KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PERROCA HASTA SINIFLANDIRMA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI: GEÇERLİLİK ve GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

GÜZİN YETİM

KOÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL – 2016

KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PERROCA HASTA SINIFLANDIRMA ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI: GEÇERLİLİK ve GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

GÜZİN YETİM

KOÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ: Yard. Doç. Dr. EMİNE TÜRKMEN

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı,

Yüksek Lisans öğrencisi Güzin YETİM'in

"**Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması"** konulu Yüksek Lisans tezini **……..** başarılı olarak tamamlamıştır.

BAŞKAN

ÜYE ÜYE

ÜYE ÜYE

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, rehberlik eden, her konuda beni destekleyen, daima yanımda olduğunu hissettiğim çok değerli danışman hocam, Sayın Yard. Doç. Dr. Emine Türkmen'e, çok teşekkür ederim.

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'ni geliştiren ve çalışmamda kullanmama izin veren Sayın Marcia Perroca'ya, tezime görüşleri ile katkıda bulunan kıymetli hocalarıma, hayatım boyunca desteklerini hiç esirgemeyen, bana yardım eden, beni ümitlendiren aileme ve hayat arkadaşıma teşekkür ederim.

ÖZET

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması

Çalışmanın amacı, Perroca tarafından geliştirilen "Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği"nin, Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir hasta sınıflandırma aracı olup olmadığını incelemektir.

Bu çalışma, metodolojik bir çalışmadır; Ekim-Kasım 2015 tarihleri arasında Marmara Bölgesi'ndeki bir ilimizde bulunan özel bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Örnekleme, ilgili hastanenin yoğun bakım ve bir dahiliye-cerrahi servisinde en az 24 saat süre ile yatan 300 hasta (yapı geçerliliği ve iç tutarlılık) alınmıştır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik testi için ilave olarak 32 hasta örnekleme dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak Sosyo-Demografik Form ile Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği kullanılmıştır. Dokuz maddeli ölçeğin dil geçerliliği yapılmış ve 10 uzman görüşü ile kapsam geçerliliği sağlanmıştır. Ölçeğin Türkçe formu, Pearson korelasyon, Cronbach alfa (iç tutarlılık), bağımsız grup t testi (independent t test), kappa analizi (gözlemciler arası güvenilirlik) ve açımlayıcı faktör analizi (yapı geçerliliği) ile analiz edilmiştir.

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin kapsam geçerlilik indeksi .93 bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısının .86 ve madde - toplam puan korelasyonunun .11 ile .90 arasında olduğu belirlenmiştir. Açımlayıcı faktör analizinde ölçeğin iki alt boyuta ayrıldığı saptanmıştır. Tetkik - gözlem, kişisel hijyen, deri ve mukoza bütünlüğü, beslenme ve hidrasyon, hareket ve egzersiz, tedavi ve ilaç ile emosyonel destek isimli maddelerin bulunduğu alt boyut (7 madde) "kısa erimli planlama" olarak adlandırılmıştır. Bakım sürecini planlama ve koordinasyon ile sağlık eğitimi ve danışmanlık isimli maddelerin bulunduğu alt boyut (iki madde) ise "uzun erimli planlama" şeklinde isimlendirilmiştir. Gözlemciler arası güvenilirlik yönünden bağımsız grup t testinde istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır; kappa analizinde gözlemciler arasında mükemmel düzeyde uyum olduğu (.82) belirlenmiştir.

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonuçları, bu ölçeğin hasta sınıflandırmada kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Bu ölçek, hemşire iş yükünü belirleme ve hemşire insan gücü planlama yönelik hemşire araştırma ve yöneti uygulamalarında kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Hasta sınıflandırma, hemşirelik, geçerlilik ve güvenilirlik, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği.

ABSTRACT

The Turkish Adaptation Of The Perroca Patient Classification Scale: A Reliability And Validity Study

To determine patient classification scale reliability and validity of the Turkish version of the "Perroca Patient Classification Scale" developed by Perroca.

This methodological study was conducted in one private hospital in one province in the Marmara Region, between October and November, 2015. Sampling, about a hospital's intensive care and medical-surgical ward of 300 patients hospitalized for at least 24 hours were construct validity and internal consistency. Thirtytwo patients were included in the sample for inter-rater reliability test. Socio-demographic form and Perroca Patient Classification Scale were used for data collection tool. The validity of the nine items scale is language and content validity provided by the opinion of 10 experts. Turkish version of the scale, Pearson correlation, Cronbach's alpha (internal consistency), independent samples t-test (independent t test), kappa analysis (interobserver reliability) and exploratory factor analysis (construct validity), was analyzed.

Perroca Patient Classification Scale content validity index was found of .93. Scale of Cronbach's alpha coefficient of .86 and the item - total correlations were determined to be between .11 and .90. Exploratory factor analysis determined that the scale is divided into two subscales. Investigation and monitoring, personal hygiene and eliminations, skin integrity, nutrition and hydration, locomotion or activity, therapeutics and emotional support are matter (substance 7) "short-term planning" has been called. Care process planning and coordination, health education are matter (substance 2) "long-term planning" has been called. In terms of interobserver reliability of the independent samples t test it showed no statistically significant difference; among the observers to be perfectly matched to the kappa statistics (.82) it was determined.

In this study, the Perroca Patient Classification Scale was determined to be a valid and reliable scale. This scale could be used to determine the nursing workload and nurse manpower planning in nursing research and management practices.

Keywords: Patient Classification, nursing, reliabilty end validity, Perroca Patient Classification Scale

İÇİNDEKİLER

Sayfa

Özet v

Abstract vi

İçindekiler Dizini vii

Kısaltmalar Dizini ix

Tablolar Dizini.....x

1. GİRİŞ 1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 3

2. GENEL BİLGİLER 4

2.1. Hasta Sınıflandırma Sisteminin Tanımı..... 4

2.2. Hasta Sınıflandırma Sistemi Tiplerinin Tarihçesi ve Tipleri.....5

2.2.1. Tanımlayıcı (Kısa Tanımlama – Prototip) Hasta Sınıflandırma Sistemi.....6

2.2.2. Kontrol Listesi Şeklinde Hasta Sınıflandırma Sistem.....7

2.3. Hasta Sınıflandırma Sistemi Örnekleri.....8

2.3.1. Rush Medikus Hasta Sınıflandırma Sistemi.....8

2.3.2. Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği.....12

2.3.3. Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi.....13

2.3.4. Oulu Hasta Sınıflandırma Ölçeği.....16

2.3.5. Zebre Hasta Sınıflandırma Ölçeği.....17

2.3.6. Acil Servislerde Kullanılan Hasta Sınıflandırma Sistemleri.....18

2.4. Perroca Hasta Sınıflandırma Sistemleri.....19
2.5. Yönetici Hemşirelerin İnsan Planlamada Rolü 22
3. GEREÇ VE YÖNTEM..... 24
3.1. Araştırmanın Tipi 24
3.2. Araştımanın Yeri ve Zamanı 24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 25
3.4. Çalışma Materyali 25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri 25
3.6. Veri Toplama Araçları 26
3.6.1. Sosyo – Demografik Soru Formu 26
3.6.2. Perroca Hasta Sınıflama Ölçeği.....26
3.6.3. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Dil ve Kapsam Geçerliliği 27
3.6.4. Verilerin Toplanması 28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 30
3.9. Etik Kurul Onayı 30
4. BULGULAR 31
5. TARTIŞMA 40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....46
7. KAYNAKÇA 47
8. EKLER

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AONE: American Organization of Nurse Executives

ENA: Acil Hemşireler Derneği (Emergency Nurses Association)

HSS: Hasta Sınıflandırma Sistemleri

ISO : International Organization for Standardization

JCI: Joınt Commission International

NAS: Hemşirelik Girişimleri Skoru (Nursing Activities Score)

OHS: Oulu Hasta Sınıflandırma

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TGSS: Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi (Therapeutic Intervention Scoring System)

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Rush Medikus Hasta Sınıflandırma Sistemi Ölçeği.....10
Tablo 2: Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği.....13
Tablo 3: Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi Ölçeği.....15
Tablo 4: Veri Analizi.....29
Tablo 5: Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri.....31
Tablo 6: Hastaların Hastaneye Yatış Nedenleri ve Komorbid Hastalıkları.....32
Tablo 7: Hastaların Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeğine Göre Sınıf Puan Dağılımı 33
Tablo 8: Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Kapsam Geçerlilik İndeksi 34
Tablo 9: Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği.....35
Tablo 10: Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin İç Tutarlılık ve Madde Analizleri.....36
Tablo 11: Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Gözlemciler Arası Uyum Analizi.....39
Tablo 12: Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Arası Uyum Analizi (Kappa Analizi)..... 37

1.GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde sağlık alanındaki hızlı değişimler sağlık kurumları yöneticilerinin rol ve sorumluluklarının genişlemesine yol açmıştır. Sağlık yöneticilerinden, kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaları ve mali kaynakları etkin ve verimli biçimde kullanmaları beklenmektedir. Bu süreci etkin yönetmede kullanılan en önemli stratejilerden biri veriye dayalı karar verme yöntemlerinden yararlanılmasıdır (Özcan 2013). Sağlık kurumlarında personel maliyetlerinin büyük kısmını oluşturan hemşirelik hizmetleri, insan gücü planlamasında önemli bir yer tutmaktadır (Welton 2011). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hemşire iş gücünde yetersizlik söz konusudur (ICN 2006; Akdağ 2007) bu nedenle mevcut iş gücünden verimli bir şekilde yararlanmak yönetici hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biridir. Yönetici hemşireler veriye dayalı hemşire insan gücü planlaması yapabilmek için geçerli ve güvenilir araçlar olarak hasta sınıflandırma sistemlerinden yararlanmaktadır (Yıldırım 2002; Perroca ve Ek 2007a; Rauhala 2008; Perroca 2013).

Hasta sınıflandırma sistemi, hastaların gereksinimi olan bakım saatine göre sınıflandırması ve bu bakımı sağlayacak yetkinlikte hemşire iş gücünün görevlendirilmesini sağlayan sistemdir. Hasta sınıflandırma sistemi kullanılarak günlük hasta sınıflandırma bilgilerinin kaydı ve bununla ilişkili hastaya verilen bakım uygulamalarının takibi, hasta bakım sonuçlarının takibi, kısa ve uzun dönemli hemşire insan gücü planlaması, personel ve hasta maliyetlerinin belirlenmesi, servisin aylık hasta profilinin takibi, hastanın hastanede kalış süresi, hemşirelik tanıları ve tıbbi bakım verileriyle ilgili değerlendirmeler yapılabilmektedir. Ayrıca, farklı birimlerde verilen hemşirelik bakımının niteliği ve niceliği ile ilgili verilerin karşılaştırması yapılabilmektedir.

Hasta sınıflandırma ve hemşire insan gücü planlamaları sonucu belirlenen hemşire-hasta oranları ile bakım çıktılarına ilişkin göstergelerin karşılaştırılması yönetici hemşirelere önemli kanıtlar sağlamaktadır (Kılıçaslan 1998; Perroca ve Ek 2007a).

Hasta sınıflandırma sistemi, 1960'lı yıllardan beri hemşire yöneticiler tarafından kullanılmakta olup doğrudan ve dolaylı hemşirelik bakım gereksinimlerini göstermektedir (Yıldırım 2002). Hastaların doğru sınıflandırılabilmesi için kullanılacak bu ölçeklerin geçerlilik ve güvenirliğinin yapılmış olması gerekir. Hasta sınıflandırma sistemi olarak kullanılan ölçekler, her hastanın bakım gereksinimlerini bireysel olarak değerlendiren geçerlilik ve güvenilirlikte olmalı, hastaların hem doğrudan hem de dolaylı bakım gereksinimlerini ölçebilecek içerikte olmalı, elde edilen puanların insan gücü gereksinimine nasıl dönüştürülebileceğini açıklamalı ve teknolojik sistemlerden yararlanılarak kolayca kullanılabilmelidir (Crouch ve Williams 2006). Literatürde, kısa tanımlama ve kontrol listesi şeklinde olmak üzere iki tip hasta sınıflandırma sisteminden söz edilmektedir (Yıldırım 2002).

Uluslararası literatür incelendiğinde, hasta sınıflandırma sistemi olarak kullanılan, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ölçeklere rastlanmıştır (Levenstam ve Bergbom 1997; Fagerstrom ve ark. 1998; Miranda 1996, 2003; Perroca ve Ek 2007a; Perroca 2013). Türkiye'de yapılan araştırmalara yönelik literatür incelendiğinde ise araştırmalarda kullanılmış ve uygulama alanında denenmiş "Rush Medicus" ve "Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği" ile birlikte "Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi" ve "Hemşirelik Girişimleri Skorlama Sistemi"nin yer aldığı görülmüştür (Kılıçaslan 1998; Büyükkayhan ve ark. 2002; Yıldırım 2000). Bu ölçekler arasından Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı saptanmıştır (Kılıçaslan 1998; Yıldırım 2000) ancak bu çalışma sonuçlarının alanda kullanımına yönelik çalışmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini incelemektir. Bu çalışmanın sonuçları, Türkiye'de hastanelerde hemşirelerin iş yükünü ölçme, hemşire insan gücünü veriye dayalı biçimde planlayabilme ve hemşire insan gücü ile hasta çıktılarını karşılaştırma çalışmalarında kullanılmak üzere geçerli ve güvenilir bir hasta sınıflandırma aracı elde dilmesini sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hasta Sınıflandırma Sisteminin Tanımı

Hasta sınıflandırma sistemi; hastaların 24 saatlik hemşirelik bakım gereksinimlerini belirlemek üzere hastalıklarının şiddeti ve bakım yoğunluğuna göre değerlendiren bir ölçek aracılığı ile sınıflandırılmasını sağlayan bir sistemdir (Rowland ve Rowland 1997; Perroca 2011). Giovannetti 1979'da hasta sınıflandırma sistemini, hastaların belirli bir süre içinde gereksinim duydukları hemşirelik bakımının belirlenmesi şeklinde tanımlamıştır (Giovannetti 1979). Diğer bir tanımlamaya göre hasta sınıflandırma sistemi, en az bakım gereksinimi olan hastadan en çok bakım gereksinimi olan hastaya kadar, hemşirelik bakım gereksinimi çok çeşitli olan hastaların sınıflandırılarak her bir sınıfdaki hastanın 24 saatte kaç saat hemşirelik bakımına gereksinimi olduğunun belirlenmesini ve hastaların bakım gereksinimini karşılamak için serviste çalışması gereken hemşire sayısının hesaplanmasını sağlayan bir sistemdir (Ekici 2013). Malloch ve Conovaloff (1999) ise hasta sınıflandırma sistemini, hastaların bakım gereksiniminin belirlenmesi ve gerekli hemşire iş gücünün yönetilebilmesi için hasta başına düşen hemşire sayısını belirlemek olarak tanımlamıştır.

Hasta sınıflandırma sistemleri, kısa ve uzun dönemli hemşire insan gücü planlaması ve hemşire verimliliğinin ölçülmesinde kullanılmaktadır (Yıldırım 2002; Perroca 2009). Hasta sınıflandırma sistemi kullanılarak günlük hasta sınıflandırma bilgileri kaydedilmekte, hastaya verilen bakım uygulamaları ve sonuçları izlenebilmekte, servisin aylık hasta profili, hastanın hastanede kalış süresi, hemşirelik tanıları ve tıbbi bakım verileriyle ilgili değerlendirmeler yapılabilmektedir (Perroca ve Ek 2007a). Bu sistemler, hastaların değişen bakım gereksinimlerinin günlük olarak izlenmesini sağlamakta ve istenen nitelikte bakımın sunulabilmesi için gerekli hemşire

insan gücünün sayısı, niteliği ve maliyetinin belirlenmesinde yönetici hemşirelere veri oluşturmaktadır (De Groot 1989a; 1989b). Diğer bir deyişle, her bir ünitedeki hemşire insan gücü planlamasının günlük olarak hasta gereksinimlerine göre daha etkin bir şekilde yapılmasını, gerektiğinde ilave hemşire insan gücü gereksiniminin belirlenmesini ve günlük olarak hemşirelik ekibi içinde hasta gereksinimlerine göre gerekli yer değiştirmelerin planlanmasını sağlamaktadır. Böylece, bakım kalitesinin garanti altına alınmasında ve maliyetlerin kontrol altında tutulmasında önemli bir katkı oluşturmaktadır (Abreu ve ark. 2014).

2.2. Hasta Sınıflandırma Sistemlerinin Tarihçesi ve Tipleri

Hasta sınıflandırma sistemleri Rauhala'nın (2008) bildirimine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 1950'lerde geliştirilmeye başlanmıştır. Bu sistemlerin geliştirilmesinin ilk amacı hasta bakım gereksinimleri ile mevcut hemşire sayılarını karşılaştırmak ve her bir vardiyadaki hemşire sayısını belirlemektir. İlk hasta sınıflandırma sistemi 1960'larda John Hopkins Üniversitesi ve çevresindeki hastanelerde kullanılmıştır (De Groot 1994). Hasta sınıflandırma sistemleri Amerika Birleşik Devletleri, Brezilya, Kanada ve bazı Avrupa ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Rowland ve Rowland 1997; Fagerstrom ve ark. 2000; Hall ve ark. 2007; Perroca ve Ek 2007).

Geçmişten günümüze geliştirilen üç kuşak hasta sınıflandırma sistemi bulunmaktadır. Bunlardan ilki, hastanın hemşireye bağımlılığını üç veya dört grupta tanımlamaya dayanan ve "prototip" sınıflandırma yapan ölçeklerdir. Bu gruba örnek olarak Rowland Hasta Sınıflandırma Ölçeği verilebilir. İkinci kuşak hasta sınıflandırma sisteminde; hastaların hemşireye bağımlığını yansıtan önemli göstergeler seçilmekte, bu göstergelere verilen puanlar aracılığı ile hemşire iş yükü ortaya konmaktadır. Bu gruba örnek olarak, Rush Medikus ve Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği verilebilir. Üçüncü kuşak hasta sınıflandırma sistemi ise hastanın bilişsel durumu, emosyonel durumu, ilaç tedavileri, disiplinler arası koordinasyon, ailenin bilgi gereksinimi, taburcu

ve transfer etme uygulamaları, hastanenin hastaneden çıktıktan sonraki durumu, kendi kendine bakımı ve hasta ailesinin bakıma katılımı gibi kapsamlı hasta bakımı ile ilgili tüm bakım alanlarının dikkate alınarak bakım gereksinimlerinin belirlendiği bir yöntemdir (Mallocch et al.1999). Tanımlayıcı (prototip) hasta sınıflandırma sistemleri, HSS'nin geliştirilmeye başladığı ilk yıllarda yaygın olarak kullanılırken, 1990'larda kontrol listesi şeklindeki hasta sınıflandırma sistemlerinin kullanımı artmıştır (Rowland and Rowland 1997).

Hastaların doğru sınıflandırılması ve hemşire iş gücünün doğru planlanabilmesi için hasta sınıflandırmada kullanılan ölçeklerin her hastanın bakım gereksinimlerine göre hastaları sınıflandıran geçerlilik ve güvenilirlikte olması, teknolojik sistemlerden yararlanılarak kullanılabilmesi, tüm yataklı servislere uyarlanılabilmesi gerekir. Sağlık kurumlarında ya da ünitelerde, hastaların tipi, bakım gereksinimleri ve hastaya verilen hemşirelik bakımının çeşitliliği değişebildiğinden hasta sınıflandırma ölçeğinin kurumda geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi ve her sınıf için gerekli bakım süresinin ölçülmesi önemlidir (Yıldırım 2002; Türkmen 2014).

2.2.1. Tanımlayıcı (Kısa Tanımlama-Prototip) Hasta Sınıflandırma Sistemi

Kısa tanımlama şeklinde olan HSS, hastanın hemşireye bağımlılığını üç ya da dört grupta tanımlamaya dayanan ve "prototip" sınıflandırma yapan ölçekleri içermektedir. Bu HSS'de, her bir sınıf için belirli kritik göstergeler bulunmakta ve yapılacak hemşirelik aktiviteleri kapsamlı bir şekilde tanımlanmaktadır. Bu kritik göstergeler ile hastalar aynı anda bütün bakım gereksinimleri dikkate alınarak bakım gereksinimini en iyi tanımlayan sınıf seçilmektedir. Böylece, hangi hastanın daha çok ve hangi hastanın daha az bakım gereksinimi olduğu belirlenmektedir. Örneğin; günlük yaşam aktivitelerini kendi kendine yerine getiren, ilaç sayısı ve izlem sıklığı az olan hastalar sınıf 1'de; altı saatte bir ilacı olan ve belli aralıklarla tedavi ve eğitim

gereksinimi olan hastalar sınıf 2'de; kesin yatak istirahatı gerektiren, iki veya dört saatte bir gözlem ve tedavisi olan hastalar sınıf 3'de; aktivitesi kesin olarak kısıtlanmış ve sürekli gözlem, tedavi ve eğitim gereksinimi olan hastalar sınıf 4'de yer almaktadır (Rowland ve Rowland 1997).

Rauhala'nın (2008) bildirdiğine göre tanımlayıcı hasta sınıflandırma sisteminin uygulanması kolay ve uygulama süresi kısa olmakla birlikte, bu sistemin hastanın gereksinim duyduğu hemşirelik bakım saatini doğru bir şekilde yansıtmadığı bildirilmektedir Bu sınıflandırma sisteminde hastaların sınıfı değerlendirmeyi yapan kişiye göre değişebilmekte ve değerlendiriciler arasındaki güvenilirlik düşük olabilmektedir. Örneğin, iki bağımsız değerlendirici aynı hastayı farklı sınıfa yerleştirebilmektedir. Çünkü, hastalar sınıf içinde belirtilen hemşirelik bakım gereksinimlerinin tümünü karşılamak zorunda değildir. Eğer hasta her iki sınıfa da uyuyorsa, hemşire hasta için en uygun olduğunu düşündüğü ya da hastayı en iyi tanımlayan sınıfı seçmektedir (Rowland and Rowland 1997).

2.2.2. Kontrol Listesi Şeklinde Hasta Sınıflandırma Sistemi

Kontrol listesi şeklinde HSS en çok kullanılan sistemdir. Hastaların her gün veya her vardiyada değerlendirildiği objektif bir yöntemdir. Bu HSS'de hastaların bakım gereksinimleri içinde yer alan önemli göstergeler ya da bakım alanları belirlenir. Oluşturulan bakım alanları ya da göstergelerine ilişkin hastaların iş yükleri dikkate alınarak alt tanımları ve puanları belirlenir. Diğer bir deyişle, her bir bakım alanı hastanın hemşireye gereksinimine göre kendi içinde sınıflanır ve/veya puanlanır. Örneğin; beslenme, hareket, eğitim, tedavi uygulamaları, boşaltım gibi bakım alanları tanımlanır. Her bir bakım alanına ilişkin tanımlanan puanlar toplanır; elde edilen toplam puan ile hastanın sınıfı belirlenir. Ancak, bu yöntemin kullanılabilmesi için öncelikli olarak hasta sınıfları için puan aralığı oluşturulur. Her bir hasta sınıfı için

hastanın hemşireye bağımlılık düzeyi dikkate alınarak hemşire iş yükü ölçülür (Fagerstrom 1998; Perroca ve Ek 2007a).

Rauhala'nın (2008) bildirimine göre kontrol listesi şeklinde HSS'ye ilişkin birçok ölçek vardır; ancak bu ölçeklerin çoğu hastaların fiziksel gereksinimlerine yöneliktir. Kontrol listesi şeklinde olan hasta sınıflandırma sistemlerine örnek olarak Rush Medicus, Cheltenham, Oulu, Zebra, Perroca HSS gösterilebilmektedir. Bu tip HSS, tanımlayıcı tipteki HSS'ye göre değerlendirmeyi yapan hemşirelerin daha fazla zamanının almakla birlikte, daha tarafsız bir değerlendirme sağlamaktadır (Rowland ve Rowland 1997). Ayrıca bu tip HSS'de göstergelerin iyi seçilmemesi eksik ve yanlış değerlendirmelerin yapılmasına neden olabilir (Bernat ve Fisher 2008).

2.3. Hasta Sınıflandırma Sistemi Örnekleri

Hastaların doğru sınıflandırılması ve hemşire iş gücünün doğru planlanabilmesi için geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiş hasta sınıflandırma ölçekleri kullanılması gerekmektedir. Türkiye'de araştırmalarda kullanılmış ve uygulamalarda denenmiş hasta sınıflandırma sistemine yönelik örnekler; Rush Medicus ve Cheltenham HSS ile birlikte Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi (TGSS=Therapheutic Intervention Scoring System=TISS), Hemşirelik Girişimleri Skoru (Nursing Activities Score=NAS) bulunmaktadır. Bu bölümde literatürde yer alan HSS örneklerine yer verilmiştir.

2.3.1. Rush Medikus Hasta Sınıflandırma Sistemi

Rush Medicus HSS, Middleton'ın (1998) bildirimine göre Amerika Birleşik Devletlerinde 1972 yılında hemşire iş gücü ile hasta bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. 1992'de bu sistemin İsviçre formu oluşturulmuş; psikiyatri ve akut bakım alanlarında kullanılmıştır (Perroca ve Ek, 2007b). Ülkemizde hemşirelik eğitim ve araştırmalarında

kullanılmakla birlikte (Büyükkayhan ve ark, 2002; Danış ve ark., 2003; Eroğlu,2011; Zaybak ve ark 2014) Türkçe literatürde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına rastlanmamıştır.

Rush Medikus HSS'de bakım alanı çeşitliliğine göre bir sınıflandırma yapılmış olup 29 bakım alanı bulunmaktadır. Bunlar; hastanın yemek yeme, hijyen, hareket durumu, mental durumu, tedavi girişimleri gibi bakım alanlarını ve hastanın yeterlilik düzeyini tanımlamaktadır. Her bakım tanımıyla ilgili hastanın ihtiyacı olan hemşirelik bakımı, en az olandan (kendi kendine beslenebilir/ kendi kendine yemek yiyebilir), en fazla olana (4 saatte bir nazogastrik tüp ile besleme) kadar alt tanımları yapılır. Her bir sınıftaki hastanın 24 saatin ne kadarında (kaç saat) hemşirelik bakımına gereksinimi olduğu belirlenmiştir ve bu hastaların optimal bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere bakım tanımı oluşturulmuştur (Velioğlu, 1993).

Rush Medikus HSS'de her bakım alanın farklı bir puanı bulunmaktadır (Tablo 1). Hemşire tarafından, her hasta için uygulama tablosunda yer alan bakım alanları takip edilerek, hastaya uygun bakım tanımı puanları işaretlenir ve her hastanın toplam puanı belirlenir. Hastanın bağımlılık düzeyini, işaretlenen toplam bakım puanı belirler. Hastaların bağımlılık düzeylerine göre yapılan sınıflandırma grupları aşağıda verilmiştir;

- Bağımsız hasta (Tip 1) 0–24
- Alt Düzey bağımlı hasta (Tip 2) 25–48
- Orta Düzey bağımlı hasta (Tip 3) 49–120
- Üst düzey bağımlı hasta (Tip 4) 121 puan ve üstü olarak sınıflandırılır (Velioğlu, 1993).

Hastanelerde hasta bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi ile hemşire iş yükü ölçümlerinin yapılması, gerekli olan hemşire sayısının saptanması, ünite özelliklerinin ve ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve hasta profilinin belirlenmesi

hata riskini azaltabilmektedir. Eroğlu (2011) yaptığı çalışmada, hata risk derecelerinin hasta bağımlılık düzeyine göre dağılımlarını incelediğinde, tüm risk derecelerinde orta düzey (Tip 3) hastaların %59.3 sıklıkla, üst düzey (Tip 4) hastaların %32.6 sıklıkla, alt düzey (Tip 1) hastaların ise %8.1 sıklıkla hataya maruz kaldıklarını belirtmiştir. Hata risk dereceleri ile hasta bağımlılık düzeyi arasında fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğunu belirtmiştir.

Tablo1. Rush Medikus Hasta Sınıflandırma Ölçeği

uan	İşlemler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3	Kabul edilme																				
2	Taburcu edilme																				
24	Şuursuz																				
18	İnkontinans																				
15	Oryantasyonu bozuk																				
12	Körlük veya ileri derecede görme boz.																				
9	İzolasyon																				
9	Kısmi hareketsizlik																				
24	Tam hareketsizlik																				
24	Monitöre bağlı																				
24	Respiratöre bağlı																				
24	Kapsamlı yara/deri bakımı																				
6	Trakeostomi																				
10	Yatak istirahati																				
5	Yardımla kalkar																				
3	Yardımla banyo yapar																				
4	Total banyo																				
3	Yardımla beslenme (tüp/oral)																				
10	Tamamen beslenme (tüp/oral)																				
2	Aldığı-çıkardığı izlemi																				
2	Örnek toplanması																				
8	Tüp bakımı																				
6	Oksijen terapi																				
12	2st ara veya daha sık vital bulgu																				
12	İ.V. Girişimler																				
12	Özel eğitim gerekli																				
12	Özel emosyonel destek																				
3	Tanı testleri hazırlığı																				
	TOTAL																				

Velioğlu, P. (1993). Yönetime Yardımcı Teknikler. Bildirici, Z. (der.). Sağlık Kurumları Yönetimi. T.C. Anadolu Ü. Yayınları, No:175: Açıköğretim Fakültesi Yayınları, No:351 Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, s:1

2.3.2 Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği

Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği, hastaların 24 saatlik bakım gereksinimleri ele alınarak Cheltenham tarafından 1984'de ABD'de geliştirilmiştir. Bu ölçeğin, Türkiye'de geçerlilik ve güvenirlilik çalışmaları Yıldırım tarafından 2000 yılında yapılmıştır. Ölçek dört ana bakım kriterinden oluşmaktadır. Bu bakım kriterleri;

- Hareket
- Hijyen
- Beslenme
- Mental durumdur.

Her bakım kriteri, hastanın bakım ihtiyacına göre 0 ile 4 arasında puanlanır; hastanın aldığı puan artıkça bağımlılık düzeyi de artar. Hasta, aldığı toplam puana göre sınıflandırılır. Hareket bakım kriterinde; bağımsız hasta 1 puan alırken, ayağa kalkamayan, kesin yatak istirahatında bulunan hasta 4 puan almaktadır. Hijyen bakım kriterinde; kendi kendine hijyen ihtiyacını karşılayabilen hasta 1 puan alırken, hijyenik ihtiyaçların karşılanmasında hemşireye tam bağımlı hasta 4 puan almaktadır. Beslenme bakım kriterinde; kendi yemeğini yiyebilen hasta 1 puan, hemşire tarafından beslenen veya saatlik sıvı kısıtlaması yapılan hasta 4 puan almaktadır. Mental durumda; oryantasyonu tam olan ve hemşireye ihtiyacı olmayan hasta 0 puan, oryantasyonu tamamen bozuk olan ve yakın gözlem gerektiren hasta 4 puan almaktadır. Sınıflandırma sonucunda; 1-3 puan arası Tip 1 hasta, 4-7 puan arası Tip 2 hasta, 8-11 puan arası Tip 3 hasta, 12-16 puan arası Tip 4 hastadır (Tablo 2) (Yıldırım 2000).

Yıldırım 2000'de yaptığı çalışmada, iki farklı hastanede hasta tiplerine göre hemşire bakım sürelerini ölçmüştür. Bu çalışmada, hasta tiplerine göre hemşirelik bakım sürelerinin farklı hastanelerde değişkenlik gösterdiğini

bulunmuştur.Hastanelere göre bakım süreleri değişkenlik gösterdiği için hemşire iş gücü planlaması yapılırken hasta tiplerine göre gerekli bakım sürelerinin hastaneye özgü olarak hesaplanması gerektiği sonucuna varılmıştır (Yıldırım 2000).

Tablo 2: Cheltenham Hasta Sınıflandırma Ölçeği

Puanlar	Hareket / Mobilizasyon	Hijyen	Yemek yeme	Mental durum	Toplam puan	Bakım grubu
0	-	-	-	Hemşireye ihtiyacı yok (Zamana ve çevreye oryante)		
1	Bağımsız	Kendi kendine banyo yapabilir/ yıkanabilir	Kendi kendine yiyebilir.	-	**1-3**	**1**
2	Bir hemşirenin yardımına ihtiyacı var	Bir hemşirenin yardımına ihtiyacı var	Yiyecekleri parçalamak için bir hemşireye ihtiyaç duyar	Bazen dengesiz	**4-7**	**2**
3	İki hemşirenin yardımına ihtiyacı var	İnkontinent (miksiyon kontrolü yok)idar sondası var	Nazogastrik yolla beslenme	-	**8-11**	**3**
4	Sedye/sandalye ile dolaşır. Kesin yatak istirahatinde/ ayağa kalkamaz.	Altına bez konuyor/İki hemşireye ihtiyacı var. (Defekasyon ve miksiyon kontrolü yok)	IV sıvı ile besleniyor/ total parenteral beslenme (TPN)	Yakın gözlem (oryantasyonu tamamen bozuk)	**12-16**	**4**

Yıldırım, D. (2000). Hasta Sınıflandırma Skalası Oluşturma, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

2.3.3. Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi (TGSS)

Miranda'nın (1996) bildirimine göre, Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi-76, 1974 yılında Cullen ve arkadaşları tarafından yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelik hizmetinin hastanedeki diğer ünitelerinde hemşire iş yükünü ölçmek ve hemşire gereksiniminin belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. 1983 yılında Knee ve Cullen tarafından yenilenmiş yine Cullen ve arkadaşları tarafından yoğun bakım üniteleri dışında diğer ünitelerde kullanılabilir olduğu gösterilmiştir. 1996 yılında Miranda tarafından TGSS-76 sadeleştirerek TGSS-28 oluşturulmuştur. Bu çalışmada, Miranda bir hemşirenin günlük çalışma

saatinde 1 TGSS puanının 10 dakika hemşire zamanına denk geldiğini saptamıştır (Miranda 1996). Miranda ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan çalışmada yoğun bakım ünitesinde hemşirelerin zamanını alan tüm aktiviteler TGSS ile birlikte değerlendirilmiş; elde edilen sonuçlar hemşirelik aktiviteleri skoru (Nursing Activities Score=NAS) olarak yeniden adlandırılmıştır.

Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi, temel aktiviteler, ventilatör desteği, kardiyovasküler destek, renal destek, nörolojik destek, metabolik destek ve özel girişimler olmak üzere yedi ana başlık altında toplanmıştır. TGSS puanları ise dört grupta sınıflandırılmıştır (Miranda 1996) (Tablo 3).

- Sınıf I, 0-19
- Sınıf II, 20-35
- Sınıf III, 35-60
- Sınıf IV, 60↑

Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi verileri, her gün aynı saatte ve aynı gözlemci tarafından 24 saatin sonunda doldurulmalıdır. Hastanın yoğun bakıma kabulü ve taburculuğunda veriler toplanmalıdır. Miranda ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde, bir hemşirenin toplan 46 TGSS puanına karşılık gelen bir hastaya-hastalara bakım verebileceğini bulmuştur.

Kılıçaslan 1998'de yaptığı çalışmada, iş örneklemesi yöntemi kullanarak yoğun bakım hemşire aktivitelerine harcanan zaman ve TGSS puanı ile bağlantı kurarak 1 TGSS puanı için hemşire aktivitelerine harcanan zaman ve bir hemşirenin kaç TGSS puanlık hastaya bakım verebileceğini hesaplamıştır.

Bir TGSS puanın 11.88 dakikaya karşılık geldiğini ve sekiz saatlik vardiyada 44 TGSS puanlık hastaya-hastalara bakım verebileceğini bulmuştur (Kılıçaslan 1998).

Tablo 3.Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi Ölçeği

Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi(TGSS)-28 Formu	**Puanlar**
I.Temel Aktiviteler	
Standart izleme, saat başı yaşam bulguları, sıvı dengesinin düzenli kaydı ve hesaplanması	5
Laboratuvar. Biyokimya ve mikrobiyolojik incelemeler	1
Tek ilaç, İntravenöz, intramusküler, subcutan ve/veya oral (gastrik tüp ile)	2
Birden fazla IV ilaç. Birden fazla ilaç; Tek doz veya sürekli enjeksiyonlar	3
Rutin pansuman değiştirme. Bası yarası önleme, bakımı ve günlük pansuman değişimi	1
Sık pansuman değiştirme. Sık pansuman değişimi (Her şiftte en az birkez) ve/veya yoğun yara bakımı	1
Tüp drenlerin bakımı (Gastrik tüp dışında)	3
II.Ventilatör desteği	
Mekanik ventilasyon; Herhangi bir ventilasyon tipi/asiste ventilasyon; PEEP(positive end-expriratort pressure)'li ya da PEEP'siz, kas gevşeticili ya da kas gevşeticisiz; PEEP'li spontan solunum.	5
İlave oksijen desteği. PEEP olmadan endotrakeal tüple spontan solunum; Mekanik ventilasyon parametlerinin dışındaki herhangi bir metod ile ilave oksijen verilmesi.	2
Yapay hava yolları bakımı. Endotrakeal tüp veya trakeostomi	1
Akciğer fonksiyonlarının düzeltilmesi için tedavi. Göğüs fizyoterapisi, sipirometre(woldime)inhalasyon terapisi, intratrakeal aspirasyon.	1
III. Kardiyovasküler Destek	
Tek vazoaktif ilaç veya herhangi bir vazoaktif ilaç	3
Birden çok vazoaktif ilaç. Tip ve doz önemli olmadan vazoaktif ilaç.	4
Fazla miktarda sıvı kayıplarında intravenöz replasman. Tip ve dozu ne olursa olsungünde>3lt<m3 sıvı verilmesi	4
Periferik arteriyel kateter	5
Sol atriyum monitorizasyonu. Kardiyak out-put ölçümü olsun ya da olmasın pulmoner arter kateteri	8
Santral venöz kateter	2
Arrest sonrası kardiopulmoner resusitasyon (son 24 saat içinde prekardial vuru dahil değil)	3
IV.Renal destek	
Hemofiltrasyon teknikleri. Diyaliz teknikleri.	3
İdrar miktarının ölçümü	2
Aktif diürez(Günde kiloya>0.5 mg/kg üzerinde frusemid alıyorsa)	3
V. Nörolojik Destek	
İntrakranial basınç ölçümü	4
VI. Metabolik Destek	
Komplike metabolik asidoz/alkoloz tedavisi	4
İntravenöz hiperalimentasyon(TPN)	3
Enteral beslenme. Gastrik tüp veya diğer gastrointestinal yollarla(Jejunostomi gibi)	2
VII. Özel Girişimler	
Yoğun bakım ünitesinde tek özel girşim, nazo veya orotrakeal entübasyon, pacemaker, kardiyoversiyon, endoskopiler, son 24 saat içinde acil cerrahi girişim, gastrik lavaj. Radyoterapi, ekokardiyografi, ekokardiyogram, pansuman ya da arteriyel katetr uygulaması gibi hastanın durumundaki değişikliğe bağlı olmayan rutin girşimler bu grupta puanlanamaz.	3
Yukarıda tanımlanan işlemlerin birden fazla yapılması	5
Yoğun bakım ünitesi dışında yapılması gereken özel girişimler, ameliyatlar veya tanı koyucu işlemler.	5

Kılıçaslan, N. (1998). Yoğun Bakımda Hemşire Aktivitelerine Harcanan Zamanların Saptanması Ve Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi, Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

2.3.4. Oulu Hasta Sınıflandırma Ölçeği

Oulu Hasta Sınıflandırma (OHS) Ölçeği, Fagerstrom ve arkadaşlarının bildirimine göre, 1995 yılında Finlandiya - Oulu Üniversite Hastanesi'nde, Kaustinen tarafından Kanada'daki Hastane Sistemleri Çalışma Grubu'nun yaptığı çalışmalar temel alınarak geliştirilmiştir (Fagerstrom ve diğ 2000). Bu ölçek, hazırlanırken hastaların günlük yaşam aktivitelerine ilişkin destek gereksinimleri ile birlikte psikolojik gereksinimleri bağdaştırılmış, bütüncül bakım önem verilmiş ve bu gereksinimler ile hemşirelerin bakım aktiviteleri bütünleştirilmiştir. Ölçekte yer alan altı bakım alanı aşağıda verilmiştir (Fagerstrom ve diğ 1998):

- Planlama ve bakımın koordinasyonu
- Solunum, kan dolaşımı ve hastalık belirtileri
- Beslenme ve tedavi
- Kişisel hijyen ve boşaltım
- Aktivite, uyku ve dinlenme
- Eğitim, rehberlik ve emosyonel destek

Oulu Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nde hastalar her 24 saatte bir aynı saatte değerlendirilmektedir. Ölçekteki her bir bakım alanı için hastalar; "A (1 puan), gereksinimlerini kendisi karşılayan hasta; B (2 puan), nadiren bakıma gereksinimi olan hasta; C, sıkıkla bakıma gereksinimi olan hasta; D, tamamen hemşireye bağımlı olan hasta" şeklinde sınıflandırılmaktadır. Hastaların aldığı puan arttıkça hemşireye olan bağımlılık düzeyi de artmaktadır. Hastalar; ölçekten en düşük 6, en yüksek 24 puan almakta olup aldıkları puana göre dört sınıfa ayrılmaktadırlar (Fagerstrom ve diğ 1998; Fagerstrom ve diğ 2000; Rauhala 2008).

- Sınıf I hasta, minimal düzeyde bakım (6-8 puan)
- Sınıf II hasta, orta düzeyde bakım (9-12 puan)
- Sınıf III hasta, ortalamanın üstü bakım (13-15 puan)
- Sınıf IV hasta, yoğun bakım (16-24 puan)

Oulu Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Finlandiya'da hastanelerin yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetlerinde de kullanılmaktadır. Frilund ve Fagerstrom 2004'de Doğu Finlandiya'da yaptığı çalışmada, Oulu HS Ölçeği'nin birinci basamak sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda (N=1722) geçerlilik ve güvenilirliğini test etmiş ve yaşlı hastalarda ölçeğin kullanılabileceği sonucuna varmıştır (Frilund ve Fagerstrom 2009). Ayrıca Jussila ve Paloste'nin 2009 yılında yaptıkları çalışmada, Oulu HS'nin radyoterapi alan kanser hastalarının hemşirelik bakım ihtiyaçlarını değerlendirmek için kullanılmış ve hastalar için uygun bir HSS ölçeği olduğu belirtilmiştir (Jussila ve Paloste, 2009). Yapılan literatür taramasında ölçeğin Türkiye'de kullanıldığına dair bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2.3.5. Zebra Hasta Sınıflandırma Sistemi

Zebra Hasta Sınıflandırma Sistemi, 1980'de Levenstam ve Bergbom tarafından artan hemşirelik bakım ihtiyacı nedeniyle geliştirilmiştir (Levenstam ve Bergbom 1997). Zebra HSS ölçeğinin hijyen, beslenme, gözlem (vital bulgular gibi), mobilizasyon, kontrol edilemeyen çıktılar olmak üzere altı farklı bakım alanı bulunmaktadır. Bakım alanları hastanın hemşireye bağımlılık düzeyine göre gruplandırılır. Örneğin; Hijyen "A" hijyenini kendi sağlar, hemşire bakımına ihtiyacı yoktur, hijyen "B" sıklıkla hijyenini sağlamada hemşireye ihtiyaç duyar, hijyen "C" hijyeni ile ilgili tüm uygulamalarda hemşire bakımına ihtiyaç duyar. Her bir bakım alanı değerlendirildikten sonra hemşirelik bakımı sınıflandırılır (Levenstam ve Bergbom 2011) .

- Sınıf 1; hasta günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilir, fakat tedavi ve ilaçlar hakkında bilgiye gereksinimi vardır.
- Sınıf 2; günlük yaşam aktivitelerinin bazılarını yerine getirirken yardıma ve ilaç, tedavi hakkında bilgiye ihtiyacı vardır.
- Sınıf 3; günlük yaşam aktivitelerinin çoğunu yerine getirmede yardıma ve ilaç, tedavi hakkında artmış bilgiye ihtiyacı vardır.
- Sınıf 4; yoğun hemşirelik bakımına ihtiyacı vardır

Yirmibirinci yüzyılın başlarında Zebra Sistemi geliştirilmiştir. Bu sistem yeterli personel sayısını belirlemek için değil, neden iki farklı ünitede yatak sayısı ve personel sayısı aynı olduğu halde hemşire iş yükü farklıdır sorusunu açıklamak için geliştirilmiştir. Sistem, hasta sınıflandırma, güncel personel sayısı ve tahmini, kalite izlemi, etkinlik çalışması olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Yönetici hemşirelerin hemşirelik bakımı ve personel sayısını birimler arası karşılaştırabileceği bir sistem şekline dönüşmüştür (Levenstam ve Bergbom 2011). Yapılan literatür taramasında ölçeğin Türkiye'de kullanıldığına dair bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2.3.6 Acil Servislerde Kullanılan Hasta Sınıflandırma Sistemi

Acil servisler, günlük hasta yatış ve çıkışlarının çok fazla olduğu, hastaların klinik tablolarının hızlı değişkenlik gösterdiği birimlerdir. Bu birimlerde çalışan hemşirelerden üst düzeyde bakım beklenmekte, istenilen bakımın karşılanabilmesi için yeterli hemşire sayısının saptanması gerekmektedir. William 2006'da yaptığı çalışmada, acil birimlerde kullanılan hasta sınıflandırma sistmelerini incelemiş; geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiş hasta sınıflandırma sistemleri olarak üç ölçeğe ulaşmıştır.

- Acil Servis Hasta Gereksinimleri Matriksi(Emergency Department Patient Needs Matrix)
- Conner Ölçeği/Aracı (Conner's Tool)
- Jones Bağımlılık Ölçeği/Aracı (Jones Dependency Tool)

Bu ölçek ya da araçlardan Jones Bağımlılık Ölçeği'nin kullanımı Amerikan Acil Hemşireler Derneği (Emergency Nurses Asssociaton=ENA) tarafından önerilmektedir. Yapılan literatür taramasında ölçeğin Türkiye'de kullanıldığına dair bir çalışmaya rastlanmamıştır.

2.4. Perroca Hasta Sınıflandırma Sistemi

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği 1990'da Perroca tarafından Brezilya'da hemşirelik bakım alanlarını tanımlamak ve hemşire iş yükünü ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Perroca tarafından 2011 yılında ölçek yenilenmiş olup özgün ölçekde 13 hemşirelik bakım alanı bulunmaktadır. Bunlar;

- Mental durum ve bilinç düzeyi
- Solunum ve oksijenasyon
- Yaşam bulguları
- Beslenme ve hidrasyon
- Hareket
- Egzersiz
- Kişisel hijyen
- Eliminasyon
- Tedavi
- Sağlık eğitimi
- Tutum ve davranış
- İletişim
- Cilt bütünlüğüdür.

Her bir bakım alanı için puanlama 1 (en az hemşirelik bakım gereksinimi) – 5 (en fazla hemşirelik bakım gereksinimi) şeklinde yapılır. Her bir bakım alanından elde edilen puanlar toplanarak ölçek puanı elde edilir. Toplam puan en az 13, en fazla 65 üzerinden hastalar aşağıda belirtildiği şekilde dört bakım sınıfına ayrılır (Perroca1990).

- En az bakım gereksinimi olan hasta (13-26 puan)
- Orta düzey bakım gereksinimi olan hasta (27-39 puan)
- Orta düzey üstü bakım gereksinimi olan hasta (40-52 puan)
- Yoğun bakım gereksimi olan hasta (53-65 puan)

Perroca ve Ek tarafından 2007 yılında Perroca HSS Ölçeği ve diğer HSS ölçeklerinin karşılaştırılmasına yönelik iki çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan birinde 85 hasta üzerinde Perroca HSS Ölçeği ile Beakte HSS Ölçeği'nin hasta bakım gereksinimlerini ne derecede benzer ölçtüğü değerlendirilmiştir. Her iki ölçeğin toplam puan korelasyon katsayısı .83 ve sınıflandırma korelasyon katsayısı ise .80 saptanmıştır. Her iki sınıflandırma ölçeği ile elde edilen veriler kappa analizi ile değerlendirilmiş ve kappa katsayısı .60 bulunmuştur. Bu verilere göre iki sınıflandırma sisteminin hasta bakım gereksinimlerini orta düzeyde benzer ölçtüğü belirtilmiştir (Perroca ve Ek, 2007a). Perroca ve Ek'in 2007'de yaptığı diğer çalışmada ise 128 yönetici hemşirenin Zebra, Beakta, Rush Medicus ve diğer kullanılan HSS ölçeklerine ilişkin memnuniyeti değerlendirilmiştir. Yönetici hemşireler, bu HSS ölçekleri arasından en çok Zebra ve Beakta ölçeğini kullandığını bildirmiştir. Ayrıca, bu ölçeklerin daha etkin kullanımı için hemşirelerin hastalara ne kadar zaman ayırması gerektiğine yönelik ölçümlerin yapılmasının faydalı olacağını iletmiştir (Perroca ve Ek, 2007b).

Perroca'nın bildirimine göre (2011) HSS ile ilgili yürüttüğü çalışmalarda ölçeğin hemşirelik bakım alanlarını yeterli derecede ölçmediğine dair

hemşirelerden geri bildirimler almıştır. Çalışmalar sonucunda hemşirelik bakım alanlarının azaltılması ve bakım alanlarına yönelik faktörlerin eklenmesi önerilmiştir. Bu öneriler doğrultusunda içerik güncellemiş ve sınıflandırma ölçeği yenilenmiştir.

Perroca HSS Ölçeği'nin yenilenmesinde beş klinisyen ve beş akademisyen hemşire olmak üzere 10 uzmanın görüşü alınmıştır. Uzman kişiler delphi tekniği ile ölçeği değerlendirmiş; bazı bakım alanları ölçekten çıkarılmış bazılarının içerikleri birleştirilmiştir. Ölçeğin özgün halinde 13 olan bakım alanı sayısı yeni versiyonunda dokuza düşürülmüştür. Bakım alanları için kapsam geçerliliği %80-96 arasında bulunmuştur. Ölçekte yer alan dokuz bakım alanı aşağıda verilmiştir (Perroca 2011).

- Bakım sürecinin planlanması ve koordine edilmesi
- Tetkik, gözlem ve takip
- Kişisel hijyen ve boşaltım
- Deri ve mukoza bütünlüğü
- Beslenme ve hidrasyon
- Hareket ve egzersiz tedavisi
- Tedavi ve ilaç uygulamaları
- Emosyonel destek
- Sağlık eğitimi ve danışmanlık

Her bir bakım alanı için puanlama 1 (en az hemşirelik bakım gereksinimi) – 4 (en fazla hemşirelik bakım gereksinimi) şeklinde yapılır. Her bir bakım alanından elde edilen puanlar toplanarak ölçek puanı elde edilir. Toplam puan en az 9, en fazla 36 puan üzerinden hastalar aşağıda belirtildiği şekilde dört bakım sınıfına ayrılır. (Perroca 2011).

- En az bakım gereksinimi olan hasta (9-12 puan; minimal bakım)
- Orta düzey bakım gereksinimi olan hasta (13-28 puan)
- Orta düzey üstü bakım gereksinimi olan hasta (19-24 puan; yarı yoğun bakım)
- Yoğun bakım gereksimi olan hasta (25-36 puan)

Perroca HSS Ölçeği'nin psikometrik ölçümleri Perroca tarafından 2013 yılında yapılmış olup bu ölçeğin hemşirelik bakım alanlarını tanımlamada ve hemşire iş yükünü ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bulunmuştur (Perroca 2013).

Perroca HSS ölçeği kullanılarak çeşitli birim ve hasta popülasyonunu içeren çalışmalar yapılmıştır. Souza ve arkadaşları tarafında 2014 yılında 130 yataklı bir onkoloji polikliniğinde Perroca HSS Ölçeği kullanılarak hastalar sınıflandırılmış; iş örneklemesi (1487 iş örnekleme) yöntemiyle hemşirelik girişimleri izlenmiş ve hemşirelik iş yükü ölçümü yapılmıştır. Hemşirelerin yaptıkları işlerin %43.2'sinin dolaylı hasta bakımı, %33.2'sinin doğrudan hasta bakımı, %11.6'sının servis işleri ve %12'sinin ise kişisel gereksinimler olduğu bulunmuştur. Ayrıca hemşire verimliliği değerlendirilmiş ve verimliliğin %88 olduğu belirlenmiştir (Souza ve ark. 2014). Perroca ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan diğer bir çalışmada 315 hastada Perroca HSS kullanılarak hastalar sınıflandırılmış, aynı zamanda bakım veren hemşirelerden hastaların hangi grupta yer aldığını tahmin etmeleri istenmiştir. Her iki grubun sonuçları karşılaştırılmış hastaların bakım gereksinimlerini ölçek ile değerlendirilmenin daha etkin olduğu bulunmuştur (Peeroca 2014).

2.5. Yönetici Hemşirelerin İnsangücü Planlamada Rolü

Yönetici hemşireler, bulundukları kurumun her biriminde tedavi ve bakım almakta olan hastaların gereksinimlerini dikkate alarak kaliteli ve güvenli bakımın verilmesini sağlamaktan sorumludur (American Organization

of Nurse Executives=AONE). Ülkemizde 2010'da yenilenen hemşirelik yönetmeliğine göre yönetici hemşireler, hizmetin etkin ve verimli sunulmasını sağlamak üzere hemşirelik hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi, geliştirilmesi ve kayıt altına alınmasından sorumludur. Ayrıca birimlerde çalışacak hemşire sayısı ve niteliğinin birimlerdeki hastaların bakım gereksinimlerine göre belirlenmesi, hemşirelerin bu planlamalar doğrultusunda görevlendirilmesi, göreve uyumunun sağlanması ve geliştirilmesinden sorumludur Ayrıca hastanelere yönelik Sağlıkta Kalite Standartları 2015 yılında yenilenmiş olup kaliteli ve güvenli hizmetin sunumunda yöneticilere önemli sorumluluklar yüklemektedir (Sağlıkta Kalite Standartları 2015).

Günümüzde sağlık hizmetlerinde olan hızlı değişimler sağlık kurumları yöneticilerinin rol ve sorumluluklarının genişlemesine yol açmıştır. Yöneticilerin karar verme süreçlerinde veriye dayalı yöntemleri kullanması gereği ortaya çıkmıştır (Özcan 2013). Yönetici hemşireler, hemşire insan gücü planlaması yaparken geçerli ve güvenilir araçlar olarak hasta sınıflandırma sistemlerinden yararlanmaktadır. Bu bağlamda uluslararası düzeyde çok sayıda araştırma yapılmış olup literatürde geçerli ve güvenilir olduğu bulunan bazı HSS ölçekleri bulunmaktadır. Bu konuda ülkemizde yapılmış çalışmalar incelendiğinde; az sayıda çalışmaya rastlanmış olup bunların arasında tek bir ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı saptanmıştır ancak bu çalışma sonuçlarının alanda kullanımına yönelik çalışmaya rastlanmamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş metodolojik nitelikte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International=JCI) ve ISO (International Organization for Standardization) tarafından akredite olmuş, İstanbul'da bulunan özel bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Hastane 191 servis yatağı, 36 yoğun bakım yatağı ile hizmet vermektedir. Hastanede genel yoğun bakım(12 yatak), koroner yoğun bakım (11 yatak) ve yenidoğan yoğun bakım (13 yatak) olmak üzere üç yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Dahiliye-cerrahi hastaların yattığı katta üç servis bulunmakta olup toplam 86 yatak yer almaktadır. Hastanenin doluluk oranı ortalama %70-80 arasında değişmektedir. Yatışlar yılın son aylarında artmaktadır. Hastanede ağırlıklı olarak cerrahi ve onkoloji alanında sağlık hizmeti verilmektedir. Genel yoğun bakım ünitesinde 25, koroner yoğun bakım ünitesinde 25, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 11, dahiliye-cerrahi servisinde ise 50 hemşire çalışmaktadır.

Veriler, Eylül-Ekim 2015 tarihleri arasında bu hastanenin yoğun bakım ve bir dahiliye-cerrahi servisinde yatan hastalardan toplanmıştır. Bu üniteler; Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği içeriğinde yer alan dört farklı hasta sınıfının bulunabileceği birimler olması nedeni ile seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı hastanede yatan hastalar oluşturmuştur.

Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizi uygulayabilmek için yeterli örneklem alınması gerekliliği vurgulanmakta ve küçük örneklemlerden hesaplanan korelasyon katsayılarının daha az güvenilir olduğu ifade edilmektedir. Bu yüzden örneklem büyüklüğünün değişken sayısının en az beş katı hatta on katı olması gerektiği belirtilmektedir (Tavşancıl 2005). Bu çalışmada, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nde tanımlanan 9 bakım alanı dikkate alınarak 360 hastaya ulaşılması hedeflenmiş olup araştırmanın örneklemini 27.09.2015-30.10.2015 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı özel hastanenin genel yoğun bakım ünitesi ve dahiliye-cerrahi servisinde en az 24 saat süre ile yatan 300 hasta oluşturmuştur. Bu hastaların %10.7'sini (n= 32) I. Sınıf, %35.7'sinin (n=107) II. Sınıf, %24.3'ünü (n=73) III. Sınıf ve %29.3'ünün ise (n=88) IV. Sınıf hastalar oluşturmaktadır. Örneklemde I sınıf hastaların daha az olmasının nedeni, araştırmanın yapıldığı hastanedeki yataklı birimlere kabul edilen hastalar arasında sınıf I hastalara rastlanamamasıdır.

Değerlendiriciler arası güvenilirlik testi için ise ilave olarak 32 hasta örnekleme dahil edilmiştir.

3.4. Çalışma Materyali

Çalışmada herhangi bir materyal kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırma metodolojik bir çalışma olup bağımlı ve bağımsız değişkenleri yoktur.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak için Sosyo-Demografik Veri Formu ile Perroca tarafından geliştirilen "Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği" olmak üzere iki adet veri formu kullanılmıştır (Ek 1).

3.6.1. Sosyo-Demografik Soru Formu

Sosyo-demografik soru formu hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı ve komorbid hastalıkları olmak üzere dört tanıtıcı sorudan oluşan kısa bir formdur.

3.6.2. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin özgün formunda 13 hemşirelik bakım alanı bulunmakta olup Perroca tarafından 2011 yılında ölçek yenilenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin yeni formu kullanılmıştır. Ölçeğin bu yeni formunda hastanın hemşireye olan bağımlılığını tanımlayan 9 alt boyut bulunmaktadır. Bunlar;

- Bakım sürecinin planlanması ve koordine edilmesi
- Tetkik, gözlem ve takip
- Kişisel hijyen ve boşaltım
- Deri ve mukoza bütünlüğü
- Beslenme ve hidrasyon
- Hareket ve egzersiz tedavisi
- Tedavi ve ilaç uygulamaları
- Emosyonel destek
- Sağlık eğitimi ve danışmanlık

Her bir bakım alanı için puanlama 1 (en az hemşirelik bakım gereksinimi) ile 4 (en fazla hemşirelik bakım gereksinimi) arasında tanımlanmış ifadelere göre yapılır. Her bir bakım alanından elde edilen puanlar toplanarak ölçek puanı elde edilir. Toplam puan en az 9, en fazla 36 puan üzerinden hastalar aşağıda belirtildiği şekilde dört bakım sınıfına ayrılır (Perroca 2011).

- En az bakım gereksinimi olan hasta (9-12 puan; minimal bakım)
- Orta düzey bakım gereksinimi olan hasta (13-28 puan)
- Orta düzey üstü bakım gereksinimi olan hasta (19-24 puan; yarı yoğun bakım)
- Yoğun bakım gereksimi olan hasta (25-36 puan)

3.6.3. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Dil ve Kapsam Geçerliliği

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin dil geçerliliğini sağlamak amacıyla ölçek, anadili Türkçe olup Portekizce'yi de anadili düzeyinde bilen bir tercüman tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe'ye çevrilen bu metin içinde bakım alanlarına ilişkin sınıflandırma ifadelerinde bulunan karmaşıklıklar araştırmacılar ve tercüman arasında yapılan üçer saatlik iki görüşme sonucunda giderilmiş ve fikir birliğine varılarak metin son haline getirilmiştir. Bu sırada, "bakım sürecinin planlanması ve koordine edilmesi" bakım alanındaki puanlama ifadelerinin anlaşılırlığı ile ilgili soru işareti oluşmuş; bu durum orijinal ölçeğin sahibi Perroca'ya sorularak netleştirilmiş ve Türkçe metin düzenlenmiştir.

Ölçeğin Türkçe formunun geri çevirisi için uygun çevirmen bulunamaması nedeni ile ölçek, anadili Türkçe olan ve İngilizceyi anadili gibi konuşup yazabilen bir akademisyen tarafından İngilizce'ye çevrilmiş ve İngilizce metnin Portekizce ile karşılaştırılması ve ifadelerin doğrulanması amacıyla orijinal ölçeği geliştiren Perroca'ya gönderilmiştir. Ölçeğin İngilizce metninin Perroca tarafından kabulü sonrasında, anadili Portekizce olup

İngilizce'yi anadili düzeyinde bilen Portekiz'li bir öğretim üyesi tarafından İngilizce'den Portekizce'ye çevrilmiştir (Ek 2- Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Portekizce ve İngilizce formu).

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe metni kapsam geçerliliği için uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman grup, beşi hemşirelik hizmetleri müdürü ve beşi hemşirelikte yönetim-liderlik dersi veren hemşire öğretim üyesi olmak üzere 10 kişiden oluşmakta olup (Ek III) bu kişiler ile e-posta yoluyla iletişime geçilmiştir. Kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması için uzmanlara likert tipi bir derecelendirme çizelgesi oluşturulmuştur (Ek IV). Uzman kişilerin her madde için; "1= Uygun değil; 2= Biraz uygun, ifadelerin uygun şekle getirilmesi gerekli; 3= Uygun, ifade için ufak değişiklikler gerekli; 4= Kesinlikle uygun" değerlendirme yapması istenmiştir. Uzmanların gerektiğinde açıklama yapmalarına olanak vermek için her bir maddenin altına bir boşluk bırakılmıştır. Uzmanlardan gelen değerlendirmelere yönelik kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Ayrıca, gelen öneriler değerlendirilerek ölçeğe son şekli verilmiştir.

3.6.4. Verilerin Toplanması

Değerlendiriciler arası güvenilirliği ölçmek üzere Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile iki araştırmacı (öğrenci ve tez danışmanı) tarafından 32 hasta sınıflandırılmış ve hastaların aynı sınıfta değerlendirilip değerlendirilmediği incelenmiştir. Bu sınıflandırma işlemi için hastaların bakımından sorumlu olan hemşiresi ile görüşülmüş, hastalar gözlenmiş ve dosyaları incelenmiştir. Hastaların klinik seyirleri değişebileceğinden ve değerlendiriciler birbirinden etkilenebileceğinden iki değerlendirici tarafından yapılan gözlem ve incelemeler arasında 15-30 dakika olmasına dikkat edilmiştir.

Ölçeğin yapı geçerliliği ve madde analizlerine ilişkin incelemeleri yapmak üzere bir araştırmacı (tez öğrencisi) tarafından Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği ile 300 hasta sınıflandırılmıştır. Yine benzer biçimde

sınıflandırma işlemi için hastaların bakımından sorumlu olan hemşiresi ile görüşülmüş, hastalar gözlenmiş ve dosyaları incelenmiştir. Her bir hasta için yapılan gözlem ve görüşme süresi yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin gerekli istatistiksel analizler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0 programında yapılmıştır. Sosyo-demografik veriler ve hastaların Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'ne göre sınıflandırılmasına ilişkin tanımlayıcı analizler kullanılmış ve ölçek kapsam geçerliliği için kapsam geçerlilik indeksi kullanılmıştır. Ölçek güvenilirlik analizleri için Cronbach' Alpha ve Pearson korelasyon testinden yararlanılmıştır. Gözlemciler arası güvenilirlik analizi için Bağımsız grup t testi (Independent t test) ve Kappa analizi kullanılmıştır. Ölçek yapı geçerliliği için ise açımlayıcı faktör analizi uygulanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4.Veri Analizi

Ölçümler	**İstatistiksel Analiz**
Sosyo-demografik Verilerin Değerlendirilmesi	Tanımlayıcı Analizler
Hastaların Sınıflandırılması	Tanımlayıcı Analizler
Ölçek Kapsam Geçerlilik Analizi	Kapsam Geçerlilik İndeksi
Ölçek Güvenilirlik Analizi: İç Tutarlılık Ve Madde Analizleri	Cronbach'Alpha Pearson Korelasyon Testi
Ölçek Güvenilirlik Analizi: Gözlemciler Arası Uyum	Bağımsız grup t testi (Independent t test) Kappa Analizi
Ölçek Yapı Geçerliliği	Açımlayıcı Faktör Analizi

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada gözlemciler arası güvenilirlik testleri için kullanılan verilerin konuyu iyi bilen iki araştırmacı tarafından toplanmış olması sınırlılık oluşturabilir. Bu sınırlılığı aşmak için hastaları sınıflandıracak gözlemcilerin ölçek kullanımı hakkında iyi eğitim almış olması gerekir.

3.9. Etik Kurul Onayı

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin kullanımı için ölçeği geliştiren Marcia Perroca'dan e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek IV).

Araştırmanın yapılabilmesi için Koç Üniversitesi Biyomedikal Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2015.132.IRB2.049 nolu karar) etik onay alınmıştır (Ek V).

Araştırmanın ilgili kurumda yapılabilmesi için yazılı başvuru yapılmış (Ek VI) ve sözel onayı alınmıştır. Ayrıca, hastaların çalışmaya dahil edilebilmesi için hastalardan onam alınmıştır (Ek VII).

4. BULGULAR

Bulgular bölümü; hastaların sosyo-demografik özellikleri, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'ne göre sınıflandırma, ölçek dil ve kapsam geçerliliği, ölçek yapı geçerliliği ve ölçek güvenilirlik bulguları olmak üzere beş alt başlıkta verilmiştir.

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri

Örnekleme alınan hastaların %46.3'ü (n=139) kadın, %53.7'si (n=161) erkek hastalardan oluşmaktadır. Hastaların %10.7'si (n= 32) 34 yaş ve altı, %22.3'ü (n=67) 35-49 yaş, %28.7'si (n=86) 50-64 yaş, %14.3'ü (n=43) 65-74 yaş, %14.3'ü (n=43) 57-84 yaş, %9.7'si (n=29) 85 yaş ve üzeri grupta yer almakta olup yaş ortalamasının 59 (19.06) olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=300)

	Sayı	**%**
Cinsiyet		
Kadın	139	46.3
Erkek	161	53.7
Yaş		
34 ve altı	32	10.7
35-49	67	22.3
50-64	86	28.7
65-74	43	14.3
75-84	43	14.3
85 ve üzeri	29	9.7
	Ortalama	**SS**
Yaş	59	19.06

Örneklemde yer alan hastaların %48'i (n=144) dahiliye, %52'si (n=156) cerrahi hastalık nedeniyle hastaneye yatış yapmıştır (Tablo 2). Yatış nedeni olarak dâhili hastalıklar arasında sıklıkla pnömoni, subaraknoid kanama, genel durum bozukluğu, kanser, solunum sıkıntısı, sepsis, akut böbrek yetmezliğinin yer aldığı belirlenmiştir. Cerrahi yatış nedenleri arasında ise sıklıkla kolon, karaciğer, estetik ve lomber disk herni cerrahisinin yer aldığı saptanmıştır.

Hastaların %25.7'sinde (n=77) komorbid bir hastalık bulunmazken, %74.3'ünde (n=223) komorbid hastalık bulunmaktadır. Komorbid hastalığı bulunan hastaların %25.6'sının (n=57) bir komorbid hastalığı, %33.2'sinin (n=74) iki komorbid hastalığı, %22.4'ünün (n=50) üç komorbid hastalığı, %18.8'inin (n=42) dört ve daha fazla komorbid hastalığı bulunmaktadır. Komorbid hastalıklar olarak diyabet mellitus, insülin direnci, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kanser, hipotiroidi, hiperlipidemi olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların Hastaneye Yatış Nedenleri ve Komorbid Hastalıkları

	Sayı	**%**
Bölüm (N= 300)		
Dahiliye	144	48.0
Cerrahi	156	52.0
Komorbid hastalık (N= 300)		
Yok	77	25.7
Var	223	74.3
Komorbid hastalık sayısı (n=223)		
Bir komorbid hastalık	57	25.6
İki komorbid hastalık	74	33.2
Üç komorbid hastalık	50	22.4
Dört ve üzeri komorbid hastalık	42	18.8

4.2. Hastaların Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'ne Göre Sınıfları ve Puanları

Örneklemde yer alan 300 hasta Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'ne göre değerlendirilmiş ve hastaların %10.7'sinin (n= 32) I. Sınıf - minimal bakım, %35.7'sinin (n=107) II. Sınıf - orta düzeyde bakım, %24.3'ünün (n=73) III. Sınıf - yarı-yoğun bakım ve %29.3'ünün ise (n=88) IV. Sınıf - yoğun bakım gerektirdiği belirlenmiştir. Hastaların Perroca Hasta Değerlendirme Öçeği'ne göre aldıkları ortalama puanların sınıflara göre 11 (.50) ile 28 (2.0) arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'ne Göre Sınıf ve Puan Dağılımı (N=300)

	Puan aralığı	**Sayı**	**%**	**Ortalama Puan (SS)**
Hasta Sınıfı				
Sınıf – I (Minimal bakım)	9-12	32	10.7	11 (.5)
Sınıf- II (Orta düzeyde bakım)	13-18	107	35.7	16 (1.5)
Sınıf –III (Yarı-yoğun bakım)	19-24	73	24.3	21 (1.7)
Sınıf -IV (Yoğun bakım)	25-36	88	29.3	28 (2.0)
Toplam	9-36	300	100	20.2 (6.1)

4.3. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Dil ve Kapsam Geçerliliği

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin maddelerinin kapsam geçerliliğini incelemek amacıyla beşi hemşirelik hizmetleri müdürü ve beşi hemşirelikte yönetim-liderlik dersi veren hemşire öğretim üyesi olmak üzere 10 uzmanın görüşü alınmıştır. Bakım alanlarını yansıtan 9 ana madde aynen kabul görmüştür. Uzman görüşleri arasında bakım süreci planlama ve emosyonel destek bakım alanında değişiklikler yapılması gerektiği

önerilmiştir. Bu öneriler bakım süreci planlama için, zaman dilimi kullanılması, kurum içi kaynakların açık ifade edilmesi; emosyonel destek bakım alanı için spesifik kriterlerin kullanılması olmuştur. Öneride bulunan uzman kişilerle görüşülüp fikir birliğine varılmış ve ölçeğe son hali verilmiştir. Tüm uzman görüşü KGİ(Kapsam Geçerlilik İndeksi) olarak hesaplanmış; tüm ölçek maddeleri için KGİ değeri .93 olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Kapsam Geçerlilik İndeksi (N=10)

Bakım alanları	**Sayı**	**KGİ**	**Bakım alanları**	**Sayı**	**KGİ**
1.Bakım Sürecini Planlama	10	1.00	**2.Tetkik, Gözlem**	10	1.00
Bakım sürecini planlama.1	10	.90	Tetkik, gözlem.1	10	1.00
Bakım sürecini planlama.2	10	.90	Tetkik, gözlem.2	10	.90
Bakım sürecini planlama.3	10	.60	Tetkik, gözlem.3	10	1.00
Bakım sürecini planlama.4	10	.80	Tetkik, gözlem.4	10	1.00
3.Kişisel Hijyen	10	1.00	**4.Deri veMukoza Bütünlüğü**	10	1.00
Kişisel hijyen.1	10	.90	Deri ve mukoza bütünlüğü.1	10	.90
Kişisel hijyen.2	10	1.00	Deri ve mukoza bütünlüğü.2	10	.90
Kişisel hijyen.3	10	1.00	Deri ve mukoza bütünlüğü.3	10	.90
Kişisel hijyen.4	10	1.00	Deri ve mukoza bütünlüğü.4	10	.90
5.Beslenme ve Hidrasyon	10	.90	**6.Hareket ve Egzersiz**	10	.90
Beslenme ve hidrasyon.1	10	.90	Hareket ve egzersiz.1	10	1.00
Beslenme ve hidrasyon.2	10	1.00	Hareket ve egzersiz.2	10	.90
Beslenme ve hidrasyon.3	10	1.00	Hareket ve egzersiz.3	10	.90
Beslenme ve hidrasyon.4	10	1.00	Hareket ve egzersiz.4	10	.90
7.Tedavi ve İlaç	10	.90	**8.Emosyonel Destek**	10	.90
Tedavi ve ilaç.1	10	1.00	Emosyonel destek.1	10	.80
Tedavi ve ilaç.2	10	1.00	Emosyonel destek.2	10	.80
Tedavi ve ilaç.3	10	1.00	Emosyonel destek.3	10	.80
Tedavi ve ilaç.4	10	1.00	Emosyonel destek.4	10	.80
9.Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık	10	.90	**9.Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık**		
Sağlık eğitimi ve danışmanlık.1	10	1.00	Sağlık eğitimi ve danışmanlık.3	10	1.00
Sağlık eğitimi ve danışmanlık.2	10	1.00	Sağlık eğitimi ve danışmanlık.4	10	1.00
Toplam	10	.93			

4.4. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin maddelerine faktör analizi yapılıp yapılamayacağını kontrol etmek amacıyla KMO değeri ve Bartlett testinden yararlanılmıştır. KMO değeri 0.895 ve Bartlett testi α=0.001 düzeyinde bulunmuştur. Bu sonuçlara göre örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğu görülmüş ve yapı geçerliliğini test etmek üzere açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu analizde iki faktör oluştuğu belirlenmiş birinci faktörün özdeğeri 4.83 varyans değeri 53.68 ikinci faktörün özdeğeri 1.42 ve varyans değeri 15.83 bulunmuştur. Toplam varyans değeri ise 69.51'dir .Faktör analizi sonuçlarına göre; Tetkik, gözlem, Kişisel Hijyen, Deri ve mukoza bütünlüğü, Beslenme ve hidrasyon, Hareket ve egzersiz, Tedavi ve ilaç, Emosyonel destek birinci faktör altında toplanırken; Sağlık ve eğitimi ve danışmanlığı ve Bakım Sürecini Planlama ikinci faktör altında toplanmıştır. Birinci faktörü en az temsil eden değişken emosyonel destek iken diğer değişkenlerin yükleri oldukça yüksek ve birbirine yakındır. İkinci faktörü oluşturan değişkenlerin yükleri ise birbirine yakın olup oldukça temsil oranı yüksektir. Birinci faktör "kısa erimli planlama", ikinci faktör "uzun erimli planlama" olarak adlandırılmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği' nin Yapı Geçerliliği (N=300)

Bakım Alanı No	Bakım Alanları	Faktör 1	Faktör 2
1.	Bakım Sürecini Planlama		.813
9.	Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık		.780
2.	Tetkik, Gözlem	.743	
3.	Kişisel Hijyen	.905	
4.	Deri ve Mukoza Bütünlüğü	.923	
5.	Beslenme ve Hidrasyon	.922	
6.	Hareket ve Egzersiz	.922	
7.	Tedavi ve İlaç	.841	
8.	Emosyonel Destek	.433	

4.5. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Güvenilirliği

Madde-toplam puan korelasyonu

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması için yapılan madde-toplam puan analizi sonucu elde edilen korelasyon değerleri Tablo 6'da verilmiştir. Ölçekteki 9 bakım alanının "madde-toplam puan korelasyonu" incelendiğinde; birinci maddede yer alan bakım sürecini planlama (r=.11) hariç diğer maddelerin güvenilirlik katsayısılarının r= .23 ile .90 arasında olduğu, aralarındaki ilişkinin pozitif yönde ve istatiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p< .001).

İç tutarlılık (Cronbach Alfa) analizi

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılık test sonuçları Tablo 10'da verilmiştir. Ölçekde bakım alanlarına ilişkin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının =.81 ile .89 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin tüm maddeleri için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ise =.86 olarak bulunmuştur.

Tablo 10. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin İç Tutarlılık ve Madde Analizleri (N=300)

Bakım Alanları	Puan Aralığı	Ortalama	Standart Sapma	Cronbach Alfa	Madde-Toplam Puan Korelasyonu	
					r*	p
Bakım Sürecini Planlama	1-4	1.90	.95	.89	.11	.060
Tetkik, Gözlem	1-4	3.20	.59	.84	.73	.000**
Kişisel Hijyen	1-4	2.73	1.16	.81	.89	.000**
Deri ve Mukoza Bütünlüğü	1-4	2.53	1.16	.81	.89	.000**
Beslenme ve Hidrasyon	1-4	2.16	1.23	.81	.89	.000**
Hareket ve Egzersiz	1-4	2.47	1.19	.81	.89	.000**
Tedavi ve İlaç	1-4	2.25	1.11	.82	.81	.000**
Emosyonel Destek	1-4	1.26	.51	.86	.45	.000**
Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık	1-4	1.69	.66	.87	.23	.000**
Toplam		**20.18**	**6.05**	**.86**		

r*: Pearson Korelasyon Analizi; **p<.001

Gözlemciler arası güvenilirlik analizi

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin gözlemciler arası uyum güvenilirliği için 32 hasta her iki gözlemci tarafından 15-30'ar dakika ara ile birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Elde edilen veriler bağımsız gruplar t testi ve kappa analizi ile incelenmiştir. Bağımsız gruplarda t testi sonucuna göre her iki gözlemciye ait tüm bakım alanları ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (t= .022; p> .05) (Tablo 11).

Tablo 11. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Gözlemciler Arası Uyum Analizi* (N=32)

Bakım Alanları	**Birinci Gözlemci**		**İkinci Gözlemci**		**Bağımsız Gruplar t Testi**	
	Ortalama	**SS**	**Ortalama**	**SS**	**t***	**p**
Bakım süreci Planlama	2.00	.87	1.94	.86	.279	.781
Tetkik, Gözlem	3.31	.72	3.34	.73	-.193	.848
Kişisel Hijyen	2.69	1.29	2.66	1.29	.092	.927
Deri ve Mukoza Bütünlüğü	2.22	1.39	2.28	1.35	-.186	.853
Beslenme ve Hidrasyon	1.88	1.10	1.91	1.08	-.110	.913
Hareket ve Egzersiz	2.41	1.26	2.31	1.21	.307	.760
Tedavi ve İlaç	2.13	1.01	2.03	1.07	.352	.726
Emosyonel Destek	1.34	.57	1.31	.56	.220	.827
Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık	1.69	.54	1.84	.46	-1.267	.210
Toplam	19.66	4.98	19.63	5.41	.022	.982

t*: Bağımsız gruplar t testi; **p<.001

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin gözlemciler arası güvenirlilik çalışması için yapılan kappa analizi sonuçları Tablo 12'de verilmiştir. Bakım alanlarından tedavi ve ilaç uygulamaları ve sağlık eğitimi ve danışmanlık alanlarında çok iyi (yeterli) düzeyde uyum bulunmuştur; diğer bakım alanlarında ise mükemmel düzeyde uyum saptanmıştır. Bakım sürecini planlama bulguları arasında mükemmel düzeyde uyumluluk (κ=.807; p<.001), tetkik, gözlem bulgularında mükemmel düzeyde uyumluluk (κ=.939; p<.001), kişisel hijyen bulgularında mükemmel düzeyde uyumluluk (κ=.953; p<.001), deri ve mukoza bütünlüğü bulgularında mükemmel düzeyde uyumluluk (κ=.905; p<.001), beslenme ve hidrasyon bulgularında mükemmel düzeyde uyumluluk (κ=.900; p<.001), hareket ve egzersiz bulgularında mükemmel düzeyde uyumluluk (κ=.870; p<.001), tedavi ve ilaç bulgularında çok iyi (yeterli) düzeyde uyumluluk (κ=.733; p<.001), emosyonel destek bulgularında mükemmel düzeyde uyumluluk (κ=.927; p<.001), sağlık eğitimi ve danışmanlık çok iyi (yeterli) düzeyde uyumluluk (κ=.650; p<.001) olduğu belirlenmiştir. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'ne göre hastaların aldıkları toplam puan üzerinden iki gözlemcinin bulguları arasında mükemmel düzeyde uyumluluk olduğu (κ=.826; p<.001) saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Gözlemciler Arası Uyum Analizleri (Kappa Analizi) (N=32)

Bakım alanları	Uyum		Kappa Analizi	p
	Sayı	%		
1.Bakım Sürecini Planlama				
Bakım sürecini planlama.1	13	40	.807	.000*
Bakım süreci planlama.2	5	15		
Bakım süreci planlama.3	10	31		
Bakım süreci planlama.4	0	0		
2.Tetkik, Gözlem				
Tetkik, gözlem.1	1	3	.939	.000*
Tetkik, gözlem.2	0	0		
Tetkik, gözlem.3	18	56		
Tetkik, gözlem.4	12	37		
3.Kişisel Hijyen				
Kişisel hijyen.1	11	34	.965	.000*
Kişisel hijyen.2	2	6		
Kişisel hijyen.3	4	12		
Kişisel hijyen.4	14	43		
4.Deri ve Mukoza Bütünlüğü				
Deri ve mukoza bütünlüğü.1	14	43	.905	.000*
Deri ve mukoza bütünlüğü.2	3	9		
Deri ve mukoza bütünlüğü.3	3	9		
Deri ve mukoza bütünlüğü.4	10	31		
5.Beslenme ve Hidrasyon				
Beslenme ve hidrasyon.1	16	50	.900	.000*
Beslenme ve hidrasyon.2	9	28		
Beslenme ve hidrasyon.3	0	0		
Beslenme ve hidrasyon.4	5	15		
6.Hareket ve egzersiz				
Hareket ve egzersiz.1	12	37	.870	.000*
Hareket ve egzersiz.2	3	9		
Hareket ve egzersiz.3	7	21		
Hareket ve egzersiz.4	7	21		
7.Tedavi ve İlaç				
Tedavi ve ilaç.1	10	31	.733	.000*
Tedavi ve ilaç.2	9	28		
Tedavi ve ilaç.3	3	9		
Tedavi ve ilaç.4	4	13		
8.Emosyonel Destek				
Emosyonel destek.1	23	72	.927	.000*
Emosyonel destek.2	7	22		
Emosyonel destek.3	1	3		
Emosyonel destek.4	0	0		
9.Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık				
Sağlık eğitimi ve danışmanlık.1	6	19	.650	.000*
Sağlık eğitimi ve danışmanlık.2	20	63		
Sağlık eğitimi ve danışmanlık.3	1	3		
Sağlık eğitimi ve danışmanlık.4	0	0		
Toplam			.826	.000*

*p<.001

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada, ölçek uyarlama çalışmalarında önerilen uluslararası yöntemler izlenmiş olup öncelikle ölçeğin dil geçerliliği sağlanmıştır. Dil geçerliliği sağlanan ölçeğe kapsam geçerliliği ile birlikte diğer psikometrik değerlendirmeler yapılmıştır.

Geçerlilik, ölçeğin araştırıcının ölçtüğünü düşündüğü değişkeni gerçekten ölçüp ölçmediğini, diğer bir deyişle 'neyi', ne denli 'isabetli/doğru' olarak ölçtüğünü göstermektedir. Geçerlilik, bir veri toplama aracının araştırmada amaçlanan kuram, kavram ya da değişkenle ilgili bilgileri ne derecede kapsadığını ya da yansıttığını ölçen önemli bir niteliktir (Erefe ve diğ. 2012). Bir ölçmenin geçerli sayılabilmesi için ilk özellik güvenilirlik olmasına karşın, güvenilirlik hiçbir zaman geçerliliği garanti altına alan bir durum değildir. Geçerlilik her ölçüm aracı için zorunludur, fakat her zaman ve her durumda geçerli olmadığı için ölçeğin her kullanımda yeniden sınanması gerekmektedir. Bir ölçme aracının geçerliliğinin sınanması için geliştirilmiş birden fazla yöntem vardır. Bunlar genel olarak içerik/kapsam geçerliliği, ölçüt-bağımlı geçerliği ve yapı geçerliliği olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003). Bu çalışmada Perroca HS Ölçeği, içerik/kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği yönünden incelenmiştir.

Kapsam geçerliliği; ölçme aracını oluşturan maddelerin ölçülmek istenen konular evrenini ölçmede ne derece temsil ettiğini ifade etmektedir (Tavşancıl 2005). Ölçme aracının kapsam geçerliliğini sağlamak üzere en az üç kişiden oluşan uzman grubunun görüşüne sunulması gerekir, uzman görüşü için ideal kişi sayısı beştir. Bu uzmanların birbirinden bağımsız olarak değerlendirme yaptıktan sonra görüş bildirmeleri gerekmektedir (Erefe 2012; Şencan 2005). Uzman kişilerin ölçek maddeleri ile ilgili görüşünü almak üzere "1= Uygun değil; 2=Biraz uygun, ifadelerin şekle getirilmesi gerekli; 3=Uygun, ifade için ufak değişiklikler gerekli; 4=Kesinlikle uygun" şeklinde

likert tipi bir ölçek derecelendirme aracından yararlanılmaktadır (Erefe ve diğ. 2012). Bu çalışmada, ölçeğin kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması için likert tipi bir derecelendirme ölçütü hazırlanmış ve 10 kişilik uzman gruba e-posta yolu ile gönderilmiştir. Uzman görüşü ile elde edilen sonuçlar KGİ olarak hesaplanmıştır. Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında, kapsam geçerliliği için KGİ değeri olarak önerilen .80 değeri ölçüt alındığında (Grant ve diğ. 1997), Perroca HS Ölçeği'nin içeriği yönünden uzmanlar arasında görüş birliği olduğunu (KGİ .93) göstermektedir. Diğer bir deyişle ölçeğin kapsamı hastaları sınıflandırma yönünden yeterli niteliktedir. Perroca'nın 2011 yılında yaptığı kapsam geçerlilik çalışmasında da üç kez delfi tekniği kullanılarak 10 uzmanın görüşüne başvurulmuş; uzmanlar arasında %90'ın üzerinde (bakım alanlarına göre %80-96 arasında) uyum olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada, ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek üzere öncelikle verilerin faktör analizi için uygunluğu değerlendirilmiş ve bu amaçla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ile kullanılmıştır. KMO değerinin yüksek olması (1'e yaklaşması) ölçekteki her bir değişkenin diğer değişkenler tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceğini göstermektedir (Tavşancıl 2005). Bu çalışmada, KMO değeri örneklem büyüklüğünün değişkenler arasında faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstermektedir (KMO=.895; $p<.001$). Yapı geçerliliğini incelemek üzere Perroca HS Ölçeği bakım alanlarına (maddelere) Varimax Rotasyonu ile Temel Bileşenler Analizi (Açımlayıcı faktör analizi) uygulanmış ve özdeğeri (eigenvalue) 1'i aşan iki faktör elde edilmiştir.

Ölçeklerin yapı geçerliliği inceleme çalışmalarında, ölçekte yer alan maddelerin hangi alt boyutlar altında yer aldığı faktör yüklerine bakılarak değerlendirilmektedir. Faktör örüntüsünün oluşturulmasında, .30-.40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası alınabileceği belirtilmektedir (Akgül & Çevik 2003). Bu çalışmada, ölçekte yer alan bakım alanlarının

(maddelerin) iki faktör altında toplandığı (faktör yükleri=.43-.92) görülmektedir. Bakım alanlarından "Tetkik ve gözlem, Kişisel hijyen, Deri ve mukoza bütünlüğü, Beslenme ve hidrasyon, Hareket ve egzersiz, Tedavi ve ilaç, Emosyonel destek" olmak üzere 7 bakım alanının birinci faktör altında toplanmaktadır. Bu grup içinde faktör yükü en düşük olan bakım alanı emosyonel destek (.43) olup diğer bakım alanlarında faktör yükleri (.74-.92) daha yüksektir. Birinci faktör içinde yer alan bu bakım alanlarının daha çok hastaların fiziksel gereksinimlerini yansıttığı söylenebilir. Bu bakım alanları gün içinde değişiklik gösterebilecek parametreleri yansıtması nedeni ile birinci faktör "kısa erimli planlamalar" şeklinde adlandırılmıştır. İkinci faktörde ise "Sağlık ve eğitimi ve danışmanlığı" ile "Bakım Sürecini Planlama ve Koordinasyon" olmak üzere iki bakım alanının yer aldığı ve bu bakım alanlarının faktör yüklerinin de yüksek olduğu (.78-.81) belirlenmiştir. Bu iki bakım alanı, hastalar ilk geldiğinde planlaması yapılan ve günlük olarak çok değişiklik göstermeyen parametreler olması nedeni ile "uzun erimli planlama" şeklinde isimlendirilmiştir. Perroca'nın 2013 yılında yaptığı yapı geçerliliği analizinde, ölçek iki faktöre ayrılmış olup "Emosyonel destek" ile "Sağlık eğitimi ve danışmanlık" hariç diğer tüm bakım alanları Faktör 1'de toplanmıştır. Bu sonuçlar dikkate alındığında, ölçeğin Türkçe formu'nun faktör sayısı özgün ölçeğe benzer olmakla birlikte faktör örüntüsünde değişiklik oluşmuştur. Bu durum, iki ülke ve hastanedeki hasta popülasyonu ve bakım bakım gereksiniminin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Ölçeğin yapı geçerliliği incelemesinde; bakım alanlarının belirlenen faktörleri temsil etme durumu incelenmiştir. Birinci faktörün özdeğeri 4.83, varyans değeri 53.68 ikinci faktörün özdeğeri 1.42 ve varyans değeri 15.83 bulunmuştur. Toplam varyans değeri ise 69.51 olduğu saptanmıştır. Perroca'nın 2013 yılında yaptığı çalışmada, birnci faktörün özdeğeri 4.62, varyansı %51.3 iken; ikinci faktörün özdeğeri 1.43 ve varyans değeri 15.9 olarak belirtilmiştir.

Güvenilirlik, bir ölçüm aracının ölçmek istediği özelliği ne ölçüde doğru ölçtüğünü ve ölçeğin sürekliliğini gösteren en temel özelliktir (Şencan, 2005, Şenocak ve diğ. 2009, Erefe ve diğ. 2012). Güvenilirlik, aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılmasıyla aynı sonuçların alınması, aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır (Karasar, 2000; Çimen, 2003; Ercan ve Kan, 2004). Güvenilirliği düşük olan bir ölçeğin bilimsel değeri de düşük kabul edilmektedir. Bir ölçme aracının güvenilirliğinin sınanması için geliştirilmiş birden fazla yöntem vardır. Bunlar genel olarak üç başlık altında toplanmaktadır; iç tutarlılık, bağımsız gözlemciler arası uyum ve zamana göre değişmezlik boyutlarıdır (Erefe ve diğ. 2012).Çalışmada, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin güvenilirliğine ilişkin kanıtlar iç tutarlılık ve gözlemciler arası güvenilirlik testleri ile incelenmiştir.

Ölçek güvenilirlik çalışmalarında iç tutarlılığın değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden birisi madde analizidir. Madde güvenirliliği olarak bilinen bu analizle, her bir maddenin ölçek toplam puanına katkısı değerlendirilir. Madde-toplam puan analizi güvenilirlik olduğu kadar, geçerliklik (iç tutarlılık) göstergesi olarak da kabul edilir ve ölçeğin yapı geçerliliğini de yansıtır (Gözüm ve Aksayan 2003, Tavşancıl 2005).Güvenilirlik katsayısı, korelasyon katsayısı "r" olarak bilinir. Korelasyon katsayısı "-1.00 ile +1.00" arasında değer almaktadır. Değer, +1'e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilmektedir.Madde-toplam puan korelasyon katsayısının alt sınırı ile ilgili literatürde farklı değerler verilmektedir; genellikle en alt seviye olarak .20 alınmakta, güvenilirlik katsayısı .30 - .40 arasında olan maddelerin "iyi", .40 üstünde olan maddelerin "çok iyi" düzeyde ayırt edici ve dolayısıyla güvenilir olduğu bildirilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003, Tavşancıl 2005). Ayrıca korelasyon katsayısı örneklemin büyüklüğünden etkilenmektedir ve küçük örneklemlerde hesaplandığında değişkenlik göstermektedir. Bu korelasyon katsayısı hesaplanırken kararlılık gösterebilmesi için, örneklemin en az 30 kişiden oluşması gerekmektedir (Tavşancıl, 2005).Madde-toplam puan korelasyonu düşük olan maddeler

ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı yükseliyorsa o madde ölçeğin güvenirliğini azaltan bir maddedir ve ölçekten çıkarılmalıdır.

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin 9 bakım alanının "madde-toplam puan korelasyonu" incelendiğinde; birinci maddede yer alan bakım sürecini planlama (r=.11) ile 9. maddede yer alan sağlık eğitimi planlama ve danışmanlık (r=.23) hariç diğer maddelerin güvenilirlik katsayılarının r= .49 ile .90 arasında olduğu, aralarındaki ilişkinin pozitif yönde ve istatiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<.001). Bakım süreci planlama, sağlık eğitimi ve danışmanlık maddeleri ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı yükselmediği için maddeler ölçekten çıkarılmamıştır. Ayrıca, madde-toplam puan korelasyonu çok düşük bulunan bakım sürecini planlama maddesi her hasta için yapılması gerek bir değişken olması ve uzman görüşüne KGİ değerinin yüksek olması nedeniyle ölçekte kalmasına karar verilmiştir. Perroca, 2011 yılında yaptığı çalışmada madde-toplam puan korelasyonu katsayılarını r= .40 ile .86 arasında bulmuştur.

Likert tipi ölçeklerde iç tutarlığın değerlendirilmesinde önerilen yöntemlerden bir diğeri ise Cronbach Alfa ya da Alfa Katsayısı olarak bilinen güvenirlilik katsayısıdır.Alfa katsayısı 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Cronbach Alfa katsayısını ne kadar yüksek ise (1'e yakınsa) bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiri ile tutarlı ve aynı özelliği yordayan maddelerden oluştuğu belirtilmektedir. Alfa katsayısı, 0.00-0.39 arasında ise "ölçek güvenilir değil", 0.40-0.59 arasında ise "ölçeğin güvenirliği düşük", 0.60-0.79 arasında ise "ölçek güvenilir", 0.80- 1.00 arasında ise "ölçek yüksek güvenirliğe" sahip olarak yorumlanmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003, Tavşancıl 2005, Polit ve Beck 2010). Çalışmamızda, Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin bakım alanlarına ilişkin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının = .81 ile .89 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin tüm maddeleri için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ise = .86 olarak bulunmuştur.Perroca, 2011 yılında yaptığı çalışmada Cronbach Alfa

güvenilirlik katsayısını ise = .87 olarak bulmuştur. Ölçeğin Türkçe formunun cronbach alfa katsayısının özgün ölçeğinkine benzer olduğu görülmektedir.

Gözlemciler arası uyum tek bir formun iki gözlemci tarafından uygulanması ve aralarındaki korelasyona bakılması ile ölçülür. Gözlemciler arası güvenilirlik özellikle gözleme dayalı veri toplamada ya da birden fazla veri toplayıcının bulunduğu çalışmalarda kullanılan güvenilirlik yöntemidir. Gözlemciler arası uyum kullanılan ölçüm araçları ile ilişkili olmayıp gözlemcilere bağlı değişiklik gösteren bir durumdur. Ölçümün kategorik olduğu durumda Cohen'in kappa katsayısına bakılarak değerlendirme yapılabilir. Eğer kappa katsayısı, "0≤ κ <0.20" ise uyumluluk yoktur; "0.20≤ κ <0.40" ise zayıf düzeyde uyumluluk vardır; "0.40≤ κ <0.60" ise orta düzeyde uyumluluk vardır; "0.60≤ κ <0.80" ise çok iyi(yeterli) düzeyde uyumluluk vardır; "0.80≤ κ <1.00" ise mükemmel düzeyde uyumluluk vardır şeklinde yorumlanmaktadır(Erefe ve diğ. 2012, Aktürk veAcemoğlu, 2012).

Bu çalışmada, gözlemciler arası uyumu değerlendirmek için kappa istatistiği uygulanmıştır. Kappa katsayısı toplam ölçek için mükemmel düzeyde uyum (.83) ve ölçek içindeki 9 bakım alanı için ise mükemmel ya da çok iyi düzeyde uyum (.65-.95) olduğunu göstermektedir. Perroca'nın 2011 yılında yaptığı çalışmada iki ayrı ünitede ikişer gözlemci ile yapılan 30 incelemede kappa katsayıları .73 ile 1 arasında bulunmuştur.

Ayrıca gözlemciler arası güvenilirlik testlerinden bir diğeri bağımlı grup t testi olup bu çalışmada iki gözlemciden elde edilen toplam ölçek ve dokuz bakım alanı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (t=.022;p>.05). Bu durum gözlemciler arası güvenilirliğin yüksek olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşire insan gücü planlama ve etkinliğini değerlendirme çalışmalarında kullanılan Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin sınandığı bu çalışmada, uyarlama çalışmaları uluslararası bilimsel yöntemlere uygun olarak yapılmıştır. Öncelikle ölçeğin dil ve kapsam geçerliliği sağlanmış ardından psikometrik ölçümleri yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun madde toplam puan korelasyonu, iç tutarlılık ve değerlendiriciler arası güvenilirlik ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formunun ülkemizdeki hastanelerde, hemşire iş yükünü ölçme, hemşire insan gücü planlama ve hemşire çıktıları ile hasta çıktılarını karşılaştırmaya yönelik hemşirelik uygulama ve araştırmalarında kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

Hemşire insan gücü planlama çalışmalarını yürütmek üzere hasta sınıflandırma ile birlikte hemşire iş yükünü ölçme, hemşire ve hasta çıktılarını karşılaştırma çalışmalarının yapılmasına gereksinim vardır. Ayrıca değerlendiriciler arası güvenilirlik testlerinin daha fazla sayıda gözlemci ile elde edilen veriler ile tekrarlanması, bu çalışmaların farklı hastanelerde ve hasta gruplarında tekrar edilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması önerilir.

7. KAYNAKÇA

1. Abreu, S. P. D., Pompeo, D. A., & Perroca, M. G. (2014). Use of patients' classification instruments: analysis of the Brazilian production of knowledge. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48.(6), s: 1111-1118.
2. Acemoğlu, H., Aktürk, Z. (2012). Reliability and validity in medical research.Dicle Tıp Dergisi, 39(2).
3. Akdağ, R. (2007). The progress so far: Health transformation in Turkey. Ministry of Health, Ankara.
4. Akgül A, Çevik O (2003), İstatistiksel analiz teknikleri,SPSS'de işletme yonetimi uygulamalar. Emek Ofset, Ankara.
5. Aksayan S, Gözüm S (2002) Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama çalışmaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi 4(1)s: 9-14.
6. Baykal Ü., Türkmen E. (2014) Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, 1.baskı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, s:409-439
7. Bernat A, Fisher ML (2008). Effective staffing. In: Kelly P, editor. Nursing leadership and management. USA, New York: Thomson Delmar Learning.
8. Büyükkayhan, D., İçağasıoğlu, D., Toksoy, H., Alkan, N., Şimşek, Y. (2002). Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Servisinde Gerekli Hemşire Sayısının Belirlenmesi. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 24.(3), s: 119 – 122.
9. Crouch, R., Williams, S. (2006). Patient dependency in emergency department: Reliability and validity of the Jones Dependency Tool (JDT) Accident and Emergency Nursing, 14.(3), s: 219- 229.
10. De Groot, HA. (1989). Patient classification system evaluation. Part 1: Essential system elements. J Nurs Adm 1989a, 19.(6), s: 30–35.
11. De Groot, HA. Patient classification system evaluation: part two, system selection and implementation. J Nurs Adm 1989b, 19.(7), s: 24-30.

12. De Groot, H. A. (1994). Patient Classification Systems and Staffing. Part 1. Problems and Promise. Journal of Nursing Administration, 24 (9), s:43-51.

12.1 Ekici, Dilek. (2013), Sağlık Bakım Hizmetlerinin Yönetimi, 1.baskı, Ankara: Sim Matbaacılık,s:264-270

13. Erefe, İ.(2012) Hemşirelikte Araştıma İlke Süreç ve Yöntemleri, 4. Baskı,İstanbul:Ofset Yayınları, s:169-190

14. Eroğlu, E. (2011). Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi. Yükseklisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.

15. Fagerström, L., Bergbom Engeberg I.,& Eriksson K. (1998). A Comparison Between Patients' Experiences Of How Their Caring Needs Have Been Met And The Nurses' Patient Classification-An Explorative Study. Journal Of Nursing Management, 6.(6), s: 369-377.

16. Fagerström, L., Rainio A.-K., Rauhala A. & Nojonen K. (2000). Validation Of A New Method For Patient Classification, The Oulu Patient Classification. Journal Of Advanced Nursing, 31.(2), s: 481–490.

17. Frılund M. , Fagerstrom L. (2009). Validity and reliability testing of the Oulu patient classification: instrument within primary health care for the older people. International Journal of Older People Nursing,4 s:280–287

18. Giovannetti, P. (1979). Understanding patient classification systems. Journal of Nursing Administration, 9.(2), s: 4-9.

19. Grant JS, Davis LL (1997) Selection and use ofcontent experts for instrument development. Researchin Nursing and Health 20, s: 269-274.

20. Gözüm S, Aksayan S. (2003) .Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 5(1), s: 3-14.

21. Hall, L. M., Pink, L., Lalonde, M., Murphy, G. T., O'Brien-Pallas, L., Laschinger, H. K. S., Tourangeau, A., White, D., Tregunno, D., Thomson, D., Peterson, J., Seto, L., Akeroyd, J. (2006). Decision Making For Nurse Staffing: Canadian Perspectives. Policy, Politics, & Nursing Practice, 7.(4), s:

261-269.

22. Hurst, K. (2002). Selecting And Applying Methods For Estimating The Size And Mix Of Nursing Teams. A Systematic Review Of The Literature Commissioned By The Department Of Health. Leeds: Nuffield Institute for Health, Leeds University. http://www.who.int/hrh/tools/size_mix.pdf (10.11.2015)

23. International Council Of Nurses (ICN) (2006) International Nurses Day 2006. Safe Staffing Saves Lives. Information And Tool Kit. Jean-Marteau, CH-1201 Genava: ICN, 2006. http://www.icn.ch/indkit2006.pdf (11.09.2015)

24. Kılıçaslan, N. (1998). Yoğun Bakımda Hemşire Aktivitelerine Harcanan Zamanların Saptanması Ve Tedavi Girişimleri Skorlama Sistemi, Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

25. Levenstam A.-K. & Bergbom Engberg I. (1997) How to translatenursing care into costs and staffing requirements: part two in the Zebra system. Journal of Nursing Management, 5, s: 105–114.

26. Levenstam, A.-K. & Bergbom I. (2011). The Zebra index: one method for comparing units in terms of nursing care. Journal Of Nursing Management 19.(2), s: 260-268.

27. Levenstam, A.K., Bergbom, I. (2002). Changes In Patients' Need Of Nursing Care Reflected In The Zebra System. Journal of Nursing Management 10.(4), s: 191–199.

28. Jussila, A. L., Paloste, A. (2009). Patient Care Measured By The Oulu Patient Classification Instrument For Radiation Therapy (OPCRT). Radiotherapy and Oncology, 92.(1)., s:223.

29. Mallohch, K., Conovaloff, A. (1999). 56Patient Classification Systems, Part 1: The Third Generation. JONA: The Journal of Nursing Administration, 29.(7/8), s:49-56.

30. 1996). Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items--results from a multicenter study. Critical care medicine, 24(1), s: 64-73.

30.1 Özcan, Y. (2013). Sağlık Kurumları Yönetiminde Sayısal Yöntemler,1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi Yayınları, s:10

31. Perroca, M. G., & EK, A. C. (2007). "Assessing patient's care requirements: a comparison of instruments". Scand J Caring Sci, 21.(1), s:390–396

32. Perroca, M. G., & EK, A. C. (2007). Utilization Of Patient Classification Systems İn Swedish Hospitals And The Degree Of Satisfaction Among Nursing Staff. Journal of Nursing Management, 15.(5), s: 472-480.

33. Perroca, M.G. (2011). Development And Content Validity Of The New Version Of A Patient Classification İnstrument. Rev Latino Am Enfermagem, 19.(1), s:58-66.

34. Perroca M.G. (2013). "The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties". Journal of Advanced Nursing, 69.(8),s:1862–1868

35. Polit DF, Beck CT (2010) Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. (7th ed.), Wolters Kluwer & Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

36. Rauhala, A. (2008). The Validity and Feasibility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing. Case of the RAFEALA System. Doctoral dissertation. The Faculty of Social Sciences, The Univerity of Kuopio, November 2008. Finland, Oulu.

37. Rowland, H.S., Rowland, B.L. (1997). Nursing administration handbook. 4th ed., An Aspen Publication, Maryland. s: 310-352.

38. Souza ,C. , Jericó C. , Perroca, M.(2014) Measurement of nurses' workload in an oncology outpatient clinic. Rev Esc Enferm, 48.(1) s: 97-103

39. Sağlıkta Kalite Standartları(2015)< https //kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/sks_hastane_versiyon_5_08.07.2015.pdf> (20 Ocak 2016)

40. Tavsancıl E. (2005)Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 2. baskı. Istanbul: Nobel Yayın Dagıtım s:3-58

41. Şencan, H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. 1.Baskı, Ankara: Seçkin Yayınevi s:107-113, 166-169, 381-390

42. Velioğlu, P. (1993). Yönetime Yardımcı Teknikler. Bildirici, Z. (der.). Sağlık Kurumları Yönetimi. T.C. Anadolu Ü. Yayınları, No:175: Açıköğretim Fakültesi Yayınları, No:351 Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset Tesisleri, s:162.

43. Welton, J. M. (2011). Hospital nursing workforce costs, wages, occupational mix, and resource utilization. Journal of Nursing Administration, 41(7/8), 309-314.

44. Williams, S., Crouch R. (2006) Emergency department patient classification systems: A systematic review. Accident and Emergency Nursing, 14, s:160–170

45. Whitman, G.R., Kim, Y., Davidson, L.J., Wolf, G.A, Wang, S.L. (2002). The Impact Of Staffing On Patients Outcomes Across Specialty Units. Journal of Nursing Administration, 32.(12), s: 663-669.

46. Yıldırım, D. (2000). Hasta Sınıflandırma Skalası Oluşturma, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

47. Yıldırım, D. (2002). Hemşire İnsan Gücü Planlaması. İ.Ü.F.N.O. Hemşirelik Dergisi, 12.(48), s: 57-70.

48. Yıldırım, D., Oktay, S. (2005). İki Farklı Hastanede Hasta Tiplerine Göre Hemşirelik Bakım Süreleri Arasındaki Farkın Belirlenmesi. Hemşirelik Bülteni, 13.(55), s: 21-36.

49. Zaybak A. Güneş Ü. İsmailoğlu E. Ülker E. (2012). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15. (1), s:48-57

50. AONE Guiding Principles for the role of the nurse in future patient care delivery <http://www.aone.org/resources/role-nurse-future-patient-care.pdf> (20 Ocak 2016)

EK-I. Veri Toplama Forumu

Hasta no: **Hasta yatış gün sayısı:** **Tarih:** **Vardiya:** **Saat:**

Hastanın yaşı: **Hastanın cinsiyeti:** **Hastanın primer yatış tanısı:**

Komorbid hastalıkları:

Bakım veren hemşirenin kodu: **Formu dolduran kişinin kodu:**

PERROCA HASTA SINIFLANDIRMA ÖLÇEĞİ – PUANI:

PERROCA Hasta Sınıflandırma Ölçeği: Hastalar, her bir bakım alanında 1-4 puan arasında tanımlanan ifadelere göre değerlendirilir ve hastanın durumunu yansıtan en uygun ifadeye göre puanlanır. Hasta sınıflandırması 9 ana bakım alanında verilen puanların toplamı alınarak yapılır (en düşük puan 9, en yüksek 36 puan); 9-12 puan arası "Düşük düzeyde (minimal) bakım", 13-18 puan arası "Orta düzeyde bakım", 19-24 puan arası "Yarı üst düzeyde (yarı-yoğun) bakım", 25-36 puan arası "Üst düzeyde (yoğun) bakım" gereksinimini ifade etmektedir).

BAKIM ALANLARI	PUANLAMA KRİTERLERİ	PUAN
1. BAKIM SÜRECİNİN PLANLANMASI ve KOORDİNE EDİLMESİ	• Planlanmış olan hemşirelik bakımının devam ettirilmesi **(1 PUAN)** • Planlanmış olan hemşirelik bakımının kısmi olarak gözden geçirilmesi **(2 PUAN)** • Hemşirelik bakım planının hemşirelik ekibi veya kurum içi kaynaklara ihtiyaç duyularak hazırlanması **(3 PUAN)** • Hemşirelik bakım planının multidisipliner sağlık ekibi veya kurum dışı kaynaklara ihtiyaç duyularak hazırlanması **(4 PUAN)**	
2. TETKİK, GÖZLEM ve TAKİP	• Yaşam bulguları (günde 3 defa), basit tanı testleri (15 dakikaya kadar), klinik değerlendirme, kilo tartma ve diğer antropometrik ölçümler, diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 1 defa). **(1 PUAN)** • Yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu (günde 3 defa), hava yolu temizlenmesi (günde 3 defaya kadar), orta zorluktaki tanı ve tedavi işlemlerine yardım (15-30 dakika), diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 2-3 defa). **(2 PUAN)** • Yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu, OKB (arter kateterizasyonu) (günde 4-6 defa), hava yolu temizlenmesi (günde 4-6 defa), orta zorluktaki tanı ve tedavi işlemleri (30-50 dakika), acil bakım, diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 4-6 defa). **(3 PUAN)** • Yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu, İKB (intrakranial basınç) ve diğer işlemler (günde 6 defadan fazla), endotrakeal tüp ve mekanik ventilasyon bakımı, hemodiyaliz ve Swan-Ganz gibi tanı ve tedavi işlemleri (50 dakikadan uzun süren), kalp-akciğer canlandırması, diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 6 defadan fazla). **(4 PUAN)**	

3. KİŞİSEL HİJYEN ve BOŞALTIM	• Hasta bu konuda kendi kendine yeterlidir. **(1 PUAN)** • Hasta giyinmek, tuvalete gitmek, duş almak, ağız bakımı, eliminasyon kontrolü, traş olmak ve ameliyat öncesi bakım için hemşirenin yardımına, yönlendirmesine veya denetlemesine gereksinim duyar. **(2 PUAN)** • Hasta kişisel hijyen, boşaltım ve rahatlığının sağlanmasında (günde 6 defaya kadar) hemşireye gereksinim duyar (sürgü ve ördek verilmesi, alt bezinin değiştirilmesi, dren, stoma, idrar kateter, tüp ve torbalarının kontrolü, değiştirilmesi ve/veya boşaltılması). **(3 PUAN)** • Hasta kişisel hijyen, boşaltım ve rahatlığının sağlanmasında (günde 6 defadan fazla) hemşireye gereksinim duyar (sürgü ve ördek verilmesi, alt bezinin değiştirilmesi, dren, stoma, idrar kateter, tüp ve torbalarının kontrolü, değiştirilmesi ve/veya boşaltılması). **(4 PUAN)**	
4. DERİ ve MUKOZA BÜTÜNLÜĞÜ	• Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimler yönünden rehberlik yapılması ve yapılanların izlenmesi. **(1 PUAN)** • Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimlerin (masaj, losyon, vb.) uygulanması (günde 3 defaya kadar); vücudun 1 ya da daha fazla yerinde teknik zorluk derecesi düşük, basit pansuman değişimi (günde bir defa). **(2 PUAN)** • Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimlerin (masaj, losyon, vb.) uygulanması (günde 4-6 defa); vücudun bir ya da daha fazla yerinde teknik zorluk derecesi düşük ya da orta düzeyde pansuman değişimi (günde 2-3 defa); vücut pozisyonunun değiştirilmesi (günde 6 defaya kadar). **(3 PUAN)** • Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimlerin (masaj, losyon, vb.) uygulanması (günde 6 defadan fazla); vücudun bir ya da daha fazla yerinde günde 3 defadan fazla,teknik zorluk derecesi orta düzeyde ya da günde 1 defa, teknik zorluk derecesi yüksek pansuman değişimi; vücut pozisyonunun değiştirilmesi (günde 6 defadan fazla). **(4 PUAN)**	
5. **BESLENME ve HİDRASYON**	• Hasta bu konuda kendi kendine yeterlidir. **(1 PUAN)** • Hasta beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar. **(2 PUAN)** • Hasta nazogastrik tüp ya da stoma yoluyla beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşireye gereksinim duyar (günde 6 defaya kadar). **(3 PUAN)** • Hasta nazogastrik tüp ya da stoma yoluyla beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşireye gereksinim duyar (günde 6 defadan fazla); periferik ya da santral venöz kateter yoluyla beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşirelik bakımına gereksinim duyar. **(4 PUAN)**	

6. HAREKET ve EGZERSİZ TEDAVİSİ	Hasta bu konuda kendi kendine yeterlidir. **(1 PUAN)** Hasta, yürümesine destek ve/veya vücudunun farklı yerlerini hareket ettirmek için denetlenmesi, rehberlik ve cesaretlendirilmesi, protez, değnek, baston, tekerlekli sandalye ve yürüteç gibi aletlerin kullanılması konularında hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar. **(2 PUAN)** Hasta yürümesi; iki kişinin yardımıyla yataktan sandalyeye, sandalyeden yatağa geçebilmesi; yürüme ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi için eğitimi; birim içinde hemşirelerin gözetimi altında bir yerden bir yere gidebilmesi gibi konularda hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar (günde 2 defaya kadar). **(3 PUAN)** Hasta yürümesi; ikiden fazla kişinin yardımıyla yataktan sandalyeye, sandalyeden yatağa geçebilmesi; yürüme ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi için eğitimi; birim dışında hemşirelerin gözetimi altında bir yerden bir yere gidebilmesi gibi konularda hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar (günde 2 defadan fazla). **(4 PUAN)**	
7. **TEDAVİ ve İLAÇ UYGULAMALARI**	İlaç uygulamaları (günde 1-3 defa); infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 1-2 defa). **(1 PUAN)** İlaç uygulamaları (günde 4 defa); infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 3-4 defa), (nazogastrik, nazoenteral tüp veya stoma, oksijen tedavisi) **(2 PUAN)** İlaç uygulamaları (günde 6 defa), infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 5-6 defa) (tanıya yönelik testler ve/veya ameliyat için laksatif ve enemalar gibi bazı ilaçların uygulanması, periferik kateterin bakımı, kan ve kan ürünleri, plazma genişletici ve sitostatik ajanların kullanımı, peritonal diyaliz). **(3 PUAN)** Her iki saatte bir ilaç uygulaması, infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 6 defadan fazla); vazoaktif ilaçlar ve yüksek riskli ilaçlar, epidural ve santral kateter bakımı, hemodiyaliz. **(4 PUAN)**	
8. **EMOSYONEL DESTEK**	Hasta ve/veya ailesi hastalık, tedavisi ve hastane süreciyle ilgili endişeleri nedeniyle emosyenel desteğe gereksinim duyar. **(1 PUAN)** Hasta ve/veya ailesi endişeleri, gerginlikleri, sürekli şikayetleri ve istekleri nedeniyle emosyonel desteğe gereksinim duyar. **(2 PUAN)** Hasta ve/veya ailesi apati, ümitsizlik, günlük aktivitelere katılma konusundaki isteksizlik veya sıklığı artan anksiyete semptomları nedeniyle emosyonel ve psikolojik desteğe gereksinim duyar. **(3 PUAN)** Hasta ve/veya ailesi tıbbi tedaviyi reddetme ve diğer psikososyal sorunlar nedeniyle sürekli emosyonel ve psikolojik desteğe gereksinim duyar. **(4 PUAN)**	

9. **SAĞLIK EĞİTİMİ ve DANIŞMANLIK**	Hastaneye yatış sırasında hasta ve/veya ailesine eğitim ve danışmanlık verilmesi. **(1 PUAN)** Hastaya ve/veya ailesine ameliyat öncesi ve sonrası prosedürler, test sonuçları ve taburculukla ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi. **(2 PUAN)** İletişim engeli olan (körlük, sağırlık, akıl hastalığı, dil bozuklukları) veya farklı kültüre sahip, anlama ve kabullenme zorluğu çeken hastaya ve/veya ailesine eğitim ve danışmanlık verilmesi; evde kullanılacak özel ekipman ve materyel konusunda danışmanlık verilmesi. **(3 PUAN)** Hastaya ve/veya ailesine öz bakım, evde kullanılacak özel ekipman ve cihazlar ve özel prosedürler (periton diyaliz, vb.) ile ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi. **(4 PUAN)**	

EK-II. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Portekizce ve İngilizce Formu

I

Instrumento para Classificação de Pacientes (*Perroca, 2009*)

ORIENTAÇÕES AO USUÁRIO
1. Este instrumento para classificação de pacientes está constituído de nove áreas de cuidados: Planejamento e Coordenação do Processo de Cuidar, Investigação e Monitoramento, Cuidado Corporal e Eliminações, Cuidados com Pele e mucosas, Nutrição e Hidratação, Locomoção ou Atividade, Terapêutica, Suporte emocional e Educação à Saúde.
2. Cada um dos indicadores possui gradação de 1 a 4, apontando intensidade crescente de complexidade do cuidado, de forma que, o valor 1 corresponde ao menor nível de complexidade assistencial e o valor 4, ao nível máximo de complexidade assistencial.
3. O paciente deve ser classificado em todos os indicadores, em um dos quatro níveis, na opção que melhor descreva a sua situação em relação à assistência de enfermagem. Em situação de dúvida entre dois níveis, em qualquer das áreas de cuidados, considere sempre o nível de maior complexidade assistencial.
4. A soma do valor obtido (escore total), em cada uma das áreas de cuidados, é comparada com os intervalos de pontuações propostos, conduzindo, dessa forma, à categoria de cuidado a que este paciente pertence: cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos.
5. Classificar o paciente diariamente no horário de melhor conveniência para sua unidade.

PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDAR (*Escore.....*)
1. Manutenção do planejamento da assistência de enfermagem (SAE);
2. Revisão, em parte, do planejamento da assistência de enfermagem (SAE);
3. Elaboração do planejamento da assistência de enfermagem (SAE) envolve participação de profissionais da equipe de enfermagem ou requer alocação de recursos intra-institucionais;
4. Elaboração do planejamento da assistência de enfermagem (SAE) envolve participação de equipe multiprofissional ou requer alocação de recursos extra-institucionais ou junto à comunidade.

INVESTIGAÇÃO E MONITORAMENTO	(*Escore.....*)

1. Sinais vitais (3 vezes ao dia); exames diagnósticos simples (até 15 minutos); avaliação clínica; pesagem e verificação de outras medidas antropométricas; escalas de mensuração (1vez ao dia);
2. Sinais vitais e saturação de O2 (3 vezes ao dia); desobstrução de vias aéreas (até 3 vezes ao dia); auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos de média complexidade (15-30 minutos); escalas de mensuração (2-3 vezes ao dia);
3. Sinais vitais, saturação de O2, PAM (4-6 vezes ao dia); desobstrução de vias aéreas (4-6 vezes ao dia); auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos de média complexidade (30-50 minutos); atendimento de urgências; escalas de mensuração (4-6 vezes ao dia);
4. Sinais vitais, saturação de O2, PIC e outros (maior 6 vezes ao dia); cuidados com tubo endotraqueal e equipamentos de ventilação mecânica; auxílio em exames diagnósticos e terapêuticos tais como hemodiálise, swan-ganz, etc. (maior que 50 minutos); atendimento de PCR; escalas de mensuração (mais que 6 vezes ao dia).

CUIDADO CORPORAL E ELIMINAÇÕES	(*Escore.....*)

1. Auto-suficiente;
2. Requer orientação e/ou supervisão e/ou **auxílio** de enfermagem para vestir-se ou deslocar-se para o toalete, banho de chuveiro, higiene oral, controle das eliminações; tricotomia e higiene pré-operatória;
3. Requer **atuação** de enfermagem **(fazer)** para as atividades de higiene pessoal e medidas de conforto **(até 6 vezes ao dia)**: colocação de comadre e papagaio, troca de fraldas, absorventes; esvaziamento e/ou troca de bolsa coletora, controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária e estomas;
4. Requer **atuação** de enfermagem **(fazer)** para as atividades de higiene pessoal e medidas de conforto **(mais de 6 vezes ao dia)**: colocação de comadre e papagaio, troca de fraldas, absorventes; esvaziamento e/ou troca de bolsa coletora, controle de cateteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária e estomas.

CUIDADOS COM PELE E MUCOSAS	(*Escore .....*)

1. Orientação e supervisão de medidas preventivas de **lesões de pele**;
2. Medidas preventivas de **lesões de pele (massagens, aplicação de loções e outras)** até 3 vezes ao dia; troca de curativo **de pequena complexidade técnica** em uma ou mais áreas do corpo (1vez ao dia);
3. Medidas preventivas de úlcera por pressão (4-6 vezes ao dia); troca de curativo de **pequena ou média complexidade técnica** em uma ou mais áreas do corpo (2-3 vezes ao dia); **mudança de decúbito (até 6 vezes ao dia);**
4. Medidas preventivas de úlcera por pressão (maior 6 vezes ao dia); troca de curativo **de média complexidade técnica** em uma ou mais áreas do corpo (mais de 3 vezes ao dia) **ou de alta complexidade técnica (1vez ao dia); mudança de decúbito (mais de 6 vezes ao dia).**

NUTRIÇÃO E HIDRATAÇÃO	*(Escore .....)*

1. Auto-suficiente;
2. Requer orientação e/ou supervisão e/ou **auxílio** de enfermagem para alimentar-se **e/ou** ingerir líquidos; controle hídrico;
3. Requer **atuação** de enfermagem **(fazer)** para alimentar-se e ingerir líquidos e/ou alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma **(até 6 vezes ao dia);**
4. Requer **atuação** de enfermagem **(fazer)** para alimentar-se e ingerir líquidos e/ou alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma **(mais de 6 vezes ao dia);** atuação de enfermagem para manipulação de cateteres periféricos ou centrais para nutrição e/ou hidratação.

LOCOMOÇÃO E ATIVIDADE	*(Escore .....)*

1. Auto-suficiente;
2. Requer auxílio para deambulação (apoio) e/ou encorajamento, orientação e supervisão para movimentação de segmentos corporais, deambulação ou uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores);
3. Requer atuação de enfermagem (fazer) para deambulação até 2 vezes ao dia: passagem da cama para cadeira e vice versa com auxílio de dois colaboradores, treino para deambulação e para as atividades da vida diária (AVD); transporte dentro da unidade com acompanhamento do pessoal de enfermagem;
4. Requer atuação de enfermagem (fazer) para deambulação mais de 2 vezes ao dia: passagem da cama para cadeira e vice versa com auxílio de mais de dois colaboradores; transporte fora da unidade com acompanhamento do pessoal de enfermagem.

TERAPÊUTICA	*(Escore .....)*

1. Requer medicação **(1- 3 vezes ao dia);** colocação e troca de infusões **(1-2 vezes ao dia);**
2. Requer medicação **(4 vezes ao dia)** colocação e troca de infusões **(3-4 vezes ao dia);** cuidados com sonda nasogátrica, nasoenteral ou estoma; **oxigenoterapia;**
3. Requer medicação **(6 vezes ao dia);** colocação e troca de infusões **(5-6 vezes ao dia); medicações específicas para exames de diagnóstico e/ou cirurgia (laxantes,enemas);** cuidados com cateter periférico; uso de sangue e derivados, expansores plasmáticos ou agentes citostáticos; diálise peritonial;
4. Requer medicação **a cada 2 horas ou horária**; colocação e troca de infusões **(mais de 6 vezes ao dia);** uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração; cuidados com cateter epidural e central; **hemodiálise.**

4

SUPORTE EMOCIONAL	*(Escore .....)*

1. Paciente/família requer suporte através de conversação devido a preocupações cotidianas ou com relação à doença, tratamento e processo de hospitalização;
2. Paciente/família requer suporte através de conversação devido à presença de ansiedade, angústia ou por queixas e solicitações contínuas;
3. Paciente/família requer conversação e suporte psicológico devido à presença de apatia, desesperança, diminuição do interesse por atividades ou aumento da freqüência de sintomas de ansiedade;
4. Paciente/ família requer reinteradas conversação e apoio psicológico; recusa de cuidados de atenção à saúde, problemas psicossociais.

EDUCAÇÃO À SAÚDE	*(Escore .....)*

1. Orientações ao paciente/família na admissão;
2. Orientações ao paciente/família: pré e pós-operatórias, procedimentos, resultado de testes, de alta;
3. Orientações ao paciente/família com problemas de comunicação (cego, surdo, problemas mentais, distúrbios de linguagem), sócio-culturais, ou proveniente de outras culturas; com dificuldade de compreensão e/ou resistência às informações recebidas; orientações sobre manejo de equipamentos e/ou materiais especiais no domicílio;
4. Orientações reiteradas ao paciente/família sobre autocuidado, orientação e treino para manejo de equipamentos e/ou materiais especiais em casa e realização de procedimentos específicos (diálise peritonial, etc.).

ESCORE TOTAL	
NÍVEL DE CUIDADO	

AVALIAÇÃO DO TIPO DE CUIDADO
Cuidados Mínimos: 9 a 12 pontos Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;
Cuidados Intermediários: 13 a 18 pontos Cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;
Cuidados Semi-Intensivos: 19 a 24 pontos Cuidados a pacientes recuperáveis, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;
Cuidados Intensivos: 25 a 36 pontos Cuidados a pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de morte, sujeitos à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Patient Classification Tool

USER GUIDELINES

1. This tool for classification of patients is composed of nine areas of care: Planning and coordination of the Care Process, Research and Monitoring, Body Care and Eliminations, skin and mucous membranes care, Nutrition and Hydration, Locomotion or activity, therapy, Emotional support and health education.
2. Each of the indicators scores from 1 to 4, indicating increasing intensity of complexity of care, so that 1 corresponds to lower level of care complexity and 4 to the highest level of care complexity.
3. The patient should be classified in all indicators in one of four levels, the option that best describes his situation in relation to nursing assistance. When in doubt between two levels in any of the areas of care, always consider the level of higher complexity care.
4. The sum of all scores (total score) in each of the areas of care, is compared with the proposed scores intervals, leading to the classification of care to which the patient belongs: minimal care, intermediate care, semi-intensive care and intensive care.
5. Rate the patient daily in the most convenient schedule for your unit.

PLANNING AND COORDINATION OF THE CARE PROCESS (Score)

1. Maintenance of the planning of assisted nursing (SAE);
2. Partial revision planning of assisted nursing (SAE)
3. The preparation of the planning of assisted nursing (SAE) involves the participation of the nursing team professionals or requires allocation intra-institutional resources;
4. The preparation of the planning of assisted nursing (SAE) involves the participation of a multidisciplinary team or requires the allocation of external institutional resources or in the community.

RESEARCH AND MONITORING (Score)

1. Vital signs (3 times a day); simple diagnostic tests (up to 15 minutes); clinical evaluation; weighing and other anthropometric measurements; measurement scales (once a day);
2. Vital signs and O2 saturation (3 times a day); airway clearance (up to 3 times a day); help in the diagnostic and therapeutic exams of average complexity (15-30 minutes); measurement scales (2-3 times daily);
3. Vital Signs, O2 saturation, MBP (4-6 times daily); airway clearance (4-6 times daily); help in the diagnostic and therapeutic exams medium complexity (30-50 minutes); emergency care; measurement scales (4-6 times daily);

4. vital signs, O2 saturation, CIP and other (most 6 times a day); care with endotracheal tube and mechanical ventilation equipment; help in the diagnostic and therapeutic examinations such as hemodialysis, Swan-Ganz, etc. (Greater than 50 minutes); PCR care; measurement scales (more than 6 times a day).

BODY CARE AND ELIMINATIONS (Score .....)

1. Self-sufficient;
2. Requires direction and / or supervision and / or nursing assistance to dress up or go to the toilet, shower, oral hygiene, control of eliminations; shaving and pre-operative care;
3. Requires nursing practitioners for personal hygiene activities and comfort measures (up to 6 times a day): placing bedpan and parrot, changing diapers, absorbent; emptying and / or exchange of collection bag, control catheters, drains, device for urinary incontinence and stoma (?);
4. Requires nursing practitioners for personal hygiene activities and comfort measures (more than 6 times a day): placing bedpan and parrot, changing diapers, absorbent; emptying and / or exchange of collection bag, control catheters, drains, device for urinary incontinence and stoma (?).

SKIN AND MUCOUS MEMBRANES CARE (Score .....)

1. Guidance and supervision of preventive measures of skin lesions;
2. Preventive measures of skin lesions (massage, application of lotions and others) up to 3 times a day; changing of bandages of small technical complexity in one or more areas of the body (1vez daily);
3. Preventive measures of ulcers by pressure (4-6 times a day); changing of bandages of small technical complexity in one or more areas of the body (2-3 times daily); changing positions (up to 6 times a day);
4. Preventive measures of ulcers by pressure (more than 6 times a day); changing of bandages of average technical complexity in one or more areas of the body (more than 3 times per day) or high technical complexity (once daily); position change (more than 6 times a day).

NUTRITION AND HYDRATION (Score .....)

1. Self-sufficient;
2. Requires direction and / or supervision and / or nursing assistance for feeding and / or drinking fluids; water control;
3. Requires nursing practitioners for feeding and drinking fluids and / or feeding by nasogastric tube or stoma (up to 6 times per day);
4. Requires nursing practitioners for feeding and drinking fluids and / or feeding by nasogastric tube or stoma (over 6 times a day); nursing care for handling peripheral or central catheters for nutrition and / or hydration.

LOCOMOTION AND ACTIVITY (Score .....)
1. Self-sufficient;
2. Requires aid for walking (support) and / or encouragement, guidance and supervision for moving body segments, walking or using devices (prostheses, crutches, canes, wheelchairs, walkers);
3. Requires nursing practitioners for walking up to 2 times a day, passing from bed to chair and vice versa with the help of two collaborators, training for ambulation and activities of daily living (ADL); transport within the unit with monitoring of nursing personnel;
4. Requires nursing practitioners for walking more than 2 times a day, passing from bed to chair and vice versa with the aid of more than two collaborators; Transport outside of the unit with monitoring of nursing staff.

THERAPEUTIC (Score .....)

1. Requires medication (1- 3 times a day); placement and exchange of infusions (1-2 times daily);
2. Requires medication (4 times daily) placement and exchange of infusions (3-4 times daily); nasogastric care, nasogastric tube or stoma; oxygen therapy;
3. Requires medication (6 times a day); placement and exchange of infusions (5-6 times daily); drugs specific for diagnostic examination and / or surgery (Laxatives, enemas); care peripheral catheter; use of blood and blood products, plasma expanders or cytostatic agents; peritoneal dialysis;
4. Requires medication every 2 hours or time; placement and exchange of infusion (over 6 times a day); vasoactive drugs or other requiring greater care in the administration; care epidural and central catheter; hemodialysis.

EMOTIONAL SUPPORT (Score .....)

1. Patient / family requires support through conversation or due to everyday concerns regarding the disease, treatment and hospitalization process;
2. Patient / family requires support through conversation due to anxiety, anguish or continuous complaints and requests;
3. Patient / family requires conversation and psychological support due to apathy, hopelessness, decreased interest in activities or increased frequency of anxiety symptoms;
4. Patient / family requires repeated conversation and psychological support; refusal of health care, psychosocial problems.

HEALTH EDUCATION (Score .....)

1. Guidelines to the patient / family on admission;

2. Guidance to the patient / family: pre and postoperative, procedures, test results, high;
3. Guidelines to the patient / family with communication problems (blind, deaf, mentally ill, language disorders), socio-cultural, or coming from other cultures; with limited understanding and / or resistance to incoming information; guidelines on handling equipment and / or special materials at home;
4. Repeated guidelines to the patient / family about self-care, guidance and training for handling equipment and / or special materials at home an specific procedures (peritoneal dialysis, etc.).

TOTAL SCORE
CAUTION LEVEL

EVALUATION OF CARE TYPE
Minimum Care: 9-12 points
Care to stable patients from a clinical point of view and nursing, but physically self-sufficient as to meet the basic human needs;
Intermediate Care: 13-18 points
Care to stable patients from a clinical point of view and nursing partial dependence on nursing professionals for the meeting the basic human needs;
Sub-acute Care: 19-24 points
Care for recoverable patients without imminent risk of death, subject to unstable vital functions, requiring permanent and specialized nursing and medical assistance;
Intensive care: 25-36 points
Care for severe and recoverable patients with imminent risk of death, subject to unstable vital functions, requiring permanent and specialized nursing and medical assistance.

EK-III Uzman Grup Listesi

1. Uzman Hemşire Elif AKBAL
2. Uzman Hemşire Ülkü BURGESS
3. Yard.Doç Dr. Nilgün GÖKTEPE
4. Doç .Dr. Şeyda Seren İNTEPELER
5. Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN
6. Uzman Hemşire Saliha KOÇ
7. Uzman Hemşire Sevim ŞEN
8. Yard.Doç Dr. Esra UĞUR
9. Uzman Hemşire Azime USLU
10. Uzman Hemşire Begüm YALÇIN

EK-IV. Perroca Hasta Sınılandırma Ölçeği Kapsam Geçerliliği için Uzman Görüşü Versiyonu

Sayın ……..,

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Yrd. Doç. Dr. Emine Türkmen'in danışmanlığında "Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması" konulu yüksek lisans tez çalışmamın ilk aşamasında "Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin dil ve kapsam geçerlik çalışması yapılması planlanmıştır.

Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin dil eşdeğerlilik çalışması tamamlanmıştır. Kapsam geçerliliği için sizin uzman görüşünüze gereksinim duymaktayız. Görüşleriniz, ölçeğin kapsamının doğru şekilde belirlenmesi açısından çalışmamıza çok önemli katkılar sağlayacaktır.

Orijinal adı 'Nova versão Instrumento Classificação Perroca' olan ve Türkçe 'Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği' olarak adlandırılan ölçüm aracı, Perroca ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nde hastanın hemşireye olan bağımlılığını tanımlayan 9 ana bakım alanı bulunmaktadır. Bu bakım alanları şu şekildedir; Bakım sürecinin planlanması ve koordine edilmesi; Tetkik, gözlem ve takip; Kişisel hijyen ve boşaltım; Deri ve mukoza bütünlüğü; Beslenme ve hidrasyon; Hareket ve egzersiz tedavisi; Tedavi ve ilaç uygulamaları; Emosyonel destek; Sağlık eğitimi ve danışmanlık'tır. Her bir alt bakım alanı için 1 ile 4 arası puan verilmektedir. Puanlar toplanıp hastaların bağımlılık düzeyleri tanımlanmaktadır. En düşük alınan puan 9 iken en fazla 36 puan alınmaktadır. 9-12 puan arası "Düşük düzeyde (minimal) bakım", 13-18 puan arası "Orta düzeyde bakım", 19-24 puan arası "Yarı üst düzeyde (yarı-yoğun) bakım", 25-36 puan arası "Üst düzeyde (yoğun) bakım" gereksinimini ifade etmektedir.

Sizden, Ek'te yer alan ölçeğin maddelerinde yer alan 9 ana bakım alanından her birini (Bakım sürecinin planlanması ve koordine edilmesi; Tetkik, gözlem ve takip; Kişisel hijyen ve boşaltım; Deri ve mukoza bütünlüğü; Beslenme ve hidrasyon; Hareket ve egzersiz tedavisi; Tedavi ve ilaç uygulamaları; Emosyonel destek; Sağlık eğitimi ve danışmanlık) hasta bakım ya da hemşirelik bakım uygulamalarının kapsamını yansıtması açısından ve ifadelerin anlaşılırlığı yönünden değerlendirmenizi,

Her bir bakım alanında yer alan hasta sınıflama kriterlerinin her birini (4 hasta sınıflama kriteri) kapsamı ve birbirinden ayırt edebilirlik (bu ifadeler "*hastaların bu bakım alanı ile ilgili bağımlılık düzeyini ölçecek nitelikte midir ya da ölçmede yeterli midir?"*) ve orijinal şekli ile de karşılaştırarak anlaşılırlık yönünden değerlendirmenizi,

Tüm değerlendirme sonuçlarınızı "Uygun Değil", "Maddenin Uygun Şekle Getirilmesi Gerek", "Uygun Ancak Ufak Değişiklik Gerekiyor", "Çok Uygun" seçeneklerinden birini işaretleyerek görüşünüzü bildirmenizi; eğer bu seçeneklerden "Çok uygun" seçeneği dışında işaretleme yaptı iseniz önerilerinizi açıklama sütununda belirtmenizi bekliyoruz.

Değerli katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Saygılarımızla,

Yard. Doç. Dr. Emine Türkmen
Koç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim A.D
Öğretim Üyesi
e-posta: emturkmen@ku.edu.tr
Tel: 0533 719 93 70

Güzin Yetim
Koç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim A.D
Öğrencisi
e-posta: gyetim@ku.edu.tr
Tel: 0543 341 27 57

Değerlendirme:

( ) Kesinlikle Uygun *
( ) Uygun (İfade için ufak değişiklikler gerekli) *
( ) Biraz Uygun (İfadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) *
( ) Uygun Değil

'YILDIZ İŞARETLİ İLK 3 İFADEYİ SEÇMENİZ DURUMUNDA' LÜTFEN ÖNERİNİZİ İLGİLİ ALANA YAZINIZ.

Değerlendirme iki aşamada yapılacaktır.

Birinci aşama: Ölçekte yer alan 9 ana bakım alanından her birinin hasta bakım ya da hemşirelik bakım uygulamalarının kapsamını yansıtması açısından ve ifadelerin anlaşılırlığı yönünden değerlendirme

1. BAKIM SÜRECİNİN PLANLANMASI ve KOORDİNE EDİLMESİ	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

2. TETKİK, GÖZLEM ve TAKİP	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

3. KİŞİSEL HİJYEN ve BOŞALTIM	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

4. DERİ ve MUKOZA BÜTÜNLÜĞÜ	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

5. BESLENME ve HİDRASYON	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

6. HAREKET ve EGZERSİZ TEDAVİSİ	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

7. TEDAVİ ve İLAÇ UYGULAMALARI	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

8. EMOSYONEL DESTEK	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

9. SAĞLIK EĞİTİMİ ve DANIŞMANLIK	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

İkinci aşama: Ölçekteki her bir bakım alanında yer alan hasta sınıflama kriterlerinin her birinin (4 hasta sınıflama kriteri) kapsamı ve birbirinden ayırt edebilirlik (bu ifadeler "hastaların bu bakım alanı ile ilgili bağımlılık düzeyini ölçecek nitelikte midir ya da ölçmede yeterli midir?") ve orijinal şekli ile de karşılaştırarak anlaşılırlık yönünden değerlendirme

1. BAKIM SÜRECİNİN PLANLANMASI ve KOORDİNE EDİLMESİ

1.1 Planlanmış olan hemşirelik bakımının devam ettirilmesi **(1 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

1.2 Planlanmış olan hemşirelik bakımının kısmi olarak gözden geçirilmesi **(2 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

1.3 Hemşirelik bakım planının hemşirelik ekibi veya kurum içi kaynaklara ihtiyaç duyularak hazırlanması **(3 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

1.4 Hemşirelik bakım planının multidisipliner sağlık ekibi veya kurum dışı kaynaklara ihtiyaç duyularak hazırlanması **(4 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

2. TETKİK, GÖZLEM VE TAKİP

2.1 Yaşam bulguları (günde 3 defa), basit tanı testleri (15 dakikaya kadar), klinik değerlendirme, kilo tartma ve diğer antropometrik ölçümler, diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 1 defa). **(1 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

2.2 Yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu (günde 3 defa), hava yolu temizlenmesi (günde 3 defaya kadar), orta zorluktaki tanı ve tedavi işlemlerine yardım (15-30 dakika), diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 2-3 defa). **(2 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

2.3 Yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu, OKB (arter kateterizasyonu) (günde 4-6 defa), hava yolu temizlenmesi (günde 4-6 defa), orta zorluktaki tanı ve tedavi işlemleri (30-50 dakika), acil bakım, diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 4-6 defa). **(3 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

2.4 Yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu, İKB (intrakranial basınç) ve diğer işlemler (günde 6 defadan fazla), endotrakeal tüp ve mekanik vantilasyon bakımı, hemodiyaliz ve Swan-Ganz gibi tanı ve tedavi işlemleri (50 dakikadan uzun süren), kalp-akciğer canlandırması, diğer ölçümler (ölçüm skalaları) (günde 6 defadan fazla). **(4 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

3. KİŞİSEL HİJYEN VE BOŞALTIM

3.1 Hasta bu konuda kendi kendine yeterlidir. **(1 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

3.2 Hasta giyinmek, tuvalete gitmek, duş almak, ağız bakımı, eliminasyon kontrolü, traş olmak ve ameliyat öncesi bakım için hemşirenin yardımına, yönlendirmesine veya denetlemesine gereksinim duyar. **(2 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

3.3 Hasta kişisel hijyen, boşaltım ve rahatlığının sağlanmasında (günde 6 defaya kadar) hemşireye gereksinim duyar (sürgü ve ördek verilmesi, alt bezinin değiştirilmesi, dren, stoma, idrar kateter, tüp ve torbalarının kontrolü, değiştirilmesi ve/veya boşaltılması). **(3 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

3.4 Hasta kişisel hijyen, boşaltım ve rahatlığının sağlanmasında (günde 6 defadan fazla) hemşireye gereksinim duyar (sürgü ve ördek verilmesi, alt bezinin değiştirilmesi, dren, stoma, idrar kateter, tüp ve torbalarının kontrolü, değiştirilmesi ve/veya boşaltılması). **(4 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

4. DERİ VE MUKOZA BÜTÜNLÜĞÜ

4.1 Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimler yönünden rehberlik yapılması ve yapılanların izlenmesi. **(1 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

4.2 Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimlerin (masaj, losyon, vb.) uygulanması (günde 3 defaya kadar); vücudun 1 ya da daha fazla yerinde teknik zorluk derecesi düşük, basit pansuman değişimi (günde bir defa). **(2 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

4.3 Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimlerin (masaj, losyon, vb.) uygulanması (günde 4-6 defa); vücudun bir ya da daha fazla yerinde teknik zorluk derecesi düşük ya da orta düzeyde pansuman değişimi (günde 2-3 defa); vücut pozisyonunun değiştirilmesi (günde 6 defaya kadar). **(3 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

4.4 Deri ve mukoza lezyonlarını önleyici girişimlerin (masaj, losyon, vb.) uygulanması (günde 6 defadan fazla); vücudun bir ya da daha fazla yerinde günde 3 defadan fazla,teknik zorluk derecesi orta düzeyde ya da günde 1 defa, teknik zorluk derecesi yüksek pansuman değişimi; vücut pozisyonunun değiştirilmesi (günde 6 defadan fazla). **(4 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

5. BESLENME VE HİDRASYON

5.1 Hasta bu konuda kendi kendine yeterlidir. **(1 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

5.2 Hasta beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar. **(2 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

5.3 Hasta nazogastrik tüp ya da stoma yoluyla beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşireye gereksinim duyar (günde 6 defaya kadar). **(3 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

5.4 Hasta nazogastrik tüp ya da stoma yoluyla beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşireye gereksinim duyar (günde 6 defadan fazla); periferik ya da santral venöz kateter yoluyla beslenme ve/veya sıvı alımı için hemşirelik bakımına gereksinim duyar. **(4 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

6. HAREKET ve EGZERSİZ TEDAVİSİ

6.1 Hasta bu konuda kendi kendine yeterlidir. **(1 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

6.2 Hasta, yürümesine destek ve/veya vücudunun farklı yerlerini hareket ettirmek için denetlenmesi, rehberlik ve cesaretlendirilmesi, protez, değnek, baston, tekerlekli sandalye ve yürüteç gibi aletlerin kullanılması konularında hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar. **(2 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

6.3 Hasta yürümesi; iki kişinin yardımıyla yataktan sandalyeye, sandalyeden yatağa geçebilmesi; yürüme ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi için eğitimi; birim içinde hemşirelerin gözetimi altında bir yerden bir yere gidebilmesi gibi konularda hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar (günde 2 defaya kadar). **(3 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

6.4 Hasta yürümesi; ikiden fazla kişinin yardımıyla yataktan sandalyeye, sandalyeden yatağa geçebilmesi; yürüme ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi için eğitimi; birim dışında hemşirelerin gözetimi altında bir yerden bir yere gidebilmesi gibi konularda hemşirenin yardımına, yönlendirmesine ve/veya denetlemesine gereksinim duyar (günde 2 defadan fazla). **(4 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

7. TEDAVİ ve İLAÇ UYGULAMALARI

7.1 İlaç uygulamaları (günde 1-3 defa); infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 1-2 defa). **(1 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

7.2 İlaç uygulamaları (günde 4 defa); infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 3-4 defa), (nazogastrik, nazoenteral tüp veya stoma, oksijen tedavisi) **(2 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

7.3 İlaç uygulamaları (günde 6 defa), infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 5-6 defa) (tanıya yönelik testler ve/veya ameliyat için laksatif ve enemalar gibi bazı ilaçların uygulanması, periferik kateterin bakımı, kan ve kan ürünleri, plazma genişletici ve sitostatik ajanların kullanımı, peritonal diyaliz). **(3 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

7.4 Her iki saatte bir ilaç uygulaması, infüzyonların başlatılması ve değiştirilmesi (günde 6 defadan fazla); vazoaktif ilaçlar ve yüksek riskli ilaçlar, epidural ve santral kateter bakımı, hemodiyaliz. **(4 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

8. EMOSYONEL DESTEK

8.1 Hasta ve/veya ailesi hastalık, tedavisi ve hastane süreciyle ilgili endişeleri nedeniyle emosyenel desteğe gereksinim duyar. **(1 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

8.2 Hasta ve/veya ailesi endişeleri, gerginlikleri, sürekli şikayetleri ve istekleri nedeniyle emosyonel desteğe gereksinim duyar. **(2 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

8.3 Hasta ve/veya ailesi apati, ümitsizlik, günlük aktivitelere katılma konusundaki isteksizlik veya sıklığı artan anksiyete semptomları nedeniyle emosyonel ve psikolojik desteğe gereksinim duyar. **(3 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

8.4 Hasta ve/veya ailesi tıbbi tedaviyi reddetme ve diğer psikososyal sorunlar nedeniyle sürekli emosyonel ve psikolojik desteğe gereksinim duyar. **(4 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

9. SAĞLIK EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK

9.1 Hastaneye yatış sırasında hasta ve/veya ailesine eğitim ve danışmanlık verilmesi. **(1 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

9.2 Hastaya ve/veya ailesine ameliyat öncesi ve sonrası prosedürler, test sonuçları ve taburculukla ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi. **(2 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

9.3 İletişim engeli olan (körlük, sağırlık, akıl hastalığı, dil bozuklukları) veya farklı kültüre sahip, anlama ve kabullenme zorluğu çeken hastaya ve/veya ailesine eğitim ve danışmanlık verilmesi; evde kullanılacak özel ekipman ve materyel konusunda danışmanlık verilmesi. **(3 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

9.4 Hastaya ve/veya ailesine öz bakım, evde kullanılacak özel ekipman ve cihazlar ve özel prosedürler (periton diyaliz, vb.) ile ilgili eğitim ve danışmanlık verilmesi. **(4 PUAN)**	
Değerlendirmeniz	( ) Kesinlikle Uygun ( ) Uygun (ifade için ufak değişiklikler gerekli) ( ) Biraz Uygun (ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli) ( ) Uygun Değil
Öneriniz	

Ölçeğe ilişkin genel görüş ve önerileriniz: *(Lütfen ölçeğe ilişkin varsa genel görüş ve öneri/lerinizi aşağıya yazınız.)*

EK-V. Marcia Perroca'dan Gelen İzin Yazısı

From: Marcia Perroca [mailto:marcia.perroca@gmail.com]
Sent: Thursday, April 09, 2015 5:36 PM
To: Emine Türkmen
Subject: Re: your patient classification system -permission

Dear professor Türkmen

I apologize for my delay to answer.
Your e-mail went to a box that I do not use so much.
Please, next time write to marcia.perroca@gmail.com
I appreciate very much your interest on my classification instrument and you have my permission to use for your master student.
However, the last refined and validated version is only in Portuguese language.
Is it possible for you to translate from this?
Please, find a copy of this attached.
Best regards
Marcia

Marcia Galan Perroca, RN, MSc, PhD
Department of Specialized Nursing
Faculty of Medicine of São José do Rio Preto (FAMERP)
Phone: +55 17 3201 5722
E-mail : marcia.perroca@gmail.com

C:\Users\güzin\Desktop\izin.png

2015-03-17 12:40 GMT-03:00 Marcia Galan Perroca <marcia.perroca@famerp.br>:

EK-VI. Etik Kurul Onay

KOÇ
ÜNİVERSİTESİ

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	21.05.2015
Karar No:	2015.132.IRB2.049
Sorumlu Araştırıcı:	Güzin Yetim
Araştırma Başlığı:	Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması:- Geçerlillik ve Güvenilirlik Çalışması
Başlangıç tarihi:	15.07.2015
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversite Akademik Kurulu'nun 05.04.2012 tarih ve 04 Nolu kararıyla "Biyomedikal Araştırmalar Etik Kurulu Sekretaryası" tarafından birinci düzey inceleme yapılmasına karar verilmiştir.Yapılan inceleme sonucunda etik ve bilimsel açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Zeynep Cemalcılar
Biyomedikal Araştırmalar Etik Kurulu Başkan Vekili

EK-VII. Kurum Yazılı Başvuru Formu

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr

KOÇ
ÜNİVERSİTESİ

Konu: Araştırma İzni
Sayı: 81917885-302.14-605.99-20

VKV Sağlık Kuruluşları Genel Müdürlüğü'ne

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı'nda Yrd. Doç. Dr. Emine Türkmen'in danışmanlığında öğrenim gören Güzin Yetim'in HSGN 599 Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan **"Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması"** konulu araştırmanın kurumunuza bağlı "Amerikan Hastanesi"nde yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda, bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim. Araştırma projesi ile ilgili, etik kurul izni ilişikte bilginize sunulmuştur.

Saygılarımla,

Prof. Dr. İHSAN SOLAROĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdür

EK-VIII. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu yükseklisans öğrencisi Güzin Yetim tarafından hasta sınıflandırma konusunda yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmada katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız her hangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN ADI: Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik Ve Güvenilirlilik Çalışması

ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, hastanede yatan hastaların sınıflandırılmasında kullanılmak üzere Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlamak, geçerlilik ve güvenirliğini araştırmaktır.

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir;

(Çalışma için kişisel bilgilerinizden doğum tarihi ve tanı bilginiz alınacaktır. 15 dakikalık süre ile gözlem yapılarak Perroca Hasta Sınıflandırma Ölçeği doldurulacaktır.)

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

(Çalışma risk içermemektedir.)

TOPLUMA VE/VEYA DENEKLERE OLASI FAYDALARI

Bu çalışmanın amacı, ülkemizde geçerlilik ve güvenirliliği yapılmış hasta sınıflandırma ölçeğinin tanımlanmasıdır.

GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz veya kanunun gerektirdiği ölçüde ifşa edilecektir. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacıyla sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veritabanında tutulacaktır.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamı ile bağımsız ve etki altında kalmadan karar verebilirsiniz. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmaya karar vermeniz halinde dahi, sahip olduğunuz her hangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir cezaya maruz kalmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Çalışmadan çekilmek isterseniz bir cezası yoktur ve sahip olduğunuz faydaları kaybetmezsiniz.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Güzin YETİM
Koç Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu
T: 05433412757
E-posta: gyetim@ku.edu.tr

Yukarıda açıklanan prosedürleri anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı ve dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

_____
Katılımcı Adı-Soyadı

_____ _____
Katılımcı İmzası Tarih

_____ _____
Araştırmacının İmzası Tarih

_____ _____
Şahit İmzası Tarih

EK-IX. CV

KOÇ ÜNİVERSİTESİ

ÖZGEÇMİŞ FORMU

1. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı:	Güzin YETİM
Akademik Unvanı/Pozisyonu:	Yükseklisans öğrencisi
Fakülte/Bölüm:	Hemşirelik Yüksekokulu
Departman/Ünite:	Hemşirelik
Ev telefonu:	
İş telefonu ve Cep telefonu:	05433412757
E-posta adresi:	gyetim@ku.edu.tr

2. EĞİTİM (Mezun olduğu üniversite ve sonrası)

YIL	BÖLÜM	KURUM	DERECE (Doktora, Uzmanlık, vb)
2013	Hemşirelik	Koç Üniversitesi	Birincilik

3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	KURUM

4. **VARSA İNSAN ARAŞTIRMALARI KONUSUNDA ALDIĞI EĞİTİM VE SERTİFİKALAR**

TARİH	TAMAMLANAN EĞİTİM RPOGRAMI

Aldığınız eğitime dair bir sertifika varsa lütfen bir kopyasını ekleyiniz.

5. **VARSA ARAŞTIRMACI OLARAK KATILDIĞI İNSAN ARAŞTIRMALARI (Klinik, Sosyal, vb)**

TARİH	ARAŞTIRMANIN BAŞLIĞI

6. **VARSA SON 5 YIL İÇİNDE HAKEMLİ DERGİLERDE YAYINLANAN MAKALELER**

TARİH	MAKALENİN BAŞLIĞI

Yukarıda sunduğum bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu taahhüt ederim.

İmza_____

Tarih_____