

## ARAŞTIRMA

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

Songül DURAN\*

Nermin GÜRHAN\*\*

Alınış Tarihi: 29.08.2010

Kabul Tarihi: 12.04.2011

### ÖZET

*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.*

*Katılımcıların çoğunluğu taburculuk planlaması sürecinde yer aldıklarını belirtmiştir. 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 hasta bakımında kaliteyi arttıracığını ifade etmiştir. Doktorların %6.8'i ve hemşirelerin %17.7'si taburculuk planlaması sürecini uygulamanın olumsuz yönü olduğunu ifade etmiştir.*

***Anahtar Kelimeler:** Psikiyatri; hasta bakım planı; hastanın taburcu olması; hasta bakımının devamlılığı.*

### ABSTRACT

*Evaluation of The Approaches of Doctors and Nurses Towards Patient Discharge Planning in Psychiatry Departments*

*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.*

*Most of the attendants stated that they 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 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.*

***Keywords:** Psychiatry; patient care planning; patient discharge; continuity of patient care*

### GİRİŞ

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 (Anlar ve ark. 2002,

Gürhan 1998a, Karini and Raible 2006). Oysa son zamanlarda ruh sağlığını koruma, hastalıklardan korunma ve tedavi alanında köklü değişiklikler olmakta, ruh sağlığı bozulmuş bireylerin tedavilerinin yataklı kurumlar dışında gerçekleştirilmesine doğru yönelmektedir.

\* TSK (Askeri Yüksek Hemşire)

\*\* Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yrd. Doç.Dr.) e-posta:songul.duran@gmail.com

Psikiyatri servislerindeki hemşirelik uygulamalarının genellikle fiziksel bakım doktor istemi ile sınırlı olduğu ve taburculuk sonrası karşılaşılabilecek sorunların çözümüne yol gösterecek planlı bir taburculuk eğitiminin olmadığı, hastaların bakım sorunları ile evlerine gönderildiği belirtilmektedir (Bowles 2000, Gingerich 1994, Kamışlı ve Daştan 2008). 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 nin yeterli sayıda olmadıkları ve istenilen düzeyde işlev görmedikleri söylenilebilir (Anlar ve ark. 2002, Eryıldız 2008, Gürhan 1998a).

Genellikle taburculuğun planlanması hasta birey hastaneden ayrılırken ele aldığımız, çok az bir zaman ayırdığımız ya da göz ardı ettiğimiz bir konudur (Gürhan 1998b).

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 (Bowles 2000, Crawford et al. 2004, Kennedy 1988, Kleinpell 2004, Missio 2002, Nsameluh et al. 2007, Shepperd et al. 2004). Diğer bir deyişle taburculuk, rehabilitasyon hizmetleri içinde yer alan bir konudur.

Bireyin hastaneden taburculuğu ile başlayan üçüncül koruma yani rehabilitasyon diğer hastalar için olduğu kadar psikiyatri hastaları içinde son derece önemlidir. 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 (Anlar ve ark. 2002, Crawford et al. 2004, Gürhan 1998a).

Ülkemizde, taburculuk sonrasında psikiyatri hastalarının ve ailelerinin durumunu gösteren birkaç çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalarda da hastaların ve ailelerinin taburculuk sonrası dönemde hastalığa, tedaviye ve topluma uyumu araştırılmıştır (Gürhan 1998, Terakye ve ark. 1988). Ancak psikiyatri

servisinde çalışan doktor ve hemşirelerin hasta taburculuğuna yönelik uygulamalarına ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada psikiyatri servisinde çalışan doktor ve hemşirelerin taburculuk planlamasını uygulama durumları ve taburculuk planlamasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Evren ve Örneklem**

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

Araştırma, Ankara ili belediye sınırlarında yer alan kamu hastanelerinin (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 çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 45 hemşire ve 118 doktora uygulanmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri kliniğinden araştırmanın uygulanmasına izin 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.

### **Verilerin Toplanması**

Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Hasta Taburculuğuna İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Anket Formu: Bu form doktor ve hemşirelerin yaş, cinsiyet, hemşirelerin eğitim durumu, doktor/hemşire olarak çalışma süreleri, şu anda buldukları klinikteki çalışma süreleri, klinikteki statüleri gibi sosyo-demografik özellikleri ve taburculuk planlamasına ilişkin uygulama ve görüşlerini belirleyen 36 maddelik anket aracılığıyla toplanmıştır.

Hazırlanan veri 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.

Araştırmaya katılan bireylere, çalışmanın amacı açıklanmış, veri toplama araçları tanıtılmış ve sözlü olarak izinleri alınmıştır. Veri toplama formları doktor ve hemşirelere verilerek kendileri tarafından doldurulmaları sağlanmıştır. Soru formlarının doldurulması ortalama 15 dakika sürmüştür.

#### **Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın uygulanabilmesi için, sağlık bakanlığına bağlı olan hastaneler için Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve üniversite hastaneleri için hastanelerin başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır.

Ayrıca psikiyatri klinik şeflikleri, klinik çalışanları ve klinik başhemşireliği ile görüşülmüş ve çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Örnekleme alınan bireylere, çalışmanın amacı açıklanmış, veri toplama

araçları tanıtılmış ve sözlü olarak izinleri alınmıştır.

#### **İstatiksel Değerlendirme**

Araştırmada yer alan verilerin analizinde SPSS 12 paket programı kullanılarak yüzde ve frekans değerleri kullanılmıştır.

#### **BULGULAR VE TARTIŞMA**

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 çoğu kadındır ve 5 yıl ve 5 yıldan daha az süreyle doktor/hemşire olarak buldukları serviste 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 1. Doktor ve Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler	Doktor		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş</b>				
20-29	58	49.1	11	24.4
30-39	38	32.2	27	60.0
<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 ↓	15	12.7	7	15.6
6-15 yıl	12	10.2	2	4.4
16 yıl ve ↑				
<b>Toplam</b>	118	100	45	100

Taburculuk planlaması sürecinde doktor ve hemşirelerin tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının tümünde etkin rol almaları önemlidir (Korkmaz 2007). Çalışmamızda, doktor ve hemşirelerin büyük bir kısmı taburculuk planlaması sürecinde yer aldığını belirtmişlerdir. Doktorların anlamlı derecede yüksek oranda sürece katıldıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (p=0.018;

X<sup>2</sup>=7.971). Lalani ve Gulzar'ın çalışmasında da (2001) bizim çalışmamıza benzer olarak hastaların çoğunun taburculuk planlama sürecinde doktorların aktif rol aldığını belirttikleri görülmektedir. Çalışmamızda doktorların ve hemşirelerin çok az bir kısmının taburculuk planlaması sürecinin tüm aşamalarına katılıyor dedikleri saptanmıştır. Taburculuk planlaması sürecinde yer almama nedenleri

incelendiğinde; iş yoğunluğu zamanın yetersiz olması, serviste bu konuya önem verilmemesi olarak belirtmişlerdir. Oysa taburculuk planlaması sürecinin başarılı olabilmesi için doktor ve hemşirelerin sürecin tüm aşamalarında rol almaları gerekli ve önemlidir (Yıldırım 2007).

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 (Birmingham 2003, Bowles 2000, Crawford et al. 2004, Kleinpell 2004, Nsameluh et al. 2007, Shepperd 2004). 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.

Tablo 2. Doktor ve Hemşirelerin Taburculuk Planlaması Sürecine İlişkin Yaklaşımları

Yaklaşımlar	Doktor		Hemşire	
	Sayı	%	Sayı	%
<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	11.2	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
Tüm sağlık ekibi	32	27.2	12	26.7
Hasta ve hastaya bakım veren kişi, doktor	33	27.9	6	13.3
Doktor, hemşire, psikolog ve hasta	6	5.1	6	13.3
Doktor, hemşire, servisten sorumlu öğretim üyesi	3	2.5	4	8.9
Doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı	9	7.7	0	0
Hasta ve doktoru	5	4.2	0	0
<b>Taburculuk planlaması sürecinin yararları*</b>				
Hasta bakımında kaliteyi artırır	100	84.7	36	80.0
Hasta memnuniyetini artırır	83	70.3	32	71.1
Hasta ile sağlık personeli arasında daha kaliteli bir iletişim sağlar	83	70.3	30	66.7
Kuruma uzun vadede daha az maliyet sağlar	59	50.0	19	42.2

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

Tablo 2' de, 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 arttıracaklarını ifade etmiştir. Korkmaz'ın (2007) çalışmasında da taburculuk programı uygulanan akciğer kanserli hastalarının 6 haftalık periyotta yaşam kalitesi ve semptom şiddeti düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede gelişmeler olduğu saptanmıştır. Yıldırım'ın çalışmasında (2007) hemşirelerin %43.9'unun komplikasyonları en aza indireceğini, %15.9'unun hastayı psikolojik olarak rahatlatacağını, %11.6'sının hastanın

yaşam kalitesini artıracığını ifade ettiği belirtilmiştir. 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 arttırır, zaman kaybına yol açar, kuruma maliyeti çok olur şeklinde açıklama yapmışlardır.

Tablo 3. Doktor ve Hemşirelerin Taburculuk Eğitimi Verme Durumları ve Yaklaşımları

Yaklaşımlar	Sayı	%	Sayı	%
<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
İletişim becerilerini kazandırma, geliştirme ve sosyal ilişkileri artırma	30	63.8	14	77.7
Sosyal destek gruplarına yönlendirme	33	70.2	13	70.2
Kriz durumu hakkında eğitim	40	85.1	13	70.2
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	12.2	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 3'te doktor ve hemşirelerin taburculuk eğitimine ilişkin uygulamaları görülmektedir. Klinikte bulunan tüm ekip üyelerinin hasta eğitimine katılmasının eğitimi daha etkili kıldığı ve zaman kazandırdığı bilinmektedir. Çalışmamızda katılımcıların

çoğunluğu taburculuk eğitiminde yer almadığını 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'ü hastalık

belirtileri ve bunlarla baş etme, doktorların %87.2'si hemşirelerin %83.3'ü hastalık nüks belirtileri ve bunları erken saptama ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir. 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. 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. Avşar'ın çalışmasında da (2006) benzer olarak klinik hemşirelerinin çoğunun hasta eğitimi için yer ve zaman belirlemedikleri saptanmıştır (%82.4).

Çalışmamızda taburculuk eğitimi verdiğini belirten doktorların %70.2'si, hemşirelerin %72.2'si sosyal destek gruplarına yönlendirme yaptıklarını belirtmiştir. Bolch ve arkadaşlarının 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 (Bolch et al. 2005). Anlar ve ark.'nın çalışmasında (2002) belirtildiğine göre; Mercer, Molinari, Kunik ve arkadaşlarının 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. Gümüş'ün "Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri" çalışmasında da (2006) şizofreni hastalarının ve yakınlarının iletişim ve sosyal ilişkiler boyutlarıyla ilgili konularda

sağlık eğitimine daha çok gereksinim duydukları belirlenmiştir. 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.

Ruhsal bozukluk tedavisindeki amaçlardan biri de aileyle birlikte ortak çalışmak ve aileyi hastalık hakkında eğitmektir (Altun 1998, Chapman 2007, Thompson 1997). Çalışmamızda taburculuk eğitimi verdiğini belirten doktor ve hemşirelerin çok az bir kısmı hastayı ve hasta yakınını birlikte ele almaya dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Oysa hasta yakınlarının taburculuk planlaması sürecine dahil edilmesiyle hastanın iyileşme sürecinden daha olumlu yanıt alınabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda taburculuk eğitimi verdiğini belirten doktorların yalnızca %11.3'ü, hemşirelerin %20'si taburculuk eğitimi verirken araç/yöntem kullanıldığını ifade etmişlerdir. Sözel bilgilendirmelerin unutulabileceği göz önüne alınacak olursa verilen eğitimlerin etkin ve kalıcı olması için araç/yöntem kullanma oranlarını arttırmak gerekli ve önemlidir (Holland et al. 2006). Eğitimde en çok kullanılan araç/yöntemin ise hastalık hakkında bilgi içeren broşürler olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda taburculuk eğitiminde yararlanılan yazılı materyallerin hasta memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir. Fagermon ve Hamilton çalışmalarında (2006), hastaların çoğunun araştırma sırasında verilen kitapçığı okuduklarını ve evlerinde kendi bakımlarını gerçekleştirmelerinde çok faydalı olduğunu ifade ettiklerini belirtmişlerdir.

Doktor ve hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kinikteki statüsü, doktor/hemşire olarak çalışma süresi ve bu klinikte çalışma süresi) göre taburculuk planlaması sürecini uygulama durumları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

#### KAYNAKLAR

**Altun İ.** Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı 1998. p. 71–78.

**Anlar L, Doğan S ve Doğan O.** Psikiyatri Hastalarının Taburculuk Sonrası Ruhsal Durumları, İşlev Görme Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10: 293–300.

**Avşar G.** Klinik Hemşirelerinin Uyguladıkları Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi. Erzurum 2006.

**Birmingham J.** Discharge Planning: The Old/New Wave. Inside Case Management 2003; 10(5): 1–5.

**Bolch D, Johnston BJ, Giles CL, Whitehead C, Phillips P, Crotty M.** Hospital to Home: An Integrated Approach to Discharge Planning in A Rural South Australian Town. Australian Journal of Rural Health 2005; 13(2): 91–96.

**Bowles K.** Patient Problems and Nurse Interventions During Acute Care and Discharge Planning. Transitional Care 2000; 14(3): 29–41.

**Crawford MJ, Jonge E, Freeman GK, Weaver T.** Providing Continuity of Care for People with Severe Mental Illness. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2004; 39: 265–272.

**Chapman L.** Discharge Planning: A Family Affair. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 37(5): 56hn12–56hn14, 2007.

**Eryıldız D.** Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezine Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları İle Bir Rehabilitasyon Programına Katılmayan Kronik Şizofreni Hastalarının İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul, 2008.

**Fagermoen MS, Hamilton G.** Patient Information at Discharge-A Study of Combined Approach. Patient Education and Counselling 2006; 63: 169–176.

**Gingerich BS.** Discharge Planning For Home Health Care A Multidisciplinary Approach. Maryland: Apsen; 1994. p.1–11.

**Gümüş AB.** Şizofreni Hastalarının Ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 33–42.

**Gürhan N.** Taburculuk Kararı Alınan Psikiyatri Hastalarının Hemşirelik Yönünden Değerlendirilmesi. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, 1998a.

**Gürhan N.** Taburculuğun Planlanması Ve Hemşirenin Sorumlulukları. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, 1998b.

**Holland DE, Harris MR, Leibson CL, Pankratz VS, Krichbaum KE.** Development and Validation of

A Screen for Specialized Discharge Planning Services. Nursing Research 2006; 55(1): 62–71.

**Kamışlı S, Daştan L.** Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelik Uygulamaları ve Bu Uygulamalara Yönelik Hasta Görüşleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(1): 45–52.

**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.

**Kennedy JM.** Discharge Planning and Health Care Cost Containment. Benefits Quarterly; First Quarter 1988; 4(1): 75.

**Kleinpell RM.** Randomized Trial of An Intensive Care Unit-Based Early Discharge Planning Intervention For Critically Ill Elderly Patients. American Journal of Critical Care 2004; 13(4): 335–345.

**Korkmaz M.** Akciğer Kanseri Olan Hastalara Uygulanan Taburculuk Planlamasının Semptom Kontrolü ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi. İzmir 2007.

**Lalani NS, Gulzar AZ.** ‘Nurses Role in Patients’ Discharge Planning At The Aga Khan University Hospital, Pakistan. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 2001; 17(6): 314–319.

**Missio H.** Does Discharge Planning Prevent Readmission to Inpatient Psychiatric Units. Discharge Planning in Inpatient Mental Health Units 2002; 1-7.

**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.

**Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C.** Discharge Planning from Hospital to Home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004; (1): CD000313.

**Terakye G, Göğüş AK, Sungur MZ, Şarman 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.

**Thompson S.** From Hospital To Home: A Teaching And Learning Strategy. Community Health Strategy 1997; 22(4): 11–14.

**Yıldırım M.** Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Taburculuk Sürecindeki Roller ve Bunu Etkileyen Faktörler. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2007.