

# İnmeli Hastaların Hemşire Kayıtlarının İncelenmesi\*

Gülengün TÜRK\*\* Gülendam HAKVERDIOĞLU\*\*\* İsmet EŞER\*\*\* Leyla KHORSHID \*\*\*

## Özet

**Giriş:** Kayıtlar, hemşirelik bakımıyla ilgili resmi bir belgedir ve hemşirelik çalışmalarının rutin bir parçasıdır.

**Amaç:** Bu araştırma, bir Tıp Fakültesi Hastanesinin nöroloji ve nöroloji yoğun bakım kliniklerinde yatan inmeli hastaların hemşire kayıt formlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

**Yöntem:** Araştırmanın örneklemini, hastanenin nöroloji ve nöroloji yoğun bakım kliniklerinde 01 Ağustos - 01 Ekim 2006 tarihleri arasında tedavi olan 95 inmeli hastanın hemşire kayıt formları oluşturmuştur. Veriler, hastalara ait hemşire kayıt formlarının incelenmesi yoluyla toplanmıştır. Hasta dosyalarında yer alan hemşire kayıt formlarındaki hemşirelik girişimleri tek tek kaydedilmiştir. Kaydedilen hemşirelik girişimleri NIC (Nursing Intervention Classification-Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması) alanlarına göre sınıflandırılmıştır.

**Bulgular:** İncelenen hemşire kayıt formlarında 29 farklı hemşirelik girişiminin kaydedildiği saptanmıştır. Bu girişimlerin hemşireler tarafından toplam 795 kez kaydedildiği belirlenmiştir. Sırasıyla en çok ilaç uygulama (%12), yaşam bulgularını izleme (%12), banyo (%7.4), intravenöz uygulama/giriş, (%5.2), ağız sağlığını sürdürme (%4.9) ve düşmeyi önleme (%4) gibi hemşirelik girişimlerinin kaydedildiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmada kaydedilen hemşirelik girişimlerinin büyük çoğunluğunun hastanın fizyolojik gereksinimlerine yönelik olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarının, hemşirelik bakım standartlarının gelişimi için bir kaynak olacağı ve hemşirelik kayıtları konusunda bir veri tabanı oluşturacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik Kayıtları, İnmeli Hastalar, Hemşirelik Girişimleri, Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC).

## Examination of Nursing Documentation for Stroke Patients

**Background:** Nursing records are the formal documentation regarding nursing care. The documentation of patient care is a routine part of the work of nurses.

**Objectives:** This research was carried out as a descriptive study for the purpose of evaluating of the nursing documentation's content of stroke patients admitted to Neurology and Neurology Intensive Care Units (ICU) of an University Medical Faculty Hospital in İzmir.

**Methods:** The research sample was comprised of the nursing records of 95 stroke patients who were admitted to the Neurology unit. Data were collected by examining the nursing documentation in the patients' medical records. Nursing interventions were individually recorded on the nursing records in patients' medical records. Nursing interventions documented are classified to the domains of Nursing Interventions Classification.

**Results:** In the nursing documentation that was examined 29 different nursing interventions were recorded. These interventions were recorded a total of 795 times by the nurses. It was determined that nursing interventions such as medication administration (12%), vital signs monitoring (12%), oral health maintenance (4.9%), bathing (7.4%), venous access devices maintenance (5.2%), fall prevention (4%) more recorded.

**Conclusion:** The great majority of documented nursing interventions were determined to be directed at the physical needs of the patient. It is thought that this study results will be a source for developing nursing care standards and forming the data base about nursing records.

**Keywords:** Nursing Records, Stroke Patients, Nursing Interventions, Nursing Intervention Classification (NIC).

Sağlık bakım disiplinlerinde, kalitenin sağlık hizmetlerine yansımaları açısından hemşirelik kayıtları oldukça önemlidir (Muller Staub ve ark., 2008). Bakımın sürekliliğini sağlamada, kaliteyi iyileştirmede ve bakımı yönetebilmede hemşirelik bakımının planlanarak verilmesi ve kaydedilmesi gerekmektedir (Ayrıl, Yılmaz, Hakverdioğlu ve Erdemir, 2003; Ehrenberg, Ehnfors ve Smedby, 2001; Karkkainen ve Eriksson, 2003). Hemşirelik kayıtları, hasta bakımının değerlendirilmesinde, bakımının sürekliliğini sağlamada, klinik ve yönetsel kararların oluşturulmasında ve verilen bakımın yasal kanıtlarının gösterilmesinde temelidir (Heartfield, 1996; Park, Cho ve Byeun, 2006; Tiisanen, Junntila, Leinonen & Salanterä, 2010). Hemşirelik kayıtları, hasta verileri ile ilgili sağlık bakımının diğer çalışanları ile iletişimi sağlamada ve hemşireleri ve diğer çalışanları hatalı uygulamaların neden olabileceği tehditlerden korumada gereklidir (Irving ve ark., 2006; Martin, Hind ve Felix, 1999; McGeehan, 2007; Tiisanen ve ark. 2010).

Kayıtlar hemşirelik bilgisinin gelişimini sağlayan veri tabanını oluşturur ve hemşirelik eğitimi ile klinik uygulama standartlarının gelişimi için değerlendirme ölçüt-

lerini oluşturmaya yardım eder (Cheevakasemsook, Chapman, Francis ve Davies 2006). Hastaya ait hemşirelik girişimlerinin kaydedilmesi, sağlık ekibinin hastanın bakım ve tedavisiyle ilgili olan tüm bilgilere kolayca ulaşmasını sağlar ve temel bir bilgi kaynağı olarak hizmet eder (Ehrenberg ve Ehnfors, 2001; Ehrenberg ve ark., 2001; Helleso ve Ruland, 2001; Kim ve Park, 2005; Yocum, 2002). Bu nedenle hemşirelik kayıtları, hastaya verilen bakımı doğru bir şekilde yansıtmalıdır. Doğru ve tam kayıtlar, yüksek kalitede bakımın yaşamsal bir parçasını ifade eder (Moloney ve Maggs, 1999).

İnmeli hastalar, hem tıbbi hem de doğrudan hemşirelik bakımına gereksinimi olan bir hasta grubudur. Tüm hastalarda olduğu gibi bu hasta grubunda da kayıtlar, sadece ilaç uygulamaları ve yaşam bulgularının kaydedilmesini ifade etmez.

Hastaya verilen bakımın ve etkilerinin, hastanın hastalığına ilişkin yaşadığı tüm semptomların, hastalığın hasta üzerinde etkilerinin ve kısaca hasta ile ilgili tüm özelliklerin kaydedilmesini içerir. Ülkemiz hastanelerinde standart bir hemşirelik kayıt sistemi bulunmamakta ve kayıtların tutulması ile ilgili sorunlar yaşandığı gözlen-

\*Bu çalışma, 19-21 Nisan 2007'de Hollanda'da "Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes-ACENDIO" kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

\*\* Yrd. Doç. Dr. Gülengün TÜRK, Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Aydın, 09100 Telefon: 256 2138866/125, e-mail: [gulengun\\_turk@yahoo.com](mailto:gulengun_turk@yahoo.com), [gulengun\\_turk@hotmail.com](mailto:gulengun_turk@hotmail.com)

\*\* \*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu/İZMİR

mektedir. Bu sorun tüm hemşirelik bakım alanlarında olduğu gibi inmeli hastaların hemşirelik kayıtları için de geçerlidir. Ancak bu konuda ülkemizde yapılmış çalışmalara rastlanmamıştır. Hemşirelik kayıtlarının önemi, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini yansıtmada hasta sonuçlarına daha çok odaklandığı için son zamanlarda daha da artmıştır (Kim ve Park, 2005). Bakımın değerlendirilmesinde standardize dil olmaksızın hemşirelik kayıtları belirsizlik gösterir ve bakımın kesintiye uğramasına ve bilgi aktarımında değişkenliğe neden olabilir (Muller Staub ve ark., 2008).

Bu nedenle inmeli hastaların hemşirelik kayıt formlarını değerlendirmek amacıyla çalışmanın yapılmasına gerek duyulmuştur. Bu araştırma, bir Tıp Fakültesi Hastanesinin Nöroloji kliniğinde 01 Ağustos - 01 Ekim 2006 tarihleri arasında yatan inmeli hastaların hemşire kayıt formlarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

## Yöntem

### Araştırmanın Tipi

Araştırma retrospektif bir çalışma olarak planlanmıştır.

### Araştırmanın Yeri

Bu çalışma İzmir'deki bir Tıp Fakültesi Hastanesi'nin nöroloji ve nöroloji yoğun bakım kliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Nöroloji kliniği 40, nöroloji yoğun bakım kliniği 12 yatak kapasiteli olup, toplam 34 hemşire çalışmaktadır.

### Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, bir Tıp Fakültesi Hastanesinin nöroloji ve nöroloji Yoğun Bakım kliniklerinde 01 Ağustos - 01 Ekim 2006 tarihleri arasında tedavi olan 95 inmeli hastanın hemşire kayıt formları oluşturmuştur. Hem tıbbi bakıma hem de doğrudan hemşirelik bakımına yoğun gereksinim duymaları nedeniyle, inmeli hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Veriler, iki araştırmacı tarafından hastalara ait hemşire gözlem formlarının incelenmesi yoluyla toplanmıştır. Hemşire kayıt formu olarak hastanenin bu biriminde var olan ve halen kullanılan hemşire gözlem formları kullanılmıştır. Hastaların hastanede kaldıkları süre boyunca kullanılan tüm hemşire gözlem formları değerlendirilmiştir. Hemşire gözlem formları, hastalara ait hekim isteminin, yaşam bulgularının ve hastaya verilen bakımın ve hemşirelik girişimlerinin kaydedildiği bir formdur. Hasta dosyalarında yer alan hemşire gözlem formlarındaki hemşirelik girişimleri tek tek kaydedilmiştir. Kayıtların hemşireler tarafından manuel olarak yapıldığı gözlenmiştir.

Çalışmada hastalara ait hemşire gözlem formlarında hangi hemşirelik girişimlerinin kaydedildiği belirlenmiştir. Her bir hemşirelik girişimi sadece bir kez kaydedilmiş olup, birden fazla kaydedilen girişimler dikkate alınmamıştır. Kaydedilen hemşirelik girişimleri NIC (Nursing Intervention Classification-Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması) alanlarına göre sınıflandırılmıştır (McCloskey ve Bulechek, 2000).

Hemşirelik girişimleri sınıflaması her alanda ve her ortamda hemşirelerin yerine getirdiği işlemleri/girişimleri sınıflamak üzere standardize edilmiş, kapsamlı bir sınıflama sistemidir. Bu sınıflama, hemşirenin bağımlı ve bağımsız olarak yerine getirdiği bütün girişimleri içermektedir. Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) kapsamında 514 hemşirelik girişimi ile 30 sınıf bulunmakta ve bu girişimler yedi alana göre sınıflanmaktadır. NIC sınıflamasındaki bu yedi alan; Fizyolojik: Temel, Fizyolojik: Karmaşık, Davra-

nışsal, Güvenlik, Aile, Sağlık Sistemi ve Toplumdur (Biro, 2007). Sınıflamada her bir girişimin farklı bir kodu bulunmaktadır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 11.5 programında değerlendirilmiştir. Verilerin sayı/yüzde dağılımları incelenmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirildiği Tıp Fakültesi Hastanesinden yazılı izin alınmıştır.

## Bulgular

İncelenen dosyaların %41'i kadın, %59'u erkek hastalara aittir. Hastaların yaş ortalaması  $67.12 \pm 12.72$  (min:23, max:98) yıldır. İncelenen hemşire kayıt formlarında 29 farklı hemşirelik girişiminin kaydedildiği saptanmıştır.

**Fizyolojik: Temel** alanda kaydedilmiş olan hemşirelik girişimleri; ağız sağlığını sürdürme, tüp bakımı: üriner, tüp bakımı, banyo, pozisyon, basit masaj, perine bakımı, enteral tüple besleme, egzersiz terapi: ambulasyon, mesane irrigasyonu, soğuk uygulama, ayak bakımı, barsak irrigasyonu ve ostomi bakımındadır.

**Fizyolojik: Karmaşık** alanda kaydedilmiş olan hemşirelik girişimleri; intravenöz uygulama / giriş, ilaç uygulama, hipoglisemi / hiperglisemi yönetimi, göğüs fizyoterapisi, sıvı elektrolit yönetimi, yara bakımı, oksijen terapisi, flebotomi: venöz kan örneği alma, solunum izlemi, hava yolunu temizleme, hava yolu yönetimi ve nörolojik izlemdir.

**Güvenlik** alanında kaydedilmiş olan hemşirelik girişimleri; yaşam bulgularını izleme, düşmeyi önleme ve fiziksel tespittir.

**Davranışsal, Aile, Sağlık Sistemi ve Toplum** alanlarına yönelik hiçbir hemşirelik girişimi kaydedilmemiştir.

## Tartışma

Hasta dosyaları incelendiğinde; inmeli hastalarda kaydedilen hemşirelik girişimlerinin daha çok fizyolojik: temel ve fizyolojik: karmaşık alanlarında yer alan hemşirelik girişimleri olduğu saptanmıştır. Hemşireler tarafından en çok kaydedilen hemşirelik girişimleri ilaç uygulama, yaşam bulgularını izleme ve banyodur. Nörolojik izlem, barsak irrigasyonu ve ostomi bakımının en az kaydedilen hemşirelik girişimleri olduğu saptanmıştır.

Literatürde inmeli hastaların solunum sıkıntısı, sıvı elektrolit dengesizliği, kan basıncında dengesizlik, vücut sıcaklığında değişiklik, periferik doku perfüzyonunda değişiklik, hipo/hiperglisemi, enfeksiyon riski, aspirasyon riski, hıçkırık, yutkunma güçlüğü, beslenmede değişiklik, konstipasyon, üriner eliminasyonda değişiklik, cilt bütünlüğünde bozulma, kanama riski, fiziksel mobilitede bozulma, konuşma bozukluğu, bilinç durumunda değişiklik, duyuşsal / algısal değişiklik, özbakım eksikliği ve güvenlik gibi pek çok alanda sorun yaşadıkları belirtilmektedir. (Durna ve Krepsi, 2003; Memiş ve Tülek, 2004; Nilsen, 2010; Nir ve Weisel-Eichler, 2006). Araştırmamızda kaydedilen hemşirelik girişimlerinin daha çok fizyolojik alana ait gereksinimler olması literatür verileriyle de benzerlik göstermektedir.

İncelenen dosyalardaki hemşirelik girişimleri tek tek ele alındığında hemşirelerin %12 oranı ile en çok hastanın yaşam bulguları ve ilaç uygulamalarını kayıt ettikleri görülmektedir (Tablo 1). Bu iki girişim toplum hemşirelerle bütünleştiği, hemşirelerin en fazla uyguladıkları girişimlerdir. Bu iki hemşirelik girişiminin hekim istemine bağlı girişimler olmasının, hemşirelerin kayıt etmelerinde

etkili olduğu düşünülmektedir. Bu girişimlerden sonra daha sık kaydedilen banyo, ağız sağlığını sürdürme, düşmeyi önleme gibi girişimlerin de inmeli hastaların bağımlı ya da yarı bağımlı olmasına bağlı kendilerinin gerçekleştiremedikleri temel gereksinimler olması nedeniyle daha çok uygulandığı düşünülmektedir.

Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2006) inmeli hastalarda en sık kullanılan hemşirelik girişimlerinin hiperglisemi yönetimi, egzersiz terapisi, ambulasyon, sıcak/soğuk uygulama, yaşam bulgularını izleme ve bağırsak yönetimi gibi fizyolojik alandaki girişimler olduğu belirlenmiştir.

Langhorne ve Pollock'un yaptığı derlemede de (2002); inme ünitelerinde uygulanan erken mobilizasyon, beslenme ve sıvı alım yönetimi, hiperglisemi yönetimi, oksijen tedavisi, yaşam bulgularının takibi, bağırsak ve mesane bakımı, pozisyon verme ve dokunma ve ilaç uygulama gibi fizyolojik alana ait girişimlerin ortak girişimler olduğu belirtilmiştir.

Andersson ve Hansebo (2009), inmeden sonra yaşlı bireylerin hemşirelik bakımı deneyimlerini inceledikleri çalışmada, hastaların daha çok fiziksel hemşirelik bakımı,

fonksiyonlarını geri kazanmalarına destek olma, bakıma katılma gereksinimi, destekleyici bir ilişki ve yaşadıkları üzüntüyü teselli etme gibi beş temel konuda hemşirelik bakımına gereksinim duyduğunu belirlemiştir.

Araştırmamızda davranışsal alana yönelik hemşirelik girişimlerinin hiç kaydedilmemiş olması dikkat çekicidir. Bu durum hemşirelerin hastaların daha çok fizyolojik gereksinimlerine odaklandığını, psiko - sosyal yönünü ihmal ettiklerini düşündürmektedir. Hemşirelerin bu alana yönelik girişimlerini önemli bulmamaları nedeniyle de bu alanda bir kayıta rastlanmadığı düşünülmektedir. Nitekim, Algier ve arkadaşları'da (2005) hemşirelerin en fazla fizyolojik alandaki hemşirelik girişimlerini önemsediklerini belirtmektedirler. Kliniklerde hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması, hemşirelerin ancak hekim istemindeki girişimleri yerine getirebilmesine ve hastaların psiko-sosyal gereksinimlerini karşılamak için yeterli zaman ayıramamalarına neden olabilmektedir. Bu kliniklerde bir şifftte iki-üç hemşire çalışmakta ve bir hemşire ortalama 17 hastaya bakım vermektedir.

**Tablo 1. İnmeli Hastalarda Kayıt Edilen Hemşirelik Girişimlerinin Dağılımı**

<b>Hemşirelik Girişimleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Fizyolojik:Temel</b>		
Banyo	59	7.4
Ağız sağlığını sürdürme	39	4.9
Tüp bakımı: üriner	39	4.9
Tüp bakımı	31	3.9
Pozisyon	30	3.8
Basit masaj	29	3.6
Perine bakımı	23	2.9
Enteral tüple besleme	17	2.1
Egzersiz terapi: ambulasyon	7	0.9
Mesane irrigasyonu	5	0.6
Soğuk uygulama	4	0.5
Ayak bakımı	4	0.5
Barsak irrigasyonu	1	0.1
Ostomi bakımı	1	0.1
<b>Fizyolojik:Karmaşık</b>		
İlaç uygulama	95	12
İntravenöz (IV) uygulama/giriş	41	5.2
Yara bakımı	39	4.9
Sıvı elektrolit yönetimi	35	4.4
Hipoglisemi/Hiperglisemi yönetimi	33	4.2
Göğüs fizyoterapi	32	4
Oksijen terapi	24	3
Flebotomi: venöz kan örneği	20	2.5
Solunum izlemi	16	2
Havayolunu temizleme	14	1.8
Havayolu yönetimi	10	1.3
Nörolojik izlem	3	0.4
<b>Güvenlik</b>		
Yaşam bulgularını izleme	95	12
Düşmeyi önleme	32	4
Fiziksel tespit	17	2.1
<b>Toplam</b>	<b>795</b>	<b>100</b>

Ayrıca klinik ve yoğun bakım biriminde mevcut kayıt sisteminin yeterli olmaması, hemşirelerin yoğun çalışma temposu, kayıt tutmanın önemi konusunda farkındalıklarının istendik düzeyde olmaması yapılan girişimlerin

kaydedilmeden unutulmasına, dolayısıyla hasta kayıtlarının yetersiz olmasına sebep olabilmektedir.

İncelenen dosyalarda davranışsal alanın yanı sıra sağlık sistemi, aile ve toplum alanlarına ait de hiçbir hemşirelik girişiminin kaydedilmediği saptanmıştır.

Ülkemizde hasta kayıt sisteminin istendik düzeyde olmaması, hemşirelerin yaptıkları girişimleri tam olarak kaydetmemiş olabileceklerini de düşündürmektedir. Bu durum hemşireliğin görünür kılınması açısından önemli bir eksikliktir.

### Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bu çalışmada kaydedilen hemşirelik girişimlerinin büyük çoğunluğunun hastanın fizyolojik gereksinimlerine yönelik olduğu, psikolojik gereksinimlerine yönelik hemşirelik girişimlerinin kaydedilmediği belirlenmiştir.

Hastaya ait tüm bilgilerin kaydedilmesi bakım kalitesinin bir göstergesidir. Hemşireler tarafından yapılan girişimlerin kaydedilmesi hasta bakımının planlanması ve yönetilmesinde yol gösterici olacaktır. Kaydedilmeyen uygulamalar hiç yapılmamış olarak değerlendirilmektedir. Bakımın sürekliliğini sağlamak, kaliteyi iyileştirmek ve bakımı yönetebilmek için hemşirelik bakımının planlanmasının ve kaydedilmesinin önemi açıktır. Bakımın planlanarak verilmesi ve belgelenmesi ideal olan ve gerekliliği kabul edilen bir konudur. Hemşirelik bakım sürecinin belgelenmesi, bilgi birikimini geliştirme, hemşireliğin bu çalışmanın diğer tanıları almış hasta grupları için tekrarlanması, hemşirelerin hangi hemşirelik girişimlerini kaydetmediği ve kaydetmeme nedenlerinin araştırılması önerilmektedir. Ayrıca hemşireler tarafından daha kolay kullanılabilir, pratik hemşire kayıt formlarının geliştirilmesi ve kayıt tutmanın önemi konusunda hemşirelere eğitim verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

### Kaynaklar

- Algier, L., Abbasoğlu, A., Hakverdioğlu, G., Ökdem, Ş., Göçer, S. (2005). Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (1), 33-40.
- Andersson, A., & Hansebo, G. (2009). Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10), 2038-2045.
- Ayral, N., Yılmaz, E., Hakverdioğlu, G., & Erdemir, F. (2003). Başkent Üniversitesi Ayaş Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde uygulanan bakım planlarının irdelenmesi. *Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu (Sempozyum Kitabı)*. Ankara. 6-7 Haziran, 229-236.
- Birol, L. (2007). *Hemşirelik süreci* (8rd ed., ss.192-201). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Ştd.
- Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K., & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 366-374.
- Durna, Z. & Krepsi, Y. (Editörler). (2003). *Akut inmeli hastalarda hemşirelik bakımı uygulama rehberi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basın ve Yayınevi Müdürlüğü.
- Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2001). The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses'and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 303-310.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M., & Smedby, B. (2001). Auditing nursing content in patient records. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15 (2), 133-141.
- Heartfield, M. (1996). Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 98-103.
- Helleso, R., & Ruland, C. M. (2001). Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 799-805.

- Irving, K., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Butler, M., & MacNeela, P. (2006). Discursive practices in the documentation of patient assessments. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (2), 151-159.
- Karkkainen, O., & Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 198-205.
- Kim, Y. J., & Park, H. A. (2005). Analysis of nursing records of cardiac-surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes. *International Journal of Medical Informatics*, 74, 952-959.
- Lee, E., Lee, M., & Jung, O. B. (2006). Mapping of nursing records into the NIC and ICNP in a Korean oriental-medicine hospital. *Computers, Informatics, Nursing*, 24 (6), 346-352.
- Langhorne, P., & Pollock, A. (2002). What are the components of effective stroke unit care?. *Age and Aging*, 31, 365-371.
- Martin, A., Hind, C., & Felix, M. (1999). Documentation practices of nurses in long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 345-352.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (2000). *Nursing interventions classification (NIC)* (3rd ed., pp. 90-103). United States of America: Mosby.
- McGeehan, R. (2007). Best practice in record-keeping. *Nursing Standard*, 21 (17), 51-55.
- Memiş, S., & Tülek, Z. (2004). İnnmeli hastalarda görülen konuşma bozukluklarında hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1), 53-61.
- Moloney, R., & Maggs, C. (1999). A systematic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (1), 51-57.
- Muller Staub, M., Lunney, M., Lavin, M. A., Needham, I., Odenbreit, M., & Van Achterberg, T. (2008). Testing the Q-DIO as an instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19 (1), 20-27.
- Nilsen, M. L. (2010). A historical account of stroke and the evolution of nursing care for stroke patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 42 (1), 19-27.
- Nir, Z., & Weisel-Eichler, A. (2006). Improving knowledge and skills for use of medication by patients after stroke: evaluation of a nursing intervention. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85 (7), 582-592.
- Park, H. A., Cho, I. S., & Byeun, N. S. (2006). Modeling a terminology-based electronic nursing record system: An object-oriented approach. *International Journal of Medical Informatics*, 76, 735-746.
- Tiusanen, T. S., Junttila, K., Leinonen, T., & Salanterä, S. (2010). The validation of AORN recommended practices in Finnish perioperative nursing documentation. *The Association of Perioperative Registered Nurses Journal*, 91 (2), 236-247.
- Yocum, R. F. (2002). Documenting for quality patient care. *Nursing*, 32 (8), 58-64.

**Dergiye geliş tarihi: 22.11.2009**

**Kabul tarihi: 10.10.2010**