

# Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Taburculuk Planlaması Sürecindeki Rollerini ve Bunu Etkileyen Faktörler

## The Roles of Nurses Working in Surgical Clinics in Discharge Planning Process and the Factors Affecting Their Roles

Meral YILDIRIM,<sup>a</sup>  
Nurhan BAYRAKTAR<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD,  
Hacettepe Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 10.04.2009  
Kabul Tarihi/Accepted: 30.01.2010

17-21 Nisan 2009 tarihleri arasında Kıbrıs'ta düzenlenen 5. Nöroşirurji Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Meral YILDIRIM  
Hacettepe Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD,  
Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
meralyildirim79@hotmail.com

**ÖZET Amaç:** Araştırma, cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rollerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırmanın örneklemini, bir üniversite hastanesi ve bir devlet hastanesinin cerrahi kliniklerinde çalışmakta olan toplam 164 hemşire oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından ilgili literatüre ve gözlemlere dayalı olarak geliştirilen soru kağıdı kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hemşirelerle yüzyüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzde hesaplamaları, Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre; cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde kısmen yer aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin; iş yoğunluğu, personel sayısındaki ve ekip işbirliğindeki yetersizlik, hasta sirkülasyonunun fazlalığı ve hastaların kısa süre yatmaları, mevcut sağlık politikasının yapısı, uygun eğitim materyallerinin ve fiziksel ortamın olmaması, eğitim düzeylerindeki farklılıklar ve deneyim yetersizliği gibi nedenlerle süreç içerisinde etkin yer almadıkları belirlenmiştir. **Sonuç:** Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde etkin rol almalarına engel olan faktörlerin giderilmesi ve sürecin uygulanabilmesi için gerekli kurumsal ve yasal düzenlemelerin yapılması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastanın taburcu olması; hemşirelik; konu olarak hasta eğitimi

**ABSTRACT Objective:** The study was carried out as a descriptive study to determine the roles of the nurses working in surgical clinics in discharge planning process, and the factors affecting their roles. **Material and Methods:** The sampling comprised of total 164 nurses, working in surgical clinics of a university hospital and a public hospital. A questionnaire developed by the researcher on basis of literature data and observations was used as the data collection tool. Data were collected through face to face interviews with the nurses by researcher. Percentage values, Pearson Chi-Square and Fisher's Exact Test were used to evaluate the data. **Results:** The obtained results revealed that the nurses working in surgical clinics were partly participated in discharge planning process. It's determined that nurses weren't participated actively in discharge process because of workload, insufficient staff number and team cooperation, excess patient circulation, short stay of hospitalized patients, structure of current health policy, not having suitable education material and physical environment, differences in education levels and lack of experience. **Conclusion:** According to study results, it is recommended to make institutional and legal arrangements for eliminating the factors impeding to have an effective part in discharge planning process of nurses and for carrying out the process.

**Key Words:** Patient discharge; nursing; patient education as topic

Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2010;2(2):73-81

G ünümüzde tıbbi ve teknolojik gelişmelerin yaşam süresini uzatması, nitelikli bir yaşam sürdürme gereksinimi, bireylerin sağlıkları konusunda daha çok bilinçlenmesi gibi nedenlerle kaliteli sağlık

hizmetlerine olan talep artmaktadır. Daha önceden hastalıkları tedavi etmeyi amaç edinen sağlık hizmetleri, günümüzde bireylerin toplum içinde yaşamlarını destekleyerek, bağımsızlıklarını en üst düzeye çıkararak, kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarını sağlayarak sağlıklarını geliştirme ve sürdürmeyi amaçlamaktadır.<sup>1</sup>

Bu amaç çerçevesinde bireyler, sağlıklarını sürdürmek, hastalıkları önlemek, akut ya da kronik bir hastalık durumunda gerek ilaçla gerekse cerrahi girişim yoluyla tedavi olmak için başvurdukları sağlık kuruluşlarından tamamen ya da kısmen iyileşerek taburcu edilirler.<sup>1-3</sup> Taburculukla sağlık kurumundan resmi olarak ayrılıp; evlerine, başka bir hastaneye ya da toplumda bakım veren bir merkeze (huzurevi gibi) giden bireylerin bakım ihtiyaçları taburculuk sonrasında da devam eder.<sup>3,4</sup>

Hastaların evde tedavilerini uygulayabilmeleri, özbakımlarını yapabilmeleri, komplikasyonlardan korunabilmeleri, gelişebilecek komplikasyonları erken dönemde saptayabilmeleri ve bozulan vücut fonksiyonları ile başedebilmeleri için iyi bir taburculuk planına gereksinimleri olmaktadır.<sup>2</sup> Günümüzde sağlık hizmetlerindeki maliyetin artması, teknolojinin gelişmesi ve hastane enfeksiyonu gibi komplikasyonların önlenmek istenmesi gibi nedenlerle hastanede yatış süresinin giderek kısaltılması, taburculuk planlamasını daha da önemli hale getirmiştir.<sup>3-5</sup>

Taburculuk planlaması süreci, hastanın bakımını taburculuk sonrasında da en iyi şekilde devam ettirebilmesi için sistemli bir yaklaşımla hazırlandığı bir süreçtir.<sup>3-5</sup> Taburculuk planlaması süreci hastanın taburculuk gereksinimlerinin belirlenmesini (veri toplama), taburculuk planının geliştirilmesini, uygulanmasını (ör: taburculuk eğitimi) ve değerlendirilmesini içerir.<sup>2</sup>

Yapılan araştırmalarda taburculuk planlamasının, hizmet alan bireyin tedavi süreci içinde etkin bir şekilde yer almasını, kendini daha sağlıklı hissetmesini ve en iyi durumda taburcu edilmesini sağladığı; iyileşme düzeyini, taburculuk sonrasında sağlık hizmetlerinden faydalanmayı ve hasta memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir. Ayrıca taburculuk planlamasının; hastanede kalış süresini,

hastalığa bağlı komplikasyonları, sağlık bakım giderlerini, taburculuk sonrası sağlık merkezlerine başvuru oranlarını, acil servislerin kullanımını, tekrar yatışları ve tekrar yatışlarda hastanede kalış süresini azalttığı saptanmıştır.<sup>3,6,7</sup>

Taburculuk planlaması süreci tüm klinik alanlarda büyük önem taşımakla birlikte, tıbbi teknolojinin gelişmesine bağlı olarak ameliyat sonrası hastaların hastanede yatış süresinin kısaltılması, geçirilen ameliyatla birlikte kişinin hayatında radikal değişikliklerin olması, yaranın varlığı gibi nedenlerle cerrahi alanında taburculuk planlaması sürecinin özel bir önemi vardır. Cerrahi kliniklerinde tüm hastaları; hastalık bilgisi, tedavi bilgisi, ağrı kontrolü, solunum ve öksürük egzersizleri, günlük yaşam aktiviteleri (beslenme, banyo yapma, boşaltım, uyku ve dinlenme, öz-bakım, günlük işler, araba kullanma, çalışma yaşamına dönüş vb.), yara bakımı, egzersizler, gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyon belirti ve bulgularının tanınması ve önlenmesi, taburcu olduktan sonraki tıbbi izlem/kontrole gelme sıklığı, acil durumlarda başvurulacak kişi/kuruluşlara nasıl ve nerelerden ulaşılacağı, ilgili kurumlara ilişkin bilgi ve danışmanlık ve sağlığın geliştirilmesi konularında taburculuğa hazırlamak gereklidir.<sup>1,2,4,7-12</sup>

Taburculuk planlaması süreci; hizmet alan birey ve ailenin de kararlara katılarak içinde yer aldığı, doktor, hemşire, diyetisyen, eczacı, psikolog, solunum terapisti, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve evde bakım personeli gibi hastanın tedavi ve bakımını sağlayan bireylerden oluşan bir sağlık ekibi tarafından, interdisipliner yaklaşımla uygulanmalıdır.<sup>3,4</sup>

Taburculuk planlaması sürecinde anahtar kişi konumunda olan hemşire; hastaya/hasta ailesine verilecek eğitimin planlanmasında, uygulanmasında ve ekip içi koordinasyonun sağlanmasında önemli sorumluluklar taşır.<sup>3,4,13,14</sup> Ancak literatürde; hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rollerini etkili olarak gerçekleştiremediklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rollerini gerçekleştirmemelerinin nedenlerine ilişkin yapılmış çalışmalarda; hemşirelerin taburculuk planlaması sürecine inanmamaları,

taburculuk planlama sürecini iyi anlamamaları, iş yüklerinin fazla olması, taburculuk planlaması süreci ile ilgili bilgi eksikliklerinin olması, taburculukların planlı bir şekilde yapılmaması, ekip iletişiminin yetersiz olması, taburculuk planlamasını uygulamak için uygun zamanın ve uygun fiziksel ortamın bulunmamasının taburculuk planının geliştirilmesinde ve yerine getirilmesinde güçlükler neden olduğu saptanmıştır.<sup>8,13,15,16</sup>

Ülkemizde taburculuk planlamasının yeterince yapılmadığını gösteren, hastalıklara özel bazı çalışmalar olmakla birlikte, yapılan literatür taraması sonucunda cerrahi hastaları için taburculuk planlaması sürecinin uygulanma durumunu ve taburculuk planlaması sürecini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır.<sup>17,18</sup> Hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rollerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesinin; hemşirenin anahtar kişi konumunda olduğu taburculuk planlaması sürecine yeni düzenlemeler getirilmesine ve hasta ve ailelerin hastane sonrası yaşadıkları güçlüklerin en aza indirilmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rollerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışma, 851 yatak kapasitesine sahip olan bir üniversite hastanesi ve 1580 yatak kapasitesine sahip olan bir devlet hastanesinin cerrahi kliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini; üniversite hastanesinden 88, devlet hastanesinden 123 olmak üzere toplam 211 hemşire oluşturmuştur. Evrende yer alan hemşirelerin tümünün çalışma kapsamına alınması planlanmıştır. Ancak, üniversite hastanesinden 11, devlet hastanesinden 36 olmak üzere toplam 47 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle örneklem dışında bırakılmıştır. Hemşirelerin araştırmaya katılma oranı %77.7'dir. Üniversite hastanesinden 77, devlet hastanesinden 87 olmak üzere toplam 164 hemşire araştırma kapsamında yer almıştır.

Araştırma verileri; araştırmacılar tarafından ilgili literatüre<sup>12,13,15,16</sup> ve gözlemlere dayalı olarak geliştirilen, "Hemşirelere Ait Tanıtıcı Özellikler" ve "Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Taburculuk Sürecindeki Roller ve Bunu Etkileyen Faktörler" başlıklı iki bölümden ve 66 sorudan oluşan soru kağıdı kullanılarak, 27.04.2006-19.06.2006 tarihleri arasında, hemşirelerin uygun olduğu zamanlarda yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Etkileşimi önlemek için, aynı klinikte çalışan hemşireler ile bir gün içerisinde ayrı ayrı hemşire odasında görüşülmüştür. Katılımcılarla yapılan her bir görüşme yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

Araştırmada yer alan verilerin analizinde, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 11.0 paket programı kullanılarak yüzde hesaplamaları, Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

Hemşirelerin; taburculuk planlaması sürecinde yer alma durumları "Etkin yer alıyorum", "Kısmen yer alıyorum" ve "Hiç yer almıyorum" ifadelerinden kendileri için uygun bulduklarını işaretlemeleri istenerek belirlenmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için; araştırmanın uygulandığı üniversite hastanesinin genel direktörlüğünden, il sağlık müdürlüğünden ve ilgili üniversitenin etik kurulundan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %58.5'i 20-29 yaş grubunda, %40.9'u 5 yıldan daha az süredir hemşire olarak görev yapmakta, %65.9'u 5 yıldan daha az bir süredir cerrahi kliniğinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %51.8'inin daha önce cerrahi kliniğinde çalışmadığı, %50.0'sinin eğitim düzeyinin lisans ve üzeri olduğu, %88.4'ünün klinik hemşiresi olarak görev yaptığı belirlenmiştir.

Tablo 1'de hemşirelerin taburculuk planlaması sürecine ilişkin rolleri ve görüşleri görülmektedir. Hemşirelerin %26.8'si taburculuk planlaması sürecinde etkin yer aldığı ifade ederken, %51.2'si kısmen yer aldığını, %22.0'si hiç yer almadığını ifa-

**TABLO 1:** Hemşirelerin taburculuk planlaması sürecine ilişkin rolleri ve görüşleri.

Roller ve Görüşler	S	%
<b>Hemşirelerin Taburculuk Planlaması Sürecinde Yer Alma Durumlarına İlişkin Görüşleri (n:164)*</b>		
Etkin yer alan	44	26.8
Kısmen yer alan	84	51.2
Hiç yer almayan	36	22.0
<b>Hemşirelerin Taburculuğa İlişkin Gerçekleştirdikleri Aktiviteler** (n:128)***</b>		
Hastaya/hasta yakınına eğitim veren	115	89.8
Hastayı/hasta yakınına gerekli birimlere yönlendiren	15	11.7
Sekreterlik işlerini yapan	9	7.0
Veri toplayan	2	1.6
Planlama yapan	1	0.8
Değerlendirme yapan	1	0.8
Hasta ile ilgili kendisine verilen direktifleri uygulayan	1	0.8
<b>Hemşirelerin Taburculuk Planı Hazırlama Durumu (n:164)*</b>		
Hazırlayan	36	22.0
Hazırlamayan	128	78.0
<b>Hemşirelerin Taburculuk Planı Hazırlarken Karşılaştıkları Güçlükler** (n:36)*</b>		
Hastanın ve ailesinin durumunun uygun olmaması****	19	52.8
Ekip üyelerini koordine edememe	6	16.7
Süre kısıtlılığı	6	16.7
Uygun eğitim materyallerinin ve fiziksel ortamın olmaması	5	13.9
Veri eksikliği	5	13.9
<b>Hemşirelerin Taburculuk Planlaması Sürecinde Etkin Yer Almama Nedenleri** (n:120)*****</b>		
Personel sayısının yetersiz olması ve iş yoğunluğu	53	44.2
Ekip işbirliğinin olmaması	51	42.5
Yasal düzenlemeler ve kurumda bu sürecin uygulanmaması	23	19.2
İşe yeni başlamış olma	6	5.0
Hasta sirkülasyonunun fazlalığı ve hastaların kısa süre yatmaları	6	5.0
Hemşirenin taburculuk planında rolünün olmadığını düşünme	4	3.3
<b>Hemşirelerin Taburculuk Planlaması Sürecinde Etkin Yer Almaları İçin Önerileri** (n:120)*****</b>		
Personel sayısında artış yapılmalı ve iş yoğunluğu azaltılmalı	53	44.2
Ekip işbirliği olmalı	40	33.3
Yeterli yasal düzenleme yapılmalı ve kurumda bu süreç uygulanmalı	21	17.5
Bu konuda eğitim alınmalı	15	12.5
Uygun eğitim materyalleri ve uygun fiziksel ortam olmalı	8	6.7
Hemşire kliniğe yeterince uyum sağlamış olmalı	5	4.2

\* İlgili soruya cevap verenlerin sayısı, yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

\*\* Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

\*\*\*"Etkin yer alan" ve "Kısmen yer alan" katılımcıların toplam sayısı, yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

\*\*\*\* Bu ifade "Hasta ve ailesinin zeka ile ilgili engeli bulunması", "Hastayı ailesiyle bir araya getirmek", "Hastanın sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması" vb. cevapları kapsamaktadır.

\*\*\*\*\* "Kısmen yer alan" ve "Hiç yer almayan" katılımcıların toplam sayısı, yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

de etmiştir. Etkin ya da kısmen yer aldığını söyleyen hemşirelerden %89.8'i hastaya ve hasta yakınına eğitim verdiğini belirtmiştir. Taburculuk planı hazırlayan hemşirelerin (%22.0), %52.8'i taburculuk planı hazırlarken hastanın ve ailesinin durumunun uygun olmaması (hasta ve ailesinin zeka ile

ilgili engeli bulunması, hastayı ailesiyle bir araya getirmek ve hastanın sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması vb.) gibi sorunlarla karşılaştıklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin %44.2'si personel sayısının yetersiz olması ve iş yoğunluğu nedeniyle süreç içerisinde etkin yer almadığını belirtmiştir.

Hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde etkin yer almaları için ise; %44.2'sinin personel sayısında artış yapılması ve iş yoğunluğunun azaltılması gerektiğini ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 2'de hemşirelerin taburculuk eğitimine ilişkin rolleri ve görüşleri görülmektedir. Hemşirelerin %84.2'si hekimin, %86.3'ü hemşirenin taburculuk eğitimi verdiğini; %95.7'si hekimin, %94.2'si hemşirenin, %78.4'ü diyetisyenin, %68.3'ü fizyoterapistin, %65.5'i psikoloğun, %57.6'sı sosyal hizmet uzmanının taburculuk eğitimi vermesi gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelerin %53.0'ı taburculuk eğitiminde kısmen yer aldığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %55.6'sı yaptıkları taburculuk eğitiminin beslenmeyi, %53.2'si ilaçları içerdiğini, %49.2'si yaptıkları eğitimin kapsamını kısmen yeterli bulduğunu ve %54.8'i hastanın taburcu olacağı gün eğitim verdiğini belirtmiştir. Tablo incelendiğinde; hemşirelerin tümünün hastaya, %72.2'sinin ayrıca hasta yakınına da eğitim verdiğini ifade ettiği görülmektedir. Tabloda yer almamakla birlikte, hemşirelerin eğitim verirken kullandıkları araçlar/yöntemlere bakıldığında; %89.7 ile sözel anlatım ilk sırada yer almaktadır.

Tablo 3'te hemşirelerin eğitim düzeylerine göre taburculuk planlaması sürecinde yer alma durumları görülmektedir. Lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki hemşirelerin %36.5'i taburculuk planlaması sürecinde etkin yer aldığını ifade ederken, ön lisans ve altı eğitim düzeyindeki hemşirelerin %17.1'i bu süreçte etkin yer aldığını belirtmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan da anlamlı ( $p < 0.05$ ) bulunmuştur.

Tablo 4'te hemşirelerin çalışma sürelerine göre taburculuk planlaması sürecinde yer alma durumları görülmektedir. Tablo incelendiğinde; çalışma süresi 5 yıl ve altında olan hemşirelerin %37.3'ü taburculuk planlaması sürecinde etkin yer aldığını belirtirken, çalışma süresi 6-15 yıl arasında olan hemşirelerin %20.0'si, çalışma süresi 16 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin %19.0'u etkin olarak yer aldığını ifade etmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel açıdan da anlamlı ( $p < 0.05$ ) bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farklılığın çalışma süresi "5 yıl ve altı" olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

## TARTIŞMA

Taburculuk planlaması sürecinin başarılı olabilmesi için; sağlık ekibi içerisinde hasta ile en çok zaman geçiren hemşirelerin süreçte etkin rol almaları gerekmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaklaşık yarısı taburculuk planlaması sürecinde kısmen yer aldıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin çoğunluğu taburculuk planlaması sürecine ilişkin hemşirelik aktivitesi olarak eğitimi ifade etmişlerdir. Eğitim; taburculuk planlaması süreci uygulamasının büyük bir bölümünü oluşturmakla birlikte, taburculuk sonrasında hastanın ve hastaya bakım verecek kişilerin ihtiyaç duyacağı gerekli hizmetlere/kaynaklara ulaşımının sağlanması ve danışmanlık da oldukça önemlidir.<sup>2,4,5</sup> Ancak, ülkemizde sağlık sisteminden kaynaklanan nedenlerle, hemşireler taburculuk planlaması sürecinde eğitim dışındaki aktivitelerini istenen düzeyde gerçekleştirememektedir. Bizim çalışmamızda da hemşireler taburculuk planlaması sürecinde etkin yer almama nedenleri arasında, yasal düzenlemeler ve çalıştıkları kurumda sürecin uygulanmıyor olmasını ifade etmişlerdir.

Taburculuk planlaması sürecini engelleyen ya da daha etkili gerçekleştirilmesini sağlayan faktörleri belirlemek için yapılan çalışmalar incelendiğinde; taburculuk planlaması sürecini uygulamada güçlükler neden olan faktörlerin, sağlık ekibi üyelerinin taburculuk planına verdikleri önemin farklı olması,<sup>20</sup> iş yükünün fazla olması,<sup>13</sup> taburculukların planlanmadan yapılması,<sup>13,16</sup> hastanın taburcu olacağını 24 saatten daha az bir süre önce bildirilmesi,<sup>20</sup> sağlık ekibinin üyeleri arasındaki iletişim yetersizliği,<sup>13,16</sup> zaman eksikliği<sup>16</sup> olduğu görülmektedir. Bu faktörlerin yanı sıra fiziksel çevre koşullarının yetersizliğinin,<sup>16,19</sup> bilgi eksikliğinin,<sup>13,16</sup> personel sürekliliğinin olmasının,<sup>16</sup> taburculuk sonrasında gerekli olan destek sistemleri hakkındaki bilgi eksikliğinin,<sup>20</sup> hemşirelerin taburculuk planlamasının zaman kaybına neden olacağını<sup>15</sup> ve kırtasiye işlerini artıracaklarını<sup>15</sup> düşüncelerinin, sorumluluk eksikliğinin<sup>19</sup> ve hemşirelerin deneyimsiz olmasının<sup>19</sup> da taburculuk planlaması sürecini uygulamada güçlükler neden olduğu belirtilmektedir. Taburculuk planlaması sürecinin daha etkili gerçekleştirilmesini sağlayan faktörlerin ise; et-

**TABLO 1:** Hemşirelerin taburculuk planlaması sürecine ilişkin rolleri ve görüşleri.

Roller ve Görüşler	S	%
<b>Taburculuk Eğitimi Veren Sağlık Çalışanları* (n:139)**</b>		
Hekim	117	84.2
Hemşire	120	86.3
Diyetisyen	56	40.3
Fizyoterapist	24	17.3
Psikolog	12	8.6
Sosyal hizmet uzmanı	8	5.8
<b>Taburculuk Eğitimi Vermesi Gereken Sağlık Çalışanlarına İlişkin Görüşler* (n:139)**</b>		
Hekim	133	95.7
Hemşire	131	94.2
Diyetisyen	109	78.4
Fizyoterapist	95	68.3
Psikolog	91	65.5
Sosyal hizmet uzmanı	80	57.6
<b>Taburculuk Eğitiminde Yer Alma Durumu (n:164)***</b>		
Etkin yer alan	56	34.2
Kısmen yer alan	87	53.0
Hiç yer almayan	21	12.8
<b>Taburculuk Eğitimi Konuları* (n:126)****</b>		
Beslenme	70	55.6
İlaçlar	67	53.2
Egzersizler	39	31.0
Dikkat edilmesi gereken noktalar	39	31.0
Kontroller	26	20.6
Yara bakımı	26	20.6
Hijyen/banyo	20	15.9
Komplikasyonlar	18	14.3
Hastanın gereksinimine göre belirleme	18	14.3
Hastalık/yapılan ameliyat	14	11.1
Kullanacak malzemelerin nereden temin ediliip nasıl kullanılacağı	12	9.5
Cinsel yaşam	9	7.1
Alışkanlıklar	5	4.0
Hangi durumlarda hastaneye başvuracağı/gerekli telefon numaraları	5	4.0
<b>Verilen Taburculuk Eğitiminin Kapsamını Yeterli Bulma Durumu (n:126)****</b>		
Yeterli	41	32.5
Kısmen yeterli	62	49.2
Yetersiz	23	18.3
<b>Taburculuk Eğitimi Verme Zamanı* (n:126)****</b>		
Hastanın taburcu olacağı gün	69	54.8
Ameliyat sonrası/taburculuktan birkaç gün önce	42	33.3
Hasta hastanede yattığı süre boyunca	28	22.2
Vakit bulunca	2	1.6
<b>Taburculuk Eğitimi Verilen Kişi/Kişiler* (n:126)****</b>		
Hasta yakını	91	72.2
Hasta	126	100.0

\* Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

\*\* Çalıştığı klinikte taburculuk eğitimi verildiğini ifade eden katılımcıların sayısı, yüzdelere n sayısına göre alınmıştır.

\*\*\* İlgili soruya cevap verenlerin sayısı, yüzdelere n sayısına göre alınmıştır.

\*\*\*\*Taburculuk eğitimi verdiğini ifade eden katılımcıların sayısı, yüzdelere n sayısına göre alınmıştır.

**TABLO 3:** Hemşirelerin eğitim düzeylerine göre taburculuk planlaması sürecinde yer alma durumları.

Eğitim Düzeyi	Taburculuk Planlaması Sürecinde Yer Alma Durumu						TOPLAM		Önemlilik Testi
	Etkin Yer Alan		Kısmen Yer Alan		Hiç Yer Almayan		S	%	
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%	
Ön lisans ve ↓	14	17.1	40	48.8	28	34.1	82	100.0	X <sup>2</sup> : 17.120
Lisans ve ↑	30	36.5	44	53.7	8	9.8	82	100.0	**P: 0.0001
TOPLAM	44	26.8	84	51.2	36	22.0	164	100.0	SD:2

\* Tabloda yüzdeler satır toplamı üzerinden alınmıştır.

\*\* P ≤ 0.05 alınmıştır.

**TABLO 4:** Hemşirelerin çalışma sürelerine göre taburculuk planlaması sürecinde yer alma durumları.

Eğitim Düzeyi	Taburculuk Planlaması Sürecinde Yer Alma Durumu						TOPLAM		Önemlilik Testi
	Etkin Yer Alan		Kısmen Yer Alan		Hiç Yer Almayan		S	%	
	S	%*	S	%*	S	%*	S	%	
5 yıl ve altı	25	37.3	38	56.7	4	6.0	67	100.0	X <sup>2</sup> : 21.086
6-15 yıl	11	20.0	29	52.7	15	27.3	55	100.0	**P: 0.0001
16 yıl ve üzeri	8	19.0	17	40.5	17	40.5	42	100.0	SD:4
TOPLAM	44	26.8	84	51.2	36	22.0	164	100.0	

\* Tabloda yüzdeler satır toplamı üzerinden alınmıştır.

\*\* P ≤ 0.05 alınmıştır.

kili iletişim,<sup>16</sup> personelin sürekliliği,<sup>16</sup> taburculukların planlı yapılması,<sup>16</sup> bilginin yeterli olması,<sup>16</sup> uygun zaman,<sup>16</sup> planlamaya hasta hastaneye yatar yatmaz başlanması,<sup>20</sup> interdisipliner bir yaklaşımın kullanımı,<sup>13</sup> taburculuk planının sağlık ekibinin bütün üyelerinin katıldığı bir toplantıda tartışılması<sup>20</sup> olduğu ifade edilmektedir. Belirtilen çalışmaların sonuçları bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Watts ve ark.nın<sup>13</sup> çalışmasında da hemşirelerin %66'sı taburculuk planlaması sürecinde yararlanılabilecek mevcut kaynaklar hakkındaki bilgi yetersizliği nedeniyle taburculuk planı geliştirmede bazen problem yaşadıklarını, %25'i ise aynı nedenle sık sık sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada hemşireler bizim çalışmamızdan farklı nedenleri güçlük olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Taburculuk planlaması sürecinin başarılı olması için bütün bakım vericiler, birlikte ve ekip üyeleri ile işbirliği içerisinde çalışmalıdır.<sup>4,5</sup> Bunun da ancak yeterli sayıda personelin çalışması ve çalışanlar için uygun bir iş ortamı sağlanarak bireylerin iş doyumunun artırılması ile mümkün olabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda da hemşireler taburculuk planlaması sürecinde et-

kin yer alabilmeleri için; ekip işbirliğinin olması, personel sayısının artırılması ve iş yoğunluğunun azaltılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Cerrahi hastalarına kapsamlı bir taburculuk eğitimi verilmesi taburculuk sonrası sorunların azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmamızda hemşirelerin taburculuk eğitiminde yer aldığını belirttikleri konulara ilave olarak, literatürde cerrahi hastası için ağrı kontrolü, solunum ve öksürük egzersizleri, boşaltım, uyku ve dinlenme, günlük işler, araba kullanma, çalışma yaşamına dönüş, öz-bakım vb. günlük yaşam aktiviteleri, risk faktörlerinden korunma, taburculuk sonrası için gereksinim duyulabilecek ilgili kurumlara ilişkin bilgi ve danışmanlık, sağlığın geliştirilmesi gibi konulara da yer verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.<sup>1,4,7,9-11</sup> Yapılan bir çok 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>12,20-23</sup>

Coşkun ve Akbayrak'ın<sup>24</sup> belirttiğine göre; Özmen'in yaptığı çalışmada hastaların hemşirelerden daha fazla açıklayıcı bilgi vermeleri konusunda bek-

lentileri yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada belirtildiğine göre Özcan'ın yaptığı çalışmada da hastalara yapması ya da yapmaması gerekenler ve diyeti konusunda bilgi verilmesinin hastaların ve hemşirelerin çok önemli olduğunu düşündükleri konular arasında yer aldığı görülmektedir.

Literatürde; verilen bilgilerin unutulmaması, hastanın soru sorma fırsatı bulabilmesi, kullanacağı araç-gereçle ilgili deneyim kazanabilmesi ve eğitimin etkili olabilmesi için taburculuk eğitiminin hastaneye yatışla birlikte başlatılması, bilgilerin tekrar edilmesi, hastaya kullanacağı araç-gereci kullanmayı ve uygulamayı deneme fırsatının verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Çalışmamızda ise hemşirelerin taburculuk eğitimini çoğunlukla hastanın taburcu olacağı gün verdiklerini ifade etmeleri bu konu ile ilgili bilgi eksikliğine bağlı olabilir.<sup>25</sup>

Araştırmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğu eğitim verirken sözel anlatım yöntemini kullandıklarını belirtmişlerdir. Literatürde ise taburculuk eğitiminde düz anlatım, bire-bir ya da grup tartışması, soru-cevap, bireysel görüşme, demonstrasyon, uygulama, rol oynama/yapma ve örnek olay/vaka çalışması gibi yöntem ve tekniklerin kullanılması gerektiği ve sözel bilgilendirmenin unutulabileceği belirtilmektedir.<sup>1,6,25</sup> Goodman<sup>22</sup> da çalışmasında; önceden hazırlanmış geniş kapsamlı ameliyat öncesi bilgi paketlerinin hastaları taburculuk için hazırlamada çok önemli kaynaklar olduğunu ve bu kaynakların kitapçıkları, konferansları, evde nelerle karşılaşabileceklerini ve normal aktivitelerini yavaş yavaş nasıl geri kazanacaklarını açıklayan video kasetleri kapsadığını belirtmektedir.

Çalışma süresi 5 yıl ve altında olan hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde etkin yer alma oranı diğer gruplara göre daha fazladır. Hemşirelerin çalışma yaşantılarının ilk yıllarında; yeni mezun olmalarının, bilgilerinin daha taze olmasının ve mesleğe yeni başlamış olmanın verdiği istekliliğin taburculuk planlaması sürecinde daha etkin yer almalarına neden olduğu düşünülmektedir. Lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde etkin yer alma oranının ön lisans ve altı eğitim düzeyindeki hemşirelere göre yüksek olması; hemşirelerin eğitim düzeyinin artmasının önemini ve hemşirelerin süreçte yer alma durumlarını olumlu etkilediğini göstermektedir.

## SONUÇ

Çalışmadan elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde; hemşirelerin taburculuk planlaması sürecinde etkin yer alma oranlarının istenen düzeyde olmadığı ve etkin yer almamalarının ise iş yoğunluğu, personel sayısındaki ve ekip işbirliğindeki yetersizlik, hasta sirkülasyonunun fazlalığı ve hastaların kısa süre yatmaları, mevcut sağlık politikasının yapısı, uygun eğitim materyallerinin ve fiziksel ortamın olmaması, eğitim düzeyindeki farklılıklar ve deneyim yetersizliği gibi nedenlerden kaynaklandığı söylenebilir. Bu bulgular doğrultusunda; taburculuk planlaması sürecinin etkin olarak gerçekleştirilmesine engel olan faktörlerin giderilmesi, sürecin uygulanabilmesi ve hemşirenin bu süreçte etkin rol alabilmesi için gerekli kurumsal düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Akdemir, N, Birol, L. [Nursing and nursing approaches] Akdemir N, Birol L. editörler. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2<sup>nd</sup> ed. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı SANERC, Sistem Ofset; 2004. p.78-80.
2. Dinç L. [Admission and discharge of patient]. Atalay M, editör. Hemşirelik Esasları El Kitabı. 1<sup>st</sup> ed. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Yayın No: 8, Birlik Ofset; 1997. p.25-8.
3. Ekici B. [Discharging of patients and developed care standarts towards child discharging]. Nursing Forum 2004;7(1):12-6.
4. Potter PA, Perry AG. Coordinating health care delivery. Fundamentals Nursing Concepts, Process, and Practice. 4<sup>th</sup> ed. Missouri: Mosby; 1997. p. 68-78.
5. Meeker MH, Rothrock JC. Patient education and discharge planning. Alexander's Care of The Patient in Surgery. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Mosby; 1999. p.287-9.
6. Naylor MD, McCauley KM. The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. J Cardiovasc Nurs 1999;14(1):44-54.
7. Moore SM. The effects of a discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. Int J Nurs Stud 1996;33(2):181-9.
8. Henderson A, Zernike W. A study of the impact of discharge information for surgical patients. J Adv Nurs 2001;35(3):435-41.
9. Dunstan JL, Riddle MM. Rapid recovery management: the effects on the patient who has undergone heart surgery. Heart Lung 1997;26(4):289-98.



10. Monahan FD, Neighbors M. Knowledge base for patients undergoing surgery. *Medical-Surgical Nursing Foundations for Clinical Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p. 156-8.
11. Ignatavicius DD, Workman ML, Mishler MA. *Interventions for postoperative clients, Medical-Surgical Nursing Across The Health Care Continuum*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p. 377-8.
12. Jacobs V. Informational needs of surgical patients following discharge. *Appl Nurs Res* 2000;13(1):12-8.
13. Watts R, Pierson J, Gardner H. Critical care nurses' beliefs about the discharge planning process: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006;43(3):269-79.
14. Kaya H. [Patient education in health services and responsibilities of nurse: review]. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2009;1(1):19-23.
15. Chaboyer W, Foster M, Kendall E, James H. ICU nurses' perceptions of discharge planning: a preliminary study. *Intensive Crit Care Nurs* 2002;18(2):90-5.
16. Watts R, Gardner H, Pierson J. Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive Crit Care Nurs* 2005;21(5):302-13.
17. Açıksöz S, Uzun Ş. [Examination of difficulties of daily living activities during homecare after total hip prosthesis]. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing* 2007;11(1):8-16.
18. Okçın F, Senol S. [Possibility of delivering "home health care" to chronic hematological patients]. *Journal of Ege University School of Nursing* 2004;20(1):149-56.
19. Bull MJ. Patients' and professionals' perceptions of quality in discharge planning. *J Nurs Care Qual* 1994;8(2):47-61.
20. Burney M, Purden M, McVey L. Patient satisfaction and nurses' perceptions of quality in an inpatient cardiology population. *J Nurs Care Qual* 2002;16(4):56-69.
21. Doering LV, McGuire AW, Rourke D. Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. *Am J Crit Care* 2002;11(4):333-43.
22. Goodman H. Patients' perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *J Adv Nurs* 1997;25(6):1241-51.
23. Johansson K, Hupli M, Salanterä S. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *J Clin Nurs* 2002;11(5):634-9.
24. Coşkun H, Akbayrak N. [Defining the nursing care on patient admission to the clinic and discharge]. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing* 2001;5(2):63-8.
25. Taşocak G. [Education role of nurse in health care services and concerned standards], *Patient Education*. 1sted. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayını No: 4377, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayını No: 9; 2003. p. 1-6.