

T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**PSİKIYATRİ SERVİSİNDE ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN  
HASTA TABURCULUĞUNA İLİŞKİN YAKLAŞIMLARININ  
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Songül DURAN**

Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Nermin GÜRHAN

ANKARA  
Ocak 2010

T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**PSİKIYATRİ SERVİSİNDE ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN  
HASTA TABURCULUĞUNA İLİŞKİN YAKLAŞIMLARININ  
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Songül DURAN**

Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Nermin GÜRHAN

ANKARA  
Ocak 2010

**KABUL VE ONAY**

**T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

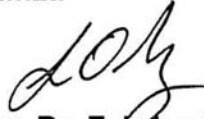
**Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından  
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

**Tez Savunma Tarihi : 07/01/2010**



**İmza  
Prof. Dr. Hatice FESCI  
Jüri Başkanı**

**İmza**



**Yrd. Doç. Dr. Fahriye OFLAZ  
GATA Hemşirelik Yüksek Okulu**

**İmza**



**(Danışman)  
Yrd. Doç. Nermin GÜRHAN  
Gazi Üniversitesi**

## İÇİNDEKİLER

<b>Kabul ve Onay</b>	<b>I</b>
<b>İçindekiler</b>	<b>II</b>
<b>Tablolar</b>	<b>III</b>
<b>Önsöz</b>	<b>IV</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi</b>	<b>1</b>
<b>1. 2. Araştırmanın Amacı</b>	<b>4</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>5</b>
2. 1 Psikiyatride Tabuculuk Planlaması Ve Önemi	5
2. 2 Taburculuk Planlaması Süreci	9
2. 3 Taburculuk Planlaması Sürecinde Ekip Üyeleri	10
2.3.1 Taburculuk Planlaması Sürecinde Doktorun Rolü	10
2.3.2 Taburculuk Planlaması Sürecinde Hemşirenin Rolü	11
<b>3. GEREÇ Ve YÖNTEM</b>	<b>14</b>
3. 1 Araştırmanın Şekli	14
3. 2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	14
3. 3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	15
3. 3. 1 Araştırmanın Evreni	15
3. 3. 2 Araştırmanın Örneklemi	15
3. 4. Verilerin Toplanması	16
3. 4.1. Veri Toplama Araçları	16
3. 5. Ön Uygulama	17
3. 6. Veri Toplama Aracının Uygulanması	17
3. 7. Verilerin Değerlendirilmesi	17
3.7. 1 Araştırmanın Etik Boyutu	18
<b>4. BULGULAR</b>	<b>19</b>
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>30</b>
<b>6. SONUÇ</b>	<b>43</b>
<b>6. 1. Sonuçlar</b>	<b>43</b>
<b>6. 2. Öneriler</b>	<b>45</b>
<b>7. ÖZET</b>	<b>46</b>
<b>8. SUMMARY</b>	<b>48</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b>	<b>50</b>
<b>10. EKLER</b>	<b>66</b>
10. 1. EK-1 Soru Formu	66
10. 2. EK-2 Araştırma uygulamasına ilişkin Kurum izin belgeleri	76
<b>11. ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>80</b>

## TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>		<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 1.</b>	Doktor ve Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri	<b>19</b>
<b>Tablo 2.</b>	Doktor ve Hemşirelerin Çalıştıkları Serviste Taburculuk Planlaması Sürecinin Uygulanma Durumu	<b>21</b>
<b>Tablo 3.</b>	Doktor ve Hemşirelerin Taburculuk Planlaması Sürecine İlişkin Yaklaşımları	<b>23</b>
<b>Tablo 4.</b>	Doktor ve Hemşirelerin Çalıştıkları Serviste Taburculuk Eğitiminin Verilme Durumu	<b>25</b>
<b>Tablo 5.</b>	Doktor ve Hemşirelerin Taburculuk Eğitimi Verme Durumları Ve Yaklaşımları	<b>27</b>
<b>Tablo 6.</b>	Doktor ve Hemşirelerin Buldukları Servisteki Çalışma Sürelerine Göre Taburculuk Planlaması Sürecinde Yer Alma Durumları	<b>29</b>

## ÖNSÖZ

Yazar;

Sayın Yrd. Doç. Dr. Nermin Gürhan'a çalışmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendirdiği için,

Sayın Prof. Dr. Hatice FESCİ ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Fahriye OFLAZ'a çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde verdikleri destek için,

Araştırmaya katılan tüm sağlık personeline araştırmanın uygulanması sırasında gösterdikleri destek için,

Sayın Veli Karan BOZKURT'a ve aileme tez çalışmam süresince verdikleri destek için,

Sayın Ufuk ve Tufan DURAN'a gösterdikleri sabır ve destek için içtenlikle teşekkür eder.

Songül DURAN

## 1.GİRİŞ

### 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm dünyada her geçen gün psikiyatrik hastalık tanısı alan kişi sayısı artmaktadır. Bunun nedeni ise hasta-aile ve toplumun hastalık ve tedavi hakkında bilgi azlığı, klinik ağırlıklı tedavi, tekrarlı yatışlar, maliyet, geleneksel tedavi yöntemleri, sosyal destek azlığı, sosyal izolasyon gibi sebeplerdir<sup>4,54,72</sup>. Oysa son zamanlarda ruh sağlığını koruma - hastalıklardan korunma ve tedavi alanında köklü değişiklikler olmakta, ruh sağlığı bozulmuş bireylerin tedavileri yataklı kurumlar dışında gerçekleştirilmesine doğru yönelinmektedir. Psikiyatri servislerinde sunulan geleneksel hizmetlerin etkinliklerinin azalması, hastane masraflarının artması, antipsikotik ilaçların gelişmesi bunu destekleyen ana faktörlerdir. Artık birçok ülkede kronik ruh hastalıkları için ayrılan yatak sayısı azaltılmakta ve depo hastaneleri kavramı ortadan kalkmaktadır<sup>18,38,39,109,113</sup>. Bu yüzden toplum tedavi merkezleri gibi kuruluşlar her geçen gün yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır<sup>4,26,43,54,102</sup>.

Psikiyatri servislerindeki hemşirelik uygulamalarının ise genellikle hastaların hastanede kaldığı süre içinde, fiziksel bakım ve doktor isteminde belirtilen işlemlerle sınırlı olduğu belirtilmiştir. Yine hastalara taburculuk sonrası karşılaşılabilecekleri sorunların çözümüne yol gösterecek planlı bir taburculuk eğitiminin olmadığı ve hastaların bakım sorunları ile evlerine gönderildiği de belirtilmiştir<sup>15,47,68</sup>. Kronik veya taburcu edilmeye uygunsuz durumdaki hastanın taburculuğu, sadece tıbbi açıdan değil aynı zamanda sosyal açıdan da (kendine bakım yetersizliği, kişiler arası ilişki sorunları vb) problem teşkil edebilmektedir<sup>32</sup>.

Yapılan araştırmalarda hastaneye tekrarlı yatışlarda birinci faktör olarak evde, krizle baş etmede ailenin yetersizliği bulunmuştur. Buna göre, taburculuk planı, ayaktan tedavi hizmetleri, gündüz hastaneleri vb in yeterli sayıda olmadıklarını ve istenilen düzeyde işlev görmedikleri söylenilebilir<sup>4,43,54</sup>. Köksal'ın 1988 yılında SSK Hastanesinde yapmış olduğu araştırmada taburculuktan 6 ay sonraki görüşmede hastaların sadece %15'inin psikiyatri ekibiyle ilişkisini sürdürdüğu, diğerlerinin kişiler arası ilişkilerinin bozulduğu ve ilaç kullanımını aksattığı saptanmıştır<sup>77</sup>. A.Ü. Psikiyatri Kliniklerinden 1988 Mart- Nisan aylarında taburcu olmuş 27 psikotik hasta 2 ay sonra ekip tarafından ziyaret edildiğinde hastaların yarısından biraz fazlasının hastaneye kontrole geldiği ve sadece 10 hastanın düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir<sup>110</sup>. Gürhan'ın belirttiğine göre, İzmir'de iki psikiyatristin izleme kartları incelendiğinde toplam 628 hastanın %34'ünün düzenli, %22'sinin düzensiz takiplere devam ettiği ve %44'ünün ilk başvurudan sonra gelmediği saptanmıştır. Yine Eylül 1990 Şubat 1992 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniklerine başvurmuş olan 948 hastanın %64,97'sinin ilk başvuru sonrası tekrar gelmedikleri görülmüştür. 1994 yılında Gürhan'ın A.Ü. Psikiyatri kliniklerinde taburcu olan 12 hasta ve ailesi ile ilgili çalışması sonucunda da yarıya yakın hastanın hastalığını henüz kabullenmediği, hastaların sadece yarısının ilaçlarını kullandığı ve bununda istenilen şekilde olmadığı saptanmıştır<sup>54</sup>.

Genellikle taburculuğun planlanması hasta birey hastaneden ayrılırken ele aldığımız, çok az bir zaman ayırdığımız yada göz ardı ettiğimiz bir konudur<sup>55</sup>. Oysa taburculuğun planlanması bireyin kliniğe kabulü ile başlayıp eve gittikten sonra da devam etmesi gereken ve ev ile hastane arasındaki devamlılığın sağlanması, tedavi kesintisinin en aza indirilmesi gereken çok önemli bir konudur<sup>15,28,73,75,86,91,104</sup>. Diğer bir deyişle taburculuk rehabilitasyon hizmetleri içinde yer alan bir konudur.



Rehabilitasyon; hastaneye başvuru ve teşhis aşamasında başlayan tedavi ve nekahet aşamasında devam eden ve hastanın toplum içine dönmesinden sonra tüm potansiyeline ulaşmasına kadar süren bir süreçtir<sup>2,26,102,121</sup>. Tüm hastalık durumları gibi ruh sağlığı da bireyin fonksiyon görme düzeyini etkiler ve yatış bireyin yaşam biçimini değiştirir<sup>26,67,101,102,113</sup>. Bireyin hastaneden taburculuğu ile başlayan üçüncül koruma yani rehabilitasyon diğer hastalar için olduğu kadar psikiyatri hastaları içinde son derece önemlidir<sup>4,26,102</sup>.

Psikiyatrik hasta ve ailelerinin gereksinimleri tam olarak belirlenip desteklendiği takdirde ruh hastalarındaki nöksler ve yeniden yatış oranlarında azalma, bu bireylerin topluma yeniden katılması, ruhsal sorunu olan birey ile yaşayan aile fertlerinin ruh sağlığını koruma sorunlarına çözüm getirilebileceği düşünülmektedir. Şayet ev hastane arasındaki devamlılık sağlanırsa tedavi kesintisi de azalmış olacaktır<sup>4,28,54,61,82,90</sup>. Hastayı taburcu etme kararı tıbbi koşullar dışında pek çok faktöre bağlı olarak verilir. Bu yüzden bakımın bireysel olarak planlanması gereklidir<sup>15,20,58,94</sup>. Bireysel bakım da tüm sağlık hizmeti sağlayanlarının işbirliği ile bakımın devamlılığını sağlaması açısından çok önemlidir<sup>79,88,98</sup>. Ülkemiz gibi tedavi ve takip hizmetlerinin ayaktan örgütlenmediği ülkelerde, hastalar için zorunluluk çok daha sık ortaya çıkmaktadır<sup>26,102</sup>.

Araştırmamızın sonucunda elde edilen veriler ışığında; psikiyatri servislerinde çalışan doktor ve hemşirelerin taburculuk planlaması sürecine yaklaşımlarının belirlenerek taburculuk planlaması uygulamalarına düzenlemeler getirilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca bu çalışmanın, hasta ve ailelerinin taburculuk sonrası yaşadıkları güçlüklerin en aza indirilmesine katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.

## 1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, psikiyatri servisinde çalışan doktor ve hemşirelerin hasta taburculuğuna ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesidir.

Araştırma sonucunda aşağıdaki sorulara cevap alınması planlanmıştır:

1. Psikiyatri kliniklerinde taburculuk planlamasının uygulanma durumu nedir?
2. Psikiyatri kliniğinde çalışan doktorların hasta taburculuğuna ilişkin uygulamaları nelerdir?
3. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin hasta taburculuğuna ilişkin uygulamaları nelerdir?
4. Psikiyatri kliniğinde çalışan doktor ve hemşirelerin taburculuk planlaması uygulamalarına yönelik görüşleri nelerdir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Psikiyatride Taburculuk Planlaması Ve Önemi

Tüm dünyada her geçen gün psikiyatrik hastalık tanısı alan kişi sayısı artmaktadır. Bunun nedeni ise hasta-aile ve toplumun hastalık ve tedavi hakkında bilgi azlığı, klinik ağırlıklı tedavi, tekrarlı yatışlar, maliyet, geleneksel tedavi yöntemleri, sosyal destek azlığı, sosyal izolasyon gibi sebeplerdir<sup>4,54,72</sup>. Oysa son zamanlarda ruh sağlığını koruma - hastalıklardan korunma ve tedavi alanında köklü değişiklikler olmakta, ruh sağlığı bozulmuş bireylerin tedavileri yataklı kurumlar dışında gerçekleştirilmesine doğru yönelmektedir. Psikiyatri kliniklerinde sunulan geleneksel hizmetlerin etkinliklerinin azalması, hastane masraflarının artması, antipsikotik ilaçların gelişmesi bunu destekleyen ana faktörlerdir. Artık birçok ülkede kronik ruh hastalıkları için ayrılan yatak sayısı azaltılmakta ve depo hastaneleri kavramı ortadan kalkmaktadır<sup>18,38,109,113</sup>. Bu yüzden toplum tedavi merkezleri gibi kuruluşlar her geçen gün yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır<sup>4,26,43,54,102</sup>.

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin tekrarlı yatış oranlarını artırmadan, hastanede kalma sürelerini azaltmanın; vaka yönetimi, kısa süreli hasta yatışı ve etkili taburculuk planının bir arada olduğu entegre bir sistemle başarılı bir şekilde gerçekleştirilebileceği belirtilmektedir çalışılmaktadır<sup>13,14,29,73,83,109</sup>. Yapılan araştırmalarda hastaneye tekrarlı yatışlarda birinci faktör olarak evde, krizle baş etmede ailenin yetersizliği bulunmuştur. Buna göre, taburculuk planı, ayaktan tedavi hizmetleri, gündüz hastaneleri vb in yeterli sayıda olmadıkları ve istenilen düzeyde işlev görmedikleri söylenilebilir<sup>4,43,54</sup>. Köksal'ın 1988 yılında SSK Hastanesinde yapmış olduğu araştırmada taburculuktan 6 ay sonraki görüşmede hastaların sadece %15'inin psikiyatri ekibiyle ilişkisini sürdürdüğü, diğerlerinin kişiler arası ilişkilerinin bozulduğu ve ilaç

kullanımını aksattığı saptanmıştır<sup>77</sup>. A.Ü. Psikiyatri servislerinden 1988 Mart-Nisan aylarında taburcu olmuş 27 psikotik hasta 2 ay sonra ekip tarafından ziyaret edildiğinde hastaların yarısından biraz fazlasının hastaneye kontrole geldiği ve sadece 10 hastanın düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir<sup>110</sup>. Gürhan'ın belirttiğine göre, İzmir'de iki psikiyatristin izleme kartları incelendiğinde toplam 628 hastanın %34'ünün düzenli, %22'sinin düzensiz takiplere devam ettiği ve %44'ünün ilk başvurudan sonra gelmediği saptanmıştır. Yine Eylül 1990 Şubat 1992 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniklerine başvurmuş olan 948 hastanın %64,97'sinin ilk başvuru sonrası tekrar gelmedikleri görülmüştür. 1994 yılında Gürhan'ın A.Ü. Psikiyatri kliniklerinde taburcu olan 12 hasta ve ailesi ile ilgili çalışması sonucunda yarıya yakın hastanın hastalığını henüz kabullenmediği, hastaların sadece yarısının ilaçlarını kullandığı ve bununda istenilen şekilde olmadığı saptanmıştır<sup>54</sup>. Doğan'ın belirttiğine göre yapılan bir çalışmada şizofren tanısı almış olanlar hastaneden çıktıktan sonra düzenli olarak ilaç kullanmamakta, kontrollerine gitmemekte, aile bireylerinden yeterli destek görmemekte ve kötü sosyoekonomik koşullarda yaşamaktadır. Aileler ise, ekonomik güçlükler içinde yaşamakta, hastanın olumsuz davranışlarıyla nasıl baş edeceğini bilememekte, toplumsal ilişkilerini sınırlamakta ve bütün bunlardan dolayı hastaya karşı olumsuz duygular ve tutumlarda bulunmaktadır<sup>38</sup>. Anlar'ın çalışmasında, şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastaların taburculuk sonrası kişiler arası ilişki düzeyleri, sosyal yaşam aktiviteleri ve çalışma becerilerinde yetersizlik olduğu saptanmıştır<sup>4</sup>. Ünal ve arkadaşlarının araştırmasında, hastaların %24.2'sinin taburculuk sonrası, hiçbir doktora gitmediği belirlenmiştir<sup>115</sup>. Karatatar'ın çalışmasında da hastaların %41.5'unun toplum ruh sağlığı merkezine gelmeyi kabul etmediği saptanmıştır<sup>70</sup>.

Tüm hastalık durumları gibi ruh sağlığı da bireyin fonksiyon görme düzeyini etkiler ve yatış bireyin yaşam biçimini değiştirir<sup>26,67,101,102,113</sup>.

Psikiyatrik bozukluklar bireyde duygulanım, düşünme, algılama,davranış, kişiler arası ilişkiler, iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Aynı zamanda bireylerin uyku, beslenme, dinlenme, kişisel bakımı gerçekleştirme ve üretkenlik gibi temel yaşam etkinlikleri de bozulur. Bu bireyler, bağımlı bir birey olarak yaşama, yeti yitimi, bilişsel ve psikososyal bozulma, uzun süreli ve sık hastane yatışları, sosyal destek yetersizliği, baş etme zorlukları, ekonomik güçlükler, psikiyatrik ilaç kullanımı, damgalanma gibi etkenlerle de karşı karşıya kalmaktadırlar<sup>6,7,46,108</sup>. Aile açısından ise ruhsal hastalık tanısı alan bireyle yaşamak, aile bireylerinde hem maddi, hem de gerginlik, stres, anksiyete, umutsuzluk, sosyal ilişkilerde azalma gibi güçlükler çıkartırken, hasta açısından ise ailenin fonksiyonel olmadığı kronik süreçte sosyal destek eksikliği görülebilir<sup>22,85,107</sup>.

Tedavi sürecinde hastaya sistematik biçimde yardım edilmesi ve tedavi edici ortamın hastane dışında da sürdürülmesi için hasta ile birlikte, hasta ailesi ve içinde yaşadığı çevre birlikte ele alınmalıdır<sup>28,33,105,111</sup>. Yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarının taburculuk sonrası döneme hazırlanması; hastanın korku ve endişelerinin giderilmesi, topluma döndüğünde ne gibi olanaklardan yararlanabileceği ele alınmalıdır<sup>32,47,83</sup>. Taburculuk kararı, hasta ve ailesinde çeşitli duygular yaratabilir. Hasta açısından hastanede alıştığı düzenli ve güvenli ortamın ardından toplumsal yaşamın hızlı akışına alışmak zaman gerektirebilir. Bu nedenle pek çok ruh hastasında taburculuk aşamasında hastalığa özgü eski belirtiler canlanabilir<sup>11,108</sup>. Hastaların taburculuk sonrası döneme hazırlanarak sürekli ve kesintisiz bakım almalarını sağlamak için hastaların ihtiyaçlarının ortaya konulması bunu takiben hastane kurumları ve tedavi sonrası bakım kurumları arasında bağlantı kurulması gerekir<sup>4,11,65,90,107,109,114</sup>. Taburculuk planlaması, toplum kaynakları, evde bakım ve diğer ilgili gruplarla bağlantılı olarak hizmet vermeyi de kapsar<sup>109</sup>.

Taburculuk planlaması, hasta bakım kalitesinin sağlanmasında, hastanın evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında giderek önem kazanmaya başlamıştır<sup>28,32,48,84,117</sup>. Günümüzde bireylerin bireysel ve toplumsal ihtiyaçlarını karşılamak için hasta ve yakınlarının kurdukları yardım ve dayanışma dernekleri ile çeşitli kulüp, vakıf gibi gönüllü kuruluşlar hastaların tedavi ortamları dışında da arkadaşlık, kabul görme ve duygusal destek bulabilecekleri yerlere yönlendirme yapmaya çalışmaktadır<sup>63,94</sup>. Son zamanlarda ülkemizde özellikle şizofreni ve madde bağımlılarının kurdukları derneklerin ve ayaktan tedavi merkezlerinin sayısında ve işlevinde hızlı bir artış gözlenmektedir<sup>122</sup>.

Hastanın varolan ve gelecekteki gereksinimlerini yeterli ve kapsamlı olarak tanılamayı, uygun kararlar vermeyi ve izlem hizmetlerini koordine etmeyi gerektiren ve çok basamaklı bir girişim olarak tanımlanan taburculuk planlaması, hasta kabul süreci ile başlayan bir işlemdir<sup>15,28,73,80,91,104</sup>. Psikiyatri servislerindeki hemşirelik uygulamaları ise genellikle hastaların hastanede kaldığı süre içinde, fiziksel bakım ve doktor isteminde belirtilen işlemlerle sınırlı olduğu belirtilmiştir. Yine hastalara taburculuk sonrası karşılaşılabilecekleri sorunların çözümüne yol gösterecek planlı bir taburculuk eğitiminin olmadığı ve hastaların bakım sorunları ile evlerine gönderildiği belirtilmiştir<sup>15,47,68</sup>. Bireylerin taburculuktan sonra kendi kendilerine bırakılmaları, taburculuk sonrası sürece hazırlanmamaları, hastalığın tekrarlamasına ve hastalıkla baş edemeyecek duruma geldiklerinde tekrar sağlık kurumlarına başvurmalarına neden olmaktadır<sup>34</sup>. Bu tekrarlı yatışlarda hastalık tablosu ilkine oranla daha ileri ve karmaşık yapıya dönebilmekte, birey ve ailesinin daha fazla stres, kriz, depresyon, panik duyguları yaşamasına, tanı işlemlerinin, tedavinin tekrarına, yatak ve sağlık personeli işgaline neden olmaktadır<sup>72,89,99</sup>. Kronik veya taburcu edilmeye uygunsuz durumdaki hastanın taburculuğu, sadece tıbbi açıdan

değil aynı zamanda sosyal açıdan da (kendine bakım yetersizliği, kişiler arası ilişki sorunları vb) problem teşkil edebilmektedir<sup>32,48</sup>. Etkili ve etkin bir taburculuk planlama programı ile bireyin hastanede kalış süresini kısaltmak, sağlık bakım giderlerini, taburculuk sonrası sağlık merkezlerine başvuru oranlarını, acil servislerin kullanımını ve mali kayıpları önlemek mümkün olmaktadır<sup>8,24,33,57,82,84,99</sup>.

## 2.2 Taburculuk Planlaması Süreci

Taburculuk planlaması süreci, sağlık bakımı alan bireye yönelik kapsamlı tanılama ve bu doğrultuda yapılan planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır<sup>24</sup>. Tanılama hizmet alan birey ve ailesinin taburculuk sonu yaşadığı ortama döndüğünde desteklenmeye gereksinimi olduğu alanları işaret edecek baş etme becerileri, bilişsel algı öğeleri ve aile destek sistemlerinin belirlenmesini içerir<sup>13,23,60,67</sup>. Bu doğrultuda bireyin tedavisine ilişkin ve kurumdan ayrıldıktan sonra ki anda var olan gücünü en iyi şekilde kullanmasına imkân verecek planlamalar yapılmaktadır. Hizmeti alan birey ve ailesini birlikte ele almak taburculuk planlaması sürecinin başarılı olmasında etkindir. Bu süreçte; hastalığın belirtileri, evde yerine getirilmesi beklenen tedavileri uygulama, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, kriz belirti ve bulgularının tanınması ve önlenmesi, sosyal destek grupları, taburcu olduktan sonraki kontrole gelme sıklığı, acil durumlarda başvurulacak kişi/kuruluşlara nereden, nasıl ulaşılacağı ve sağlığın geliştirilip en yüksek düzeyde fonksiyon görme düzeyine nasıl ulaşılacağı gibi taburculuk sonrasında bakımı sürdürmede gerekli olan konularda eğitim ve bireyin ihtiyaç duyacağı kaynakların sağlanması büyük önem taşımaktadır<sup>15,19,65,90</sup>. Değerlendirme aşamasında ise hazırlanan planın hasta ve ailesinin gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığına bakılır<sup>58,83</sup>. Ve sürecin bütün alanlarında aktif bir katılımcı olarak bireyin ve ailesinin bulunmasına çalışılmalıdır<sup>2</sup>.

Taburculuk planlaması süreci; hizmet alan birey ve ailenin de kararlara katılarak içinde yer aldığı, doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog, iş/uğraşı terapisti, sosyal hizmet uzmanı ve evde bakım personeli gibi hastanın tedavi ve bakımını sağlayan bireylerden oluşan bir sağlık ekibi tarafından multidisipliner yaklaşımla uygulanmalıdır<sup>5,20,24,56,57,111</sup>. Tedavi ve bakım programı, ekibin her üyesinin gözlem ve görüşmeleri sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda biçimlenmelidir<sup>6,60,90</sup>. Sağlık ekibinin tüm üyeleri de hastanın bakım sürecinden haberdar olmak, disiplinler arası iletişim ve işbirliğini artırmak, bakım sürecindeki eksiklikleri ve gecikmeleri önlemek ve iş doyumunu artırmak amacıyla taburculuk planlama sürecini kullanmalıdır<sup>23,40</sup>. Böylece ekibin tüm üyeleri yapılan uygulamalardan, tedavi ve bakımın hangi aşamada olduğundan haberdar olur<sup>17,57,112</sup>. Literatürde psikiyatri servisinde çalışan doktorların taburculuk planlaması sürecinde sağlık ekibi ve hastalarla işbirliği ve iletişim içinde olduğu durumlarda, hastaların taburculuk sonrası döneme daha fazla uyum gösterdikleri belirtilmiştir<sup>24,79,88,98</sup>.

## **2. 3 Taburculuk Planlama Sürecinde Ekip Üyeleri**

Sağlık ekibinin tüm üyeleri, taburculuk planlamasında yer almasına rağmen hasta ve ailenin taburculuğa hazırlanmasında hekim ve hemşirelerin anahtar rolü üstlendikleri görülmektedir<sup>5,56,84</sup>.

### **2. 3. 1 Taburculuk Planlaması Sürecinde Doktorun Rolü**

Hastanın bakımını sürdürmede ve sağlığını geliştirmede profesyonel kararlar vermek için psikiyatristin taburculuk planlaması sürecinde yer almasının önemli olduğu belirtilmektedir<sup>25,37,47,113</sup>. Kliniğe başvuran hastanın ayrıntılı sosyodemografik verileri, yakınmaları, hastalık



özgeçmişini, soy geçmiş özelliklerini sorgulayan dosya formu ile bir psikiyatrist tarafından değerlendirilmektedir<sup>16,66,69,106</sup>. Psikiyatrist bu değerlendirmeler sonucunda, hastanın taburculuk sonrası tedavi planını yapar ve hasta, hastanın ailesi, sağlık ekibi ve diğer destek sistemleriyle iletişimi sağlayıp, hastanın taburculuğuna karar verir<sup>63</sup>. Psikiyatristin tedavi planını belirlemesi, hastanın tedavisini sağlaması ve hastanın taburcu olacağı günü bu süreçte belirtmesi gerekir<sup>19,36,47,79,106,107</sup>. Taburculuk planı hekim ve hasta arasında da tartışmaya açık olmalıdır<sup>98</sup>. Ayrıca hastayı taburculuk sonrası kontrollere çağırma ve hastanın taburculuk sonrası problemi olup olmadığını sorgulayıp, hastayı değerlendirmek ve bilgilendirmekten de sorumludur<sup>71,100</sup>. Collier çalışmasında taburculuk planlaması sürecinde %51 oranında anahtar rolü üstlenen kişinin doktorlar olduğunu belirlemiştir<sup>25</sup>.

### 2. 3. 2 Taburculuk Planlaması Sürecinde Hemşirenin Rolü

Ekip içinde hastayla daha uzun süre birlikte olan ve hastayı yakından takip eden kişi olan hemşire, disiplinlerarası koordinasyonun sağlanmasında, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır<sup>12,21,87,91</sup>. Psikiyatri hemşiresi, normal yaşamları, patolojik düşünce ve davranışlara dönüşmüş olan hastanın tedavisinde, izlenmesinde ve rehabilitasyon çalışmalarında rol oynamaktadır<sup>61,62,117,124</sup>. Psikiyatri hemşiresi, hastanın biyolojik ve kişilerarası gereksinimlerini karşılama ve yaşam için amaçladığı hedeflere varmada hastaya yardım etmekle görevlidir<sup>30,41</sup>. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) psikiyatri hemşireliği hizmetlerini şöyle belirlemiştir<sup>97</sup>:

- Terapötik ortamı korumak
- Hastanın tedavi problemlerini çözmek için çalışmak

- Vekil ebeveyn rolü üstlenmek
- Hastanın sağlık problemlerini hafifletmek/çözmek için somatik terapileri kullanmak
- Ruh sağlığını etkileyen faktörlerle ilgili eğitim almak
- Sosyoekonomik durumlarını geliştirmek için değişimleri desteklemek
- Meslektaşlar için klinik süpervizyonu ve liderliği sağlamak
- Psikoterapi yapmak
- Sosyal ve toplum için ruh sağlığı hareketleriyle ilgilenmek

Tennier taburculuk planlamasında hemşirenin rollerini “tarama, tanılama, danışmanlık, kaynaklara ulaşma ve hasta/ailenin eğitimi” şeklinde ifade etmektedir<sup>49</sup>. Hemşire, hastanın gereksinimi olan taburculuk eğitimini vererek; hastanın ve ailesinin ihtiyaç duyduğu danışmanlığı yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini artırarak, bireylerin yaşam biçimindeki değişikliklere ve hastalığa uyumlarında uygun başetme yöntemi kullanmalarını sağlayarak, kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardımcı olmalıdır<sup>5,35,57,71,83,91,95,116</sup>. Amerikan Hemşireler Birliği tarafından yayınlanan psikiyatri hemşireliği uygulama standartlarına göre hemşire; hasta ve ailesine yönelik bilgi toplama, problemi saptama, müdahale ve beklenen sonuçları tanımlama, planlama , uygulama ve sonuçlarını değerlendirme, hasta ve ailesine danışmanlık yapma, klinikte hastanın kendi kendine bakım aktivitelerini yürütmesinde, klinik içi bakım ve tedaviye yönelik (günaydın toplantıları, görev bölü, sosyal aktiviteler vb.) aktiviteleri planlama ve uygulama ve sağlık eğitimi vermekle görevlidir<sup>30,81</sup>.

Ülkemizde hastanede yatırılarak tedavi edilen psikiyatri hastaların taburculuk sonrasında durumlarını belirlemeye, kendi ortamlarında ve yaşadıkları ilişkilerde gözlemeye, tedavi sonuçlarını

izlemeye, aile içinde bütüncül yaklaşımı uygulamaya yönelik bir program yoktur. Bunlar planlansa bile, gerçekleştirecek bir kuruluş ya da ekip yoktur<sup>38</sup>. Doktor ve hemşirelerin bilgi tabanının yanı sıra; hastaların değişen gereksinimlerini karşılayabilecek şekilde bilgi ve uygulamalarını güncellemeleri gerektiği düşünülmektedir

### **3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

#### **3.1 Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, psikiyatri servisinde çalışan doktor ve hemşirelerin hasta taburculuğuna ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Ankara ili belediye sınırlarında yer alan Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ahmetandıçen Hastanesi psikiyatri servislerinde yapılmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi psikiyatri servisi 33 yatak kapasitelidir. Yatakların beşi yoğun bakım niteliğindedir. Serviste 24 doktor ve 9 hemşire görev yapmaktadır.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. ve 2. psikiyatri servisi 13'er olmak üzere 26 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir. Servislerde toplam 39 doktor ve 6 hemşire görev yapmaktadır.

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. ve 2. psikiyatri servisi toplam 39 yatak kapasitesine sahiptir. Servislerde 34 doktor ve 14 hemşire görev yapmaktadır.

Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi psikiyatri servisleri, 23 yataklı bayan ve 22 yataklı erkek servisi ve 34 yataklı Gölbaşı alkol ve rehabilitasyon servisi olmak üzere 79 yatak kapasitesine sahiptir. Servislerde toplam 26 doktor ve 19 hemşire görev yapmaktadır.

Ahmet Andiçen Hastanesi psikiyatri servisi 14 yatak kapasitesine sahiptir. Serviste 21 doktor ile 6 servis hemşiresi görevlidir.

### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

#### **3.3.1 Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, Ankara ili belediye sınırlarında yer alan kamu hastanelerinin psikiyatri servislerinde çalışan doktor ve hemşireler oluşturmaktadır.

#### **3.3.2 Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın örnekleme evreninin tamamının alınması hedeflenmiştir. Ancak, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri kliniğinden araştırmanın uygulanmasına verilmediğinden ve Atatürk hastanesi psikiyatri kliniğinin ön uygulamaya dahil edilmesinden dolayı araştırma kapsamına alınmamıştır. Örneklem 45 hemşire 118 doktor alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (6 hemşire ve 17 doktor), izinli, raporlu olup kendilerine ulaşılamayan (2 hemşire ve 6 doktor) ve anketleri eksik dolduran (3 doktor ve 1 hemşire) kişiler örneklem alınmamıştır. Örneklem alınan kişilerin dağılımı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo A. Katılımcıların Dağılımı**

Hastaneler	Doktor		Hemşire	
	n	%	n	%
Hacettepe Üniversitesi Hastanesi	18	15.2	8	17.8
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	27	22.9	12	26.8
Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	23	19.5	13	28.8
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	33	30.0	6	13.3
Ahmet Andiçen Hastanesi	17	14.4	6	13.3
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

### **3.4. Verilerin Toplanması:**

Araştırmanın verileri Soru Formları kullanılarak elde edilmiştir.

#### **3.4.1. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında kullanılan soru formları konu ile ilgili literatür taranarak, araştırmacı tarafından ve uzman görüşü alınarak doktor ve hemşire gurubuna yönelik olarak hazırlanmıştır<sup>15,27,56,78,81,120</sup>.

### **3.5. Ön Uygulama**

Hazırlanan soru toplama formlarının anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla evrene dahil edilmeyen ve araştırmaya katılmayı kabul eden Atatürk hastanesi psikiyatri servisinde çalışan doktor ve hemşirelerden toplam 10 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soru formlarında açık uçlu sorular, verilen yanıtlar doğrultusunda kapalı uçlu sorular haline getirilerek formların daha anlaşılır olması sağlanmıştır.

### **3.6. Veri Toplama Aracının Uygulanması**

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan soru formları, 05.11.2008-10.01.2009 tarihleri arasında, psikiyatri servislerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 45 hemşire ve 118 doktora uygulanmıştır. Soru formları doktor ve hemşirelere verilerek kendileri tarafından doldurulmuştur. Soru formlarının doldurulması ortalama 15 dakika sürmüştür.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada yer alan verilerin analizinde SPSS 12 paket programı kullanılarak yüzde ve frekans değerleri verilmiştir. Değişkenler arasında bağımlılık testi olarak Fisher's Exact ve Pearson ki-kare testi uygulanmıştır.

### 3. 7. 1 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için, sağlık bakanlığına bağlı olan hastaneler için Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve niversite hastaneleri için hastanelerin başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır (Ek-1 ve Ek-2 ).

Ayrıca psikiyatri servis şeflikleri, servis çalışanları ve servis başhemşireliği ile görüşülmüş ve çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Örnekleme alınan bireylere, çalışmanın amacı açıklanmış, veri toplama araçları tanıtılmış ve sözlü olarak izinleri alınmıştır.



#### 4. BULGULAR

Bu bölümde doktor ve hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, çalıştıkları klinikteki taburculuk planlaması uygulamaları, doktor ve hemşirelerin taburculuk planlamasına ilişkin uygulamaları ve yaklaşımları yer almaktadır.

**Tablo 4. 1. Doktor ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri**

Sosyo-Demografik Özellikler	Doktor		Hemşire	
	n	%	n	%
<b>Yaş</b>				
20-29	58	49.1	11	24.4
30-39	38	32.2	27	60.0
40 ve	22	18.7	7	15.6
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	65	55.0	43	95.6
Erkek	53	45.0	2	4.4
<b>Şu anda Buldukları Serviste Çalışma Süresi</b>				
5 yıl ve ↓	74	63.0	6	13.3
6-15 yıl	22	18.5	28	62.2
16 yıl ve ↑	22	18.5	11	24.5
<b>Doktor/Hemşire Olarak Çalışma Süresi</b>				
5 yıl ve ↓	91	77.1	36	80.0
6-15 yıl	15	12.7	7	15.6
16 yıl ve ↑	12	10.2	2	4.4
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Tablo 1, araştırma kapsamına alınan doktor ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini göstermektedir. Araştırmaya katılan

doktorların %49.1'i 20–29, hemşirelerin %60'ı 30–39 yaş grubundadır. Katılımcıların cinsiyet durumlarına bakıldığında doktorların %55'i hemşirelerin %95.6'sının kadın olduğu belirlenmiştir. Doktorların %77.1'i hemşirelerin %80'i 5 yıl ve 5 yıldan daha az süreyle, doktorların %12.7'si hemşirelerin %15.6'sı 6–15 yıldır doktor/hemşire olarak görev aldıkları saptanmıştır. Doktorların %63'ü hemşirelerin %13.3'ü şu anda buldukları serviste 5 yıl ve daha az süredir görevlidirler. Tablolaştırılmamakla birlikte hemşirelerin eğitim düzeyinin %53.3'ünün ön lisans mezunu ve altı olduğu, %88.8'inin klinik hemşiresi olarak görev yaptığı belirlenmiş ve doktorların klinikteki görevlerine bakıldığında, %70.3'ünün klinik asistanı olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4. 2. Doktor ve Hemşirelerin Çalıştıkları Serviste Taburculuk Planlaması Sürecinin Uygulanma Durumu**

Uygulamalar	Doktor		Hemşire	
<b>Doktor ve hemşirelerin çalıştıkları serviste taburculuk planlamasının uygulanma Durumu</b>				
Evet	98	83.1	35	77.8
Gerekli görüldüğü durumlarda	12	10.1	0	0
Hayır	8	6.8	10	22.2
<b>Doktor ve hemşirelerin çalıştıkları serviste taburculuk planlamasına başlama zamanı</b>				
Hasta kliniğe kabul edildiği andan itibaren	30	27.2	11	31.4
Hastanın taburculuğuna karar verildiğinde	80	75.7	31	88.6
Hasta/hasta yakınları taburculuğa yönelik sorular sorduğunda	3	2.7	3	8.6
Hastanın taburcu olacağı gün	5	4.5	0	0
<b>Doktor ve hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde yer alma durumları</b>				
Etkin yer aldığını belirten	62	52.5	13	28.9
Kısmen yer aldığını belirten	43	36.4	22	48.9
Hiç yer almadığını belirten	13	11.1	10	22.2
<b>Doktor ve hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde aldıkları roller* (doktor n:105, hemşire n:35)</b>				
Veri toplama aşamasında bilgi toplama	45	42.9	13	37.1
Taburculuğa ilişkin aktivitelerin planlanması	48	45.7	14	40.0
Taburculuk eğitiminin verilmesi	25	23.8	17	48.6
Resmi taburculuk işlemlerinin gerçekleştirilmesi	41	39.1	14	40.0
Planlanan girişimlerin koordine edilmesi	26	24.8	7	20.0
Planın değerlendirilmesi	25	23.8	11	31.4
Tüm aşamalara katılım	19	18.1	3	8.6
<b>Taburculuk planlaması sürecinde yer almama nedenleri* (doktor n:13, hemşiren:10)</b>				
İş yoğunluğu, zamanın yetersiz olması	6	46.1	4	40.0
Hastaların kısa süreli yatışı	1	7.7	3	30.0
Nasıl bir sürecin izleneceğini bilmeme	5	38.4	3	30.0
Klinikte bu konuya önem verilmemesi	4	30.8	5	50.0
Ekip işbirliğinin olmaması	0	0	2	20.0
Taburculuk eğitiminin özel eğitilmiş kişiler tarafından verilmesi	2	15.3	7	70.0
Taburculuk eğitiminin özel eğitilmiş kişiler tarafından verilmesi	6	46.1	4	40.0

\* Katılımcılar birden fazla yanıt verdiği için % katlamalı olarak gitmiştir.

Tablo 4.2'de, doktor ve hemşirelerin çalıştıkları servisteki taburculuk planlaması sürecine ilişkin uygulamalar incelendiğinde, doktor ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (doktorların %83.1'i hemşirelerin %77.8'i) serviste taburculuk planlaması sürecinin uygulandığını belirtmişlerdir. Doktor ve hemşirelerin çok az bir kısmı (doktorların %27.2'si hemşirelerin %31.4') taburculuk planlamasına hasta servise kabul edildiği andan itibaren başlandığını ifade etmiştir. Tablo incelendiğinde; doktorların %87.9'u hemşirelerin %77.8'i taburculuk planlaması sürecinde yer aldığını belirtmişlerdir. Yapılan istatiksels değerlendirmede doktor ve hemşirelerin taburculuk sürecine katılma oranları arasında anlamlı bir fark görülmektedir. Doktorlar anlamlı derecede yüksek oranda sürece etkin bir şekilde katıldıklarını belirtmişlerdir ( $p=0.018$ ;  $X^2=7.971$ ). Taburculuk planlaması sürecinde yer alan doktorların (%87.9) yarısına yakın bir kısmı (%45.7'si) taburculuğa ilişkin aktivitelerin planlanması aşamasında rol alırken hemşirelerin (%77.8) %48.6'sı taburculuk eğitiminin verilmesi aşamasında rol aldıklarını belirtmişlerdir. Tablolaştırılmamakla birlikte doktor ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (doktorların %80.0'i hemşirelerin %60.0'ı) taburculuk sürecinde verileri hasta hastaneye yattığı ilk andan taburculuğa kadar topladıklarını ifade etmişlerdir. Taburculuk planlaması sürecinde yer almadığını belirten doktorların %46.1'i hemşirelerin %40.0'ı süreçte yer almama nedeni olarak iş yoğunluğu zamanın yetersiz olması, doktorların %38.4' hemşirelerin %30.0'u nasıl bir sürecin izleneceğini bilememe, doktorların %30.8'i hemşirelerin %50.0'si serviste bu konuya önem verilmemesi olarak belirtmişlerdir.

**Tablo 4. 3 Doktor Ve Hemşirelerin Taburculuk Planlaması Sürecine İlişkin Yaklaşımları**

Yaklaşımlar	Doktor		Hemşire	
<b>Taburculuk planlaması sürecine başlanması gereken zaman</b>				
Hastalık süreci düzelmeye başladıktan sonra	41	34.7	15	33.3
Kliniğe yattığı ilk andan itibaren	52	44.1	15	33.3
Taburculuğa son 3 gün kala	25	21.2	15	33.3
<b>Taburculuk planlaması sürecinde yer alması gereken kişiler</b>				
Servis hemşiresi, hastanın doktoru, serviste çalışan öğretim üyesi	30	25.4	17	37.8
Hasta ve doktoru	5	4.2	0	0
Doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı	9	7.7	0	0
Hasta ve hastaya bakım veren kişi, doktor	33	27.9	6	13.3
Doktor, hemşire, psikolog ve hasta	6	5.1	6	13.3
Tüm sağlık ekibi	32	27.2	12	26.7
Doktor, hemşire, servisten sorumlu öğretim üyesi	3	2.5	4	8.9
<b>Taburculuk planlaması sürecinin yararları *</b>				
Hasta memnuniyetini artırır.	83	70.3	32	71.1
Kuruma uzun vadede daha az maliyet sağlar.	59	50.0	19	42.2
Hasta bakımında kaliteyi artırır.	100	84.7	36	80.0
Hasta ile sağlık personeli arasında daha kaliteli bir iletişim sağlar.	83	25.5	30	66.7

\* Katılımcılar birden fazla yanıt verdiği için % katlamalı olarak gitmiştir.

Tablo 4.3' te, doktor ve hemşirelerin taburculuk planlamasına ilişkin yaklaşımları yer almaktadır. Taburculuk planlaması sürecine başlanması gereken zaman olarak; doktorların %44.1'i hemşirelerin %33.3'ü hasta servise yattığı ilk andan itibaren başlanması gerektiğini ifade

etmişlerdir. Taburculuk planlaması sürecinde yer alması gereken kişilere ilişkin olarak; doktorların %27.2'si hemşirelerin %26.7'si tüm sağlık ekibi şeklinde açıklama yapmışlardır. Tablolaştırmamakla birlikte, doktor ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (doktorların %92.4'ü hemşirelerin %93.3'ü) taburculuk planlaması sürecinin yararlı olduğunu belirtmişlerdir. Taburculuk planlaması sürecinin yararlarına ilişkin olarak; doktorların ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (doktorların %84.7'si hemşirelerin %80'i) hasta bakımında kaliteyi arttıracığını ifade etmiştir. Tablolaştırılmamakla birlikte, doktorların %6.8'i ve hemşirelerin %17.7'si taburculuk planlaması sürecini uygulamanın olumsuz yönü olduğunu ifade etmişlerdir. Olumsuz yönü olarak sırasıyla iş yükünü artırır, zaman kaybına yol açar, kuruma maliyeti çok olur şeklinde açıklama yapmışlardır.

**Tablo 4. 4 Doktor Ve Hemşirelerin Çalıştıkları Serviste Taburculuk Eğitiminin Verilme Durumu**

Serviste Taburculuk Eğitiminin Verilme Durumu	Doktor		Hemşire	
	n	%	n	%
<b>Taburculuk Eğitiminin Verilme Durumu</b>				
Eğitim veriliyor	67	56.8	35	77.8
Eğitim verilmiyor	51	43.2	10	22.2
<b>Taburculuk eğitimi veren sağlık çalışanları * (doktor n:67, hemşire n:35)</b>				
Hekim	47	70.1	27	77.1
Hemşire	24	35.8	19	54.2
Psikolog	2	3.0	7	5.7
Sosyal Hizmet Uzmanı	2	3.0	0	0
<b>Taburculuk eğitiminin verildiği yer (doktor n:67, hemşire n:35)</b>				
Serviste, özel görüşme odasında	23	34.3	8	22.9
Serviste herhangi bir yerde	44	65.7	27	77.1
<b>Taburculuk eğitiminde araç/yöntem kullanma durumu (doktor n:67, hemşire n:35)</b>				
Kullanılıyor	12	18.0	12	34.3
Kullanılmıyor	55	82.0	23	65.7
<b>Taburculuk Eğitimi Verirken Kullanılan Araçlar/Yöntemler (doktor n:12, hemşire n:12)</b>				
İlaç bilgi formu	2	16.7	6	50.0
Hastalığı tanıtıcı broşürler	10	83.3	4	33.3
Hastalığı tanıtıcı slayt gösterisi	0	0	2	16.7
<b>Toplam</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

\* Katılımcılar birden fazla yanıt verdiği için % katlamalı olarak gitmiştir.

Tablo 4.4'te doktor ve hemşirelerin çalıştıkları serviste taburculuk eğitimine yönelik uygulamalar yer almaktadır. Taburculuk eğitiminin verilme durumuna bakıldığında; doktorların %56.8'i hemşirelerin %77.8'i eğitimin verildiğini ifade etmişlerdir. Taburculuk eğitiminin verildiğini belirten doktorların(%56.8) %70.1'i hemşirelerin(%77.8) %77.1'i, taburculuk

eğitimini doktorların verdiğini belirtmişlerdir. Doktorların %65.7'si hemşirelerin %77.1'i taburculuk eğitiminin serviste herhangi bir yerde verildiğini belirtmişlerdir. Doktorların %18'i hemşirelerin %34.3'ü taburculuk eğitimi verirken serviste araç/yöntem kullanıldığını ifade etmişlerdir. Kullanılan araçlar/yöntemlere bakıldığında doktorların %83.3'ü hemşirelerin %33.3'ü hastalığı tanıtıcı broşürler kullanıldığını ifade etmişlerdir.



**Tablo 4. 5 Doktor Ve Hemşirelerin Taburculuk Eğitimi Verme Durumları ve Yaklaşımları**

Uygulamalar	Doktor		Hemşire	
	n	%	n	%
<b>Taburculuk Eğitimi Verme Durumları</b>				
Eğitim veren	47	39.8	18	40.0
Eğitim vermeyen	71	60.2	27	60.0
<b>Verilen taburculuk eğitiminin kapsadığı konular* (doktor n:47, hemşire n:18)</b>				
Hastalık hakkında genel bilgi	43	91.5	16	88.9
Hastalığın belirtileri ve bunlarla baş etme	41	87.2	15	83.3
Hastalığın nüks belirtileri ve bunları erken saptama	41	87.2	15	83.3
Hastanın günlük yaşam becerilerini kazandırma	35	74.5	17	94.4
İletişim becerilerini kazandırma, geliştirme ve sosyal ilişkileri arttırma	30	63.8	14	77.7
Sosyal destek gruplarına yönlendirme	33	70.2	13	72.2
Kriz durumu hakkında eğitim	40	85.1	13	72.2
Hasta yakınlarının gereksinimlerine yönelik eğitim ve destek verme	32	68.0	14	77.7
<b>Bilgilendirme esnasında dikkat ettikleri özellikler* doktor n:47, hemşire n:18)</b>				
Eğitim için uygun zaman olması ve sessiz bir ortam sağlamak	28	28.7	15	83.3
Fırsat buldukça eğitim vermek	13	11.0	4	22.2
Hastayı ve hasta yakınına birlikte ele almak	26	22.0	12	10.2
Hastanın hastaneye yatışından taburculuğuna kadar düzenli bir şekilde eğitim vermek	27	22.9	16	88.9
<b>Taburculuk eğitimi verirken kullandıkları araçlar/yöntemler</b>				
Klinik değerlendirme ölçekleri	3	18.8	2	15.4
Powerpoint sunular, destek grupları ile ilgili bilgilendirme	2	12.5	4	30.7
Hastalık hakkında broşür	11	68.8	7	53.9
<b>Taburculuk eğitimi vermesi gereken sağlık çalışanları*</b>				
Hekim	26	22.0	9	20.0
Hemşire	17	14.4	7	15.5
Psikolog	6	5.0	6	13.3
Sosyal Hizmet Uzmanı	10	8.5	1	2.2
Hepsi	59	50.0	28	62.2

\* Katılımcılar birden fazla yanıt verdiği için % katlamalı olarak gitmiştir.

Tablo 4.5'te doktor ve hemşirelerin taburculuk eğitimine ilişkin uygulamaları görülmektedir. Doktorların %39.8'i hemşirelerin %40'ı taburculuk eğitiminde yer aldığını belirtmişlerdir. Taburculuk eğitimi verdiğini belirten doktorların %91.5'u hemşirelerin %88.9'u verdikleri taburculuk eğitiminin hastalık hakkında genel bilgiyi, doktorların %87.2'si hemşirelerin %83.3' hastalık belirtileri ve bunlarla baş etme, doktorların %87.2'si hemşirelerin %83.3' hastalık nüks belirtileri ve bunları erken saptama ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. Bilgilendirme esnasında dikkat ettikleri özellikler incelendiğinde; doktorların %28.7'si hemşirelerin %83.3' eğitim için hasta ve sağlık personeli açısından uygun bir zamanda ve sessiz bir ortamda eğitim verme, doktorların %22.9'u hemşirelerin %88.9'u hastanın hastaneye yatışından taburculuğuna kadar planlı bir şekilde eğitim verme şeklinde ifade etmişlerdir. Tablolaştırılmamakla birlikte, doktor ve hemşirelerin çok az bir kısmı (doktorların 11.3' hemşirelerin %20'si) taburculuk eğitiminde araç/yöntem kullandığını belirtmiştir. Kullanılan araç/yöntemlere bakıldığında, doktor ve hemşirelerin yarısından fazlası (doktorların %68.8'i hemşirelerin %53.9'unun) eğitim verirken hastalık hakkında broşürü kullandıklarını belirtmişlerdir. Doktorların %50'si hemşirelerin %62.2'si taburculuk eğitiminde tüm sağlık personelinin yer alması gerektiğini belirtmiştir.

**Tablo 4. 6 Doktor Ve Hemşirelerin Buldukları Servisteki Çalışma Sürelerine Göre Taburculuk Planlamasını Uygulama Durumları**

Taburculuk planlaması sürecinde yer alma durumu		Buldukları klinikteki çalışma süreleri					
		5 Yıdan az		5-30 Yıl		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Yer alan	Doktor	80	89,9	25	86,2	105	89
	Hemşire	27	77,1	8	80	35	77,8
Yer almayan	Doktor	9	10,1	4	13,8	13	11
	Hemşire	8	22,9	2	20	10	22,2
Toplam	Doktor	89	100	29	100	118	100
	Hemşire	35	100	10	100	45	100
Fisher's Exact; p=0,732>0,05							

Tablo 4.6'da doktor ve hemşirelerin buldukları serviste çalışma sürelerine göre taburculuk planlaması sürecinde yer alma durumları görülmektedir. Tablo incelendiğinde; çalışma süresi 5 yıldan az olan doktorların %89.9'u hemşirelerin %86.2'si taburculuk sürecinde genel olarak etkin yer aldığını belirtirken, çalışma süresi 5–30 yıl arasında olan doktorların %86.2'si hemşirelerin %80'i etkin olarak yer aldığını ifade etmiştir. Doktor ve hemşirelerde buldukları klinikte çalışma süresi ile taburculuk sürecinde yer alma açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir (p=0.732).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, psikiyatri servisinde çalışan doktor ve hemşirelerin çalıştıkları serviste taburculuk planlaması süreci uygulamaları, doktor ve hemşirelerin bu süreçteki uygulama ve yaklaşımları, buldukları serviste çalışma sürelerine göre süreçte yer alma durumları tartışılmaktadır.

Araştırma bulgularına göre, doktor ve hemşirelerin çalıştıkları serviste taburculuk planlaması süreci uygulamalarına bakıldığında; doktor ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (doktorların %83.1'i hemşirelerin %77.8'i) serviste taburculuk planlaması sürecinin uygulandığını belirtmişlerdir. Taburculuk planlaması sürecine başlama zamanı olarak; doktor ve hemşirelerin çok az bir kısmı (doktorların %27.2'si hemşirelerin %31.4'ü) hasta servise kabul edildiği andan itibaren başladığını belirtmiştir (Tablo 4.2). Literatürde taburculuk planlaması sürecinin hastanın hastaneye yattığı andan itibaren başlanması gerektiği ve hastanın; güçlü/zayıf yönlerinin, toplumsal servislere ihtiyaçlarının ve bakımın devamında gereksinimlerinin belirlenmesi gerektiği belirtilmektedir<sup>11,20,36,90</sup>. Doktor ve hemşirelerin çalıştıkları servislerde taburculuk planlaması sürecinin yüksek oranda uygulandığını ifade etmelerine rağmen literatürde belirtilenin aksine taburculuk planlaması sürecine geç başlanması, planlı ve sistematik bir uygulamanın olmadığını düşündürmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda hastanelerde taburculuk hazırlıklarının hasta taburculuğundan birkaç gün önce veya aynı gün yapıldığı belirtilmiştir<sup>67,75,94</sup>. Bu konuda eksikliklerin olduğunu gösteren diğer çalışmalar ise şunlardır; Yıldırım'ın çalışmasında araştırmaya katılan hemşirelerin %27.3'ü hasta taburcu olacağı gün taburculuk planlama sürecine başladığını ifade etmiştir<sup>120</sup>. Lalani'nin çalışmasında da hemşirelerin çalıştıkları servislerde hemşirelerin %67'si, taburculuk planlama sürecinin hasta taburcu olacağı gün başladığını belirtmişlerdir<sup>78</sup>. Bizim çalışmamızda yapılan çalışmalar ile

paralellik göstermektedir. Taburculuk planlaması sürecine geç başlanmasının; hastaların evde bakım için iyi şekilde hazırlanamamasına ve taburculuk sonrası problemler yaşanmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Taburculuk planlaması sürecinde doktor ve hemşirelerin tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının tümünde etkin rol almaları önemlidir<sup>76</sup>. Çalışmamızda, doktor ve hemşirelerin büyük bir kısmı (doktorların %87.9'u hemşirelerin %77.8'i) taburculuk planlaması sürecinde yer aldığını belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede doktorların anlamlı derecede yüksek oranda sürece katıldıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir ( $p=0.018$ ;  $X^2=7.971$ ) (Bkz. Tablo 4.2). Lalani'nin çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer olarak hastaların çoğunun taburculuk planlama sürecinde doktorların aktif rol aldığını belirttikleri görülmektedir<sup>78</sup>. Çalışmamızda taburculuk planlaması sürecinde yer aldığını belirten doktorların yarısına yakın bir kısmı (%45.7'si) taburculuğa ilişkin aktivitelerin planlanması aşamasında rol alırken hemşirelerin %48.6'sı taburculuk eğitiminin verilmesi aşamasında rol aldıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.2). Doktor ve hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinin farklı aşamalarında ağırlıklı olarak rol almaları, süreçte rollerin paylaşılmış olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda doktorların yalnızca %18.1'i ve hemşirelerin %8.6'sı taburculuk planlaması sürecinin tüm aşamalarına katılıyorum dedikleri saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2). Oysa, taburculuk planlaması sürecinin başarılı olabilmesi için doktor ve hemşirelerin sürecin tüm aşamalarında rol almaları gerekli ve önemlidir<sup>120</sup>.

Çalışmamızda doktor ve hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde yer almama nedenleri incelendiğinde; doktorların %46.1'i

hemşirelerin %40.0'ı iş yoğunluğu zamanın yetersiz olması, doktorların %38.4'ü hemşirelerin %30.0'u nasıl bir sürecin izleneceğini bilememe, doktorların %30.8'i hemşirelerin %50.0'si serviste bu konuya önem verilmemesi olarak belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.2). Katılımcıların çalıştıkları serviste bu konuya yeterince önem verilmediğini ifade etmeleri, yöneticilerin taburculuk planlaması sürecine daha fazla önem vermeleri gerektiğini düşündürmektedir. Bu konuda hizmet içi eğitim programları düzenlenerek sağlık ekibinin taburculuk planlaması sürecine gereken önemi vermesi sağlanabilir. Lalani'nin çalışmasında da taburculuk planı sürecini uygulamama nedeni olarak hemşirelerin %93'ü iş yoğunluğunu belirtmiştir<sup>78</sup>. Yıldırım'ın çalışmasında taburculuk planlamasını engelleyen faktörler incelendiğinde; ilk üç sırada personel sayısının yetersiz olması ve iş yoğunluğu (%58.7), ekip işbirliğinin olmaması (%28.7), hasta sirkülasyonunun fazlalığı ve hastaların kısa süreli yatmaları (%21) yer almaktadır<sup>120</sup>. Literatürde de çalışmamıza paralel olarak taburculuk planlaması sürecini uygulamak için uygun zamanın ve uygun fiziksel ortamın bulunmaması, iş yükünün fazla olmasının taburculuk planlamasını uygulamaya engel faktörler olarak belirtilmektedir<sup>57,82,114,118</sup>. İş yoğunluğu ve zaman yetersizliği sorununun, uygun planlama ve zaman yönetiminin etkin şekilde kullanılmasıyla çözülebileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonucuna göre, taburculuk planlaması sürecinde yer aldığını belirten doktorların %80.0'i hemşirelerin %60.0'ı hastanın hastaneye yattığı ilk andan taburculuğuna kadar veri topladıklarını ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.2). Çalışmamızda doktor ve hemşirelerin verileri hastanın yatışından itibaren toplamaya başlamaları hastanın taburculuk sonrası döneme hazırlanması açısından önemli ve olumlu bir sonuçtur. Hasta eğitiminde öğrenme gereksiniminin belirlenip istenen davranış değişikliğinin gerçekleşmesi, öğretme öğrenme sürecini etkileyen her faktör hakkında gerekli bilgilerin sürekli ve sistematik bir şekilde toplanmasına

bağlıdır. Bu nedenle hasta eğitiminde veri toplama aşaması önemlidir<sup>17,28,36,73,90,104</sup>. Yıldırım'ın yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin yarısından fazlası verilerini hastanın kliniğe kabulü sırasında topladıklarını ifade etmişlerdir<sup>120</sup>. Coşkun ve Akbayrak'ın çalışmasında da hemşirelerin, hastaların kliniğe yattıkları ilk gün %54.2' sinden şikâyetleri konusunda bilgi aldığı belirtilmiştir<sup>27</sup>. Mevcut ruh hastalıklarının tedavisini toplum içinde sağlamak, ruh hastalıklarının insidansını azaltmak ve ruh hastalıklarına bağlı yıkımların hastayı sosyal yaşamdan uzaklaştırmasını önleyici programlar geliştirmek için hasta taburculuk planlamasına hasta hastaneye yattığı andan başlanılmalıdır<sup>13,15,28,73,75,91,104</sup>.

Araştırma bulgularına göre doktorların %56.8'i hemşirelerin %77.8'i çalıştıkları serviste taburculuk eğitiminin verildiğini ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.4). Literatürde de taburculuk planlaması süreci kapsamında çoğunlukla taburculuk planlaması sürecinde "eğitim verme" üzerinde durulmuştur<sup>5,14,71,104</sup>. Hasta eğitimi, hastalığın seyrini etkilemesi ve yaşam kalitesini yükseltmesi nedeniyle hasta açısından çok büyük önem arz etmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda sağlık personelinin hasta eğitimine ilişkin uygulamalarının düşük oranda olduğu belirtilmektedir. Hasta eğitimi ile ilgili yapılan çalışmalardan bazıları şunlardır: Avşar'ın "Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi" konulu çalışmasında sağlık ekibi üyelerinin hasta eğitimine hiç katılmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir(%79)<sup>9</sup>. Savanda ve Çam'ın çalışmasında da hastaların hemşirelik bakım uygulamalarından; hastalara kendi bakımlarını nasıl yapacaklarını öğretmeleri konusunda memnun olmadıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir<sup>103</sup>. Grimmer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık personelinin hastayı taburculuk sonrası bakımları hakkında eğitime oranının çok düşük olduğu belirtilmiştir<sup>48</sup>. Çavuş'un kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada ise hastaların büyük çoğunluğu (%96.4) hemşirelerden hastalıkları ile ilgili olarak evde karşılaşılabilecekleri problemler hakkında

bilgi almadıklarını belirtmiştir<sup>31</sup>. Akçin'in çalışmasında ise hemşirelerin hastaları eğitime oranı %93.2 olarak bulunmuştur<sup>1</sup>. Cerrahi kliniklerinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmalardan bazıları şunlardır; Aydoğan'ın çalışmasında hastaların yarısından fazlası (%54) taburculuk aşamasında bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir<sup>10</sup>. Yaman'ın çalışmasında da deney grubundaki hastalara verilen taburculuk eğitiminin, bu grupta yer alan hastaların bilgi ve öz-bakım düzeylerinin yüksek olmasında, kendi bakımlarını gerçekleştirebilmelerini sağlamasında ve ilaç tedavisine (coumadin) yönelik bilgi ve uyumlarının yüksek olmasında etkili olduğu saptanmıştır<sup>119</sup>. Karazeybek'in "Histerektomi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin saptanması" konulu çalışmasında hastaların histerektomi ameliyatı ve evde bakım konusunda bilgi eksiklerinin olduğu ve bu konuda verilen planlı eğitimin etkili olduğu görülmüştür<sup>71</sup>.

Araştırma sonuçlarına göre serviste taburculuk eğitiminin verildiğini belirten doktorların %70.1'i, hemşirelerin %77.1'i taburculuk eğitimini doktorların verdiklerini belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.4). Ruh sağlığı ekibinin ayrılmaz bir parçası olan psikiyatri hemşireleri hasta ve hasta yakınlarının eğitim gereksinimlerini değerlendirmede ve bu gereksinimlere yönelik girişimlerde bulunmada diğer ekip üyelerine oranla daha uygun bir konuma sahiptirler<sup>29</sup>. Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin eğitici rollerini fazla yerine getirmedikleri ve hastaların bilgilendirilmesinin genellikle doktor tarafından yapıldığı belirtilmektedir<sup>9,58,79,83</sup>. Coşkun ve Akbayrak'ın çalışmasında da hastaların taburcu olurken bilgilendirildiğini belirten hastaların %82'si doktor tarafından bilgilendirilirken %18'i hemşire tarafından bilgilendirildiğini ifade etmiştir<sup>27</sup>. Kinnersley ve ark. 2000 yılında yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin hastalıklar ve belirtileri hakkında doktorlardan daha uzun süre ve daha fazla bilgi verdikleri ve bu durumun hastaların memnuniyetini artırdığı saptanmıştır<sup>74</sup>. Cerrahi kliniklerinde



yapılan çalışmalarda da aynı durum söz konusudur. Bu çalışmalardan bazıları şunlardır; Özcan'ın 2008 yılındaki çalışmasında hastaların %12.5 hemşire, %87.5'unun ise doktordan bilgi aldığı saptanmıştır<sup>93</sup>. Nargiz de çalışmasında taburculuk aşamasında, hastaların çok az bir kısmının bilgilendirildiğini, aldıkları bilgi içeriğinin yeterli olmadığını ve bu bilginin çoğunlukla doktor tarafından verildiğini göstermektedir<sup>87</sup>. Benzer şekilde Ercan'ın çalışmasında evde bakımda ilaç kullanımına ve tıbbi izleme yönelik bilgi alan hastaların tamamının ve diğer konularda bilgi alan hastaların ise büyük çoğunluğunun bilgiyi yalnızca doktordan aldığı belirlenmiştir<sup>42</sup>. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, doktorların %50'si hemşirelerin %62.2'si taburculuk eğitiminde tüm sağlık personelinin yer alması gerektiğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.5). Oysa klinikte bulunan tüm ekip üyelerinin hasta eğitimine katılmasının eğitimi daha etkili kıldığı ve zaman kazandırdığı bilinmektedir<sup>9</sup>. Taburculuk eğitimi ile hastaların taburculuk sonrası döneme daha iyi hazırlanmaları için sağlık personelinin taburculuk eğitiminin önemiyle ilgili bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Yapılan birçok çalışmada da; hastaların ve hastaya bakım veren bireylerin taburculuk sonrasında da bilgi gereksinimlerinin devam ettiği ve verilen taburculuk eğitimi ile bu gereksinimlerin önemli derecede azaldığı saptanmıştır<sup>58,85,114,120</sup>.

Araştırmamızda, taburculuk eğitimi verdiğini belirten doktor ve hemşirelerin çoğunluğu verdikleri taburculuk eğitiminin; hastalık hakkında genel bilgi hastalık belirtileri ve bunlarla baş etme, hastalık nüks belirtileri ve bunları erken saptama ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. (Bkz. Tablo 4.6). Literatürde de ruhsal bozukluğu olan bireye yönelik; Hastanın hastalığı hakkında genel bilgi, hastalığın belirtileri ve bunlarla baş etme yöntemleri, ilaçlar ve tedaviler hakkında bilgi, hastalığın nüks belirtileri ve bunları erken saptama, hastaya günlük yaşam becerilerini kazandırma, hastaya iletişim

becerileri kazandırma, bunları geliştirme ve sosyal ilişkileri arttırma, hastayı ve yakınlarını yararlanabilecekleri sosyal destek gruplarına yönlendirme, hastaneden taburcu olduktan sonraki kontroller hakkında bilgi, hastalığın alevlendiği dönemi tanıma ve kriz durumunda neler yapabilecekleri hakkında eğitim vermenin gerektiği belirtilmektedir<sup>4,58,64,96,115,121</sup>.

Literatürde hasta ve ailesine yönelik öğretim planı gerçekleştirilirken; öğrenme hedeflerinin ve eğitim önceliklerinin belirlenmesi, uygun zamanlama, konunun organizasyonu ve içeriğin basitten karmaşığa düzenlenmesi, etkin katılımın sağlanması, hastanın yapılacak olan uygulamalarda gerekli beceriyi kazanıncaya kadar denetlenmesi, yeni bilgilerin var olanlara temellenmesi, uygun yöntem ve tekniklerin seçilmesi, kullanılacak kaynakların/materyallerin belirlenmesi gerektiği belirtilmektedir<sup>9,105,120</sup>. Çalışmamızda taburculuk eğitimi verirken nelere dikkat ediyorsunuz sorusuna doktorların %28.7'si, hemşirelerin %83.3'ü eğitim için hasta ve sağlık personeli açısından uygun bir zamanda ve sessiz bir ortamda eğitim vermeye dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Ancak taburculuk eğitimi verdiğini belirten doktorların %65.7'si hemşirelerin %77.1'i taburculuk eğitiminin serviste herhangi bir yerde verildiğini belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.5). Hasta eğitiminin, hasta ve sağlık personeli açısından uygun bir yerde verilmemesi, verilen eğitimin amacına uygun şekilde yapılmadığını düşündürmektedir. Serviste eğitim için özel odaların hazırlanması ve hastalıklara özgü broşürlerin hazırlanmasının, hasta eğitiminde etkili olabileceği düşünülmektedir. Hasta eğitimi yapılırken uygun ortamın yaratılması eğitimin etkinliği açısından önemlidir. Sessiz, dikkati dağıtmayan, hastanın kendisini güvende hissettiği ve hastanın kendisini ifade etmesine uygun koşulların sağlandığı, terapötik ortam özelliklerini destekleyecek bir ortamda eğitim verilmelidir<sup>2,70,105,120</sup>. Avşar'ın çalışmasında da benzer olarak klinik hemşirelerinin çoğunun hasta eğitimi için yer ve zaman belirlemedikleri saptanmıştır (%82.4)<sup>9</sup>.

Literatürde hasta ve onlara bakım veren kişilere toplumsal kaynakların gerekliliği, uygunluğu, erişilebilirlik ve zorlukları hakkında eğitim almaları gerektiği bildirilmiştir<sup>5,48,49,60,90,105,107</sup>. Hastaların sağlık sistemlerindeki değişikliğe bağlı olarak kendilerini işe yaramaz hissettikleri için sosyal konularda pasif olduklarını iddia ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca daha önceki sosyal bağlantıların koptuğunu ve sosyal gruplar, gönüllü aktiviteler veya arkadaş ziyaretlerinde de düşüş olduğu belirtilmiştir. Birçok araştırma sosyal bağlantıların önemini vurgulamaktadır<sup>49,51,122</sup>. Toowoomba'da yapılan bir çalışmada, şehirdeki çoğu hastanede yaşlı bireylerin çoğunun yetersiz sosyal destekle taburculuğunun gerçekleştirildiği ve bireylerin yüksek risk altında olduğu belirtilmiştir<sup>92</sup>. Bolch ve ark. yaptığı çalışmada yine hastaların toplumsal servislerden yararlanma oranını %27 gibi düşük bir oranda saptamışlardır. Hastalar toplumsal servislerden haberdar edildiğinde ve bu servisleri kullanabileceklerini öğrendiklerinde ise bu durum karşısında şaşırıldıklarını ifade etmişlerdir<sup>14</sup>. Anlar'ın çalışmasında belirttiğine göre; Mercer, Molinari, Kunik ve ark. 2002 yılında yapmış oldukları çalışma sonuçlarına göre tekrarlı yatışların nedenlerini, günlük iş görme düzeylerindeki yetersizlik, sosyal ilişkiler yönünden sıkıntı yaşamaları ve destek sistemlerinin zayıf olması gibi faktörlerden kaynaklandığını bildirmişlerdir<sup>4</sup>. Gümüş'ün "Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri" çalışmasında da şizofreni hastalarının ve yakınlarının iletişim ve sosyal ilişkiler boyutlarıyla ilgili konularda sağlık eğitimine daha çok gereksinim duydukları belirlenmiştir<sup>50</sup>. Çalışmamızda taburculuk eğitimi verdiğini belirten doktorların %70.2'si, hemşirelerin %72.2'si sosyal destek gruplarına yönlendirme yaptıklarını belirtmiştir (Bkz. Tablo 4.5). Özellikle ruhsal sağlığı bozulmuş bireylerde sosyal destek gruplarına katılımın, hastalığın prognozunu olumlu yönde etkilediği ve hastalık nedeniyle hasta ve ailesinin yaşadığı stresi azalttığı da göz önüne alınırsa doktor ve hemşirelerin bu konuya verdikleri önemin daha da artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda taburculuk eğitimi verdiğini belirten doktorların yalnızca %22'si, hemşirelerin %10.2'si hastayı ve hasta yakınını birlikte ele almaya dikkat ettiklerini belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.5). Oysa hasta yakınlarının taburculuk planlaması sürecine dahil edilmesiyle hastanın iyileşme sürecinden daha olumlu yanıt alınabileceği düşünülmektedir. Ruhsal bozukluk tedavisindeki amaçlardan biri de aileyle birlikte ortak çalışmak ve aileyi hastalık hakkında eğitmektir<sup>3,21,111</sup>. Yapılan araştırmalar, tedavi süreci boyunca hastayı ve aileyi sürece dâhil etmenin kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlayıp, iyileşme düzeyini etkilediği ve memnuniyet oranını arttırdığını da göstermektedir<sup>24,33,40,58,65,75,99,114</sup>. Ciddi ruhsal bozukluğa sahip bireylerin çoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır ve aile üyeleri ile etkileşim içindedir. Ruhsal hastalığın tedavisinde en iyi yardımcıları da aile üyeleridir. Kronik hastalıklarda hasta birey kadar aile üyelerinin de eğitime gereksinimi vardır. Hastalığı ve seyrini anlamak, hastalığın neden olduğu bireysel ve toplumsal sonuçları öğrenmek aile bireylerinin hastalarına karşı olan tavırlarında önemli değişimler sağlamaktadır. Özellikle yanlış tutumların değiştirilmesi ve aile bireylerinin olumlu davranışlarının pekiştirilmesi yönünde eğitim verilmesi, iletişim ve sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi hastaların iyileşme ve tedavi sürecine olumlu katkı sağlayacaktır<sup>15,21,58,107,111</sup>. Aile hastanın yaşadığı stresli duruma karşı bir tampon görevi görmektedir. Aile bireylerinin hasta üzerinde yük oluşturacak isteklerini engellemek ve aile içi sorunların hastaya yansıtılmasını önlemek hasta bireyin tedavisine katkı sağlayacaktır. Tedavi hizmetlerinde aileyi de sürecin içerisine katmak, umutsuzluk ve karamsarlığın giderilmesini sağlayacak, hasta bireylerin ve ailenin kronikleşen hastalıktan utanmasını, toplumdan kaçınmasını önleyecek, daha sosyal ve mutlu bir yaşam sürmelerine katkı sağlayacaktır<sup>12,28,30,62</sup>. Ancak yapılan çalışmalarda hasta ailelerinin sürece dahil edilmediği görülmektedir. Çavuş'un çalışmasında, hastaların %98.8'i aile üyesi/üyelerinin taburculuk için hazırlanmadıklarını belirtmiştir<sup>31</sup>. Yılmaz çalışmasında, hastaların evde bakımlarında rol oynayacak kişiye, hastanın

evde bakımına ilişkin bilgi verilmediğini belirtmiştir<sup>123</sup>. Michel ve ark. 2005 yılında yaptıkları çalışmada hasta yakınlarının %84'ü sağlık personelinin kendileriyle iletişime geçemediklerini ifade etmişlerdir<sup>85</sup>. Avşar'ın çalışmasında hasta ailesinin/yakınlarının genellikle eğitim kapsamına alınmadığı (%82.4) ve etkin katılımlarının desteklenmediği (%85.8) tespit edilmiştir<sup>9</sup>. Lalani'nin çalışmasında hastaların yalnızca %46.7'si hasta ailelerinin sürece dahil edildiğini belirtmiştir<sup>78</sup>. Moore psikiyatri hastalarıyla yaptığı çalışmada, taburculuğun plansız bir şekilde yapıldığını, toplumsal servislerin bu sürece dahil edilmediğini ve hastaya bakım veren kişi ve hasta yakınlarına taburculukla ilgili bilgilendirme yapılmadığını belirtmiştir<sup>86</sup>. Bilgin'in çalışmasında ise hasta yakınlarının %85.9'unun hastalıkla ilgili bilgi aldığı saptanmıştır<sup>12</sup>. Gürhan psikiyatrik hastaya sahip olan ailelerin yaşamlarındaki sosyal ihtiyaçların tam olarak belirlenip desteklendiği ve toplum ruh sağlığı konusunda bilinçlendirildiği takdirde ruh hastalıklarında nükslerde azalma ve bu bireylerin topluma yeniden kazandırılması, ruhsal sorunu olan birey ile yaşayan aile fertlerinin ruh sağlığını koruma gibi önemli sorunlara çözüm getirileceğini belirtmiştir<sup>52,53</sup>.

Literatürde hasta ve ailesine verilen yazılı bilgilendirme kitapçıklarının, hastaların hastanede yattıkları süre içinde ve taburcu olduklarında yaşadıkları belirsizlikleri ortadan kaldırmada önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Yazılı bilgilendirme kitapçığı ile birlikte hastaya eğitim içeriğinin anlatılması ve hastanın bireysel gereksinimleri üzerine odaklanması da eğitimin etkinliğini artırmaktadır. Hastaya yazılı bir eğitim materyali verilmesi aynı zamanda hastanın evinde sonradan kullanabileceği ve bakımını destekleyebileceği bir durum yaratmaktadır<sup>14,21,60,64,90</sup>. Çavuş'un çalışmasında hastaların hemen hepsi (%96.4) evde karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında yazılı bilgi verilmediğini belirtmiştir<sup>31</sup>. Fairhurst ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların yalnızca %28'inin yazılı bilgilendirme aldığı ve hastaların %38'inin ek bilgiye gereksinimi olduğu

saptanmıştır<sup>45</sup>. Çalışmamızda taburculuk eğitimi verdiğini belirten doktorların yalnızca %11.3'ü, hemşirelerin %20'si taburculuk eğitimi verirken araç/yöntem kullanıldığını ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.5). Sözel bilgilendirmelerin unutulabileceği göz önüne alınacak olursa verilen eğitimlerin etkin ve kalıcı olması için araç/yöntem kullanma oranlarını arttırmak gerekli ve önemlidir<sup>59</sup>. Çalışmamızda elde edilen bulgularda taburculuk eğitimi verirken araç/yöntem kullanıldığını ifade eden doktorların %68.8'inin, hemşirelerin %53.9'unun hastalık hakkında bilgi içeren broşürleri kullandıkları saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.6). Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitiminde yararlanılan yazılı materyallerin hasta memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir. Fagermon ve Hamilton çalışmalarında, hastaların çoğunun araştırma sırasında verilen kitapçığı okuduklarını ve evlerinde kendi bakımlarını gerçekleştirmelerinde çok faydalı olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir<sup>44</sup>.

Çalışmamızda doktor ve hemşirelerin büyük çoğunluğu (doktorların %92.4'ü hemşirelerin %93.3'ü) taburculuk planlaması süreci uygulamasının yararlı olduğunu belirtmiştir. Taburculuk planlamasının yararlarına ilişkin olarak; doktorların %84.7'si hemşirelerin %80'i hasta bakımında kaliteyi arttıracaklarını ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.3). Doktor ve hemşirelerin çoğunun taburculuk planlaması sürecinin uygulanmasının yararlı olduğunu düşünmesi, sürecin uygulanmasının gerekliliğini bildiklerini ve katılımlarının artırılabilirliğini düşündürmektedir. Cerrahi kliniklerde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmalardan bazıları şunlardır; Yıldırım'ın çalışmasında hemşirelerin %43.9'unun komplikasyonları en aza indireceğini, %15.9'unun hastayı psikolojik olarak rahatlatacağını, %11.6'sının hastanın yaşam kalitesini arttıracaklarını ifade ettiği belirtilmiştir<sup>120</sup>. Korkmaz'ın çalışmasında da taburculuk programı uygulanan akciğer kanserli hastalarının 6 haftalık periyotta yaşam kalitesi

ve semptom şiddeti düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede gelişmeler olduğu saptanmıştır<sup>76</sup>.

Çalışmamızda doktorların %6.8'i ve hemşirelerin %17.7'si taburculuk planlaması sürecini uygulamanın olumsuz yönü olduğunu ifade etmişlerdir. Olumsuz yönü olarak sırasıyla iş yükünü arttırır, zaman kaybına yol açar, kuruma maliyeti çok olur şeklinde açıklama yapmışlardır. (Bkz. Tablo 4.3). Doktor ve hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinin olumsuz yönü olarak iş yükünü arttırır şeklinde ifade vermesi, taburculuk planlaması süreci hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmektedir. Taburculuk planlamasının yeteri kadar yapılmadığını gösteren çalışmalarda da taburculuk planının geliştirilmesinde ve uygulanmasındaki güçlükler olarak; doktorların taburculuk planlamasında aktif yönetici olamamaları, taburculuk planlamasını uygulamak için uygun zamanın ve uygun fiziksel ortamın bulunmaması, iş yükünün fazla olması, ekip iletişiminin yetersiz olması, taburculuk planlaması süreci ile ilgili bilgi eksikliklerinin olması, taburculukların planlı bir şekilde yapılmaması olduğu belirtilmektedir<sup>5,82,114</sup>.

Doktor ve hemşirelerin doktor/hemşire olarak çalışma süresine göre istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, taburculuk planlaması sürecinde yer alma durumları açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir (Tablo 4.6). Anthony ve Hudson Barr'ın (1998) çalışmasında ise deneyimli hemşirelerin deneyimsiz hemşirelere oranla taburculuk planını yönetmede daha etkili olduklarını saptamışlardır<sup>5</sup>.

Yukarıda verilen tüm sonuçlar psikiyatri servislerinde çalışan doktor ve hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde uygulamalarının ve

yaklaşımlarının literatürde olması istenen ile uyumlu olmadığı görülmektedir. Bu bulgular, doktor ve hemşirelere taburculuk planlaması süreci konusunda eğitim verilmesinin gerekliliğini göstermesi, sürece engel olan faktörlerin giderilmesi ve sürecin uygulanabilmesi için gerekli kurumsal ve yasal düzenlemelerin yapılması bakımından önemlidir. Psikiyatri hastalarının, taburculuk sonrası yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi ve hasta taburculuk planlaması sürecinde bunların ele alınması, taburculuk sonrası bireylerin daha kaliteli ve doyumlu yaşayabilmeleri için taburculuk planlaması sürecinin uygulanması özellikle gereklidir.



## 6. SONUÇ

### 6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada, psikiyatri kliniklerinde çalışan doktor ve hemşirelerin taburculuk sürecindeki yaklaşımları incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan doktor (%83.1) ve hemşirelerin (%71.8) yarısından fazlası serviste taburculuk planlaması sürecinin uygulandığını ifade etmiştir. Doktor ve hemşirelerin çok az bir kısmı (doktorların %27.2'si hemşirelerin %31.4'ü) taburculuk planlamasına hasta servise kabul edildiği andan itibaren başladığını belirtmiştir. (Tablo 4.2). Doktorların %87.9'u hemşirelerin %77.8'i taburculuk planlaması sürecinde yer aldığını belirtirken doktorların hemşirelere oranla anlamlı derecede yüksek oranda, sürece etkin bir şekilde katıldıklarını ifade ettikleri görülmektedir ( $p=0.018$ ;  $X^2=7.971$ ) (Tablo 4.2). Hemşirelerin ise taburculuk planlaması sürecinin eğitim verme aşamasında diğer aşamalara göre daha yüksek oranda rol aldıkları görülmektedir ( $p=0.049$ ;  $X^2=3.876$ ) (Tablo 4.2). Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (doktorların %80.0'i hemşirelerin %60.0'ı) taburculuk planlaması sürecinde verileri hasta hastaneye yattığı ilk andan taburculuğa kadar topladıklarını belirtmişlerdir. Taburculuk sürecinde etkin bir şekilde yer almama nedeni olarak; doktorların %46.1'i hemşirelerin %40.0'ı iş yoğunluğu zamanının yetersiz olması cevabını vermişlerdir (Tablo 4.2).

Doktorların %44.1'i hemşirelerin %33.3'ü hasta servise yattığı ilk andan itibaren sürece başlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Doktor (%27.2) ve hemşirelerin (%26.7) çok az bir kısmı, tüm sağlık ekibinin

taburculuk planlaması sürecinde yer alması gerektiğini ifade etmiştir. Taburculuk planlaması sürecinin yararlarına ilişkin olarak; doktorların ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (doktorların %84.7'si hemşirelerin %80'i) hasta bakımında kaliteyi arttıracığını ifade etmiştir. Doktorların %6.8'i ve hemşirelerin %17.7'si taburculuk planlaması sürecini uygulamanın olumsuz yönü olduğunu ifade ettikleri, olumsuz yönü olarakta yarısına yakın bir kısmı iş yükünü artırır şeklinde açıklama yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3)

Doktor (%56.8) ve hemşirelerin (%77.8) yarısından fazlasının çalıştıkları serviste taburculuk eğitiminin verildiğini ifade ettikleri saptanmıştır. Taburculuk eğitiminin verildiğini belirten doktorların %70.1'i hemşirelerin %77.1'i, taburculuk eğitimini doktorların verdiğini belirtmişlerdir. Doktorların %65.7'si hemşirelerin %77.1'i taburculuk eğitiminin serviste herhangi bir yerde verildiğini ifade etmiştir. Serviste doktor ve hemşirelerin çok az bir kısmı (doktorların %18'i hemşirelerin %34.3'ü) taburculuk eğitimi verirken araç/yöntem kullanıldığını belirtmiştir. Kullanılan araçlar/yöntemlere bakıldığında doktor ve hemşirelerin en fazla (doktorların %83.3'ü hemşirelerin %33.3'ü) hastalığı tanıtıcı broşürler yanıtını verdikleri saptanmıştır (Tablo 4.4).

Doktorların %39.8'i hemşirelerin %40'ı taburculuk eğitiminde yer aldıklarını belirtmişlerdir. Eğitim verirken dikkat ettikleri özellikler incelendiğinde; doktorların %28.7'si hemşirelerin %83.3'ü eğitim için hasta ve sağlık personeli açısından uygun bir zamanda ve sessiz bir ortamda eğitim verme, doktorların %22.9'u hemşirelerin %88.9'u hastanın hastaneye yatışından taburculuğuna kadar planlı bir şekilde eğitim verme şeklinde yanıt vermişlerdir. Doktor ve hemşirelerin çok az bir kısmı (doktorların 11.3'ü hemşirelerin %20'si) taburculuk eğitiminde araç/yöntem kullandığını belirtmiştir. Kullandıkları araç/yöntemlere bakıldığında, doktor ve

hemşirelerin yarısından fazlası (doktorların %68.8'i hemşirelerin %53.9'unun) hastalık hakkında broşürü kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.5).

Örneklem grubunun tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, çalışma süresi, taburculuk planlaması ile ilgili eğitim alma durumu, hemşirelerin eğitim düzeyi, doktorların klinikteki görevleri) ile taburculuk planlaması sürecinde yer alma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

## **6.2. Öneriler**

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

**6.2.1.** Doktor ve hemşirelere yönelik taburculuk planlaması süreci ile ilgili mezuniyetten sonra eğitim programlarının düzenlenmesi,

**6.2.2.** Konu ile ilgili niteliksel çalışmalar yapılması,

**6.2.3.** Taburculuk planlamasının, hastalar üzerindeki etkisi ile ilgili çalışmalar yapılması önerilir.

## 7. ÖZET

### PSİKIYATRİ SERVİSİNDE ÇALIŞAN DOKTOR VE HEMŞİRELERİN HASTA TABURCULUĞUNA İLİŞKİN YAKLAŞIMLARININ BELİRLENMESİ

Tedavi sürecinde hastaya sistematik biçimde yardım edilmesi ve tedavi edici ortamın hastane dışında da sürdürülmesi için hastaların hastaneye kabul edildikleri andan itibaren planlı bir taburculuk planlaması süreci ile taburculuk sonrası döneme hazırlanmaları gerekmektedir. Doktor ve hemşirelerin bu süreçte etkin rol almaları önemlidir.

Bu araştırmada psikiyatri servisinde çalışan doktor ve hemşirelerin hasta taburculuğuna ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemini, Ankara ili belediye sınırlarında yer alan kamu hastanelerinin psikiyatri servislerinde çalışan 45 hemşire ve 118 doktor oluşturmuştur. Araştırma verileri, ilgili literatür taranarak, araştırmacı tarafından ve uzman görüşü alınarak hazırlanan soru formları ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans ve yüzdelik değerleri, Fisher's Exact Test ve Pearson ki-kare testleri kullanılmıştır.

Araştırma bulgularında, psikiyatri servislerinde çalışan doktorların %87.9'u ve hemşirelerin %77.8'i taburculuk planlaması sürecinde yer aldıkları belirlenmiştir. Doktorların %44.1'i hemşirelerin %33.3'ü hasta servise yattığı ilk andan itibaren sürece başlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Doktor ve hemşirelerin çok az bir kısmı, tüm sağlık ekibinin taburculuk planlaması sürecinde yer alması gerektiğini ifade

etmiştir. Taburculuk planlaması sürecinin yararlarına ilişkin olarak; doktorların ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (doktorların %84.7'si hemşirelerin %80'i) hasta bakımında kaliteyi arttıracığını ifade etmiştir. Doktorların %6.8'i ve hemşirelerin %17.7'si taburculuk planlaması sürecini uygulamanın olumsuz yönü olduğunu ifade ettikleri, olumsuz yönü olarak da yarısına yakın kısmı iş yükünü artırır şeklinde açıklama yaptıkları belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Psikiyatri, psikiyatride bakımın sürekliliği, psikiyatride taburculuk planlaması ve taburculuk eğitimi, psikiyatrist ve psikiyatri hemşirelerinin rolleri.

## **8. SUMMARY**

### **EVALUATION OF THE APPROACHES OF DOCTORS AND NURSES TOWARDS PATIENT DISCHARGE PLANNING IN PSYCHIATRY DEPARTMENTS**

Patients should be prepared for post-discharge period through an organized discharge planning process as of the date of admission to hospital so they could systematically be supported in medication process and the therapeutical environment maintains out of the hospital as well. It's important that doctors and nurses take effective part in this process.

This research was aimed to determine the approaches by doctors and nurses in psychiatry department toward patient discharge. 45 nurses and 118 doctors who work in psychiatry departments of public hospitals within Ankara provincial borders participated in this study. Survey data were collected through a questionnaire form by the investigator after reviewing related literature and also were presented for consideration by the expert consultation. Frequency and percentage values, Fisher's Exact Test and Pearson's Chi-Square Test were used to evaluate the data.

It was determined that %87.9 of doctors and %77.8 of nurses who work in psychiatry departments participate in discharge planning process. %44.1 of doctors and %33.3 of nurses stated that the process should start as of the day patient is hospitalized. A very minor group in

doctors and nurses stated that all the medical team should participate in discharge planning process. As to benefits gained from discharge planning process, a vast majority of doctors and nurses (%84.7 of doctors and %80 of nurses) declared that it would improve the quality of patient care. It was observed that %6.8 of doctors and %17.7 of nurses stated that performing a discharge planning process would have negative aspects, and almost half of these people declared the negative aspects would increase workload.

Suggestions were given in line with the results obtained from the study.

**Key Words:** Psychiatry, maintenance of care in psychiatry, patient discharge planning and discharge education in psychiatry, roles of psychiatrists and psychiatric nurses.

## 9. KAYNAKLAR

1. Akçin E. Yataklı tedavi kurumlarında hasta eğitimine yönelik hemşirelik etkinlikleri. Yüksek lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2000.
2. Aksaray G, Kaptanoğlu C, Oflu S. Koruyucu ruh sağlığı. Yeni Symposium 1999; 37 (3): 55-59.
3. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı 1998; 71-78.
4. Anlar L. Psikiyatri hastalarının taburculuk sonrası ruhsal durumları, işlev görme düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Yüksek lisans. Sivas: Cumhuriyet üniversitesi; 2002.
5. Anthony M.K, Hudson-Barr D. Successful patient discharge: A comprehensive model of facilitators and barriers. Journal of Nursing Administration 1998; 28(3):48–55.
6. Arıkan Ç. Psikiyatrik tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanı. <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/pskshusureci.doc>. Erişim tarihi: 16.08.2009
7. Aştı N. Psikiyatri kliniklerinde taburcu olmaya hazır hasta ve hasta ailelerinin gereksinimlerinin araştırılması. XXXI. Ulusal Psikiyatri Kongresi 1995; 19-20.



8. Avcı A, Bayraktar N. Şizofren hasta ailelerinin aile yükünün belirlenmesi. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi. Efes-Kuşadası: 2004. Sayfa: 771–772.
9. Avşar G. Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi. Yüksek lisans. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2006.
10. Aydoğın N. Lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri. Yüksek lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2005.
11. Backer E.T, Howard A. E, Moran G. E. The Role of Effective Discharge Planning in Preventing Homelessness. J Primary Prevent 2007; 28:229–243.
12. Bilgin B. Ruh sağlığı bozuk olan bireylere sahip ailelerin ruhsal hasta ve hastalığa ilişkin görüşleri. Yüksek lisans. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2007.
13. Birmingham J. Discharge planning: The old/new wave. Inside Case Management 2003; 10(5): 1–5.
14. Bolch D, Johnston A. J, Giles C.L, Whitehead C, Phillips P, Crotty M. Hospital to home: An integrated approach to discharge planning in a rural South Australian town. Aust. J. Rural Health. 2005; 13; 91–96.
15. Bowles K. Patient problems and nurse interventions during acute care and discharge planning. Transitional Care 2000; 14(3): 29–41.

- 16.**Bozkurt A, editör. Klinik Psikiyatri El Kitabı. 4. Baskı. New York: Lippincott Williams &Wilkins; 2009.
- 17.**Burmahl B. Improved discharge planning results in bottom-line savings. Hospitals & Health Networks 2008; 82 (8): 7.
- 18.**Buzlu S, Pektekin Ç. Psikiyatrik hastalara evde bakım. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı 1998; 153-158.
- 19.**Challenging hospital discharge decisions. California Advocates for Nursing Home Reform. 2007. San Francisco. [www.canhr.org](http://www.canhr.org). Erişim tarihi: 05.04.2008.
- 20.**Changa C, Chengb B, Sub J. Using case-based reasoning to establish a continuing care information system of discharge planning. Expert Systems with Applications 2004; 26(4):601–613.
- 21.**Chapman L. Discharge planning: A family affair. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 2007; 37(5): 56hn12–56hn14.
- 22.**Charlesworth G, McKenzie P. Unit discharge planning model. Clinical Nurse Specialist 1996; 10 (2): 102-105.
- 23.**Chenoweth L, Luck K. Emergency department case management the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions. Outcomes Management 2003; 7(2): 68–73.
- 24.**Chenoweth L, Luck K. Quality improvement in discharge planning through action research. Outcomes Manegement 2003; 7(2): 1-5.

25. Collier E.J, Harrington C. Discharge planning, nursing home placement, and the Internet. *Nurs Outlook* 2005; 53 : 95-103.
26. Coşkun B. Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili varolan kaynaklar, bu konudaki güçlükler ve çözüm yolları. *Toplum Hekim* 1987; 44: 11-15.
27. Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001; 5 (2): 63–68.
28. Crawford M.J, Jonge E, Freeman G.K, Weaver T. Providing continuity of care for people with severe mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 265–272.
29. Çam O, Gürkan A. Şizofreni hastalarının evde bakımının incelenmesi. *I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı* 1998; 201-206.
30. Çam O. Ruh sağlığı ve hastalıkları alanında eğitim hizmetleri. 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi program ve bildiri özetleri kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği 2004. Sayfa: 205–207.
31. Çavuş D. Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi. Yüksek lisans. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2008.
32. Dai Y.T, Chang Y. Effectiveness of a Pilot Project of Discharge Planning in Taiwan *Research in Nursing & Health* 2003; 26: 53-63.
33. David B.P, Belinda E S, Alan W, Peter K, Martin P, Joseph H, Randall H, Annette M, Elizabeth W. Effects of a multidisciplinary,

post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: A randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care* 2005;17 (1): 43–51.

34. Department for communities and local government. Hospital admission and discharge: People who are homeless or living in temporary or insecure accommodation. Department of Health 2006; 1–8.
35. Discharge care plan. 2007. <http://www.rncentral.com/nursing-library/careplans/dc>. Erişim Tarihi: 18.12.2009.
36. Discharge from the Hospital. 2005. <http://www.answers.com/topic/discharge-from-the-hospital?cat=health>. Erişim Tarihi: 15.10.2008.
37. Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. XI. Anadolu Psikiyatri Günleri Tam Metin Kitabı 2008; 39-60.
38. Doğan O. Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(1):41-46.
39. Doğan O, Coşkun B, Pamukçu Ş, Düzel N. Bir ayaktan psikiyatri tedavi kurumunda süregen hastaların ayaktan izlenmesi ve hastaneye yatışların azaltılması. XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi (Bilimsel Çalışmaları) 1986; 435-438.

40. Effective Discharge Begins at Admission for Hospital Case Management. 2008. <http://www.statcom.com/healthcare-software-solutions/discharge-planning.aspx>. Erişim Tarihi; 05.04.2008.
41. Ekinci M. Psikiyatri hemşirelerinin hastalara etkinlikleri ve adaptasyonları ile ilgili karşılaştırmalı bir çalışma. Doktora. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 1995.
42. Ercan E. Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri. Yüksek lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2006.
43. Eryıldız D. Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi'ne devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. Uzmanlık. İstanbul: T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.
44. Fagermoen M.S, Hamilton G. Patient information at discharge-A study of combined approach. Patient Education and Counselling 2006; 63: 169–176.
45. Fairhurst K, Blair M, Cutting J, Featherstone M, Hayes B, Howarth M, Rose D, Stanley I. The quality of hospital discharge: A survey of discharge arrangements for the over-65s. In: *Journal of Hospital & Community Health*. 1996; 8 (2): 167–174.
46. Fortinash M.K, Holoday-Worret P.A. Psychiatric Mental Health Nursing, Mosby Year Book. St Louis: Missouri 1996; 695-709.

47. Gingerich B.S. Discharge planning for home health care a multidisiplinary approach. Maryland: Apsen 1994; 1–11.
48. Grimmer K, Moss J. The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. International Journal for Quality Health Care 2001; 13(2): 109–116.
49. Grimmer K, Moss J, Falco J. Experiences of elderly patient regarding independent community living after discharge from hospital: A longitudinal study. International Journal for Quality in Health Care 2004; 16(6): 465–472.
50. Gümüş A.B. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:33-42.
51. Gürhan N. Kronik mental hastalar ve sosyal izolasyon. XXXV: Ulusal Psikiyatri Kongresi Ve Uluslararası Kros- Kültürel Psikiyatri Uydu Sempozyumu Özet Kitabı 1999; 79.
52. Gürhan N. Psikiyatri hastalarına sahip olan ailelerin sosyal ihtiyaçlara destek. Hemşirelik Bülteni 1991; 5: 67–70.
53. Gürhan N. Şizofren hastalarının sosyal destek, hastalık ve stresle baş etmelerinin değerlendirilmesi. Doktora. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1995.
54. Gürhan N. Taburculuk kararı alınan psikiyatri hastalarının hemşirelik yönünden değerlendirilmesi. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi 1998.

- 55.**Gürhan N. Taburculuğun planlanması ve hemşirenin sorumlulukları. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi 1998.
- 56.**Hansen D, Matt-Hensrud N, Holland D. & Severson M A. Development of a discharge planning mentorship program. Journal for Nurses in Staff Development 2000: 16(1);11–16.
- 57.**Hansen H, Bull M, Gross C. Interdisciplinary collaboration and discharge planning communication for elders. The Journal of Nursing Administration 1998; 28 (9): 37–46.
- 58.**Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team. Discharge from hospital: pathway, process and practice. Department of Health 2003; 28(3):64–84.
- 59.**Holland D.E, Harris M.R, Leibson C.L, Pankratz V.S, Krichbaum K.E. Development and validation of a screen for specialized discharge planning services. Nurs Res 2006; 55(1):62–71.
- 60.**Hospital discharge arrangements. FS37/07/10/01. <http://www.ageconcern.org.uk/AgeConcern/Documents/FS37HospitaldischargeOct07.pdf>. Erişim Tarihi; 13.05.2009.
- 61.** Hospital discharge planning. 2007. [http://www.alz.org/national/documents/carefinder\\_topicsheet\\_hospitaldischarge.pdf](http://www.alz.org/national/documents/carefinder_topicsheet_hospitaldischarge.pdf). Erişim tarihi: 23.01.2008.
- 62.**Hospital discharge planning. 2009. [http://www.cbcmi.org/publications/hospdsch\\_fs.htm](http://www.cbcmi.org/publications/hospdsch_fs.htm). Erişim Tarihi: 13.05.2009.

- 63.** Hospital discharge planning. 2009.  
[http://www.kvhealth.net/X\\_Sub\\_Pages/Discharge.html](http://www.kvhealth.net/X_Sub_Pages/Discharge.html). Erişim Tarihi: 13.05.2009.
- 64.** Hospital discharge procedure. 2000–2003.  
<http://www.caredirections.co.uk/hosp/hosp.htm> Erişim Tarihi: 13.05.2009.
- 65.** Houghton A, Bowling A, Clarke K D, Hopkins P A, Jones I. Does a dedicated discharge coordinator improve the quality of hospital discharge. *Quality in Health Care* 1996;5: 89–96.
- 66.** Hyde C.J, Robert I E, Sinclair A J. The effect of hospital discharge from hospital to home in older people. *Age and ageing* 2000; 29: 271–279.
- 67.** Jette U D, Grover L, Keck P.C. A qualitative study of clinical decision making in recommending discharge placement from the acute care setting. *Physical Therapy* 2003; 83 (3): 224–236.
- 68.** Kamışlı S, Daştan L. Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik hasta görüşleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(1): 45–52.
- 69.** Kalyoncu A, Mırsal H, Pektaş Ö, Şatır T, Serez M, Beyazyürek M. Yatarak tedavi gören alkol bağımlıları için örnek bir tedavi programı. *Bağımlılık Dergisi* 2000; 1(1): 27-31.
- 70.** Karatatar H. Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi toplum ruh sağlığı merkezi çalışmaları: Bir ön bildirim. III. Ulusal



Psikiyatri Hemşireliği Kongresi(Uluslararası katılımlı). Akçakoca: 2009.Sayfa: 249.

- 71.Karazeybek E.A, Özbayır T. Histerektomi ameliyatı olan hastalara verilen eğitimin etkinliğinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21 (2) : 1–11.
- 72.Karini R, Raible M. Are discharge summaries teachable? The effects of a discharge summary curriculum on the quality of discharge summaries in an internal medicine residency program. Association of American Medical Colleges 2006; 81(10):55–58.
- 73.Kennedy J.M. Discharge Planning and Health Care Cost Containment. Benefits Quarterly; First Quarter 1988; 4(1): 75.
- 74.Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting “same day” consultations in primary care. BMJ 2000; 320(7241):1043–8.
- 75.Kleinpell R.M. Randomized trial of an intensive care unit–based early discharge planning intervention for critically ill elderly patients. American Journal of Critical Care 2004;13: 335–345.
- 76.Korkmaz M. Akciğer kanseri olan hastalara uygulanan taburculuk planlamasının semptom kontrolü ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Doktora. İzmir: Ege Üniversitesi; 2007.
- 77.Köksal N. Psikiyatri kliniğine ilk kez yatan hastaların hastaneden çıktıktan sonra ilk kontrollerindeki ve altı ay sonraki sosyal

durumlarının incelenmesi. Bilim Uzmanlığı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1988.

- 78.** Lalani N.S, Gulzar A.Z. 'Nurses role in patients' discharge planning at the Aga Khan University Hospital, Pakistan. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 2001; 17(6): 314–319.
- 79.** Lees L. Estimating patient discharge dates. Nursing management 2008; 15 (3):30–35.
- 80.** Levine C.A family caregiver's guide to hospital discharge planning. 1998. [www.caregiving.org](http://www.caregiving.org). Erişim tarihi: 05.04.2008.
- 81.** Lile L.J, Borgeson L. Discharge planning. Implications for staff development educators. J Nurs Staff Dev. 1998; 14(1):47–51.
- 82.** Maramba P, Richards S, Myers A, Larrabee J A Video On Discharge Planning. School of Nursing, West Virginia University 2004; 19(2): April/May/June: 123–129.
- 83.** McGinley S, Baus E, Gyza K, Johnson K. Multidisciplinary discharge planning. Nursing Management 1996; 27(10): 55–60.
- 84.** McInnes E, Mira M, Atkin N, Kennedy P, Cullen J. Can GP input into discharge planning result better outcomes for frail aged: Results from a randomized controlled trial. Family Practise 1999; 16: 289–294.
- 85.** Michel P, Helene T, Helene P, Geneviève P, Julie D, Nicole P. The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: The

perspective of patients and their relatives. *Psychiatric Quarterly* 2005;76(4):297–315.

- 86.** Missio H. Does discharge planning prevent readmission to inpatient psychiatric units. *Discharge planning in inpatient mental health units* 2002; 1-7.
- 87.** Nargiz S. *Perkutan nefrolitotomi sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri*. Yüksek lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2005.
- 88.** Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M, Pauly M. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 1994; 120 (12): 999–1006.
- 89.** Nelson A.E, Maruish E.M, Axler J.L. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric Services* 2000; 51 (7):885–889.
- 90.** New York Lawyers for the Public Interest. *Discharge planning for children who are hospitalized for mental health treatment in New York state*. New York: Skadden Fellowship Foundation; 2004.
- 91.** Nsameluh K, Holland D, Gaspar P. Patient functional status changes during hospitalization: Impact on early discharge planning. *Clinical Nurse Specialist* 2007; 21(4): 214–219.
- 92.** Nurses assist hospital discharge and avoid readmission. *Australian Nursing Journal* 2003; 11 (5): 34.

- 93.** Özcan H. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Yüksek lisans. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.
- 94.** Peters P, Fleuren M, Wijlek D. The quality of discharge planning process: The effect of a liaison nurse. *International Journal of Quality in Health Care* 1997; 9 (4): 283–287.
- 95.** Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, Palleschi M, Burns J, Bednarski D, Garretson B, Doughty D. Discharge information needs of patients after surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2006; 33 (3): 281–290.
- 96.** Postoperative education that works. *AORN Journal* 1998; 67: 5-23.
- 97.** Principles for delegations.m  
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/workplace/PrinciplesofDelegation.aspx>. Erişim Tarihi: 11.11.2009.
- 98.** Puschner B, Steffen S, Gaebel W, Freyberger H, Klein H.E, Steinert T, Muche R, Becker T. Needs-oriented discharge planning and monitoring for high utilisers of psychiatric services (NODPAM): Design and methods. *BMC Health Services Research* 2008, 8:152.
- 99.** Reid D. What to consider when developing a safe discharge plan. *American Journal of Nursing* 1998; 98(8): 16BBBB-16DDDD.
- 100.** Researchers design re-engineered hospital discharge program to reduce rehospitalization. [www.physorg.com/news152818537.html](http://www.physorg.com/news152818537.html). 2009. Erişim tarihi: 08.11.2009.

- 101.** Sabuncuoğulları S. Ruhsal sorunu olan bireyin eğitimi; Psikoeğitimsel yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 10(1): 60-69.
- 102.** Sartorius N, çev: Üstün B.T. 21. yüzyılda ruh sağlığı polütüka ve programları. Toplum Hekim 1987; 44: 31-35.
- 103.** Savanda Ö, Çam O. Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnun olma durumlarının incelenmesi. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri 2000. Sayfa: 650–661.
- 104.** Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004.
- 105.** Smith L. Documenting discharge planning. Nursing: Fulltext 2006; 36 (5): 18.
- 106.** Stewart R, Bartlett P, Harwood HR. Mental capacity assessments and discharge decisions. Age Ageing 2005; 34: 549–50.
- 107.** Swidler N R, Seastrum T, Shelton W. Difficult hospital inpatient discharge decisions: Ethical, legal and clinical practice issues. The American Journal of Bioethics 2000: 77(3); 23–28.
- 108.** Şirin B. Bir sağlık ocağına başvuran ruh sağlığı bozulmuş hastaların yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik durumunun değerlendirilmesi. Yüksek lisans. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2008.
- 109.** Tel H. 21. yüzyıl psikiyatri hemşireliği; Paced modeli. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4 (1): 55–60.

- 110.** Terakye G, Göğüş A.K, Sungur M.Z, Şaman C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinden taburcu olan psikotik hastalara yapılan ev ziyareti ekip çalışması. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi 1988; 11-13.
- 111.** Thompson S. From hospital to home: A teaching and learning strategy. *Community Health Strategy* 1997; 22(4): 11–14.
- 112.** Tosun N. Sağlık ekibinin karar verme sürecinde hemşirenin rolü. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/kitaplar/102.pdf>  
Erişim tarihi: 21.08.2009.
- 113.** Turgay N.M. Psikiyatri hastasının iyileşme ve sosyal uyumunda psikiyatri hemşiresinin eğitsel rolünün araştırılması. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1988.
- 114.** Tuzman L, Cohen A. Clinical decision making for discharge planning in a changing psychiatric environment. *Health&Social Work* 1992; 17(4): 299-307.
- 115.** Ünal S, Çakıl G, Elyas Z. Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7:69-75.
- 116.** Üstün B, Yurt V, Özdağ Ş, Öz F. Psikiyatri kliniklerinde hastası olan ailelerin taburculuk sonrası karşılaşılabilecekleri durumlara yaklaşımlarının incelenmesi. XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi 1990; 3: 497-502.
- 117.** Videbeck SL. *Psychiatric Mental Health Nursing*. 3. Baskı. Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

- 118.** Watts R, Gardner G, Pierson J. Factors that enhance or impede critical care nurses discharge planning practices. *Intensive and Critical Care Nursing* 2005; 21 (5): 302–313.
- 119.** Yaman Y. Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi. Yüksek lisans. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2008.
- 120.** Yıldırım M. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. Yüksek lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2007.
- 121.** Yıldız M. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminde içerik ve etkinlikler. *Klinik Psikiyatri* 2001; 4:119-123.
- 122.** Yıldız M. Psikiyatrik rehabilitasyon. *Bireyden Topluma Ruh Sağlığı* 2004; 151–164.
- 123.** Yılmaz M.C. Miyokard enfarktüsü tanısı konan hastaların taburculuk planlaması ve evde bakım gereksinimleri yönünden incelenmesi. *Bilim Uzmanlığı*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2001.
- 124.** Yiğitoğlu G. Psikiyatri hemşireliği. 2008. <http://psikiyatrihemsireligi.com/> Erişim tarihi: 18.12.2009.

## 10. EKLER

### 10.1.EK- 1 Soru Formu

#### SAYIN KATILIMCI;

Bu çalışma psikiyatri servisinde çalışan doktorların hasta taburculuğuna ilişkin yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. **Taburculuk planlaması** “evde bakımın sürdürülmesi için hastayı ve hasta yakınlarını hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç” olarak tanımlanmıştır.

Elde edilen veriler klinik çalışmalarımıza ve eğitimimize büyük yararlar sağlayacağından sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Araştırmacı: Songül DURAN

Gazi Üniversitesi Psikiyatri  
Hemşireliği  
Yüksek Lisans Öğrencisi

#### PSIKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN DOKTORLARIN HASTA TABURCULUĞUNA İLİŞKİN YAKLAŞIMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK ANKET FORMU

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
  - a. Kadın
  - b. Erkek
3. Şu anda çalışmakta olduğunuz klinikteki statünüz nedir?
  - a. Klinik asistanı
  - b. Klinik başasistanı
  - c. Uzman doktor
  - d. Öğretim üyesi
4. Kaç yıldır doktor olarak çalışıyorsunuz? ..... yıl ..... ay
5. Kaç yıldır bu klinikte çalışmaktasınız? ..... yıl ..... ay
6. Kliniğinizde hasta taburculuk planlaması yapılıyor mu?
  - a. Evet (8. soruya geçiniz)
  - b. Gerekli görüldüğü durumlarda
  - c. Hayır (8. soruya geçiniz)



7. Kliniğinizde hasta taburculuk planlamasına hangi durumlarda gerek duyuluyor?  
.....
8. Sizce hasta taburculuk planlaması gerekli midir? Cevabınız evet ise nedenini kısaca belirtiniz?  
a. Evet.....  
b. Hayır
9. Çalıştığınız klinikte taburculuk planlamasının kayıtları tutuluyor mu?  
a. Evet b. Hayır(11. soruya geçiniz)
10. Kayıtlar kim tarafından, nasıl tutuluyor?  
.....
11. Sizce taburculuk planlamasının kayıtları tutulmalı mıdır?  
a. Evet b.  
Hayır
12. Sizce taburculuk sürecinin uygulanması yararlı mıdır?  
a. Evet b. Hayır (14. soruya geçiniz)
13. Cevabınız evet ise yararları neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).  
a. Hasta memnuniyetini artırır  
b. Kuruma uzun vadede daha az maliyet sağlar  
c. Hasta bakımında kaliteyi artırır.  
d. Hasta ile sağlık personeli arasında daha kaliteli bir iletişim sağlar  
e. Diğerleri
14. Sizce hasta taburculuk planlaması sürecini uygulamanın olumsuz yönü var mıdır?  
a. Evet b. Hayır (16. soruya geçiniz)
15. Cevabınız evet ise olumsuz yönleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)  
a. İş yükünü artırır.  
b. Kuruma maliyeti pahalı olduğu için ek yüke neden olur.  
c. Hastayla ve hastaya bakım veren kişilerle sürekli iletişim kurmak bunun sonucunda da daha fazla zaman harcamaya neden olur.  
d. Diğerleri
16. Çalıştığınız klinikte hasta taburculuk planlaması sürecine ne zaman başlanıyor?  
a. Hasta kliniğe kabul edildiği andan itibaren

- b. Hastanın taburcu edilmesi için istem verilmesi kararlaştırıldığı andan itibaren
- c. Hasta ya da hasta yakınları taburculuğa yönelik sorular sormaya başladığı andan itibaren
- d. Diğerleri

17. Sizce taburculuk planlaması sürecine ne zaman başlanmalıdır?

18. Sizce bu sürece kimler dahil edilmelidir?

19. Taburculuk planlaması sürecinde etkin bir şekilde yer aldığınızı düşünüyor musunuz?

- a. Evet, etkin bir şekilde yer alıyorum. (21. soruya geçiniz)
- b. Kısmen yer alıyorum.( 21. soruya geçiniz)
- c. Hiç yer almıyorum.

20. Sizce taburculuk planlaması sürecinde etkin bir şekilde yer almamanızın nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- a. İş yoğunluğu, zaman yetersizliğinden dolayı
- b. Hastaların hastaneye kısa süreli yatışı onlara taburculuk eğitimi vermemizi engellediği için.
- c. Bu konuyla ilgili nasıl bir sürecin izleneceğini bilmediğim için.
- d. Çalıştığım klinikte bu konuya yeterince önem verilmediği için.
- e. Çalıştığım klinikte hasta taburculuk eğitimi özel eğitimli kişiler tarafından verildiği için.
- f. Diğerleri

21. Taburculuk planlaması sürecinin hangi aşamasında görev alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Veri toplama aşamasında; hasta, hastanın sağlık durumu, hastanın bulunduğu çevre ve mali/destek hizmetlerle ilgili bilgiler toplarım.
- b. Taburculuğa ilişkin aktivitelerin planlanması aşamasında görev alıyorum.
- c. Taburculuk planlaması sürecinin uygulama aşamasında planlanan taburculuk eğitiminin verilmesinde görev alıyorum.
- d. Taburculuk planlaması sürecinin uygulama aşamasında resmi taburculuk işlemlerinin gerçekleştirilmesinde görev alıyorum.
- e. Taburculuk planlaması sürecinin uygulama aşamasında planlanan girişimlerin koordine edilmesinde görev alıyorum.
- f. Hazırlanan planın, hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesi aşamasında görev alıyorum.
- g. Yukarıda belirtilen tüm aşamalarda görev alıyorum.

22. Hastalarınız ile ilgili taburculuk için gerekli bilgileri ne zaman topluyorsunuz?
- Hasta hastaneye yattığı ilk andan itibaren bilgi toplamaya başlıyorum.
  - Hasta taburcu olmadan önce onun hakkında sorular sorarak bilgi topluyorum.
  - Diğer
23. Kliniğinizde taburculuk planlaması sürecinin uygulama aşamasında taburculuk eğitimi veriliyor mu?
- Evet
  - Hayır(30. soruya geçiniz)
24. Taburculuk eğitimi kim/kimler veriyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hekim
  - Hemşire
  - Psikolog
  - Sosyal Hizmet Uzmanı
  - Hepsi
25. Taburculuk eğitimi nerede veriliyor?
- .....
26. Size göre, taburculuk eğitimi kim/kimler vermelidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hekim
  - Hemşire
  - Psikolog
  - Sosyal Hizmet Uzmanı
  - Hepsi
27. Taburculuk eğitiminde etkin bir şekilde yer alıyor musunuz?
- Evet
  - Hayır(30. soruya geçiniz)
28. Verdiğiniz bu eğitimde hangi konuları ele alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hastanın hastalığı hakkında genel bilgi
  - Hastalığın belirtileri ve bunlarla baş etme
  - Hastalığın nüks belirtileri ve bunları erken saptama
  - Hastanın günlük yaşam becerilerini kazandırma
  - Hastaya iletişim becerilerini kazandırma, bunları geliştirme ve sosyal ilişkileri arttırma
  - Hastayı ve yakınlarını yararlanabilecekleri sosyal destek gruplarına yönlendirme
  - Hastalığın alevlendiği dönemi tanımak ve kriz durumunda neler yapabilecekleri hakkında eğitim vermek
  - Hasta yakınlarının ihtiyacı olan konulara yönelik eğitim ve destek verme
  - Diğerleri

29. Bilgilendirme esnasında nelere dikkat ediyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- Hastaya iletişimi kolaylaştıran dikkatinin dağınık olmadığı uygun bir mekânda hasta ve sağlık çalışanı için eğitime uygun bir zamanı seçerim.
  - Çalışma saatlerim yoğun olduğu için fırsat bulduğum anda ona eğitim veririm.
  - Hastayı ve hasta yakınına birlikte ele alırım.
  - Hasta kliniğe yattığı andan itibaren eğitim sürecini başlatırım ve eve gidene kadar devam ederim.
  - Diğerleri
30. Taburculuk sürecinde kullandığınız eğitim materyalleri var mı?
- Var (açıklar mısınız).....
  - Yok
31. Sizce taburculuk sürecinde özel eğitim vb. materyaller kullanılmalı mı?
- Evet
  - Hayır
32. Sizin kullandığınız ve önerdiğiniz herhangi bir materyal var mı?
- Var (açıklar mısınız).....
  - Yok
33. Öğrencilik döneminizde hasta taburculuğuna ilişkin eğitim aldınız mı?
- Evet
  - Hayır (35. soruya geçiniz)
34. Eğitim aldıysanız yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
- Evet
  - Hayır (Nedenini açıkla mısınız?)
35. Mezuniyetten sonra taburculuk planlaması ile ilgili bilgilendirme aşamasından geçtiniz mi?
- Evet
  - Hayır(37. soruya geçiniz)
36. Ne tür bir bilgilendirmeye katıldınız?
- Hizmet İçi Eğitim
  - Kurs
  - Konferans
  - Diğer
37. Taburculuk planlaması ile ilgili bilgilendirme aşamasına katılmak ister misiniz?
- Evet
  - Hayır
38. Çalıştığınız klinikte taburculuk planı ve eğitimini geliştirmek için önerileriniz var mı? Varsa yazabilir misiniz?
- Var.....
  - Yok

## 10.1.EK- 1 Soru Formu

### SAYIN KATILIMCI,

Bu çalışma psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin hasta taburculuğuna ilişkin yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. **Taburculuk planlaması** “evde bakımın sürdürülmesi için hastayı ve hasta yakınlarını hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç” olarak tanımlanmıştır.

Elde edilen veriler klinik çalışmalarımıza ve eğitimimize büyük yararlar sağlayacağından dolayı sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: Songül DURAN

Gazi Üniversitesi Psikiyatri  
Hemşireliği Yüksek  
Lisans Öğrencisi

### PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA TABURCULUĞUNA İLİŞKİN YAKLAŞIMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK ANKET FORMU

- Yaşınız:
- Cinsiyetiniz:
  - Kadın
  - Erkek
- Eğitim Düzeyiniz:
  - Sağlık Meslek Lisesi
  - Ön Lisans
  - Lisans
  - Yüksek Lisans
  - Doktora
  - Diğer
- Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz? ..... yıl ..... ay
- Kaç yıldır psikiyatri kliniğinde çalışıyorsunuz? ..... yıl ..... ay
- Kaç yıldır bu klinikte çalışıyorsunuz? ..... yıl ..... ay
- Şu anda çalışmakta olduğunuz klinikteki statünüz nedir?
  - Klinik hemşiresi
  - Klinik sorumlu hemşiresi
- Kliniğinizde hasta taburculuk planlaması yapılıyor mu?
  - Evet (10. soruya geçiniz)
  - Gerekli görüldüğü durumlarda
  - Hayır (10. soruya geçiniz)

9. Kliniğinizde hasta taburculuk planlamasına hangi durumlarda gerek duyuluyor?

.....

10. Sizce taburculuk sürecinin uygulanması yararlı mıdır?

a. Evet b. Hayır (12. soruya geçiniz)

11. Cevabınız evet ise yararları neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

a. Hasta memnuniyetini artırır.  
b. Kuruma uzun vadede daha az maliyet sağlar.  
c. Hasta bakımında kaliteyi artırır.  
d. Hasta ile sağlık personeli arasında daha kaliteli bir iletişim sağlar.  
e. Diğerleri

12. Sizce hasta taburculuk planlaması sürecini uygulamanın olumsuz yönü var mıdır?

a. Evet b. Hayır (14.soruya geçiniz)

13. Cevabınız evet ise olumsuz yönleri neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a. İş yükünü artırır.  
b. Kuruma maliyeti pahalı olduğu için ek yüke neden olur.  
c. Hastayla ve hastaya bakan kişilerle sürekli iletişim kurma zorunluluğuna ve bunun sonucunda da daha fazla zaman harcamaya neden olur.  
d. Diğerleri

14. Çalıştığınız klinikte hasta taburculuk planlaması sürecine ne zaman başlanıyor?

a. Hasta kliniğe kabul edildiği andan itibaren  
b. Hastanın taburcu edilmesi için onay verilmesi kararlaştırıldığı andan itibaren  
c. Hasta ya da hasta yakınları taburculuğa yönelik sorular sormaya başladığı andan itibaren  
d. Diğerleri

15. Sizce taburculuk planlaması sürecine ne zaman başlanmalıdır?

.....

16. Sizce taburculuk planlaması sürecine kimler dahil edilmelidir?

.....

17. Taburculuk planlaması sürecinde etkin bir şekilde yer aldığınızı düşünüyor musunuz?

a. Evet, etkin bir şekilde yer alıyorum (19. soruya geçiniz)

- b. Kısmen yer alıyorum ( 19. soruya geçiniz)
- c. Hiç yer almıyorum.

18. Sizce taburculuk planlaması sürecinde etkin bir şekilde yer almamanızın nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- a. İş yoğunluğu, zaman yetersizliğinden dolayı
- b. Hastaların hastaneye kısa süreli yatışı onlara taburculuk eğitimi vermemizi engelliyor.
- c. Bu konuyla ilgili nasıl bir sürecin izleneceğini bilmediğim için.
- d. Çalıştığım klinikte bu konuya yeterince önem verilmediği için.
- e. Hastanın taburculuk istemi verildiği halde bize bu konuda geç haber verildiği için.
- f. Çalıştığım klinikte hasta taburculuk eğitimi özel eğitimli kişiler tarafından verildiği için.
- g. Diğerleri

19. Taburculuk planlaması sürecinin hangi aşamasında görev alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Veri toplama aşamasında; hasta, hastanın sağlık durumu, hastanın bulunduğu çevre ve mali/destek hizmetlerle ilgili bilgiler toplarım.
- b. Taburculuğa ilişkin aktivitelerin planlanması aşamasında görev alıyorum.
- c. Taburculuk planlaması sürecinin uygulama aşamasında planlanan taburculuk eğitiminin verilmesinde görev alıyorum.
- d. Taburculuk planlaması sürecinin uygulama aşamasında resmi taburculuk işlemlerinin gerçekleştirilmesinde görev alıyorum.
- e. Taburculuk planlaması sürecinin uygulama aşamasında planlanan girişimlerin koordine edilmesinde görev alıyorum.
- f. Hazırlanan planın, hasta ve hastaya bakım verecek kişilerin gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığını değerlendirme aşamasında görev alıyorum.
- g. Yukarıda belirtilen tüm aşamalarda görev alıyorum.

20. Hastalarınız ile ilgili taburculuk için gerekli bilgileri ne zaman topluyorsunuz?

- a. Hasta hastaneye yattığı ilk andan itibaren bilgi toplamaya başlıyorum.
- b. Hasta taburcu olmadan önce onun hakkında sorular sorarak bilgi topluyorum.
- c. Diğer

21. Kliniğinizde taburculuk planlaması sürecinin uygulama aşamasında taburculuk eğitimi veriliyor mu?

- a. Evet
- b. Hayır (28. soruya geçiniz)

22. Taburculuk eğitimi nerede veriliyor?

.....

23. Bu eğitimi kim/kimler veriyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Hekim  
b. Hemşire  
c. Psikolog  
d. Sosyal Hizmet Uzmanı  
e. Hepsi

24. Size göre, bu eğitimi kim/kimler vermelidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Hekim  
b. Hemşire  
c. Psikolog  
d. Sosyal Hizmet Uzmanı  
e. Hepsi

25. Taburculuk eğitiminde etkin bir şekilde yer alıyor musunuz?

- a. Evet  
b. Hayır(28. soruya geçiniz)

26. Verdiğiniz bu eğitimde hangi konuları ele alıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Hastanın hastalığı hakkında genel bilgi  
b. Hastalığın belirtileri ve bunlarla baş etme  
c. Hastalığın nüks belirtileri ve bunları erken saptama  
d. Hastaya günlük yaşam becerilerini kazandırma  
e. Hastaya iletişim becerileri kazandırma, bunları geliştirme ve sosyal ilişkileri arttırma  
f. Hastayı ve yakınlarını yararlanabilecekleri sosyal destek gruplarına yönlendirme  
g. Hastalığın alevlendiği dönemi tanımak ve kriz durumunda neler yapabilecekleri hakkında eğitim vermek  
h. Hasta yakınlarının ihtiyacı olan konulara yönelik eğitim ve destek verme  
ı. Diğerleri


27. Bilgilendirme esnasında nelere dikkat ediyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Hastaya iletişimi kolaylaştıran, hastanın dikkatini dağıtmayan, uygun bir mekanda ve hem hasta hem de sağlık çalışanı için eğitime uygun bir zamanı seçerim.  
b. Çalışma saatlerim yoğun olduğu için fırsat bulduğum anda ona eğitim veririm.  
c. Hastayı ve hasta yakınını birlikte ele alırım.  
d. Hasta kliniğe yattığı andan itibaren eğitim sürecini başlatırım.  
e. Diğerleri



28. Taburculuk sürecinde kullandığınız eğitim materyalleri var mı?  
a.Var(açıklar mısınız)..... b. Yok
29. Sizce taburculuk sürecinde özel eğitim vb. materyaller kullanılmalı mı?  
a. Evet b. Hayır
30. Sizin kullandığınız ve önerdiğiniz herhangi bir materyal var mı?  
a. Var (açıklar mısınız)..... b. Yok
31. Öğrencilik döneminizde hasta taburculuğuna ilişkin eğitim aldınız mı?  
a. Evet b.Hayır (33. soruya geçiniz)
32. Aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?  
a. Evet  
b. Hayır (Nedenini açıkla mısınız?)  
.....
33. Mezuniyetten sonra taburculuk planlaması ile ilgili bilgilendirme aşamasından geçtiniz mi?  
a. Evet b. Hayır(35. soruya geçiniz)
34. Ne tür bir bilgilendirmeye katıldınız?  
a. Hizmet İçi Eğitim b. Kurs  
c. Konferans d. Diğer
35. Taburculuk planlaması ile ilgili bilgilendirme aşamasına katılmak ister misiniz?  
a. Evet b. Hayır
36. Çalıştığınız klinikte taburculuk planı ve eğitimini geliştirmek için önerileriniz var mı? Varsa yazabilir misiniz?  
a.Var.....  
b. Yok

## 10.2. EK-2 Araştırma Uygulamasına İlişkin Kurum İzin Belgeleri

	<b>T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği</b>	
Sayı : B.30.2.GÜN 0.1.H.00.01 / 2365		05.10.2008 ANKARA
<b>T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,</b>		
İlgi : 15.10.2008 tarih ve 3197 sayılı yazımız.		
İlgi yazımızla bildirilen ve Enstitünüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Songül DURAN'ın Hastanemiz Psikiyatri servisinde tez çalışması uygulamasını yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.		
Bilgilerinize rica olunur.		
 <b>Prof.Dr. Peyami ÇİNAZ Başhekim Vekili</b>		
<hr/>		
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi 06510 Beşevler / ANKARA	Tel : 0 312 202 50 90 Fax : 0 312 223 05 28	
Gazi.Form.016.00		1403/00

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.4.06.00.09-773.99  
Konu : Araştırma İzni

.../.../2008

039881 27.10.2008

VALİLİK MAKAMINA

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Songül DURAN tarafından "Psikiyatri Servisinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Hasta Taburculuğuna Yaklaşımlarının Belirlenmesi" konulu araştırmanın, Müdürlüğümüze bağlı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma (Ahmet Andıçen) Hastanesinde yapılabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa AKSOY  
Sağlık Müdürü

OLUR  
23/10/2008

Dr. Celal DİNÇER  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

Eğitim Şube Müdürlüğü  
Bağdat Cad. No : 16 Macunköy-Yenimahalle-Ankara  
Tel : 0 312 385 97 00 / 11 21 - 11 24 - 1396 - 1400

Ayrıntılı bilgi için irtibat : R. DOĞAN Dah. Tel 13 96

Faks : 0 312 385 97 00 / 13 97



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**HASTANELERİ**

Erişkin Hastanesi  
Hemşire Müdürlüğü

Sayı: B.10.4.İSM.4.06.00.09.904.01/ 207-3

05.11.2008

Erişkin Hastanesi Başhekimliğine,  
Sayı: B.30.2.GÜN.0.A1.00.00/3197 sayılı yazınıza

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,  
Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Songül Duran'ın yürütmekte olduğu  
"Psikiyatri Servisinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Hasta Taburculuğuna Yaklaşımlarının  
Belirlenmesi" konulu tez uygulama çalışmasını Müdürlüğümüz Hemşireleri ile yapmasında  
sakınca yoktur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

  
Sevgi Bakır  
Hemşire Müdürü



**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
Psikiyatri Anabilim Dalı

04.11.2008 *270*

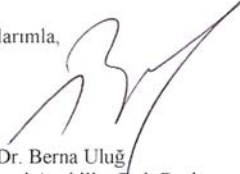
H.Ü. Hastaneleri Başhekimliği'ne,

İlgi: 20.10.2008 tarih ve 1581 sayılı yazımız.

Gazi Üniversitesi Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Songül Duran'ın bölümümüzde tez uygulama çalışması yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur.

Saygılarımla,

  
Prof. Dr. Berna Uluğ  
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA  
Tel: (312) 305 1874

## 11. ÖZGEÇMİŞ

Songül DURAN, 1984 yılında İzmir’de doğmuş, ilköğrenimini Menemen ilçesinde Atatürk ilkokulu, orta öğrenimini Şehit Kemal İlköğretim Okulu’nda tamamlamıştır.

1997–2002 yılları arasında Menemen Anadolu Lisesi’nde öğrenim görmüştür. 2002–2006 yılları arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu’nda öğrenimine devam etmiştir.

2006–2008 yılları arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde, klinik hemşireliği görevlerini yürütmüştür.

2007 yılında Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu’nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır. Yabancı dili İngilizce’dir.