

40715

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN HASTA BİREYİN
KLİNİĞE KABULÜNE İLİŞKİN
BİLGİ VE UYGULAMALARI**

T 48715

Fatma CEBECİ

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr.Nalan Özhan ELBAŞ

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

ANKARA

1996

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Programında Bilim Uzmanlığı tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Nalan ¼zhan Elbaş Hacettepe ¼niversitesi

¼ye : Doç.Dr.G¼l¼mser Kubilay Hacettepe ¼niversitesi

D. Kubilay

¼ye : Doç.Dr.T¼lin Bed¼k Hacettepe ¼niversitesi

Bed¼k

ONAY:

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Atilla Hıncal

Prof.Dr.Atilla Hıncal

Enstit¼ M¼d¼r¼

ÖZET

Araştırma Ankara ili Gazi Üniversitesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta bireyin kliniğe kabulüne ilişkin bilgi ve uygulamalarını saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gazi Üniversitesi Hastanesinde Genel Cerrahi, Kulak Burun Boğaz, Göz Nöroşirurji, Plastik Cerrahi, Ortopedi, Üroloji, Noroloji, Dahiliye, Enfeksiyon Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Dermatoloji klinikleri hasta kabul süreci uygulamalarında benzer özellikler taşıdığından bu kliniklerde servis sorumlu hemşireleri dışında görev yapan 80 hemşirenin tamamı örneklem kapsamına alınmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından Gözlem ve Görüşme teknikleri ile elde edilmiştir. Gözlem formu ve Anket formunun işlerliğini test etmek amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Yüzdeler, Aritmetik Ortalama, Varyans Analizi, Duncan Testi ve Korelasyon yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular, hemşirelerin hasta bireyin kliniğe kabulüne ilişkin bilgi ve uygulama puan ortalamalarının düşük olduğunu göstermiştir. Hemşirelerin hasta bireyin kliniğe kabulüne ilişkin bilgi ve uygulama puanları arasındaki ilişkiyi belirleyen korelasyon katsayısı önemli derecede anlamlı bulunmuştur. Hemşirelerin mezun oldukları okulların bilgi ve uygulamalarını etkilediği ancak meslekte çalışma sürelerinin, bilgi ve uygulamalarını etkilemediği saptanmıştır.

Hemşirelerin, hizmet-içi eğitim programına katılma durumunun bilgi puanına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, uygulamalara olumlu katkısı olmadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin son bir yıl içinde kendileri ve birinci derecede yakınlarının hastaneye yatma durumlarının bilgi ve uygulama puanlarına etkisi de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Yukarıda verilen sonuçlar doğrultusunda; hemşirelere hasta bireyin kliniğe kabulüne ilişkin hizmet içi sürekli eğitimin uygulamaya yönelik planlaması ve uygun aralarla denetlemenin yapılması, uygulamada kullanılacak bir "**hasta kabul formu**" hazırlanması, hastaların hastane ortamına uyum sağlamalarını kolaylaştırmak için "**Hastane rehber kitapçığı**" çıkarılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hastanın kliniğe kabulü, Hemşire, Hasta, Hastalık ve Hastane ortamı

ABSTRACT

The research is conducted to obtain information regarding the knowledge and applications of nurses when the patients are admitted to clinics. The nurses are worked in Gazi University Hospital in Ankara.

The sample consists of 80 nurses assigned (except department head nurses) in General Surgery, Ear, Nose, Throat, Eye, Neurosurgery, Plastic Surgery, Orthopaedics, Urology, Neurology, Internal Diseases, Infectious Diseases, Chest Diseases and Dermatology departments.

Interviews and observation techniques are used by the researcher. Pre-application studies were conducted so as to test the effectiveness of observation and questionnaire forms. Percent numbers, arithmetic average, variance analysis, Duncan tests, and correlation methods were utilized during the evaluation of the data.

With respect to information obtained through data collection, the average grade points of nurses regarding their knowledge and applications on patient admission to clinics are low. There is a significant correlation between knowledge and application points of nurses. It was also founded that the schools nurses are graduated affected their knowledge and application skills while their experiences did not.

While the participation of nurses to in-service education programs were statistically effective in knowledge grades, it was found that there is not a correlation with practice. There is a significant correlation between the knowledge and practice grades of nurses when they or their relatives are admitted to the hospital.

With regard to the results of the research the followings are proposed;

- Planning the implementation of a continuous in-service education program regarding the admission of patients to clinics, and monitoring it periodically.

- Preparing a "Patient Admission Form"

- Preparing a "Hospital Guide" to facilitate the orientation of patients to the hospital environment.

Key Words: Admission of patients to clinicis, Nurse, Patient, Disease, Hospital environment

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ	x
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
KONU İLE İLGİLİ YAYINLAR VE ÇALIŞMALAR	4
2.1. Hastalık, Hasta Birey ve Hastane Ortamı	4
2.2. Hasta Hemşire Aile İlişkisi ve Hasta Kabulü	6
2.3. Hasta Kabul Sürecinde İzlenecek Yollar	8
2.3.1. Hastanın Yatışına Karar Verilmesi	8
2.3.2. Hasta Kabul Ofisinin Sorumlulukları	9
2.3.3. Hastanın Yatacağı Ünitenin Hazırlanması	10
2.3.4. Hasta Bireyin Hemen Karşılınması Gereken Gereksinimleri	10
2.3.5. Hasta Bireyin Adaptasyonunun Sağlanması	11
2.3.6. Veri toplama	13
BİREYLER VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Şekli	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	15
3.4. Araştırmanın Sınırlılığı	16
3.5. Verilerin Toplanması	16
3.5.1. Gözlem Formunun Hazırlanması	16
3.5.2. Anket Formunun Hazırlanması	16

	SAYFA
3.5.3. Ön Uygulama	17
3.5.4. Gözlemlerin Yapılması ve Anket Formunun Uygulanması	17
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	18
BULGULAR VE TARTIŞMALAR	19
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR	49
ÖZGEÇMİŞ	54
EKLER	55
Ek 1. Hemşirelerin Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Uygulamaları İle İlgili Gözlem Formu	
Ek 2. Hemşirelerin Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Bilgi Düzeyi İle İlgili Anket Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

EEG	Elektroensefelografi
ANSKB	Ateş, Nabız, Solunum, Kan Basıncı
KB	Kan Basıncı
SMMYO	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
SML	Sağlık Meslek Lisesi
HYO	Hemşirelik Yüksek Okulu
M.Y.O	Meslek Yüksek Okulu
X	Aritmetik Ortalama
r	Korelasyon Kat Sayısı
F	Varyans Analizi

ŒEKİLLER DİZİNİ

Œekil	Sayfa
1. HemŒirelerin Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İliŒkin Bilgi Puanları İle Uygulama Puanları Arasındaki Korelasyon	21



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge	Sayfa
1 Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	19
2. Hemşirelerin, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Bilgi Puanları	20
3. Hemşirelerin, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Uygulama Puanları	20
4. Hemşirelerin, Mezun Oldukları Okullara Göre, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Bilgi Puanları	22
5. Hemşirelerin, Mezun Oldukları Okullara Göre, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Uygulama Puanları	23
6. Hemşirelerin, Meslekte Çalışma Sürelerine Göre, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Bilgi Puanları	25
7. Hemşirelerin, Meslekte Çalışma Sürelerine Göre, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Uygulama Puanları	25
8. Hemşirelerin, Hizmet İçi Eğitim Programına Katılma Durumlarına Göre, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Bilgi Puanları	27
9. Hemşirelerin, Hizmet İçi Eğitim Programlarına Katılma Durumlarına Göre, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Uygulama Puanları	27
10. Hemşirelerin, Son Bir Yıl İçinde Kendileri veya 1. Derece Yakınlarının Hastaneye Yatma Durumlarına Göre, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin, Aldıkları Ortalama Bilgi Puanları	29
11 Hemşirelerin, Son Bir Yıl İçinde Kendileri veya 1. derece Yakınlarının Hastaneye Yatma Durumlarına Göre, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Uygulama Puanları	29

Çizelge	Sayfa
12. Hemşirelerin, Yatışı Bildirilen Hasta Hakkında Edinilmesi Gereken Verilere İlişkin, Bilgi Alma Durumları	30
13. Hemşirelerin, Hasta Kliniğe Geldiği Anda Yapılması Gerekenlere İlişkin, Bilgi ve Uygulamaları	31
14. Hemşirelerin, Hasta Odasındaki Araçların ve Kliniğin Tanıtılması, Kural ve Rutinlerin Açıklamasını Gerekli Görme Durumları ve Bu Konudaki Uygulamaları	34
15. Hemşirelerin, Hastane Kural ve Rutinlerinin Hasta ve Ailesine Açıklanmasını Gerekli Görme Durumları ve Bu Konudaki Uygulamaları	36
16. Hemşirelerin, Hasta ve Ailesine Haberleşme Yöntemlerinin Açıklanmasını Gerekli Görme Durumları ve Bu Konudaki Uygulamaları	38
17. Hemşirelerin, Hastanın Günlük Yaşamı İle İlgili (Fizyolojik Gereksinimler, İhtiyaç ve Alışkanlıkları) Sorgulanması Gerekenlere İlişkin, Bilgi ve Uygulamaları	39
18. Hemşirelerin, Hasta ve Yakınlarının Anksiyetelerinin Giderilmelerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları	41
19. Hemşirelerin Hastanın Geçmiş Sağlık Yaşantısı Hakkında Öğrenilmesi Gerekenlere İlişkin Bilgi ve Uygulamaları	42

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlıklı yaşama hakkı, hukuk düzeni tarafından güvence altına alınmış temel insan haklarından biridir (2). Yaşam süresi içinde, herhangi bir nedenle bireyin sağlığının bozulması yaşama hakkına bir tehdit olarak algılanabilir. Sağlığı bozulan birey tıbbi yardıma gereksinim duyduğunda bu yardımı genellikle bir sağlık kuruluşundan alır. Bireyin sağlık kuruluşuna başvurusuyla sağlık personeli ile hasta birey arasındaki ilk ilişki başlar (5, 45).

Sağlık kuruluşuna başvuran bireyin hastaneye kabulü genellikle sekreter, doktor, hemşire tarafından, bazı ülkelerde ise hasta kabul ekibince yapılmaktadır (23, 53).

Hasta bireyin hem hastalığına hem de, kendisine yabancı bir ortam olan hastaneye ilişkin korku ve endişeleri vardır. Bireyin hastalığa ve hastane ortamına yönelik bireysel davranışları ve duygusal tepkileri, kişiliğine, yaşına, sosyal, kültürel ve ekonomik durumuna göre değişebildiği gibi, hastalığının özelliğine, daha önceki hastane deneyimine göre de değişebilir (17, 36, 49).

Uzun süreli, yatarak tedaviyi gerektiren ya da yaşamı tehdit eden hastalıklar, kısa süreli ayaktan tedaviyi gerektiren ve yaşamı tehdit edici olmayan hastalıklara oranla daha yoğun duygusal ve davranışsal değişikliklere neden olabilir (5, 49, 53).

Hastaneye yatışına karar verilen birey, alıştığı çevresinden ve günlük yaşantısından uzaklaşmış olacaktır. Hasta birey hastalığı nedeniyle korku ve endişe yaşamasının yanında, alışık olmadığı, kurallarının ve sınırlarının başkaları tarafından belirlendiği, yabancı bir ortama girer. Hastaneye yatan bireyin, para kazanan, karar veren meslek üyesi rolleri değişmiş, beden imajında, benlik kavramında ve aile düzeninde değişiklikler olmuştur (17, 53).

Hastaneye yatan birey, sosyal izolasyon, çevre kontrolünün kaybı ve aileden ayrılmasına bağlı olarak kendini yalnız hissedebilir. Hastane rutinlerinin ve tanının bilinmemesi korkuya, çevre kontrolünün azalması ise, öfke duygularının yaşanmasına neden olabilir (5).

Üstün (58)'ün yaptığı çalışmada da hastaneye ilk kez yatan hastaların yatışlarıyla ilgili ilk günlük duyguları; hastalığa ilişkin endişe, korku, evinden ve işinden ayrı olma, merak ve öfke olarak belirlenmiştir.

Hastaneye yatan bireyin bozulan dengesini yeniden kurabilmesi ve sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümlenebilmesi için desteklenmeye, anlaşılmaya diğer bir deyişle, mesleki yardıma gereksinimi vardır (55).

Keskin (27)'in yaptığı araştırmada, servise geldiklerinde ilgiyle karşılanan hastaların, daha çok güven, daha az korku yaşadıkları, yeterli ilgi ile karşılanmayan hastaların ise, korku duygularının yoğun olduğu saptanmıştır.

Bireyin hastalığı ve hastanede yatması aile üyelerini de etkileyerek, yoğun anksiyete yaşamalarına, normal aile dinamiğinin bozulmasına, aile düzeninde ve bireylerin fonksiyonlarında geçici ya da kalıcı değişikliğe neden olabilir. Bu nedenle hemşire; hasta ve ailesinin içinde buldukları durumu anlayabilmek için, insanı ve gereksinimlerini tanımalı, bireyi sosyal, psikolojik, fiziksel yönleri, ailesi ve toplum ile bir bütün olarak ele almalıdır (8, 9, 23).

Hasta kabul sürecinde hemşirenin yapacağı fizik değerlendirme, hasta ya da ailesinden alınan hemşirelik hikayesi ve etkili bir gözlem, hemşirelik bakım planının temelini oluşturacak, tedavinin başarıya ulaşmasını sağlayacak önemli araçlardan da biri olacaktır (17, 45).

Hastalık ve çevre ile ilgili bilinmezlikler nedeniyle bireyde oluşabilecek korku, kaygı ve anksiyeteyi azaltmanın en iyi yolu bireyi bilgilendirmektir. Cornwell and Jarrett (30)'in yaptığı araştırmada, hastaların ihtiyacı olan bilgileri yeterince alamadıkları ortaya çıkmıştır.

Hastayı kabul eden hemşirenin, sıcak ve ilgili bir yaklaşımla, hasta ve ailesinin hastaneye yatma ile ilgili duygularını paylaşması, hastane ortamını tanıtarak kural ve rutinleri hakkında bilgi vermesi, hasta ve ailesinin kaygı ve gerilimlerinin azaltılmasında önemli olduğu kadar, hastanın hastaneye adaptasyonunu kolaylaştırması bakımından da önemlidir. Üstün (58)'ün yaptığı çalışmada, hastaların çoğu hastaneye yatma ile ilgili duygularını konuşmak istemiş, konuşabilen hastalar rahatladıklarını, güven duyduklarını ve kendilerine değer verildiğini hissettiklerini belirtmişlerdir.

Hasta bireyin hastaneye yatışındaki ilk duyguları, hastaneye karşı tutumunu etkiler. Hasta kabulünde kullanılacak uygun bir kabul süreci yaklaşımı, bireyin kaygı, korku ve stresini azaltacak, hastaneye ve tedaviye uyumunu sağlayacak, stresin neden olduğu bazı rahatsızlıkları gidererek hastanın tedavi süresini kısıltacaktır.

Yapılan araştırmalar, hastaların kliniğe kabul sürecinde hemşireden değişik beklentileri olduğunu ancak bunların pek çoğunun karşılanmadığını göstermektedir (4, 27, 28, 31, 40). Örneğin Yazıcı (60)'nın yaptığı araştırmada hastaların yattıkları hastane ve gereksinim duydukları konularda yeterince aydınlanamadıkları anlaşılmıştır. Klinik gözlemlerimiz de hastanın kliniğe kabulü sürecindeki hemşirelik uygulamalarının yeterli olmadığı doğrultusundadır. Bu durumun hemşirelerin bilgi ve uygulama eksikliğinden kaynaklanabileceği düşünölmüştür. Bunun yanında hemşirelerin hasta bireyin kliniğe kabulüne ilişkin bilgi ve uygulamaları konulu bir araştırmaya rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bireylerin hastaneye yatışlarındaki ilk duyguları, hastaneye karşı tutumlarını etkileyeceğinden, uygun hasta kabul süreci bireyin hastaneye ve tedaviye uyumunu kolaylaştıracaktır. Bu nedenle araştırma; hasta bireyin kliniğe kabulüne ilişkin hemşirelerin bilgi düzeylerini belirlemek, bu konudaki uygulamalarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

KONU İLE İLGİLİ YAYINLAR VE ÇALIŞMALAR

2.1. Hastalık, Hasta Birey ve Hastane Ortamı

İnsanlar geçmiş dönemlerde hastalıkların nedenini doğa üstü güçlere bağlamışlar, çağlar boyu hastalıkların nedeninin tanrıların kızması, büyü, nazar gibi etkenlere bağlı olduğunu kabul etmişlerdir. İnsanlar tanrılardan, cin ve perilerden korunmak için büyücülere tapınaklara gitmişler, dua ederek beladan kurtulmak istemişlerdir. 19. yüzyılın sonlarında hastaların tedavi ve bakımı; tedavi tekniklerinin gelişmesi, tıbbi bakım pratiğinin artması, eğitilmiş personel kadrosunun oluşması, aseptik tekniklerin gelişmesi gibi nedenlerle hastanelerde yürütülmeye başlanmıştır. Bugün ise hastaneler; tanılayıcı testlerin, tıbbi tedavi ve cerrahi müdahalelerin, rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği sağlık kurumlarıdır. Sağlığın herhangi bir nedenle bozulması ya da genel sağlık kontrolünden geçme gibi nedenlerle sağlık bakım gereksinimine ihtiyaç duyan birey, bu ihtiyaçlarını karşılamak üzere hastaneye gelir (9, 12, 18, 20).

Sağlıklı durumdan hastalık durumuna geçiş, oldukça karmaşık bir süreçtir. Hastalık, hastanın pek çok aktivitesini yerine getirmesini engelleyerek yaşam düzenini bozmuştur. Hastane ortamı hasta birey için yabancı, karışık, korkutucu ve kaygı verici bir ortamdır. Hastaneye yatma bireyi özel bakıma ve duygusal desteğe ihtiyaç duyan kişi konumuna sokar. Hastaneye yatan birey şaşkın, ümitsiz, güçsüz ve çaresizdir. Hasta birey fiziksel ve sosyal krizdedir. Kendini yabancılarla dolu, yaşam stilini başkalarının belirlediği bir ortamda yatağa hapsedilmiş hissedebilir. Hasta bireyin çevresi, hasta odaları, koridorlar, tedavi ve müdahale odaları ile sınırlanmıştır (3, 6, 8, 18, 25).

Bireyin hastalığa ya da hastanede yatmaya ilişkin deneyimleri ve duygusal reaksiyonları farklıdır. Bazı kişiler için hastalık bir yaşam modeli iken, bazı insanlar için bağımlılık anlamına gelebilir. Yalnız ve mutsuz bir kişi hastalandığında, sağlıklı olduğu zamanlardakinden daha fazla dikkat ve ilgi çeker. Sevilen mutlu bir kişi hastalığı ve hastanede yatmayı, evinden ve sevdiklerinden ayrıldığı için zor kabullenir. Bazı insanlar hastalıkları günahlarına ve yanlış

davranışlarına karşı cezalandırılma olarak görürler. Reaksiyonları utanma ve suçluluk olabilir. Hastalık kişide yeteneklerinin zayıflamasına ve kolayca incinmesine neden olur. Basit ve doğal işler kişiye zor gelebilir (12, 23, 34, 51).

Hastalığa karşı gösterilen tepkiler; anksiyete, şok, inkar, kızgınlık, öfke, pazarlık, kuşku, soru sorma, önemsenmeme, yalnızlık, regresyon, bağımlılık, utanma, suçluluk, geri çekilme ve depresyondur (12, 20, 44).

Hastaneye yatan birey sosyal izolasyon, çevre kontrolünün kaybı, aileden ayrılma gibi nedenlerle kendini yalnız hissedebilir. Hastane rutinlerinin ve tanının bilinmemesi nedeniyle korku, çevre kontrolünün azalması nedeniyle öfke, prognozun kötü olma korkusu nedeniyle ise emosyonel destek yetersizliği yaşayabilir. Hastaneye yatma ile birlikte para kazanan, karar veren, meslek üyeliği rolleri değişen birey, kişiliğinin kaybolacağından korkar, kişi olmaktan çıkıp bir sayı, bir vaka olacağı düşüncesine kapılır. Birey kendi kararlarını veremez hale gelir. Hasta bireyin yaşamı, her konuda kendisi dışında bir otorite tarafından belirlenmiş, ne zaman yatacağı, ne zaman kalkacağı, ne zaman ziyaretçilerinin gelebileceği, doktorunu ne zaman görebileceği ve tedavilerinin ne zaman yapılacağı, kişinin yaşam tarzına ve gizliliğine önem verilmeden söylenmiştir. Hastanede yatan insanın başına gelen kötü olaylardan biri de mahremiyetin gözetilmemesidir. Hastanın vücudunun en gizli yerlerine, cinsiyet ayrımı gözetmeksizin erkek ve kadın dokunabilir, bakabilir. Hastanede yatan birey, kısa bir zaman içinde çevresinde bir kısır döngünün oluştuğunu, bireyselliğinin gözönüne alınmadığını hisseder. Yabancı yatak, yabancı sesler, yabancı yiyeceklere alışmakla kalmaz, her biri hastanın tedavisi ve bakımıyla ilgili sorumlulukları olan insanlara da, her an hazır ve işbirliği içinde olması beklenir (8, 9, 45, 49).

Hastalık durumuna uyum sağlamada ve hastaneyi kabullenmede bireysel faktörlerin etkisi büyüktür. Bireyin kendini algılaması, beden bilinci, çalışma yaşamındaki kişilerle ilişkisi, ilk hastane deneyimi, yaşı, cinsiyeti, sosyal çevresi, ekonomik ve kültürel durumu, zekâ kapasitesi, geçmiş yaşam deneyimleri, düşünceleri, kişiliği, sağlık probleminin özelliği, sağlık personelinden beklentileri

gibi faktörler hasta konumuna geçişi, hastalığı kabullenmeyi ve iyileşme sürecini etkiler (33, 36).

Hastaneye yatma uygunsuz bir zorunluluk olabileceği gibi, bireysel işler ve aktivitelerinin zamanlamasına da ters düşmüş olabilir. Hastanın hastaneye yatışının acil olması durumunda, birey işini, parasal durumunu, ailesini ve evinin düzenlenmesini yapamamış olacağından, büyük bir stres yaşayarak krize girebilir. Hastanın, hastanede yatacağı tarihi kendisinin belirlemesi, yaşayacağı krizi azaltabilir (3, 11, 25).

Hasta bir bireydir ve her birey kendine özgüdür. İnançları fikirleri, alışkanlıkları vardır. Bunlar hasta olduğu zamanlarda da devam eder. Ancak, hasta bireyin sistemden beklentisi ile, sistemin hastadan beklentisi uyuşmayabilir. Böyle bir durumda hastanın sisteme uyması beklenir. Bireysellik sistemin etkinliğini tehdit eder. Oysa hastanede yatan birey sadece hastalığına değil, hastaneye, hastalığına ve hasta rolüne tepkisini de beraberinde getirir (9, 47, 51).

Bireyin hastalığa reaksiyonu, hastalık davranışları, sağlık ve hastalığın birey ve aileyi nasıl etkilediği bilinmeli ve ele alınmalıdır. Bireyin yaşayabileceği anksiyete, korku, öfke, kızgınlık gibi duygular sağlık personeli tarafından ele alınmazsa iyileşmeyi olumsuz yönde etkiler. Oysa bu gibi duygusal reaksiyonların ele alınması ve hasta tarafından doğrudan ifade edilebilmesi, stresin neden olduğu problemleri ortadan kaldırabilir. Stres farkedildiğinde ve uygun biçimde ele alındığında, kontrol edilebilir ve zararlı etkileri önlenebilir (7, 21, 39, 43).

2.2. Hasta Hemşire Aile İlişkisi ve Hasta Kabulü

Hasta bireyin sorunlarını çözebilecek güce gelmesinde ona yardımcı olma sorumluluğunda olan hemşire, hasta bireyi tanımak sorunlarını saptamak, bu sorunların çözümünde ne tür yardıma gereksinimi olduğunu anlamak ve gerekli yardımı sağlayabilmek için, iyi bir iletişim becerisine sahip olmalıdır. Başlangıçta iki yabancı olan hemşire ve hasta arasındaki iletişimi hemşire başlatmalıdır.

Hemşirenin hasta ve ailesi ile olan her teması ve yaptığı her işlem kişilerarası ilişkiler yönünden bir adım oluşturur (3, 23).

Wilson-Barnett (17)'inde belirttikleri gibi, hastanın hastaneye yattığı gün, hasta ve ailesinin streslerinin en yoğun olduğu ve huzursuzluğun doruk noktaya ulaştığı gündür (9, 36, 44). Hastaneye yatan hasta ve ailesinde oluşan yoğun anksiyete ve korku ilk aşamalarda kurulacak iyi bir iletişim ve ilişki ile azaltılabilir. Hasta ve ailesi ile kurulacak tedavi edici iletişim, hasta ve ailesinde hastane ve çalışanlarına karşı güven duygusu geliştirecek endişelerinin azalmasına yardımcı olacak iyi bir bakım ve tedavi ortamı yaratacaktır. Hastanın hastanenin güvenli, kendisinin iyileşmesine yardımcı olacak bir yer olduğunu algılaması hastanenin fizik ortamından çok görevlilerin ilgileri, tutum ve davranışları ile mümkündür (15, 21, 60).

Hasta ile ilk karşılaşma, hasta hemşire ilişkisinin yönünü belirleyeceğinden hemşire kendi görüntüsünün önemli olduğunu bilmeli, temiz, düzenli bir görünüm içinde olmalıdır. Hemşirenin hasta ve ailesini karşılayıp selamlaması, ismiyle hitap etmesi, kendini, hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu diğer sağlık personellerini ve oda arkadaşlarını tanıştırmayı başarılı bir hemşire hasta iletişimini başlatır. Hastada bir birey olarak değer verildiği duygusu uyandırır (25, 45, 53).

Hasta ve ailesi sıkıntılarını, gereksinimlerini açıkça ortaya koyamaz. Farklı tepki ve davranışlarla ifade etmeye çalışabilirler. Bu nedenle, hasta ve ailesinin içinde buldukları durumu kavrayabilmek için, sadece konuşma yazma gibi sözlü iletişim araçlarını değil, mimikler, ses tonu, cilt rengi, kan basıncı, ağlama gibi sözsüz iletişim araçlarını da dikkate almak gerekir (9, 37, 52). Anksiyeteli hastalarda ortaya çıkan taşikardi, titreme, ağız kuruluğu, kan basıncı yüksekliği gibi belirtiler doktorun tanısını yanlış yönlendirmeden etkili bir iletişimle ele alınmalı ve azaltılmalıdır (3).

Hemşire hastaya yardımcı olabilmek için, gösterilen davranışın ya da tepkinin altında yatan gerçeğin ne olduğunu ve hasta için ne anlama geldiğini ortaya çıkarmaya çalışmalıdır. Hemşire hasta ve ailesine kendilerini ifade edebilmeleri için uygun ortam hazırlamalı, onlara zaman ayırdığını belli etmeli,

duygularını dile getirmelerini desteklemeli, iletişimi engelleyebilecek görme, işitme, konuşma zekâ problemi gibi bir durumun olup olmadığını araştırmalı, varsa alternatif iletişim teknikleri geliştirmeli, korkularına hoşgörü ile yaklaşmalı, iyi bir dinleyici ve gözlemci olmalıdır (12, 21, 49, 56).

Krieger et al (9) hastanın yanında olduğumuzun ve onu desteklediğimizin bir ifadesi olan tedavi edici dokunmanın EEG ile ölçülebilir bir psikolojik rahatlama sağladığını, kalp atışları, vücut ısısı ve cilt tepkilerinde düzeltme yarattığını belirtmektedirler. Hiedt (56)'in yaptığı çalışmada da nabız almak için dokunmanın anksiyetenin giderilmesinde önemli olduğu görülmüştür. Bu nedenle hasta ve ailesinin anksiyetesinin giderilmesinde kullanılacak iletişim yöntemlerinden biride tedavi edici dokunma olabilir (9).

Hemşire hasta ile iletişiminde, hastanın kişiliğini korumaya, bireyselliğini kabul etmeye, hastanın psikolojik ve fizyolojik gereksinimlerini ne derece karşılayabildiğine dikkat etmelidir. Hemşire iletişimde açık olmalı, hastanın korku, endişe, çekingenlik gibi duygularının farkında olduğunu söyleyebilmelidir. Böyle bir durumda hasta birey, hasta rolünü insan olarak duygularını bertaraf etmeden özümsemeye çalışacaktır (3, 49).

Hasta ve ailesiyle kurulan kişilerarası ilişkiler, karşılıklı saygıya, değer vermeye, bireyin duygularını ve güçlüklerini göz önüne almaya dayalı olmalıdır. Bu tarzda bir ilişki tedavinin başarıya ulaşmasını sağlayacak en önemli araçlardan biridir (39).

2.3. Hasta Kabul Sürecinde İzlenecek Yollar

2.3.1. Hastanın yatışına karar verilmesi

Hasta bireyin hastanede tedavisine karar veren doktor, hastanın ve kliniğin durumunu dikkate alarak yatış tarihini belirler. Yatış tarihinin hasta ile birlikte kararlaştırılması, hasta birey için uygunluğunun değerlendirilmesi gerekir (51). Doktor yatıracağı hastayı "Hasta Yatırma Kağıdı" ile birlikte hasta kabul ofisine gönderir. Bu arada kliniği arayarak hastanın yatacağını ilgili doktor ve

hemşireye haber vermelidir. Bu bilgi, hasta odasının ve yatağının hasta gelmeden önce hazırlanmasını sağlaması bakımından önemlidir (23, 25, 45).

2.3.2. Hasta kabul ofisinin sorumlulukları

Çoğu hastanede hasta yatışı, acil durumlar dışında hasta kabul ofisince yapılmakla birlikte, her kurum hasta kabulünde değişik metot ve prosedürler uygular. Hasta kabul biçimleri, hastane politikasına, yerel durumlara ve hasta gereksinimlerine göre değişebilmektedir. Kabul prosedürleri, hastanın ve kliniğin durumuna göre ayarlanır. Kabul memurları, hasta kabulündeki başlangıç davranışlarını gösteren personeldir. Bu personelin davranışının kötü olması durumunda hasta birey tüm hastane personelinin bu şekilde olduğunu düşünebilir. Oysa nazik ve profesyonel bir davranış hastanın sağlık personeliyle olumlu ilişkiler kurmasını kolaylaştırabilir (17, 25, 52, 53).

Kabul ofisindeki memur hasta veya aile üyelerinden biri ile görüşerek hasta hakkında tanıtıcı bilgileri alır. Bunlar hastanın adı soyadı, yaşı, doğum tarihi, mesleği, adresi, telefonu, sağlık güvencesi v.b içerir. Bilgiler bilgisayara yüklenir ve hastaya dosya numarasını içeren kayıt kartı verilir. Bu bilgilerden sonra, ülkemizde ve yurtdışında bazı hastanelerde uygulanan ve özellikle çocuk, yaşlı ve bilinçsiz hastalarda önemle üzerinde durulan bileklik, hastanın koluna takılır veya takılmak üzere görevliye verilir. Bileklikteki bilgilerin içeriği; hastanın adı soyadı, protokol numarası, doktoru ve yattığı bölümden oluşur (4, 23, 50, 51).

Hasta ve ailesine, hastane hakkında bilgilendirmek amacıyla "hastane rehber kitapçığı" adı altında bir broşür verilmesi uygun olur. Hastanede uyulması gerekli kural ve rutinleri de içeren bu broşür, hastaya hasta kabul ofisi tarafından verilebilir (20, 45, 60).

Yatışı yapılan hasta, durumunun gerektirdiği şekilde (yürüyerek, sedye ya da tekerlekli sandalye ile) ve bir görevli eşliğinde ilgili bölüme götürülerek, klinik hemşiresine teslim edilmelidir (5, 13, 23).

2.2.3. Hastanın yatacağı ünitenin hazırlanması

Hastanın yatacağı ünite, hastanın gereksinimlerini karşılayabilecek yeterlikte olmalı, banyo, tuvalet, lavabo, dolap, etejer v.b. eşyalar bulunmalıdır. Hastanın güvenliğinin ve rahatının sağlanması bakımından oda temiz, uygun ısı ve ışıktaki olmalı, sinyal sistemi bulunmalı, yatak hastanın durumuna ve özelliğine göre, gerekli pozisyonlar verilebilecek nitelikte olmalıdır. Chalmers (51) gibi pek çok otorite, bu ayrıntıların gözetilmesi gerektiğini belirtmektedir (20, 23, 50).

Hastanın yatacağı ünitenin belirlenmesinde, hastanın genel durumu, sağlık probleminin özelliği, cinsiyeti, yaşı, hastanın oda tercihi önemlidir. Bu nedenle, hastanın yatacağı haberini alan hemşire, doktordan hasta ile ilgili bilgileri almalı, bu bilgilerin ışığında hastanın yatacağı oda ve yatağa karar vermelidir (25, 59).

Hemşire, odaya hasta için gerekli malzemeleri getirmeli, yatağı hazırlayarak hastanın geliş şekline uygun pozisyonda tutmalıdır. Bu hazırlıkların önceden yapılması, hem hastanın bekletilmeden yatağına alınmasını sağlayacak, hem de hastanın durumuna uygun müdahalenin yapılmasını kolaylaştıracaktır (45, 53).

2.3.4. Hasta bireyin hemen karşılanması gereken gereksinimleri

İlk kabul prosedürlerinin tamamlanmasından sonra kliniğe gelen hasta ve ailesi ile tanışan hemşire, hasta bakımından sorumlu olduğunu anlatmalı, hastanın genel durumu ve görünümünü değerlendirerek, gereksinimlerini saptamalı ve karşılamalıdır (15, 17, 25, 36).

Hasta bireyin ihtiyaçlarını en iyi şekilde anlayabilmek ve giderebilmek için bireyi tanımak, benzersizliğini gözönünde tutmak, karşılaştığı durumlara ve çeşitli güçlüklerle kendine özgü bir biçimde tepki verdiğini bilmek gerekir. Hasta bireyin kliniğe kabulü, ihtiyaçlarının istediği anda ve hemen giderilmesini içeren bütüncül görüş içinde olmalıdır. Bu nedenle hastanın bakım gereksinimlerini karşılama sorumluluğunda olan hemşirenin, hasta bireyin o andaki gereksinimlerini ortaya çıkarıcı ve karşılayıcı faaliyetleri olmalıdır (29, 37, 51, 57).

Hastanın hemen giderilmesi gereken ihtiyaçları fiziksel olabileceği gibi, sosyal ya da psikolojik de olabilir. Hasta solunum güçlüğü çekebileceği gibi, hemen işyeri ve ailesi ile görüşme, ya da ağlayarak boşalma isteği içinde de olabilir. Bu nedenle hemşire hastanın durumu ile ilgili gözlem yapmalı, kişisel ihtiyaçlarını değerlendirmeli ve ihtiyacı olan bakımı zamanında ve öncelik sırasına koyarak gidermelidir. Kabul işlemi yorucu olabilir. böyle bir durumda hemşire öncelikle hastanın dinlenmesine izin vermeli, kabul işlemlerinin bir parçasını sonraya ertelemeli ve bunun nedenini hastaya açıklamalıdır. Hemşire hastanın fiziksel ve duygusal rahatını sağlamalı, hastanın güven içinde sıcak ve huzurlu bir ortamda olduğunu hasta ve ailesine hissettirmelidir. Bekleyen, yorgun, kaygılı bir hasta kendisiyle ve problemleriyle kimsenin ilgilenmeyeceğini düşünebilir (20, 23, 41, 52).

Hastanın hastaneye adaptasyonunun süresi, hemşirenin hastanın ilk ihtiyaçlarını doğru değerlendirmesine, bu ihtiyaçlarla başa çıkabilmesine ve davranışlarına bağlıdır (20).

2.3.5. Hasta bireyin adaptasyonunun sağlanması

Hasta kabulündeki hemşirelik amacı, hastanın mümkün olduğunca yeni çevresiyle uyum sağlamasını kolaylaştırmaktır. Hastanın uyumunu sağlamak, tedavi ve bakımın ilk basamağıdır (20, 25). Hastanın kliniğe gelir gelmez kabul edilmesinin mümkün olmadığı durumlarda hemşire, hasta ve ailesinin stresini arttırmamak için, bekletilmenin nedenini ve ne kadar süreceğini anlatmalıdır. hemşire, hasta ve ailesinin kliniğe geldiklerinde endişe ve korku içinde olabileceklerini bilmeli, onlara zaman ayırarak endişe ve korkularını anlatmalarına ve soru sormalarına fırsat vermelidir. Bu arada hemşire gözlem yapmalı, hastanın çevresiyle iletişim kurmasını engelleyebilecek herhangi bir problemi olup olmadığını değerlendirmelidir. Hemşire hastaya yardımcı olmak istediğini, herhangi bir problemi kendisine rahatlıkla iletebileceğini belirtmeli, daha sonra bireyi odasına götürüp diğer hastalarla, klinik çalışanlarıyla

tanıştırmalı ve çevresi hakkında bilgi vermelidir (11, 13, 21, 45, 51, 57). Bu bilgiler;

- Şahsi eşyalarını nereye yerleştireceği
- Banyonun yeri sıcak su gün ve saatleri
- Tuvaletin yeri
- Yatağa bağımlı hasta için tuvalet ihtiyacını nasıl giderebileceği
- Hemşire çağırma zili
- Yatağın özellikleri ve kullanımı
- Odada bulunan aletlerin tanıtımı veya kullanımı
- Müdahale, doktor, hemşire odalarının yerleri
- TV odası veya kiralama yeri
- Pansuman, ilaç ve ANSKB saatleri
- Hemşire nöbet, doktor vizit saatleri
- Gazete, dergi v.s. temin edebileceği yerler
- Dinlenme odası, kütüphane, berber
- Hastanın değerli eşyalarının korunmasına ilişkin kliniğin/hastanenin tutumu
- Yemek saatleri ve kalkabilen hastalar için yemek salonunun yeri
- Yemeğini evden ya da dışardan getirebileceği durumlar ve koşulları
- Refakatçi kalma kural ve koşulları
- Sigara kulanması durumunda kliniğin tutumu
- Evden getirmesi gereken ve getirebileceği eşyaları
- Klinik dışına çıkabilme kural ve saatleri
- Ziyaret gün ve saatleri
- Hasta yakınlarının hasta yanında ne kadar kalabilecekleri
- Acil-normal durumlarda hemşire ve doktoruyla nasıl haberleşebileceği
- Hasta ve ailesinin nasıl haberleşeceği, hastanın durumunun nereden ve nasıl öğrenilebileceği
- Hastaya yapılacak tetkik ve tedaviler
- Hasta ve ailesinin klinikteki hak ve sınırlılıkları.

Hastalık durumlarında bireyler yeteneklerini tam olarak kullanamadığından, uyum sağlama yeteneklerinde de azalma olur. Hastanın

çevresiyle başa çıkabilmesi ve yetersizlik korkularını yenebilmesi için hastaya bu bilgiler açık ve anlaşılır bir şekilde verilmelidir. Sorularına mümkün olduğunca somut, açık ve basit cevaplar verilmeli, yapılacak her türlü işlem açıklanmalıdır (9, 11, 20, 21).

2.3.6. Veri toplama

Hastanın fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerini tanımak, potansiyelini saptamak amacıyla bilgi toplamak, hastayı kabul eden hemşirenin görevidir. Bu bilgiler; gözlem, görüşme, hikaye alma, hastanın dosyasını okuma ve doktoruyla görüşme şeklinde alınabilir (17, 25).

Hemşire hastanın durumunu kavrayabilmek için kliniğe geldiği ilk andan itibaren gözlem yapmaya başlamalıdır. Hasta ile paylaşılan ve onunla birlikte açıklığa kavuşturulan herhangi bir gözlem, hastanın o sıradaki gereksinimlerinin ne olduğunu tanımada ve karşılama, ya da hastanın bir gereksiniminde olup olmadığını anlamada oldukça yararlıdır (37, 47).

Hemşire, yorgun ve kaygılı bir hastanın bilgi vermekte istekli olmayacağını bilerek, görüşme ve hikaye alma zamanlamasını iyi ayarlamalı, hasta ve ailesiyle yakın bir ilişki içinde olmalıdır (25, 51).

Gözlem, görüşme ve hikaye alma yoluyla elde edilen, objektif ve subjektif veriler, hemşire gözlem formuna ya da hasta kabulü sırasında alınacak bilgilerin kaydedilmesi için geliştirilen "hasta kabul formuna" işlenmelidir (25, 51, 13). Hasta kabulü sırasında hemşirenin yaptığı fizik değerlendirme ve hemşirelik hikayesi, hemşirelik bakım planının temelini oluşturur. Oluşturulan hemşirelik hikayesi, bireyin tepkilerini ihtiyaçlarını ve problemlerini yansıtacağından bakımı bireysel hale getirir. Tedavi edici iletişim aracıdır, hastalık yönelimli felsefeden hasta yönelimli felsefeye geçişi ve hasta bireyin bütüncül bir bakışla ele alınmasını sağlar (5, 59).

Hemşire kabul işlemi sırasında hastanın günlük yaşamı ile ilgili istenmeyen alışkanlıklarını (ilaç, sigara, alkol), günlük ihtiyaçlarını giderebilme durumunu, uyku, dinlenme, beslenme, boşaltım ve dini alışkanlıklarını, genel hijyen durumu

ve alışkanlıklarını stresle başatme yöntemlerini de öğrenerek kaydetmeli ve bunları mümkün olduğunca hastaneye adapte etmeye çalışmalıdır. Hasta bireyin hastaneye ilişkin daha önceki deneyimlerinin öğrenilmesi, hastanın hastaneye bakımının nasıl olduğu konusunda hemşireye bilgi verir. Hasta bireyin hastalığa ilişkin hikayesi, daha önce geçirdiği hastalıklar, kullandığı protezler, aldığı ilaçlar ve diyeti, allerjisi, öğrenilerek gözlem formuna kaydedilmelidir. Hastanın geliş şekli de (yürüyerek, tekerlekli sandalye, sedye), gözlem formuna kaydedilmelidir (5, 13, 23, 34).

Hemşireler, hastalarla diğer sağlık personellerinden daha fazla zaman harcadıkları için hasta bireyin ihtiyacı olan bakımı sağlamada en iyi bakış açısına sahiptirler, bu nedenle hasta bireyin kabulünden çıkışına kadar bakımın koordinasyonunda anahtar rolü oynarlar (45).

Hastaya Yapılacak Fizik Muayene

Hemşire fizik muayene hazırlığına hastanın yaşam bulgularını (KB, Ateş Nabız, Solunum), boy ve kilosunu alarak başlayabilir. Muayene odasının ısını ve temizliğini kontrol etmeli, hastaya fizik muayenenin içeriği ve neden yapıldığı anlatılmalıdır. Hemşirenin muayene sırasında, hasta ve doktorun yanında bulunması hem hemşire bakım planını temellendirmede yardımcı olacak bilgilerin edinilmesi, hemde hasta ve doktora yardımcı olunması bakımından önemlidir. Muayene sırasında gerekli araç gereçler hazır bulundurulmalı asepsi kaidelerine uyulmalıdır. Hastanın yapılacak muayeneye uygun olarak üzerindeki giysiler çıkarılmalı, uygun pozisyon verilmeli, mahremiyeti korunmalı, mümkünse özel muayene giysisi giydirilmelidir (23, 25, 50, 57).

BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, hasta bireyin kliniğe kabulüne ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını saptamak amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara ili Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yapılmıştır.

Hastane toplam 664 yatak kapasiteli olup yatakların 126'sı Gölbaşı binasındadır. Hastanede birden çok klinik aynı kat ve koridorda yer almaktadır.

Hastanede görev yapmakta olan 341 hemşireden 30'u Gölbaşı Hastanesinde çalışmaktadır. Hemşireler 08.00-16.00, 16.00-24.00, 24.00-08.00 şeklindeki üç vardiya ya da, kliniğin özelliğine ve kişinin eve ulaştırılabilme durumlarına göre 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 olmak üzere iki vardiya halinde çalıştırılmaktadır. Araştırmanın yapıldığı kliniklerde görev yapan 92 hemşireden 80'i doğrudan hasta bakımıyla sorumludurlar.

Her vardiyada kliniklerin özelliklerine göre, ortalama olarak bir ila, sekiz hemşire çalışmaktadır.

Hastanede hemşirelerin denetimi başhemşirelik tarafından yapılmaktadır. Hemşireler gündüzleri başhemşire ve yardımcısı, 16.00-08.00 saatleri arasında ve hafta sonları bir denetleyici hemşire tarafından denetlenmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara ili Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Genel Cerrahi, Kulak Burun Boğaz, Göz, Nöroşirurji, Plastik Cerrahi, Ortopedi, Üroloji, Nöroloji, Dahiliye, Enfeksiyon Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Dermatoloji

klirikleri hasta kabul süreci uygulanmasında benzer özellikler tařıdđđından, bu kliniklerde çalışan 92 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan 92 hemşirenin 12'si klinik sorumlu hemşiresi olduđđundan, doğrudan hasta kabul sürecine katılmamaktadır. Bu nedenle örnekleme 80 hemşireden oluşmuştur.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıđđı

Dahiliye ve Cerrahi kliniklerinin yoğun bakım üniteleri ile, Acil servis, Pediatri, Kadın doğum, Hemodiyaliz, Psikiyatri, Ameliyathane, Poliklinikler hasta kabul sürecinde farklı uygulamaları gerektirdiđđinden, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniđđi Gölbaşında bulunduđđundan, bu kliniklerde çalışan hemşireler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından ilgili literatüre dayanılarak hazırlanan gözlem formu (Ek 1) ve Anket Formu (Ek 2) aracılıđđı ile toplanmıştır.

3.5.1. Gözlem formunun hazırlanması

Gözlem formu hasta bireyin kliniđđe kabulü sırasındaki hemşirelik uygulamalarına ilişkin kaynaklardan (5,11,13,15,17,20,21,25,34,36,41,45,46, 50,53,55,57,59) ve gözlemlerimizden yararlanılarak hazırlanmıştır.

3.5.2. Anket formunun hazırlanması

Anket formunun birinci bölümü, örnekleme oluşturana hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini, ikinci bölümü ise hemşirelerin hasta bireyin kliniđđe kabulüne ilişkin bilgilerini ortaya çıkaran soruları kapsamaktadır. Anket formu ile sorulan sorular

bu konudaki yayınlardan (5,11,13,15,17,20,21,23,25,34,36,41,45,46,47,50,51,53,55,57,59) ve yapılan gözlemlerden yararlanılarak hazırlanmıştır.

3.5.3. Ön uygulama

Gözlem ve anket formunun işlerliğini saptamak amacıyla Gazi Üniversitesi Gölbaşı Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ortopedi kliniğinde çalışan 7 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Anket formunun ön uygulaması etkileşimi önlemek amacıyla, yapılan gözlemin tamamlanmasından sonra uygulanmıştır. Ön uygulama sonunda, gözlem ve anket formlarında gerekli düzeltmeler yapılarak son şekilleri verilmiştir.

3.5.4. Gözlemlerin yapılması ve anket formunun uygulanması

Hasta bireyin kliniğe kabulü sırasında yapılan hemşirelik uygulamaları, araştırmacı tarafından geliştirilen gözlem formu kullanılarak izlenmiştir. Çalışmanın gerçek amacı, araştırmacının güvenilirliği açısından hemşirelere açıklanmamıştır. Araştırmacı hasta birey ile birlikte yatış ofisinden kliniğe gelmiş, klinikte bulunma nedenini ise; hastanın hastaneye yatışı sırasında tepki ve duygularını anlamak olarak açıklamıştır. Hastanın kliniğe geldiği andan itibaren hastanın bir sonraki vardiya da çalışacak hemşireye teslim edilmesine kadar geçen sürede yapılan tüm hemşirelik uygulamaları gözlenerek geliştirilen gözlem formuna kaydedilmiştir. Gözlemler tamamlandıktan sonra, araştırmacı örnekleme oluşturulan 80 hemşirenin haftalık çalışma programlarını kontrol ederek, her bir hemşire için ayrı ayrı görüşme saati ve tarihi belirlemiştir. Araştırmacı anket formunu uygulamak amacıyla on gün süresince 07.30-24.30 saatleri arasında kliniklerde bulunmuş, örneklem kapsamına alınan hemşirelerle tek tek görüşmüştür. Araştırmacı görüşme sırasında gözlemin ve araştırmanın gerçek nedenini açıklayarak, anket formunu hemşirelere uygulamıştır. Görüşme yapılan her hemşireye, görüşmenin gerçek nedeni diğer hemşirelere açıklamamaları gerektiği, gerekçesiyle birlikte açıklanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formundaki bilgi soruları, her doğru yanıtta bir puan verilerek toplam 74 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Gözlem formunda yer alan maddelere, her doğru uygulama için bir puan verilmiştir. Hastanın durumu ve kliniğin yapısına bağlı olarak yapılan gözlem sayısı değiştiğinden, gözlem puan sayılarında her form için farklılık göstermiştir. Tablolaştırmada kolaylık sağlamak için elde edilen sonuçların hepsi, 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler, sayılar, aritmetik ortalama, Varyans analizi, Duncan Testi ve Korelasyon yöntemleri kullanılmıştır. Veri kodlama ve değerlendirme işlemlerinden yüzdeler, sayılar ve aritmetik ortalama araştırmacı tarafından elde, Varyans analizi, Duncan testi ve Korelasyon bilgisayarda, Minitab paket programı ile yapılmıştır.



BULGULAR VE TARTIŞMALAR

Çizelge 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

(N: 80)

Mezun Oldukları Okullar	Sayı	%
Sağlık Meslek Lisesi	28	35.0
Sağlık Hizm. M.Y.O. Hemşirelik Bölümü	26	32.5
Hemşirelik Yüksek Okulu	26	32.5
Meslekte Çalışma Süreleri	Sayı	%
0 - 5 yıl	44	55.0
60 - 10 yıl	33	41.2
11+	3	3.8
Son bir yılda kendilerinin veya birinci derece yakınlarının hastaneye yatma durumları	Sayı	%
Yatan	40	50.0
Yatmayan	40	50.0
Hastanın kliniğe kabulüne ilişkin Hizmet içi eğitime katılma durumları	Sayı	%
Katılan	44	55.0
Katılmayan	36	45.0
Toplam	80	100.0

Çizelge 1 incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin % 35.0'nin Sağlık Meslek Lisesi, % 32.5'inin ise Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ve Hemşirelik Yüksek Okulu mezunu oldukları görülmektedir.

Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri incelendiğinde, 0-5 yıl çalışma süresi olan hemşirelerin oranının yüksek (% 55.0), 11 yıldan fazla çalışan hemşirelerin oranının ise düşük olduğu (% 3.8) görülmektedir.

Hemşirelerin yarısının (% 50.0) son bir yıldır kendilerinin ya da yakınlarının hastaneye yattığı, % 55.0'inin hasta bireyin kliniğe kabulüne ilişkin hizmet içi eğitim programına katıldıkları görülmektedir. Sorularda bu konuda kurs ve seminer programlarının da yer almasına rağmen bunlara katılan olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 2: Hemşirelerin, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Bilgi Puanları

(N: 80)

Bilgi Puanları	Sayı	%
X ↓	46	57.5
X ↑	34	42.5
Toplam	80	100.0

X: 41.0

Çizelge 3: Hemşirelerin, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Uygulama Puanları

(N: 80)

Uygulama Puanları	Sayı	%
X ↓	44	55.0
X ↑	36	45.0
Toplam	80	100.0

X: 16.2

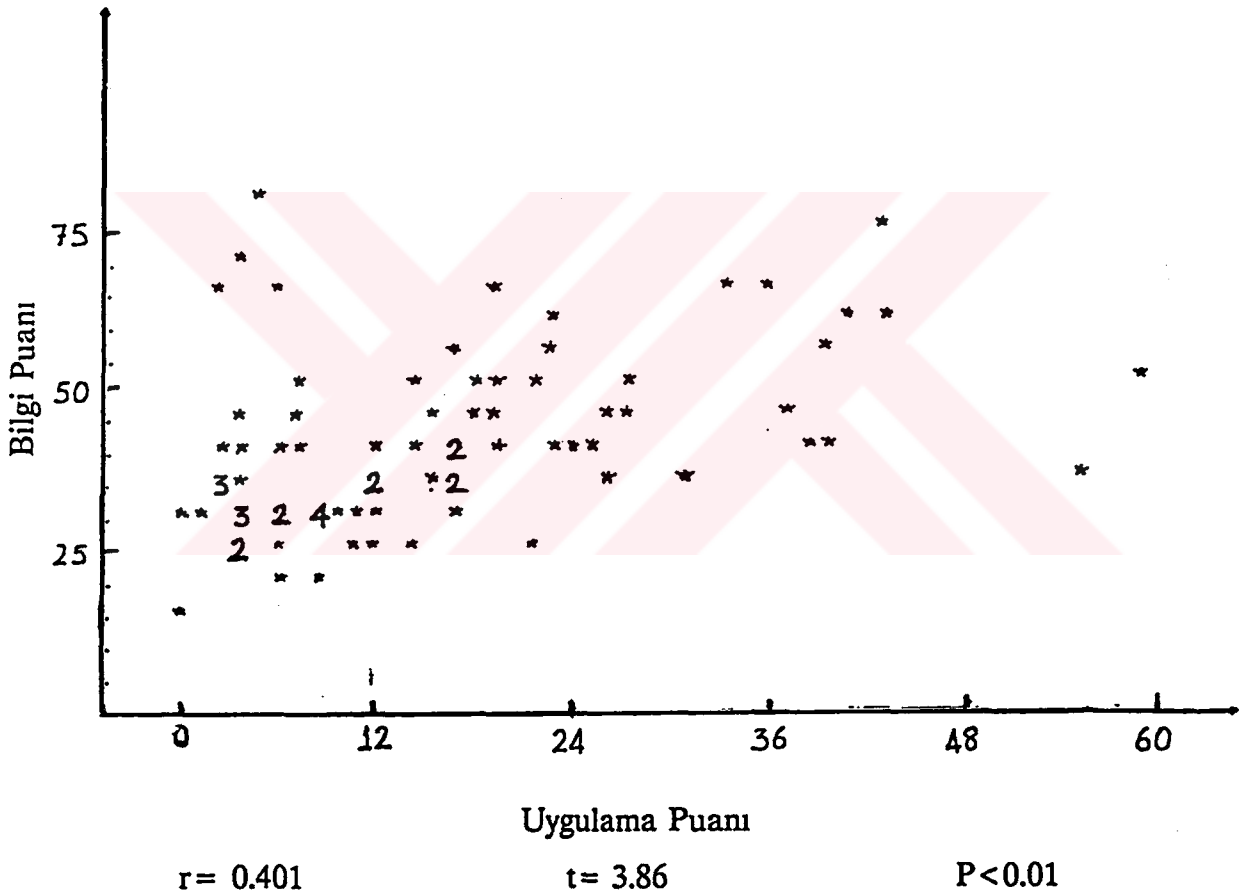
Çizelge 2’de hemşirelerin hastanın kliniğe kabulüne ilişkin bilgi puanları, Çizelge 3’de ise uygulama puanları görülmektedir. Hemşirelerin hastanın kliniğe kabulüne ilişkin bilgi ve uygulamaları 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Örneklem kapsamına alınan hemşirelerden tam puan alan olmadığı, alınan en yüksek bilgi puanının 78.4, uygulama puanının ise 58.5 olduğu saptanmıştır. Alınan en düşük bilgi puanı 14.9 en düşük uygulama puanı ise 0.0’dır. Örneklemi oluşturan hemşirelerin bilgi puanlarının aritmetik ortalaması 41.0, uygulama puanlarının aritmetik ortalaması ise 16.2 olarak bulunmuştur. Çizelge 2’de, hemşirelerin bilgi puanlarının % 57.5’inin, çizelge 3’de ise uygulama puanlarının % 55.0’inin ortalamasının altında yer aldığı görülmektedir.

Bu bulgular bize hemşirelerin hastanın kliniğe kabulüne ilişkin bilgi ve uygulamalarının yeterli olmadığını düşündürmektedir. Keskin (27)’in "Hastaların

Servislerine Kabul Edilişlerindeki Uygulamalarla, Bu Uygulamalara İlişkin Duygu ve Beklentilerinin Saptanması" konulu çalışmasında, kliniğe hasta kabulüne ilişkin uygulamaları yetersiz olduğu, kabul işlemleri yeterli alan hastaların daha az korku, daha çok güven hissettikleri belirtilmektedir.

Hemşirelerin, hastanın kliniğe kabulüne ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaları, hastaların anksiyetelerinin ve korkularının azaltılması, hastane ve tedaviye uyumlarının artırılması yönünden oldukça önemlidir (5, 21, 27).

Grafik 1: Hemşirelerin Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Bilgi Puanları ile Uygulama Puanları Arasındaki Korelasyon



Hemşirelerin, hastanın kliniğe kabulüne ilişkin bilgi ve uygulama puanları arasındaki ilişkiyi belirleyen korelasyon katsayısı önemli derecede anlamlı bulunmuş ve grafikte de görüldüğü gibi aralarında güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.401$). Bu bulgu, hemşirelerin hastanın kliniğe kabulüne ilişkin bilgilerinin,

uygulamalarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Hemşirelikle ilgili yapılan değişik araştırmalarda da bu çalışmayı destekleyen bulgular elde edilmiştir. Nitekim Bayraktar (10)'ın "Hemşirelerin Kan Transfüzyonuna Yönelik Bilgi ve Uygulamaları", İyiarı (26)'nın "Hemşirelerin Koroner Anjiyografi Sonrası Uyguladıkları Bakım ve Bakıma İlişkin Bilgileri" konulu çalışmalarında, hemşirelerin sahip oldukları bilgilerin uygulamalarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Rızalar (48)'in "Hasta Bakımına Doğrudan Katılan Hastane Personelinin Hastane Enfeksiyonları İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları", Yurtsever (63)'in "Hemşirelerin Koruyucu İzolasyon Yöntemine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları"adlı çalışmalarında da bilgi puanı arttıkça uygulama puanlarında da artış olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4: Hemşirelerin, Mezun Oldukları Okullara Göre, Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama bilgi Puanları

(N: 80)

Hemşirelerin mezun oldukları okullar	Bilgi Puanları					
	Ortalamanın Altı		Ortalamanın Üstü		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Sağlık Meslek Lisesi	21	75.0	7	25.0	28	35.0
Sağlık Hizm. M.Y.O.	16	61.6	10	38.4	26	32.5
Hemşirelik Yüksek Okulu	9	34.7	17	65.3	26	32.5
Toplam	46	57.5	34	42.5	80	100.0

X: 41.0

P<0.01

F: 9.9

Hemşirelerin mezun oldukları okullara göre hastanın kliniğe kabulüne ilişkin aldıkları bilgi puanları incelendiğinde; sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin % 75.0'inin hemşirelik yüksek okulu mezunlarının ise % 34.0'ünün

ortalamanın altında puan aldıkları görülmektedir. Örneklem kapsamındaki hemşirelerden hemşirelik yüksek okulu mezunlarının % 65.3'ü, sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu mezunlarının % 38.4'ü, sağlık meslek lisesi mezunlarının ise % 25.0'i ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuş ($P < 0.01$), bu farkın özellikle hemşirelik yüksek okulu ile sağlık meslek lisesi mezunları arasında daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlardan hareketle, hemşirelerin temel eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeylerinin de arttığı düşünülebilir. Cengiz (14)'in "Psikiatri Kliniklerinde Hemşirelik Bakımı Veren Görevlilerin Bakım ve Tedavi Etkinlikleri" konulu çalışmasında da hemşirelerin eğitim düzeyi yükseldikçe çalışmalarının da istenilen düzeyde olduğu belirtilmektedir.

Çizelge 5: Hemşirelerin Mezun Oldukları Okullara Göre Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Uygulama Puanları

(N: 80)

Hemşirelerin mezun oldukları okullar	Uygulama Puanları					
	Ortalamanın Altı		Ortalamanın Üstü		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Sağlık Meslek Lisesi	24	85.8	4	14.2	28	35.0
Sağlık Hizm. M.Y.O.	15	57.7	11	42.3	26	32.5
Hemşirelik Yüksek Okulu	5	19.2	21	80.8	26	32.5
Toplam	44	55.0	36	45.0	80	100.0

X: 16.2

$P < 0.01$

F: 32.2

Çizelge 5'de, hemşirelerin mezun oldukları okullara göre hastanın kliniğe kabulüne ilişkin aldıkları uygulama puanları incelendiğinde; hemşirelik yüksek okulu mezunu hemşirelerin % 80.8'inin sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu mezunlarının % 42.3'ü, sağlık meslek lisesi mezunlarının ise % 14.2'sinin ortalamanın üzerinde puan aldıkları görülmektedir. yapılan istatistiksel değerlendirmede de gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P < 0.01$).

Hemşirelerin eğitim düzeyleriyle doğru orantılı olarak uygulama puanlarının arttığı görülmektedir. Yurtsever (63)'in Hemşirelerin Koruyucu İzolasyona İlişkin Bilgi ve Uygulamaları ile ilgili çalışması da bu bulguyu desteklemekte, hemşirelerin mezun oldukları okulların bilgi ve uygulama puanlarını etkilediği belirtilmektedir.



Çizelge 6: Hemşirelerin, Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Bilgi Puanları

(N: 80)

Meslekte Çalışma Süreleri	Bilgi Puanları					
	Ortalamanın Altı		Ortalamanın Üstü		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
0 - 5 yıl	31	70.5	13	29.5	44	55.0
6 - 10 yıl	12	36.3	21	63.7	33	41.0
11 +	3	100.0	-	-	3	4.0
Toplam	46	57.5	34	42.5	80	100.0

X: 41.0

P>0.05

F: 2.1

Çizelge 7: Hemşirelerin, Meslekte Çalışma Sürelerine Göre Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Uygulama Puanları

(N: 80)

Meslekte Çalışma Süreleri	Uygulama Puanları					
	Ortalamanın Altı		Ortalamanın Üstü		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
0 - 5 yıl	26	59.0	18	41.0	44	55.0
6 - 10 yıl	15	45.5	18	54.5	33	41.0
11 +	3	100.0	-	-	3	4.0
Toplam	44	55.0	36	45.0	80	100.0

X: 16.2

P>0.05

F: 0.9

Hemşirelerin meslekte çalışma sürelerine göre, hastanın kliniğe kabulüne ilişkin aldıkları bilgi puanları Çizelge 6'da, uygulama puanları ise Çizelge 7'de görülmektedir. 6-10 yıl çalışan hemşirelerin bilgi (% 63.7) ve uygulama (% 54.5) puanı ortalamalarının yüksek olduğu, 11 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin

tamamının ise bilgi ve uygulama puanlarının ortalamasının altında olduğu görülmekle birlikte bu fark yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bulunmamıştır. Yurtsever (63)'in yaptığı çalışmada da çalışma sresinin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını etkilemediği saptanmasına rağmen, Bayraktar (10) ve Rızalar (48)'in yaptıkları çalışmalarda çalışma sresinin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını etkilediği belirtilmektedir.



Çizelge 8: Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Programlarına Katılma Durumlarına Göre Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Bilgi Puanları

(N: 80)

Hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları	Bilgi Puanları					
	Ortalamanın Altı		Ortalamanın Üstü		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Katılan	21	47.8	23	52.2	44	55.0
Katılmayan	25	69.5	11	30.5	36	45.0
Toplam	46	57.5	34	42.5	80	100.0

X: 41.0

P<0.05

F: 5.0

Çizelge 9: Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitim Programlarına Katılma Durumlarına Göre "Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin" Aldıkları Ortalama Uygulama Puanları

(N: 80)

Hizmet içi eğitim programlarına katılma durumları	Uygulama Puanları					
	Ortalamanın Altı		Ortalamanın Üstü		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Katılan	21	47.8	23	52.2	44	55.0
Katılmayan	23	63.9	13	36.1	36	45.0
Toplam	44	55.0	36	45.0	80	100.0

X: 16.2

P>0.05

F: 0.05

Hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarına katılma durumlarına göre hastanın kliniğe kabulüne ilişkin aldıkları ortalama bilgi puanları Çizelge 8'de, uygulama puanları ise Çizelge 9'da yer almaktadır. Çizelgeler incelendiğinde hizmet içi eğitim programına katılan hemşirelerin % 52.2'sinin bilgi ve uygulama puanları ortalamanın üzerinde iken, hizmet içi eğitim programına katılmayan

hemşirelerin % 30.5'inin bilgi, % 36.5'inin ise uygulama puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu dikkati çekmektedir. Hastanın kliniğe kabulüne ilişkin hizmet içi eğitim programının bilgi puanına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($P < 0.05$), ancak uygulamalara olumlu katkısı olmadığı saptanmıştır. Bu bulgu bize, hizmet içi eğitim programının bilginin geliştirilmesinde önemli olmasına rağmen, uygulamaya yeterince yansıtılmadığını düşündürmektedir. Bilgilerin uygulamaya geçirilememesinde hemşirelerin aldığı ağırlıklı ortalaması 1.5 saat olan hizmet içi eğitim programının yeterli olmayışı bir neden olarak düşünülebilir. Yılmaz (61)'in "Kemoterapi Hazırlayan ve Uygulayan Hemşirelerin Aldıkları Koruyucu Önlemler ve Yeterince Önlem Alamama Nedenleri" konulu çalışmasında da hemşireler, katıldıkları hizmet içi eğitim programlarını yetersiz bulduklarını ve uygulamaya yansıtamadıklarını belirtmektedirler.

Hemşirelik alanında yapılan çeşitli çalışmalarda hizmet içi eğitim programlarının bilginin geliştirilmesinde önemli olduğunu göstermektedir. Nitekim Görgülü (22)'nin "Hemşirelerin Antibiyotiklere İlişkin Bilgi ve Uygulamaları", İyari (26)'nın "Hemşirelerin Koroner Anjiyografi Sonrası Uygulanan Bakım ve Bakıma İlişkin Bilgileri" konulu çalışmalarında da hizmet içi eğitimin bilgi puanını etkilediği saptanmıştır.

Çizelge 10: Hemşirelerin, Son Bir Yıl İçinde Kendileri veya 1. Derece Yakınlarının Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Bilgi Puanları

(N: 80)

Hastaneye Yatma Durumları	Bilgi Puanları					
	Ortalamanın Altı		Ortalamanın Üstü		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Yatan	15	37.5	25	62.5	40	50.0
Yatmayan	31	77.5	9	22.5	40	50.0
Toplam	46	57.5	34	42.5	80	100.0

X: 41.0

P<0.01

F: 17.6

Çizelge 11: Hemşirelerin, Son Bir Yıl İçinde Kendileri veya 1. derece Yakınlarının Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Aldıkları Ortalama Uygulama Puanları

(N: 80)

Hastaneye Yatma Durumları	Uygulama Puanları					
	Ortalamanın Altı		Ortalamanın Üstü		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Yatan	18	45.0	22	55.0	40	50.0
Yatmayan	26	65.0	14	35.0	40	50.0
Toplam	44	55.0	36	45.0	80	100.0

X: 16.2

P<0.05

F: 4.0

Hemşirelerin, son bir yıl içinde kendileri veya birinci derece yakınlarının hastaneye yatma durumlarına göre, hastanın kliniğe kabulüne ilişkin aldıkları bilgi puanları Çizelge 10'da, uygulama puanları ise Çizelge 11'de verilmiştir. Kendisi veya yakını hastanede yatan hemşirelerin % 62.5'inin bilgi, % 55.0'ının ise uygulama puanı ortalamanın üzerinde iken, kendisi veya yakını hastanede

yatmayan hemşirelerin % 77.5'inin bilgi, % 65.0'inin ise uygulama puanlarının ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Hastanede yatma durumlarının bilgi ($P < 0.01$) ve uygulama ($P < 0.05$) puanlarına etkisi istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu bize hemşirelerin kendi deneyimlerinden kaynaklanan nedenlerle bilgi ve uygulamalarını geliştirdiklerini, ayrıca uygulamalarını geliştirmekte benzer yaşantı nedeniyle empati becerilerini de kullanmış olabileceklerini düşündürmektedir. Yapılan araştırmalar bir insanın empati becerisinin iki kişi arasındaki benzerlikle doğru orantılı olarak arttığını göstermektedir. Böylece geçmişte yaşanan benzer olaylarla empati yapmak kolaylaşmaktadır (54).

Çizelge 12: Hemşirelerin, Yatışı Bildirilen Hasta Hakkında Öğrenilmesi Gereken Verilere İlişkin Bilgi Alma Durumları

(N: 80)

Öğrenilmesi Gereken Veriler	Bilgi alan	
	Sayı	%
Cinsiyeti	39	48.8
Tanısı	75	93.8
Genel Durumu	58	72.5
Geliş Şekli	4	5.0
Toplam cevap sayısı	176*	

* Hemşireler birden fazla cevap verdikleri için N sayısı artmıştır.

Çizelge 12 incelendiğinde, hemşirelerin çoğunluğunun yatışı bildirilen hastanın tanısının ne olduğu (% 93.8) ve genel durumunun nasıl olduğu (% 72.5) konusunda bilgi alınması gerektiğini belirtmelerine karşın; hastanın geliş şeklinin nasıl olduğu hakkında bilgi alınması gerektiğini belirten hemşire oranı sadece % 5.0'dir. Hastanın cinsiyetinin hasta kliniğe gelmeden önce öğrenilmesi gerektiğini bilen hemşire oranının da yetersiz olduğu görülmektedir (% 48.8). Oysa hastanın cinsiyetinin önceden bilinmesi ve geliş şekli konusunda bilgi alınması, hemşirenin oda ve personel düzenlemesini hasta gelmeden önce yapmasını ve hastanın bekletilmeden yatağına alınmasını sağlayacaktır (13, 25, 47). Hastanın klinikte bekletilmeden yatağına alınması, bekletilmekten kaynaklanan kaygı düzeyini ortadan kaldırması açısından oldukça önemlidir.

Çizelge 13: Hemşirelerin, Hasta Kliniğe Geldiği Anda Yapılması Gerekenlere İlişkin Bilgi ve Uygulamaları

(N: 80)

Yapılması Gerekenler	Bilgisi olan		Uygulayan	
	S	%	S	%
● Hasta ve yakınlarının ilgiyle karşılanması	29	36.2	35	43.8
● Hemşirenin hasta ve yakınlarına kendini tanıtmaması	37	46.2	4	5.0
● Hastanın yatağına alınması veya yatağının gösterilmesi	57	71.2	38	47.5
● Hastanın genel durumunun değerlendirilerek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun hemşirelik gereksinimlerinin yapılması	53	66.2	17	21.2
● Hastanın oda arkadaşlarıyla tanıştırılması	23	28.8	4	5.0
● Hastanın klinik çalışanlarıyla tanıştırılması	6	7.5	0	0.0
● Hastanın ön tanısının bilinmesi ve hasta dosyasının incelenmesi	36	45.0	43	53.8
● Yaşam bulgularının alınarak hemşire gözlem formuna kaydedilmesi ve normal olmayan bulguların doktora bildirilmesi	70	87.5	75	93.8
● Hastanın kilosunun ölçülmesi	0	0.0	2	2.5
● Hastaya yapılacak olan rutin tetkik, tanı ve tedavi işlemleri konusunda açıklamada bulunarak gerekli işlemlerin başlatılması	55	68.8	28	35.0
Toplam cevap ve uygulama sayısı	366*	-	246**	-

* Hemşireler birden fazla cevap verdikleri için N artmıştır.

** Gözlenen davranışlar birden fazla olduğundan N artmıştır.

Çizelge 13 incelendiğinde, hasta kliniğe geldiğinde yaşam bulgularının alınması ve kaydedilmesi gerektiğini bilen hemşire oranının % 87.5, yaşam bulgularını alıp kaydedenlerin ise % 93.8 olduğu görülmektedir. Bu bulgu bize hemşirelerin yeterince düşünmeden cevap vermiş olabileceklerini ya da bu işlemi

farkında olmadan yapılan bir rutin olarak gördüklerini düşündürmektedir. Ayrıca yapılan gözlemlerde hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun yaşam bulgularını almadan önce hastanın dinlenmiş olmasına dikkat etmediği görülmüştür. Oysa O'Dell (51)'in yaptığı çalışma, dinlenmeden alınan kan basıncı ve nabzın, daha yüksek olduğu konusuna dikkat çekmektedir.

Hemşirelerin % 71.2'sinin hastanın yatağına alınması veya yatağının gösterilmesi, % 68.8'inin hastaya yapılacak tetkik, tanı ve tedavi işlemleri konusunda açıklamada bulunarak gerekli işlemlerin başlatılması konularını bildiği ancak bu konudaki uygulama oranının düşük olduğu dikkat çekmektedir. Cengiz (14)'in Ankara Psikiatri kliniklerinde yaptığı çalışmada da kabul işlemi sırasında hastayı genel kontrolden geçirme, odasını gösterme gibi teknik işlere yoğunlaşmanın görevliler arasında yaygın bir tutum olduğu belirtilmektedir.

Hasta ve yakınlarının ilgiyle karşılanması gerektiğini bilen (% 36.2) ve ilgiyle karşılayan (% 43.8) hemşire oranının düşük olduğu dikkat çekmektedir. Uygulamanın, bilgiye oranla yüksek olması, hastaların, genellikle deskte oturan hemşireler tarafından tesadüfen karşılanmış olabileceklerini düşündürmektedir. Özmen (40)'in yaptığı çalışmada, hemşirelerin hasta karşılamada yeterince rol almadıkları sonucuna varılmıştır. Oysa hemşirenin hasta ve ailesini ilgiyle karşılaması tedaviye uyumun sağlanmasında oldukça önemlidir (25). Ayrıca hastalar bekleniyorlarmış gibi karşılanmaktan ve kabul edilmekten büyük rahatlık duyarlar (20).

Hemşirelerin, hasta ve yakınlarına kendini tanıtmaları (% 46.2), hastanın oda arkadaşlarıyla (% 28.8) ve klinik çalışanlarıyla (% 7.5) tanıştırılması konularında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu konudaki uygulamalarının yetersiz olduğu hatta hastayı klinik çalışanlarıyla tanıştıran hemşireye rastlanmadığı dikkat çekmektedir. Oysa, hastanın kendisine bakım ve tedavi verecek kişilerin kim olduklarını bilme ve tanıma hakkı vardır (8, 24, 28, 32). Hastayı çevresindekilerle tanıştırma başarılı bir hemşire hasta ilişkisinin temelini oluşturduğu gibi, hastada ait olma duygusu geliştirir. Hastanın yeni çevresine uyum sağlamasında, güven duygusunun gelişmesinde ve hastanın yalnızlık duygusunu yenmesinde yardımcı olur (15, 17, 23).

Hemşirelerin yarısından fazlasının (% 62.2), hastanın genel durumunun değerlendirilerek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun hemşirelik girişimlerini yapması gerektiğini bildiği halde, bu konuda uygulama yapan hemşire oranının düşük olduğu (% 21.2) görülmektedir. Özcan (38)'in yaptığı araştırmada da hastaların gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığı üzerinde durulmaktadır. Oysa hastanın gereksinimlerinin değerlendirilerek gözönüne alınması ve giderilmesi hastanın kendini daha iyi, rahat, sıcak ve huzurlu bir ortamda hissetmesini sağlayarak güven duygusu geliştirir (20, 23, 37, 57).

Hastanın kilosunun ölçülmesi konusunda bilgi sahibi olan hemşireye rastlanmadığı halde, hastanın kilosunu ölçen iki hemşirenin bulunması, bu işlemleri doktorların sözlü istemleri üzerinde yapmış olduklarını düşündürmektedir (Yapılan kontrollerde yazılı isteme rastlanmamıştır). Hastanın kilosunun ölçülmesi hem tedavi dozunun belirlenmesi hem de beslenme durumunun değerlendirilmesi bakımından önemlidir (13, 25).

Çizelge genel olarak incelendiğinde, hasta kliniğe geldiği zaman yapılması gereken hemşirelik uygulamalarının yeterli olmadığı dikkat çekmektedir. Oysa hasta ve ailesi için hastanede geçen ilk bir kaç saat kalıcı etkilerin edinilmesi bakımından oldukça önemlidir. Hasta kabulünde bu ilk saatlerdeki anlayış ve ilginin hastanın hastaneye ve tedaviye uyumunu olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (23).

Hasta kabulü ile ilgili literatürde üzerinde durulan ve araştırmacı tarafından soru kağıdında yer verilen TV, radyo, telefon, hemşire çağırma zili kliniklerin çoğunda bulunmadığından, vital bulgu monitörleri ve tıbbi aletlerin hastaların çoğunluğu için gerekli olmadığından, pansuman saatleri dahiliye klinikleri için gereksiz, cerrahi kliniklerinin çoğunda ise düzenli olmadığından tablodan çıkarılmıştır.

Çizelge 14: Hemşirelerin, Hasta Odasındaki Araçların ve Kliniğin Tanıtılması, Kural ve Rutinlerin Açıklanmasını Gerekli Görme Durumları ve Bu Konudaki Uygulamaları

(N: 80)

Tanıtılması ve açıklanması gerekenler	Gerekli gören		Uygulayan	
	S	%	S	%
• Etejer, masa, ışık ve dolabın kullanımı	62	77.5	7	8.8
• Yatağın özellikleri ve kullanımı	14	17.5	1	1.2
• Banyonun yeri sıcak su gün ve saatleri	29	36.2	7	8.8
• Tuvaletin yeri	71	88.8	7	8.8
• Müdahale odası, hemşire odası deski doktor odasının yerleri	32	40.0	2	2.5
• Gazete, dergi v.s. temin edebileceği yer	15	18.8	4	5.0
• Hastaya ait değerli eşyaların korunmasına ilişkin kliniğin tutumu	2	2.5	0	0.0
• İlaç verilme ve yaşam bulgularının alınma saatleri	20	25.0	0	0.0
• Hemşire nöbet saatleri	10	12.5	0	0.0
• Doktor vizit saatleri	6	7.5	0	0.0
• Yemeğini evden ya da dışarıdan getirebileceği durumlar ve koşulları	22	27.5	4	5.0
• Sigara kullanıyorsa bu konuda kliniğin tutumu	29	36.2	1	1.2
• Refakatçi kalma kural ve koşulları	50	62.5	17	21.2
Toplam cevap ve uygulama sayısı	362*	-	50	-

* Hemşireler birden fazla cevap verdikleri için N artmıştır.

Çizelge 14 incelendiğinde hemşirelerin çoğunluğunun, tuvaletin yeri, (% 88.8), etejer, masa, ışık ve dolabın kullanımı (% 77.5), refakatçi kalma kural

ve koşulları (% 62.5), konularında hastaya açıklama yapmayı gerekli gördükleri halde, bu konularda uygulama yapan hemşire oranının düşük olduğu (ortalama % 12.9) dikkat çekmektedir. Hemşirelerin hasta odası ve kliniğin tanıtılması, kural ve rutinlerinin açıklanması ile ilgili diğer konularda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve uygulama yapmadıkları görölmektedir. Yazıcı ve arkadaşları (60)'nın, "Hastaların Hasta Kabulü İle İlgili Düşünceleri" konulu çalışmalarında da hastaların yattıkları hastane ve gereksinim duydukları konularda yeterince aydınlatılmadıkları sonucuna varılmıştır. Oysa Pektekin (42)'in yaptığı çalışmada hastaya çevresi hakkında verilen bilginin hastanın anksiyetisini azalttığı belirtilmektedir.

Literatürde de hastada bilinmeyenlerle ilgili korku ve anksiyetenin giderilmesi, güven ve rahatlama hissinin sağlanması, bilinmeyen çevre nedeniyle yaralanma riskinin ortadan kaldırılarak hastanın güvenliğinin sağlanması bakımından, hastanın odasındaki araçların ve kliniğin tanıtılması, gerekli açıklamanın yapılması gereği üzerinde durulmaktadır (21, 25, 36, 45, 46). Ayrıca, ilaç verilme, yaşam bulgularının alınma, hemşire nöbet ve doktor vizit saatleri konusunda hastaya açıklama yapan hemşireye rastlanmamıştır. Oysa aratırmacının yaptığı çalışmada hemşireler, kalkabilecek durumda olan hastaların ilaç verilme, yaşam bulgularının alınma, hemşire nöbet ve doktor vizit saatlerinde yerinde bulunmamaları nedeniyle iş akışını engellediklerini ifade etmişlerdir.

Çizelge 15: Hemşirelerin, Hastane Kural ve Rutinlerinin Hasta ve Ailesine Açıklanmasını Gerekli Görme Durumları ve Bu Konudaki Uygulamaları

(N: 80)

Açıklanması gereken kural ve rutinler	Gerekli gören		Uygulayan	
	S	%	S	%
• Evden getirilmesi gereken ve getirilebilecek eşyalar	51	63.8	33	41.2
• Klinik dışına çıkarabilme	23	28.8	1	1.2
• Ziyaret gün ve saatleri	75	93.8	32	40.0
• Yemek saatleri	30	37.5	1	1.2
• Hasta yakınlarına hasta yanında ne kadar kalabilecekleri ve ne tür davranışlar göstermeleri gerektiği	11	13.8	13	16.2
• Hastane ya da klinik kurallarına uyulmadığında oluşabilecek durumlar	9	11.2	0	0.0
Toplam cevap ve uygulama sayısı	199*	-	80	-

* Hemşireler birden fazla cevap verdikleri için N artmıştır.

Çizelge 15 incelendiğinde hasta ve ailesine hastane kural ve rutinlerinden olan ziyaret gün ve saatleri konusunda açıklama yapmayı gerekli gören hemşire oranının yüksek (% 93.8), bu konuda açıklama yapan hemşire oranının ise düşük (% 40.0) olduğu dikkat çekmektedir. Oysa Yurt (64)'ün yaptığı araştırmada hemşireler, "hasta yakınlarının ziyaret saati dışında gelmelerinin en çok sorun yaratan olaylardan biri" olduğunu belirtmektedirler. Bu sorunun yaşanmaması ya da en aza indirilmesi için hasta ve yakınlarına ziyaret gün ve saatleri bildirilmelidir. Hastanede yatan birey için ziyaret bir ihtiyaç, sevdikleriyle birlikte olabilmek, onların desteğini yanında, yakınında hissedebilmek için bir fırsattır. Hastanın yalnızlık ve terk edilmişlik duygularından kurtulmasına yardım eder (13,

17, 25). Hasta ailesi ve yakınlarının, hastayı ziyaret etmelerinin mümkün olmadığı ya da izin verilmediği durumlarda birey kendini izole hisseder (17). Bu konuda hayvanlar üzerinde yapılan çalışmada izole edilen farelerde immün yanıtın azaldığı, tümör büyüme hızının ve mortalitenin arttığı saptanmıştır (7, 19).

Hasta ve yakınlarına evden getirilmesi gereken ve getirebileceği eşyaları konusunda açıklama yapmayı gerekli gören hemşire oranı % 63.8, bu konuda açıklama yapan hemşire oranı ise % 41.2'dir. Hastanın kaşık, çatal, bardak gibi temel ihtiyaçların giderilmesinde gerekli olan araçların hasta tarafından karşılanmasının zorunluğu olduğu bir hastanede bu oran oldukça yetersizdir. Ayrıca hastaya isterse bazı özel eşyalarını getirebileceğinin söylenmesi (resim v.s) hastanın kendini daha mutlu ve huzurlu hissetmesini sağlayabilir (51).

Hastaneye yatan bireylerin hastane kural ve rutinleri konusunda bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır ve bu en doğal hasta haklarından biridir (13, 24, 28, 42). Oysa tablo incelendiğinde, yemek saatleri, klinik dışına çıkabilme kural ve saatleri, hastane ya da klinik kurallarına uyulmadığında oluşabilecek durumlarla ilgili hastaya bilgi veren hemşire oranının yaklaşık % 1 olduğu görülmektedir. Ayrıca hasta yakınlarının hasta yanında ne kadar kalabilecekleri ve ne tür davranışlar göstermeleri gerektiği konusunda açıklama yapmayı gerekli gören (% 13.8) ve bu konuda açıklama yapan (% 16.2) hemşire oranı da oldukça düşüktür. Oysa bilinmeyen faktörlerden kaynaklanan korku ve kaygıyı azaltmak için hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi oldukça önemlidir (13, 25).

Porter et al. (51) yeni yatan bir hasta için hastane kural ve rutinlerinin birinci derecede öneme sahip bilgiler olduğunu belirtmektedir. Oysa tablo genel olarak incelendiğinde bu konudaki uygulamaların yetersiz olduğu görülmektedir.

Çizelge 16: Hemşirelerin, Hasta ve Ailesine Haberleşme Yöntemlerinin Açıklanmasını Gerekli Görme Durumları ve Bu Konudaki Uygulamaları

(N: 80)

Açıklanması gereken haberleşme yöntemleri	Gerekli gören		Uygulayan	
	S	%	S	%
• Acil-Normal durumlarda hemşire ve doktoruyla nasıl haberleşeceği	22	27.5	7	8.8
• Hastaneden ailesi ile nasıl haberleşeceği	30	37.5	15	18.8
• Hasta ailesinin hastası ile nasıl haberleşebileceği	75	93.8	31	38.8
• Hasta ailesinin hastanın durumunu nereden ve nasıl öğrenebileceği	14	17.5	1	1.2
Toplam cevap ve uygulama sayısı	141*	-	54	-

* Hemşireler birden fazla cevap verdikleri için N artmıştır.

Çizelge 16 incelendiğinde hemşirelerin çoğunluğunun (% 93.8), hasta ailesine hastası ile nasıl haberleşeceği konusunda bilgi verilmesi gerektiğini bildiği halde, bu konuda uygulama yapan hemşire oranının (% 38.8) yeterli olmadığı, hasta ailesinin hastanın durumunu nereden ve nasıl öğrenebileceği konusunda açıklama yapmayı gerekli gören (% 17.5) ve bu konuda açıklama yapan (% 1.2) hemşire oranlarının çok düşük olduğu görülmektedir. Keskin (27)'in yaptığı araştırma sonuçları da bu bulguları desteklemektedir. Oysa hasta yakınlarının, hastalarıyla ve hastalarının durumunu öğrenmek amacıyla doktoru ya da hemşiresiyle görüşerek bilgi alması, en doğal hakları ve ihtiyaçlarıdır. Hasta ailesine hastaları ile nasıl ve hangi saatlerde görüşebilecekleri ve durumunu nereden ve nasıl öğrenebilecekleri konusunda bilgi vermek hasta ve ailesini rahatlatarak, hemşireye karşı güven duygusu gelişmesinde de yardımcı olacaktır (13, 20, 24, 34).

Acil durumlarda hemşire ve doktoruyla nasıl haberleşeceği konusunda hastaya bilgi verilmesini gerekli gören (% 27.5) ve uygulayan (% 8.8) hemşire oranı düşüktür. Oysa, hastanın acil durumlarda doktora ya da hemşireye hemen ulaşabilmesi yaşam kurtarıcı olabilir. Ayrıca hastanın ihtiyaç duyduğunda sağlık personeline hemen ulaşabileceğini bilmesi de hastaya rahatlatıcı ve güven verici bir ortam yaratılmasında yardımcı olur (15).

Çizelge 17: Hemşirelerin, Hastanın Günlük Yaşamı İle İlgili (Fizyolojik Gereksinimler, İhtiyaç ve Alışkanlıkları) Sorgulanması Gerekenlere İlişkin Bilgi ve Uygulamaları

(N: 80)

Günlük yaşamında sorgulanması gerekenler	Bilgisi olan		Uygulayan	
	S	%	S	%
• İstenmeyen alışkanlıklar (Alkol, sigara, ilaç)	41	51.2	0	0.0
• Günlük ihtiyaçlarını giderebilme durumu	45	56.2	4	5.0
• Uyku dinlenme (sedatif gereksinimi, yastık sayısı)	17	21.2	0	0.0
• Boşaltım sıklığı (laksatif gereksinimi)	31	38.8	0	0.0
• Genel hijyen durumu ve alışkanlıkları	25	31.2	0	0.0
• Beslenme alışkanlıkları	26	32.5	0	0.0
• Dini alışkanlıkları	6	7.5	1	1.2
Toplam cevap ve uygulama sayısı	191*	-	5	-

* Hemşireler birden fazla cevap verdikleri için N artmıştır.

Çizelge 17 incelendiğinde hemşirelerin % 56.2'sinin hastanın günlük ihtiyaçlarını giderebilme durumunun öğrenilmesi gerektiğini bildiği halde, bu konuda uygulama yapan hemşire oranının sadece % 5 olduğu dikkat çekmektedir. Oysa hastanın günlük ihtiyaçlarını giderebilme durumunun

değerlendirilmesi, hastanın günlük ihtiyaçlarının giderilmesi ve yapabildiği konularda ise bağımsızlığının desteklenmesi bakımından oldukça önemlidir (13).

Hastanın dini alışkanlıklarının öğrenilmesi gerektiğini bilen hemşire oranının % 7.5, uygulama yapan hemşire oranı ise % 1.2'dir. Bu konuda uygulama yapan tek hemşirenin dini inançlarının çok kuvvetli olması bu konudaki uygulamanın nedeni olabilir. Oysa, dini inançları kuvvetli olan bir bireyin duaya ve dinin koruyuculuğuna en fazla ihtiyaç duyduğu zamanlardan biri, hastaneye yatma durumudur. Bireyin dini alışkanlıklarını yerine getirebilmesi için uygun ortamın yaratılması, bireyde bu nedenle oluşabilecek ruhsal sıkıntının önlenmesi bakımından önemlidir. Ayrıca araştırmacı, sağlık personelinin bu konu ile ilgilenmediği durumlarda, hastanın bu ihtiyacını, sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek koşullarda gidermeye çalıştığını gözlemlemiştir.

Bireyin alkol, ilaç, sigara gibi istenmeyen alışkanlıklarının bilinmesi, hastanın hastanede iken bu konuda tedavi altına alınmasını sağlayabileceği gibi, kullandığı maddelerin yan etkilerini ve tedavilerle etkileşiminde bilinerek mevcut hastalıktan ayrılmasını sağlayacaktır (13). Oysa tablo incelendiğinde bu konuda hemşirelerin % 51.2'sinin bilgi sahibi olduğu, ancak uygulama yapan hemşirenin olmadığı görülmektedir.

Hemşirelerin hastanın günlük yaşamı ile ilgili öğrenilmesi gereken diğer konularda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu konuda uygulama yapmadıkları görülmektedir. Oysa günlük alışkanlıklarının bilinmesi; hastanede çeşitli nedenlerle ortaya çıkan iştahsızlık, konstipasyon, uyuyamama, hastane enfeksiyonu gibi problemlerin önlenmesinde yardımcı olacak verilerin alınması ve hastanın vücut gereksinimlerinin karşılanması bakımından oldukça önemlidir (7, 12, 45).

Hemşirelerin, doktor tarafından klinikte yapılacak fizik muayene sırasında yapılması gerekenlere ilişkin 17 Numaralı Anket Sorusuyla toplanan bilgi ve 10 Numaralı Gözlem ile toplanan Uygulama verileri; kliniklerin çoğunda muayene odası bulunmaması ve hastanın yatağında muayene edilmesi nedeniyle anlamlı çıkmadığından tablolastırılmamıştır.

Çizelge 18: Hemşirelerin, Hasta ve Yakınlarının Anksiyetelerinin Giderilmelerine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları

(N: 80)

Anksiyetenin giderilmesinde yapılması gerekenler	Bilgisi olan		Uygulayan	
	S	%	S	%
• Hastanın hastalığının ve hastaneye yatma ile ilgili duygularının paylaşılması	33	41.2	9	11.2
• Hasta ve yakınlarıyla özel olarak görüşülmesi, onların dinlenmesi ve soru sormaları için fırsat tanınması	27	33.8	9	11.2
• Hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi ve bu konuda soru sorma şansı tanınması	49	61.2	6	7.5
Toplam cevap ve uygulama sayısı	109*	-	24	-

* Hemşireler birden fazla cevap verdikleri için N artmıştır.

Çizelge 18'de hemşirelerin % 61.2'sinin hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi ve bu konuda soru sorma şansı tanınması gerektiğini bildiği halde, % 7.5'inin bu konuda uygulama yaptığı görülmektedir. Oysa yapılacak işlemler konusunda bilgi verilmesi ve bu konudaki sorularının yanıtlanması hem hastanın tedavi ve bakımına katılımının sağlanması hemde, bilinmeyenlerle ilgili korku ve kaygının giderilmesi bakımından önemlidir. Hemşirelerin hasta ve ailesinin anksiyetelerinin giderilmesi konusundaki diğer bilgi ve uygulamalarının yeterli olmadığı görülmektedir. Oysa Mete (35)'nin

yaptığı araştırmada hastaların anksiyetelerinin azaltılmasında hemşirelik yaklaşımının etkili olduğu belirtilmektedir. Hastaların anksiyetelerinin giderilmesi; günlük sorunlarıyla başa çıkabilme güçlerini arttıracak, hastanın iyileşmesini kolaylaştıracaktır (13, 38). Hasta ve yakınlarının anksiyetelerinin giderilmesinde; hastalık ve hastaneye yatma ile ilgili duygularının paylaşılması, soru sormalarına fırsat tanınması, dinlemek için zaman ayrılması gibi uygulamalar tedavi için gerekli güven ortamının yaratılması, korku, kaygı ve endişe gibi duyguların, inatçılık, sürtüşme eleştiri gibi olumsuz tepkilerin en aza indirilmesi bakımından önemlidir (9,15,29,49).

Çizelge 19: Hemşirelerin, Hastanın Geçmiş Sağlık Yaşantısı Hakkında Öğrenilmesi Gerekenlere İlişkin Bilgi ve Uygulamaları

(N: 80)

Öğrenilmesi gerekenler	Bilgisi olan		Uygulayan	
	S	%	S	%
• Daha önce geçirdiği hastalıklar	70	87.5	26	32.5
• Herhangi bir allerjisi olup-olmadığı	10	12.5	6	7.5
• Kullandığı veya halen kullanmakta olduğu ilaçlar ve diyet	53	66.2	21	26.2
• Mevcut hastalığı dışında herhangi bir şikayetinin olup-olmadığı	19	23.8	4	5.0
• Daha önceki hastane deneyimi	15	18.8	3	3.8
• Protez kullanıp kullanmadığı	1	1.2	3	3.8
Toplam cevap ve uygulama sayısı	168*	-	63	-

* Hemşireler birden fazla cevap verdikleri için N artmıştır.

Çizelge 19 incelendiğinde, hemşirelerin çoğunluğu (% 87.5) hastanın daha önce geçirdiği hastalıklar, yarından fazlasının ise (% 66.2) kullandığı ilaç ve diyetinin bilinmesi gerektiğini belirtmelerine karşın bu konularda uygulama yapan hemşire oranı düşüktür. Hastanın geçmiş sağlık yaşantısı hakkında

öğrenilmesi gerekli diğer verileri bilen hemşire oranlarında düşük olduğu görülmektedir. Cengiz (14)'in yapmış olduğu çalışmada hemşirenin hastadan bilgi alma oranının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (% 11.1). Bu bulgu araştırmanın sonucuyla benzerlik göstermektedir. Oysa literatürde, hastanın geçmiş sağlık yaşantısı hakkında bilgi alınması ve bunun hemşire formuna kaydedilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır (4,13,25,50).



SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmada Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin hasta bireyin kliniğe kabulüne ilişkin bilgi ve uygulamaları incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1.1. Hemşirelerin % 35.0'inin Sağlık Meslek Lisesi mezunu, % 55.0'inin meslekte çalışma sürelerinin 0-5 yıl olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yarısının son bir yıl içinde kendileri veya 1. derece yakınlarının hastaneye yattığı, % 55.0'inin hasta bireyin kliniğe kabulüne yönelik hizmet içi eğitim programına katıldıkları saptanmıştır (Çizelge 1).

1.2. Hemşirelerin hastanın kliniğe kabulüne ilişkin bilgi puan ortalamalarının (\bar{X} : 41.0) ve uygulama puan ortalamalarının (\bar{X} : 16.2) düşük olduğu saptanmıştır (Çizelge 2 ve 3).

1.3. Hemşirelerin, hastanın kliniğe kabulüne ilişkin bilgi ve uygulama puanı arasındaki ilişkiyi belirleyen korelasyon katsayısı önemli derecede anlamlı bulunmuştur (Grafik 1).

1.4. Hemşirelerin mezun oldukları okulların bilgi ve uygulama puanına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, gruplar arası farkın özellikle hemşirelik yüksek okulu ile sağlık meslek lisesi mezunları arasında daha fazla olduğu saptanmıştır. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin % 25.0'inin bilgi, % 14.2'sinin ise uygulama puanları ortalamanın üzerinde iken, hemşirelik yüksek okulu mezunu hemşirelerin % 65.3'ünün bilgi, % 80.8'inin ise uygulama puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu dikkat çekmektedir (Çizelge 4 ve 5).

1.5. Hemşirelerin çalışma sürelerinin bilgi ve uygulama puanlarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Çizelge 6 ve 7).

- 1.6. Hemşirelerin hastanın kliniğe kabulüne ilişkin hizmet içi eğitim programına katılma durumlarının bilgi puanına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ancak uygulamalara olumlu katkısı olmadığı saptanmıştır (Çizelge 8 ve 9).
- 1.7. Hemşirelerin son bir yıl içinde kendileri veya birinci derecede yakınlarının hastaneye yatma durumlarının bilgi ve uygulama puanlarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kendileri veya yakınları hastaneye yatan hemşirelerin % 62.5'inin bilgi, % 55.0'inin ise uygulama puanı ortalamanın üzerinde iken, yatmayan hemşirelerin % 22.5'inin bilgi, % 35.0'inin ise uygulama puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür (Çizelge 10 ve 11).
- 1.8. Hemşirelerin % 93.8'inin yatışı bildirilen hastanın tanısının öğrenilmesi gerektiğini bildiği, ancak hastanın geliş şeklinin nasıl olduğunun öğrenilmesi gerektiğini bilen hemşire oranının çok düşük (% 5.0) olduğu saptanmıştır (Çizelge 12).
- 1.9. Hemşirelerin % 93.8'inin hasta kliniğe geldiği anda yaşam bulgularını alıp kaydettiği, % 71.2'sinin hastanın yatağına alınması veya yatağının gösterilmesi gerektiğini bildiği halde hastayı yatağa alan ya da hastaya yatağını gösteren hemşire oranının daha düşük (% 47.5) olduğu görülmüştür. Hasta ve yakınlarının ilgiyle karşılanması gerektiğini bilen (% 36.2) ve ilgiyle karşılayan (% 43.8) hemşire oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Hasta ve yakınlarına kendini tanıması (% 46.2), hastayı oda arkadaşları (% 28.8) ve klinik çalışanlarıyla (% 7.5), tanıştırması gerektiğini bilen hemşire oranının düşük, kendini tanıtan (% 5.0), hastaya oda arkadaşını tanıştıran (% 5.0) hemşire oranının ise çok düşük olduğu belirlenmiş, hastayı klinik çalışanlarıyla tanıştıran hemşireye rastlanmamıştır. Hemşirelerin yarıdan fazlasının (% 62.2), hastanın genel durumunun değerlendirilerek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun hemşirelik girişimlerini yapması

gerektiğini bildiği halde bu konuda uygulama yapan hemşire oranının düşük (% 21.2) olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yaklaşık yarısının hastanın ön tanısının bilinmesi ve hasta dosyasının incelenmesi gerektiğini bildiği ve bu konuda uygulama yaptığı belirlenmiştir (Çizelge 13).

1.10. Hemşirelerin çoğunluğunun tuvaletin yeri (% 88.8), etejer, masa, ışık ve dolabın kullanımı (% 77.5), refakatçi kalma kural ve koşulları (% 62.5), konularında hastaya açıklama yapmayı gerekli gördükleri, ancak bu konudaki uygulamalarının çok düşük (ortalama % 12.9), olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hasta odası ve kliniğin tanıtılarak kural ve rutinlerinin açıklanması ile ilgili diğer konularda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Ayrıca hastaya ait değerli eşyaların korunması ilaç verilme, yaşam bulgularının alınma, doktor vizit ve hemşire nöbet değişme saatleri konusunda hastaya açıklama yapan hemşireye rastlanmamıştır (Çizelge 14).

1.11. Hemşirelerin % 93.8'inin ziyaret gün ve saatleri, % 63.8'inin ise evden getirilmesi gereken ve getirebileceği eşyaları konularında hasta ve ailesine açıklama yapmayı gerekli gördükleri halde hemşirelerin ortalama % 40.6'sının bu konularda açıklama yaptığı saptanmıştır. Ayrıca yemek saatleri, klinik dışına çıkabilme kural ve saatleri hastane ya da klinik kurallarına uyulmadığında oluşabilecek durumlarla ilgili hastaya bilgi veren hemşire oranının yaklaşık % 1.0 olduğu belirlenmiştir (Çizelge 15).

1.12. Hemşirelerin çoğunluğu (% 93.8), hasta ailesine hastası ile nasıl haberleşebileceği konusunda bilgi verilmesi gerektiğini bildiği halde bilgi veren hemşire oranının (% 38.8) yeterli olmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin hasta ailesinin hastanın durumunu nereden ve nasıl öğrenebileceği (% 17.5), hastanın gerekli durumlarda hemşire ve doktoruyla nasıl haberleşeceği (% 27.5), konularında açıklama yapmayı gerekli görme oranları düşük olarak bulunmuş, bu konularda açıklama yapan hemşire oranının ise sadece (%1.2) ve (% 8.8) olduğu saptanmıştır (Çizelge 16).

- 1.13. Hemşirelerin, hastanın günlük yaşamı ile ilgili sorgulanması gerekli konularda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, istenmeyen alışkanlıkları, uyku dinlenme, boşaltım sıklığı, genel hijyen durumu ve alışkanlıkları, beslenme alışkanlıkları konularında ise hastadan bilgi alan hemşireye rastlanmadığı belirlenmiştir.
- 1.14. Hemşirelerin % 61.2'sinin hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi ve bu konuda soru sorma şansı tanınması gerektiğini bildiği halde, bu konuda uygulama yapan hemşire oranının sadece % 7.5 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hasta ve ailesinin anksiyetelerinin giderilmesi konusundaki diğer bilgi ve uygulamalarının yeterli olmadığı görülmüştür (Çizelge 18).
- 1.15. Hemşirelerin, çoğunluğunun (% 87.5) hastanın daha önce geçirdiği hastalıklar, yarından fazlasının ise (% 66.2), kullandığı ilaç ve diyetinin bilinmesi gerektiğini belirtmelerine karşın, bu konulardaki uygulamalarının düşük olduğu saptanmıştır. Hastanın geçmiş sağlık yaşantısı hakkında öğrenilmesi gerekli diğer verileri bilen hemşire oranlarının da düşük olduğu saptanmıştır (Çizelge 19).

ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, hemşirelerin hastanın kliniğe kabulü ile ilgili bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda hastanın kliniğe kabul edilme sürecinde etkin bir hemşirelik bakımı verilebilmesi için aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Hemşirelere uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programlarının uygulamaya yönelik planlanması,

Yapılacak hizmet içi eğitim programında;

- Hasta odasındaki araçların tanıtılması kural ve rutinlerinin açıklanması,
- Hastanın günlük yaşamı ile ilgili bilinmesi gerekenler,
- Hastanın geçmiş sağlık yaşantısı ile ilgili bilinmesi gerekenler,
- Hasta ve yakınlarının anksiyetelerinin giderilmesi konularında hemşirelerin bilgilerini pekiştirecek uygulamalar üzerinde durulması,

2. Hastanın yerinde bulunmasını sağlayarak, iş akışını engellemek amacıyla ilaç dağıtımı, yaşam bulgularının alınması, hemşire nöbet değişimi ve doktor vizit saatleri konularında hastaların bilgilendirilmesi,

3. Hastanın kliniğe kabulü sürecinde etkin bir hemşirelik bakımı sağlamak için uygulamada kullanılabilecek bir "**hasta kabul formu**" hazırlanması,

4. Hasta kabul sürecinde verilen bilgilerin kaygı nedeniyle yeterince alınamayacağı düşünülerek, hastaların hastane ortamına daha kolay uyum sağlamaları için "**Hastane Rehber Kitapçığı**" çıkarılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1- Ahmad K S. "The Experience of Being Hospitalized, Stress, Social Support and Satisfaction". *Int. J. Nurs. Stud.*, Vol. 22, No: 2, 1985; 137-148.

2- Aksu Ö. "Neden İnsan Hakları Ağırlıklı Özel Sayı". *Ankara Tabip Odası Bülteni*, 1-2 Ocak-Şubat, 1988: 2-4.

3- Altschul A, Sinclair H C. *Psychology For Nurses*, London, Barilliere Tindall, 1981.

4- Aslan Eti F, Yazıcı S, Senel S. "İstanbul'da Bir üniversite ve Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentilerine Yönelik Karşılaştırmalı Bir çalışma", *II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi. 1990: 872-881.

5- Atkinson L D, Murray M E. *Fundamentals of Nursing*, New York, Mc Millan Pub. Co. Inc. 1985.

6- Baker D L. "There is a Better way ... An Admission Assessment Coordinator" *JONA*. Vol. 21, No. 11, November 1991: 43. 61

7- Baltaş A, Baltaş L. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*. 13. Basım, İstanbul Remzi Kitabevi, 1993.

8- Bandmen E, Bandmen B. "There is a Nothing Automatic About Rights", *American Journal of Nursing*, Vol. 177, No: 5, May 1977: 867-872.

9- Barry P D. *Psychosocial Nursing Assesment and Intervention*. Philedelphia, J.B. Lippincott Com., 1984.

10- Bayraktar (Doğar) N. "Hemşirelerin kan Tronsfüzyonuna Yönelik Bilgi ve Uygulamaları" Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1994.

11- Beland I L, Passas J.Y. *Clinical Nursing*. Fourth ed. Newyork, Mc Millan Pub., 1981.

12- Birol L, Akdemir N, Bedük T, *İç Hastalıkları Hemşireliği*. IV. Baskı, Ankara, Vehbi Koç Vakfı. Yayınları. No: 6, 1993.

13- Carpenito L J. *Nursing Care Plans And Documantations*. Philedelphia, J.B., Lippincott Com., 1991.

- 14- Cengiz G. "Ankara'daki Psikiyatri Kliniklerinde Hemşirelik Bakımı Veren Görevlilerin Bakım ve Tedavi Etkinlikleri". Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 1979.
- 15- Cengiz G. "Hastanın Hastaneye Yatışı ve Hemşire". **THD** Sayı: 1, 1980: 44-47.
- 16- Doğar N. "Bütüncül Sağlık Görüşü", **THD**. Cilt: 29. Sayı: 1. 1990: 31-32.
- 17- Dowell L. "The right of Admission", **Nursing Mirror**, vol. 160. no: 1, January 2, 1985: 33.
- 18- Elder R, Elder E. "A Place For the Family in Hospital Life". **Int. Rev.** 31; 2, 1984: 40-42.
- 19- Eroğlu L. "Sosyal İzolasyonun Getirdikleri". **Toplum ve Hekim**. Sayı: 48. Aralık 1991: 17.
- 20- Faulkner A. **Nursing A Creative Approach**. London. Bailliere Tindall, 1985.
- 21- Gillis L. **Human Behaviour in illness**. Third Ed. London. Faber and Faber. 1980.
- 22- Görgülü S. "Hemşirelerin Antibiyotiklere İlişkin Bilgi Düzeylerinin Saptanması". Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 1983.
- 23- Gragg S H, Rees O M, **Scientific Principles in Nursing**. seventh ed. st lous. The C.V. Mosby Com. 1974.
- 24- ————— "Hemşireliğin Sosyo Ekonomik Sorunları" Çalışma Grubu Toplantı Raporu, 28-30 Kasım. Bolu. 1990.
- 25- İnanç N, Hatiboğlu U, ve diğerleri. **Hemşirelik Esasları**. Ankara, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları, No: 5, 1994.
- 26- İyiarı G. "Hemşirelerin Koroner Anjrografi Sonrası Uyguladıkları Bakım ve Bakıma İlişkin Bilgileri". Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 1996.

27- Keskin F. "Sivas İli Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Yatmakta Olan Hastaların Servislerine Kabul Edilişlerindeki Uygulamalarla Bu Uygulamalara İlişkin Duygu ve Beklentilerinin Saptanması". Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Sivas. 1987.

28- Klop R, Patients' Rights and the Admission and Discharge Process". *Journal of Advanced Nursing*. 16, 1991: 408-412.

29- Kum N. "Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim Kavramı". *Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni*. Cilt: 10. Sayı 3. Temmuz 1977.

30- Large T. "Honest Admission". *Nursing Times*. Vol. 89. No: 49, December 1993: 14-15.

31- Le Noble E. "Pre Admission Possible", *The Canadian Nurse*. February, 1991: 18-20.

32- Long E. "How to Service Hospitalization", *American Journal of Nursing*. Vol: 72, No: 3, March, 1974: 466-468.

33- Luckman J, Sorensen K. *Medical Surgical Nursing*. Second Ed. Philadelphia W.B Saunders Com. 1987.

34- Luckman J, Sorenson K. "What Patients Tell You About Their Feelings, Fears and Needs", *Nursing*, Vol: 5, No: 2, February 1975: 56-61.

35- Mete (Kılıç) S. "Jinekolojik Muayeneye Gelen Kadınlarda Oluşan Anksiyeteye Hemşirelik Yaklaşımının Etkisi". Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1994.

36- Noonan K A. *Coping with illness*. New York. Delmar Pub., 1981.

37- Orlando I J. Çev: Ayşe Özcan, Nurgün Platin, *Hemşire-Hasta İlişkisinde Kişilerarası Süreçler*. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. No: 5, İstanbul, Celtüt Mat, 1984.

38- Özcan A. "Hastanede Yatan Hastaların Durumlarına İlişkin Bilgi İstedikleri Alanların Saptanması ve Hastaya Verilecek Bilgiler Konusunda Hemşire ve Hasta Görüşlerinin Karşılaştırılması". Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Ankara. 1977.

39- Özcan A, Pamir T, ve diğerleri. "Hemşire Hasta İlişkisi", *THD*. Cilt: 35, Sayı: 3, 1985: 39-54.

- 40- Özmen D. "Hastaların Beklentilerinin Saptanması", **II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri**. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi. 1990: 882-887.
- 41- Pearce E. **General Textbook of Nursing**. London. Faber and Faber. 1975.
- 42- Pektekin Ç. "Hastaneye Kabulde Hastaların Anksiyetelerinin Değerlendirilmesi", **Hemşirelik Bülteni**. Cilt: 1, Sayı: 2, 1982: 27-32.
- 43- Platin N. "Stresi Tanıyalım". **THD**. Clit: 38, Sayı: 3-4, 1988: 9-11.
- 44- Potter P G., Perry A G. **Fundamentals of Nursing**. st louis. The C.V. Mosby Com. 1985.
- 45- Potter P G, Perry A G. **Fundamentals of Nursing**. st louis. The Mosby Year Book. 1993.
- 46- Prescott T. "We Get an Early Start an a.m. Admits", **RN**. August, 1990: 21-24.
- 47- Price C. "Just a Few Forms to Fill in". **Nursing Times**. November 2, 1987: 26-29.
- 48- Rızalar S. "Hasta Bakımına Doğrudan Katılan Hastane Personelinin Hastane Enfeksiyonları İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Saptanması". **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara. 1996.
- 49- Robinson L. **Psychological Aspects of the Care of Hospitalized Patient**. Philedelphia F.A. Davis Com. 1972.
- 50- Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek T. **Hemşirelik Esasları**. Eskişehir Açık Öğretim Fakültesi Yayınları No: 225. 1991.
- 51- Saparstein A B, Fraizer M A. **Introduction to nursing Practice**. Philedelpia F.A. Davis Com. 1980.
- 52- Stuart G W, Sundeen S J. **Principles and Practice of Phychiatric Nursing**. Fourth Ed, St louis, Mosby Year book. 1991.
- 53- Taylor L, Lillis C, Le Mone P. **Fundementols of Nursing**. Philedalphia, J.B. Lippincott Com. 1989.
- 54- Terakya G, **Hasta Hemşire İlişkileri**. II. Basım Ankara, Se 8 Ra, Mat., 1993.

- 55- Travelbee J. **Interpersonal Aspects of Nursing**. Philedalphia, F.A. Davis Com. 1971.
- 56- Turton P. "The Laying on of Hands". **Nursing Times**. May: 2, 1984: 47.
- 57- Uyer G, **Hemşirelik ve Yönetim**, Ankara, Hürbilek mat., 1993.
- 58- Üstün B. "Hastaneye İlk Kez Yatan Hastaların Hastaneye Yatmaya İlişkin Duygu ve Düşünceleri ve Hemşirelik Yaklaşımlarının Saptanması". **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1994.
- 59- Woserick B. **Standarts of Nursing Care**. Philedelphia, J.B. Lippincot Com. 1990.
- 60- Yazıcı S, Eti Aslan F, Sabuncu H. "Yataklı Tedavi Kurumlarında Yatmakta Olan Hastaların, Hasta Kabulü İle İlgili Düşünceleri", **II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri**. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi. 1990.
- 61- Yılmaz S. "Kemoterapi Hazırlayan ve Uygulayan Hemşirelerin Aldıkları Koruyucu Önlemler ve Yeterince Önlem Alamama Nedenleri". **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, 1996.
- 62- Young I R, Guzman C P, "Preadmission Brochures", **Aorn Journal**. Vol: 60. No: 6. December 1994: 904-905.
- 63- Yurtsever S. "Hemşirelerin Koruyucu İzolasyon Yöntemine İlişkin Bilgi ve Uygulamaları". **Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi**. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1994.
- 64- Yurt V. "H.Ü.Hastaneleri Yetişkin Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Hastalarda Problem Olarak Gördükleri Özelliklerin ve Problemleri Çözme Yollarının İncelenmesi". **Yayınlanmamış Blim Uzmanlığı Tezi**, 1983.

ÖZGEÇMİŞ

1962 Ankara doğumlu olan araştırmacı, ilk ve orta öğrenimini Ankara'da tamamlamıştır. 1982 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokuluna girmiş, 1986'da mezun olmuştur. Aynı yıl Gazi Üniversitesi Uygulama ve Araştırma hastanesinde göreve başlamış, sırasıyla Dahiliye, Plastik Cerrahi, Dermatoloji, Üroloji Pediatri, Enfeksiyon kliniklerinde çalışmıştır. Araştırmacı halen aynı üniversitenin Dermatoloji kliniğinde görev yapmaktadır.

HEMŞİRELERİN HASTA BİREYİN KLİNİĞE KABULÜNE İLİŞKİN UYGULAMALARI İLE İLGİLİ GÖZLEM FORMU

Sıra No: Hemşirenin Adı Soyadı: Hemşirenin Mezun olduğu okul: () SML () SHMYO () HYO		Hastanın kliniğe geldiği saat:		
Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Hemşirelik Uygulamaları	Uygulandı	Uygulanmadı	Açıklama	
1. Hastanın yatacağı haberi alındıktan sonra				
a) Hastanın durumuna uygun oda ve/veya yatağın seçilerek hazırlanması				
b) Odanın gerekli tıbbi ve yardımcı malzemeyle donatılması Aspiratör, oksijen maskesi, Mayı askısı, Böbrek küvet v.s				
2. Hasta kliniğe geldiği anda				
a) Hasta ve yakınlarının ilgiyle karşılanması				
b) Hemşirenin hasta ve yakınlarına kendini tanıtması				
c) Hastanın yatağına alınması veya yatağının gösterilmesi				
d) Hastanın genel durumunun değerlendirilerek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun hemşirelik girişimlerinin yapılması				

Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Hemşirelik Uygulamaları	Uygulandı	Uygulanmadı	Açıklama
<p>e) Hastanın klinik çalışanlarıyla tanıştırılması</p> <p>g) Hastanın ön tanısının bilinmesi ve hasta dosyasının incelenmesi</p> <p>h) Hastaya üzerini değiştirmesinde yardımcı olunması, hasta yakınlarının böyle bir talebi olması durumunda yardım isteginin değerlendirilip bir süre başbaşa kalmalarının sağlanması</p> <p>ı) Yaşam bulgularının alınarak hemşire gözlem formuna kaydedilmesi ve normal olmayan bulguların doktora bildirilmesi</p> <p>j) Hastanın kilosunun ölçülmesi</p> <p>k) Hastaya yapılacak olan rutin tetkik tanı ve tedavi işlemleri konusunda açıklamada bulunarak gerekli işlemleri başlatma.</p>			
<p>3. Hastanın iletişim problemi açısından değerlendirilmesi</p>			
<p>a- a) Konuşma b) Anlama c) İtme d) Görme e) Duyusal Durum</p> <p>b) İletişimi engelleyebilecek problemi varsa uygun iletişim tekniklerinin geliştirilmesi</p>			

Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Hemşirelik Uygulamaları	Uygulandı	Uygulanmadı	Açıklama
4. Hasta odasındaki araçların tanıtılması ve kullanma yöntemlerinin açıklanması			
a) Etejer, masa, ışık ve dolabın kullanılması			
b) Yatağın özellikleri ve kullanılması			
c) TV, radyo ve telefon gibi araçların kullanılması			
d) Vital bulgu monitörleri ve tıbbi aletlerin tanıtılması			
e) Hemşire çağırma ziline yeri ve kullanılması			
5. Kliniğin tanıtılması kural ve rutinlerinin açıklanması			
a) Banyonun yeri sıcak su gün ve saatleri			
b) Tuvaletin yeri			
c) Yatağa bağımlı hasta ise tuvalet ihtiyacını nasıl gidereceği (sürgü ya da ördeği kimden ve nasıl temin edeceği v.s)			
d) Müdahale odası, hemşire odası-deski, doktor odasının yerleri			
e) Gazete, dergi v.s temin edebileceği yer			
f) Hastaya ait değerli eşyaların korunmasına ilişkin kliniğin tutumu			

Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Hemşirelik Uygulamaları	Uygulandı	Uygulanmadı	Açıklama
<p>g) İlaç verilme ve yaşam bulgularının alınma saatleri</p> <p>h) Pansuman saatleri</p> <p>ı) Hemşire nöbet saatleri</p> <p>j) Doktor ziyaret saatleri</p> <p>k) Yemeğini evden ya da dışarıdan getirebileceği durumlar ve koşulları</p> <p>l) Sigara kullanıyorsa bu konuda kliniğin tutumu</p> <p>m) Refakatçi kalma kural ve koşulları</p>			
<p>6. Hastane kural ve rutinlerinin hasta ve ailesine açıklanması</p> <p>a) Evden getirilmesi gereken ve getirilebilecek eşyalar</p> <p>b) Klinik dışına çıkabilme kural ve rutinleri</p> <p>c) Ziyaret gün ve saatleri</p> <p>d) Yemek saatleri</p>			

Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Hemşirelik Uygulamaları	Uygulandı	Uygulanmadı	Açıklama
e) Hasta yakınlarına hasta yanında ne kadar kalabilecekleri ve ne tür davranışlar göstermeleri gerektiğinin açıklanması			
f) Hastane ya da klinik kurallarına uyulmadığında oluşabilecek durumların açıklanması			
7. Hasta ve ailesine haberleşme yöntemlerinin açıklanması			
a) Acil-normal durumlarda hemşire ve doktoruyla nasıl haberleşeceği			
b) Hastaneden ailesi ile nasıl haberleşeceği (jeton, kart, telefon yerleri v.s)			
c) Hasta ailesinin hastası ile nasıl haberleşeceği (oda-telefon numaraları, görüşebileceği saatler)			
d) Hasta ailesini hastanın durumunu nereden ve nasıl öğrenebileceği			
8. Hastanın günlük yaşamı (fizyolojik gereksinimler, aktiviteler ve alışkanlıkları) ile ilgili sorgulanması gerekenler			
a) İstenmeyen alışkanlıkları (sigara, alkol, ilaç)			
b) Günlük ihtiyaçlarını giderebilme durumu			

Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Hemşirelik Uygulamaları	Uygulandı	Uygulanmadı	Açıklama
c) Uyku, dinlenme (sedatif gereksinimi, yastık sayısı)			
d) Boşaltım sıklığı (laksatif gereksinimi)			
e) Genel hijyen durumu ve alışkanlıkları			
f) Beslenme alışkanlıkları			
g) Dini alışkanlıkları			
9. Hasta ve yakınlarının anksiyetelerinin giderilmesinde yardımcı olunması			
a) Hastanın hastalığı ve hastaneye yatma ile ilgili duygularının paylaşılması			
b) Hasta ve yakınları ile özel olarak görüşülmesi, onların dinlenmesi ve soru sormaları için fırsat tanınması			
c) Hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi ve bu konuda soru sorma şansı tanınması			
10. Hastanın klinikte yapılacak muayeneye hazırlanması			
a) Muayene için uygun giysi			
b) Muayene masasının örtüsünün değişimi			

Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Hemşirelik Uygulamaları	Uygulandı	Uygulanmadı	Açıklama
c) Hastaya yapılacak muayenenin anlatılması			
d) Muayene sırasında hastanın yanında olunması ve mahremiyetinin korunması			
e) Muayene odasındaki araç gereçlerin hazır bulundurulması			
11. Hastanın geçmiş sağlık yaşantısı hakkında			
a) Daha önce geçirdiği hastalıklar			
b) Herhangi bir allerjisi olup olmadığı			
c) Kullandığı veya halen kullanmakta olduğu ilaçlar ve diyet			
d) Mevcut hastalığı dışında herhangi bir şikayetinin olup olmadığı			
e) Daha önceki hastane deneyimi			
f) Protez kullanıp kullanmadığı			
12. Diğer			

**HEMŞİRELERİN HASTA BİREYİN KLİNİĞE KABULÜNE İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYİ İLE İLGİLİ ANKET FORMU**

I. Bölüm: Hemşireleri Tanıtıcı Bilgiler

Sıra No:

1. En son hangi okuldan mezun oldunuz?

- a) Sağlık Meslek Lisesi
- b) Sağlık Hizmetleri M.Y.O Hemşirelik Bölümü
- c) Hemşirelik Yüksekokulu

2. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?

- a) 0-5 yıl
- b) 6-10 yıl
- c) 11+

3. Son 1 yıldır kendiniz veya 1. derece yakınınız herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattımı?

- a) Evet ise süre yakınlık derecesi?
- b) Hayır

4. Mezuniyetinizden sonra hastanın kliniğe kabulüne ilişkin hizmet içi eğitim programına katıldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

II. Bölüm: Hemşirelerin Hastanın Kliniğe Kabulüne İlişkin Bilgileri

5. Hastanın yatarak tedavi olmasına karar veren doktor, kliniği arayarak hasta yatışını haber veriyor. Bu sırada klinik hemşiresinin hasta hakkında öğrenmesi gereken bilgi/bilgiler nelerdir?
- Cinsiyeti
 - Tanısı
 - Genel durumu
 - Geliş şekli
 - Diğer
6. Yatarak tedavi olmasına karar verilen hasta poliklinikten yatacağı kliniğe kim/kimlerin eşliğinde getirilmelidir?
- Hastanın yakınlarıyla birlikte
 - Bir görevli eşliğinde
 - Diğer
7. Hastanın yatacağı haberi alındıktan sonra yapılacak hemşirelik uygulaması/uygulamaları nelerdir?
- Hastanın durumuna uygun oda ve/veya yatağın seçilerek hazırlanması
 - Odanın gerekli tıbbi ve yardımcı malzemeyle donatılması
 - Diğer
8. Hasta kliniğe geldiği anda yapılacak hemşirelik uygulaması/uygulamaları nelerdir?
- Hasta ve yakınlarının ilgiyle karşılanması
 - Hemşirenin hasta ve yakınlarına kendini tanıtmaması
 - Hastanın yatağına alınması ya da yatağının gösterilmesi
 - Hastanın genel durumunun değerlendirilerek ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlara uygun hemşirelik girişimlerinin yapılması
 - Hastanın oda arkadaşlarıyla tanıştırılması
 - Hastanın klinik çalışanlarıyla tanıştırılması
 - Hastanın ön tanısının bilinmesi ve hasta dosyasının incelenmesi

- h) Hastaya üzerini değiştirmesinde yardımcı olunması hasta yakınlarının böyle bir talebi olması durumunda yardım isteğinin değerlendirilip bir süre başbaşa kalmalarının sağlanması
- i) Yaşam bulgularının alınarak hemşire gözlem formuna kaydedilmesi ve normal olmayan bulguların doktora bildirilmesi.
- j) Hastanın kilosunun ölçülmesi.
- k) Hastaya yapılacak rutin tetkik, tanı ve tedavi işlemleri konusunda açıklama bulunarak gerekli işlemlerin başlatılması
- l) Diğer

9. Hastanın çevresi ile iletişim kurmasını engelleyebilecek herhangi bir problemi olup olmadığını anlayabilmek için hemşire hastada;

a) Neleri değerlendirmelidir?

- a) Konuşma
- b) Anlama
- c) İşitme
- d) Görme
- e) Duygusal durum
- f) Diğer

b) Hastayla iletişimi engelleyebilecek bir problem olması durumunda hemşirelik müdahalesi ne olmalıdır?

- a) Alternatif iletişim teknikleri geliştirmek
- b) Diğer

10. Hasta odasındaki araçların (eşyalar, tıbbi aletler) tanıtılması ve kullanma yöntemlerinin açıklanması sırasında hastaya hangi bilgi/bilgiler verilmelidir?

- a) Etejer, masa, ışık ve dolabın kullanılması
- b) Yatağın özellikleri ve kullanımı
- c) TV, radyo ve telefon gibi araçların kullanımı
- d) Vital bulgu monitörleri ve tıbbi aletlerin tanıtımı
- e) Hemşire çağırma ziline kullanılması ve yeri
- f) Diğer

11. Kliniğin tanıtılması kural ve rutinlerinin açıklanması neleri kapsamalı, hastaya hangi bilgi/bilgiler verilmelidir?

- a) Banyonun yeri sıcak su gün ve saatleri
- b) Tuvaletin yeri
- c) Yatağa bağımlı hasta için tuvalet ihtiyacını nasıl giderebileceği
- d) Müdahale odası, hemşire odası, deski, doktor odasının yerleri
- e) Gazete, dergi vs temin edebileceği yer
- f) Hastanın değerli eşyalarının korunmasına ilişkin kliniğin tutumu
- g) İlaç verilme, yaşam bulgularının alınma saatleri
- h) Pansuman saatleri
- ı) Hemşire nöbet saatleri
- j) Doktor vizit saatleri
- k) Yemeğini evden ya da dışarıdan getirebileceği durumlar ve koşulları
- l) Sigara kullanıyorsa bu konuda kliniğin tutumu
- m) Refakatçi kalma kural ve koşulları
- n) Diğer

12. Hastane kural ve rutinlerinin açıklanması sırasında hasta ve ailesine hangi bilgi/bilgiler verilmelidir?

- a) Evden getirilmesi gereken ve getirilebilecek eşyaları
- b) Klinik dışına çıkabilme kural ve rutinleri
- c) Ziyaret gün ve saatleri
- d) Yemek saatleri
- e) Hasta yakınlarına hasta yanında ne kadar kalabilecekleri ve ne tür davranışları göstermeleri gerektiğinin açıklanması
- f) Hastane ya da klinik kurallarına uyulmadığında oluşabilecek durumların açıklanması
- g) Diğer

13. Hasta ve ailesine haberleşme yöntemi/yöntemleri konusunda ne tür bilgiler verilmelidir?

- a) Acil-normal durumlarda hemşire ve doktoruyla nasıl haberleşeceği
- b) Hastaneden ailesi ile nasıl haberleşeceği (jeton, kart, telefon yerleri v.s)
- c) Hasta ailesinin hastası ile nasıl haberleşeceği (oda-telefon numaraları, görüşebileceği saatler)
- d) Hasta ailesinin hastanın durumunu nereden ve nasıl öğrenebileceği
- e) Diğer

14. Hastanın günlük yaşamı (fizyolojik gereksinimler, ihtiyaç ve alışkanlıkları) ile ilgili sorgulanması gereken nokta/noktalar nelerdir?

- a) İstenmeyen alışkanlıklar (sigara, alkol, ilaç)
- b) Günlük ihtiyaçlarını giderebilme durumu
- c) Uyku, dinlenme (sedatif gereksinimi, yastık sayısı)
- d) Boşaltım sıklığı (laksatif gereksinimi)
- e) Genel hijyen durumu ve alışkanlıkları
- f) Beslenme alışkanlıkları
- g) Dini alışkanlıkları
- h) Diğer

15. Hasta ve yakınlarının anksiyetelerinin giderilmesinde yardımcı olacak hemşirelik uygulaması/uygulamaları nelerdir?

- a) Hastanın hastalığı ve hastaneye yatma ile ilgili duygularının paylaşılması
- b) Hasta ve yakınları ile özel olarak görüşülmesi, onların dinlenmesi soru sormaları için fırsat tanınması
- c) Hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi ve bu konuda soru sorma şansı tanınması
- d) Diğer

16. Hasta doktor tarafından klinikte yapılacak fizik muayeneye alınacağı zaman hemşirenin yapması gereken hemşirelik uygulamaları nelerdir?

- a) Muayene için uygun giysi
- b) Muayene masa örtüsünün değişimi
- c) Hastaya yapılacak muayenenin anlatılması
- d) Muayene sırasında hastanın yanında olunması ve mahremiyetin korunması
- e) Muayene odasındaki araç gereçlerin hazır bulundurulması
- f) Diğer

17. Hemşirenin hasta kabulü sırasında hastanın geçmiş sağlık yaşantısı hakkında alacağı bilgi/bilgiler nelerdir?

- a) Daha önce geçirdiği hastalıklar
- b) Herhangi bir allerjisi olup olmadığı
- c) Kullandığı veya halen kullanmakta olduğu ilaçlar ve diyet
- d) Mevcut hastalığı dışında herhangi bir şikayetinin olup olmadığı
- e) Daha önceki hastane deneyimi
- f) Protez kullanıp kullanmadığı
- g) Diğer