

## BİR HUZUREVİNDE YAŞAYAN YAŞLILARIN BAKIMINDA OMAHA SİSTEMİ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ: HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARINDAN BİR ÖRNEK<sup>1</sup>

**Melike YALÇIN GÜRSOY**

Dr. Öğr. Üyesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, myalcin@comu.edu.tr, Çanakkale/Türkiye, 0000-0002-2246-264X

**Gülbu TANRIVERDİ**

Prof. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, gulbu@comu.edu.tr, Çanakkale/Türkiye, 0000-0002-2728-5945

**Nursel GÜLYENLİ**

Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ngulyenli@gmail.com, İstanbul/Türkiye, 0000-0003-3592-3270

### Öz

Bu çalışmanın amacı, halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha sistemi kullanımının değerlendirilmesidir. Çalışmanın verileri, halk sağlığı hemşireliği dersi huzurevi uygulamaları kapsamında 60 öğrencinin, 60 yaşlıya yönelik Omaha sistemi doğrultusunda hazırladıkları bakım planlarından derlendi. Bakım planlarından çekilen veriler SPSS 16 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve paired sample t testi kullanıldı. Hemşirelik öğrencileri tarafından %42,4'i (n=474) fizyolojik, %28,9'u (n=323) psikososyal, %21,7'si (n=243) sağlık davranışları ve %7'si (n=78) çevresel alanda olmak üzere toplam 1118 hemşirelik tanısı konulduğu belirlendi. Çevresel alanda gelir (%29,5; n=23) ve konut (%28,2; n=22); psikososyal alanda duygusal denge (%26,9; n=87) ve sosyal ilişkiler (%17,6; n=57); fizyolojik alanda sinir-kas iskelet fonksiyonları (%21,5; n=102) ve bilişsel durum (%11,8; n=56); sağlık davranışları alanında ise beslenme (%25,9; n=63) ve uyku-dinlenme (%20,5; n=50) en yaygın kullanılan yetersizlik alanları idi. Ayrıca belirlenen tanılara yönelik 6587 hemşirelik girişiminin planlandığı, ancak bunlardan 3967'sinin gerçekleştirildiği görüldü. Gerçekleştirilen girişimlerin %54,9'unun (n=2177) sağlık eğitimi rehberlik ve danışmanlık, %37,3'ünün (n=1479) izlem, %4,3'ünün (n=170) vaka yönetimi ve %3,5'inin (n=141) tedavi işlem kategorilerinde olduğu belirlendi. Girişimler, Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) bilgi, davranış ve durum kategorilerinde ayrı ayrı ilk ve son izlem puanları karşılaştırılarak değerlendirildiğinde genel olarak istatistiksel anlamlı bir artış saptandı (p<0.05). Sonuç olarak, öğrencilerin sırasıyla en sık fizyolojik, psikososyal, sağlık davranışları ve çevresel alanlarda hemşirelik tanıları koydukları, ayrıca öğrencilerin planladıkları girişimlerin yaklaşık yarısını uygulamadıkları görüldü. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlılara yönelik Omaha Sistemi doğrultusunda verdikleri bakımın sonuçları etkili bulundu.

**Anahtar Kelimeler:** Omaha Sistemi, Yaşlı, Huzurevi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Öğrenci, Uygulama

## EVALUATION OF THE USE OF THE OMAHA SYSTEM IN THE CARE OF THE ELDERLY LIVING IN A NURSING HOME: AN EXAMPLE OF PUBLIC HEALTH NURSING PRACTICES

### Abstract

The aim of this study is to evaluate the use of the Omaha system in the care of the elderly living in a nursing home within the scope of public health nursing practices. The data of the study were compiled from the care plans prepared by 60 students in line with the Omaha system for 60 elderly people within the scope of public health nursing course nursing home practices. The data drawn from the care plans were analyzed using the SPSS 16 program. Descriptive statistics and paired sample t-test were used to evaluate the data. Permission was obtained from the institution and the elderly before the application. It was determined that a total of 1118 nursing diagnoses were made by the nursing

<sup>1</sup> 2. Uluslararası 3. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunuldu

students, 42.4% (n=474) in the physiological, 28.9% (n=323) in the psychosocial, 21.7% (n=243) in the health behaviors and 7% (n=78) in the environmental field. In the environmental area, income (29.5%; n=23) and housing (28.2%; n=22); emotional balance in the psychosocial domain (26.9%; n=87) and social relations (17.6%; n=57); neuromusculoskeletal functions (21.5%; n=102) and cognitive status (11.8%; n=56) in the physiological domain; nutrition (25.9%; n=63) and sleep-rest (20.5%; n=50) in the field of health behaviors were the most commonly used areas of disability. It was also seen that 6587 nursing interventions were planned for the identified diagnoses, but 3967 of them were carried out. It was determined that 54.9% (n=2177) of the interventions were health education, guidance and counseling, 37.3% (n=1479) were followed up, 4.3% (n=170) were case management, and 3.5% (n=141) were in the treatment procedure categories. When interventions were evaluated by comparing the first and last follow-up scores separately in the Problem Assessment Scale (PBL) knowledge, behavior and status categories, a statistically significant increase was found in general ( $p<0.05$ ). It was determined that the students made nursing diagnoses in physiological, psychosocial, health behaviors and environmental areas, respectively, and that the students did not implement about half of the interventions they planned. The results of nursing students' care for the elderly in line with the Omaha system were found to be effective.

**Keywords:** Omaha system, Elderly, Nursing Home, Public Health Nursing, Student, Practice

## 1. GİRİŞ

Amerikan Hemşirelik Derneği (ANA) tarafından onaylanan 12 sınıflama sisteminden bir tanesi olan Omaha sistemi, kullanıcıların hemşirelik ve sağlık hizmetlerinin hasta bakımı ve sonuçları üzerindeki etkisini tanımlamasına ve ölçmesine olanak sağlayan, araştırma tabanlı, kapsamlı, standartlaştırılmış bir terminolojidir (1). Omaha sistemi, halk sağlığı uygulamalarında en yaygın kullanılan hemşirelik modellerinden birisidir (2,3). Yapılan çalışmalarda Omaha'nın evde bakım hizmetleri (4,5), birinci basamak sağlık hizmetleri (6,7,8), ev ziyaretleri (9,10), iş yerleri (11,12), okullar (13) ve huzurevleri (14,15) gibi çeşitli alanlarda kullanıldığı görülmüştür.

Omaha sistemi standartlaştırılmış, kolay anlaşılır bir sistem olması nedeniyle hemşirelik öğrencilerinin uygulamalarında kullanılmakta (16), bütüncül çerçevesi ile öğrenciye bireyin problemlerini tanımlama ve girişim yollarını belirlemede yol göstermektedir (17). Türkiye'de ilk olarak halk sağlığı hemşireliği eğitiminde kullanılmaya başlanmış ve 1999 yılından beri aktif olarak kullanılmaktadır (4,18). Yapılan çalışmalarda öğrencilerin uygulama eğitimlerinde Omaha sistemini kullanılmasının etkili olduğu belirtilmiştir (4,10,17,18,19,20). Aylaz ve arkadaşları (2010) tarafından halk sağlığı hemşireliği öğrencilerinin sağlık ocağı çalışmalarında Omaha sistemini kullanmalarının etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, Omaha sisteminin bireylerin sorunlarını ve hemşirelik müdahalelerini tanımlamak için standartlaştırılmış bir sınıflandırma ve değerlendirme çerçevesi sağladığı ve evde bakım hizmetlerinin kalitesini artırdığı belirtilmiştir.

Türkiye'de öğrenci hemşirelerin uygulamalarında Omaha sisteminin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmaların daha çok ev ziyaretlerinde (17,18), evde bakımda (4) ve aile sağlığı merkezlerinde (10,20) gerçekleştirildiği görülmüştür. Öğrenciler için önemli bir uygulama alanı olan huzurevlerinde öğrencilerin Omaha sistemi doğrultusunda gerçekleştirdikleri bakımın sonuçlarını değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı, halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha sisteminin kullanımının etkinliğinin değerlendirilmesidir.

## 2. YÖNTEM

*Araştırmanın Türü:* Çalışma doküman analizi şeklinde gerçekleştirildi.

*Araştırmanın Yeri ve Zamanı:* Çalışmanın verileri, Mart 2018 ile Haziran 2018 tarihleri arasında Çanakkale’de bir huzurevinde toplandı.

*Veri Toplama Aracı:* Öğrencilerin Omaha sistemi doğrultusunda hazırladıkları bakım planları kullanıldı. Omaha sisteminin Türkçe formlarının geçerlik ve güvenilirliği Erdoğan ve Esin (2004) tarafından yapılmıştır. Omaha sistemi, Problem Sınıflama Listesi, Problem Değerlendirme Ölçeği ve Hemşirelik Girişim Şeması olmak üzere üç ana bölümden oluşmaktadır (17).

**Problem Sınıflama Listesi:** Birey, aile ve toplum gruplarının, var olan ya da olası sağlık problemlerini açıklar. Problem sınıflama listesinde; çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları olmak üzere dört tanı alanı bulunmakta ve bu alanlarda 43 problem yer almaktadır. Tanı alanlarında yer alan her bir problem; yetersizlik belirti ve bulguları, sağlığı geliştirme, potansiyel, risk düzeyinde de ele alınabilmektedir.

**Problem Değerlendirme Ölçeği:** Bireye özel hemşirelik tanılarına göre verilen bakımın sonuçlarını değerlendiren bir ölçme aracıdır. Birey için belirlenen her bir yetersizlik tanısı, bilgi, davranış, durum düzeyinde 1’den 5’e kadar tek bir puan ile değerlendirilir. Değerlendirme birey ile ilk karşılaşmada, bakım süresince düzenli aralıklarla ve bakım sonunda yapılır.

**Hemşirelik Girişim Şeması:** Uygulayıcıların tanımladıkları problemlere göre düzenledikleri bakım planlarını ve bireye özel hemşirelik girişimlerini tanımlayan esnek bir sistemdir. Hemşirelik girişimleri ‘Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık (SED)’, ‘Tedavi ve İşlem (Tİ)’, ‘Vaka Yönetimi (VY)’ ve ‘İzlem (İZ)’ kategorileri olmak üzere 4 kategoride gerçekleştirilir. Girişimler öncesinde var olan standart hedefler arasından hedef belirlenerek, bireye özel girişimler planlanıp uygulanır (21). Sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi ve izlem kategorilerinde gerçekleştirilen hemşirelik girişimleri Aile Ziyaret Raporunda belirtilir.

*Veri Toplama Yöntemi:* Veriler, 60 hemşirelik öğrencisinin 60 yaşlıya Omaha sistemi doğrultusunda gerçekleştirdikleri bakım planlarından derlendi. Öğrencilere uygulama alanlarına çıkmadan önce Omaha sisteminin kullanımı ile ilgili eğitim verildi. Uygulamalar sırasında eğitimci-araştırmacı kendilerine eşlik ederek bakım planlarının takibini gerçekleştirdi.

*Verilerin Değerlendirilmesi:* Yapılan izlemlere göre belirlenen hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve uygulanan hemşirelik girişimlerinin sonuçları SPSS 16 programı kullanılarak analiz edildi. Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin, sorunlarının ve müdahalelerin sıklığının hesaplanmasında tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Problem Değerlendirme Ölçeği bilgi, davranış ve durum kategorilerinde ilk ve son izlem puanları karşılaştırılarak değerlendirilmesinde paired sample t testi kullanıldı.

### 3. BULGULAR

#### *Yaşlıların bazı tanıtıcı özellikleri*

Araştırmaya katılan yaşlıların yaş ortalaması  $76.6 \pm 5.3$  olup, %51,7’si (n=31) kadındır. Yaşlıların %51,9’u (n=27) ilkokul mezunu, %70’i (n=42) çocuk sahibi, %77’sinin (n=44) sosyal güvencesi vardır. Ayrıca yaşlıların %93,3’nün (n=56) en az bir kronik hastalığı, %75’inin (n=45) geçirilmiş ameliyat öyküsü bulunmakta ve %23,3’ü (n=14) günlük aktivitelerini gerçekleştirmede yardıma ihtiyaç duymaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1. Yaşlılara ait bazı özellikler**

Değişkenler		n	%
Cinsiyet (n=60)	Kadın	29	48,3
	Erkek	31	51,7
Öğrenim Durumu (n=52)	Okuryazar değil	7	13,5
	Okuryazar	1	1,9
	İlkokul	27	51,9
	Ortaokul	1	1,9
	Lise	9	17,3
	Üniversite	7	13,5
Çocuk varlığı (n=60)	Evet	42	70
	Hayır	18	30
Sosyal güvence (n=57)	Evet	44	77,2
	Hayır	13	22,8
Kronik hastalık (n=60)	Var	56	93,3
	Yok	4	6,7
Ameliyat öyküsü (n=60)	Var	45	75
	Yok	15	25
Fiziksel bağımlılık (n=60)	Evet	14	23,3
	Hayır	33	55
	Kısmen	13	21,7

***Problem Sınıflama Listesi'ne Göre Belirlenen Hemşirelik Tanıları***

Hemşirelik öğrencileri tarafından %42,4'i fizyolojik, %28,9'u psikososyal, %21,7'si sağlık davranışları ve %7'si çevresel alanda olmak üzere toplam 1118 hemşirelik tanısı konulduğu görüldü. Çevresel alanda gelir (%52,6; n=41) ve konut (%34,6; n=27), psikososyal alanda duygusal denge (%26,9; n=87) ve sosyal ilişkiler (%17,6; n=57), fizyolojik alanda sinir-kas iskelet fonksiyonları (%21,5; n=102) ve bilişsel durum (%11,9; n=56), sağlık davranışları alanında ise beslenme (%25,9; n=63) ve uyku-dinlenme (%20,6; n=50) en yaygın kategoriler olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. Problem Sınıflama Listesine göre belirlenen hemşirelik tanı alanları (n=1118)**

Alan	Kategori	n	%
Çevresel Alan (n=78)	Gelir	41	52,6
	Sanitasyon	7	9
	Konut	27	34,6
	Yaşam Çevresi	3	3,8
Psikososyal Alan (n=323)	Toplum Kaynakları ile İletişim	41	12,7
	Sosyal İlişkiler	57	17,6
	Rol Değişimi	20	6,2
	Kişilerarası İlişkiler	56	17,3
	İnanç ve Değerler	9	2,8
	Üzüntü/Suçluluk	28	8,7
	Duygusal Denge	87	26,9
	Bakım verme/Ebeveynlik	7	2,2

Çocuk/Yetişkin İhmali 18 5,6

**Tablo 2'nin devamı. Problem Sınıflama Listesine göre belirlenen hemşirelik tanı alanları (n=1118)**

Fizyolojik Alan (n=474)	İşitme	27	5,7
	Görme	36	7,6
	Konuşma ve Dil	24	5
	Dişler	19	4
	Bilişsel Durum	56	11,9
	Ağrı	42	8,9
	Bilinç	2	0,4
	Deri	28	5,9
	Sinir-Kas İskelet Fonksiyonları	102	21,5
	Solunum	40	8,4
	Dolaşım	35	7,4
	Sindirim-Hidrasyon	26	5,5
	Boşaltım Fonksiyonu	11	2,3
	Genito-Üriner Fonksiyonlar	26	5,5
Sağlık Davranışları Alanı (n=243)	Beslenme	63	25,9
	Uyku ve Dinlenme	50	20,6
	Fiziksel Aktivite	33	13,6
	Kişisel Hijyen	38	15,6
	Madde Kullanımı	17	7
	Sağlık Bakım Denetimi	20	8,2
	Önerilen Tedavi Yönetimi	15	6,2
	Teknik İşlemler	7	2,9

### **Planlanan ve Gerçekleştirilen Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı**

Belirlenen tanıya yönelik 6587 hemşirelik girişiminin planlandığı ancak bunlardan %60,2'sinin (n=3967) Aile Ziyaret Raporuna kaydedildiği belirlendi. Gerçekleştirilen girişimlerin %54,9'unun (n=2177) sağlık eğitimi rehberlik ve danışmanlık, %3,5'inin (n=141) tedavi işlemi, %4,3'ünün (n=170) vaka yönetimi ve %37,3'ünün (n=1479) izlem kategorilerinde olduğu görüldü (Tablo 3).

**Tablo 3. Öğrencilerin planladıkları ve gerçekleştirdikleri girişimlerin tanı alanlarına göre dağılımı**

Alan	Planlanan Hemşirelik Girişimleri								Aile Ziyaret Raporuna Yer Alan Girişimler							
	SED		Tİ		VY		İZ		SED		Tİ		VY		İZ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çevresel Alan	133	4	-	-	47	6,8	77	3,4	70	3,2	-	-	3	1,7	49	3,3
Psikososyal Alan	691	20,7	51	18,5	234	33,6	415	18,2	412	18,9	41	29,1	51	30	254	17,2
Fizyolojik Alan	1722	51,5	199	72,4	275	39,7	1268	55,7	1182	54,3	91	64,5	79	46,5	868	58,7
Sağlık Davranışları Alanı	795	23,8	25	9,1	139	20	516	22,7	513	23,6	9	6,4	37	21,8	308	20,8
Toplam	3341	100	275	100	695	100	2276	100	2177	100	141	100	170	100	1479	100

### **Problem Değerlendirme Ölçeğine Göre Hemşirelik Girişimlerinin Değerlendirilmesi**

Girişimler PDÖ bilgi, davranış ve durum kategorilerinde ayrı ayrı ilk ve son izlem puanları karşılaştırılarak değerlendirildiğinde genel olarak anlamlı bir artış saptandı ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4. Problem Değerlendirme Ölçeğine Göre Ön Test-Son Test Puan Ortalamaları**

Alan	Kategori	Bilgi			Davranış			Durum			
		Ön test	Son test	p	Ön test	Son test	p	Ön test	Son test	p	
Çevresel Alan	Gelir	2,8	3,4	<b>0,010</b>	2,68	3,04	<b>0,010</b>	3,16	3,32	0,430	
	Sanitasyon	1,8	3,4	<b>0,030</b>	1,8	2,8	0,089	3,0	3,4	0,374	
	Konut	2,8	3,4	<b>0,000</b>	2,2	2,7	<b>0,020</b>	3,05	3,4	<b>0,050</b>	
	Yaşam Çevresi	2,5	2,75	0,391	2,25	2,25	-	3,0	3,0	-	
Psikososyal Alan	Toplum Kaynakları ile İletişim	2,41	3,16	<b>0,000</b>	2,37	2,95	<b>0,001</b>	2,58	3,04	<b>0,005</b>	
	Sosyal İlişkiler	2,65	3,22	<b>0,000</b>	2,59	3,0	<b>0,000</b>	2,68	3,13	<b>0,000</b>	
	Rol Değişimi	2,25	2,83	0,270	2,25	2,66	<b>0,017</b>	2,41	3,00	<b>0,012</b>	
	Kişilerarası İlişkiler	2,71	3,23	<b>0,000</b>	2,17	2,82	<b>0,000</b>	2,41	2,91	<b>0,004</b>	
	İnanç ve Değerler	2,71	3,42	0,094	2,82	3,14	<b>0,045</b>	3,28	3,71	0,200	
	Üzüntü/Suçluluk	3,05	3,84	<b>0,004</b>	3,00	3,73	<b>0,000</b>	2,52	2,94	<b>0,007</b>	
	Duygusal Denge	2,68	3,45	<b>0,000</b>	2,35	3,07	<b>0,000</b>	3,05	3,42	<b>0,000</b>	
	Bakım verme/Ebeveynlik	2,66	3,00	0,423	3,00	3,33	0,423	2,66	3,00	0,423	
	Çocuk/Yetişkin İhmali	2,64	3,35	<b>0,010</b>	3,14	3,28	0,165	2,64	2,92	<b>0,040</b>	
Fizyolojik Alan	İşitme	2,20	3,00	<b>0,000</b>	2,75	3,00	<b>0,031</b>	2,95	3,08	<b>0,083</b>	
	Görme	2,86	3,45	<b>0,004</b>	3,09	3,22	0,186	2,82	2,90	0,162	
	Konuşma ve Dil	2,10	2,40	0,193	2,20	2,20	-	2,70	2,70	-	
	Dişler	2,28	3,23	<b>0,000</b>	2,00	2,47	<b>0,040</b>	2,35	2,75	<b>0,008</b>	
	Bilişsel Durum	1,45	1,95	<b>0,005</b>	2,27	2,50	<b>0,021</b>	2,52	2,85	<b>0,016</b>	
	Ağrı	2,51	3,65	<b>0,000</b>	2,82	3,31	<b>0,001</b>	2,65	3,27	<b>0,001</b>	
	Bilinç	2,00	3,00	-	2,00	3,00	-	3,00	3,00	-	
	Deri	1,93	3,06	<b>0,000</b>	2,46	3,20	<b>0,000</b>	3,26	3,53	<b>0,041</b>	
	Sinir-Kas İskelet Fonksiyonları	2,64	3,36	<b>0,000</b>	2,47	2,85	<b>0,001</b>	2,85	3,14	<b>0,002</b>	
	Solunum	2,42	3,28	<b>0,000</b>	3,09	3,54	<b>0,021</b>	3,04	3,45	<b>0,016</b>	
	Dolaşım	2,27	3,22	<b>0,000</b>	2,66	3,27	<b>0,004</b>	2,88	3,44	<b>0,008</b>	
	Sindirim-Hidrasyon	2,15	3,15	<b>0,000</b>	2,73	3,36	<b>0,002</b>	3,00	3,47	<b>0,003</b>	
	Boşaltım Fonksiyonu	2,27	3,09	<b>0,000</b>	2,50	2,90	<b>0,009</b>	2,86	3,09	0,057	
	Genito-Üriner Fonksiyonlar	2,14	3,14	<b>0,004</b>	2,71	3,14	0,078	3,14	3,42	0,172	
	Sağlık Davranışları Alanı	Beslenme	2,40	3,11	<b>0,000</b>	2,14	2,68	<b>0,000</b>	2,97	3,20	<b>0,003</b>
		Uyku ve Dinlenme	2,65	3,34	<b>0,000</b>	2,48	2,94	<b>0,000</b>	2,65	3,22	<b>0,000</b>
Fiziksel Aktivite		2,20	3,03	<b>0,000</b>	2,30	2,73	<b>0,001</b>	2,73	3,00	<b>0,009</b>	
Kişisel Hijyen		2,65	3,20	<b>0,017</b>	2,25	2,80	<b>0,030</b>	2,85	3,15	0,083	
Madde Kullanımı		2,84	3,69	<b>0,002</b>	1,69	2,30	<b>0,040</b>	1,92	2,38	<b>0,027</b>	
Sağlık Bakım Denetimi		2,30	3,30	<b>0,002</b>	2,23	2,69	<b>0,027</b>	2,38	2,53	0,337	
Önerilen Tedavi Yönetimi		2,44	3,77	<b>0,000</b>	2,66	3,55	<b>0,009</b>	3,00	3,66	<b>0,022</b>	
Teknik İşlemler		1,80	2,00	0,374	2,60	2,80	0,374	2,20	2,60	0,374	

$p < 0,05$

#### 4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında huzurevinde kalan yaşlı bireylere Omaha sistemi doğrultusunda hazırladıkları uygulama dosyaları incelendi. Çalışma bulguları, huzurevinde kalan yaşlılarda, öğrencilerin en fazla fizyolojik alanda yer alan belirti ve bulgulara yönelik yetersizlik tanılarını koyduklarını göstermiştir. Benzer şekilde huzurevlerinde kalan yaşlılarda (14,15,22) ve evde bakım alanlarda (4,5,23,24,25) tanıların en sık fizyolojik alanda yoğunlaştığı bildirilmiştir. İlerleyen yaş ile birlikte fizyolojik sorunlarda artış görüldüğü düşünüldüğünde öğrencilerin en çok fizyolojik alanda tanı koymasının beklenilen bir durumdur. Fizyolojik alanda en sık konulan yetersizlik tanıları ise sinir-kas iskelet fonksiyonları ve bilişsel durum ile ilgiliydi. Tanrıverdi ve arkadaşlarının (2009) ev ziyaretleri sırasında yaşlı bireylere en sık koydukları tanıların sinir-kas fonksiyonları ve ağrı ile ilgili olduğu görülmüştür (9). Bu çalışmada, sinir-kas iskelet fonksiyonu ile ilgili problemlerin ilk sırada yer almasının nedeni, huzurevinde kalan yaşlıların çoğunluğunun fonksiyonel olarak kısmen/tamamen (%21,7/%23,3) fiziksel açıdan bağımlı olması olabilir.

Çalışma sonuçları yaşlıların diğer alanlarda da sorun yaşadığını göstermektedir. Fizyolojik alandan sonra en sık yetersizlik tanısı konulan alan psikososyal alan idi. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada psikososyal alanla ilgili tanıların ikinci sıklıkta görüldüğü belirtilmiştir (23). Psikososyal alanda en sık belirlenen yetersizlikler ise duygusal denge ve sosyal ilişkilerle ilgiliydi. Kulakçı ve Emiroğlu'nun (2011) çalışmalarında psikososyal alanda en sık konulan tanı mental sağlık ve kişiler arası ilişkiler olarak bildirilmiştir (14). Yaşın ilerlemesi ile birlikte meydana gelen fizyolojik sorunlarda artışın yanında eş kaybı, statü kaybı, yalnızlaşma gibi sorunlar yaşlıların psikososyal sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Bu yüzden yaşlıların sorunlarla başetme kapasitesini artıracak girişimlerin ve huzurevinde yaşlılar için uygun aktivite programlarının planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada en sık tanı konulan üçüncü alan olan sağlık davranışları alanında beslenme ve uyku-dinlenme ile ilgili tanıların ağırlıktaydı. Çalışma bulgularından farklı olarak yapılan bazı çalışmalarda (14,24) sağlık davranışları ile ilgili yetersizlik tanılarının ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir. Bunun nedeni ele alınan örneklemin özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Çevresel alan, bu çalışmada en az tanı konulan alandı. Yapılan çalışmalarda (14,24) benzer şekilde en az tanı konulan alanın çevresel alan olduğu belirtilmiştir. Çevresel alanın diğer alanlara göre daha az kullanılmasının nedeni, çalışmanın yapıldığı huzurevinin özellikleri ya da çevresel alanda yer alan tanı sayısının diğerlerine göre daha az olması olabilir.

Öğrencilerin koydukları yetersizlik tanılarına yönelik en sık gerçekleştirdikleri hemşirelik girişimlerinin sırasıyla, sağlık eğitimi rehberlik ve danışmanlık, izlem, vaka yönetimi ve tedavi işlem kategorilerinde olduğu görüldü (Tablo 3). Benzer şekilde yapılan çalışmaların önemli bir kısmı, yaşlı bakımda sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık ile izleme yönelik hemşirelik girişimlerinin öncelikli uygulamalar arasında olduğunu göstermektedir (4,9,14,18,22,25). Elde edilen bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir. Omaha sisteminde yer alan girişimlerin önemli bir kısmı sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık ile ilgili olduğu düşünüldüğünde sonuçların bu şekilde çıkması beklenilen bir durumdur.

Çalışma sonuçlarına göre PDÖ bilgi, davranış ve durum kategorilerinde ayrı ayrı ilk ve son izlem puanları karşılaştırılarak değerlendirildiğinde genel olarak anlamlı bir artış saptandı (Tablo 4). Benzer şekilde yapılan araştırmalarda da PDÖ bilgi, davranış ve durumlarında anlamlı bir artış

görüldüğü bildirilmiştir (4,9,15,20,22,23). Bulgular bize huzurevinde öğrencilerin yaptıkları hemşirelik girişimlerinin etkililiğini göstermesi bakımından oldukça önemlidir.

## 5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuçlara göre öğrencilerin uygulamaları sırasında daha çok fizyolojik alanla ilgili tanılara yöneldikleri, sağlık eğitim rehberlik ve danışmanlıkla ilgili girişimleri daha fazla gerçekleştirdikleri ve gerçekleştirdikleri girişimlerin bilgi, davranış ve durum puan ortalamalarında istatistiksel anlamlı bir artışa neden olduğu görüldü. Halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında öğrencilerin huzurevinde gerçekleştirdikleri girişimler etkili bulundu. Halk sağlığı hemşireliği uygulamaları kapsamında huzurevlerinde Omaha sisteminin kullanılması hem öğrencilerin bir modeli kullanmalarını öğrenmelerine hem de etkili bakım sunumlarına yardımcı olabilir. Ayrıca çalışma sonucunda öğrencilerin planladıkları girişimlerin yaklaşık yarısını uygulamadıkları tesbit edildiğinden, bunun nedenlerinin belirlenmesine yönelik araştırmalar yapılabilir.

## KAYNAKÇA

1. Radhakrishnan, K., Martin, K. S., Johnson, K. E., & Garcia, A. A. (2016). Effective Teaching-Learning Strategies for the Omaha System. *Home Healthcare Now*, 34(2), 86-92.
2. Topaz, M., Golfenshtein, N., & Bowles, K. H. (2014). The Omaha System: A Systematic Review of The Recent Literature. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 21(1), 163-170. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001491>
3. Eardley, D. L., Krumwiede, K. A., Secginli, S., Garner, L., DeBlieck, C., Cosansu, G., & Nahcivan, N. O. (2018). The Omaha System as a Structured Instrument for Bridging Bursing Informatics with Public Health Nursing Education: A Feasibility Study. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 36(6), 275-283.
4. Erdogan, S., Secginli, S., Cosansu, G., Nahcivan, N. O., Esin, M. N., Aktas, E., & Monsen, K. A. (2013). Using the Omaha System to Describe Health Problems, Interventions, and Outcomes in Home Care in Istanbul, Turkey: A Student Informatics Research Experience. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 31(6), 290-298.
5. Westra, B. L., Oancea, C., Savik, K., & Marek, K. D. (2010). The Feasibility of Integrating the Omaha System Data Across Home Care Agencies and Vendors. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 28(3), 162.
6. Holt, J. M., Brooke, K. L., Pryor, N., Cohen, S. M., Tsai, P. Y., & Zabler, B. (2020). Using the Omaha System to Evaluate the Integration of Behavioral Health Services into Nurse-led Primary Health Care. *Journal of Community Health Nursing*, 37(1), 35-46.
7. Incirkus, K., & Nahcivan, N. (2020). Hypertension Management in Primary Care: Feasibility of Using the Omaha System as a Clinical Information System. *International Journal of Caring Sciences*, 13(3), 1629-1638.
8. Kaya, S., Secginli, S., & Olsen, J. M. (2020). An Investigation of Physical Activity Among Adults in Turkey Using the Omaha System. *Public Health Nursing*, 37(2), 188-197.
9. Tanrıverdi G, Yalçın M, Vurur S. (2009). Use of Omaha Model in Care of the Elderly. April 27-May 1, 2009; 12th World Congress on Public Health, İstanbul.
10. Ateş E., & Ulus, B. (2018). Evaluation of Nursing Students' Diagnoses Using the Omaha System. *The European Research Journal*, 5(1), 114-121.
11. Kesgin, M. T., & Kublay, G. (2014). Using the Omaha System in Occupational Health Nursing Applications: Advantages of a Common Language in the Diagnosis, Intervention and Evaluation of Nurses' Health Problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 152, 488-494.
12. İşçi, F., & Esin, M. N. (2009). Bir İşyerindeki İş Sağlığı Hemşireliği Girişimlerinin Omaha Hemşirelik Girişim Şeması ile Değerlendirilmesi. *DEUHYO ED*, 2(2), 39-55



13. Gür, K., Yıldız, A., Erol, S., Yurt, S., Ergün, A., Kadioğlu, H., ... & Adana, F. (2008). Bir İlköğretim Okulunda Omaha Problem Sınıflandırma Listesine Göre Sağlık Problemleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(3), 1-14.
14. Kulakçı, H., & Emiroğlu, O. N. (2011). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakımında Omaha Sistemi'nin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi. *DEUHYO ED*, 4(1), 25-33.
15. Dilli, S. (2011). Bir Bakım Merkezinde Kalan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri, Hemşirelik Uygulamaları ve Sonuçları: Omaha Sistemine Dayalı Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi.
16. Martin, K. S., Monsen, K. A., & Bowles, K. H. (2011). The Omaha System And Meaningful Use: Applications For Practice, Education, and Research. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 29(1), 52-58.
17. Erdoğan, S., & Esin, N. (2004). Omaha Sistemi'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Toplum Sağlığı Hemşireliği Eğitiminde Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 52, 13.
18. Erdogan, S., & Esin, N. M. (2006). The Turkish Version of the Omaha System: Its Use in Practice-based Family Nursing Education. *Nurse Education Today*, 26(5), 396-402.
19. Kerr, M. J., Gargantua-Aguila, S. D. R., Glavin, K., Honey, M. L., Nahcivan, N. O., Secginli, S., ... & Monsen, K. A. (2019). Feasibility of Describing Community Strengths Relative to Omaha System Concepts. *Public Health Nursing*, 36(2), 245-253.
20. Aylaz, R., Bilgin, N., Omaç, M. & Ulukoca, N. (2010). Impact of Using the Omaha System of Public Health Nursing Students Working at Community Health Care Centers on Family Health. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 28-35.
21. Erdoğan, S. (2000). Omaha Sistemi Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Rehberi, İstanbul Üniversitesi, Yayın No 4213.
22. Gao, G., Kerr, M. J., Lindquist, R. A., Chi, C. L., Mathiason, M. A., & Monsen, K. A. (2019). Discovering Associations Among Older Adults' Characteristics and Planned Nursing Interventions Using Electronic Health Record Data. *Research and Theory for Nursing Practice*, 33(1), 58-80. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.33.1.58>
23. Yılmaz, M.C. (2007). Neuman ve Omaha Hemşirelik Sistem Modellerinin Bakımın Sürekliliğinin Sağlanmasında Kullanımının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi.
24. Aktas, B., Yılmaz, M., Kaplan, N., Çankiri, B. (2016). Application of the Omaha System in the Determination of Healthcare Needs of Individuals Receiving Home Healthcare. *J Gerontol Geriatr Res* 6: 379. doi:10.4172/2167-7182.1000379
25. Elfrink, V.L., & Davis, L.S. (2004). Using Omaha System Data to Improve the Clinical Education Experiences of Nursing Students: the University of Cincinnati Project. *Home Health Care Management & Practice*, 16(3), 185-191.