

Herhangi bir değişiklik yapılmadığı,
her sunumda isim hakkı korunduęu
sürece ders notu olarak
kullanılmasında sakınca yoktur.
Emeęe gösterdięiniz hassasiyet için
teşekkür ederiz.





ELEKTRONİK HEMŞİRELİK BAKIM REHBERİ

KÜ. Hemşirelik Yüksek Okulu- Amerikan Hastanesi
EYLÜL 2012



İÇERİK

- 1. AMAÇ**
- 2. ELEKTRONİK HEMŞİRELİK BAKIM REHBERİ NEDİR?**
- 3. ELEKTRONİK KARAR DESTEK SİSTEMİ NEDİR ?**
- 4. ELEKTRONİK KARAR DESTEK SİSTEMİ NEDEN KULLANILMALI ?**
- 5. ELEKTRONİK HEMŞİRELİK BAKIM REHBERİ ÖRNEK**

1. PROJENİN AMACI NEDİR ? - 1

Bu çalışma ile hemşirelik bakım kaydının standartlaştırılması, bakım bilgisinde ortaklaşma, kayıtların kolaylaştırılması, kayıt etme oranının arttırılması, kanıta dayalı bakım bilgisinin kliniğe aktarılmasının kolaylaştırılması, hemşireler arasında bilginin paylaşılmasının, hemşirelik hizmetlerinin takibinin kolaylaşması ve görünebilir, paylaşılabilir ve ölçülebilir olmasına yardım edecek bir **ELEKTRONİK BAKIM REHBERİNİN** oluşturulması hedeflenmiştir.

1. PROJENİN AMACI NEDİR ? - 2

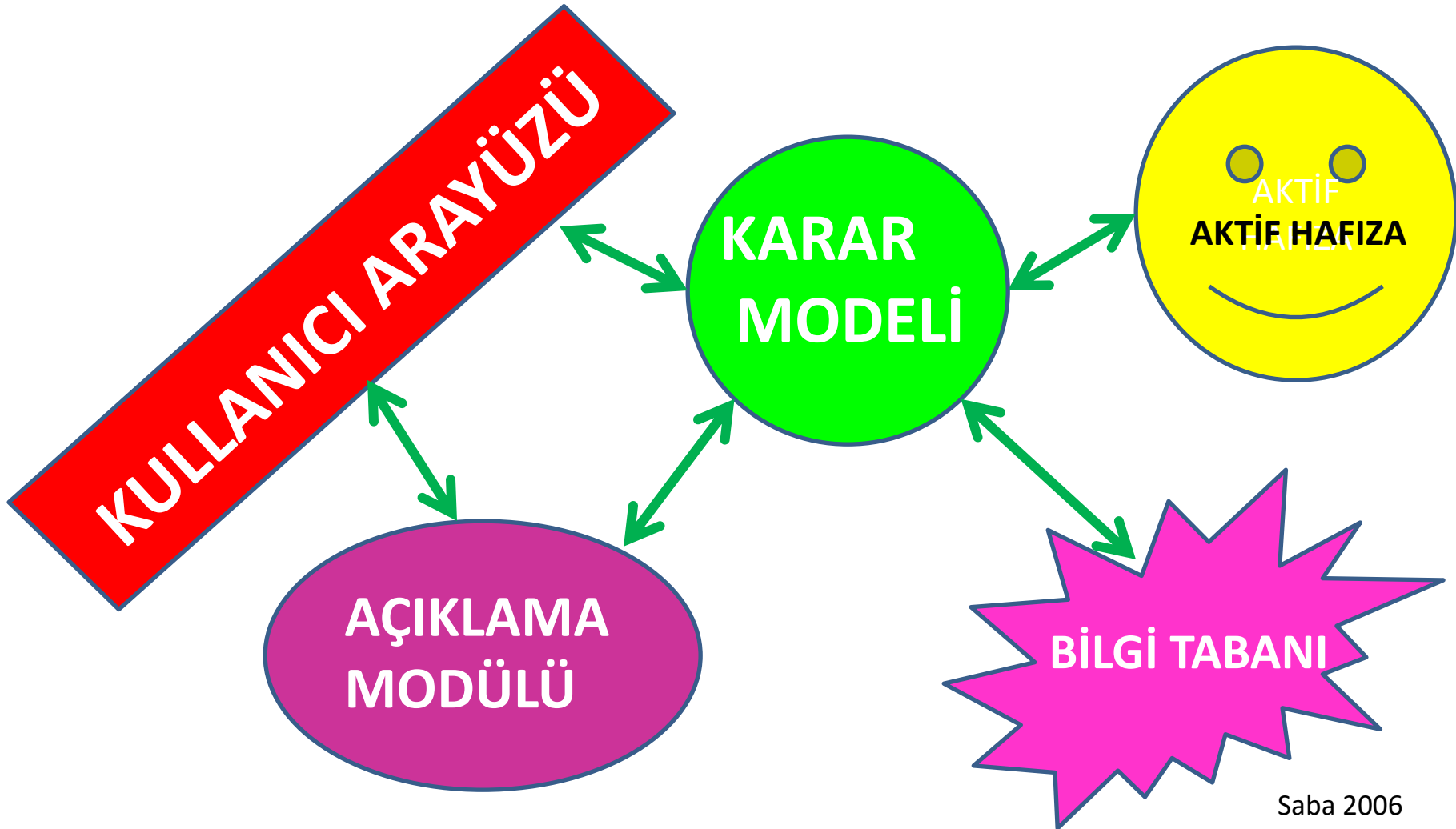
Geliştirilen yöntem sonucunda; hasta bakım kalitesinin artacağı, ilaç hataları ve yan etkilerde azalma olacağı, hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesinde artış olacağı, kronik hastalığı olan bireylerin daha kolay izleneceği, hastanede olmaya bağlı komplikasyonların (hastane malnütrisyonları, enfeksiyonlar, basınç ülserleri vb) önleneyeceği ve erken dönemde belirleneceği ve hasta bakım maliyetlerinin düşeyeceği öngörülmektedir.

*Hillestad R et all 2011
Krong G et all , 2012
Mitchell M et all. 2012*



1. ELEKTRONİK HEMŞİRELİK BAKIM REHBERİ NEDİR?

Hemşirelik hizmetlerinin uygulanması ve ölçülmesi aşamalarının tamamının elektronik ortamda yapılmasına olanak veren elektronik rehberlerdir.



2. ELEKTRONİK KARAR DESTEK SİSTEMİ NEDİR ?



Bireylerin / grupların KARAR VERMESİNİ
kolaylaştırmak,
desteklemek,
hızlandırmak
için oluşturulmuş aktif bilgi sistemlerdir.

Barton A 2008, Androwich I, Kraft M, 2006



ELEKTRONİK KLİNİK KARAR DESTEK SİSTEMİ FONKSİYONLARI

1. HİZMETLERİN YÖNETİMİ: Kodlama ve dokümantasyon, prosedürlerin ve referansların onaylanması,
2. KLİNİKTE HASTA BİLGİ YÖNETİMİ: Hasta ile ilgili verilerin tutulması, saklanması ve bu bilgiler üzerinden hasta için çözüm yolları üretilmesi, araştırma yapılması, protokoller oluşturulması, order izlemi, koruyucu bakım için uyarı sistemlerinin düzenlenmesi, taburculuk ve evden izlem programları
3. MALİYET HESABI: istemlerin izlenme- uyarı sistemi ile gereksiz işlemlerin ve tekrarların önlenmesi
4. KARAR DESTEK: Klinik tanıların ve tedavi planlarının desteklenmesi, en iyi uygulamanın belirlenmesi ve geliştirilmesi, duruma özel rehberler oluşturulması, Hasta popülasyonuna uygun kararların seçilebilmesi.

3. ELEKTRONİK KARAR DESTEK SİSTEMİ NEDEN KULLANILMALI ?



SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN
ÖNEMLİ 3 SORUNU

1. MALİYET KONTROLÜ
2. KALİTEYİ ARTTIRMA
3. BAKIM GÜVENLİĞİ

ÇÖZÜM; HİZMETİN EN ÖNEMLİ
BİLEŞENLERİNDEN
BİRİ OLAN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDE;

Her bir hasta için

- gerekli hemşirelik bakımının belirlenmesi,
 - uygulanması, izlenmesi, değerlendirilmesi,
 - maliyet hesabının yapılması
 - hasta çıktılarına etkisinin belirlenmesi
- GEREKİYOR

“İyi hemşireler”
İLE ÇALIŞMAK
YETERLİ Mİ ?

İYİ HEMŞİRE ???



Görev tanımı (Madde 6) , “Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek ***sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.*** Hemşirelik Kanunu 2007

Bilginin hızla çoğaldığı, değiştiği ve derinleştiği günümüzde hemşirelerin en iyi kanıtları kullanarak hizmet vermesi için herkes tarafından anlaşılabilir, kullanılabilir , paylaşılabılır ve ölçülebilir yollar bulması kaçınılmazdır.



NASIL ?

**HER DÜZEY EĞİTİMDEN GELEN HEMŞİRELERİN KOLAYLIKLA
KULLANABİLECEĞİ
ELEKTRONİK SİSTEMLER**

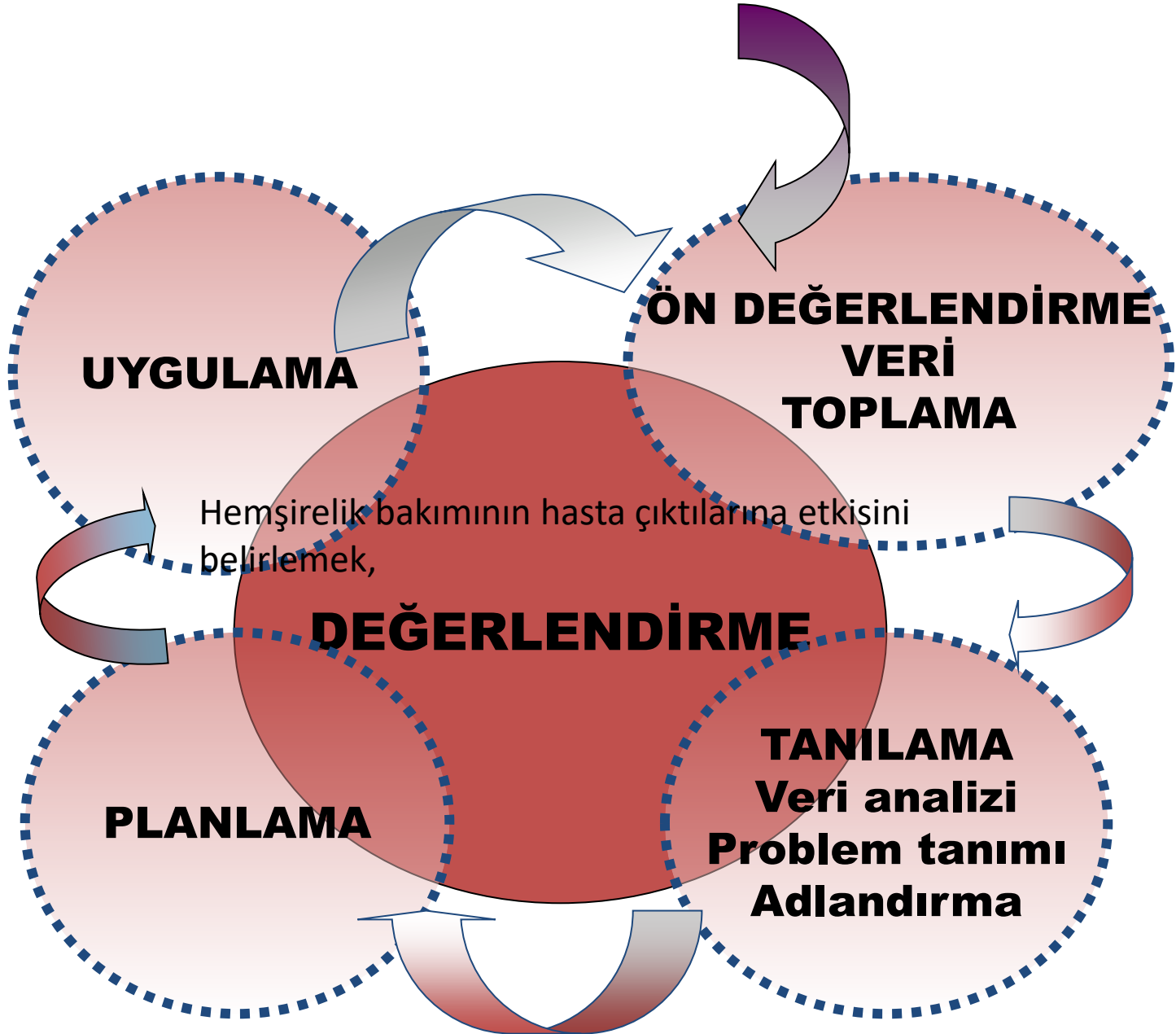
**ELEKTRONİK ORTAMA AKTARILMIŞ
HEMŞİRELİK SÜRECİ ve SINIFLAMA SİSTEMLERİ
AYNI DİLİ ÖĞRENMEYİ VE KULLANMAYI KOLAYLAŞTIRABİLİR**



HEMŞİRELİK SÜRECİNİN KULLANIMI;

- Bakımın niteliğini yükseltir.
- Hemőirenin karar verme yeteneğini geliştirir.
- Hemşirelik bakımında bağımsız işlevleri artırır.
- Mesleğe bilimsel nitelik kazandırır.
- Sağlıklı/hasta kişiye bireysel ve bütüncül yaklaşımı sağlar.
- Hemőirenin bilgisini artırır.
- Uygulamaları geliştirir
- Hemşireler ve diğer sağlık disiplinleri arasında iletişim ve işbirliği sağlar.
- Yasal ve etik doküman sağlar
- Doyum alma artar.
- Hasta memnuniyeti artar

HEMŞİRELİK SÜRECİ – BAKIM PLANI ?????





VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ

- GÖRÜŞME
- DİNLEME
- GÖZLEM
- HEMŞİRELİK ÖYKÜSÜ
- FİZİKSEL DEĞERLENDİRME
- VERİLERİN DOĞRULUĞUNUN SAPTANMASI
- VERİLERİN GRUPLANDIRILMASI



VERİLERİN GRUPLANDIRILMASI
HEMŞİRELİK TANISININ KONULMASI
HEMŞİRELİK HEDEFLERİNİN BELİRLENMESİ
HEMŞİRELİK GİRŞİMLERİ

İÇİN GELİŞTİRİLMİŞ
SINIFLAMA
SİSTEMLERİ
VARDIR



BUNLARDAN BAZILARI ;

SNOMED

PCDS

PNDS

NMDS

NMMDS

CCS- Clinical Care Classification

ICNP- International Classification for Nursing

LOINC- Logical observation identifiers names and codes

NANDA- Nursing Diagnoses Definitions
Classification

NOC- Nursing Outcomes Classification

NIC- Nursing Interventions Classification

Bu projede NANDA-I sınıflama sisteminin kullanımı tercih edilmiştir.



4. ELEKTRONİK HEMŞİRELİK BAKIM REHBERİ ÖRNEK

ÇOCUK YOĞUN BAKIM HASTALARI İÇİN ELEKTRONİK HASTA BAKIM KARAR DESTEK PROJESİ

PROJE AŞAMALARI

1. Proje gerekliliğinin ve kaynakların belirlenmesi
2. Proje partnerlerinin seçilmesi- İşbirliği
3. Proje uygulama alınının seçimi
4. Karar destek modeline karar verilmesi- Karar Ağacı
5. Veri tabanının oluşturulması
6. İlişkilendirilecek web sayfalarının, veri tabanlarının seçilmesi
7. Ölçüm modüllerinin eklenmesi
8. Uygulama
9. Değerlendirme



ÖRNEK – VERİ TOPLAMA/ TANILAMA- 1

ÇOCUK TANILAMA FORMU kasim2008 [Compatibility Mode] - Microsoft Excel

Home Insert Page Layout Formulas Data Review View

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35

ÇOCUK TANILAMA FORMU

Adı Soyad **Mustafa Güneş** Protokol N **123456** Tarih:

Cinsiyeti: Kız Erkek

Doğum Tarihi: Yaş: **13**

Ventilatöre bağlanma tarihi: **13.05.2011**

Ventilatörden ayrılma tarihi:

Yanında kalan bakım vericisi:.....

Tanı:

1. SAĞLIK ALGISI

Sağlık şikayeti:.....

Hastalık öyküsü

Kronik hastalık	<input type="checkbox"/>	Beyin tümörü	<input type="checkbox"/>	Alveoler kapiller mebranda değişme	<input type="checkbox"/>
Kanser	<input checked="" type="checkbox"/>	Hipotalamik tümör	<input type="checkbox"/>	Ventriküler anormallikler	<input type="checkbox"/>
Karaciğer hastalıkları	<input type="checkbox"/>	Radyasyon	<input type="checkbox"/>	Dolaşım bozukluğu	<input type="checkbox"/>
Psikolojik sorunlar	<input type="checkbox"/>	Renal yetmezlik	<input type="checkbox"/>	Solunum merkezi depresyonu	<input type="checkbox"/>
Terminal dönem	<input type="checkbox"/>	Kardiyovasküler sorunlar	<input type="checkbox"/>	Derin ven trombozu	<input type="checkbox"/>
Metabolik hastalıklar	<input type="checkbox"/>	Santral hipoventilasyon	<input type="checkbox"/>	Bronkospazm	<input type="checkbox"/>
Kistik fibrozis	<input type="checkbox"/>	Enfeksiyon	<input type="checkbox"/>	Atelektazi	<input type="checkbox"/>
İnflamasyon	<input type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>		

Ailede kronik hastalık yok var Kimde?

Hastaneye yatma deneyimi yok var açıkla **Kemoterapi**

Ventilatöre bağlanma deneyimi yok var açıkla.....

Sürekli kullandığı ilaç yok var 1. **Steroidler**

2. **Kemoterapi**

3.

4.

5.

Özel diyet yok var açıkla

Allerji yok var ilaç flaster diğer

besin latex

Sheet1 Assesment form **Sheet2** Sheet3 Sheet4 Sheet5

Ready



ÖRNEK – VERİ TOPLAMA/ TANILAMA- 2

2. BESLENME							
Boy:		Beslenme Yolu					
Kilo:		Oral	Var <input type="checkbox"/>	Yok <input checked="" type="checkbox"/>	Parenteral sıvı infüzyo		<input checked="" type="checkbox"/>
Percentel:		Enteral(NG/ND)		<input type="checkbox"/>	Formül mama		<input type="checkbox"/>
		Parenteral (TPN)		<input checked="" type="checkbox"/>	Anne sütü		<input type="checkbox"/>
		Gastrostomi		<input checked="" type="checkbox"/>	Diğer		<input type="checkbox"/>
		Jejenostomi		<input type="checkbox"/>			
Beslenme ile ilgili problem öyküsü							
	yok <input type="checkbox"/>	var <input checked="" type="checkbox"/>	Yetersiz protein alımı	<input checked="" type="checkbox"/>	Laktaz eksikliği		<input type="checkbox"/>
Bulantı		<input checked="" type="checkbox"/>	Yetersiz beslenme	<input type="checkbox"/>	Trakeo-özefajial reflü		<input type="checkbox"/>
Kusma		<input checked="" type="checkbox"/>	Yetersiz sıvı alımı	<input checked="" type="checkbox"/>	Obesite		<input type="checkbox"/>
Hasımsızlık		<input type="checkbox"/>	Fazla sıvı alımı	<input type="checkbox"/>	Kaşeksi		<input type="checkbox"/>
Prozis		<input type="checkbox"/>	Sıvı kaybı	<input checked="" type="checkbox"/>	Malnütrisyon		<input type="checkbox"/>
Regürjitasyon		<input type="checkbox"/>	Dehidratasyon	<input type="checkbox"/>	Anemi		<input type="checkbox"/>
Hematemez		<input type="checkbox"/>	Hipoglisemi	<input type="checkbox"/>	Dumping sendromu		<input type="checkbox"/>
Kilo kaybı		<input checked="" type="checkbox"/>	Hiperglisemi	<input checked="" type="checkbox"/>	Diğer		<input type="checkbox"/>
Kilo artışı		<input type="checkbox"/>	Besini reddetme	<input type="checkbox"/>			
Bulimiya		<input type="checkbox"/>	Anoreksiya	<input type="checkbox"/>			

CİLT	var	Yer/Büyükük	AĞIZ	Var	Tırnak	
C.Kuruluk		Problem	<input type="checkbox"/>	Problem	<input type="checkbox"/>
Kızamık	<input type="checkbox"/>	Oral hijyende boz.	<input checked="" type="checkbox"/>	Siyanotik T.	<input type="checkbox"/>
Pembe	<input type="checkbox"/>	A. Asimetri	<input type="checkbox"/>	Çomaklaşma	<input type="checkbox"/>
C. Gergin	<input type="checkbox"/>	A. Koku	<input checked="" type="checkbox"/>	Diğer	<input type="checkbox"/>
C.Siyanoz	<input type="checkbox"/>	MM Kuruluk	<input checked="" type="checkbox"/>	Saç- saçlı deri	<input type="checkbox"/>
C.Solgunluk	<input checked="" type="checkbox"/>	Stomatit	<input checked="" type="checkbox"/>	Problem	<input type="checkbox"/>
C. Soğukluk	<input type="checkbox"/>	Gingivit	<input type="checkbox"/>	Cansız S.	<input type="checkbox"/>
C. Sıcaklık	<input type="checkbox"/>	Diş eti kanaması	<input type="checkbox"/>	S. Dağ.↓	<input type="checkbox"/>
C. Soyulma	<input type="checkbox"/>	Diş çürüğü	<input type="checkbox"/>	Allopesi	<input type="checkbox"/>
C. Lezyon	<input checked="" type="checkbox"/>	Çiğneme güçlüğü	<input type="checkbox"/>	Bit/sirke	<input type="checkbox"/>
Ekimoz	<input checked="" type="checkbox"/>	Mukoza renginde değış.	<input checked="" type="checkbox"/>	Diğer.....	<input type="checkbox"/>
Peteşi	<input checked="" type="checkbox"/>	Aft	<input type="checkbox"/>		
Purpura	<input type="checkbox"/>	Pamukçuk	<input type="checkbox"/>		



HEMŞİRELİK TANISI: ORAL MÜKÖZ MEMBRANDA BOZULMA

Hemşirelik girişimleri -1

A		B
1		HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
2	X	Bir ağız bakım rutini oluşturun
3	<input type="checkbox"/>	Gerekliyse oral mukozaya ve dudakları nemlendirmek için yağlayıcılar uygulayın
4	X	Dişleri renk, parlaklık, döküntülerin varlığı açısından izleyin
5	<input type="checkbox"/>	İlaç tedavilerine bağlı stomatit gelişme riskini tanımlayın
6	<input type="checkbox"/>	Hastanın ağzını çalkalaması için teşvik edin
7	<input type="checkbox"/>	Topikal analjeziklerin, oral koruyucuların ve topikal ya da sistemik analjeziklerin tedavi edici
8	<input type="checkbox"/>	Hastanın ağız hijyenini yemeklerden sonra ve gerektiği sıklıkta yapmasını gösterin yardım
9	X	Glottis ve stomatitin belirti ve bulgularını izleyin
10	<input type="checkbox"/>	Mukoz membranda kullanılan materyallere bağlı irritasyon oluşursa alternatif metodlar ve
11	X	Oral kuruluk, irritasyon ve dirençli rahatsızlıkla ilgili hekimle konuşun
12	<input type="checkbox"/>	Düzenli aralıklarla diş fırçalama ve diş ipliği kullanmayı kolaylaştırın
13	<input type="checkbox"/>	Yumuşak bir diş macunu kullanımını tavsiye edin
14	<input type="checkbox"/>	Hastaya dil, diş etleri, dişleri nasıl fırçalayacağını gösterin
15	<input type="checkbox"/>	Yeterli su alımı ve sağlıklı bir diyet tavsiye edin
16	<input type="checkbox"/>	Gerektiği şekilde diş kontrolleri ayarlayın
17	<input type="checkbox"/>	Gerektiğinde diş bakımına yardım edin
18	<input type="checkbox"/>	Dişlerdeki dayanıklılık için günlük oral boşluğun çalkalanması, dil ve diş etlerinin
19	<input type="checkbox"/>	Sigara içimini ve tütün çiğnenmesini cesaretlendirmeyin
20	<input type="checkbox"/>	Şekersiz sakızların çiğnenmesinin salgıyı arttırdığı ve dişleri temizlediğini anlatın
21	<input type="checkbox"/>	Oral Sağlığı Yeniden Yapılandırma
22	<input type="checkbox"/>	Ciddi stomatit vakalarında takma dişleri çıkartın
23	<input type="checkbox"/>	Dental döküntülerin uzaklaştırılması için yumuşak fırça kullanın
24	<input type="checkbox"/>	Oral kavitenin temizliği ve diş etlerinin uyarılması için dispoziyörlü ağız çubukları kullanın
25	<input type="checkbox"/>	Plak düzeyi 50.000/mm ³ geçmişse mumsuz diş ipliğini günde iki kez dişler arasına
26	<input type="checkbox"/>	Hidrojen peroksit, sıcak salin, sodyum bikarbonat kullanarak ağız temizliğini teşvik edin
27	<input type="checkbox"/>	Sigara ve alkol tüketimini cesaretlendirmeyin
28	X	Dudaklar, dil, mukoz membran, tonsiller alan, ve diş etlerini nem, renk, doku, döküntülerin
29	<input type="checkbox"/>	Hastanın tat, yutma, ses kalitesi ve rahatlığında değişmelerin varlığını belirleyin
30	<input type="checkbox"/>	Taburculuk eğitiminin bir kısmında oral hijyen rejimini güçlendirmeyi öğretin



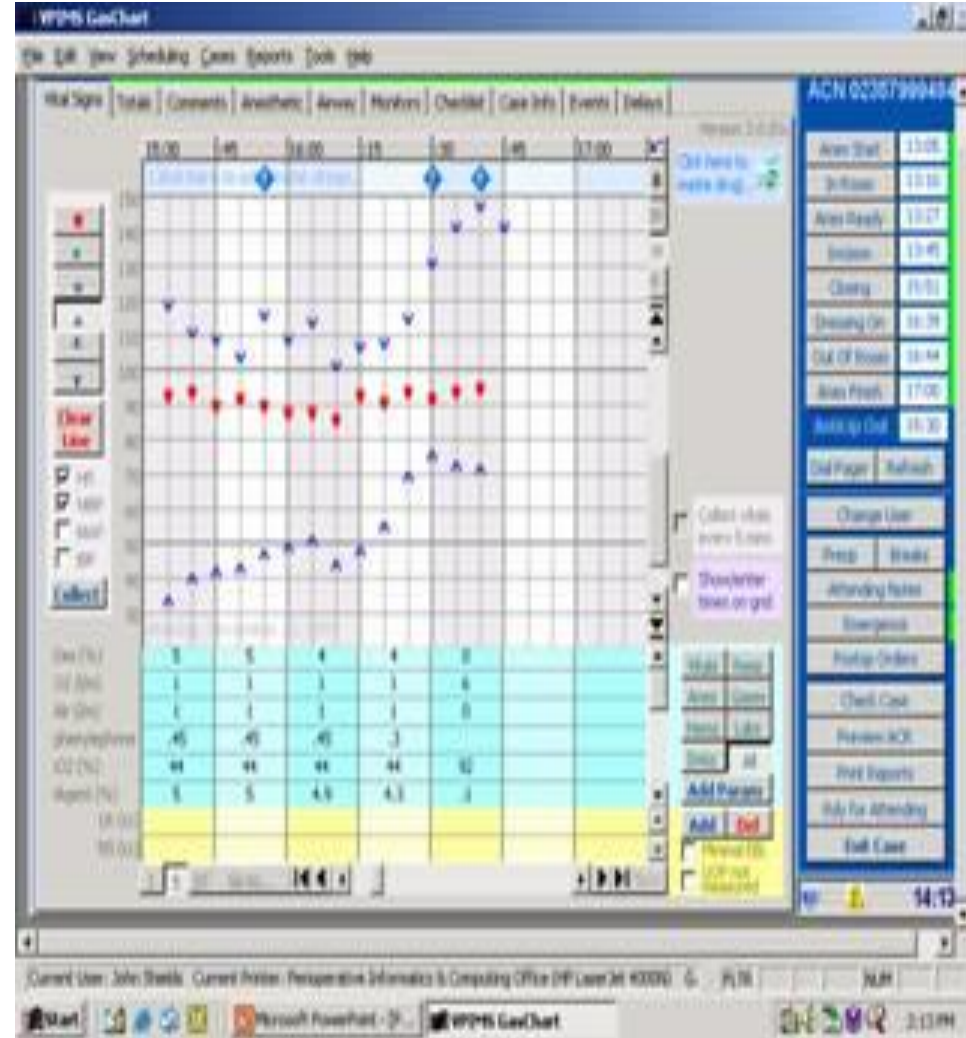
HEMŞİRELİK TANISI: ORAL MÜKÖZ MEMBRANDA BOZULMA

Hemşirelik girişimleri -2

14	<input type="checkbox"/>	Hastaya dil, diş etleri, dişleri nasıl fırçalayacağını gösterin
15	<input type="checkbox"/>	Yeterli su alımı ve sağlıklı bir diyet tavsiye edin
16	<input type="checkbox"/>	Gerektiği şekilde diş kontrolleri ayarlayın
17	<input type="checkbox"/>	Gerektiğinde diş bakımına yardım edin
18	<input type="checkbox"/>	Dişlerdeki dayanıklılık için günlük oral boşluğun çalkalanması, dil ve diş etlerinin
19	<input type="checkbox"/>	Sigara içimini ve tütün çiğnenmesini cesaretlendirmeyin
20	<input type="checkbox"/>	Şekersiz sakızların çiğnenmesinin salgıyı arttırdığı ve dişleri temizlediğini anlatın
21	<input type="checkbox"/>	Oral Sağlığı Yeniden Yapılandırma
22	<input type="checkbox"/>	Ciddi stomatit vakalarında takma dişleri çıkartın
23	<input type="checkbox"/>	Dental döküntülerin uzaklaştırılması için yumuşak fırça kullanın
24	<input type="checkbox"/>	Oral kavitenin temizliği ve diş etlerinin uyarılması için dispozıblı ağız çubukları kullanın
25	<input type="checkbox"/>	Plak düzeyi 50.000/mm ³ geçmişse mumsuz diş ipliğini günde iki kez dişler arasına
26	<input type="checkbox"/>	Hidrojen peroksit, sıcak salin, sodyum bikarbonat kullanarak ağız temizliğini teşvik edin
27	<input type="checkbox"/>	Sigara ve alkol tüketimini cesaretlendirmeyin
28	<input checked="" type="checkbox"/>	Dudaklar, dil, mukoz membran, tonsiller alan, ve diş etlerini nem , renk, doku, döküntülerin
29	<input type="checkbox"/>	Hastanın tat, yutma, ses kalitesi ve rahatlığında değişmelerin varlığını belirleyin
30	<input type="checkbox"/>	Taburculuk eğitiminin bir kısmında oral hijyen rejimini güçlendirmeyi öğretin
31	<input type="checkbox"/>	Ticari ağız solüsyonlarından uzak durmasını hastaya öğretin
32	<input type="checkbox"/>	Hastaya enfeksiyon belirtilerini hekime hemen bildirmesini öğretin
33	<input type="checkbox"/>	Topikal analjeziklerin, oral koruyucuların ve topikal ya da sistemik analjeziklerin tedavi edici
34	<input type="checkbox"/>	Hastanın ağız hijyenini yemeklerden sonra ve gerektiği sıklıkta yapmasını gösterin ve
35	<input checked="" type="checkbox"/>	Hastanın oral mukoza kuruluşunu her şifte izleyin
36	<input type="checkbox"/>	Hastanın asit olmayan, yumuşak, sulu gıdalar seçmesine yardım edin
37	<input checked="" type="checkbox"/>	Eğer stomatit kontrol edilemiyorsa gecede iki kez ve her iki saatte bir ağız bakımını arttırın
38	<input type="checkbox"/>	Glottis ve stomatitis belirti ve bulgularını izleyin
39	<input type="checkbox"/>	Glottis ve stomatitis bulguları dirençliyse ve kötüleşiyorsa hekimle görüşün
40	<input type="checkbox"/>	oda ısısında, küçük miktarlarda, sık aralıklarla, sıvı gıdalar almasını planlayın
41	<input type="checkbox"/>	Gliserinli-limonlu temizleyiciler kullanmaktan kaçının
42	<input type="checkbox"/>	Yemekteki sıvı miktarını arttırın
43	<input checked="" type="checkbox"/>	Gerekliyse topikal anestezi kremler, koruyucu kremler, topikal ya da sistemik analjezikler kullanın



HEDEFLLENEN; hasta başında anında tanılama, değerlendirme ve raporlama



**DAHA FAZLASINI BİRLİKTE GERÇEKLEŐTİRMEK
İÇİN DERNEĞİMİZE ÜYE OLUNUZ**

<http://hembilder.org/>

