiriciler Arasındaki Uyumu ve Puan Ortalamaları

	Bölüm	Min./max Puan	Birinci değerlendirici	İkinci Değerlendirici	Kendal W	p
1	Hemşirelik Kayıtları	1-4	3,8	3,7	0,585	0,306
2	Kabul Verileri	2-8	7,1	7,3	0,958	0,038
3	Hemşirelik Tanıları	2-8	7,1	7,5	0,786	0,108
4	Hemşirelik Girişimleri	2-8	7,5	7,5	0,716	0,159
5	İlerleme ve Sonuç Kriterleri	2-8	7,7	7,4	0,922	0,048
6	Kayıtların Okunabilirliği	1-4	3,5	3,8	0,833	0,082

Araştırmamızda D-Catch kalite değerlendirme aracı ile iki değerlendirici birbirinden habersiz çalışmada yer alan on hastanın dosyasını değerlendirmiş ve puanlama yapmışlardır. Birinci bölümün değerlendirilmesinde hemşireler arasında orta düzeyde bir uyumu gösterirken; diğer bölümlerin değerlendirilmesinde ise yüksek bir uyum görülmektedir. Birinci ve ikinci değerlendirici 10 hasta dosyası için yaptıkları puanlamanın tüm bölümler için benzer olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.8).

**Tablo 4.9.** D-Catch Kalite Değerlendirme Aracı ile Sistemdeki Hemşirelik Bakım Planı ve Standart Bakım Planının Değerlendirme Sonuçları

	Bölüm	Standart bakım planı ile hasta dosyalarının değerlendirilmesi	Sistem Hemşirelik bakım planı ile hasta dosyalarının değerlendirilmesi	t	P
1	Hemşirelik Kayıtları	3,80±0,34	3,60±0,47	0,805	0,431
2	Kabul Verileri	7,05±0,64	6,95±0,49	0,389	0,702
3	Hemşirelik Tanıları	7,10±0,96	5,50±0,62	4,400	<0,001
4	Hemşirelik Girişimleri	7,45±0,64	5,25±0,42	9,023	<0,001
5	İlerleme ve Sonuç Kriterleri	7,50±0,74	5,60±0,51	6,626	<0,001
6	Kayıtların Okunabilirliği	3,60±0,39	3,50±0,40	0,557	0,584

Standart bakım planı uygulanan on hasta dosyası ile; hastane kayıtlarına dayalı doldurulan on hastaya ait dosya iki değerlendirmeci tarafından değerlendirildi. Daha önce değerlendiriciler arası yüksek uyum gösterildiğinden her bir dosya için iki değerlendiricinin verdiği puanın ortalaması alınarak tek bir değer elde edilmiştir. Buna göre birinci, ikinci ve altıncı bölümde iki grup dosya arasından kalite değerlendirilmesinde puan ortalaması arasındaki fark benzer bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Üçüncü, dördüncü ve beşinci bölüm için Standart bakım planı uygulanan hasta dosyalarına ait kalite puan ortalaması diğer grupta yer alan hasta dosyalarına göre istatistiksel olarak anlamlı yükseklikte bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.9).

**Tablo 4. 10.** Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planı ile Çalışan Hemşirelerin Görüşleri.

Görüşler		Cevaplar	n	%
<b>Standart hemşirelik bakım planı ile çalışmanın daha kolay olduğunu düşünüyorum.</b>				
<b>Yorumlar:</b> <i>Sistematiik şekilde hazırlanan tasarı hastayı günden güne analiz etmeyi kolaylaştırıyor (H7). Mantıklı bir tasarı, kılavuz olduğu için hastayı takip etmek daha kolaylaşıyor (H5).</i>		Evet	6	85,72
		Hayır	-	
		Kararsızım	1	14,28
<b>Standart Hemşirelik Bakım planı hastaya ilişkin gözlemlerini kayıtlarını daha hızlı yapmanı sağladığını düşünüyorum</b>				
<b>Yorumlar:</b> <i>Sistematiik bir şekilde hazırlanan bu plan sayesinde hastadan aldığım verileri hızlıca kodlayabiliyorum(H7) Sistem elle yazılan format değil de hastane bilgi sisteminde olsa daha kolay olacaktır (H6). Bilgisayardan doldurulan bir form olsa daha kolay olacaktır (H1).</i>		Evet	6	85,72
		Hayır	-	
		Kararsızım	1	14,28
<b>Standart hemşirelik bakım planı kullandığımda hastanın durumu hakkında bilgi almamın daha kolay olduğunu düşünüyorum.</b>				
<b>Yorumlar:</b> <i>Önceki vardiyada yapılanları daha hızlı görmemi sağladığı için hastanın durumu hakkında değişimleri görmem daha hızlı oluyor. (H4- H5)</i>		Evet	7	100
		Hayır	-	
		Kararsızım	-	
<b>Standart hemşirelik bakım planının bilgi içeriği, hemşirelik süreci yaklaşımı hakkında hatırlamadığım bilgileri hatırlamamı sağladığını düşünüyorum</b>				
<b>Yorumlar:</b> <i>Hemşirelik süreci yaklaşımının tüm basamaklarını görmemi ve bilgilerimi hatırlamamı sağladı (H5) Açıkçası hemşirelik sonuçları kısmını kullanırken zorlandım. Ancak alışınca eski bilgilerimi tekrar hatırlattı yararlı olduğunu düşünüyorum (H3)</i>		Evet	7	100
		Hayır	-	
		Kararsızım	-	
<b>Standart hemşirelik bakım planının servise yeni başlayan bir hemşirenin kronik karaciğer hastalığına sahip bir bireyin bakımını rahatlıkla yönetmesine yardımcı olacağını düşünüyorum.</b>				
<b>Yorumlar:</b> <i>Hem yeni başlayan hem de öğrenciler için yol gösterici bir plan olmuş (H3). Kronik karaciğer dekompanse evre hastaların gelişebilecek sorunlar daha çabuk anlaşılır (H2)</i>		Evet	7	100
		Hayır	-	
		Kararsızım	-	
<i>Sağlık meslek lisesi mezunuyum ve yedi yıl aradan sonra çalışmaya başladım. Bu bakım planı ile çalışan bir hemşire, olabilecek olan tüm problemler hakkında bilgi sahibi olur (H7). Süreci doğru yöneten ve yol gösterici bir plan o nedenle bu balım planı ile çalışırken kendimi daha rahat hissetmemi sağlıyor(H5).</i>				

**Tablo 4.10. (Devam)** Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planı ile Çalışan Hemşirelerin Görüşleri

Görüşler		n	%
<b>Standart hemşirelik bakım planı sayesinde hastaların daha iyi ve güvenli bakım aldıklarını düşünüyorum.</b>			
<b>Yorumlar:</b> AÇT- kilo takibinin önemi vurgulanmış. Hastada asit gelişmesini en aza indirmemi sağlayacak girişimleri yapmamı sağladı (H3). Hastanın sağlık durumunu yükseltmek için mantıklı bir tasarı ve kılavuz olduğu için daha güvenli bir bakım aldıklarını düşünüyorum (H7).		7	100
<b>Standart hemşirelik bakım planını kullanmanın kanıtı dayalı uygulamaları desteklediğini düşünüyorum.</b>			
<b>Yorumlar:</b> Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılması ve hastanın kilosunun takibinin yapılması hasta için önemli bir uygulamadır. Bu hemşire gözleminde takip edilerek bir kanıt olarak düşünülebilir (H7).		7	100
<b>Standart bir hemşirelik bakım planı kullanmanın bireye özgü bakım sunmayı azaltacağını düşünüyorum</b>			
<b>Yorumlar:</b> Her birey kendine özgü ancak hazırlanan bakım planı çok kapsamlı olduğu için artırdığını düşünüyorum. (H2-H3-H4) Hastada olan problemler seçildiği için bireysellik azalmıyor aksine daha farklı sorun var mı diye düşündürüyor(H1).		-	
		6	85.7
		1	14.3
Bir araştırma için kullanılan bu formda yeni seçenek ekleyebileceğin kısımlar var. Hastaya özgü notların yazılacağı alan var bu nedenle bireysellik hala devam ediyor. Kullanıcının düşüncelerine değer veriliyor (H6).			
<b>Standart bakım planını kullanırken çalıştığım alanda kendimi uzman hissettiğimi düşünüyorum.</b>			
<b>Yorumlar:</b> Geliştirilen formatta, veriler daha net ve anlaşılır biçimde analiz sağladığı için meslekte çok yeni olsam da kendimi daha iyi hissetmemi sağlıyor (H6)		5	71.4
		1	14.3
		1	14.3
<b>Standart bakım planının aynı hastalığa sahip bireylerin aynı kalitede bakım aldığını düşünüyorum.</b>			
<b>Yorumlar:</b> Hastaların prognozları farklı herkes aynı kalitede bakım alamaz ancak geniş ölçüde bakım kalitesini artırıyor. Örneğin hastaya ilaçları konusunda verdiğiniz eğitimi hatırlamak zorunda kalmadan bakım planı sizi uyartıyor. Ve hastaya ilaçlarını nasıl ne zaman alması gerektiği konusunda eğitim veriyorsunuz ve takibini yapmanız kolaylaşıyor (H1).		2	28.6
		-	
		5	71.4
Hastalarda alınabilecek tanılar aynı olsa da prognozları farklı olduğunda herkesin aynı kalitede bakım almasını sağlamada nasıl yardımcı olacağı konusunda kararsız kalıyorum (H4-H5-H1).			

Araştırmaya katılan hemşireler, kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planını ile çalışmayı kolay bulduklarını (%85.7), sistematik ve mantıklı bir tasarı/ kılavuz olduğu için hastayı takip etmenin daha kolay olduğunu yorumlarında ifade etmişlerdir. Hastaya ilişkin gözlem kayıtlarını daha hızlı yapabildiklerini (%85.7) ancak iki hemşire konuyla ilgili söz konusu planın bilgisayar sisteminde olmasının daha hızlandıracağını belirtmiştir. Hastanın durumu hakkında bilgi almanın daha kolay olduğunu (%100) ayrıca hemşirelik süreci yaklaşımı hakkında bilgilerini hatırlattığını (%100) belirtmişlerdir. Hemşirelik süreci yaklaşımı ile ilgili olarak başlangıçta hemşirelik sonuçları kısmını kullanırken zorlandığını ancak alışınca bilgilerini hatırladığını ve yararlı olduğunu ifade etmiştir (n:1).

Yeni başlayan hemşirelerin kronik karaciğer hastalarının hemşirelik bakımını rahatlıkla yönetebileceğini (%100) aynı zamanda da yol gösterici bir plan olduğunu belirtmişlerdir (n:4). Ayrıca dekompanse evre karaciğer hastasını yönetmede hemşirelere ve öğrencilere yol gösterici olduğunu ifade etmişlerdir. Kullanılan hemşirelik bakım planı ile hastaların güvenli bakım aldıklarını ve kronik karaciğer hastasında aldığı-çıkarıldığı ve kilo takibinin önemini vurgulandığı ve asit gelişimi engelleyebilecek uygulamaların yapılması konusunda uyarıcı olduğunu ifade etmişlerdir (n:2).

Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının kanıta dayalı uygulamaları desteklediğini (%100) ve bunun hemşirelik kayıtlarından takip edilebileceğini belirtmişlerdir (n1). Uygulanan hemşirelik bakım planının bireye özgü bakımı azaltmayacağını (%85.7), aksine kapsamlı hazırlanıp bireye özgü verilerin eklenebileceği alanlar olduğu için arttıracığını ifade etmişlerdir. Hemşireler bu bakım planı ile çalıştıklarında kendilerini uzman hissettikleri belirtmişlerdir (%71.4). Standart bakım planının aynı hastalığa sahip bireylerin aynı kalitede bakım aldığını düşünüyorum sorusuna çoğunlukla kararsız kalmışlardır (%71.4). Bu konuda da hastalık tanısı aynı olsa bile prognozlarının farklı olması nedeniyle aynı kalitede bakım alamayabilecekleri ifade etmişlerdir. Ancak bakım kalitesini arttırdığını belirtmişlerdir. (Tablo 4.9).

## 5. TARTIŞMA

Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının geliştirilmesi ve kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada; uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planı kapsam açısından geçerli, etkili ve kaliteli olarak değerlendirilmiştir. Araştırmada standart bakım planı ile çalışan hemşirelerin bakım planına ilişkin memnun oldukları bulunmuştur. Bu doğrultuda tartışma üç başlık altında yapılandırılmıştır.

### 5.1. Kronik Karaciğer Hastalarının Deneyimleri

#### 5.2. Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Planı Kullanımına İlişkin Görüşleri

#### 5.2. Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanılabilirliği

### 5.1. Kronik Karaciğer Hastalarının Deneyimleri

Çalışmaya katılan hastalar kronik karaciğer hastalığının bedenlerindeki neredeyse tüm sistemlerde değişikliğe neden olduğunu ve yaşamlarında her sistemle ilgili birden fazla semptomu/sorunu yönetmek durumunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu kapsamda; başlıca beslenmede değişim, konstipasyon, solunum sıkıntısı, ödem ve varis kanaması, hareketlerde kısıtlılık, kas krampları, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük, ağrı, kaşıntı, beden imajında bozulma, uyku ve dinlenme ihtiyacında artma, iş yaşamına ara verme ve sinirlilik sorunlarını dile getirmiş ve bunları yaşamlarında yönetmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir.

Literatürde kronik karaciğer hastalarının yaşadığı sorunları belirlemek amacıyla yapılan nitel çalışmalar (120, 121, 123, 147-149), hastaların yaşam kalitesini ölçen çalışmalar (14, 57, 134, 150-155) ve hastane kayıtlarının analizinin yapıldığı çalışmada (156) hastaların yukarıda sıralanan semptomları deneyimledikleri göstermiştir. Kronik karaciğer hastalığında bireylerde bedendeki sistemlerle ilişkili deneyimlenen sorunlar çoğunlukla dekompanse evre siroz tablosunda ortaya çıkmaktadır (10, 69) Bu evrede ortaya çıkan karaciğer fonksiyonlarındaki bozulma ve buna bağlı ortaya çıkan karında asit birikimi, ödem (123) ve anemi (10, 71) hastaların deneyimledikleri pek çok sorunun ana nedenidir. Karında biriken asit

ilişkili ortaya çıkan şişkinlik, hazımsızlık ve iştahsızlık beslenmeyi etkilemektedir. Beslenmenin bozulması, eşlik eden harekette kısıtlılık bireylerde konstipasyona neden olmakta ve dolayısı ile amonyağın vücuttan atılmamasına bağlı olarak hastayı hepatik koma riski ile karşı karşıya getirebilmektedir (10, 157). Diğer yandan artan asit seviyesi hastaların solunum sıkıntıları yaşamalarına da neden olmaktadır. Bu hastalarda izlenen ve genellikle asite bağlı oluşan dispne, aynı zamanda siroz tablosu tablosunun klinik olarak en önemli pulmoner komplikasyonlarını gösteren hepato-pulmoner sendromu tanımlamaktadır (158). Karında biriken asiti yönetmek için başlanan diüretik tedavisi ve ciltteki kaşıntı sorunu hastaların gece uykularının bölünmesine sebep olabilmekte ve gün içerisinde sürekli uyuma ihtiyacının artmasına ve yorgunluğa neden olabilmektedir. Hastalarda diüretik tedavisinin bir sonucu olarak el, bacak ve ayak kaslarında ağrılı kramplar görülmektedir (121). Ayrıca fiziksel görünümünden duyulan memnuniyetsizliğe bağlı hastaların psikososyal sağlıkları etkilenmektedir (159). Hastaların klinik durumlarında ortaya çıkan tüm bu değişimler, sık hastane başvurusu ve yatışına neden olmakta ve hastaların duygusal durumlarını da olumsuz etkilemektedir (14, 160). Tüm bu sonuçlar aslında kronik karaciğer hastalığına sahip bireylerin fiziksel, sosyal ve duygusal olarak ne yazık ki bu süreçten çok etkilendiklerini göstermektedir. Bu kapsamda hastaların ihtiyaçlarına yönelik daha duyarlı ve bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu hastalar için planlanacak ve sunulacak hemşirelik bakımının, tüm bu sorunları önlemeye yönelik planlamaları içerecek ve hastanın izlenmesini sağlayacak şekilde kurgulanması oldukça önemlidir.

## **5.2. Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Planı Kullanımına İlişkin Görüşleri**

Araştırmamıza katılan hemşireler; bakım planı ile çalışmanın gerekli olduğunu, hemşirelik mesleğinin görünürlüğünü sağladığını, bireysel ve bütüncül hemşirelik uygulamaları için yol gösterici olduğunu, bireye kaliteli ve nitelikli bir bakım verilmesini sağladığını ve hizmet verdikleri kurumda da hemşirelik bakım planı ile çalıştıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelik uygulamalarının planlı ve sistemli olarak gerçekleştirilebilmesi için, sağlık hizmeti alan bireylere hemşirelik süreci yaklaşımıyla bakım verilmelidir. (87, 88). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın 8 Mart 2010 tarihli resmi gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği ile hemşirelik



bakımında bir sürecinin kullanımının önemini ve hasta bakımı açısından gerekliliği ortaya konmuştur (86). Hastaların tedavi ve bakım sürecinde, hemşirelik uygulamalarında hemşirelik süreci ile yaklaşılması; kaliteli, bireysel ve bütüncül bir hasta bakımını garanti eder (87). Ayrıca hemşirelik bakımının görünürlüğünü arttırarak, kanıta dayalı yaklaşımların benimsenmesini sağlar (88). Paralel olarak, Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) tarafından yürütülen ve sağlıkta kalite ve akreditasyonu güçlendirmeye yönelik çalışmalar, sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesinin artırılmasını ve sürekli iyileştirilmesini amaçlamaktadır (161). Hasta bakım planları hem kalite hem de akreditasyon standartlarının önemli bir parçasıdır ve hasta merkezli, bireyselleştirilmiş, kanıta dayalı uygulamaların geliştirilmesini sağlamaktadır (161). Dolayısı ile hasta için yapılandırılan hemşirelik bakım planları, hasta güvenliğini arttırmak, bakım kalitesini iyileştirmek ve hasta sonuçlarını optimize etmek için önemli araçlardır. Bu bağlamda hemşirelik süreci yaklaşımının bütün basamaklarının (veri toplama, hemşirelik tanısı belirleme, planlama, uygulama, değerlendirme) etkin bir şekilde yönetilmesi gereklidir.

Araştırmada hemşireler, hemşirelik süreci yaklaşımının tüm aşamalarında kısmen de olsa zorlandıklarını ve sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Literatür, hemşirelerin hemşirelik süreci yaklaşımı basamaklarında sorun yaşamalarının nedenlerini, hasta sayısının fazla olması, hemşirenin her hasta için yeterli vakit ayıramaması, personel sayısının yeterli olmaması, bilgisayar gibi teknik yetersizliklerin ve kaynak kısıtlılıkları ve iletişim sorunları olabilmektedir (113, 162-165). Bu nedenler, doğru verilerin toplanmasında ve bağlantılı olarak da doğru hemşirelik tanıların, girişimlerinin ve sonuçlarının belirlenmesinde sorun yaşanmasına, planlanan bakımın uygulanmasında gecikmelere ve hasta bakım kalitesinin düşmesine yol açabilir (163). Ayrıca hemşireler arası ve diğer sağlık profesyonelleriyle olan iletişim eksiklikleri, yanlış bilgilendirmelere ve yanlış anlamalara yol açabilir, bu da yanlış tanıların konulmasına ve hatalı bakım planlarının oluşturulmasına neden olabilir (16, 162, 164). Paralel olarak, teknolojik zorlukların ve bilgi sistemlerinin yetersizliğinin de hemşirelik sürecinin etkinliğini azalttığı ve hasta güvenliğini olumlu olmayan yönde etkileyebildiği belirtilmiştir (165). Bu kapsamda araştırmanın yapıldığı kurumda hemşireler, hastane bilgi

yönetim sisteminde kullanılan bakım planlarında; hemşirelik tanılarının, hemşirelik girişimlerinin, hemşirelik sonuçlarının yetersiz olduğunu, bu nedenle bakım planlarının etkin olmadığını belirtmişlerdir. Hemşireler ayrıca bakım planlarının etkin olmamasının bir diğer nedenini de kullanılan bakım planlarına ilişkin görüşlerinin alınmaması olarak belirtmişlerdir. Oysa ki yönetici hemşirelerin, yatak başı tedavi ve bakım hizmeti sunan hemşirelerden görüşlerini talep etmeleri ve onların karar alma süreçlerine katılımı sağlamaları; iş tatmini ve kurumsal bağlılık gibi olumlu sonuçlar sağlayabilir. Bu bağlamda, yönetici hemşirelerin düzenli toplantılar düzenleyerek hemşirelerin geri bildirimlerini alması, bu geri bildirimleri değerlendirmesi ve bakım planlarına entegre etmesi, bakım kalitesinin artırılmasına katkıda bulunabilir. Bu süreç, hemşirelerin işlerine daha fazla değer verdiğini ve profesyonel uygulamalarında daha fazla söz sahibi olduğunu hissetmelerini sağlayarak, hemşirelik uygulamalarının genel etkinliğini artırabilir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğunun hemşirelik sınıflama sistemlerinden yalnızca NANDA terminolojisi hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada, hemşirelerin sınıflama sistemi bilme durumları, araştırmacıların beklentilerinden daha düşük çıkmıştır (137). Araştırmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğun yeni mezun olması ve en az beş yıldır çalışıyor olmaları aynı zamanda eğitim hayatında sınıflandırma sistemleri hakkında eğitim aldıkları şeklinde düşünüldüğünde, NANDA hemşirelik sınıflama terminolojisi dışında, diğer sınıflama sistemleri hakkında bilgi sahibi olmalarının düşük çıkması; hemşirelikte ortak terminoloji çalışmalarının hızla yürütüldüğü bu çağda hemşirelik mesleği adına olumlu olmayan bir sonuçtur. Bu kapsamda Törnval ve Jansson (2017) çalışmalarında, hemşirelerin standartlaştırılmış hemşirelik terminolojileri hakkında bilgileri olduğu ancak bu terminolojilerin yeterince tutarlı bir şekilde kullanılmadığını, aynı zamanda hemşirelerin eğitiminde ve uygulamalarında eksiklikler olduğunu ve bu durumun hemşirelik bakımının değerlendirilmesini zorlaştırdığını vurgulamaktadırlar (166). Ayrıca, hemşirelik dokümantasyonunun kalitesinin düşük ve yetersiz olmasının standartlaştırılmış terminolojilerin etkili bir şekilde kullanımının önündeki engellerden biri olduğu ifade edilmiştir (166, 167). Bu bulgular, hemşirelik eğitimi ve pratik uygulamalarında önemli bir eksikliği işaret etmektedir. Hemşirelik mesleğinin kalitesini artırmak ve

hasta bakım sonuçlarını iyileştirmek için, eğitim kurumları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının hemşirelik terminolojilerinin kullanımını arttırmak için çalışmalar yapmaları gerekmektedir. Eğitim programlarının güncellenmesi, sınıflandırma sistemleri ve standartlaştırılmış terminolojilerin kullanımı ile ilgili derslerin, hemşirelik müfredatında zorunlu hale getirilmesi sağlanmalıdır. Aynı zamanda, hemşirelerin sürekli eğitim ve mesleki gelişim programları yoluyla bu konularda desteklenmesi, bilgi ve becerilerinin güncel tutulması sağlanmalıdır. Sağlık kuruluşları, etkili dokümantasyon ve bakım planlaması için gerekli altyapıyı ve kaynakları sağlayarak hemşirelerin bu terminolojileri günlük pratiklerine entegre etmelerine olanak tanınmalıdır. Sonuçlarımız küçük bir gruba ait olsa da mevcut durumun bir yansıması olduğunu, bu bağlamda gelecekteki eğitim ve uygulama stratejilerinin geliştirilmesi için önemli olduğunu düşünmekteyiz.

### **5.3. Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığı**

Araştırmada kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde kullanılan uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının etkili olduğu bulunmuştur. Ancak katılımcı eylem araştırmacısı, hasta bakımında hemşireler tarafından kronik karaciğer hastalarının tedavi ve bakımında sürekli olarak belirlediklerini gözlemlediği, akut konfüzyon riski, konstipasyon riski, kan şekerinde dengesizlik riski, bulantı hemşirelik tanımlarını; araştırmanın ön test aşamasında manuel olarak yapılandırdıkları hemşirelik bakım planında bu tanımları belirleyemedikleri bulunmuştur. Yine katılımcı eylem araştırmacısının gözlemlediği ve hemşirelerin uygulamada yer verdikleri hemşirelik girişimlerini araştırmanın son test aşaması, standart hemşirelik bakımı kullanarak hemşirelik girişimlerini belirlemede hedef değerlere ulaşamadıkları bulunmuştur. Bu doğrultuda, araştırmaya katılan hemşirelerin kronik karaciğer hastalığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, manuel bir bakım planı yapmada zorlandıkları, her ne kadar standart bakım planına uygun hemşirelik girişimlerini ortaya koymalarına rağmen hemşirelerin standart vaka analizini istenilen derecede analiz edemediklerini düşünmek mümkündür. Bu kapsamda sağlık bakım hizmeti sunan kurumlarda hemşirelik bakımını güçlendirmek amacıyla hemşirelerin sürekli desteklenmesinin,

vaka analizi gibi çalışmalarla (168) analitik ve eleştirel düşünme yeteneklerini geliştirmeye katkı sağlayacak uygulamaların getirilmesinin önemli bir adım olacağı söylenebilir.

Standart hemşirelik bakım planı, hemşirelik süreci yaklaşımına dayanarak hazırlanan ve hasta bakımını belgelemek için kullanılan evrensel bir formatı ve belirli öğeleri içeren dokümanlardır (169). Bu planlar hemşirelere belirli bir hasta grubuna bakım verirken ortak bir doküman üzerinden bakımı kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını içerecek şekilde planlamaya/sunmaya olanak tanır (44). Literatürde standart bakım planlarının etkililiğini ortaya koyacak çalışmalara rastlanmamakla birlikte, hemşirelerin standart bakım planlarına ilişkin görüşlerinin alındığı çalışmalarda; bu planlarla çalışmanın zaman tasarrufu sağladığı (37), daha fazla hasta problemi tanımlamaya ve daha fazla müdahaleye olanak sunduğu (50), bakım süreci için bir rehber niteliğinde olduğu (38, 50) ve bakım kalitesinin ölçülmesine olanak sağladığı (51) belirtilmiştir.

Hemşirelik tanıların, girişimlerinin, ilerleme ve sonuç değerlendirmelerinin doğruluğunu ölçmenin, güvenli hemşirelik bakımı (43) ve hasta güvenliği (113) açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelik dokümantasyonunun doğruluğu, bakımın sürekliliği açısından çok büyük önem taşımasının yanı sıra yasal olarak da bir gerekliliktir (170). Bu paralelde araştırmada kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planının D-Catch kalite değerlendirme aracı ile yapılan değerlendirmesinde dokümantasyon kalitesi yüksek olarak değerlendirilmiştir. D-Catch kalite değerlendirme aracı ile hem sistemde mevcut olan hem de standart hemşirelik bakım planı üzerinde yapılan değerlendirmede standart bakım planının; hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri, ilerleme ve sonuç kriterleri başlıklarında daha kaliteli kayıtlar oluşturduğu, hemşirelik süreci yaklaşımının bu üç ögesini daha iyi tanımladığı sonucuna ulaşılmıştır. Hatalı hemşirelik kayıtlarının, hemşirelerin yanlış yorumlamalarına neden olabileceği ve hasta açısından istenmeyen durumlara neden olabileceği bilinmektedir (171). Bu bağlamda, standart bakım planının daha sistematik, kapsamlı veya bireyselleştirilmiş bir yaklaşım sağlama açısından hemşirelere rehber olduğu gibi hemşirelik kayıtlarının daha iyi değerlendirebileceği, hasta bakımının kalitesini artırabileceği ve

hemşirelik uygulamalarının sürekli iyileştirilmesine katkıda bulunabileceğini söylemek mümkündür. Ancak, bu sonuçlar yalnızca araştırmamızdaki gözlemlenenleri yansıtmakta olup, genel bir sonuç olarak kabul edilemez. Farklı hastaneler, farklı hasta popülasyonları veya farklı sağlık sistemlerinde yapılacak çalışmalarla farklı sonuçlar elde edilebilir. Araştırma sonuçları küçük bir grupta yapılmasına rağmen elde edilen bulgular; standart hemşirelik bakım planının içeriğinin hemşireler arasında doğru ve standardize edilmiş bilgilerin paylaşılmasına olanak sağladığı şekilde yorumlanabilir.

Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planı dokümantasyon kalitesini arttırabileceğinin yanı sıra aynı zamanda hemşireler tarafından hemşirelik sürecinin yapılandırılması, hastayı takip etmenin kolay olması, mantıklı bir tasarı ve kılavuz olması nedeniyle memnuniyet verici olarak değerlendirilmiştir. Bu durumun, standart hemşirelik bakım planı ile kronik karaciğer hastasında görülebilecek tüm bakım sorunlarını bir bütün olarak/kapsamlı değerlendirebilmesinden, hatırlamaya/deneyime dayalı planlanması sınırlı olabilecek tüm hemşirelik girişimlerini görebilmelerinden ve hazırlanmış bakım planının format olarak rahat doldurulabilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer yandan farklı hasta grupları ile yapılan çalışmalarda hazırlanan standart bakım planlarının çok detaylı ve kapsamlı olması, yeni başlayan hemşirelerin bu planları kullanmada güçlük yaşamaları (51, 169), bakım planında belirlenen hedeflerin aşırı genel olması ve spesifik, ulaşılabilir hedefler olmaması, girişim listelerinin geniş kapsamlı olmasına rağmen yoğun iş yükü ve personel eksikliği gibi nedenlerle uygulanabilir olmaması (169), bakım planlarının bireye özgü hazırlanmasına engel olması ve hastaya ait ek özellikleri eklemeye olanak vermemesi (44, 51, 169) gibi sınırlılıklara sahip olduğunun da belirtildiği görülmüştür. Bununla birlikte hemşirelerin, standart bakım planlarını bir başlangıç noktası olarak değerlendirmesi ve her hastanın özgün durumunu dikkate alarak kişiselleştirilmiş bakım sunmak için kendi klinik karar verme yeteneklerini ve deneyimlerini kullanmaları beklenmektedir. Konuyla ilişkin, bu araştırmada hemşireler geliştirilmiş olan standart hemşirelik bakım planının çok detaylı ve kapsamlı olmasının bireyselliği engellemeyeceğini ve hasta için uygun tanıların belirlenmesinin ise aslında bireyselliğe yaklaştıracığını, paralel olarak da

hasta bakım kalitesini arttıracığını belirtmişlerdir. Kronik hastalıklara sahip bireylerin, yatarak tedavi gördüğü ve tedavi sonrası taburculuk sürecinde sunulan hemşirelik bakımı; hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyon risklerini azaltmaya paralel olarak da yaşam kalitesini artırma hedeflerine odaklanmalıdır (172). Bu kapsamda, hemşirelik uygulamalarının da bireylerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarını sağlayarak, hastalıklarının uzun dönemli etkilerini minimize etmeye yönelik olmalıdır (173).

Hemşirelerin, kronik hastalıkların yönetiminde eğitim, destek ve bakımın (hastane ve evde) planlaması gibi roller üstlenerek bireylerin hastalık sürecini daha iyi yönetmelerine yardımcı oldukları ve bu durumun da hastalığın prognozu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabildiği yapılan çalışmalarla belirtilmiştir (162,174). Ancak, bu araştırmada hemşirelerin *'hastalarda alınabilecek tanılar aynı olsa da prognozları farklı olduğunda herkesin aynı kalitede bakım almasını sağlamada nasıl yardımcı olacağı konusunda kararsız kalıyorum'* şeklinde ifadeleri de olmuştur. Ayrıca eylem araştırmacı hemşirelerin standart hemşirelik bakımını kullanarak hastaların prognozunda olumlu etkiler yaratacak olan eğitim (sürekli kullandığı ilaçlar, günlük kilo takibi, poliklinik takipleri) fonksiyonlarını çok daha aktif sergilediklerini ve hemşirelerin hasta yakınlarını duygularını anlamada daha empatik yaklaştıklarını, hasta yakınlarının memnun ifadelerini gözlemlemiştir. Bu kapsamda araştırmaya katılan hemşirelerin her hastanın aynı kalitede bakım alabileceği ancak hastalığın prognozuna göre hemşirelik bakımının yönlenmesi gerektiği konusunda eleştirisel yaklaşmadıklarını ve hastalığının prognozunu etkilemede hemşirelik bakım fonksiyonlarının önemini tam olarak kavrayamadıklarını söylemek mümkündür.

Kronik hastalıkların yönetiminde hemşirelik süreci yaklaşımı ile yapılandırılan bakım planları ile bakım verme, hastaların bireysel ihtiyaçlarını, tercihlerini ve yaşam koşullarını dikkate alır. Bu yaklaşım, hemşirelerin hastaların sağlık durumlarını değerlendirmelerine, uygun bakım hedeflerini belirlemelerine ve bu hedeflere ulaşmak için etkili stratejiler geliştirmelerine olanak tanır. Bu paralelde, standart bakım planı ile çalışan hemşireler, içeriğinin kapsamlı olduğunu, hasta hakkında hızlı bilgi alınabildiğini, zaman kazandıran bir plan olduğunu, ayrıca kendilerini bu bakım planı ile çalışırken uzman hissettiklerini ve kronik karaciğer

hastasının mevcut ya da olası problemlerini yönetmede etkin olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde hemşireler; standart hemşirelik bakım planı aracılığı ile bakım hizmet sunma ile ilgili genel anlamda olumlu yaklaşım sergilemişler aynı zamanda yeni başlayan hemşirelerin hasta bakımını yönetmede standart hemşirelik bakım planını kullanmasının faydalı olduğunu belirtmişlerdir (44, 142). Kronik karaciğer hastalarının özellikle yatarak tedavi olduğu dekompanse evrede yaşadıkları sorunlara yönelik uluslararası terminolojiye dayalı geliştiren standart hemşirelik bakım planının; doğru hemşirelik tanımlarını, girişimleri ve sonuçları değerlendirme de sistematik, kapsamlı ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşımı olarak sunduğu düşünülebilir.

Sonuç olarak, hemşirelerin standart bakım planı ile çalışırken memnuniyet duymaları, bakım planının kapsamlılığı, sistematik yapısı ve bireyselleştirilmiş yaklaşımı sayesinde hemşirelik uygulamalarında önemli bir ilerlemeye olanak sağladığı söylenebilir. Ayrıca, bu yaklaşımın hemşirelik eğitimi ve mesleki gelişimdeki boşlukları doldurarak, hemşirelik kayıtlarının daha iyi değerlendirilmesine ve hasta bakımının kalitesinin artırılmasına katkıda bulunabilir. Bu çalışma, hemşirelik alanında standartlaştırılmış terminolojilerin ve bakım planlarının önemini vurgulamakta ve gelecekteki uygulamalar için bir temel oluşturmaktadır. Ancak, bu bulguların daha geniş kapsamlı araştırmalarla desteklenmesi ve farklı sağlık kuruluşlarındaki uygulamalarla karşılaştırılması gerekmektedir. Bu sayede, hemşirelik uygulamalarının sürekli iyileştirilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve kronik hastalıkların yönetiminde etkin bir bakım sağlanmasında olanak sağlayacağını söylemek mümkündür.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Araştırma, kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart geliştirilen hemşirelik bakım planının geçerlilik ve kullanılabilirliğin değerlendirilmesinin amacıyla katılımcı eylem araştırması şeklinde yürütülmüştür.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibidir.

1. Kronik karaciğer hastalarının hastalık ilişkili deneyimleri; hastalığa ilişkin semptomlar ve hastalık ilişkili yaşam sorunları olarak iki tema altında toplanmıştır.
2. Araştırmanın yapıldığı kurumda, hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu olduğu, uluslararası hemşirelik terminolojilerinden en çok NANDA hemşirelik terminolojisini bildikleri ve hemşirelik bakım planları ile çalıştıkları bulunmuştur.
3. Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planı kapsam açısından geçerlidir.
4. Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planları etkilidir.
5. Uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart bakım planının kullanıldığı hasta dosyaları daha standardize ve dökümantasyon kalitesi yüksektir.
6. Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı geliştirilen standart hemşirelik bakım planı ile çalışmak memnuniyet vericidir.



## 6.2. Öneriler

1. Uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının Kronik Karaciğer Hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde kullanıma alınması
2. Kronik karaciğer hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireyler için geliştirilen uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının hastane bilgisi sistemlerine entegre edilmesi
3. Uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planının Kronik Karaciğer Hastalığı tanısı ile hastaneye yatırılan bireylerde kullanım sonuçlarının analiz edilmesi
4. Uluslararası ortak hemşirelik terminolojisine dayalı standart hemşirelik bakım planlarının hastalık ve bakım yükü yüksek diğer kronik hastalıklar içinde geliştirilmesi önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. W.H.O. Global Health Estimates: Leading Causes of Death. 2021 [Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>].
2. Devarbhavi H, Asrani SK, Arab JP, Nartey YA, Pose E, Kamath PS. Global burden of liver disease: 2023 update. *Journal of Hepatology*. 2023.
3. TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması, 2022-2023 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>]. Erişim Tarihi: 11.12.2023
4. S.B. Türkiye'de Organ Bağışı Bilinci ve Nakil Sayıları Umudu Artıyor Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2023 [Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR-100600/turkiyede-organ-bagisi-bilinci-ve-nakil-sayilari-umudu-artiyor.html>]. Erişim Tarihi: 11.12.2023
5. Younossi ZM, Wong G, Anstee QM, Henry L. The Global Burden of Liver Disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2023.
6. Seydel GS, Kucukoglu O, Altinbas A, Demir OO, Yilmaz S, Akkiz H, et al. Economic growth leads to increase of obesity and associated hepatocellular carcinoma in developing countries. *Annals of hepatology*. 2017;15(5):662-72.
7. Moore K, Sheron N. Why we need a national strategy for liver disease. MA Healthcare London; 2009.
8. Tsochatzis EA, Bosch J, Burroughs AK. Liver cirrhosis. *The Lancet*. 2014;383(9930):1749-61.
9. Tsao GG-. Cirrhosis and Its Sequelae. In: Tee G, editor. *Goldman-Cecil Medicine, 2-Volume Set*. Philadelphia: Elsevier; 2022.
10. Yılmaz Ş. Siroz Ankara: Hipokrat Yayıncılık; 2021.
11. Sharma A, Nagalli S. Chronic liver disease. *StatPearls [Internet]: StatPearls Publishing*; 2022.
12. Nguyen NH, Khera R, Ohno-Machado L, Sandborn WJ, Singh S. Annual burden and costs of hospitalization for high-need, high-cost patients with chronic gastrointestinal and liver diseases. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2018;16(8):1284-92. e30.
13. Büyükkaya D, Fesci H, Akdemir N. Karaciğer Sirozu Olan Hastaların Öz-Bakım Güçlerinin Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2006;9(2).
14. Tsai L-H, Lin C-M, Chiang S-C, Chen C-L, Lan S-J, See L-C. Symptoms and distress among patients with liver cirrhosis but without hepatocellular carcinoma in Taiwan. *Gastroenterology Nursing*. 2014;37(1):49-59.
15. Fabrellas N, Künzler-Heule P, Olofson A, Jack K, Carol M. Nursing care for patients with cirrhosis. *Journal of hepatology*. 2023;79(1):218-25.

16. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, Van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes—application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(5):514-31.
17. Broderick MC, Coffey A. Person-centred care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing*. 2013;8(4):309-18.
18. Häyrinen K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International journal of medical informatics*. 2010;79(8):554-64.
19. Paans W, Sermeus W, Nieweg R, Van Der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of advanced nursing*. 2010;66(11):2481-9.
20. Johnson L, Edward K-L, Giandinoto J-A. A systematic literature review of accuracy in nursing care plans and using standardised nursing language. *Collegian*. 2018;25(3):355-61.
21. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Ann Lavin M, Van Achterberg T. Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2007;18(1):5-17.
22. Lunney M, Delaney C, Duffy M, Moorhead S, Welton J. Advocating for standardized nursing languages in electronic health records. *Journal of nursing administration*. 2005;35(1):1-3.
23. Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting policy into practice: Pre-and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(10):1826-38.
24. Herdman TH, Kamitsuru S. *Nursing Diagnosis: Definitions and Classification, 2018-2020*. New York • Stuttgart • Delhi • Rio de Janeiro: Thieme Medical Publishers, Incorporated; 2018.
25. Von Krogh G, Dale C, Näden D. A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC terminology in electronic patient records. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005;37(3):275-81.
26. Park H. Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2014;25(1):30-8.
27. Lunney M, McGuire M, Endozo N, McIntosh-Waddy D. Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for people with traumatic brain injuries. *Rehabilitation nursing*. 2010;35(4):161-6.
28. Azzolin K, Mussi CM, Ruschel KB, de Souza EN, de Fátima Lucena A, Rabelo-Silva ER. Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research*. 2013;26(4):239-44.

29. Shin JH, Choi GY, Lee J. Identifying Frequently Used NANDA-I Nursing Diagnoses, NOC Outcomes, NIC Interventions, and NNN Linkages for Nursing Home Residents in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(21):11505.
30. İlçe A, Totur B, Özbayır T. Beyin tümörlü hastaların uluslararası NANDA hemşirelik tanılarına göre değerlendirilmesi: bakım önerileri. *J Neurol Sci (Turk)*. 2010;27:178-84.
31. Kurt Y, Özkan ÇG, Demirbağ BC. Bir Olgu: Akut Miyokard İnfarktüsünde NANDA tanıları ve NIC girişimleri ile Hemşirelik Bakımı. *Balıksesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;5(3).
32. Enç N, Alkan HÖ. Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının Hastane İçi Hemşirelik Bakımı  
Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2012.
33. Kaya N, Kaya H. Nöroonkoloji Hastasının Hemşirelik Bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009;1(2).
34. Özer ZC, Demir Ş. Akut Koroner Sendromlarda Hemşirelik Bakımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2012.
35. Şahin NE. Huzurevinde yaşayan yaşlılar için bir hemşirelik girişimi: Anımsama terapisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016;13(1):1.
36. Çınar Yücel Ş, Eşer İ, Kocaçal Güler E, Khorshid L. Nursing diagnoses in patients having mechanical ventilation support in a respiratory intensive care unit in Turkey. *International journal of nursing practice*. 2011;17(5):502-8.
37. Jakobsson J, Wann-Hansson C. Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(4):945-52.
38. Olsson PT, Petersson H, Willman A, Gardulf A. Standardized care plans in Swedish health care: their quality and the extent to which they are used. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2009;23(4):820-5.
39. McAfee JL. Developing an advanced practice nurse-led liver clinic. *Gastroenterology Nursing*. 2012;35(3):215-24.
40. Bryan S, Holmes S, Postlethwaite D, Carty N. The role of integrated care pathways in improving the patient experience. *Professional nurse (London, England)*. 2002;18(2):77.
41. Carpenito-Moyet LJ. *Nursing Care Plans & Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative Problems*: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
42. Dahm MF, Wadensten B. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(16):2137-45.
43. Wilkins LW. *Nursing Care Planning Made Incredibly Easy!*: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

44. Jakobsson J, Wann-Hansson C. Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2013;27(4):945-52.
45. Khokhar A, Lodhi MK, Yao Y, Ansari R, Keenan G, Wilkie DJ. Framework for Mining and Analysis of Standardized Nursing Care Plan Data. *Western Journal of Nursing Research*. 2016:0193945916672828.
46. Lunney M. Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: Novice to expert. *Journal of Nursing Administration*. 2006;36(3):118-25.
47. Saranto K, Kinnunen UM. Evaluating nursing documentation—research designs and methods: systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2009;65(3):464-76.
48. Müller-Staub M, Lunney M, Odenbreit M, Needham I, Lavin MA, Van Achterberg T. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(7):1027-37.
49. Cardenas-Valladolid J, Salinero-Fort MA, Gomez-Campelo P, de Burgos-Lunar C, Abanades-Herranz JC, Arnal-Selfa R, et al. Effectiveness of standardized Nursing Care Plans in health outcomes in patients with type 2 Diabetes Mellitus: a two-year prospective follow-up study. *PloS one*. 2012;7(8):e43870.
50. Pöder U, Dahm MF, Karlsson N, Wadensten B. Standardised care plans for in hospital stroke care improve documentation of health care assessments. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(19-20):2788-96.
51. Østensen E, Hardiker NR, Hellesø R. Facilitating the implementation of standardized care plans in municipal healthcare. *Computers, Informatics, Nursing*. 2022;40(2):104.
52. Türk G. Standart Hemşirelik Bakımının Yaşlı Bireylerde Ortostatik Hipotansiyona ve Günlük Yaşam aktivitelerine Etkisi [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2008.
53. Gençbaş D, Bebiş H. Uluslararası Standart Sistem ile Oluşturulan Hemşirelik Bakım Planı Örneği. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*. 2017;2(1).
54. Peker A. Standart bakım verilen diyabetik ayak ülserlerinin iyileşmesinde sosyal destek ve umudun etkisi [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2014.
55. Ertem G, Sevil Ü. The examination of the effect of nurse care to the quality of care and to the patient satisfaction which is given through the standards. *Journal of Human Sciences*. 2007;4(2).
56. Hirode G, Saab S, Wong RJ. Trends in the burden of chronic liver disease among hospitalized US adults. *JAMA network open*. 2020;3(4):e201997-e.
57. Peng J-K, Hepgul N, Higginson IJ, Gao W. Symptom prevalence and quality of life of patients with end-stage liver disease: A systematic review and meta-analysis. *Palliative medicine*. 2019;33(1):24-36.

58. Fabrellas N, Carol M, Palacio E, Aban M, Lanzillotti T, Nicolao G, et al. Nursing care of patients with cirrhosis: the LiverHope nursing project. *Hepatology*. 2020;71(3):1106-16.
59. Gimenes FRE, Reis RK, da Silva PCdS, de Camargo Silva AEB, Atila E. Nursing Assessment Tool for People With Liver Cirrhosis. *Gastroenterology Nursing*. 2016;39(4):264.
60. Gimenes FRE, da Silva PCdS, Lopes AR, Reis RK, Shasanmi R, de Carvalho EC. Nursing Diagnosis in Patients with Liver Cirrhosis in Use of Feeding Tube. *Open Journal of Nursing*. 2016;6(7):505-14.
61. Gimenes FRE, Motta APG, Silva PCdS, Gobbo AFF, Atila E, Carvalho ECd. Identifying nursing interventions associated with the accuracy used nursing diagnoses for patients with liver cirrhosis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2017;25:e2933.
62. Saberifiroozi M. Improving Quality of Care in Patients with Liver Cirrhosis. *Middle East J Dig Dis*. 2017;9(4):189-200.
63. Park H. Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure. *International journal of nursing knowledge*. 2014;25(1):30-8.
64. Sargent S. *Liver Diseases: An essential guide for nurses and health care professionals* 2009. 1-338 p.
65. Yılmaz Ş. Karaciğerin Anatomisi, Mikroskopi Yapı ve Fizyolojisi. In: Yılmaz Ş, editor. *Siroz*. 2.Baskı. Ankara Hipokrat Yayınevi; 2021. p. 7-18.
66. Dudeja V, Ferrantella A, Fong Y. The Liver. In: Townsend CM, editor. *Sabiston Textbook of Surgery E-Book: The Biological Basis of Modern Surgical Practice*. Canada: Elsevier Health Sciences; 2021. p. 2176.
67. Dhillon A, Steadman RH. Liver diseases. *Anesthesia and Uncommon Diseases*, 6th ed; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands. 2012:162-214.
68. Chowdhury NR, Chowdhury JR. *Liver Physiology and Energy Metabolism*. Sleisenger and Fordtran's *Gastrointestinal and Liver Disease- 2 Volume Set*. 2020.
69. Anılır E, Önal Z, İbrişim D. *Hepatoloji*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020.
70. Eslam M, Newsome PN, Sarin SK, Anstee QM, Targher G, Romero-Gomez M, et al. A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement. *Journal of hepatology*. 2020;73(1):202-9.
71. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease 10.th ed*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2016.
72. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S. *İç Hastalıkları*. 3 ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri Ltd.Şti; 2012.
73. Aybar MD. Karaciğer Hastalıklarında Görüntüleme. In: Anılır E, Önal Z, İbrişim D, editors. *Hepatoloji*. Ankara Hipokrat Yayınevi; 2020.

74. Güney T, Karataş A. Karaciğer Fonksiyon Testleri ve Güncel Gelişmeler. In: Anılır E, Önal Z, İbrişim D, editors. Hepatoloji. Ankara: Akademisyen Yayınevi; 2020. p. 167-76.
75. D'Amico G, Garcia-Tsao G, Pagliaro L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: a systematic review of 118 studies. *Journal of hepatology*. 2006;44(1):217-31.
76. Çelik F, Bektaş H. Karaciğer Sirozu ve Semptom Yönetimi International Referred Journal of Nursing Researches. 2017:215.
77. Sonsuz A. Asit ve komplikasyonlarının tedavisi. 8Ulusal İç Hastalıkları Kongresi2006.
78. Hassanein T, Blei AT, Perry W, Hilsabeck R, Stange J, Larsen FS, et al. Performance of the hepatic encephalopathy scoring algorithm in a clinical trial of patients with cirrhosis and severe hepatic encephalopathy. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*. 2009;104(6):1392-400.
79. Ginès P, Solà E, Angeli P, Wong F, Nadim MK, Kamath PS. Hepatorenal syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*. 2018;4(1):23.
80. Raevens S, Boret M, Fallon MB. Hepatopulmonary syndrome. *JHEP Reports*. 2022:100527.
81. Fabrellas N, Carol M, Torradadella F, de Prada G. Nursing care of patients with chronic liver diseases: Time for action. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(3):498-500.
82. Fabrellas N, Moreira R, Carol M, Cervera M, de Prada G, Perez M, et al. Psychological Burden of Hepatic Encephalopathy on Patients and Caregivers. *Clin Transl Gastroenterol*. 2020;11(4):e00159.
83. Yıldırım M. Falls in patients with liver cirrhosis. *Gastroenterology Nursing*. 2017;40(4):306-10.
84. Bozkurt G, Düzkaya DS, Terzi B. Hemşirelik Sürecinin Uygulanması Klinik Karar Verme Süreci. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017.
85. A.N.A. Nursing's Social Policy Statement: The Essence of the Profession: American Nurses Association; 2010.
86. S.B. Hemşirelik Yönetmeliği Resmî Gazete2010.
87. Basit G. Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;2(2):77-90.
88. Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci-Evolutionary Development Of Nursing Process. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 2017;7(1):1-5.
89. A.N.A. What is nursing: American Nursing Association; 2023 [Available from: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>].
90. Wilkonson JM, Van Leuven K, Treas LS. *Fundamentals of Nursing Theory- Concepts and Application Philadelphia: Davis Company; 2011. Available from:*

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzQyMDYyNV9fQU41?sid=d1895bd6-fb6e-4bae-9bc5-1c1f49b1193e@redis&vid=2&format=EB&rid=1>.

91. Doenger ME, Moorhouse MF. Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2013. Available from: [https://web.s.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzUyOTewN19fQU41?sid=02537510-5f80-41d3-a7d9-a877f5d820cc@redis&vid=3&format=EB&lpid=lp\\_1&rid=0](https://web.s.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzUyOTewN19fQU41?sid=02537510-5f80-41d3-a7d9-a877f5d820cc@redis&vid=3&format=EB&lpid=lp_1&rid=0).
92. Gürhan N. Hemşirelik Tanıları El Kitabı 12. ed. Ankara Nobel Tıp Kitabevi; 2022.
93. Çiçek HS, Özdemir L. Hemşirelik Bakımını Planlama İnanılmaz Kolay. 2. ed. Ankara Nobel Akademik Yayıncılık; 2016.
94. Okumuş H, Öztürk C, Yenal K. Bakımın Planlanması. Ankara Palme Yayıncılık; 2014.
95. Keenan G, Yakel E, editors. Promoting safe nursing care by bringing visibility to the disciplinary aspects of interdisciplinary care. AMIA Annual Symposium Proceedings; 2005: American Medical Informatics Association.
96. Rutherford M. Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2008;13(1):243-50.
97. Keenan GM, Tschannen D, Wesley ML. Standardized nursing terminologies can transform practice. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2008;38(3):103-6.
98. Zhang T, Wu X, Peng G, Zhang Q, Chen L, Cai Z, et al. Effectiveness of standardized nursing terminologies for nursing practice and healthcare outcomes: a systematic review. International Journal of Nursing Knowledge. 2021;32(4):220-8.
99. Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. International journal of nursing studies. 2014;51(8):1160-70.
100. Sansoni J, Giustini M. More than terminology: using ICNP to enhance nursing's visibility in Italy. International nursing review. 2006;53(1):21-7.
101. Keenan GM, Yakel E, Tschannen D, Mandeville M. Documentation and the nurse care planning process. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. 2008.
102. Johnson M, Moorhead S, Bulechek GM, Butcher HK, Maas ML, Swanson E. NOC and NIC Linkages to NANDA-I and Clinical Conditions: Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions: Elsevier Health Sciences; 2011.
103. NANDA. NANDA 2023 [Available from: <https://nanda.org/>].
104. Çelik SŞ, Karadağ A. Hemşirelik Bakım Planları: Tanılar, Girişimler, Sonuçlar. İstanbul: Akademi Basın Yayıncılık; 2019.



105. Gordon M. Why do we need standardized nursing languages? Hospital development of the nursing Classification System- An Overview. *Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı*. 2003.
106. Basit G, Korkmaz F. NANDA hemşirelik tanıları In: Çelik SŞ, Karadağ A, editors. *Hemşirelik Bakım Planları: Tanılar, Girişimler, Sonuçlar*. 1.Baskı. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2019. p. 49-60.
107. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JMMC, Wagner C. *Nursing Interventions Classification (NIC)*: Elsevier Health Sciences; 2018.
108. Thoroddsen A. Applicability of the nursing interventions classification to describe nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2005;19(2):128-39.
109. NOC. *Nursing Outcomes Classification 2023* [Available from: <https://nursing.uiowa.edu/cnce/nursing-outcomes-classification-overview>].
110. Moorhead SA. The nursing outcomes classification. *Acta paulista de enfermagem*. 2009;22:868-71.
111. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*: Elsevier Health Sciences; 2018.
112. Dos Santos FC, Yao Y, Macieira TGR, Dunn Lopez K, Keenan GM. Nurses' preferences for the format of care planning clinical decision support coded with standardized nursing languages. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2023;30(11):1846-51.
113. Carpenito-Moyet LJ. *Nursing Care Plans & Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative Problems*: . 5 ed. China: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. ; 2009.
114. Dahm MF, Wadensten B. Nurses' experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records—a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(16):2137-45.
115. Jansson I, Eva T. Implementation of evidence-based practice by standardized care plans: A study protocol. *Open Journal of Nursing*. 2013;2013.
116. Monsen K, Foster D, Gomez T, Poulsen J, Mast J, Westra B, et al. Evidence-based standardized care plans for use internationally to improve home care practice and population health. *Applied Clinical Informatics*. 2011;2(03):373-84.
117. Østensen E, Hardiker NR, Bragstad LK, Hellesø R. Introducing standardised care plans as a new recording tool in municipal health care. *J Clin Nurs*. 2020;29(17-18):3286-97.
118. Hammad A, Kaido T, Aliyev V, Mandato C, Uemoto S. Nutritional therapy in liver transplantation. *Nutrients*. 2017;9(10):1126.
119. Dhaliwal A, Armstrong MJ. Sarcopenia in cirrhosis: A practical overview. *Clinical Medicine*. 2020;20(5):489.

120. Grønkjær LL, Sehstedt TH, Norlyk A, Vilstrup H. Overt hepatic encephalopathy experienced by individuals with cirrhosis: A qualitative interview study. *Gastroenterology Nursing*. 2018;41(6):468.
121. Hansen L, Sasaki A, Zucker B. End-stage liver disease: challenges and practice implications. *Nursing Clinics*. 2010;45(3):411-26.
122. Lee L, Grap MJ. Care and management of the patient with ascites. *Medsurg Nursing*. 2008;17(6):376.
123. Fagerström C, Frisman GH. Living With Liver Cirrhosis: A Vulnerable Life. *Gastroenterology Nursing*. 2017;40(1):38-46.
124. Schumacher C, Dash D, Correia RH, Reid L, Chesne C. Standardized Care Plans for Heart Failure and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Community Care. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019;29(2).
125. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık. 2016;10. baskı
126. Johnson AP. Eylem araştırması el kitabı. Uzuner Y, Anay MÖ, editors. Ankara: Anı Yayıncılık; 2019. 336 p.
127. Williamson GR, Bellman L, Webster J. *Action Research in Nursing and Healthcare*: SAGE Publications; 2011.
128. Munten G, Van Den Bogaard J, Cox K, Garretsen H, Bongers I. Implementation of evidence-based practice in nursing using action research: A review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2010;7(3):135-57.
129. Kjellström S, Mitchell A. *Health and healthcare as the context for participatory action research*. Sage Publications Sage UK: London, England; 2019. p. 419-28.
130. Friesen-Storms JH, Moser A, van der Loo S, Beurskens AJ, Bours GJ. Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: A participatory action research project. *Journal of clinical nursing*. 2015;24(1-2):57-68.
131. Kemmis S, McTaggart R. *Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere*. The Sage handbook of qualitative research, 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2005. p. 559-603.
132. Reason P, Bradbury H. *The SAGE Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*: SAGE Publications; 2013.
133. Greenwood DJ, Levin M. *Introduction to Action Research: Social Research for Social Change*: SAGE Publications; 2006.
134. Hansen L, Leo MC, Chang MF, Zaman A, Naugler W, Schwartz J. Symptom distress in patients with end-stage liver disease toward the end of life. *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. 2015;38(3):201.
135. Zaybak A, Özdemir H, İslamoğlu EG. Hemşirelerin Hemşirelik Süreci Uygulamasında Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2016;19(4).

136. Andsoy II, Güngör T, Dikmen Y, Nabel EB. Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2013;3(2).
137. Kaya N, Babadağ K, Kaçar GY, Uygur E. Hemşirelerin Hemşirelik Model / Kuramlarını, Hemşirelik Sürecini ve Sınıflama Sistemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilimi ve Sanatı Dergisi*. 2010;3(3).
138. Olmaz D, Karakurt P. Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2019;12(1):3-14.
139. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, Van Der Schans CP. D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(6):1388-400.
140. I.T.C. ITC guidelines for the large-scale assessment of linguistically and culturally diverse populations. *International Journal of Testing*. 2019;19(4):301-36.
141. Jakobsson J, Wann-Hansson C. Nurses' perceptions of working according to standardized care plans: a questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27(4):945-52.
142. Lee T-T, Chang P-C. Standardized care plans: experiences of nurses in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(1):33-40.
143. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı*: Pelikan Yayınevi 2018.
144. Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research*. 1992;5(4):194-7.
145. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. *XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*. 2005:28-30.
146. Merriam SB. *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*: John Wiley & Sons; 2009.
147. Tapper EB, Kanwal F, Asrani SK, Ho C, Ovchinsky N, Poterucha J, et al. Patient-reported outcomes in cirrhosis: A scoping review of the literature. *Hepatology*. 2018;67(6):2375-83.
148. Abdi F, Daryani NE, Khorvash F, Yousefi Z. Experiences of Individuals With Liver Cirrhosis. *Gastroenterology Nursing*. 2015;38(4):252-7.
149. Hjorth M, Svanberg A, Sjöberg D, Rorsman F, Kaminsky E. Liver cirrhosis turns life into an unpredictable roller coaster: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(23-24):4532-43.
150. Kondo Y, Yoshida H, Tateishi R, Shiina S, Mine N, Yamashiki N, et al. Health-related quality of life of chronic liver disease patients with and without hepatocellular carcinoma. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2007;22(2):197-203.

151. Kim S-H, Oh E-G, Lee W-H, Kim O-S, Han K-H. Symptom experience in Korean patients with liver cirrhosis. *Journal of pain and symptom management*. 2006;31(4):326-34.
152. Gutteling JJ, De Man RA, Van Der Plas SM, Schalm SW, Busschbach JJV, Darlington ASE. Determinants of quality of life in chronic liver patients. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2006;23(11):1629-35.
153. Jang Y, Boo S, Yoo H. Hepatitis B Virus Infection: Fatigue-associated Illness Experiences among Koreans. *Gastroenterology Nursing*. 2018;41(5):388-95.
154. Saffari M, Naderi MK, Piper CN, Koenig HG. Multidimensional Fatigue Inventory in People With Hepatitis B Infection. *Gastroenterology Nursing*. 2017;40(5):380-92.
155. Shabanloei R, Ebrahimi H, Ahmadi F, Mohammadi E, Dolatkah R. Stigma in Cirrhotic Patients: A Qualitative Study. *Gastroenterol Nurs*. 2016;39(3):216-26.
156. Low J, Davis S, Vickerstaff V, Greenslade L, Hopkins K, Langford A, et al. Advanced chronic liver disease in the last year of life: a mixed methods study to understand how care in a specialist liver unit could be improved. *BMJ open*. 2017;7(8):e016887.
157. Zucker DM, Redulla R. Lactulose Management of Minimal Hepatic Encephalopathy: A Systematic Review. *Gastroenterology Nursing*. 2019;42(1):84-94.
158. Benz F, Mohr R, Tacke F, Roderburg C. Pulmonary complications in patients with liver cirrhosis. *Journal of Translational Internal Medicine*. 2020;8(3):150-8.
159. Franjić S. Nursing in Dermatology. *South Asian Research Journal of Nursing and Healthcare* 2021;3(3).
160. Wigg AJ, McCormick R, Wundke R, Woodman RJ. Efficacy of a chronic disease management model for patients with chronic liver failure. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2013;11(7):850-8. e4.
161. SGHM. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane 1.baskı ed. Ankara Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı; 2020.
162. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
163. Alligood MR. Nursing theorists and their work-e-book: Elsevier Health Sciences; 2017.
164. Müller-Staub M, de Graaf-Waar H, Paans W. An internationally consented Standard for Nursing Process-Clinical Decision Support Systems in Electronic Health Records. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*. 2016;34(11):493-502.
165. McGonigle D, Mastrian K. Nursing informatics and the foundation of knowledge: Jones & Bartlett Learning; 2024.

166. Törnvall E, Jansson I. Preliminary Evidence for the Usefulness of Standardized Nursing Terminologies in Different Fields of Application: A Literature Review. *Int J Nurs Knowl*. 2017;28(2):109-19.
167. Ojo IO, Olaogun AA. Challenges to sustainability of standardized nursing care plan in selected tertiary health institutions in Nigeria. *International Journal of Nursing Knowledge*. 2023;34(3):193-203.
168. Lunney M. Current Knowledge Related to Intelligence and Thinking With Implications for the Development and Use of Case Studies. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2008;19(4):158-62.
169. Lee TT. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *Journal of clinical nursing*. 2005;14(5):640-7.
170. Müller-Staub M, Lunney M, Odenbreit M, Needham I, Lavin MA, Van Achterberg T. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(7):1027-37.
171. Koczmar C, Jelincic V, Dueck C. Dangerous abbreviations: " U" can make a difference! *Dynamics*. 2005;16(3).
172. McCance KL, Huether SE. *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children*: Elsevier Health Sciences; 2014.
173. ANA. *Correctional nursing: Scope and standards of practice*: American Nurses Association; 2021.

## 8. EKLER

### EK 1. Birinci Aşama Gereksinimlerinin Belirlenmesi İçin Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

Birinci Bölüm: Hastanın Laboratuvar değerleri				
Laboratuvar Değerleri	Referans Değer	Mevcut Değer		
Hgb	E:13,5-15,5 gr/dl K:12,0-16,0gr/dl			
Hct	E: %41-53 K: %36-46			
INR	0,8-1,2			
Albümin	3,5-5,2 gr/dl			
Prealbumin	20-40 mg/dl			
Total bilirubin	0,3 – 1,2 mg/dL			
Direkt Bilirubin	0,0 – 0,2 mg/dL			
Trombosit	130-400			
WBC	4,8-10,8			
Glukoz	76-106 mg/dl			
AST	0-35 U/L			
ALT	0-45 U/L			
LDH	0-248 U/L			
Üre	5-25 mg/dl			
Kreatinin	0,5-1,3 mg/dl			
Na	136-146 mmol/L			
K	3,5-5,1 mmol/L			
AFP	0,5-5,5 U/L			
HBV DNA	Negatif/Pozitif			
HCV RNA	Negatif/Pozitif			
Hepatit markırları	A          B          C	D	E	
<b>Hastanın Sosyodemografik Özellikleri</b>				
1-Adınız Soyadınız:				
2-Yaşınız:				
3-Medeni durumunuz.... Evli ( ) Bekar ( )				
4-Mesleğiniz				
5-Çalışma Durumunuz.....				
6-En son mezun olduğunuz okul.....				
7-Nerede yaşıyorsunuz? İl merkezi ( ) İlçe ( ) Kasaba ( ) Köy ( )				
8-Kimle / kimlerle yaşıyorsunuz Birlikte yaşadığımız kişiler: Yalnız ( ) Eşi ile birlikte ( ) Eş ve Çocuklar ( ) Anne-baba ( ) Kardeşler ( )				
9- Sigar ve Alkol kullanıyor musunuz?				
10-Karaciğer hastalığı dışında herhangi bir hastalığınız var mı?				
<b>Hastanın Kronik Karaciğer Hastalığını ile İlgili semptomları</b>				
Karaciğer hastalığı tanısı ne zaman teşhis edildi? Bu süreci anlatır mısınız?				
1-Bu Hastalığımıza bağlı nasıl sorunlar yaşadığınızı anlatır mısınız? Bu sorunlar günlük yaşamınızı nasıl etkiledi?				
2- Hastalığınız beslenmenize nasıl etkiledi? (Örneğin: Bulantı- Kusmalarınız oldu mu?) a)Ne yaptınız? b) Nasıl çözdünüz?				
3- Hastalığınız nefes alışı ve verişinizi nasıl etkiledi? a)Ne yaptınız? b) Nasıl çözdünüz?				
4- Hastalığınız uyku ve dinlenme alışkanlığınızı nasıl etkiledi? a)Ne yaptınız? b) Nasıl çözdünüz?				
5- Hastalığınız dış görüntünüzü nasıl etkiledi? (Örneğin: Ayaklarda, karında şişlik göğüslerde büyüme, cilt problemleri) a) Ne yaptınız? b) Nasıl çözdünüz?				
6- Hastalığınız günlük işlerinizi ve günlük işlerinize konsantrasyon durumunuzu etkiledi mi? a)Ne yaptınız? b) Nasıl çözdünüz?				
7- Hastalığınız ruh halinizi ve yakınınızdaki kişilerle ilişkinizi nasıl etkiledi? Nasıl baş ettiniz?				
8- Hastalığınız çalışma hayatınızı nasıl etkiledi? Nasıl baş ettiniz?				
9- Hastalığınıza bağlı ilaç kullanıyor musunuz? Bu ilaçlar günlük hayatınızı nasıl etkiliyor?				
10- Bu hastalık nedeni ile kaç kere hastanede yatarak tedavi görmeniz gerektiği? Ortalama kaç gün hastanede yatmışsınızdır?				

**EK 2. Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planı**

HASTA KODU: HEMŞİRELİK TANISI (NANDA)	ARŞİV NUMARASI: HEMŞİRELİK SONUÇLARI (NOC)	HASTANEYE YATIŞ TARİHİ: HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ (NIC)	HEMŞİRELİK TAMİSİNİN ALINDIĞI İLK GÜNÜN TARİHİNİ YAZINIZ					DEĞERLENDİRME TARİHİNİ YAZINIZ				
			TARİHİ:					TARİHİ:				
			1-gün	2-gün	3-gün	4-gün	5-gün	1-gün	2-gün	3-gün	4-gün	5-gün
BULANTI	1 puan: Şiddetli derecede bulantı var. 2 puan: Ciddi derecede bulantı var. 3 puan: Orta derecede bulantı var. 4 puan: Hafif derecede bulantı var. 5 puan: Bulantı yok	BULANTI	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91
Lütfen hastanızda var olan verileri işaretleyiniz.	Hastanın bulantı sıklığının puanlandırınız	Paraf atmamayı unutmayınız	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91	80-91
Mide bulantısı: şikâyet	Bulantının azaltılmasına	Hastanın mide bulantısı belirtileri takip edilir.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Öğürme hissi		Hastanın hastalığı, dişındaki bulantıyı arttıran sorunlar söz konusu ise (örneğin oda düzeni, koku vs.) araştırıp düzenlemeye çalışılır.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
İştahsızlık		Yemek zamanına yakın ağrıya ve bulantıya neden olan yemeklerden bir saat önce-sonra ve yemek esnasında sıvı kullanması konusunda bilgilendirilir.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ağızda ekşi tat		Kusma refleksi geliştiğinde hemen hemşireyi çağırması konusunda bilgi verilir.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastrik distansiyon		Hastaya kusma refleksini bastırma için istemli yutma ve derin nefes alma teknikleri kullanmayı öğretir.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Karaciğer ve dilağ duvarında gerginlik		Kusma refleksi geliştiğinde aspirasyonu önlemek için yatak başı yükseltilir, hastaya lateral pozisyon verilir.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bant ligasyonu işlemi yapılmış durumu		Kusma olduğunda hasta kuyatelerinin ve yatak çarşafının temiz olması sağlanır.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Biyojen esansiyel ilaçlar kullanılmamış, bulantinin potasyum yülkesiği)		Kusmadan sonra hastanın ağız temizliği sağlanır.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Farmosetik ajanlar (antibiyotik kullanımı)		Hastanın bileklerine, boynuna, alınına serin nemli bez uygulanır.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastrik irritasyon (steroid, antibiyotik, analjezikler)		AÇT yapılır, idrar rengi ve kıyılılığı takip edilir.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intra abdominal tümör varlığı		Günlük kilo takibi yapılır	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Deri turgoru takip edilir.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Hastanın biyokimyasal kan değerleri takip edilir (amonyak, bilirubin, potasyum).	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		<b>HASTA VE AİLESİ EĞİTİMİ</b>										
		Mide bulantısının nedenlerini açıklar.										
		Hasta ve ailesine istemli yutma veya derin nefes alma tekniklerini kullanması öğretilir.										
		<b>İŞ BİRLİĞİ GEREKTİREN UYGULAMALAR</b>										
		Geçmeyen bulantı ve kusma, hastanın doktoruna bildirilir. Önder edilen tedavi uygulanır.										
		Beslenmenin devamlılığı için diyetisyen ile iletişime geçilir.										

HASTAYA ÖZGÜ NOTLARINIZ:

Hasta başka bir birime transfer oldu.  
Hasta taburcu oldu.











































HASTA KODU:	ARŞIV NUMARASI:	HASTANEYE YATIŞ TARİHİ:	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ (NIC)	HEMŞİRELİK TANISININ ALINDIĞI İLK GÜNÜN TARİHİNİ YAZINIZ	DEĞERLENDİRME TARİHİNİ YAZINIZ
HEMŞİRELİK TANISI (NANDA)	HEMŞİRELİK SONUÇLARI (NOC)	HEMŞİRELİK YATIŞ TARİHİ:	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ (NIC)	TARİH:	TARİH:
DÜŞME RİSKİ	1 puan: Şiddetli derecede riskli 2 puan: Ciddi derecede riskli 3 puan: Orta derecede riskli 4 puan: Hafif derecede riskli 5 puan: Risk yok	DÜŞME RİSKİ	DÜŞME RİSKİ	1.gün 08-16 2.gün 08-16 3.gün 08-16 4.gün 16-08 5.gün 08-16	1.gün 08-16 2.gün 08-16 3.gün 08-16 4.gün 16-08 5.gün 08-16
Lütfen hastanızda var olan verileri işaretleyiniz.	Hastanın düşme riskini puanlandırırsınız.	Paraf atmamayı unutmayınız.	Paraf atmamayı unutmayınız.	DÜŞME RİSKİ	DÜŞME RİSKİ
65 yaş ve üzeri	Düşme olayının gerçekleşmemesi	Koruma kabul edilen her hasta gibi hastanın düşme riski değerlendirilir. Risk puanı	Paraf atmamayı unutmayınız.	NOC puanını tekrar değerlendiriniz	NOC puanını tekrar değerlendiriniz
Düşme öyküsünün olması		Hastanın güvenlik ihtiyacını etkileyen faktörler belirtilir. (Örnek: mental durum değişikliği, hepatik koma, yorgunluk, düşme olasılığını artırabilecek çevresel özellikler belirtilir (Örnek: kaygan zemin, merdiven boşluğu...))	Paraf atmamayı unutmayınız.	Risk devam ediyor	Risk devam ediyor
Mental durumda değişimler		Hastanın düşme riskini azaltmak için fiziksel koruyucular kullanılır.	Paraf atmamayı unutmayınız.	Düşme gerçekleşti. Hastaya gerekli müdahale yapıldı.	Düşme gerçekleşti. Hastaya gerekli müdahale yapıldı.
Banyo ve duşta kaymayı önleyen matzemelerin yetersizliği		Hastanın yürüme, denge ve yorgunluk seviyelerindeki değişimler izlenir.	Paraf atmamayı unutmayınız.	Hastanın tetkik için transferi sağlandı.	Hastanın tetkik için transferi sağlandı.
Düretik ilaçlar		Düşme riski ölçüğünden yüksek puan alan hasta hemşire deskline yakın bir odaya yatırılır.	Paraf atmamayı unutmayınız.	Sık vital bulgular takibi yapıldı.	Sık vital bulgular takibi yapıldı.
Hipo/hiperglisemi riski		Hastanın denge problemi söz konusu ise kaymaz tabana sahip ayakkabı kullanması sağlanır.	Paraf atmamayı unutmayınız.	Kanama takibi yapıldı.	Kanama takibi yapıldı.
Anemi		Gerekli ise düşme riskini azaltmak için fiziksel koruyucular kullanılır.	Paraf atmamayı unutmayınız.		
Dişare		Hastanın yürümesinde ve wc'ye gidip gelmesinde yardım edilir.	Paraf atmamayı unutmayınız.		
Dengede bozukluk		Hastanın ilk yatışından itibaren çağrı zilini nasıl kullanacağı gösterilir.	Paraf atmamayı unutmayınız.		
Uykusuzluk		Düşmeye zemin hazırlayabilecek çevresel düzenlemeler yapılır. (ışık, zemin, tutunma kolları)	Paraf atmamayı unutmayınız.	Hasta başka bir birime transfer oldu.	Hasta başka bir birime transfer oldu.
Görme bozuklukları		Biliş durumu değişiklikleri takip edilir.	Paraf atmamayı unutmayınız.	Hasta taburcu oldu.	Hasta taburcu oldu.
Antihipertansif ilaçlar		Özellikle hastanın düretilerini sabah erken saatlerde verilir.	Paraf atmamayı unutmayınız.		
Ortostatik hipotansiyon		<b>HASTA VE AİLESİ EĞİTİMİ</b> Hastaya yaralanmayı en aza indirecek şekilde nasıl düşeceğini öğretilir.	Paraf atmamayı unutmayınız.		
		Yataktan kalkmadan önce gözlük kullanıyorsa gözlük kullanımını hakkında hastaya bilgilendirilir.	Paraf atmamayı unutmayınız.		
		<b>İŞ BİRLİĞİ GEREKTİREN UYGULAMALAR</b> Düşmeye neden olan ilaçların yan etkilerini en aza indirmek için diğer sağlık bakım ekibi üyeleri ile iş birliği yapılır.	Paraf atmamayı unutmayınız.		
		Hareket, denge ve gücü artırmak amacıyla yürüme ve egzersiz için fiziksel terapiye yönlendirilir.	Paraf atmamayı unutmayınız.		





### EK 3. D-Catch Instrument

#### D-Catch Measurement Method for Nursing Documentation in the Patient Record

Date:  Hospital:  Ward:  Record no.:  Electronic rec.:  Paper rec.:  No. SPSS:

Complete the measurement form individually and compare scores afterwards to obtain consensus scores.

#### D-Catch magnitude

(4): complete (3): partially (2): incomplete (1): none (quantity)

(4): very good (3): good (2): moderate (1): poor (quality)

D-Catch is available in a paper version and in an electronic version, usable as a stand alone application.

#### D-Catch(1) Is an accurate nursing record structure present?

##### 4 Points

An individual record is present with a structure that allows describing

- 1) Personal details of the patient
- 2) Assessment form and admission data
- 3) Nursing problem inventory (nursing diagnoses)
- 4) Nursing interventions inventory
- 5) Daily progress report with outcome evaluations inventory

**3 Points:** An individual record that contains four of the five items listed above

**2 Points:** An individual record that contains at least a note of personal details and a progress evaluation report form

**1 Point:** It is not possible to note details in an individual nursing record or the items are included in a collective record with other patients' details

Score	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Consensus score	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

#### 2) Is an accurate nursing report about the admission present?

##### Quantity

**4 points:** Personal details (name, address, date of birth, marital status), the reason for admission, and the patient's state of health of the patient are fully documented

**3 points:** Personal details are partially available; the patient's name and address or information about the reason for admission/state of health are missing

**2 points:** Personal details are incomplete; both name and address and information about the reason for admission/state of health are missing

**1 point:** Personal details and the reason for admission/state of health are not documented

##### Quality

**4 points:** The admission report contains the medical diagnosis and reason for admission with relevant aspects of recorded diagnoses. The notes are clear, linguistically correct, and contain all relevant information needed to admit the patient

**3 points:** The admission report contains the medical diagnosis and reason for admission but not a nursing diagnosis. Most of the notes are clear and contain relevant information needed to assess the patient

**2 points:** The admission report contains some medical issues but not a medical or a nursing diagnosis. There are some correct notes, but they are not always clear or linguistically correct

**1 point:** There is no admission report or reason for admission; or the notes are unclear, linguistically incorrect

Score	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Consensus score	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

#### 3) Is an accurate nursing diagnosis structured in PES present? (Please note: see also supplemental Guide A and B for Diagnoses)

##### Quantity

**4 points:** A problem label, an aetiology/a cause (related factor), and a sign/symptom are clearly and unambiguously listed in the text; the diagnosis implies the possibility of an intervention

**3 points:** A problem label, an aetiology/a cause, and a sign/symptom are listed, but no (planned) intervention is listed. Alternatively, an aetiology/a cause or a sign/symptom is listed with reference to a possible intervention or with reference to a vaguely described intervention

**2 points:** A problem label and either an aetiology/a cause or a sign/symptom is listed with reference to either a planned intervention or a not clearly described intervention

**1 point:** A note relating to a problem label is listed with no further explanation. No reference is made to an intervention

##### Quality

**4 points:** The diagnosis is supported by one or more relevant notes from the report concerned. These notes are not contradicted by other notes in the same record. The diagnosis raises no other diagnostic questions and is linguistically correct

**3 points:** The diagnosis raises diagnostic questions, but these questions appear to be relevant. The diagnosis is not contradicted by other notes

**2 points:** A diagnosis label is suggested by a note from the report but is unclear or linguistically incorrect

**1 point:** A diagnosis label is mentioned but not supported by any note, or is contradicted by other notes in the same report, or is linguistically incorrect

Score all diagnoses separately on the additional prestructured form

Score	4 □	3 □	2 □	1 □
Consensus score	4 □	3 □	2 □	1 □
<b>4) Are accurate interventions present?</b>				
<b>Quantity</b>				
4 points: Each intervention in terms of nursing actions is linked to or can be directly related to a diagnosis. These interventions are described in terms of the aim for which they are used and are logical results of the diagnosis				
3 points: At least 50% of the interventions in terms of nursing actions are linked to or can be directly related to a diagnosis. These interventions are described in terms of the aim for which they are used and are logical results of the diagnosis				
2 points: Interventions have been noted, but less than 50% are related to the diagnosis. The aim for which the interventions are used is unclear				
1 point: No interventions in terms of nursing actions are mentioned				
<b>Quality</b>				
4 points: Interventions are clear, linguistically correct, concise, and contain all relevant information needed to act. The intervention date is mentioned				
3 points: At least 50% of the notes meet the above description. Some notes may contain unnecessary wording or relevant information is missing; the language in some notes is incorrect (e.g. incomplete sentences, use of non-standard abbreviations that can be misinterpreted)				
2 points: Less than 50% of the notes are written as described above; there are some correct notes				
1 point: Generally, the notes are unclear, linguistically incorrect, and relevant information is missing				
Score (first quantity)	4 □	3 □	2 □	1 □
Consensus score	4 □	3 □	2 □	1 □
<b>5) Are accurate progress and outcome evaluations present?</b>				
<b>Quantity</b>				
4 points: The progress evaluations report nursing outcomes related to nursing diagnoses. Interventions are described in terms of the patient's health status and are logical results of the diagnosis and the intervention. The progress evaluations are fully available and updated daily				
3 points: At least 50% of the progress evaluations in terms of nursing outcomes is linked to diagnoses. Interventions are described in terms of the patient's health status and are logical results of the diagnosis and the intervention. The progress evaluations are not updated daily (but are updated at least 6 days a week)				
2 points: The progress evaluations are incomplete; in less than 50% of the evaluations, the patient's health status is mentioned in terms of outcomes. There is no logical relationship between diagnoses and interventions. Updates for several days of the week are missing				
1 point: The progress evaluations are not available. No outcomes are mentioned				
<b>Quality</b>				
4 points: The progress evaluations are clear, linguistically correct, concise, and contain all relevant information needed to understand the patient's health status. The evaluation date is stated				
3 points: At least 50% of the notes meet the above description. Some notes may contain unnecessary wording or relevant information is missing; the language in some notes is incorrect (e.g. incomplete sentences, use of non-standard abbreviations that can be misinterpreted)				
2 points: Less than 50% of the notes are written as described above; there are some correct notes				
1 point: Generally, the notes are unclear, linguistically incorrect, and relevant information is missing				
Score (first quantity)	4 □	3 □	2 □	1 □
Consensus score	4 □	3 □	2 □	1 □
<b>6) Is the record legible?</b>				
4 points: The text is written clearly or typed legibly				
3 points: The handwriting forces the reader to reread the text, but some parts of the text are legible				
2 points: The text is written sloppily and is, overall, barely legible				
1 point: Most of the text is illegible, and the reader must guess what the text states or means				
Score	4 □	3 □	2 □	1 □
Consensus score	4 □	3 □	2 □	1 □

## EK 4. D-Catch Kalite Değerlendirme Aracı

Hasta kayıtlarındaki Hemşirelik dokümantasyonunu değerlendirmek için D-Catch Ölçüm Yöntemi							
Tarih: <input type="checkbox"/> Hastane: <input type="checkbox"/> Servis: <input type="checkbox"/> Kabul numarası/ arşiv numarası: <input type="checkbox"/> Hastaya ait kayıtların değerlendirilmesinde her zaman bir miktar subjektiflik söz konusudur. Bu nedenle ölçümün iki farklı kişi tarafından bağımsız olarak yapılması önemlidir. D-Catch büyüklüğü aşağıdaki puanlamaya göre belirlenir. Niceliksel(4): Tam (3): <b>Kusmen eksik</b> (2): Eksik (1): Yok Niteliksel(4): Çok iyi (3): İyi (2): Orta (1): Zayıf							
	<b>Doğru bir hemşirelik kayıt sistemi / hemşirelik bakım planı mevcut mu?</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b>	<p><b>4 Puan:</b> Tanımlamaya izin veren yapıya sahip bireysel bir kayıt (sistemi) mevcuttur.</p> <p>1) Hastanın kişisel bilgileri</p> <p>2) Hasta değerlendirme formu ve hasta kabul verileri (ön değerlendirme formu)</p> <p>3) Hemşirelik tanıları</p> <p>4) Hemşirelik girişimleri</p> <p>5) Hemşirelik değerlendirmeleri (sonuçları/ çıktıları)</p> <p>3 puan: Yukarıda listelenen beş öğeden dördünü içeren bir kişisel/hasta kayıt/bakım planı mevcut.</p> <p>2 puan: Bireysel/hastaya ait en az bir gözlem ve ilerleme/değerlendirme notu içeren kayıt.</p> <p>1 puan: Hemşirelik kayıtlarına/bakım planına ayrıntıların yazılması/eklenmesi mümkün değildir ya da ilişkili veriler hastaya ait diğer bilgiler ile ortak bir kavitta yer almaktadır.</p>						
	<b>Hasta kabulüne ilişkin tam/eksiksiz bir hemşirelik raporu/formu mevcut mu?</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b>	<p><b>Niteliksel</b></p> <p>4 puan: Kişisel bilgiler (isim, adres, doğum tarihi, nedeni durum), kabul nedeni ve hastanın sağlık durumu tam olarak kaydedilmektedir.</p> <p>3 puan: Kişisel bilgilere kısmen yer verilmiş hastanın adı-soyadı, adresi ya da başvuru nedeni/ sağlık durumu ile ilgili bilgiler eksiktir.</p> <p>2 puan: Kişisel bilgiler tam değildir. İsim-adres ve kabul nedeni/ sağlık durumu ile ilgili bilgiler eksik (tır).</p> <p>1 puan: Kişisel bilgiler ve hastaneye yatış nedeni/ mevcut sağlık durumu kaydedilmemiştir.</p> <p><b>Niteliksel</b></p> <p>4 puan: Hasta kabul formu /ön değerlendirme formu, yatış tanıları ile ilişkili nedenleri ve tıbbi tanıyı içerir. Notlar açık/ anlaşılır, dil açısından doğru ve hastaneye yatış için gereken tüm ilgili bilgileri içermektedir.</p> <p>3 puan: Hasta kabul formu /ön değerlendirme formu, yatış tanıları ve yatış ilişkili nedenleri içerir ancak hemşirelik tanısı içermez. Kayıtlı notların çoğu açık/ anlaşılır ve hastayı değerlendirmek için gerekli bilgileri içerir.</p> <p>2 puan: Hasta kabul formu /ön değerlendirme formu, bazı tıbbi sorunları içerir ama tıbbi tanı ya da hemşirelik tanısı içermez. Kayıtlı notların çoğu doğrudur fakat tamamen açık/ anlaşılır ya da dil açısından doğru değildir.</p> <p>1 puan: Hasta kabul formu /ön değerlendirme formu, veya kabul nedeni bulunmamakta ya da notlar açık/ anlaşılır değil ve dil açısından hatalıdır.</p>						
	<b>Hemşirelik tanısı PES (Problem-Etyoloji-Semptom) formatına göre yapılandırılmış mı?</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b>	<p><b>Niteliksel</b></p> <p>4 Puan: Problemi tanımlayan ifadeye (tam etiket) etyoloji/neden (ilişkili faktör) ve belirtir/bulguların anlaşılır ve açık bir şekilde yer almakta; tanı bir girişim olasılığını işaret etmektedir. 3 Puan: Problemi tanımlayan ifadeye (tam etiket) etyoloji/neden ve belirtir/bulguların anlaşılır ve açık bir şekilde yer almakta; fakat (planlanmış) bir girişim bulunmamaktadır. Alternatif olarak, olası ya da net bir şekilde tanımlanmamış bir girişimle ilgili olarak etyoloji/neden veya belirtir/bulgular yer verilmemiştir.</p> <p>2 Puan: Problemi tanımlayan ifade (tam etiket) ve etyoloji/neden ya da belirtir/bulgular, planlanmış bir girişim ya da açıkça tanımlanmamış bir girişimle ilgili olarak verilmemiştir.</p> <p>1 Puan: Problemi tanımlayan ifadeye (tam etiket) yönelik yeterli açıklama olmaksızın kayıt yapılmıştır. Herhangi bir girişime atf bulunmamaktadır.</p> <p><b>Niteliksel</b></p> <p>4 Puan: Hemşirelik tanısı, ilgili kayıttan/formdan edinilen bir veya daha fazla ilişkili veri ile desteklenmektedir. Bu veriler, aynı kayıttaki/formdaki diğer kayıtlarla çelişmemektedir. Tanı ilişkili uyandırılmamaktadır ve dil açısından doğrudur.</p> <p>3 Puan: Hemşirelik tanısı, tanı belirleme ile ilgili bazı sorunları gündeme getirmektedir ancak sorulan bu sorunlar tanıyla ilişkili görünmektedir. Belirlenen hemşirelik tanısı, diğer kayıtlarla çelişmemektedir.</p> <p>2 Puan: Bir hemşirelik tanısı, tanı belirleme ile ilgili bazı sorunları gündeme getirmektedir, ancak tanı belirsizdir ve yazım dili açısından hatalıdır.</p> <p>1 Puan: Bir hemşirelik tanısı, tanı belirleme ile ilgili bazı sorunları gündeme getirmektedir, ancak herhangi bir veri ile desteklenmemekte ya da aynı formdaki/kayıttaki diğer verilerle çelişmektedir veya yazım dili hatalıdır.</p>						

	1	2	3	4
	<b>Doğru hemşirelik girişimleri mevcut mu?</b>			
<b>DORDÜNCÜ BÖLÜM</b>	<p><b>Niceliksel</b></p> <p>4 puan: Hemşirelik uygulamaları ile ilgili her bir girişim bir hemşirelik tanısı ile bağlantılıdır veya bir hemşirelik tanısı ile doğrudan ilişkilendirilebilir. Bu girişimler; tanının mantıksal sonuçlarıdır ve kullanım amacına göre tanımlanmaktadır.</p> <p>3 puan: Hemşirelik uygulamaları ile ilgili girişimleri en az %50'si bir hemşirelik tanısı ile bağlantılıdır veya doğrudan ilişkilendirilebilir. Bu girişimler; tanının mantıksal sonuçlarıdır ve kullanım amacına göre tanımlanmaktadır.</p> <p>2 puan: Hemşirelik girişimleri kaydedilmiştir, ancak girişimlerin %50'sinden daha azı hemşirelik tanısıyla ilişkilidir. Girişimlerin kullanım amacı belirsizdir.</p> <p>1 puan: Hemşirelik uygulamaları ile ilgili herhangi bir girişimden bahsedilmemiştir.</p> <p><b>Niteliksel</b></p> <p>4 puan: Hemşirelik girişimleri açık, yazım dili açısından doğru, kısa ve uygulama için gereken tüm bilgileri içermektedir. Hemşirelik girişiminin gerçekleştirildiği tarih belirtilmiştir.</p> <p>3 puan: Hemşirelik girişimlerinin en az %50'si yukarıdaki açıklamaya (açık, yazım dili açısından doğru, kısa ve uygulama için gereken tüm bilgileri içerir) uygundur. Bazı hemşirelik girişimi ilişkili kayıtlar gereksiz kelimeler/ifadeler içerebilir veya gerekli bilgiler eksik olabilir; bazı kayıtlar yazım dili açısından hatalıdır (ör. eksiik cümleler, yanlış yorumlanabilecek standart olmayan kısıltma kullanımı)</p> <p>2 puan: Hemşirelik girişimlerinin en az %50'si yukarıdaki açıklamaya (açık, yazım dili açısından doğru, kısa ve uygulama için gereken tüm bilgileri içerir) uygun şekilde yazılmıştır. Bazı doğru veriler vardır.</p> <p>1 puan: Genel olarak hemşirelik girişimleri belirsizdir; yazım dili açısından hatalıdır ve gerekli bilgiler eksiktir.</p>			
	<b>Doğru hemşirelik değerlendirmesi var mı?</b>			
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM</b>	<p><b>Niceliksel</b></p> <p>4 puan: Hemşirelik değerlendirmeleri, hemşirelik tanılarıyla ilgili hemşirelik çıktıların /sonuçların raporlamaktadır. Uygulamalar hastanın sağlık durumuna göre tanımlanır, hemşirelik tanısı ve hemşirelik girişimlerinin mantıksal sonuçlarıdır. Hemşirelik değerlendirmeleri tamamen erişilebilir ve günlük olarak güncellenir.</p> <p>3 puan: Hemşirelik değerlendirmelerinin (sonuçlarının/çıktılarının) %50'si hemşirelik tanılarıyla bağlantılıdır. Uygulamalar hastanın sağlık durumuna göre tanımlanır, hemşirelik tanısı ve hemşirelik girişimlerinin mantıksal sonuçlarıdır. Hemşirelik değerlendirmeleri günlük olarak güncellenmektedir (Haftada bir günü eksiktir)</p> <p>2 puan: Hemşirelik değerlendirmeleri (sonuçları/çıktıları) eksiktir. Hemşirelik değerlendirmelerinin %50'sinden azında hastanın durumuna göre sonuçlar/çıktılar tanımlanmıştır. Hemşirelik tanısı ve hemşirelik girişimleri arasında mantıksal bir ilişki bulunmamaktadır; Hemşirelik değerlendirmelerinde haftanın birkaç günü için güncellemeler eksiktir.</p> <p>1 puan: Hemşirelik değerlendirmeleri (sonuçları/çıktıları) mevcut değil. Hemşirelik çıktıları/ sonuçlarından bahsedilmemektedir.</p> <p><b>Niteliksel</b></p> <p>4 puan: Hemşirelik değerlendirmeleri (sonuçları/çıktıları) açık, yazım dili açısından doğru, kısa ve hastanın sağlık durumunu anlamak için gerekli tüm bilgileri içermektedir. Değerlendirme tarihi belirtilmiştir.</p> <p>3 puan: Hemşirelik değerlendirmelerinin (sonuçlarının/çıktılarının) en az %50'si yukarıdaki açıklamaya (açık, yazım dili açısından doğru, kısa ve hastanın sağlık durumunu anlamak için gerekli tüm bilgileri içermektedir) uygundur. Bazı kayıtlar gereksiz ifadeler içerebilir ya da gerekli bilgiler eksik olabilir; bazı kayıtlar yazım dili açısından hatalıdır (ör. eksiik cümleler, yanlış yorumlanabilecek standart dışı kısıltmaların kullanılması).</p> <p>2 puan: Hemşirelik değerlendirmelerinin (sonuçlarının/çıktılarının) %50'sinden azı yukarıda tanımlandığı (açık, yazım dili açısından doğru, kısa ve hastanın sağlık durumunu anlamak için gerekli tüm bilgileri içermektedir) şekilde yazılmıştır; bazı doğru notlar vardır.</p> <p>1 puan: Hemşirelik değerlendirmeleri (sonuçları/çıktıları) genel olarak belirsizdir; yazım dili açısından hatalıdır ve gerekli bilgiler eksiktir.</p>			
<b>ALTINCI BÖLÜM</b>	<b>Hemşirelik bakım planı kaydı okunaklı mı?</b>			
	<p>4 puan: Hemşirelik bakım planı metni okunaklı bir şekilde elle yazılmıştır veya bilgisayara girilmiştir.</p> <p>3 puan: El yazısı, okuyucuyu hemşirelik bakım planı metni tekrar okumaya zorlamaktadır ama metnin bazı kısımları okunaklıdır.</p> <p>2 puan: Hemşirelik bakım planı metni özensiz bir şekilde yazılmıştır ve genel olarak zar zor okunabilmektedir.</p> <p>1 puan: Hemşirelik bakım planının metninin büyük bölümü okunaklı değildir ve okuyucunun, metnin ne ifade ettiğini veya ne anlama geldiğini tahmin etmesi gerekmektedir.</p>			



**EK 5. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Hemşirelik Bakım Planı  
Kullanımına İlişkin Görüşleri**

Yaşınız	:	
Meslekteki Çalışma yılınız	:	
Mevcut kliniğinizde çalışma yılınız	:	
Çalışma Şekliniz?		
a) Sürekli Gündüz Vardiyası		
b) Sürekli Gece Vardiyası		
c) Karışık Vardiya		
Daha önce başka kurumda çalıştınız mı?		
a) Evet      b) Hayır		
Çalıştığınız klinikteki hasta yatağı sayısı?	:	
Çalıştığınız klinikteki günlük ortalama hasta sayısı?	:	
Çalıştığınız klinikteki hemşire başına düşen hasta sayısı?	:	
Öğrenim Durumunuz?		
a) Sağlık Meslek Lisesi		
b) Önlisans		
c) Lisans		
d) Hemşirelikte Lisansüstü		
e) Hemşirelik dışı bir alanda Lisansüstü		
d) Diğer.....		
1) Hemşirelik uygulamalarında hemşirelik bakım planı kullanılmalı mı?		
a) Evet      b) Hayır		
2) Birinci soruya cevabınız EVET ise düşüncelerinizi paylaşır mısınız?		
3) Birinci soruya cevabınız HAYIR ise düşüncelerinizi paylaşır mısınız?		
4) Hastanenizde hemşirelik uygulamalarına ilişkin hemşirelik bakım planı kullanıyor musunuz?		
a) Evet      b) Hayır		
5) Hastanenizde kullanılan hemşirelik bakım planlarının etkin olduğunu düşünüyor musunuz?		
a) Evet		
b) Hayır.....Açıklayınız.....		



## EK 6. Standart Vaka Analizi

STANDART VAKA ANALİZİ			
BİYOGRAFİK VERİLER			
Adı Soyadı:	İ.D.	Cinsiyet:	Erkek
Yaş:	57	Eğitim Durumu:	İlkokul
Medeni Durum:	Evlü	Dili:	Türkçe
Mesleği:	Ofis Elemanı	Çalışma Durumu:	Emekli
Aylık Geliri:	18000	Birlikte yaşadığı kişiler:	Eşi ve kızı
KLİNİĞE KABUL VERİLERİ			
Protokol Numarası	.....	Kliniğe yatış tarihi	
Bölüm	Gastroenteroloji	Oda numarası	203
Sosyal güvenlik durumu	SSK	Bileklik rengi	Beyaz
Tıbbi tam	NASH'a bağlı Kronik Karaciğer	İletişim kurulacak kişi/Tel:	Eşi.....
Adres bilgileri: Ankara			
Kliniğe kabul yeri	Poliklinik	Kliniğe kabul şekli	Ayaktan
Kan grubu:	A Rh (+)	Allerji durumu	Bilinen yok
Kan transfüzyonu öyküsü	Evet		
Reaksiyon gelişme durumu	Hayır		
Kısıtlama Durumu	Hastanın kendine ve çevresine zarar verme ihtimali var mı? Hayır		
GEÇMİŞ SAĞLIK ÖYKÜSÜ			
Daha önce hastaneye durumu:	Evet	Kronik hastalık	Hipotroidi
Bulaşıcı Hastalık Durumu	Hep B: Negatif	HCV: Negatif	HIV: Negatif
Sigara kullanma durumu Evet: X Hayır:	Başlama: 20 yıl önce/1 paket Evet: Hayır :X (şu an Kullanmıyor)	Alkol Kullanma Durumu Evet: Hayır: X	Başlama: Bırakma: Miktar:
Sürekli Kullandığı İlaç	Doz /Kullanım Saati:	Kullanım Yolu	Başlama Tarihi
Lasix 40 mg	1x1	Oral	12 yıl
Aldactane 100 mg	1x1	Oral	12 yıl
Levatrion 50 mg	1x1	Oral	12 yıl
Pantpas 40 mg	1x1	Oral	20 yıl
Duphalac şurup	LH	Oral	12 yıl
Soygeçmiş: Anne: Siroz tablosu ex. Baba: MI ex, 6 kardeş biri MI ex			
Öykü: Hasta 2010 yılında özafagus varis kanaması nedeniyle Ankara Hastanesi yoğun bakıma kaldırılmış ve yaklaşık 1,5 aylık bir tedaviden sonra taburcu olmuştur. Kendisine Siroz tablosu başlangıcı demişler ve hasta takiplerine Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde devam etmiş. Hasta 2013 yılında nakil sırasına yazılmış. 2023 yılından beri özellikle asit şikâyeti artmış olup, aralıklı parasentez yaptırmak için hem acile hem de polikliniğe başvuruyormuş. Hasta Ekim ayında kanama geçirmesi nedeniyle tekrar Ankara Şehir Hastanesinin aciline başvurmuş ve Gastroenteroloji Servisine yatışı verilmiş yaklaşık 25 gün tedavi gördükten sonra taburcu olmuştur. <b>Yatış Öyküsü:</b> Polikliniğe takiplerine devam eden hastanın asit seviyesinin artması ve de hepatorenal sendroma doğru ilerlemesi nedeniyle hastanın servise yatışı verilmiştir.			
SİSTEMLER VE SORUNLAR			
Temizlik alışkanlıkları ve Genel görünüm	Hasta banyoyu en son 3 gün önce yardımla yaptığını ifade etmiştir. Cilt sarı, solgun, kuru ve turgor azalmıştır. Saçlar azalmış ve yağlı görünümündedir. Diş etlerinde çekilme mevcut ve hastalık tanısı aldığından beri beş dişini kaybetmiştir. Cildinin kurduğunu aralıklı olarak da kaşıntılarının olduğunu belirtiyor.		
Sinir sistemi ve Bilinç durumu	Bilinci açık, kişi-yer-zaman oryantasyonu var. Refleksleri normal. Glasgow koma skala puanı :15 Görünümünden ve birçok işi yakınları ile yaptığından dolayı sinirli ve mutsuz olduğunu ifade ediyor. Yakınlarının da artık çok yorulduğunu ve yardımcı olmada isteksiz olduklarını ifade ediyor. Hasta karındaki asit seviyesi ve kaslarındaki zayıflama nedeniyle sürekli olarak ben böyle değilim 2 ayda bu hale geldim ifadesini kullanıyor Hayatı ile ilgili yapmak istediği birçok şeyi yapamadığını söyleyerek ağlamıştır.		

<b>Uyku ve günlük aktivite</b>	Hasta geceleri sürekli uyandığını, uykuya dalmada güçlük çektiğini bu nedenle gündüz uyuma ihtiyacı hissettiğini belirtmiştir. Günlük aktivitelerini gerçekleştirmede zorluk çekiyor sürekli olarak yatmak istediğini ifade etmiştir. Hasta hastalık tanısını aldıktan sonra, günlük işlerini yaparken zorlandığını, çabuk yorulduğunu, kendisini sürekli yorgun ve halsiz hissettiğini belirtmiştir. Özellikle karında asit artmaya başladığından beri karında ve belinde ağrısının olduğu ve sürekli olarak devam ettiğini söylemiştir. Ayrıca nakil olmazsa bu durumunun daha da kötüleşeceğinden korktuğunu ifade etmiştir.				
<b>Solunum Sistemi</b>	Diyafragma asite bağlı yukarda, Oksijen desteği almıyor. Ancak soluk alıp vermede zorlanıyor. Efora bağlı dispne mevcut. Hırıltılı solunum (+), saturasyon oksijensiz 95				
<b>Dolaşım Sistemi</b>	EKG: Normal sinus ritmi. Apikal nabız: 98/dk (periferik nabızlar ile uyumlu, ritmik). Kapiller doluş hızı: 1-2 /sn. Ayaklarda (+3) ödem, Özafagus varisi, portal ven ve splenik ven de minimal trombüs izlenmiştir.				
<b>Beslenme</b>	R3 kronik karaciğer ile uyumlu diyet alıyor. Su ve tuz kısıtlaması mevcut (Aldığı 1000 cc ile kısıtlı) Bulanti, ağızda kötü tat, iştah azalması nedeniyle yeterli, beslenemiyor. Bu nedenle zaman zaman zaman hipoglisemileri olduğunu belirtmiştir. Yemek yedikten sonra karın daha fazla şiştiğini hazımsızlık yaşadığını belirtmiştir.				
<b>Boşaltım</b>	Her gün az da olsa gaita çıkımı var. Çıkımı olmadığı zamanlarda duphalac alıyor. Bağırsak seslerinde azalma mevcut (10/dk) Hemoroid +				
<b>Üriner Sistem</b>	Testislerde ödem (+++), idrar çıkışında azalma (günlük Açıt: Aldığı 1350 çıkardığı: 400 Denge 950) (foley sonda hasta istemediği için takılmadı)				
<b>Kas İskelet Durumu</b>	Hasta günlük aktivitelerini enerji durumuna göre yarı bağımlı şekilde gerçekleştiriyor. Kaslarının zayıfladığı ve eskisi kadar gücünün olmadığını ifade ediyor. Hastanın postürü karında asit nedeniyle bozulmuş.				
<b>Braden Skala Puanı</b>	Bası yarası yok. Puan: 18				
<b>BKİ ve NRS puanı</b>	BKİ: 26,6 NRS puanı:2				
<b>Düşme Riski</b>	İtaki puanı 13 (Yüksek Risk)				
<b>Kan Sonuçları</b>					
<b>Hgb</b>	E:13,5-15,5 gr/dl	6,8	<b>AST</b>	0-35 U/L	24
<b>Hct</b>	E: %41-53	24,8	<b>ALT</b>	0-45 U/L	23
<b>INR</b>	0,8-1,2	1,5	<b>GGT</b>	8-61 U/L	59
<b>Albümin</b>	3,5-5,2 gr/dl	3	<b>Üre</b>	5-25 mg/dl	128
<b>Total bilirubin</b>	0,3 – 1,2 mg/dL	0,2	<b>Kreatin</b>	0,5-1,3 mg/dl	2,5
<b>Direkt bilirubin</b>	0,0 – 0,2 mg/dL	0,1	<b>Sodyum</b>	136-146 mol/L	137
<b>Trombosit</b>	130-400	85	<b>Potasyum</b>	3,5-5,1 mmol/L	4,4
<b>WBC</b>	4,8-10,8	6,8	<b>Sedimentasyon</b>	0-20 mm/saat	16
<b>Glukoz</b>	76-106 mg/dl	144	<b>CRP</b>	≤ 5 mg/dl	31
<b>Hastanın Tedavi ve Takip</b>					
<b>Hastanın orderı</b>	Antiasidoz 500 mg 2x2 Desefin flakon 2x1 gr Levatrin 50 mcq 1x1 Albumin %20 1x1 Protonex 1x1 Benexol tablet 1x1 Clexane 0,4 1x1				
<b>Hastanın ilk beş günlük takibi</b>	Yatışının 1.günü 1 ünite Eritrosit Süspansiyonu gönderildi. Hastaya kreatin yükselişi ve hepatorenal sendrom nedeniyle nefroloji konsültasyonu istendi. Hastanın beslenmesini desteklemek amaçlı hem diyetisyen hem de nutrisyon konsültasyonu istendi. Hastaya düzensiz ilaç kullanımından hastanın levatrin ilaç dozunun ayarlanması için endokrin konsültasyonu istendi.				

**EK 7. Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde  
Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen  
Hemşirelik Bakım Planına İlişkin Soru Formu**

Aşağıdaki sorularında paylaşmak istediğiniz ayrıntılı düşünceleriniz var ise lütfen paylaşır mısınız?

- 1) Standart hemşirelik bakım planı ile çalışmanın daha kolay olduğunu düşünüyorum.
  - a. Evet.....
  - b. Hayır.....
  - c. Kararsızım.....
- 2) Standart Hemşirelik bakım planı hastaya ilişkin gözlemlerin kayıtlarını daha hızlı yapmamı sağladığını düşünüyorum.
  - a. Evet.....
  - b. Hayır.....
  - c. Kararsızım.....
- 3) Standart hemşirelik bakım planı kullanıldığında hastanın durumu hakkında bilgi almamın daha kolay olduğunu düşünüyorum.
  - a. Evet.....
  - b. Hayır.....
  - c. Kararsızım.....
- 4) Standart hemşirelik bakım planının bilgi içeriği, hemşirelik süreci yaklaşımı hakkında hatırlayamadığım bilgileri hatırlamamı sağladığını düşünüyorum
  - a. Evet.....
  - b. Hayır.....
  - c. Kararsızım.....
- 5) Standart hemşirelik bakım planının servise yeni başlayan bir hemşirenin kronik karaciğer hastalığına sahip bir bireyin bakımını rahatlıkla yönetmesine yardımcı olacağını düşünüyorum.
  - a. Evet.....
  - b. Hayır.....
  - c. Kararsızım.....
- 6) Standart hemşirelik bakım planı sayesinde hastaların daha iyi ve güvenli bakım aldıklarını düşünüyorum.
  - a. Evet.....
  - b. Hayır.....
  - c. Kararsızım.....
- 7) Standart hemşirelik bakım planını kullanmanın kanıta dayalı uygulamaları desteklediğini düşünüyorum.
  - a) Evet .....
  - b) Hayır.....
  - c) Kararsızım.....
- 8) Standart bir hemşirelik bakım planı kullanmanın bireye özgü bakım sunmayı azaltacağını düşünüyorum.
  - a) Evet.....
  - b) Hayır.....
  - c) Kararsızım.....
- 9) Standart bakım planını kullanırken çalıştığım alanda kendimi uzman hissettiğimi düşünüyorum.
  - a) Evet.....
  - b) Hayır.....
  - c) Kararsızım.....
- 10) Standart bakım planının aynı hastalığa sahip bireylerin aynı kalitede bakım aldığını düşünüyorum.
  - a) Evet.....
  - b) Hayır.....
  - c) Kararsızım.....

**EK 8. Birinci Aşama Gereksinimlerin Etik Kurul İzni**

**T.C.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1084

Konu :

## ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

**Toplantı Tarihi** : 26 TEMMUZ 2017 ÇARŞAMBA  
**Toplantı No** : 2017/18  
**Proje No** : GO 17/417 (Değerlendirme Tarihi: 02.05.2017)  
**Karar No** : GO 17/417- 17

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ' ın sorumlu araştırmacı olduğu, Gülfiğar GÜLKAYA' nın doktora tezi olan, GO 17/417 kayıt numaralı, *“Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi”* başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurten AKARSU	(Başkan)	10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)
İZİNLİ			
2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ	(Üye)
İZİNLİ		İZİNLİ	
3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA	(Üye)	12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN	(Üye)
4. Prof. Dr. Necdet SALTAN	(Üye)	13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
İZİNLİ			
5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU	(Üye)	14. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL	(Üye)	15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖZ	(Üye)
7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	İZİNLİ	
		16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR	(Üye)
8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN	(Üye)	İZİNLİ	
		17. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	(Üye)
9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	18. Av. Meltem ONURLU	(Üye)

**EK 9. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Araştırmanın Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmasına Dair İzin Yazısı**



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 75252626-604.01.02  
Konu : Gülfiğar GÜLKAYA-Araştırma İzni

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
(Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına)

İlgi : 23/08/2017 tarihli ve 70629056-571 sayılı yazımız.

Fakülteniz Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı öğretim üyelerinden Yard. Doç.Dr. Fatoş KORKMAZ' ın sorumlu araştırmacısı olduğu doktora öğrencisi Gülfiğar GÜLKAYA tarafından yapılması planlanan "Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı İle Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Teknolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasının Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmasına ilişkin Hastane Yöneticiliği görüş yazısı ekte gönderilmiştir.

Tez çalışmasının onay yazısıyla birlikte Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Ar ve İnce Biyimine başvurarak başlatılması, ilgili sağlık tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılması, çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi, çalışma sonunda sonuç raporunun Müdürlüğümüze gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Ali EDİZER  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

**EK: 1 Sayfa**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 29620911-929  
Konu : Gülfiğar GÜLKAYA – Araştırma İzni

**TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU**  
**Ankara 1.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**

**İlgi:** 18/09/2017 tarihli ve 51700877-604.01.02-E.14452 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi doktora öğrencisi Gülfiğar GÜLKAYA'nın "Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Teknolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması kapsamında hastanemizde anket yapma talebi hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 29/09/2017 tarih ve 25 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Prof.Dr.Mustafa PAÇ  
Hastane Yöneticisi  
TUEK Başkanı



**EK 10. Birinci Aşama Kronik Karaciğer Hastalarının Gereksinimlerin  
Belirlenmesi Hasta Onamı**

***Sayın Katılımcı***

Araştırmanın ismi “**Kronik Karaciğer hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi**”. Bu çalışma Kronik Karaciğer Hastalarının bakımına yönelik olarak araştırmacılar tarafından geliştirilecek olan uluslararası terminolojiye dayalı standart bakım planı oluşturulmasına hazırlık oluşturmak üzere hastalarımızın bu hastalık sürecinde neler yaşadıklarını öğrenmek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda sizin bizimle paylaştığınız bilgiler, hastalıkla ilgili literatürde yer alan diğer bilgilerle birleştirilecek ve kronik karaciğer hastalığı olan sizlere daha etkin bakım sunulabilmesi için standart bakım planının oluşturulmasında kullanılacaktır. Bu nedenle sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum. Ancak hemen söylemeliyim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Fatoş Korkmaz ve doktora öğrencisi Gülfiğar Gülkaya tarafından gerçekleştirilecek olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından sizinle görüşme yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Şunu bilmeniz gerekir ki çalışma sonunda elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikteki çalışmada kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde tedaviniz ya da bakım süreciniz ile ilgili bir problem ile karşılaşmayacaksınız.

Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, iş birliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

	<b>Sorumlu Araştırmacı</b>	<b>Yardımcı Araştırmacı</b>
<b>Adı- Soyadı</b>	Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz	Gülfiğar Gülkaya
<b>Adres</b>	H.Ü. Hemşirelik Fakültesi	Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
<b>Tel</b>		

***Katılımcının Beyanı***

“Kronik Karaciğer hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi” adlı bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Fatoş Korkmaz ve doktora öğrencisi Gülfiğar Gülkaya tarafından yapılmaktadır.

Bu çalışma da paylaştığım bilgiler; Kronik Karaciğer Hastalığı olan bireyin bakımında **Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı hemşirelik bakım planı** geliştirmek üzere yaşadığım deneyimlerin araştırmacılara yön verecektir. Bu kapsamda deneyimlerimi araştırmacı ile karşılıklı görüşme yöntemi ile paylaşacağım. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin saklanacağı ve kimseyle paylaşılmayacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumda tedavimle ilgili bir problem gelişmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu kâğıdın bir kopyası bana da verilecektir. Bu görüşme sonunda çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılımdan son derece memnun olduğumu bildiririm.

<b>Hasta</b>	<b>Görüşme tanığı</b>	<b>Hasta ile Görüşen Araştırmacı</b>
Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı:	Adı, Soyadı:
Adres:	Adres:	Adres:
Tel:	Tel:	Tel:
İmza:	İmza:	İmza:

**EK 11. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik  
Kurul İzin Yazısı**



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**KURUL KARARI**

<u>OTURUM TARİHİ</u>	<u>OTURUM SAYISI</u>	<u>KARAR SAYISI</u>
07.03.2023	2023/04	2023/04-18
Araştırma Numarası : GO 22/993		Değerlendirme Tarihi : 18.10.2022

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Hem. Gülfiğar GÜLKAYA'nın doktora tezi olan, GO 22/993 kayıt numaralı "*Kronik Karaciğer Hastalığı Tamsı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi*" başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 08 Mart 2023 – 08 Ağustos 2024 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

**İZİNLİ**

Prof. Dr. Nüket  
PAKSOY ERBAYDAR  
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Güzide Burça  
AYDIN  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Mehmet Özgür  
UYANIK  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Ayşe KİN  
İŞLER  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Sibel  
PEHLİVAN  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Burcu Balam  
DOĞU  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Tolga  
YILDIRIM  
Kurul Üyesi

Prof. Dr. Hande GÜNEY  
DENİZ  
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Betül ÇELEBİ  
SALTIK  
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Merve BATUK  
Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gülten IŞIK  
KOÇ  
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Müge  
DEMİR  
Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Burcu  
Ersöz ALAN  
Kurul Üyesi

Av. Buket ÇINAR  
Kurul Üyesi

## EK 12. D-Catch Kalite Değerlendirme Aracı için İzin Yazısı

about D-cath Instrument Gelen Kutusu

**gulfigar gulkeya**  
Alıcı: w.paans

14 Şub 2020 Cum 22:30

Dear Mr Paans,

I hope this mail finds you well.

I am a PhD student at Hacettepe University Department of Nursing Fundamentals. In my doctoral thesis, I developed a standardized nursing care plan based on International nursing terminology for Chronic Liver Patients.

I would like to use the D-cath instrument you developed with Mr. Walter Sermeous, Mr. Roos M.B Nieweg and Mr. Cees P. Van der Schans to test the quality of the standardized nursing care plan I have developed by translating in Turkish and use it if you have permission to work.

I would be very happy if you could help me with this.

Yours Sincerely

Gülfigar Gülkeya

---

**Paans W. Wolter**  
Alıcı: ben

26 Şub 2020 Çar 01:56

Dear Gülfigar,


Thank you for your mail. I hereby give you full permission to use the D-Catch. Please, let me know if I can be of any help or if you have questions.

Kind regards,

Wolter.

**Dr. Walter Paans**  
Lecturer (Postgraduate) Diagnostics (PhD) Research Group Nursing Diagnostics  
School of Health Care University of Applied Sciences, Dordrecht  
Clinical Researcher University Medical Center Dordrecht / Intensive Care Unit  
43200D Dordrecht  
Phone: +31 (0) 78 62 50000-1 (Wolterpaans, Paans.W@hsc.zorg.nl) (09:00-17:00)  
E-mail: w.p.aans@hsc.zorg.nl / w.p.aans@hsc.zorg.nl  
www.hsc.zorg.nl / www.hsc.zorg.nl

**Share your talent. Inspire the world.**



**EK 13.** Araştırmanın İkinci Aşaması Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığının Değerlendirilmesinde Hemşire Onamı

#### **ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

##### ***Sayın Katılımcı***

Araştırmanın ismi ‘**Kronik Karaciğer hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi**’. Bu çalışma Kronik Karaciğer Hastalarının bakımına yönelik olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan standart bakım planının kullanılabilirliğini belirlemek üzere planlanmıştır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum. Ancak hemen söylemeliyim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada; Sizden Kronik Karaciğer Hastalarının bakımına yönelik olarak geliştirilmiş olan standart bakım planını; çalıştığınız klinikte bu tanı ile yatışı yapılan hastaların bakım süreçlerinde kullanmanız beklenmektedir. Bu nedenle araştırmacılar öncelikle size **Kronik Karaciğer hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının** nasıl kullanılacağını ile ilgili dört saatlik bir eğitim verecektir. Eğitim sonrasında bu bakım planı ile hastalarınıza bakım vermenizi isteyecektir. Ayrıca standart bakım planı ile çalıştıktan sonra görüşlerinizi bizimle hazırlamış olduğumuz veri toplama formları aracılığı ile paylaşmanız istenecektir. Hastalardan toplanan verilere göre; geliştirdiğimiz bakım planını yapmak, yaklaşık olarak sizin 5 ile 15 dakika arasında zamanınızı alması öngörülmektedir. Özellikle belirtmeliyim ki bu bakım planı ile çalışırken hastanenizde kullanılan bakım planını da yapmanız gerekecektir. Bu bağlamda sizden iki kez hemşirelik bakım planı yapmanızı istemekteyiz.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz sizinle araştırmacı tarafından çalışmada kullanılacak formlar paylaşılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Şunu bilmeniz gerekir ki çalışma sonunda elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikteki çalışmada kullanılacaktır.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Fatoş Korkmaz ve doktora öğrencisi Uzm. Hem. Gülfigar Gülkaya tarafından gerçekleştirilecek olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde herhangi bir problem gelişmeyecektir. Çalışma süresince tüm soru ve sorunlarımızla ilgili (cep) numaralı telefonda, Gülfigar Gülkaya’ya 24 saat boyunca ulaşabilirsiniz. **Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, iş birliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.**

### ***Katılımcının Beyanı***

“**Kronik Karaciğer hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi**” adlı bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Fatoş Korkmaz ve doktora öğrencisi Gülfigar Gülkaya tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın; Kronik Karaciğer Hastalığı olan bireyin bakımında kullanılmak üzere geliştirilmiş olan bakım planının kullanılabilirliğini belirlemek üzere planlandığı bu çalışmada öncelikle, **Kronik Karaciğer hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planı ile ilgili dört saatlik bir eğitim almam gerekli olduğu belirtildi.** Kronik Karaciğer hastalığı olan bakım verdiğim hastalarda; hasta bakımını bu plan dahilinde yürütmem ve sonrasında hazırlanan bu standart planın kullanımına ilişkin görüşlerimi tarafıma verilen formlar aracılığı ile paylaşabileceğim konusunda bilgi verildi. Aynı zamanda da hastanemizde kullandığımız bakım planını da hastane bilgi sistemi üzerinden yapmam gerektiği belirtildi. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin saklanacağı ve kimseyle paylaşılmayacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim)*

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumda herhangi bir problem gelişmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu kâğıdın bir kopyası bana da verilecektir. Bu görüşme sonunda çalışmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılımdan son derece memnun olduğumu bildiririm.

### **Katılımcı**

### **Araştırmacı**

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adres:

Adres:

Tel:

Tel:

İmza

İmza


### **Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel

**EK 14.** Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İzin Araştırmanın Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde Yapılmasına Dair İzin Yazısı

<p>Tarih: 08/05/2023 11:52 Sayı: E-799-00002834289</p>  <p>00002834289</p>	<p>T.C. ANKARA VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü</p>
<p>Sayı : E-90739940-799-214964608 Konu : Gülfiğar GÜLKAYA (Tez Çalışması)</p>	
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE</p>	
<p>İlgi : a) 30.03.2023 tarihli ve 00002774902 sayılı yazınız. b) 03.05.2023 tarihli ve E-72300690-799-214652810 sayılı yazınız.</p>	
<p>İlgide kayıtlı yazı ile Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Fatoş KORKMAZ'ın danışmanlığında, Gülfiğar GÜLKAYA'nın "Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı İle Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi" konulu doktora tez çalışmasının uygulamasının 08 Nisan 2023 - 08 Ağustos 2024 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde yapılmasına yönelik gerekli izin talebi yazısı ilgili hastaneye gönderilmiştir.</p> <p>Söz konusu çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi ve bir örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla, ilgili kurumda yapılması hususunda ilgili Hastane Yöneticiliği'nin cevabi yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.</p> <p>Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p>	
	<p>Dr. Fatih TEKİN İl Sağlık Müdürü a. Sağlık Hizm. Başkan Yrd.</p>
<p>Ek: Yazı (1 sayfa)</p>	



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-72300690-799-214652810  
Konu : Gülfigar GÜLKAYA (Tez Çalışması) Hk.

03.05.2023

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(Ankara Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi : 04.04.2023 tarihli ve E-90739940-799-212799614 sayılı yazımız.

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Fatoş KORKMAZ'ın danışmanlığında, Gülfigar GÜLKAYA'nın "Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı İle Hastaneye Yatırlan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi" konulu doktora tez çalışmasının uygulamasının 08 Nisan 2023 - 08 Ağustos 2024 tarihleri arasında Hastanemizde yapılmasına yönelik gerekli izin talebi, Eğitim Planlama Kurulumuzun 27.04.2023 tarih ve 8 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SUREL  
Koordinatör Başhekim



**EK 15.** Araştırmanın İkinci Aşaması Kronik Karaciğer hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Kullanışlılığının Değerlendirilmesinde Hemşire Onamı

***Sayın Katılımcı***

Araştırmanın ismi “**Kronik Karaciğer hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planının Geçerliliği ve Kullanışlılığının Değerlendirilmesi**”. Bu çalışma Kronik Karaciğer Hastalarının bakımına yönelik olarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan Uluslararası terminolojiye yönelik standart bakım planı, sizin hastanede yatarak tedavi gördüğünüz sırada size bakım ve tedavi hizmeti sunan hemşireler tarafından kullanılacaktır. Ancak hemen söylemeliyim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Kullanılacak olan bakım planı ile sizin hastalığınızın belirti, bulguları ve semptomlarınıza göre hemşirelik tanıları belirlenecektir. Bu bağlamda sizin kan değerlerinizden de yararlanılacaktır. Şunu bilmeniz gerekir ki çalışma sonunda elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikteki çalışmada kullanılacaktır.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi Dr. Fatoş Korkmaz ve doktora öğrencisi Gülfigar Gülkaya tarafından gerçekleştirilecek olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından sizinle görüşme yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde tedaviniz ya da bakım süreciniz ile ilgili bir problem ile karşılaşmayacaksınız.

Çalışma süresince tüm soru ve sorunlarınızla ilgili (iş) ve (cep) numaralı telefonda, Gülfigar Gülkaya’ya 24 saat boyunca ulaşabilirsiniz.

Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, iş birliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

**EK TABLOLAR****Ek Tablo 1: Ön Test/Son Test Bilgilendirme Zaman Planı**

	<b>Birinci Bilgilendirme 12:00-13:00</b>	<b>Birinci Bilgilendirme 15:00-16:00</b>	<b>İkinci Bilgilendirme 13:00-14:00</b>	<b>İkinci Bilgilendirme 16:00-17:00</b>
<b>2 Ekim 2023</b>	H1	H3		
<b>3 Ekim 2023</b>	H4	H2		H1
<b>4 Ekim 2023</b>	H6	H7	H3	H2
<b>5 Ekim 2023</b>	H8	H10	H4	H6
<b>6 Ekim 2023</b>	H9		H8	H7
<b>7 Ekim 2023</b>	<b>H17 (11:00-12:00) H11 (12:00-13:00), H13(15:00-16:00)</b>		<b>H9 (13:00-14:00) H10(14:00-15:00)</b>	
<b>8 Ekim 2023</b>				
<b>9 Ekim 2023</b>	H5		H13	H11
<b>10 Ekim 2023</b>	H12	H14	H5	H17
<b>11 Ekim 2023</b>	H15	H18		H12
<b>12 Ekim 2023</b>			H14	H18
<b>13 Ekim 2023</b>	H16		H15	H16



**Ek Tablo 2. (Devam) Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kapsam**

**Geçerlilik İndeksi**

TANI	Tanıya ilişkin değerlendirme kriterleri	1.Uzman				2.Uzman				3.Uzman				4.Uzman				5.Uzman				6.Uzman				%				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
Diyare	Veriler				√				√				√				√				√				√				√	%100
	Hemşirelik Sonuçları				√				√				√				√				√				√				√	%83
	Hemşirelik Girişimleri				√				√				√				√				√				√				√	%100
	Değerlendirme				√				√				√				√				√				√				√	%100
	Hasta ve ailesi Eğitimi				√				√				√				√				√				√				√	%100
Uyku yoksunluğu	Veriler				√				√				√				√				√				√				√	%97
	Hemşirelik Sonuçları				√				√				√				√				√				√				√	%100
	Hemşirelik Girişimleri				√				√				√				√				√				√				√	%83
	Değerlendirme				√				√				√				√				√				√				√	%100
	Hasta ve ailesi Eğitimi				√				√				√				√				√				√				√	%100
Aktivite intoleransı	Veriler				√				√				√				√				√				√				√	%97
	Hemşirelik Sonuçları				√				√				√				√				√				√				√	%100
	Hemşirelik Girişimleri				√				√				√				√				√				√				√	%83
	Değerlendirme				√				√				√				√				√				√				√	%100
	Hasta ve ailesi Eğitimi				√				√				√				√				√				√				√	%100
Etkisiz solunum	Veriler				√				√				√				√				√				√				√	%97
	Hemşirelik Sonuçları				√				√				√				√				√				√				√	%100
	Hemşirelik Girişimleri				√				√				√				√				√				√				√	%83
	Değerlendirme				√				√				√				√				√				√				√	%100
	Hasta ve ailesi Eğitimi				√				√				√				√				√				√				√	%100



**Tablo 2: (Devam) Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kapsam Geçerliliği İndeksi**

TANI	Tanıya ilişkin değerlendirme kriterleri	1. Uzman				2. Uzman				3. Uzman				4. Uzman				5. Uzman				6. Uzman				%
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Bulantı	Veriler				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Sonuçları				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%83
	Hemşirelik Girişimleri		✓						✓				✓				✓				✓				✓	%83
	Değerlendirme				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hasta ve ailesi Eğitimi				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
Konstipasyon riski	İş birliği gerektiren uyg.				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Şekilsel uyumluluk				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Veriler				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%95
	Hemşirelik Sonuçları				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Girişimleri				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
Akut konfüzyon riski	Değerlendirme				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hasta ve ailesi Eğitimi				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	İş birliği gerektiren uyg.				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Şekilsel uyumluluk				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Veriler				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
Kanama riski	Hemşirelik Sonuçları				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Girişimleri				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Değerlendirme				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hasta ve ailesi Eğitimi				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	İş birliği gerektiren uyg.				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
Kanama riski	Şekilsel uyumluluk				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Veriler				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Sonuçları				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Girişimleri				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Değerlendirme				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
Kanama riski	Hasta ve ailesi Eğitimi				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	İş birliği gerektiren uyg.				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Şekilsel uyumluluk				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Veriler				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Sonuçları				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100

**Tablo 2: (Devam) Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Planının Kapsam Geçerlilik İndeksi**

TANI	Taniya ilişkin değerlendirme kriterleri	1.Uzman				2.Uzman				3.Uzman				4.Uzman				5.Uzman				6.Uzman				%				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
Enfeksiyon riski	Veriler				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Sonuçları		✓						✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Girişimleri				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Değerlendirme				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hasta ve ailesi Eğitimi				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
Deri bütünlüğünde bozulma riski	İş birliği gerektiren uyg.				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Şekilsel uygunluk				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Veriler				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Sonuçları		✓						✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Girişimleri				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
Düşme riski	Değerlendirme				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hasta ve ailesi Eğitimi				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	İş birliği gerektiren uyg.				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Şekilsel uygunluk				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Veriler				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
Oral mukoz bozulma riski	Hemşirelik Sonuçları		✓						✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Girişimleri				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Değerlendirme				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hasta ve ailesi Eğitimi				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	İş birliği gerektiren uyg.				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
Oral mukoz bozulma riski	Şekilsel uygunluk				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Veriler				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Sonuçları		✓						✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Hemşirelik Girişimleri				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100
	Değerlendirme				✓				✓				✓				✓				✓				✓				✓	%100





**Tablo 3.** Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planını Uygulanan Hastaların Belirleyici Özellikleri

	Yatış süresi	Tanı	Yatış nedeni	Yaş	Yatış kilo	İaiki Puanı	BKI	Parasetez Torasetez	Taburculuk kilo
1.Hasta	10 gün	Hep B'ye bağlı Krc S	Bant ligasyonu yapılması amaçlı	60	90	19	33	Yapılmadı	86
2.Hasta	6 gün	NASH'a bağlı Krc S	Genel kontrol amaçlı yatışı	63	97,6	13	37,6	Yapılmadı	92,2
3.Hasta	30 gün	NASH'a bağlı Krc S	Tekrarlayan burun kanamaları, Karında asit, Testislerde ödem, Solunum sıkıntısı	75	93,6	15	31,9	1 kez 3000cc albümin eşliğinde parasetez	85
4.Hasta	6 gün	NASH'a bağlı Krc-S	Hepatorenal sendrom Minimal HES Varis kanaması	58	*	23		Yapılmadı	*
5.Hasta	14 gün	Hepatit B'ye bağlı Krc-S	Karında Asit, Ayaklarda ödem, Solunum güçlüğü, Bulantı	65	88	15	20,4	1 kez 3000cc albümin eşliğinde parasetez	82,8
6.Hasta	5 gün	PSC'ye bağlı Krc-s	Safra yollarında stent değişimi ve bant ligasyonu	79	77	16	29,7	Yapılmadı	75
7.Hasta	13 gün	NASH'a bağlı Krc S	Karında Asit, Ayaklarda ödem, Bulantı, Minimal HES	75	83	20	33,2	2 kez 8000cc albümin eşliğinde parasetez	70,4
8.Hasta	30	PSC'ye bağlı Krc-s Otoimmün hepatit	Safra yollarında stent değişimi ve bant ligasyonu	24	49	12	18,4	Yapılmadı	48
9.Hasta	16 gün	NASH'a bağlı Krc-S	Spontan Bakteriyel Peritonit	74	62	19	27,6	8000cc torasetez	50
10.Hasta	24 gün	Etilik Krc S	Nakil hazırlığı amacıyla yatırıldı.	71	76	16	26,3	1 kez 3000cc albümin eşliğinde parasetez	71

\*: Hasta genel durumu bozukluğu nedeniyle ayakta kilosunu tartılmadı. Genel durum bozukluğu nedeniyle yoğun bakıma transfer edildi

**Tablo 4. Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planını Uygulanan hasta alınan hemşirelik tanıları**

	1.Hasta	2.Hasta	3.Hasta	4.Hasta	5.Hasta
Geliştirilen Bakım Planından Alınan Tanılar *	Kronik ağrı, Uyku yoksunluğu, Aktivite intoleransı, Beden imajında bozulma, Bakım veren rolünde zorlanma, Konstipasyon riski, Deri bütünlüğünde bozulma riski, Kanama riski, Oral mukoz membranda bozulma riski, Hipertermi, Diyare, Akut konfüzyon riski Enfeksiyon riski, Elektrolit dengesizliği riski, Aile sürecinde bozulma riski Düşme riski	Sıvı volüm fazlalığı Aktivite intoleransı Uyku yoksunluğu Kronik ağrı Deri bütünlüğünde bozulma riski Kan şekerinde dengesizlik riski Enfeksiyon riski Kanama riski Elektrolit dengesizliği riski Konstipasyon riski Aile sürecinde bozulma Beden imajında bozulma Düşme riski	Etkisiz solunum örüntüsü Uyku yoksunluğu, Aktivite intoleransı, Beden imajında bozulma, Konstipasyon riski, Deri bütünlüğünde bozulma riski, Kanama riski, Hipertermi Anksiyete, Oral mukoz membranda bozulma riski, Kronik ağrı Sıvı volüm fazlalığı Konfüzyon riski Enfeksiyon riski, Elektrolit dengesizliği riski, Düşme riski,	Bulanıtı Beden gereksiniminden az beslenme Uyku yoksunluğu Aktivite intoleransı, diyare Sıvı volüm fazlalığı Beden imajında bozulma Konstipasyon riski Deri bütünlüğünde bozulma riski Elektrolit dengesizliği riski Düşme riski Kanama riski Akut konfüzyon riski Enfeksiyon riski	Etkisiz solunum örüntüsü Aktivite intoleransı, Konstipasyon riski, Deri bütünlüğünde bozulma riski, Düşme riski, Kanama riski, Sıvı volüm fazlalığı Akut Konfüzyon riski Enfeksiyon riski, Elektrolit dengesizliği riski, Düşme riski Aile sürecinde kesintiye uğrama
Sistemden alınan tanımlar *	Düşme riski Güvenli çevrenin sağlanması Deri bütünlüğünde bozulma riski Bilgi eksikliği Ağrı Enfeksiyon riski Güvenli çevre	Düşme riski Kan şekerinde dengesizlik riski Deri bütünlüğünde bozulma riski Bilgi eksikliği Güvenli çevrenin sağlanması	Güvenli çevrenin sağlanması Sıvı volüm eksikliği riski Düşme riski Deri bütünlüğünde bozulma riski Bilgi eksikliği Enfeksiyon riski Uyku düzeninde bozulma Anksiyete Kanama riski Asite bağlı ağrı	Düşme riski Deri bütünlüğünde bozulma riski Kanama riski Bulanıtı-kusma Uyku düzeninde bozulma Bilgi eksikliği Güvenli çevrenin sağlanması	Bilgi eksikliği Düşme riski Sıvı volüm fazlalığı Deri bütünlüğünde bozulma riski Kanama riski Anksiyete Güvenli çevrenin sağlanması Aktivite intoleransı

\*: Hemşirelik tanıları gün gün alınmamıştır. Bir hastada hangi tanıların alındığı yazılmıştır.

**Tablo 4 (Devam) Kronik Karaciğer Hastalığı Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Bireylerde Uluslararası Ortak Hemşirelik Terminolojisine Dayalı Geliştirilen Hemşirelik Bakım Planını Uygulanan hasta alınan hemşirelik tanıları**

	6.Hasta	7.Hasta	8.Hasta	9.Hasta	10.Hasta
Geliştirilen Bakım Planından Alınan Tanılar *	Kronik ağrı, Bulantı Beden gereksiniminden az beslenme Hipertermi, Kronik ağrı Uyku yokluğu Etkisiz solunum örüntüsü Aktivite intoleransı, Sıvı volüm fazlalığı Anksiyete, Düşme riski Bakım veren rolünde zorlanma Aile sürecinde kesintiye uğrama Kan şekerinde dengesizlik riski Oral mukoz membranda bozulma riski Konstipasyon riski Deri bütünlüğünde bozulma riski Elektrolit dengesizliği riski Kanama riski Akut konfüzyon riski Enfeksiyon riski	Bulantı Beden gereksiniminden az beslenme Kronik ağrı Uyku yokluğu Aktivite intoleransı, Sıvı volüm fazlalığı Konstipasyon riski Deri bütünlüğünde bozulma riski Elektrolit dengesizliği riski Düşme riski Kanama riski Akut konfüzyon riski Enfeksiyon riski	Bulantı Beden gereksiniminden az beslenme Hipertermi Kronik ağrı Beden imajında bozulma Konstipasyon riski Deri bütünlüğünde bozulma riski Oral mukoz membranda bozulma riski Düşme riski Kanama riski Enfeksiyon riski Aile sürecinde kesintiye uğrama Anksiyete	Etkisiz solunum örüntüsü Beden gereksiniminden az beslenme Kronik Ağrı Aktivite toleransı, Uyku yokluğu Konstipasyon riski, Deri bütünlüğünde bozulma riski, Düşme riski Sıvı volüm fazlalığı Akut Konfüzyon riski Enfeksiyon riski, Elektrolit dengesizliği riski, Düşme riski, Diyare Aile sürecinde kesintiye uğrama Kan şekerinde dengesizlik riski	Beden gereksiniminden az beslenme Kronik ağrı Uyku yokluğu Etkisiz solunum örüntüsü Aktivite intoleransı, Sıvı volüm fazlalığı Anksiyete Bakım veren rolünde zorlanma Aile sürecinde kesintiye uğrama Konstipasyon riski Deri bütünlüğünde bozulma riski Enfeksiyon riski Beden imajında bozulma Elektrolit dengesizliği riski Düşme riski Kanama riski Enfeksiyon riski
Sistemden alınan tanımlar *	Kaşınıya bağlı der bütünlüğünde bozulma riski Düşme riski Sıvı volüm fazlalığı Bilgi eksikliği Güvenlik Güvenli çevrenin sağlanması Siroz tablosua bağlı deri bütünlüğünde bozulma riski	Düşme riski, Güvenli çevre Sıvı volüm fazlalığı Beden gereksiniminden az beslenme Bilgi eksikliği, Sıvı elektrolit dengesizliği Aktivite intoleransı Aside bağlı ağrı, Enfeksiyon riski, Kanama riski Uyku düzeninde bozulma	Kan transfüzyonu komplikasyonu geçirme riski Bilgi eksikliği Güvenli çevrenin sağlanması Enfeksiyon riski Bulantı-kusma-iştahsızlık Anksiyete Düşme riski Hipertermi Beslenmede değişiklik	Düşme riski Güvenli çevrenin sağlanması Enfeksiyon riski Anksiyete Sıvı volüm fazlalığı Etkisiz solunum örüntüsü Düşme riski Uyku düzeninde bozulma Diyare-Konstipasyon Aktivite intoleransı Bilgi eksikliği	Enfeksiyon riski, Bilgi eksikliği Beslenmede dengesizlik Etkisiz solunum örüntüsü Aktivite intoleransı Sıvı volüm dengesizliği Konstipasyon, Düşme riski Bulantı-kusma-iştahsızlık Asit bağlı ağrı Güvenli çevrenin sağlanması Deri bütünlüğünde bozulma riski Siroz tablosua bağlı enfeksiyon riski

\*: Hemşirelik tanıları gün gün alınmamıştır. Bir hastada hangi tanıların alındığı yazılmıştır.

## EK 16. Orjinallik Ekran Çıktısı

### KRONİK KARACİĞER HASTALARINDA ULUSLARARASI HEMŞİRELİK TERMİNOLOJİSİNE DAYALI STANDART HEMŞİRELİK BAKIM PLANININ GELİŞTİRİLMESİ ve KULLANIŞLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

#### ORJİNALLİK RAPORU

<b>%5</b>	<b>%5</b>	<b>%1</b>	<b>%</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

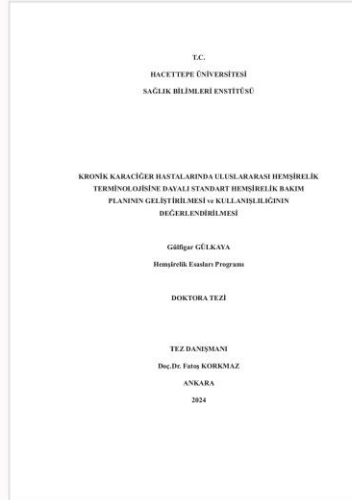
<b>1</b>	<b>acikbilim.yok.gov.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>2</b>	<b>www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı	<b>%1</b>
<b>3</b>	<b>docplayer.biz.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>4</b>	<b>toad.halileksi.net</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>5</b>	<b>dergipark.org.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>6</b>	<b>www.marmaranobeltip.com</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>7</b>	<b>www.ichastaliklahemsireligi.com</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>
<b>8</b>	<b>iyiuygulamaornekleri.saglik.gov.tr</b> İnternet Kaynağı	<b>&lt;%1</b>

**EK 17. Dijital Makbuz****Digital Receipt**

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: Gülfigar Gülkaya  
Assignment title: KRONİK KARACİĞER HASTALARINDA ULUSLARARASI HEMŞİR...  
Submission title: KRONİK KARACİĞER HASTALARINDA ULUSLARARASI HEMŞİR...  
File name: G\_lfigar\_G\_lkaya\_09\_02\_2024.docx  
File size: 510.22K  
Page count: 94  
Word count: 22,000  
Character count: 159,517  
Submission date: 09-Feb-2024 01:30PM (UTC+0300)  
Submission ID: 2290347444



## 9. ÖZGEÇMİŞ