

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NÖROLOJİ SERVİSİNDE YATAN İNMELİ HASTALARA VERİLEN
HEMŞİRELİK BAKIMI VE HASTA YAKINLARININ BAKIMA
KATILIMLARININ İNCELENMESİ**

Sibel GÜLEN

**Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.**

**BOLU
2006**

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**NÖROLOJİ SERVİSİNDE YATAN İNMELİ HASTALARA VERİLEN
HEMŞİRELİK BAKIMI VE HASTA YAKINLARININ BAKIMA
KATILIMLARININ İNCELENMESİ**

Sibel GÜLEN

**Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak Hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN**

**BOLU
2006**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne,

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Programında Y¼ksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı	Prof.Dr. Feray G¼kdoęan (AİB¼ Bolu Sağlık Y¼ksekokulu)
¼ye	Yrd.Doç.Dr.Sakine MEMİş (Adnan Menderes ¼niversitesi Aydın Sağlık Y¼ksekokulu)
¼ye	Yrd.Doç.Dr. Hulusi KEÇECİ (AİB¼ D¼zce Tıp Fak¼ltesi N¼roloji ABD)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Y¼netim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Y¼netim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Murat S. D¼řOęLU
Enstit¼ M¼d¼r¼

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince göstermiş olduğu anlayış, rehberlik ve katkıları için hocam Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN'a, uygulamaya verdikleri izin ve sağladıkları kolaylıklardan dolayı Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi ve Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimlikleri'ne, yardımlarından dolayı Dr. Serhat AYANOĞLU'na, hayatım boyunca her zaman yanımda olup destek veren aileme ve özellikle ablam Çiler GÜLEN'e teşekkürlerimi sunarım.

NÖROLOJİ SERVİSİNDE YATAN İNMELİ HASTALARA VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMI VE HASTA YAKINLARININ BAKIMA KATILIMLARININ İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırma nöroloji servisinde yatan hastalara verilen hemşirelik bakımı ve hasta yakınlarının katılımlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın örneklemini, Dr.Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi ve Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi nöroloji servisinde çalışan toplam 13 hemşire ile her iki hastanenin nöroloji servislerinde Mart 2005-Mart 2006 tarihleri arasında yatan toplam 60 hasta yakını oluşturmuştur. Veriler, yüzdelik, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistik testler kullanılarak analiz edilmiştir.

Hemşirelerin nöroloji servisinde 1 ile 2 yıldır çalıştıkları (%61.5), serviste 5-10 hasta olmak üzere ortalama 15 hastanın sorumluluğunu üstlendikleri, son nöbetlerinde 5-10 hastaya baktıkları (%61.5), mezuniyet sonrası nöroloji hemşireliği ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları (%100) ve nöroloji servisinde çalışmak istemedikleri saptanmıştır. Hemşirelerin %69.2'si mesainin yarısını, %15.4'ü 30 dakika ve altında bir süreyi hasta bakımına harcamakta ve %7.7'si bakım yapmamaktadırlar.

İnmeli hastaların çoğunu kadınların oluşturduğu (%60) ve yatağa bağımlı oldukları (%83.3) saptanmıştır. Hastalar, 3 ile 21 gün arasında ve ortalama 7.20 ± 4.40 gündür hastanede yatmaktadır.

Hasta yakınlarının çoğu kadın (%85.0) ve 35-64 yaş grubunda (%76.7) oldukları saptanmıştır. Hasta yakınlarının çoğunlukla hastanın yanında 5 ve daha az gün süreyle (%60) ve hastanın yanında isteyerek (%95.0), hastanın gereksinimlerini karşılamak (%46.9), bakımı (%30.4) ve hastaya yardımcı olmak için (%7.5) kaldıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin %61.5'i tanımladıkları ideal hemşirelik bakımını uygulamadıklarını; hasta yakınlarının %65'i ise tanımladıkları bakımın uygulandığını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %69.2'si servislerinde uygulanan hemşirelik bakımını yeterli bulmazken, hasta yakınlarının %73.3'ü hemşirelik bakımını yeterli bulmuştur.

Hemşirelerin tamamına yakını (%92.3) hastanın yanında hasta yakını olmasını istemekte, hasta yakınlarından yardım almakta (%69.2); hasta yakınlarından bakıma katkı (%25), hastaların gereksinimlerini karşılama (%25), servis kurallarına uyma ve hemşirelik bakımlarına müdahale etmemelerini (%12.5) beklemektedirler.

Hasta yakınlarına göre hastaya kendilerinin pozisyon verdiği (%78.8), hemşirelere göre ise %53.3 oranında hemşirelerin, %46.7 oranında hasta yakınlarının pozisyon verdiği belirlenmiştir. Hasta yakınlarına göre hastanın ilaçlarını kendilerinin verdiği

(%62.2), hemşirelere göre ise (%81.3) hemşirelerin verdiği; vücut temizliğinin hemşirelere göre %58.9 ve hasta yakınlarına göre %88.7 hasta yakınları tarafından yapıldığı; hastaya aktif-pasif egzersizlerin hemşirelere göre %75 ve hasta yakınlarına göre %67.7 hasta yakınları tarafından yaptırıldığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; bakım protokollerinin oluşturulması, hemşirelik dışı faaliyetlerin azaltılması, hizmetiçi eğitim programlarının düzenlenmesi hemşirelerin çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve yönetim tarafından desteklenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta yakını, Hemşire, Hemşirelik bakımı, Nöroloji servisi, Serebrovasküler hastalık.

A STUDY ON THE NURSING CARE GIVEN TO THE STROKE PATIENTS IN THE NEUROLOGY UNITS, AND PARTICIPATION OF THE PATIENT RELATIVES IN CARE

ABSTRACT

This descriptive study was carried out to determine the nursing care services rendered to the patients admitted in the neurology units, and participation of the patient relatives in such services.

The sampling comprised of total 13 nurses employed in the neurology units of Dr. Tandoğan Tokgöz State Hospital in Düzce and the Abant İzzet Baysal University Research and Practice Hospital in Düzce, and the relatives of 60 patients hospitalized in the neurology units of the two hospitals between March 2005 and March 2006. The collected data were analyzed through such descriptive statistical tests as percentage, average and standard deviation.

It was determined that the nurses worked for 1 to 2 years in the neurology units (61.5%), were responsible of average 15 patients, including 5 to 10 patients in each service, and took care of 5 to 10 patients in their last working shift (61.5%), and that they did not attend any postgraduate training course on neurological nursing (100%), and were reluctant to work in the neurology units. 69.2% of the nurses spent one half of their working times for patient care, while 15.4% of them reserved a working time not longer than 30 minutes for, and 7.7% of them were not involved in patient care.

It was found that the paralyzed patients were mostly female (60%) and confined to bed (83.3%). The patients were hospitalized for 3 to 21 days with an average time of hospitalization for 7.20 ± 4.40 days

The patient relatives were mostly female (85.0%), and 35 to 64 years old (76.7%). They usually accompanied the patient for a period not longer than 5 days (60%) voluntarily (95.0%) for meeting the needs of their patients (46.9%), patient care (30.4%), and for assisting their patients (7.5%).

61.5% of the nurses expressed that they did not applied the identified ideal nursing care, while 65% of the patient relatives stated that the identified care was applied. 69.2% of the nurses found the nursing care in their units insufficient, though the applied nursing care was found sufficient by 73.3% of the patient relatives.

Almost all of the nurses supported the accompaniment of patient relatives (92.3%), sought help from the patient relatives (69.2%), and expected the patient relatives to contribute to the patient care (25%), meet the needs of patients (25%), respect the service rules and not intervene the nursing care (12.5%).

The patient relatives defended that they positioned the patients (78.8%), while the nurses claimed that the patients were positioned by the nurses (53.3%) and by the

patient relatives (46.7%). The patient relatives claimed that the drugs were administered by them (62.2%), though the nurses stated that they were nurses who administered drugs to the patients (81.3%). The body cleaning was claimed by the nurses to be made by them at a rate of 58.9%, and by the patient relatives to be made by them at a rate of 88.7%. As for the active-passive exercises applied for the patients, it was claimed to be performed by the nurses and the patient relatives at a rate of 75% and 67.7% respectively.

In line with the above consequences, it was suggested to develop the appropriate protocols for patient care, reduce the non-nursing activities, arrange on-job training programs, organize the working times of nurses that should be supported by the management.

Key-Words: Cerebrovasculer Accident, Neurology Department, Nurse, Nursing Care, Relative.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Problem Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	8
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. Hemşirelerin Görev ve İşlevleri.....	9
2.1.1. Hemşirelerin Bakım İşlevleri.....	11
2.2. Serebrovasküler Hastalıklar.....	15
2.2.1. Hemşirelik Bakımı.....	17
2.3. Hemşirelerin Çalışma Koşulları.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Araştırmanın Şekli.....	30
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri.....	30
3.3. Araştırmanın Evreni.....	30
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	32
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
3.6. Veri Toplama Aracı.....	33
3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	33
3.6.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması.....	34
3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	69

6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	79
7. KAYNAKLAR.....	85

EKLER

EK 1: Hemşire Soru Formu

EK 2: Hasta Yakını Soru Formu

TABLOLAR

Tablo	Sayfa No
4.1. Hemşirelerin Eğitim, Çalışma Süreleri ile Çalıştıkları Servisler.....	36
4.2. Hemşirelerin Nöroloji Servisinde Çalışma Durumları.....	37
4.3. Hemşirelerin Nöbetteki Çalışma Saat ve Süreleri.....	38
4.4. Hemşirelerin Hasta Bakımına Ayırdığı Süreler.....	39
4.5. Hemşirelerin Bakım İşlevlerinin Denetlenme Durumu.....	39
4.6. Hemşirelik Bakımını Denetleyen Kişi ve Denetlenme Sıklığı.....	40
4.7. Hemşirelerin İdeal Hemşirelik / Hasta Bakımı Tanımları.....	41
4.8. Hemşirelerin İdeal Hemşirelik/Hasta Bakımı Tanımına Göre Uygulamaları.....	42
4.9. Hemşirelerin Tanımına Göre İdeal Hemşirelik/ Hasta Bakımını Uygulama Nedenleri ve Sıklığı	42
4.10. Hemşirelerin Tanımına Göre İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımını Uygulamama Nedenleri.....	43
4.11. Hemşirelerin Tanımına Göre İdeal Hemşirelik/ Hasta Bakımını Uygulamayı İsteme Durumları ve Nedenleri.....	43
4.12. Hemşirelerin Uyguladıkları Hasta Bakım Düzeyi.....	44
4.13. Hemşirelerin Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Bakımının Yeterliliğine İlişkin Görüşleri.....	44
4.14. Hemşirelerin Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Bakımının İyileştirilmesine İlişkin Görüşleri.....	44
4.15. Hemşirelerin Servislerinde Hemşirelik Bakımının İyileştirme Yöntemine İlişkin Görüşleri.....	45
4.16. Hemşirelerin Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Bakımının İyileştirilememe Nedenlerine İlişkin Görüşleri.....	45
4.17. Hemşirelerin Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Bakımını İyileştirme Sürecinde Katkılarına İlişkin Görüşleri.....	46

4.18. Hemşirelerin Hastaların Yanında Hasta Yakını Bulunmasına İlişkin Görüşleri.....	46
4.19. Hemşirelerin Hasta Bakımında Hasta Yakınlarından Yardım Alma Durumları.....	47
4.20. Hemşirelerin Hasta Yakınlarından Beklentileri.....	47
4.21. Hasta Yakınlarının Hemşirelerin Beklentilerini Karşılama Düzeyleri.....	48
4.22. Hemşirelerin Hasta Yakınlarına Yapmaları Gerekenleri, Servis ve Hastanın Durumuna İlişkin Uygulamaları Anlatma Durumları.....	48
4.23. Hemşirelerin Hasta Yakınlarına Yapmaları Gerekenler Konusunda Anlattıkları.....	49
4.24. Hemşirelerin Taburculuk Eğitimi Verme Durumları.....	49
4.25. Hemşirelerin Taburculuk Eğitimi Verirken Anlattıkları.....	50
4.26. Hasta Yakınlarının Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri.....	51
4.27. Hasta Yakınlarının Hastanede Kalma Durumları.....	52
4.28. Hastaların Bazı Özellikleri.....	53
4.29 Hastanın Yanında Kalma Nedenlerine İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri.....	54
4.30. Hemşirelerin Hastanın Durumu ve Uygulanacak İşlemler Hakkında Bilgi Verme Durumları.....	54
4.31. Hasta Yakınlarının İdeal Hemşirelik / Hasta Bakımı Tanımları.....	55
4.32. Hasta Yakınlarının İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımı Tanımına Göre Uygulanma Durumu.....	56
4.33. Hasta Yakınlarının Tanımına Göre İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımı Uygulanma Nedenleri.....	56
4.34. Hasta Yakınlarının Tanımına Göre İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımı Uygulanmama Nedenleri.....	57
4.35. Hasta Yakınlarının Tanımına Göre İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımının Uygulanma Sıklığı.....	57

4.36. Hasta Yakınlarının Tanımına Göre İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımının Uygulanma Düzeyi.....	58
4.37. Hasta Yakınlarına Göre Nöroloji Servisinde Yeterli Hemşirelik Bakımı Uygulanma Durumu.....	58
4.38. Hasta Yakınlarına Göre Nöroloji Servisinde Yeterli Hemşirelik Bakımı Uygulanmama Nedenleri.....	59
4.39. Hemşirelik Bakım Uygulamalarını Kimlerin Yaptığına İlişkin Hemşirelerin Görüşleri.....	61
4.40. Hemşirelik Bakım Uygulamalarını Kimlerin Yapması Gerektiğine İlişkin Hemşirelerin Görüşleri.....	63
4.41. Hemşirelik Bakım Uygulamalarını Kimlerin Yaptığına İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri.....	65
4.42. Hemşirelik Bakım Uygulamalarını Kimlerin Yapması Gerektiğine İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri.....	67

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlarda hizmetin kalitesi, hemşirelerin verdiği hasta bakım kalitesi ile yakından ilişkilidir. Hastanede sağlık bakım çalışanları içinde sayısal çoğunluğu oluşturan hemşireler, diğer çalışanlara göre hastalarla daha uzun süre birarada bulunmaktadır. Hastalar, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini göz önünde tutarak hastanenin kalitesini değerlendirebilmektedir (1,2,3).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN)'ne göre olması gereken hemşirelik işlevleri tedavi, koordinasyon ve bakımdır. Bakım *“rahatlama, öğretim, gözlem, iletişim ve durumu iyileştirme”* gibi kavramları kapsamaktadır (4). Bu nedenle profesyonel bir hemşirelik bakımı, uzmanlık bilgisi isteyen ve yetkili bir hemşirenin becerili uygulama ve davranışlarını gerektiren bakımdır (5). Hemşireler sağlık, hastalık ya da sakatlık durumlarında ve çeşitli ortamlarda birey, aile ve topluma hemşirelik bakımı sağlamakla yükümlüdürler (6,7).

Hemşireler, birçok karmaşık rolü bir arada yerine getirmekle sorumlu olmalarına karşın, ülkemizde hemşireler geleneksel rollerini sürdürmeye devam etmektedirler. Hemşirelik personelinin görev tanımlarına ilişkin yapılan bir çalışmada, servis hemşireleri en çok ilaç verme, tedavileri uygulama, yaşam bulgularını alma gibi bakım ve tedavi edici role ilişkin uygulamaları kendi görevleri olarak bildirmişlerdir (8).

Sürekli bakım, hastaların hastalıkları süresince duyacakları tüm sağlık hizmeti gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik ve sağlık hizmetlerinden beklenen bakımdır. Burada hastaların nelere gereksinim duydukları, ana odak noktayı oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki bazı yapısal engeller, hasta gereksinimlerinin karşılanmasında engel olarak görülebilmektedir (9). Bakım işlevi, hemşireliğin özünü oluşturan ve diğer sağlık disiplinlerinden ayıran önemli bir işlevdir. Önemi, bakım işlevi yeterince yerine getirilmediğinde, hastanın yaşamsal tehditlerle karşı karşıya kalmasıyla ortaya konulmaktadır. Bakım işlevi, bilinçsizlik ya da diğer

nedenlerle yatağa bağımlı hastaların bakım gereksinimlerinin kısmen veya tamamen başkası tarafından karşılanması durumunda önemi daha da iyi anlaşılmaktadır (4).

Lydia E. Hall öz bakım-tedavi kuramı ile hastaların tüm bakım ve eğitiminin tamamen profesyonel hemşireler tarafından verilmesi koşulunu tanımlamıştır. Hemşirenin başlıca işlevinin bakım olması nedeniyle profesyonel hemşire yeme, yıkanma, giyinme gibi günlük temel gereksinimlerin karşılanmasında hastaya yardım eder. Hall'ın kuramında hemşirelik bakımı ile hastanın iyileşme süresi kısalır ve kolaylaşır (10). Hemşirelik bakımının etkinliğinin en yararlı göstergelerinden biri, önlenabilir komplikasyonların olmamasıdır. Sunulan hizmetin maliyet-yarar etkinliğine bakıldığında, hemşireler kaliteli ve etkin bakım ile hastanede yatış süresini, bunun yol açacağı iş gücü ve maliyet kaybının azalmasını sağlayabilirler. Buradan, hemşireliğin temel işlevi olan bakımın, bilimsel ve planlı bir yaklaşım içinde gerçekleştirilmesinin gerekliliğinin kaçınılmaz olduğu rahatlıkla söylenebilir (11).

Kaliteli bir hemşirelik bakımı, sağlık ve sağlığı destekleyici davranışlar açısından istenen etkilerin sağlanma derecesini ifade eder. Kalitenin sağlanmasında bakım standartlarının geliştirilmesi ve uygulanması ön koşuldur. Nörolojik hizmetler, çoğunlukla sakatlığa yol açan, olumsuz sonuçları olan, kronik ve tedavisi olmayan hastalıklarla ilgilenmesi nedeniyle kaliteli hemşirelik bakımının sağlanmasında son derece önemli hizmetleri oluşturmaktadır. İnme hastalarının, hastanede yattığı süre boyunca tam bir hemşirelik bakımının uygulanmasına gereksinimleri vardır (12,13).

İnme, toplumda sosyoekonomik önemi giderek artış gösteren bir hastalıktır. Ülkelerin sağlık giderlerinin başında gelmekte ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (1990)'ne göre inme, tüm dünyada mortalite nedeni olarak ikinci sırada ve gelişmekte olan ülkelerde üçüncü sırada yer almaktadır. 1999'da yapılan son çalışmalarda inmenin meydana getirdiği ölüm oranının tüm dünyada 5.54 milyona ulaştığı görülmüştür. Avrupa'nın birçok ülkesinde ve Amerika'da yapılan istatistiklere göre ölüm nedeni olarak inme, kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırayı almaktadır. Ülkemizde 2000 yılında yapılan ulusal hastalık yükü

çalışması sonuçlarına göre ise serebrovasküler hastalıklar (%15.0) ölüme neden olan hastalıklar arasında iskemik kalp hastalığından (%21.7) sonra ikinci sırada yer almaktadır. İnme sıklığı ile ilgili veriler değişkenlik göstermesine karşın, epidemiyolojik çalışmalarla her yıl ortalama yüzbin kişide 200-280 kişide inme yakalanma riski ortaya konmuştur. İnmeli hastaların %20'si erken dönemde olmak üzere, %30'u bir yıl içinde ölmektedirler. Yaşayan hastaların üçte biri ise, günlük işlerinde başkalarının bakımına muhtaç olarak yaşamlarını sürdürmektedirler. İnme ve koroner arter hastalıkların birlikte, 2020'li yıllarda sağlıklı yaşamın kaybındaki en önemli neden olacağı düşünülmektedir (14,15,16,17).

İnmenin ekonomik maliyetleri oldukça büyüktür. Ulusal İnme Birliği (National Stroke Association), Mayıs 1994'de inmenin yıllık ekonomik yükünün 30 milyar dolar olduğunu bildirmiştir. Bu maliyetler, günümüzde 40.9 milyar doların üzerindedir. Kumral (1999) ülkemizde minör inme için maliyeti yaklaşık 500 milyon TL ve majör inmeli hasta için 2.4 milyar TL arasında olduğunu bildirmektedir (16).

Son yıllarda akut inme tedavisi üzerinde en çok tartışılan konu, bu hastaların nerede ve hangi koşullarda bakılacağı ve hangi zaman diliminde hangi ilaçları güvenle kullanabileceği ile ilgilidir (15). Yirminci yüzyılda nörolojide ve nörolojik sağlık problemleri olan hastaların tedavilerinde oldukça büyük gelişmeler ve değişiklikler olmuştur. Bu yüzyılın nöroloji hemşireleri “sürekli bakım” uygulamalarının verilmesine katkıda bulunmalı, hasta bakımında kendilerinden beklenen spesifik uygulamalarla sınırlı kalmamalıdır (9). Hollanda'da inmeli hastalara gösterilen önem giderek artmaya başlamıştır. On yıl kadar önce iyileşmek için tıbbi tedaviler odak noktası iken, günümüzde inmeli hastaların rehabilitasyonu ve iyi durumda olması daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (18).

Nöroloji ve nöroşirürji gibi alt bilim dalları kuruldukça, bu hastaların bakımı için özel eğitim almış hemşirelere gereksinim de artmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında nörolojik sorunu olan hastaların bakımı için üniteler kurulmuş ve özel eğitilmiş hekim ve hemşireler görevlendirilmiştir (19). Nörolojik sorunu olan hastaların bakımını yapan hemşirelerin eğitimi her düzeyde güçlendirilmelidir.

Temel eğitim programlarında sık görülen nörolojik hastalıkların bakımına ilişkin konulara yeterince yer verilmemesi sonucunda hemşire adaylar, nöroloji hastaları ile ilgili yeterli hazırlıkları olmadan mezun olmaktadır. Uygulama alanında ise nöroloji hemşirelerine talep çok fazladır (9).

Yapılan çalışmalarda bakımın etkinliğinin önemi anlaşılmasına karşın, hemşirelik uygulamalarının genellikle hekimin önerdiği tanı ve tedavi işlemlerini yerine getirmekle sınırlı kaldığı, hemşirenin asıl görev ve sorumlulukları arasında yer alan hemşirelik işlevlerinin, hemşireler tarafından büyük ölçüde yerine getirilmediği saptanmıştır (11). Platin ve arkadaşlarının (1982) yaptıkları bir araştırmada, hemşirelerin sekiz saatlik çalışma sürelerinin içerisinde yaptıkları işlevler saptanmıştır. Buna göre, bakım sekiz saatlik çalışma süresinin yalnızca %1'ini oluşturmuş, tanıya yardımcı uygulamalar %33, tedaviyi uygulama %36, kayıt dosyalama %14, diğer destek hizmetler %61 olarak belirlenmiştir. Bu sürenin kalan %12'sini dinlenme ve yemek saatleri oluşturmaktadır (4). Ülker (1985), hemşirelik gözlem kağıtlarını incelediği çalışmasında, hemşirelerin 24 saatlik bakımını yansıtan hemşire gözlem kağıtlarında, hemşirelik uygulamalarının belli birkaç rutinleşmiş iş çerçevesinde döndüğünü, bu işlerin tekrarlayan davranışları yansıttığını saptamıştır (20).

Ülkemizde hemşirelik bakımı, bireylere ve topluma iş merkezli olarak götürülmektedir. Bu durum, hemşirelik hizmetlerinin niteliğini etkilemektedir. İş merkezli bakım hemşirenin rutin işleri bitirmesine yöneliktir. Hasta ve hasta gereksinimlerinin giderilmesinin ikinci planda yer alması, bakımın aksamasına ya da yapılmamasına neden olmaktadır (21). Hastaların bakım gereksinimleri, hemşireler tarafından karşılanmalıdır. Ancak hasta sayısının fazlalığı, hemşire sayısının yetersizliği gibi nedenlerle refakatçiler de bakıma katkıda bulunmaktadır. Klinik gözlemlere göre hemşireler, hastaların tedaviye yönelik hemşirelik hizmetlerini, bakıma yönelik hemşirelik hizmetlerinden daha fazla yapmaktadır (4). Hemşirelerin, hastanın bakımında profesyonel beceri gerektiren işlevler dahil tüm hemşirelik işlevlerinde hasta yakınlarından yardım aldıkları saptanmıştır. Yapılan bir araştırmada hasta yakınlarının, sürgü-ördek boşaltma (%98.0), yatak yapımı (%98.0),

vücut temizliği (%96.0), pozisyon verme (%92.0), masaj yapma (%90.0), vücut ısısının kontrolü (%84.0), aktif-pasif egzersizler (%82.0), ağız bakımı (%80.0), sıvı takibi (%34.0) gibi işlevleri gerçekleştirdiği saptanmıştır (22).

Hasta refakatçilerinin hastaları için hemşire bakım etkinliği içine giren çeşitli uygulamaları hastane ortamında üstlendikleri ve kendilerine çoğunlukla bu uygulamaların önceden öğretildiğini ve sonradan denetleme yapıldığını söylemelerine karşın, bunun gerçek bir öğretim ve denetimden uzak olduğu söylenebilir. Refakatçilerin %47.5'i hastanın bakımında öncelikli olarak kendilerinin sorumlu tutulduğunu ifade etmişlerdir. Refakatçilerin hastaların fiziksel bakımı ve kişisel hijyenine yönelik, tıbbi tedavi ve bakımına yönelik birçok uygulamaları yaptıkları belirlenmiştir. Hasta için önemli riskler taşıyan özellikle fiziksel, tıbbi tedaviye ilişkin uygulamaların bu konuda eğitimi olmayan kişiler tarafından yapılması yaşamsal açıdan önemli sorunlara yol açabilir (23).

Diğer taraftan, refakatçiler de hasta bakımını kendi görevleri olarak algılamakta ve bunu hemşireden beklememektedirler. Hemşireler de hastanın yanında refakatçi olduğu sürece bakımla ilgili görevlerini onlara devretmiş görünmektedir. Bu durum her iki taraftan da benimsediği için refakatçilerin hemşirelerden bakım beklentileri sınırlı kalmaktadır (24). Hemşireler hasta yanında refakatçi bulunmasına karşı gibi görünseler de, çoğunlukla hasta yakınlarından hemşirelik bakım işlevlerini yerine getirmelerini beklemektedirler. Gelişmiş ve batı ülkelerinde refakatçi uygulamalarına bakıldığında, genellikle yaşlı ve kronik hastalar ile çocuk hastaların yattığı servislerde hastaya destek amaçlı izin verildiği, diğer birimlerde ise özellikle hastaya bakımını içeren uygulamalara yer verilmediği görülmektedir (23).

Hemşire sayısındaki yetersizliğe ve sıkıntıya çözüm bulmak amacıyla 1980'lerin başında diplomasız yardımcı personelin görevlerinin arttırılması önerilmiş ve hemşireler bakım hizmetlerinde bu kişilerden yardım beklemişlerdir. Hemşirelik bakım elemanlarının yapısı değiştikçe, verdikleri hizmette de değişiklik ortaya çıkmıştır. Diplomalı hemşirelerin sayıca azalmasına karşın, diplomasız sağlık bakım

işçilerinin artması sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir. Bu yardımcı personeller hemşirelik bakımında yer aldıkça, diplomalı hemşirelerin hasta bakımındaki sorumlulukları halen devam ettiğinden, oluşan hataların sonucu da onlara mal edilmiştir. Hastalar değişikliğin farkında olup, sevdiklerine ve kendilerine bir zarar geleceğinden endişe ettiklerini ifade etmişlerdir (25,3).

Hasta yakınlarının bakıma katılmalarının hasta açısından yararları incelendiğinde; hasta için duygusal açıdan yararlı olduğu (%43.9), bedensel gereksinimlerinin karşılanabildiği (%21.1), bakımın devamlılığının sağlandığı (%15.9) şeklinde ifadelendirilmiş; hemşireler açısından yararları ise, işlerinde azalma ile birlikte dinlenme için zaman ayırabildikleri (%46.1), başka hastalara daha fazla zaman ayırabildikleri (%20.7), iletişimde kolaylık sağladığı (%14.2) ve bakımla ilgili bilgilerde gelişme olduğu (%11.1) şeklinde belirlenmiştir (22).

Hemşirelik hizmetlerini olumsuz yönde etkileyen nedenler olarak hemşirelik işgücündeki eksiklikler, iş yoğunluğu, dengesiz dağılım, eğitim farkları, fazla mesai, tükenmişlik, mesleğin sosyal konumu, esnek üretim organizasyonu, aldığı bilgi ve becerileri uygulama fırsatının olmaması, sosyoekonomik yetersizlikler, görev tanımlarının yapılmamış olması, 24 saat kesintisiz hizmet, vardiya veya nöbet usulü çalışma sistemi gösterilmektedir. Diğer taraftan, nöbetlerin uzun ve yorucu olması, vardiya sistemi ile çalışmada değişen mesai ve dinlenme saatlerine uyum güçlüğü çalışma verimini düşürmektedir. Bu durum, hemşirenin hasta bakımındaki sorumluluklarını yerine getirmesini güçleştirmektedir (26,27). Bunlar, hemşirelik hizmetlerinin bir sonucu değil, hastaneyle ilgili hemşireleri aşan, hemşirelerin çok az kontrol sahibi olduğu faktörlerin bir sonucudur. Sağlık kurumlarındaki sağlık hizmetinin kalitesi, nitelikli sağlık insan gücü ile orantılıdır. Sağlık insan gücü ve özel olarak da hemşirelik işgücündeki eksikliklerin olumsuz sonuçlarından hastalar etkilenmektedir. Hemşire sayısı, nitelikli hasta bakımı sunulmasında en önemli ve kritik etmenlerden birisini oluşturmaktadır. Yeterli sayıda hemşire sağlandıktan sonra ise, bakımın kalitesi ancak standartların belirlenmesi ve bu standartlara ulaşılması ile yükseltilebilir. Ülkemizde yaygın olarak kullanılan yöntem hasta veya yatak sayısı

ile orantılı personel ayarlamaktır. Oysa, iş yükünü belirlemede yatak veya hasta sayısı yanıltıcı olabilmektedir (28).

Bakımın niteliğini etkileyen faktörlerden bir diğeri, hastane ve sağlık kuruluşlarındaki sağlık ve yönetim sisteminin biçimi ve örgütsel yapısıdır. Sağlık kuruluşlarının düzensiz olması, iç hizmetlerdeki bozukluk; ilaç, araç gereç ve bakım personeli eksikliği, hastalara yeterli bakım verilememesi ve hasta yoğunluğu bakımın niteliğini önemli derecede etkilemektedir. Hemşirelerin %62.7'si çalışma koşullarının uygunsuz olmasının hasta bakımını etkilediğini düşünmektedir (11). Son on yılda sağlık hizmetlerinin verilmesindeki temel değişiklikler, tüm sağlık çalışanlarının uygulamalarını da değiştirmiştir (9).

“American Journal of Nursing” dergisinde yayınlanan bir çalışmada, her on hemşireden dokuzu son yıllarda uygulanan tasarruf amacıyla hemşire sayısında azalmaya gidilmesi gibi politikalara bağlı olarak verilen hizmetin kalitesinde ve hasta sağlık güvenliğinde düşüşe neden olduğunu düşünmektedir (29). Amerikan Hemşireler Birliği (Amercan Nurses Association-ANA)'nin yaptığı bir ankete göre, son iki yıl içerisinde hemşirelerin %75'i hemşirelik hizmetlerinin kalitesinde azalma olduğu, %11.5'i ise gelişme olduğunu düşünmektedirler. Hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin azalmasını 7300 hemşireden 5067 hemşire yetersiz personel, 4445 hemşire azalmış hemşire memnuniyeti olarak görmektedirler (30).

Hemşirelik hizmetlerinin kalitesi, özellikle hemşirelerin günlük olarak bakmak zorunda oldukları hasta sayısı, bu hastalara yapılması gereken ancak yapılmayan hizmetler ve hastanın sağlık güvenliği ile ilgili sorunlarla ilişkili görünmektedir. Hasta sayısının kaliteye olan etkisi, tam olarak verilemeyen hizmetler ve hastaların sağlık güvenliği ile ilişkili sorunlarla birlikte katlanarak artmaktadır. Tam olarak verilemeyen hizmetler en fazla etkiye sahip ve %40'dan fazla bir kalite farkına neden olmaktadır. Sonuç olarak, hemşirelik hizmetlerinin kalitesi iş yoğunluğu gibi hem yapısal hem de tamamlanmamış klinik bakım ve hasta güvenlik sorunları gibi hizmet gösterge yöntemleriyle ilişkilidir. Esas nokta, yapısal faktörler ve hizmet yöntemlerinin kalite üzerine oldukça etkili olduğunun anlaşılmasıdır (31).

Personel sayısı ve verilen hizmetin kalitesi arasındaki ilişkinin değerdendirilmesi için Mart 2000'de yapılan bir çalışmaya göre personel sayısı ve hemşiresi fazla olan yerlerde verilen sağlık hizmeti kalitesinin daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır (29).

1.2. Araştırmanın Amacı

Yukarıdaki görüşlerden yola çıkılarak, bu araştırma hemşirelerin olumsuz çalışma koşullarının nöroloji servisinde verilen hemşirelik bakımına etkisi ve hasta yakınlarının bakıma katılımlarını belirlemek ve gerekli önlemlerin alınması için öneri geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelerin Görev ve İşlevleri

Sağlık ekibi içinde hemşirelerin uygulayıcı, bakım verici, karar verici, araştırmacı, yönetici ve eğiticilik gibi birçok rol ve işlevleri vardır. Hemşirelik mesleğinin işlevi, tarihi gelişiminde daha çok tedavi hizmetleri, hastanın rahatlatılması, ilaç uygulamaları gibi dar bir alanda sınırlandırılmıştır (32,33,34).

Hemşire hasta bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal durumunu iyileştirmeye yardım eder. Durumun birey ve aile üzerindeki fizyolojik, psiko-sosyal etkilerini tanımlar ve iyileştirici girişimlerde bulunur. Bakım verirken eğitir, aynı zamanda danışmanlık eder, korur ve gözetir. Gelecekte ilerlemeler/gelişmeler ne olursa olsun, hemşirelik uygulamalarının odak noktası aynı kalacaktır ve aynı kalmalıdır (33).

Hemşireliğin amacı, sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması ve en kısa zamanda bağımsız duruma gelmesini sağlamaktır. Hemşirelik toplumun her kesiminde bireyin fizyolojik, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin ışığında bakım yapar. Hemşireliğin temel işlevi sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlıklı kişinin sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir (35).

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında köklü gelişmeler kaydedilmektedir. Artık hemşirelik, geleneksel olarak algılandığı gibi, sadece hekimin planladığı tedaviyi uygulamak ve hekime yardım etmek, ona destek vermek değildir. Hemşirelerden istenen, sadece hekim istemini yerine getirmek değil, araştırmayı ve bilimsel olarak düşünmeyi yani hemşireliğin teorik yönünü işleve dönüştürmeyi öngören bir plan içinde bakım vermesidir (21,35,36,37,38).

Tıp “tedavi” merkezlidir ilaç ya da cerrahi önlemlerle kişinin hastalık ya da sakatlığını ortadan kaldırarak yeniden sağlıklı konuma getirmeyi amaçlar. Hemşirelik ise “bakım” merkezlidir. Bakım, hastalar için sorumluluk duygusu ile karakterize

gönüllü bir gözetim ve yardımı içerir. Hastanın sorununu çözümlemenin yarısı tedavi, diğer yarısı ise bakımdır. Hekimin birinci görevi tedavi, ikinci görevi bakımdır. Hemşirenin ise birinci görevi bakım, ikinci görevi tedavidir (35,39).

Yapılan bir araştırmada “Hemşireniz tedavi dışında size zaman ayırıyor mu?” sorusuna %66 oranında “hayır” yanıtı verilmiştir. Buna da hemşirelerin hasta merkezli çalışmaktan çok, servisin yoğun temposu içinde iş merkezli çalışmasının neden olduğu düşünülmektedir (37).

Hemşirelik, insanın sağlığını sürdürebilmesi için bilgi verme ve hastalığı nedeniyle kendi kendine karşılayamadığı gereksinimlerinin karşılanmasını ve en kısa zamanda onun bağımsız bir hale gelmesini kapsar. Hemşireliğin amacı; sağlıklı /hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için ona gereksindiği yardımı sağlama eylemidir.

Hemşirelerin işlevleri üç grupta toplanabilir:

- 1- Bağımlı fonksiyonları; hekim istemini uygulamaya yönelik olanlar. Örneğin; tedaviyi uygulama, tanı ve tedavi işlemlerine yardım etme gibi.
- 2- Bağımsız fonksiyonları; hemşirenin bilgi ve deneyimi ile çözümleyeceği sorunlara yönelik olanlar. Sağlıklı/hasta bireyin, sağlığının sürdürülmesi, hastalık halinde sağlığını yeniden kazanmasında gerekli yardım yapılması ve onun bağımsızlığını kazanması için yardımcı olma hemşirenin bağımsız fonksiyonlarıdır. Örneğin; yatağa bağımlı hastada gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine ilişkin etkinlikler. Hemşirenin, hastanın kendi yapamadığı günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı olması ve ona bağımsızlığını kazandırmaya yönelik destekleyici etkinlikleri onun bağımsız fonksiyonlarıdır.
- 3- Yarı bağımlı fonksiyonları; hekimin planladığı tedaviyi uygularken, tanı işlemlerine yardımcı olurken, olası sorunların gelişip gelişmediğini bilgi ve deneyimleri doğrultusunda izlemek ve gerekli önlemleri almaktır. Örneğin; hastanın ilacını doktor isteminde belirtilen doz ve zamanında

verirken, ilacı uygulamadan önce ve sonra toksikasyon belirtilerinin doktora haber verilmesi gibi (36,35,21).

Yataklı tedavi kurumlarında hastaya verilen hemşirelik hizmeti iki alt gruba ayrılabilir.

1-Doğrudan Bakım: Hastanın yatağı başında uygulanan bakımdır. Hastanın beslenmesi, boşaltımı, beden temizliğinin sağlanması, yaşamsal bulguların alınması, kayıt edilmesi, hastanın hareket ettirilmesi, pozisyon verilmesi, hastanın tedavisinin zamanında yapılması, sıvı takibi, solunuma yardım, izolasyon, tanı için gerekli örneklerin alınması gibi etkinlikleri içerir.

2-Dolaylı Bakım: Hastalardan uzakta, ancak onlar adına yapılan etkinliklerdir. Gözlemlerin kayıt edilmesi, hekim ve diğer sağlık personeli ile yapılan iletişim, hasta bakımına yararlı olacak bilgilerin araştırılması gibi (21).

2.1.1. Hemşirelerin Bakım İşlevi

Her bireyin sağlıklı olabilmesi için karşılanması gereken temel gereksinimleri bulunmaktadır ve insan gereksinimleri karşılanabildiği oranda sağlıktan söz edilebilir. Hasta birey bu gereksinimlerin bazılarını kendi kendine karşılayamadığı sağlık sorununu tek başına çözümleyemediği için mesleki yardıma gereksinim duyarak hastanelere başvuran kişidir (21).

Sağlıklı bireyler hijyenik gereksinimlerini kendileri karşılarlar. Ancak hastalık durumunda birey, hijyenik uygulamalarını gerçekleştirmek için başka bir kişinin yardımına gereksinim duyar. Hasta bireye bu yardımı verecek sağlık personeli ise hemşiredir. Hemşirenin amacı kendi temel gereksinimlerini karşılayamayan bireye yardım etmektir (35,40,22).

Hemşirenin hasta ya da sağlıklı bireye verdiği bakımda başarılı olabilmesi için temel insan gereksinimlerini ve bunların öncelik sırasını bilmesi gerekir. Bireyin sağlıklı olabilmesi için tüm gereksinimlerinin zamanında karşılanması gerekir.

Bireyin yaşamı tehdit altında olduğu zaman fizyolojik gereksinimler ön plana çıkar. Fakat bu tehlike geçince diğeri gereksinimlerin de karşılanması gerekir. (35,22,21). Hemşirelik faaliyetlerini ve uygulamalarını belirleyen hastanın gereksinimleridir. Hastayı karşılanmamış gereksinimlerinin yarattığı sıkıntı ve huzursuzluktan korumak hemşirenin sorumluluğudur (41).

Maslow, Henderson, Kroegel gibi kuramcılar temel insan gereksinimlerini değişik şekillerde tanımlamışlardır. Henderson; fizyolojik, psikolojik, spiritüel ve entelektüel alanlarda çok bilinen solunum, boşaltım, beslenme vb. gibi 14 temel gereksinim saptamış ve bunların karşılanmasına yardım etmenin, hemşirenin özgün fonksiyonları olduğunu belirtmiştir (11,22).

Bireyin bütün ilgisi sağlık durumu üzerine yoğunlaşmışken, bakım ve tedavi hizmeti veren hemşirenin ilgisi, işlevi bozulan organ veya sisteme yoğunlaşmıştır. Hemşirelerin hastaların gereksinimlerini tanımaya, anlamaya çalışmaktan çok uzak oldukları, hastanın istek ve davranışlarını önemsemedikleri hatta bu konunun üzerinde durulması gereksiz bir lüks olarak değerlendirdikleri gözlenmektedir. Karşılanmayan gereksinimleri nedeniyle hastaların tedavi süreleri uzamakta ve duygusal durumlarında sorunlara neden olduğu bilinmektedir (21).

Hemşireliğin yapısı incelendiğinde en önemli sorumluluk alanının “Bakım” olduğu, bunu tedavi sorumluluklarıyla, koordinasyon sorumluluğunun izlediği görülmektedir. Hemşirelik uygulamalarında sorumluluklar arasındaki oran değişip, bakımın ağırlığı azalırsa, o zaman mesleki nitelik yitirilir, bağımlı işlevler artar, bireye yönelik amaçlar gerçekleştirilemez (21).

Hemşirenin bağımsız fonksiyonu olan bakım, en önemli hemşirelik işlevidir. Bakım ve hemşirelik bir yüzyıldan fazla süredir, hemşireler tarafından kullanılan kavramlardır. Bakım olgusu; bir başkasına yönelme, onunla birlikte olma, ona yardım etme ve koruma, tepkilerini önemseme, karşılaşılabileceği tehlikelerden koruma, istek ve gereksinimlerini içtenlikle karşılama davranışlarında ifadesini bulur (11,42).

Hemşire teorisyenler bakım olgusuna farklı tanımlar getirmişlerdir. Delores Gaut'a göre bakım; bir şeyi düşünmek ya da dikkat etmek, bir şeyi sağlamak veya bir şey için sorumluluk almaktır. Gaut (1984) bakımı, bir iş tarifi gerektiren amaçlı bir insan aktivitesi olarak görmektedir. Gaut'a göre; hemşirenin bir kişinin bakım ve bilgi gereksinimini karşılayabilmesi için öncelikle sorunların farkında ve tam bir bilinç halinde olması gerekmektedir. Daha sonra hemşire bu bilgiyi kullanarak bir eylemi seçmeli ve yapmalıdır. Bu eylem kişide olumlu değişiklikler meydana getirmelidir (11).

M. Mayerof'a göre bakım; dikkat etmek ve iyi niyet anlamındadır. Bakım büyüme için önemli bir kavramdır. Yardımcı olabilmeyi, yaratıcılığı geliştirmeyi ve cesaretlendirmeyi içerir (11).

Benner'e göre bakım; şifa vericidir çünkü iyileştirmeyi kolaylaştırır. Leininger'e göre bakım (1984); hemşireliği tanımlayan, gerekli, merkezi ve birleştirici bir alandır. Tüm dünya kültürlerinde insanoğlunun yaşamı, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli bir insan ihtiyacıdır (11).

Jean Watson'a göre bakım; insanı birey olarak ele alma, başkalarının hislerini algılayabilme ve bir kişiyi diğerinden ayırabilmektir. Bakım, idealin ve değerın başlangıç noktasıdır (11).

Hemşirelik, birçok aktiviteler dizisi olup hastanın iyileşmesi için onu olası en iyi koşullarda tutma çabasıdır. Florence Nightingale'e göre hemşirelik aktivitelerinin odağı; temiz hava, ışık, ısıtma, temizlik, sessizliği sağlama ve diyetin uygun şekilde uygulanmasıdır. Hastanın yatağı temiz, havalandırılmış, sıcak, kuru ve kötü kokulardan arındırılmış olmalıdır. Hastaya kendisinin yada diğer kişilerin kolayca bakım verebileceği bir ortam sağlanmalıdır. Yatağın genişliği ve yeri, hastanın aktivitelerini kolaylaştıracak biçimde olmalıdır. Yatak en fazla ışık alan ve gürültüden uzak bir yere yerleştirilmelidir. Hastanın pozisyonu ventilasyonu destekleyecek şekilde olmalıdır (36).

Bakım, bir araç olup, hemşire ile hasta arasında kişilerarası ilişkilerini geliştirerek, hastanın hastalık sürecine bağlı duygularını sözel olarak ifade etmesine yardımcı olabilir. Bu sırada iletişim de doğar. Profesyonel hemşirelik uygulamaları ile iyileşme hızlanır. Kişisel olarak, hastanın sağlık durumuna ilişkin gereksinim ve duyguların farkında olması iyileşmesi için yeteneklerini de artırabilir. Hemşire bakım rolünü yerine getirirken hastanın anksiyetesini giderir, ağrısını azaltır, duygusal iyiliğini sağlar. Hemşire bakım verirken hastayı bakıma katmak için cesaretlendirmelidir. Bu rol özellikle kronik hastalarda önem taşımaktadır (10,35).

Hastanın davranışları anlaşılmadığı sürece hemşire daha çok meşgul edilecek ve verilen bakım yeterli olmadığı gibi, memnuniyet verici de olmayacaktır. Hemşirenin hasta ile kurduğu iletişim verdiği bakımın niteliğini de etkiler (21). Yapılan bir çalışma, hemşirenin hastaya fiziksel veya duygusal olarak destek gösterdiği durumların tümünde, hastanın ağrısının hafıflediğini, ağrıyı gidermede hemşirelik yaklaşımının ağrı kesici ilaçlardan daha etkin olduğunu göstermiştir (35).

Hemşire hastayı mümkün olan en kısa zamanda kendi gereksinimlerini kendisi karşılayabilir duruma gelmesi için desteklemelidir. Hemşire hastaların bağımlılık-bağımsızlık düzeylerini ayırt ederek bakım vermelidir. Dişini fırçalayabilen hastaya ağız bakımı vermek, kalkabilen veya yatakta dönebilen hastaya sırt masajı yapmak gerekli değildir. Hastanın kendi başına yapabileceği bir işi hemşirenin onun yerine yapması hastanın bağımsızlığını değil bağımlılığını desteklemek olacaktır. Ancak gereksinimlerini karşılayamayacak, bağımlı bir hasta ise hemşire hastanın gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamalıdır. Bunlar bakım görevleridir (21).

Tekmen'in "Hemşirelik faaliyetlerinin hasta beklentilerine uygunluğunun araştırılması" (1989) çalışmasında fiziksel bakım uygulamalarındaki hemşirelik faaliyetlerine, hemşirelerin hastalarından daha fazla önem verdikleri saptanmıştır (41).

Bakım-tedavi tartışmasında bakımı savunan hemşirelere göre hasta için önemli olan, rahatlatıcı terapötik fiziksel bir çevrede, hastanın kendini bir nesne veya vak'a olarak değil, fizyolojik ve duygusal ihtiyaçlarının karşılandığı bir kişi olarak algılayabilmesidir. Velioğlu'nun (1990) yaptığı bir araştırmada hekim ve öğrencilerin bakımdan çok tedaviye önem verdikleri, hemşirelerin ise öncelikle bakımın gerekliliğine inandıkları ortaya çıkmıştır (42).

Yaptığı görev gereği hastanelerde hastalarla sık ve uzun süreli ilişki içinde bulunan sağlık personeli, hemşiredir. Fakat yapılan bir araştırmada hastaların en çok ilişki içinde bulunduklarını düşündükleri sağlık personeli olarak ilk sırada % 60.7 oranıyla hekimler gösterilmiştir, bunu %23.9'luk oranla hemşireler izlemektedir. Bu durumda hemşirenin ekipteki görevinin yeterince görülemediği düşünülmektedir (43).

Ralph, toplumun hemşireden beklentisini üç temel noktada toplamıştır: Toplumun ilk beklentisi, bireysel olarak hemşirenin ve genel olarak hemşirelik meslek grubunun en azından uygulama ve bakım alanına güvenilir bir standart getirmesidir. İkinci beklenti ise, hizmet ve bakım verirken hastaların gereksinimlerinin karşılanmasının ön planda tutulması ve hemşirenin kendi açısından herhangi bir kazanç gözetmemesi, kısaca özverili bir hizmet ve bakım sağlanmasıdır. Bireysel olarak hemşirelerin ve bir bütün olarak hemşirelik meslek grubunun beraberlik ruhu ve sorumluluk bilincinde hareket etmeleri ise üçüncü beklentidir (44).

2.2 Serebrovasküler Hastalıklar

Serebrovasküler olay veya inme, beyne giden kan desteğinin bozulduğu ve engellendiği zaman ortaya çıkan acil bir durumdur. Serebral perfüzyondaki bozulma sonucunda akut nörolojik fonksiyon bozuklukları meydana gelir. İnmeye eşlik eden belirti ve bulgular beynin etkilenen alanlarına bağlı olarak görülür. Bazen bozukluklar 24 saatten az sürdüğü durumlarda transient iskemik atak (TİA) adını alır (16,45).

Serebral trombus, serebral emboli ve kanama serebrovasküler bozuklukların en yaygın nedenleridir (46,47). Serebral infarktlar (emboli yada tromboz) inmelerin %80'ini, intraserebral hemorajiler ise %20'sini oluşturur (16,45).

Serebral infarktüs beynin lokalize bir sahasında kan akımının azalmasıdır. İnfarktüsün boyutları, tıkanmış damarın boyut ve yeri gibi faktörlere ve tıkanan damar tarafından beslenen alanın kolleteral dolaşımının uygunluğuna bağlıdır (47).

Beyne olan kan akımı lokal bozukluklar (örn.trombüs,emboli,kanama veya vasküler spazmlar gibi) veya sistemik bozukluklar (örn.akciğer ve kalp bozukluklarına bağlı hipoksi gibi) nedeniyle yavaş veya hızlı biçimde değişebilir. Atherosklerotik hastalıklar sıklıkla giden arterleri daha az sıklıkla beyin içindeki damarları etkiler. Trombüsler atherosklerotik plak üzerinde oluşabilir veya kan akımının azaldığı veya turbolans oluşmuş olan stenoz alanlarında kan pıhtılaşabilir. Kan damarından kopan bir trombus kan dolaşımına taşınan bir emboli haline gelebilir (47).

Trombüs, etkilenmiş damarın suladığı beyin dokusunda iskemi oluşturabilir, çevre alanlarda ödem veya konjesyon oluşturabilir. Ödem kendisinden daha büyük disfonksiyona neden olabilir. Ödem birkaç saat içinde veya bazen birkaç günde gerileyebilir. Ödem geriledikçe kişi iyileşmeye başlar. Ödem tarafından kaybolan fonksiyonların bazıları geri kazanılabilir. İnfarkt alanı geniş olmadıkça trombus nedeni ile oluşan serebrovasküler hastalık genellikle öldürücü değildir (47)

Emboli nedeniyle serebral damarlarda oluşan oklüzyon emboli bakteri taşıyamıyorsa tromboza benzer nekroz ve ödem oluşturur. Eğer emboli septikse enfeksiyon damar duvarlarının ötesine geçiyorsa abse oluşabilir veya ensefalit gelişir. Eğer enfeksiyon tıkalı damar içinde kalırsa damarın anevrizmal genişlemesi oluşur (mycotic aneurysm). Bu tehlikelidir çünkü anevrizma yırtılırsa serebral kanama oluşabilir. Kırklı yaşlardan sonra serebral emboli insidansı yüksektir (47)

Beyin içindeki kanamaların çoğu aterosklerotik veya hipertansif damarların rüptürüne bağlıdır. Bu 50 yaşından sonra en yaygın nedendir. İntraserebral kanamaların çoğu çok yaygındır, öyleyse beyin içinde oluşan kanamaların tüm serebral hastalıklar içinde en ölümcül olması şaşırtıcı değildir. Beyin içi kanamalardan sonra iyileşme mümkün olsa da bu iyileşme trombüs veya emboli ile oluşan inme durumlarına göre daha az ve daha nadirdir. İntraserebral kanamadan sonraki ilk 3 gün içinde hastaların %50'si herniasyon nedeniyle kaybedilir (47).

Bir çok neden inme eğilimini artırır. Bunlardan en önemli olanları hipertansiyon ve diabetes mellitustur. Ailesel yatkınlık, ileri yaş, hiperlipidemiler, atriyal fibrillasyon, kalp kapağı hastalıkları, sol ventrikül hipertrofisi, koroner arter hastalığı, konjestif kalp hastalığı inme için risk faktörüdür. Sigara, inmenin bütün vasküler mekanizmaları için güçlü bir risk faktörüdür (16,48).

2.2.1. Hemşirelik Bakımı

Nöroloji ve nöroşirürji alt dalları kuruldukça bu hastaların bakımı için özel eğitilmiş hemşirelere olan gereksinim artmıştır. Yirminci yüzyıl başlarında nörolojik sorunu olan hastaların bakımı için özel üniteler kurulmuş ve özel eğitilmiş hekim ve hemşireler görevlendirilmiştir. Birleşik Devletlerde nöroloji hemşireliği gelişmeye başladığı dönemde Charles Karsner Mills (1845-1931) Philadelphia General Hastanesinde hemşirelere nöroloji hastası bakımı üzerine konferans vermeye başlamıştır. 1889'da bu kursun içeriği "The Nursing and Care of the Nervous and the Insane" adlı kitapta yayınlanmıştır (19).

Türkiye'de inme hastalarının yaklaşık tamamı nöroloji servislerinde yatırılmakta ve işlevsel durumlarının ağırlığından bağımsız olarak yaşayanların tamamına yakını evlerine taburcu edilmektedir. Türkiye'de akut inmeli hastaların özel inme ünitelerinde izlenmesi yeni bir kavramdır ve bunun olası getirileri ile ilgili yeterli veri yoktur (13).

Nörolojik sorunları olan kişiler için hemşirelik hizmetlerinde pek çok şey göz önüne alınmalıdır. Nöroloji hemşireliğindeki özel uygulamalar, bazı özel bilgi ve

becerileri gerektirmektedir. Nöroloji hemşirelik uygulamalarında çalışmayı düşünen bir kişinin öncelikle genel hemşirelik uygulamalarıyla ilgili bilgi, beceri ve yeteneklere sahip olması gerekir. Örneğin kardiyak ve respiratuar değerlendirme ve izleme, sıvı-elektrolit dengesi, farmakolojik bilgi, enfeksiyon ve inflamasyon yanıtları ve rehabilitasyonun temel prensipleri nöroloji hemşireliğinin özel uygulamalarının temel esaslarını oluşturur. Bu temel bilgiden hareketle, nöroloji hemşireleri nörolojik pulmoner ödem, nifidipin gibi bazı ilaçların serebral sirkülasyona olan yan etkileri, nörojenik hipertermi ve serebral ödem, serebral travma, inme veya multiple skleroz hastaları gibi hastaların rehabilitasyonu gibi konularda bilgi ve deneyimlerini geliştirmek zorundadırlar (9).

Hemşirelik Yönetimi

Değerlendirme

Serebrovasküler hastalığı olan hastanın ilk değerlendirmesi, ileriki değerlendirmelere temel teşkil edeceğinden önemlidir. Uyanık ve uyarılmış hastaya patolojik işlevler hakkında bilgi verilmeli ve ne kadar önemsiz görünürse görünsün duyu, hareket ve fonksiyonlarla ilgili herhangi bir değişiklik hakkında hemşireyi uyarması öğretilmelidir. Artan nörolojik defisit ya enfakt alanının ilerlediğini veya serebral ödem veya kanama olan alandaki iskeminin arttığını gösterir. Mevcut sorunun ve geçmiş tıbbi ve sosyal öykünün tam bir metni serebrovasküler hastalığın kaynağı hakkında bilgi verecektir (47).

Nörolojik durum ve yaşam bulgularının sürekli değerlendirilmesi zorunludur. Bu değerlendirmeler saatlik ve hatta stabil olmayan hastalar için daha sık yapılmalıdır. Değerlendirme verileri incelenmeli ve eğer hastada bozulma görülüyorsa (motor ve duyuşal fark değişiklikleri, pupil değişiklikleri, solunum değerlendirmesi, görme ve algılama defektlerinin gelişimi veya afazi) hekim uyarılmalıdır. Hemiplejinin değerlendirmesi motor fonksiyonu duyu ve refleks aktivitenin tekrarlanan değerlendirilmesini içerir (47).

Hemşirelik Tanısı, Planlama ve Uygulama

Hemşirelik Tanısı: Serebral doku perfüzyonunda değişiklik

Planlama: Beklenen sonuçlar. Hasta serebral doku perfüzyonunu sürdürür, bu durum baş ağrısı olmaması, sabit veya düzelen Glasgow Koma Skalası puanı ile anlaşılır.

Uygulama: Hastanın intrakranial basınç (İKB) ölçümü saatlik monitorize edilmeli. Hasta başı yükseltilmiş ve ensesi dik durumda olmalıdır. Doktor basıncıdaki artışlar konusunda uyarılmalıdır. Nörolojik değerlendirme sıklıkla yapılmalı ve önceki verilerle karşılaştırmaya gidilmelidir.

Deliryum ve huzursuzluk eğer gerekli ise sedatiflerle kontrol edilmelidir. Hemşire huzursuzluğun mesane doluluğu, kabızlık ve ağrı nedeniyle olup olmadığını bilmelidir.

İkınmalı defekasyon, yoğun öksürük, kusma, kaldırma, gürültü ve ışık gibi faktörlerden sakınılmalıdır. Hafif laksatifler genellikle verilir (47).

Hemşirelik tanısı: Fiziksel mobilitede azalma

Planlama: Beklenen sonuçlar. Hasta maksimal fiziksel mobiliteye ulaşmalıdır. Bu durum tendon kontraktürleri eklem ankilozu, kas kısalığı ve adaptif aletler kullanımı olmamasıyla karakterizedir.

Uygulama: Uygun pozisyon verme, çevirme ve hemiplejik hastanın egzersizi deformite ve komplikasyonları engelleyebilir.

Pozisyon verme; hemşire hemiplejik hastanın pozisyonunu iki saatte bir değiştirmelidir. Hasta temel olarak etkilenmeyen tarafa yatırılmalı kısa aralıklarla etkilenen tarafa yatırılmalı veya basıncı azaltmak için dik tutulmalıdır. Etkilenen tarafa yatırılırken hemşire hastanın vücut ağırlığının paralize kol ve bacaklara baskı yapmamasını sağlamalıdır. Hastanın sadece kısa süreli dik pozisyonda olmasına izin verilmelidir. Çünkü bu pozisyon kalça fleksiyon deformitesine neden olur. Hemşire hasta supine pozisyonundayken etkilenmiş dizin altına yastık koymalıdır. Bu dizin fleksiyon deformitesini kolaylaştırabilir ve dolaşımı bozabilir. Hasta bir yanına yatarken üst uyluk fleksiyona getirilmelidir. Hemşire günde birkaç kez 15-30 dk. sürelerle hastayı prone pozisyonuna getirmelidir. Bunu kalça eklemlerini hiperekstansiyona getirmek üzere pelvis altına küçük bir yastık koyarak yapabilir.

Hemşire düşük ayağı, basınçtan koruyarak engelleyebilir. Bunu sık pasif ROM egzersizleri yaptırarak ve mümkün olan en kısa zamanda ayakları yerde düz duracak şekilde iskemleye oturtturarak sağlayabilir.

Hemiplejik hastalar yatakta yatarken egzersize yönlendirilmelidir. Bu hem hastayı ileriki aktivitelere hazırlar hem de iyileşme hakkında ümitli olmasını sağlar. Paralizili ayağı hareket ettirmek için, etkilenmeyen ayağı etkilenen ayağın altına itip kaldırıp hareket ettirmelidir. Saatlik gluteal ve kısa kuadriseps kas hareketleri ilerideki ambulasyon için yardımcıdır.

Hemşire inmeden 24 saat sonra aksi söylenmedikçe günde 4 kez pasif ROM egzersizlerini yaptırmalıdır. Motor uyanlar 2-14 gün arasında başlar. Etkilenen kısım spinal kord motor sistemleri otonomi kazandığında spastik hale gelir. Kontraksiyon potansiyeli artar.

Etkilenen kas sertleşmeye başlayınca pasif egzersizler yapmak zorlaşır (47).

Hemşirelik tanısı: Öz bakım eksikliği

Planlama: Beklenen sonuçlar. Hasta mümkün olduğunca fazla günlük yaşam aktivitelerini yapmalıdır.

Uygulama: İlk olarak inme geçiren hasta her türlü öz bakım aktivitelerinde (Örn. yıkanma, yeme gibi) önemli miktarda yardıma ihtiyaç duyar. Hemiplejik hastalara bunları mümkün olduğu kadar kendilerine yaptırmak önemlidir. Çünkü bunu yapması zordur ve cesaret gerektirir. Hemşire bu kişilerin mümkün olduğunca paralize kollarını kullanmalarına yardım etmeli ve her şeyi sağlam kollarıyla yapmalarını engellemelidir. Hemiplejik hastalar yatakta oturmaya başlar başlamaz hemşire tüm özbakım aktivitelerini sağlam elleriyle yapmaları konusunda hastaları desteklemelidir. Dişlerini fırçalamak, banyo yapmak, traş olmak gibi. Hemşire hastalara yardım etmeli fakat acele etmemelidir.

Göz kapağı felçli ise gözü korumak için hemşire gözü SF ile irge etmelidir. Diplopisi olan hastalarda bir gözün kapatılması ikinci görüntüyü engelleyerek daha iyi görüntü sağlar. Hemşire günde en az 3-4 kez ağız bakımı yapmalı, ağız ve dilin felçli kısmına özel önem vermelidir. Rehabilitasyon planlaması yoğun olarak öz bakım defisitleri ve günlük yaşam aktivitelerine odaklanmalıdır (47).

Hemşirelik tanısı:Yaralanma riski

Planlama: Beklenen sonuçlar. Hastada yanık, düşme, sıyrık gibi yaralanma bulgu ve belirtileri olmamalıdır.

Uygulama:Yatak yanı koruyucuları yeni hemipleji geçirmiş hastaların yataklarında düşmeyi engellemek üzere yükseltilmelidir. İyileşme arttıkça otururken veya dönerken kendini bunlara doğru çeker. Hasta yatakta bir kez yardımsız kalktığında yarı taraf koruyucuları daha yararlı olur. İki taraflı koruyuculuk mobilitayı engeller. Duyu bozukluğu olan hastalar yaralanmaya eğilimlidir. Deri sık sık yaralanma açısından incelenmelidir. Görme bozukluğu hemiplejik hastada yaralanma riskini artırır. Tek taraflı paralizi hastayı düşmelere yatkın hale getirir. Hemşire bu hastalara yavaş yürümesini, yürüme arasında uygun sürelerle dinlenmesini ve iyi ışık kullanmalarını, nereye gittiklerine bakmalarını söylemelidir (47).

Hemşirelik tanısı:Aspirasyon, yutma refleksinin kaybolma riski

Planlama: Beklenen sonuçlar. Hastada yerken öksürme, aspirasyon klinik bulguları olmamalıdır.

Uygulama: Hemşire hastayı, dispne, konfüzyon ve arteryal kan gazlarından PO de azalma gibi aspirasyon klinik bulguları açısından değerlendirmelidir. Hemşire hastayı oral veya tüple beslerken dikkatli olmalıdır (47).

Hemşirelik tanısı:Beslenmede değişim, paraliziye sekonder çiğneme güçlüğü ve buna bağlı ihtiyaçtan az alma

Planlama: Beklenen sonuçlar. Hasta sabit kilo ve yaşa uygun kalori tüketimi, uygun boy ve kilo, aldığı-çıkarıldığı dengesi, 12-14 gün içinde iyileşen kesi veya yaralar, yaş veya cinsiyete uygun hemoglobin seviyeleri, normal sınırlarda lenfosit seviyesi gibi uygun beslenme belirtileri göstermelidir.

Uygulama: Hemşire hastayı yeterli beslenme açısından dikkatlice değerlendirmelidir, hastanın aldığı çıkardığı sıvı izlenmeli, kilo takibi yapılmalı, yeterli sıvı alımı sağlanmalı, dehidratasyon belirti ve bulguları takip edilmelidir.

Oral beslenen hastalarda; hasta kendi başına yemeğini yemesi için teşvik edilmeli, etkilenmemiş tarafta yemeğini yemesi sağlanmalıdır (47,49)

Hemşirelik tanısı: Sözel iletişimde bozulma, SVA'ya sekonder afazi

Planlama: Beklenen sonuçlar. Hasta etkin bir şekilde iletişim kurabilmelidir. Bu hastanın ihtiyaçlarının anlaşılması, karşılanması ve hastanın iletişimi anladığını göstermesiyle anlaşılır.

Uygulama: Düzelden sonra ifade etmede defisit algılamadakinden daha fazladır. Hastalar yanıtlayabildiklerinden daha fazlasını algılarlar (47).

Hemşirelik tanısı:Düşünce işlevlerinde değişim

Planlama:Beklenen sonuçlar. Hastada konfüzyon azalmalıdır, bu durum bilgilerin hatırlanması, glaskow koma puanlarında düzelme, ajitasyonda azalma, girişimler yoluyla kooperasyon kurma gibi olaylarla kendini gösterir.

Uygulama: Eğer bilinç geri gelirse hasta tekrar yönlendirilmelidir. Konfüze ve afazik bir hasta sürekli olarak yönlendirilmelidir. Hastanın görebileceği bir yere bir takvim ve bir saat yerleştirilebilir. Serebrovasküler hastalıklarda konfüzyon, hafıza kaybı, konuşma değişiklikleri ve labilite gibi birçok davranış bozuklukları ortaya çıkar. Buna ek olarak vücut imajında, algılamada, görüntüde, mobilitede ve duygularda değişikliklere bağlı davranış değişiklikleri ortaya çıkar (47).

Hemşirelik tanısı:Duyu-Algılama Değişiklikleri

Planlama:Beklenen sonuçlar. Hasta duyuusal algısal değişiklikleri başarıyla kompanse edebilmelidir. Örneğin günlük aktivitelerini güvenle yapmalı, çevrede güvenle hareket etmelidir.

Uygulama: Hemşire hastaya bozukluğu olmadığı taraftan yaklaşmalı , çağrı ışığını ve telefonu bu tarafa yerleştirmelidir. Mümkünse yatak hastanın görme bozukluğu olmadığı vücut tarafı merkezi görecektir şekilde yerleştirilmelidir. Hemşire karar vermeyi kolaylaştırmalıdır. Örneğin kolay giyilen giysiler seçmeli, açık ve basit direktifler vermelidir, yemek tepsisini en az sayıda tabak ve yemekle düzenlemelidir (47).

Hemşirelik tanısı: Kişisel Baş Etme

Planlama: Beklenen sonuçlar. Hasta etkin başetme stratejileri geliştirmelidir. Bu uygun hayat tarzı değişiklikleri yapması, başkalarından yardım alması ve uygun toplumsal ilişkiler kurmasıyla saptanabilir.

Uygulama: Başetme terimi tüm baş etme stratejilerinin kullanımını ifade eder. Bunlar duygusal, bilişsel, destek sistemleri ve risk değerlendirmesidir. SVH'dan sonra hasta hareketliliğinin kaybına, konuşamamasına, duyu ve görme değişikliklerine ve toplum içindeki rolünün kaybına öfke duyabilir. Bu reaksiyonlar anlaşılmalı ve fonksiyonlarındaki bozuklukların boyutu değerlendirilmelidir. Hemşire anlayışlı ve nazik olmalıdır. Destekleyici ifadeler genellikle faydalıdır (47).

Diğer Hemşirelik Tanıları

Bilinç değişikliği, beyin sapının etkilenmesi gibi nörolojik nedenler ya ya pulmoner nedenlere bağlı olarak gelişen **Yetersiz Solunum,**

Aşırı sıvı kaybı ve yetersiz sıvı alımına bağlı **Sıvı-Elektrolit Dengesizliği,**

Enfeksiyon, ısı regülasyonunu sağlayan merkezde bozukluk, derin ven trombozuna bağlı **Vücut Isısında Değişiklik: Hipertermi, Hipotermi**

Hareketsizlik, spinal kord disfonksiyonu, lifli gıdaların yeterince alınmaması, defekasyon uyarılarının yeterli olmamasına bağlı gelişen **Barsak Boşaltımında Değişiklik: Konstipasyon,**

Enfeksiyon ve besin entolaransına bağlı olarak gelişen **Barsak Boşaltımında Değişiklik: Diyare,**

İdrara çıkma isteğinin farkına varılamaması, uyarıların yeterli olmaması, mesane disfonksiyonu, alınan tedaviler, hastalığa eşlik eden diğer hastalıklara bağlı olarak gelişen **Üriner Eliminasyonda Değişiklik: İnkontinans,**

Duyusal kayıp, fizik mobilitide bozulma ve inkontinans nedeniyle **Cilt Bütünlüğünde Bozulma**

Sözel olarak iletişim yeteneğinde bozulmadan dolayı **Sosyal İzolasyon ve Bilgi Eksikliği** (49,50).

2.3. Hemşirelerin Çalışma Koşulları

Dünyada ve ülkemizde son 30 yıldır sağlık çalışanlarının çalışma koşulları giderek kötüleşmektedir. Özelleştirme ile birlikte esnek üretim, aşırı iş yükü, ücretlerin az olması, uzun çalışma saatleri, vardiya, fazla çalışma sağlık çalışanlarının olumsuz çalışma koşullarını yansıtmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı'nın tahminlerine dayanarak ileri sürdüğü sayılarla tüm mezunların iş bulduğu ve çalışmakta olduğu izlenimini uyandırmaktadır. Oysa ülkemizde sağlık insangücünü oluşturan diğer meslek gruplarında olduğu gibi hemşire/sağlık memuru ve ebe istihdamında ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nda çalışan sayısı artışı ile mezun sayısı karşılaştırıldığında (1994-98) 35089 mezun sayısı varken kadroya atanmadığı düşünülen mezun sayısı 29859'dur. Sadece 5230 çalışan sayısı artışı vardır. Kadro kıstasları (1995) ve fiili yatak sayısına (1999) göre Sağlık Bakanlığı hemşire açığına bakıldığında kadro kıstaslarına göre ihtiyaç 71824, fiili yatak sayısına göre ihtiyaç 56630 ve mevcut hemşire 40217'dir. Kadro kıstaslarına göre açık 31607 ve fiili yatak sayısına göre açık ise 16413'dür (50). ICN İş gücü raporuna göre de bazı ülkelerde çalışan hemşire sayıları azalmaktadır ve şu anda İsveç ve İngiltere'de yeni mezun hemşire sayısı artmaktadır (52).

Amerikan Hemşireler Birliği'nin, hemşirelerin çalışma koşullarıyla ilgili görüşleri ve hasta bakımının kalite ve güvenirliliğinin değerlendirilmesi amacıyla 7299 hemşirenin katılımıyla yaptığı ankette 5067 hemşire personel yetersizliğinden şikayet etmiş ve bunu hizmet kalitesinin düşmesinin ana sebebi olarak belirtmişlerdir (29,30).

Son 10 yılda hastane başvuruları %44 artarken kişi başına düşen hemşire sayısı azalmıştır. Yapılan son istatistiklerde popülasyon başına düşen hemşire sayısı 1995'de 1127 iken bu 2001'de 1024 olarak belirlenmiştir (53). Hemşire sayısındaki kısıtlamalar hastalara güvenli ve etkili hemşirelik hizmeti sunulmasında önemli değişikliklere yol açmaktadır. Hemşire sayısının hasta sonuçları üzerine olan etkisi çok uzun yıllar önce araştırılmaya başlanmıştır ve son 5 yılda yapılan çalışmaların

sonuçlarına göre bu etki onaylanmıştır (54). Hemşire sayısındaki azalma sağlık sistemi için tehlike arz etmekte sağlık hizmetleri kalitesinin düşmesine, hastaların daha fazla bekletilmesine sebep olmaktadır (55).

İstihdamdaki bu yetersizlik hemşirelerin fazla mesaide çalışmalarına neden olmaktadır. Hastane yönetimi tarafından etkin bir görevlendirme yolu olan zorunlu fazla mesai personel açığını kapatmak için rutin bir yöntem olmaya başlamıştır. Araştırmalar 1996-1997 arasındaki dönemde zorunlu fazla mesaide %120 artış olduğunu göstermiştir (56). Kayıtlı hemşire sayısının kısıtlı olması hastaneleri çalışma saatlerini uzatmaya ve fazla mesailerini arttırmaya itmiştir (54).

Avustralya'daki hemşireler son beş yıl içinde iş yükü ve fazla mesaide önemli bir artış olduğunu bildirmişlerdir. İngiltere'de 1999'da RN'lerle (Registered nurses) ilgili Kraliyet Hemşirelik Koleji tarafından düzenlenen ulusal bir ankete katılanların %59'unun haftada ortalama 6.6 saat fazla mesai yaptığı ortaya çıkmıştır. Japonya'da 1997'de yapılan bir araştırmada 4636 hemşirelik personelinin her ay ortalama 12 saat 36 dakika fazla mesai yaptığı görülmüştür (57). Amerikan Hemşireler Birliği'nin 2001 yılında yaptığı bir anket sonuçlarına göre hemşirelerin %67.4'ü zorunlu veya plansız, %78.7'si zorunlu, planlı, plansız ek mesai yapmaktadır (58).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı hemşirelerin % 36'sı hemşire eksikliği nedeniyle fazla mesai yapmaktadır (59). Haftalık 45 saat olan mesai hemşire açısından dolayı nöbet, fazla çalışma ile 65-70 saate çıkmakta ve hemşirelerde fiziksel şikayetlerin yanında sosyal ve aile hayatında bozulmalar bildirilmektedir (60).

Fazla mesaiye sınır konmadığında ve uzun süren çalışma saatlerini takiben istirahat için ayrılan sürelerde yönetmelikler olmadığında bütün bunlar hemşireler kadar hastalar üzerinde de olumsuz etkiye neden olacaktır. Hemşireler hasta durumundaki değişikliğe karşı daha az uyanık olmakta ve klinik tanıda hatalar oluşmaktadır. Tüm bunlarda hasta bakım kalitesinde düşüşe neden olmaktadır (57,60).

Bu durum hasta bakımını kötüleştirmesinin yanında hemşireler üzerinde fiziksel ve ruhsal stres oluşturmaktadır. Hemşirelerde, yaralanmalar, hastalıklar, ev hayatında bozulmaya yol açacak kadar yorgunluk ve stres de artışa neden olmaktadır (56,61). Aşırı iş yükü ve uzun çalışma saatleri nedeniyle sağlık çalışanlarında uyku düzensizliği ve yeme bozukluklarından ciddi psikolojik rahatsızlığa uzanan sağlık sorunları olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin % 38'i işe bağlı bel şikayeti yaşamakta, her 1000 hemşire yılda yaklaşık 26 gün meslek hastalıkları ve yaralanmaları yüzünden çalışmamaktadır (62).

Hemşireler uzun saatler boyunca, az sayıda ara vererek çalışmakta ve vardiyalar arasında dinlenmek için az zamanlar vardır. Uzun çalışma saatleri hasta güvenliğini en ciddi şekilde tehdit eden nedendir. Çünkü yorgunluk reaksiyon süresini yavaşlatır, enerjiyi azaltır, detaylara harcanan dikkati azaltır ve hatalara neden olur. Hata yapma riski hemşireler günde 12 saatten fazla, haftada 40 saatten fazla çalıştığında veya fazla mesaiye kaldıklarında bariz bir şekilde artmaktadır (54,63,64,65,66). Tıbbi hata hastaya ağrı verebilir, sakat bırakabilir, hastanede kalış süresini uzatabilir hatta öldürebilir. Hastane masrafları ve yargılanma riski de ortaya çıkabilir (67).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN) vardiyalı çalışmanın kişilerin sağlığı, iş görme yetenekleri ve bakımın sürekliliği üzerinde olumsuz etkileri olacağını ve böylelikle verilen hizmeti etkileyeceğini tespit etmiştir. Vardiya çalışmasının personel döngüsünü artırdığı böylelikle de hemşirelik kalitesini etkilediği bilinmektedir. Rotasyonlu vardiyalarda uyku bozuklukları, sindirim sorunları yorgunluk, alkol kullanımı sıktır. Psikolojik sağlık ve iş performansı düşüktür (68).

Nöbet ve vardiyalarda hemşirelere standardın çok üstünde hasta düşmektedir. Özellikle gece vardiyasında ve nöbetlerinde hemşireler servisteki tüm hastalardan sorumlu olmaktadır. Bu durumda hemşireler fiziksel olarak aşırı yorulmaktadırlar. Nöbet sürelerinin uzun olması, bakım verilen hasta sayısının fazla oluşu, 8 saatlik vardiyanın arkasından 24 saatlik süre geçmeden yeniden ikinci vardiyada çalışmak

zorunda kalınması hemşireleri ve hemşirelik hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. Bu sorunlar kişileri meslektan uzaklaştırmaktadır. Ayrılmak isteyenlerin halen çalışmakta olduğunu düşündüğümüzde bu durum hemşirelik bakım kalitesini etkilemektedir. Mesleğin getirdiği stres ve çalışma gücölüğü hemşirelik hizmetlerini aksatmakta bakım kalitesini düşürmektedir (69).

Odak grup çalışmalarında hemşireler, vardiya ve gece çalışmasının insan sağlığına uygun olmadığını, 36 saate denk düşen nöbet tuttuklarını, 35-40 arası hastaya tek başına bakım vermek zorunda bırakıldıklarını, kendilerini sürekli yorgun, halsiz hissettiklerini, baş ağrısı, mide ağrısı ve iştahsızlık yaşadıklarını, bel ve sırt ağrısı, bacaklarda aşırı yorgunluk ve varis gibi fiziksel rahatsızlıklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Gece çalışmasının düzensiz hale gelen uyku ve yemek alışkanlıklarının sağlığı olumsuz etkilediğini ve hasta sayısının fazla olması ve sınırlı elemanla çalışılması sonucu yeterli hemşirelik hizmeti veremedikleri duygusunu yaşadıklarını belirterek kendilerini sinirli ve gergin yaptığını ifade etmişlerdir (69).

Türkiye’de bir hemşirenin maaşı ortalama 650 milyon liradır ve bu da yoksulluk sınırının altındadır. İsviçre’de yıllık 5 milyar, Tayvan’da 1.6 milyar, Yeni Zelanda’da 4.6 milyardır. Türkiye’de döner sermaye uygulamaları ile bunun telafi edildiği söylenmektedir fakat ücretlerin temel ücrete yansıtılması, iyi yaşam sunacak bir miktar olması ve genel bütçeden ödenmesi gerekmektedir. (60) ICN 2003 İş Gücü rapaoruna göre Moldovya’da hemşireler ayda 23 dolar ücret almaktadır (52). Hastane yöneticileri ve hemşire yöneticileri hemşirelik maaşlarına harcanan miktarları azaltmaya çalışmaktadırlar. Çünkü hemşirelik personeline ayrılan harcamalar tüm hastanelerin bütçelerinin gözle görülür bir kısmını kapsamaktadır ve büyük bir miktardır (70).

Amerikan Hemşireler Birliğinin devlet işleri müdürü Chris Dannellan’a göre, son 10 yılda yarım milyon hemşire işlerini terketmiş ve niye terkettikleri incelendiğinde bir numaralı sebebin çalışma koşullarının değişmesi olduğu ortaya çıkmıştır (71).

Amerikan Hemşireler Birliği personel anketinin bulgularına göre hemşirelerin, hastalarını ve hastalarının güvenliğini kendi kişisel ve mesleki ihtiyaçlarından üstün tuttıkları ortaya çıkmıştır. Yaklaşık 7300 hemşire ile yapılan çalışmada, “Çalıştığımız yerde ne gibi şeyler yaşıyorsunuz?” sorusuna 5711’i yemek molalarını ve diğer molalarını hastalara bakmak için iptal ettikleri, 4258’i gönüllü olarak daha fazla çalışmaları için baskı gördükleri, 5340’ı işlerini başarmak için bunaldıklarını hissettikleri, hizmet içi eğitim programlarına işlerinin yoğunluğundan dolayı devam edemedikleri (4210), 3762 si ise hastalıklarla ilgili olarak streslerinin arttığı yanıtını vermişlerdir (30).

Ayrıca 3617’si iş çıkışı kendilerini çok yorgun ve bitkin hissetmekte, 3222’si hastalarına gereken önemi gösteremediklerinden, yeterli zaman ayıramadıklarından dolayı kendilerini üzgün hissetmektedirler. 2928 hemşire ise güvenli, kaliteli bir sağlık hizmeti verebilmek için bazı şeyleri değiştirmeye güçlerinin yetmediğini söylemiştir (30).

Bütün bu olumsuz koşullar hemşirelerin mesleki doyumunu azaltmakta, bıkkınlığa mesleği bırakma düşüncelerine neden olmaktadır. Liseden mezun olanların hemşireliği tercih etmelerinde % 35 azalma olduğu görülmüştür (55). Kanadalı hemşirelerinde %32.9’u şu anda yaptığı işten memnun değildir (72). United States’teki hastanelerde çalışan hemşirelerin %’40’ında fazlası işlerinden hoşnutsuz olduklarını bildirmişlerdir. Memnun olmayan hemşireler maaşlarından ziyade işlerindeki mutsuzluklarından bahsetme eğilimindedirler.

Nursing’in okuyucularının yıllardır bildirdiklerine dayanarak hemşirelerin memnuniyetsizliklerine sebep olan şu faktörler belirlenmiştir:

Zorunlu fazla mesai

- Hatalara sebep olan güvenliksiz çalışma koşulları
- Kaba ve bazen zorlu çalışma çevreleri
- İleri teknolojilerin kısıtlı kullanımı ve işi daha iyi yapabilmek için gereken araçların eksikliği bilgisayarlar, monitarizasyon ekipmanları. Örneğin kan basıncını kaydeden otomatize kan basıncı monitarizasyon sistemleri hemşirenin zamanını

arttırır ve hasta bakımını geliştirir. Henüz çoğu kurum hemşirelerin işlerini daha iyi yapmasında yardımını olacak bu gibi pahalı yeni ekipmanları benimsemekte çok yavaşlar.

- İş için gereken yetenek ve eğitim seviyesi için yetersiz tazminat
- Olması gerekenin altında bakıma ve hasta sonuçlarına sebep olan zayıf bakım standartları (73).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, nöroloji servisinde yatan hastalara verilen hemşirelik bakımı ile hasta yakınlarının bakıma katılımlarının incelenmesi amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

1. Hemşirelerin çalışma durumlarına ilişkin özellikler ile hasta bakım işlevleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Hemşirelerin hemşirelik bakımına ilişkin görüş ve davranışları ile hasta bakım işlevleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Hemşirelerin hasta yakınlarına ilişkin görüşleri ile hasta bakım işlevleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Hasta yakınlarının demografik özellikleri ile bakıma katılımları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
5. Hasta yakınlarının hasta bakımına ilişkin görüşleri ile hasta bakım işlevleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
6. Hemşirelerin ve hasta yakınlarının hemşirelik bakım uygulamalarını kimlerin yaptığı ve kimlerin yapması gerektiğine ilişkin görüşleri nelerdir?

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın yapıldığı dönemde Düzce ilinde Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Düzce Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi olmak üzere üç hastane bulunmaktaydı. Daha sonra Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi ve Düzce Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi birleşmiş ve şu anda Atatürk Devlet Hastanesi olarak hizmet vermektedir. Araştırmanın yapıldığı süre içerisinde Düzce Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi'nde bulunan nöroloji uzmanının izinli olması ve yatan hasta olmaması nedeniyle Düzce Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi araştırma kapsamında yer almamıştır. Bu nedenle araştırmanın evrenini, Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi ve Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve

Uygulama Hastanesi nöroloji servisinde çalışan hemşireler ve serebrovasküler olay tanısı ile yatan hastalar oluşturmuştur.

Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi'nde nöroloji servisi; göz, kulak-burun-boğaz ve göğüs cerrahi servisleri ile birleştirilmiş servis şeklinde hizmet vermektedir. Serviste toplam 8 hasta odası ve 27 yatak olup, nöroloji hastaları için üç oda ve 12 yatak ayrılmış ve bir özel oda bulunmaktadır. Hasta odaları üç ya da dört yataklı olup, bütün odalarda duş, klozet, lavabo, dolap ve etajer vardır. Her hastanın yanında refakatçisi olup, hasta odasında hasta ile birlikte kalmaktadırlar. Nöroloji hastalarının yanında hastanın durumuna göre bir ya da iki yakını refakatçi kabul edilebilmektedir. Ortak olarak kullanılan serviste sorumlu hemşire ile birlikte toplam altı hemşire görev yapmaktadır. Bir hemşire, özel nöroloji bölümünün hastalarından sorumludur. Serviste çalışan hemşirelerin tümü nöroloji dahil bütün hastalarla ilgilenmektedirler. Sorumlu hemşire nöbet tutmamaktadır. Hemşireler mesai ve 24 saatlik nöbetler şeklinde çalışmakta ve bir nöroloji hekimi bulunmaktadır.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde nöroloji servisi, nöroşirurji ve kalp-damar-cerrahisi ile birleştirilmiş servis olarak hizmet vermektedir. Serviste toplam altı hasta odası ve 19 yatak bulunmaktadır. İki oda ve altı yatak nöroloji hastaları için ayrılmıştır. Ayrılan odalardan birisi ortopedi servisi ile ortak kullanılmaktadır ve odada bulunan dört yataktan bir tanesi ortopedi servisine aittir. Nöroşirurji hastaları için bir oda yoğun bakım olarak düzenlenmiştir. Odalar üç ya da dört yataklıdır ve yalnızca bir odada lavabo ve dolap, diğer odalarda ise sadece etajer bulunmaktadır. Hastaların yanında bir refakatçi bulunmakta ve hasta odasında kalmaktadır. Hastaların ve yakınlarının kullanabileceği bir tuvalet ve bir banyo bulunmaktadır. Sorumlu hemşire ile birlikte yedi hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 8, 16 ve nadiren 24 saatlik nöbetler halinde çalışmaktadır. Sorumlu hemşire nöbet tutmamaktadır. İki yardımcı doçent, bir uzman ve altı asistan hekim çalışmaktadır.

Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi'nde Aralık 2003 ile Aralık 2004 tarihleri arasında bir yıl süre ile nöroloji servisine serebrovasküler olay tanısı ile yatan 208 hasta olup, aynı tarihler arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 84 hasta yatışı olmuştur.

3.4 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın evrenindeki hemşirelerin tamamı araştırma örnekleminde yer almışlardır. Sorumlu hemşireler nöbet tutmadıkları için örnekleme alınmamışlardır. Dr.Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi'nde araştırma süresi içerisinde nöroloji servisine yeni başlayan bir hemşire ile birlikte toplam altı hemşire, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde araştırma süresi içinde nöroloji servisinden ayrılan ve yeni başlayan bir hemşire ile toplam yedi hemşire olmak üzere iki hastanede nöroloji servisinde çalışan toplam 13 hemşire araştırma kapsamında yer almıştır.

Nöroloji servisinde serebrovasküler olay tanısı dışında yatan hastalar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi'nden 30 hasta ve Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 30 hasta olmak üzere toplam 60 hasta hastaneye yatış sıralarına göre yan tutmaksızın örnekleme dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma, Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi ve Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi nöroloji servisinde serebrovasküler olay tanısı ile yatan hastaların yakınları ve nöroloji servisinde çalışan hemşireleri kapsamaktadır.
2. Düzce Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi nöroloji servisi olmadığından araştırma kapsamına alınmamıştır.
3. Hasta yanında üç günden az kalan hasta yakınları araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.
4. Soru formu doldurmak istemeyen hasta yakınları araştırma kapsamına dahil edilmemişlerdir.

3.6. Veri Toplama Aracı

3.6.1 Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Veri toplama aracı, araştırmacı tarafından konu ile ilgili kaynaklardan yararlanılarak hazırlanmıştır. Nöroloji servisinde yatan hastalara verilen hemşirelik bakımı ve hasta yakınlarının bakıma katılımlarını belirlemek için hemşirelere yönelik hazırlanan soru formunda açık ve kapalı uçlu 39 soru bulunmaktadır: a. Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve çalışma koşullarını (yaş, mezun olduğu okul ve yılı, eğitime devam etme durumu, nöroloji servisinde hastanede ve toplam çalışma süresi, daha önce çalıştığı servisler, nöroloji servisinde çalışmayı isteme durumu ve nedenleri, nöroloji hemşireliği üzerine mezuniyet sonrası bir eğitime katılıp katılmadığı, mesaide ve nöbette bakımından sorumlu oldukları ortalama hasta sayıları, son nöbetlerindeki hasta sayısı, ara vermeksizin çalışma süresi, nöbet süresi, gece çalışma sıklığı, nöbette ve mesaide hasta bakımına ayırdıkları süre, denetlenme durumları, vb) içeren 21 soru; b. Hemşirelerin hemşirelik bakımına ilişkin görüş ve davranışlarını içeren (ideal hemşirelik/hasta bakımı tanımları, bunu uygulayıp uygulamadıkları ve nedenleri, uygulama sıklıkları, uygulamayı isteyip istemedikleri, servislerindeki hemşirelik bakımını yeterli bulup bulmadıkları, bunun nasıl iyileştirilebileceği, neden iyileştirilemeyeceği) sekiz soru; c. Hemşirelerin hasta yakınlarına ilişkin görüşlerini içeren (hasta yakınlarından yardım alıp almadıkları, refakatçilerden beklentileri, yapmaları gerekenleri anlatıp anlatmadıkları ve ne anlattıkları, taburculuk eğitimi verip vermedikleri ve ne anlattıkları) içeren 10 soru yer almaktadır.

Nöroloji servisinde yatan hastalara verilen hemşirelik bakımı ve hasta yakınlarının bakıma katılımlarını belirlemek için hasta yakınlarına yönelik hazırlanan soru formu açık ve kapalı uçlu 21 sorudan oluşmuştur: a. Hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, hastanın yattığı gün ve hasta yakının kaldığı gün sayısı, hastanın cinsiyeti, hastaya yakınlık derecesi, hastanın yanında kalmayı isteyip istemediği, hastanın yanında kalma nedeni, refakatçi olmaktan memnun olup olmadığı, vb.) içeren 15 soru; b. Hasta yakınının hasta bakımına ilişkin görüş ve davranışlarını (hasta yakınlarının ideal hemşirelik/hasta bakımı tanımları, uygulanıp uygulanmadığı ve nedenleri, uygulanma sıklığı, serviste

yeterli hemşirelik bakımı uygulanıp uygulanmadığı ve uygulanmama nedeni) içeren 6 soru yer almaktadır .

Hastaya uygulanan bazı bakım işlevlerini kimin yaptığını ve kimin yapması gerektiğini belirlemek üzere hemşire ve hasta yakınlarına yönelik hazırlanan soru formunda 25 adet uygulama (pozisyon verme, aspire etme, oksijen verme, buhar verme, nazogastrik ile besleme, dekübütüs bakımı, IV sıvı izlem takibi, ilaçların verilmesi, katater bakımı, aldığı çıkardığı takibi, şuur takibi, vücut ısısının kontrolü, vücut temizliği, masaj yapma, aktif pasif egzersizler, ağız bakımı, sürgü-ördek verme ve boşaltma, perine bakımı, nazogastrik bakımı, yürümeye refakat, lavman, yemek yedirme, yatak takımlarını değiştirme, giysilerini değiştirme) yer almaktadır.

3.6.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması

Hazırlanan soru formunun gerçekçiliği için olasılıksız örnekleme ile yüz yüze görüşme tekniği ile İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi nöroloji servisinde yatan iki hasta ve yine İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi nöroloji servisinde çalışan iki hemşireye uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda soru formunda gerekli düzeltmeler yapılarak soru formu yeniden düzenlenmiştir. Hemşire formunda, hasta yakını/ refakatçilere ne yapmaları gerektiğini anlatıyor musunuz? sorusunun altına ne anlattıklarını belirlemek amacıyla yanıtınız “evet” ise ne anlatıyorsunuz? sorusu eklenmiştir. Hasta yakını ve hemşire formunda uygulamaları kimin yaptığını belirlemek için sorulan uygulamaların aynısı kimin yapması gerekir şeklinde de düzenlenerek hemşire ve hasta yakını formlarına eklenmiştir. Bunun eklenmesiyle hasta yakını formunda “Sizce hemşire hangi işlemleri/bakımı yapmalıdır?” sorusu çıkarılmıştır. Hemşire formunda ise “Hasta bakım etkinlikleri olarak neler yapıyorsunuz?” sorusu çıkarılmıştır. Bu şekilde EK I ve EK 2’de sunulan son haline ulaşmıştır.

3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın verileri, Mart 2005- Mart 2006 tarihleri arasında araştırmacı tarafından Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi ve Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Araştırma ve Uygulama Hastanesi olmak üzere toplam iki

hastanede çalışan 13 hemşire ve 60 hasta yakınından toplanmıştır. Veriler hasta yakınlarından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Hemşirelere formlar gerekli açıklamalar yapılarak verilmiş ve doldurduklarında geri alınmıştır. Veri toplama sırasında araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmanın hastanede yapılmasına ilişkin yazılı izin belgesi gösterilmiş, hemşire ve hasta yakınlarının araştırmaya katılıp katılmayacakları konusunda sözel izinleri alınmıştır. Hastaya bilgi verilerek gerekli açıklamalar yapılmış hasta ve yakınları bu açıklamaları anladıktan ve araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra soru formu uygulanmıştır.

Hasta yakınlarının kaç gündür hastanın yanında kaldığı sorulmuş üç gün ve üç günden çok kalanlar araştırma kapsamına dahil edilmişlerdir. Mesai saatleri dışındaki saatler seçilerek servisin sakin olduğu zamanlarda hasta yakınları ile soru formu doldurulmuştur. Temmuz ve ağustos aylarında servisler birleştirilerek hemşireler diğer servislerle ortak nöbet tuttuğundan dolayı soru formu doldurulmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler kodlanarak bilgisayara aktarılmış ve bir istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Hemşirelerin uyguladıkları bakım düzeyini, hasta yakınlarının tanımladıkları ideal hemşirelik/hasta bakımına göre uygulanan bakım düzeyini ve hemşirelerin refakatçilerden beklentilerinin karşılanma düzeyini hemşire ve hasta yakınlarının “Görsel Karşılaştırmalı Skala” (Visual Analog Scale, VAS) kullanarak belirlemeleri istenmiştir. Hemşire ve hasta yakınlarından 10 birimlik cetvel üzerinde (“1” en düşük düzey ve “10” en yüksek düzey) uygulanan bakım düzeyi ve beklentilerinin karşılanma düzeylerini işaretlemeleri beklenmiştir. Buna göre hemşire ya da hasta yakınları skalanın ortasındaki bir sayıyı, örneğin 5 rakamını işaretlerse, uygulanan bakım düzeylerinin ve beklentilerin karşılanmasının orta düzeyde olduğu düşünülmüştür.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Çalışma Durumlarına İlişkin Bazı Özellikleri

Bu başlık altında hemşirelerin yaş, mezun olduğu okul, çalışma süresi, nöroloji servisinde çalışma süreleri, daha önce çalıştıkları servisler ve eğitime devam durumları gibi bazı özelliklere ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Eğitim, Çalışma Süreleri ile Çalıştıkları Servisler (n=13)

Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
26 yaş ve altı	7	53.8
27 yaş ve üstü	6	46.2
Mezun Olduğu Okul		
Lise	2	15.4
Önlisans	5	38.4
Lisans	6	46.2
Çalışma Süresi		
5 yıldan az	7	53.8
6 yıl ve üstü	6	46.2
Çalıştıkları Servisler		
Dahili Birimler	6	46.2
Cerrahi Birimler	7	53.8
Eğitime Devam Durumu		
Evet	2	15.4
Hayır	11	84.6
Toplam	13	100.0

Nöroloji servislerinde çalışan hemşirelerin eğitim, çalışma süreleri ile çalıştıkları servislere ilişkin bazı özellikler Tablo 4.1’te yer almaktadır. Hemşirelerin %53.8’i 26 yaş ve altı grupta yer aldığı (yaş ortalaması 27.7 ± 3.4), çoğu lisans mezunu (%46.2), %53.8’sinin beş yıldan daha kısa süredir çalıştığı (range: 1-10 yıl) ve %53.8’inin cerrahi birimlerde çalıştıkları ve %84.6’sının eğitime devam

etmedikleri belirlenmiştir. Okula devam eden iki hemşirenin ise hemşirelikle ilgili olmayan bir okulda eğitime devam ettikleri saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Nöroloji Servisinde Çalışma Durumları (n=13)

	Sayı	%
Çalışma Süresi		
1 yıldan az	5	38.5
1-2 yıl	8	61.5
Sorumlu Olduğu Hasta Sayısı		
5-10 hasta	7	53.8
11-27 hasta	6	46.2
Nöbetteki Hasta Sayısı		
5-10 hasta	8	61.5
11-20 hasta	5	38.5
Nöroloji Hemşireliği Eğitimi		
Almış	-	-
Almamış	13	100.0
Çalışmayı İsteme		
Evet	-	-
Hayır	13	100.0
İsteksiz Çalışma Nedeni		
Hastane politikası	4	30.8
Başhemşirelik onayı	8	61.5
Evrak işleri yoğunluğu	1	7.7
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin nöroloji servisinde çalışma durumları incelendiğinde; hemşirelerin %61.5'inin 1 ile 2 yıldır nöroloji servisinde çalıştığı (1 ay-2 yıl), %53.8'inin serviste 5-10 hasta olmak üzere ortalama 14.9 ± 7.9 hastanın (5-27 hasta) sorumluluğunu üstlendiği; %61.5'inin nöbette 5-10 hasta ve ortalama 10.5 ± 5.4 hastaya (5-20 hasta) baktıkları, tamamının (%100) mezuniyet sonrası nöroloji hemşireliği ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları ve nöroloji servisinde çalışmak

istemedikleri, hemşirelerin %30.8'inin hastane politikası, %61.5'inin ise başhemşirelik onayı nedeniyle nöroloji servisinde istemeden çalıştıkları ve %7.7'sinin ise evrak işlerinin yoğunluğu nedeniyle çalışmak istemediği belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Nöbetteki Çalışma Saat ve Süreleri (n=13)

Nöbet	Sayı	%
Nöbet Saati		
24 saat	6	46.2
16-24 saat	7	53.8
Geceleri Çalışma Sıklığı		
Günaşırı	4	30.8
3-4 günde bir	9	69.2
Nöbette çalıştığı en uzun süre		
20 saat ve altı	4	30.8
20 saatten fazla	7	53.8
Yanıt yok	2	15.4
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin nöbet çalışma saat ve sürelerini incelemek üzere Tablo 4.3 incelendiğinde; hemşirelerin %46.2'si nöbette 24 saat çalıştıklarını (Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin tamamı) %53'ü nöbetlerin 16-24 saat arasında değiştiğini (AİBÜ Düzce Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin tamamı) ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %69.2'sinin ortalama 3-4 günde bir gece çalıştıklarını ve %53.8'inin 20 saatten fazla ara vermeden çalıştıkları görülmektedir. Ara vermeden çalışma süreleri ortalama 19.3 ± 7.8 saat olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Hasta Bakımına Ayırdığı Süreler (n=13)

Bakım Süresi	Sayı	%
Mesaide		
Mesainin yarısı	9	69.2
Mesainin tamamı	1	7.7
≤ 30 dakika	2	15.4
Bakım yapmıyoruz	1	7.7
Nöbette		
Nöbetin tamamı	2	15.4
Nöbetin yarısı	3	23.1
1 saat ve altı	2	15.4
4-5 saat	5	38.5
Bakım yapmıyoruz	1	7.7
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin mesai ve nöbette çalışma saatleri içerisinde hasta bakımına ayırdığı süreler Tablo 4.4’de incelenmiştir. Hemşirelerin %69.2’si mesainin yarısını yani 4 saatini, %15.4’ü 30 dakika ve altında bir süreyi hasta bakımına harcadığını ifade ederken %7.7’si bakım yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler mesaide 10 dakika ile 8 saat süreyle hasta bakımı yapmaktadırlar. Nöbetlerde ise, hemşirelerin %38.5’i 4-5 saatini hasta bakımına ayırdıklarını belirtirken (AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelerinin %71’i), %23.1’i nöbet saatlerinin yarısını harcadıklarını ve %7.7’si bakım yapmadıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Bakım İşlevlerinin Denetlenme Durumu (n=13)

Denetlenme	Sayı	%
Evet	8	61.5
Hayır	5	38.5
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin %61.5’i hemşirelik bakım işlevlerinin denetlendiğini, %38.5’i ise denetlenmediğini ifade etmişlerdir. AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin tamamı “Evet” yanıtını vermiştir.

**Tablo 4.6. Hemşirelik Bakımını Denetleyen Kişi ve Denetlenme Sıklığı
(n=8)**

	Sayı	%
Denetleyen Kişi		
Servis Sorumlusu/Supervisor	7	87.5
Hekim	1	12.5
Denetlenme Sıklığı		
Her gün	2	25.0
Yanıt yok	6	75.0
Toplam	8	100.0

Hemşirelerin %87.5'i hemşirelik bakımının servis sorumlusu/ supervisor ve %12.5'i ise hekim tarafından denetlendiğini ve %25'i bu denetlemenin her gün yapıldığını bildirmiştir.

4.2. Hemşirelerin İdeal Hemşirelik/ Hasta Bakım Tanımları ve Uygulamaları

Bu alt başlıkta hemşirelerin ideal hemşirelik/ hasta bakımı tanımları ve bunu uygulama durumları, sıklığı, uygulama ve uygulamama nedenleri, uygulamayı isteme durumları ve nedenleri, uyguladıkları bakımın düzeyi, uygulanan hemşirelik bakımının yeterliliğine, iyileştirilmesine, nedenlerine ve iyileştirme sürecine katkılarına ilişkin görüşleri yer almaktadır.

**Tablo 4.7. Hemşirelerin İdeal Hemşirelik / Hasta Bakımı Tanımları
(n=13)**

İdeal Hemşirelik / Hasta Bakımı	Sayı	%
Hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bakımını yapmak	6	30.0
Gereksinimlerini karşılamak	6	30.0
Tedavisini yapmak	2	10.0
Ailesi ile birlikte bakım vermek	2	10.0
Sağlığını korumak ve yükseltmek	2	10.0
Komplikasyonları önlemek	1	5.0
Bilgi vermek	1	5.0
Toplam*	20	100.0

*Hemşireler, birden fazla tanım yaptığından “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hemşireler, ideal hemşirelik/hasta bakımını eşit yüzde dağılımı (%30) ile hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bakımını yapmak ve gereksinimlerini karşılamak olarak tanımlamışlardır. Yine eşit yüzde dağılımı (%10) ile bunu tedavisini yapmak, ailesi ile birlikte bakım vermek, sağlığını korumak ve yükseltmek izlemiştir.

Hemşirelerin ideal hemşirelik/hasta bakımı tanımlarına ilişkin ifadelerinin tam açılımı “hastaya fizyolojik–psikolojik anlamda hizmet edebilmek”, “tedavi saatinde ve tam yapılmalı, serviste yatan hastalara gereken bilgi verilmeli, hasta bakımı tedavi olduğu kadar bakımı da gerektirmektedir”, “hastanın kendi yapamadığı kişisel bakımını aile ile birlikte yaparak hastayı rahat ettirmek”, “hasta olsun olmasın bireyin yeterli gücü, arzusu ve bilgisi olsaydı yardım almadan yapabileceği, sağlığa ve tedaviye katkıda bulunan faaliyetlere yardım eden, bireyin sağlığını koruyup, yükseltip, sürdüren, ölüm vb... durumlarında aileyi destekleyen meslek grubu”, “hastaların takiplerini ve kişisel bakımlarını yapmaktır”, “yatağa bağımlı bir hastanın gereksinimlerinin tam olarak giderilerek herhangi bir hastane enfeksiyonuna yada dekübütüs oluşumuna engel olmak”, “hastanın bütün kişisel günlük bakım gereksinimlerinin tümünü karşılayacak bakım programı” olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin İdeal Hemşirelik/Hasta Bakımı Tanımına Göre Uygulamaları (n=13)

İdeal Hemşirelik	Sayı	%
Uyguluyorum	5	38.5
Uygulamıyorum	8	61.5
TOPLAM	13	100.0

Hemşirelerin %61.5'i tanımladıkları ideal hemşirelik/hasta bakımını uygulamadıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 4.9. Hemşirelerin Tanımına Göre İdeal Hemşirelik/ Hasta Bakımını Uygulama Nedenleri ve Sıklığı (n=5)

İdeal Hemşirelik	Sayı	%
Uygulama Nedeni		
Maaşını hak etmek için	1	20.0
Hemşire olarak uygulaması gerektiği için	1	20.0
Yanıt yok	3	60.0
Uygulama Sıklığı		
Her zaman	2	40.0
Çoğunlukla	2	40.0
Bazen	1	20.0
Toplam	5	100.0

Hemşirelerin %60'ının tanımladıkları ideal hemşirelik/hasta bakımını uygulama nedenine ilişkin herhangi bir yanıt vermediği, eşit yüzde dağılımı ile hemşirelerin %20'si “maaşını hak etmek” ve “hemşire olarak uygulamam gerektiği” şeklinde ifade etmişlerdir. Hemşirelerin eşit yüzde ile %40'ının “her zaman” ve “çoğunlukla”, %20'sinin ise bazen ideal hemşirelik/ hasta bakımını uyguladıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Hemşirelerin Tanımına Göre İdeal Hemşirelik / Hasta Bakımını Uygulamama Nedenleri (n=8)

Uygulamama nedeni	Sayı	%
Hemşire yetersizliği	5	45.4
İş merkezli çalışmak	1	9.1
Hasta çokluğu	1	9.1
Hasta bakımını hasta yakınlarının yapması	1	9.1
Görev dışı işler nedeniyle zaman olmaması	3	27.3
Toplam*	11	100

*Hemşireler birden fazla uygulamama nedeni bildirdiği için “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hemşirelerin kendi tanımlarına göre İdeal hemşirelik/hasta bakımını uygulamama nedeni olarak %45.4’ü hemşire yetersizliğini, %27.3’ü ise görev dışı işler nedeniyle zaman bulunmamasını göstermişlerdir.

Tablo 4.11. Hemşirelerin Tanımına Göre İdeal Hemşirelik/ Hasta Bakımını Uygulamayı İsteme Durumları ve Nedenleri (n=13)

	Sayı	%
İdeal Hemşirelik Bakımı		
Uygulamak istiyorum	13	100.0
Uygulamak istemiyorum	-	-
Nedeni		
Eğitim aldığı için	3	23.1
Mesleğinde yeterli olduğu için	1	7.7
Mesleğini kaliteli sunmak için	1	7.7
Her bireyin hakkı olduğu için	2	15.4
Yanıt yok	6	46.2
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin tamamı (%100) tanımladıkları ideal hemşirelik/hasta bakımını uygulamayı istedikleri; nedeni olarak %23.1’i bunun için eğitim aldığını ve %15.4’ü her bireyin hemşirelik bakımı almaya hakkının olduğunu bildirmişler, ancak

%46.2'si ideal hemşirelik/ hasta bakımını uygulamayı istemelerine karşın herhangi bir yanıt vermemiştir.

Tablo 4.12. Hemşirelerin Uyguladıkları Hasta Bakım Düzeyi (n=13)

Düzy	Sayı	%
5 ve altı	6	46.2
6 ve üstü	7	53.8
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin cetvel üzerinde yaptıkları işaretlemler sonucunda bakım düzeyinin 1-9 puan arasında değiştiği saptanmış ve ortalama 5.3 ± 2.5 puan olarak hesaplanmıştır. Tablo 4.12'ye bakıldığında, hemşirelerin %53.8'i altı ve üstünde bakım uyguladığını, %46.2'si ise beş ve altında bakım uyguladığını ifade etmiştir.

Tablo 4.13. Hemşirelerin Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Bakımının Yeterliliğine İlişkin Görüşleri (n=13)

Yeterli Bakım	Sayı	%
Uygulanıyor	4	30.8
Uygulanmıyor	9	69.2
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin %69.2'si servislerinde uygulanan hemşirelik bakımının yeterli olmadığını, %30.8'i ise hemşirelik bakımının yeterli olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.14. Hemşirelerin Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Bakımının İyileştirilmesine İlişkin Görüşleri (n=9)

Bakım Düzeyi	Sayı	%
İyileştirilebilir	6	66.7
İyileştirilemez	3	33.3
Toplam	9	100.0

Servislerinde yeterli hemşirelik bakımı uygulanmadığını ifade eden 9 hemşirenin %66.7'si uygulanan hemşirelik bakımının iyileştirilebileceğini düşünürken, %33.3'ünün iyileştirilemeyeceği görüşünde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.15. Hemşirelerin Servislerinde Hemşirelik Bakımının İyileştirme Yöntemine İlişkin Görüşleri (n=6)

İyileştirme Yöntemleri	Sayı	%
Görevi olmayan işler alınarak	3	37.5
Yeterli eleman sağlanarak	3	37.5
Nöbet saatleri düzenlenerek	1	12.5
Yanıt yok	1	12.5
Toplam*	8	100.0

*Hemşireler birden fazla iyileştirme yöntemi bildirdiği için “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hemşirelerin %37.5’i hemşirelerin üzerinden görevi olmayan işlerin alınarak ve yeterli eleman sağlanarak (%37.5), %12.5’i ise nöbet saatlerinin düzenlenmesiyle servislerindeki hemşirelik bakımının iyileştirilebileceğini düşünmektedir.

Tablo 4.16. Hemşirelerin Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Bakımının İyileştirilememe Nedenlerine İlişkin Görüşleri (n=3)

Nedenler	Sayı	%
Personel yetersiz	2	66.7
Hastane buna uygun değil	1	33.3
Toplam	3	100.0

Hemşirelerin %66.7’si personel yetersizliğinden, %33.3’ü hastanelerinin buna uygun olmadığı için servislerindeki hemşirelik bakımının iyileştirilemeyeceğini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.17. Hemşirelerin Servislerinde Uygulanan Hemşirelik Bakımını İyileştirme Sürecinde Katkılarına İlişkin Görüşleri (n=13)

Katkı	Sayı	%
Katkım olamaz, yönetimle sağlanabilir	5	33.4
Enfeksiyon oluşumu önlenerek	1	6.6
Eğitim programları düzenlenerek	4	26.7
Bakım protokolleri oluşturularak	2	13.3
Yanıt yok	3	20.0
Toplam*	15	100.0

* Hemşireler, birden fazla katkı bildirdikleri için “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hemşirelerin %33.4’ü servislerinde uygulanan hemşirelik bakımını iyileştirme sürecinde katkısının olamayacağını ve bunun ancak yönetimle sağlanabileceğini düşünürken, %26.7’si eğitim programları düzenlenerek ve %13.3’ü ise bakım protokolleri oluşturularak katkısı olabileceğini ifade etmiştir.

4.3. Hemşirelerin Hasta Yakını İle İlgili Durum Değerlendirmeleri

Bu alt başlıkta hastaların yanında hasta yakını bulunması, hasta yakınlarından beklentileri, hasta yakınlarının hemşirelerin beklentilerini karşılama düzeylerine ilişkin görüşleri, hasta yakınlarına yapmaları gerekenler konusunda bilgi verme durumları ve taburculukla ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.18. Hemşirelerin Hastaların Yanında Hasta Yakını Bulunmasına İlişkin Görüşleri (n=13)

Hasta yakını	Sayı	%
Olmalı	12	92.3
Olmamalı	1	7.7
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin tamamına yakını (%92.3) hastanın yanında hasta yakını olmasını istemektedir.

Tablo 4.19. Hemşirelerin Hasta Bakımında Hasta Yakınlarından Yardım Alma Durumları (n=13)

Yardım	Sayı	%
Evet	9	69.2
Kısmen	4	30.8
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin %69.2'si hasta bakımında refakatçilerden ya da hasta yakınlarından yardım aldıklarını, %30.8'i ise kısmen yardım aldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 4.20. Hemşirelerin Hasta Yakınlarından Beklentileri (n=13)

Beklentiler	Sayı	%
Hasta takibinde yardımcı olmaları	3	18.8
Bakıma katkı	4	25.0
Servis kurallarına uymaları	2	12.5
Hemşirelik bakımlarına müdahale etmemeleri	2	12.5
Hastaların gereksinimlerini karşılamaları	4	25.0
Yanıt yok	1	6.1
Toplam*	16	100.0

* Hemşireler, birden fazla beklenti bildirdiği için "n" sayısı fazla çıkmıştır.

Hemşirelerin hasta yakınlarından beklentileri için Tablo 27'ye bakıldığında; 1/4'ü (%25.0) bakıma katkı ve yine 1/4'ü hastaların gereksinimlerini karşılamalarını, 1/8'i (%12.5) eşit yüzde dağılımı ile servis kurallarına uymaları ve hemşirelik bakımlarına müdahale etmemelerini hasta yakınlarından beklediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.21. Hasta Yakınlarının Hemşirelerin Beklentilerini Karşılama Düzeyleri (n=13)

Düzey	Sayı	%
5 ve altı	11	84.6
6 ve üstü	2	15.4
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin cetvel üzerinde yaptıkları işaretlemeler sonucunda hasta yakınlarının hemşirelerin beklentilerini karşılama düzeylerinin 1-7 puan arasında değiştiği saptanmış ve ortalama 4.2 ± 1.5 puan olarak hesaplanmıştır. Hemşireler hasta yakınlarından beklentilerinin %84.6 oranında karşılanmadığını bildirmiştir.

Tablo 4.22. Hemşirelerin Hasta Yakınlarına Yapmaları Gerekenleri Servis ve Hastanın Durumuna İlişkin Uygulamaları Anlatma Durumları (n=13)

Anlatma	Sayı	%
Evet	13	100.0
Hayır	-	-
Servis Hakkında		
Evet	10	76.9
Hayır	3	23.1
Hastanın Durumu ve Uygulamalar		
Evet	11	84.6
Hayır	2	15.4
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin tamamı (%100) hasta yakınlarına yapmaları gerekenleri anlattıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%76.9) hasta yakınlarına servis hakkında bilgi verdiklerini, yine büyük çoğunluğu (%84.6) hastanın durumu ve uygulanacak işlemler hakkında bilgi verdiklerini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.23. Hemşirelerin Hasta Yakınlarına Yapmaları Gerekenler
Konusunda Anlattıkları (n=13)**

Yapmaları Gerekenler	Sayı	%
Pozisyon değişikliği	6	20.0
Hastanın durumundaki değişiklikleri haber vermeleri	5	16.6
AÇT ve sonda takibi	4	13.4
Hastayı nasıl besleyecekleri	4	13.4
Hastanın günlük temizliği	3	10.0
Ağız bakımı	2	6.6
Egzersiz	2	6.6
Yanıt yok	4	13.4
Toplam*	30	100.0

*Hemşirelerin, anlattıkları birden fazla olduğundan “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hemşireler hasta yakınlarına en fazla (%20) hastanın pozisyonunu değiştirme ve hastanın durumundaki değişiklikleri haber verme (%16.6) yönünde bilgi verdiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.24. Hemşirelerin Taburculuk Eğitimi Verme Durumları (n=13)

Taburculuk Eğitimi	Sayı	%
Evet	6	46.2
Hayır	7	53.8
Toplam	13	100.0

Hemşirelerin %46.2’si taburculuk eğitimi verdiğini, %53.8’i ise taburculuk eğitimi vermediğini ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.25. Hemşirelerin Taburculuk Eğitimi Verirken Anlattıkları
(n=6)**

Anlatılanlar	Sayı	%
İlaçlarının nasıl kullanılacağı	6	37.5
Yatağa bağımlı hasta bakımı	5	31.2
Doktor kontrolünün önemi	2	12.5
Nazogastrik ile besleme yöntemi	2	12.5
Taburculuk işlemleri	1	6.3
Toplam*	16	100.0

*Hemşireler birden fazla konuda eğitim verdiklerini bildirdikleri için “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hemşireler taburculuk eğitimi olarak en fazla (%37.5) hastanın ilaçlarını nasıl kullanacağını ve hasta yakınlarına yatağa bağımlı hasta bakımını (%31.2) anlattıklarını bildirmişlerdir.

4.4. Hasta Yakınlarının Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu başlık altında hasta yakınlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, mesleği, hastaya yakınlık derecesi, hastanın yanında kaç gündür kaldığı, kalmayı isteme durumu, daha önce hastanede bulunma durumu ve nedeni, hastaların bazı özellikleri, hasta yakınlarının hastanın yanında neden kaldıklarına ilişkin görüşleri, hemşirelerin hastanın durumu ve uygulanacak işlemler hakkında bilgi verme durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.26. Hasta Yakınlarının Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n=60)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	51	85.0
Erkek	9	15.0
Yaş Grubu		
15-34	11	18.3
35-64	46	76.7
≥ 65	3	5.0
Eğitim Durumu		
Okur-yazar/ilkokul mezunu	34	56.7
Ortaokul/lise mezunu	14	23.3
Yüksek okul mezunu	3	5.0
Okur-yazar değil	9	15.0
Mesleği		
Ev hanımı	41	68.3
Memur	2	3.3
İşçi	7	11.7
Serbest meslek	7	11.7
Diğer	3	5.0

Devam ediyor....

Hastaya yakınlık derecesi		
Eşi	10	16.7
Çocuğu	31	51.7
Damadı/gelini	12	20.0
İkinci derece yakını	6	10.0
Yakını değil	1	1.7
Toplam	60	100.0

Hasta yakınlarının bazı sosyo-demografik özellikleri için Tablo 4.27'ye bakıldığında; hasta yakınlarının %85'ini kadınların oluşturduğu, hasta yakınlarının 15 ile 85 yaş arasında dağılım gösterdiği ve ortalama yaşın 44.55 ± 12.21 olduğu, %76.7 çoğunlukla 35-64 yaş grubunda oldukları, %56.7'sinin okur-yazar/ilkokul mezunu, %15'inin ise okuma yazma bilmediği, yaklaşık 2/3'ünün (%68.3) ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.27. Hasta Yakınlarının Hastanede Kalma Durumları (n=60)

Hastanın yanında kaç gündür kaldığı		
6 gün ve üstü	24	40.0
5 gün ve altı	36	60.0
Kalmayı isteme durumu		
Evet	57	95.0
Hayır	3	5.0
Daha önce hastanede bulunma durumu		
Evet	48	80.0
Hayır	12	20.0
Bulunma nedeni (n:48)		
Hasta olarak	3	5.0
Refakatçi olarak	25	41.7
Hasta olarak/refakatçi olarak	20	33.3

Devam ediyor....

Hasta yakını (refakatçi) olmaktan memnunluk durumu		
Evet	44	73.3
Hayır	6	10.0
Kısmen	10	16.7
Toplam	60	100.0

Hasta yakınlarının hastanın yanında kaldıkları gün sayısının 3 ile 21 gün arasında dağılım gösterdiği ve ortalama günün 5.70 ± 3.65 olduğu, % 60'ının 5 ve daha az gün hasta yanında kaldığı, %95'inin hastanın yanında isteyerek kaldığı belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %80'inin daha önce hastanede bulunduğu ve %73.3'ünün refakatçi olarak hastanede bulunmaktan memnun oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.28. Hastaların Bazı Özellikleri (n=60).

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	36	60.0
Erkek	24	40.0
Yatağa bağımlılık durumu		
Bağımlı	50	83.3
Yarı bağımlı	10	16.7
Hastanede yattığı gün sayısı		
7 ve altı	40	66.7
8 ve üstü	20	33.3
TOPLAM	60	100.0

Hastaların %60'ını kadınların oluşturduğu, %83.3'ünün yatağa bağımlı olduğu belirlenmiştir. Hastaların hastanede yattıkları gün sayısı 3 ile 21 gün arasında dağılım göstermektedir ve ortalama gün sayısı 7.20 ± 4.40 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.29 Hastanın Yanında Kalma Nedenlerine İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri (n=60)

Neden	Sayı	%
İhtiyaçlarını karşılamak için	37	46.9
Bakımı için	24	30.4
Annem, eşim olduğu için	5	6.4
Moral desteği olmak için	3	3.8
Yardımcı olmak için	6	7.5
Serumu kontrol etmek için	2	2.5
İlaçlarını vermek için	2	2.5
Toplam*	79	100.0

*Hasta yakınları birden fazla neden bildirdikleri için “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hasta yakınlarının %46.9’u ihtiyaçlarını karşılamak için, %30.4’ü bakımı için, %7.5’i yardımcı olmak için hastanın yanında kaldıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 4.30. Hemşirelerin Hastanın Durumu ve Uygulanacak İşlemler Hakkında Bilgi Verme Durumları (n=60)

Bilgi verme	Sayı	%
Evet	19	31.7
Hayır	37	61.7
Kısmen	4	6.7
Toplam	60	100.0

Hasta yakınlarının çoğunluğu (%61.7) hastanın durumu ve uygulanacak işlemlerle ilgili hemşirelerin bilgi vermediğini ifade etmişlerdir.

4.5. Hasta Yakınlarının İdeal Hemşirelik / Hasta Bakımı Tanımları ve Uygulanma Durumları

Bu başlık altında hasta yakınlarının ideal hemşirelik / hasta bakımı tanımları, uygulanma durumu, sıklığı, uygulanma ve uygulanmama nedenleri, uygulanma düzeyi, uygulanan hemşirelik bakımının yeterliliğine ve yeterli hemşirelik bakımı uygulanmama nedenlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.31. Hasta Yakınlarının İdeal Hemşirelik / Hasta Bakımı Tanımları (n=60)

İdeal hemşirelik/hasta bakımı	Sayı	%
Bilgi veren	10	7.8
Zamanında müdahale eden	13	10.1
Güler yüzlü	26	20.3
Moral desteği veren	6	4.7
Sorulanlara cevap veren	10	7.8
Mesleğini bilinçli yapan	3	2.4
İlgi gösteren	18	14.0
Alçakgönüllü	3	2.4
Kızmayan, insanlara iyi davranan	8	6.3
Refakatçiyi uyaran, anlayan	9	7.0
Tedaviyi yapan	3	2.4
Mesleğini seven	3	2.4
İnsanlık duygusu olan	2	1.6
Hastanın bütün ihtiyaçlarını gören	1	0.7
Sevgi ile yaklaşan	4	3.1
Hasta psikolojisini bilen	2	1.6
Görevini tam anlamıyla yapan	7	5.4
Toplam*	128	100.0

*Hasta yakınları birden fazla tanım bildirdiğinden “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hasta yakınlarının yaklaşık 1/5'i (%20.3) ideal hemşirelik/hasta bakımını güleryüzlü olma olarak tanımlarken, %14'ü ilgili olma, %10'u zamanında müdahale

etme, %7.8’ide eşit yüzde dağılımı ile bilgi verme ve sorularlara cevap verme olarak tanımlamıştır.

Tablo 4.32. Hasta Yakınlarının İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımı Tanımına Göre Uygulanma Durumu (n=60)

Uygulama	Sayı	%
Uygulanıyor	39	65.0
Uygulanmıyor	21	35.0
Toplam	60	100.0

Hasta yakınlarının %65’i tanımladıkları ideal hemşirelik/hasta bakımının uygulandığını bildirmişlerdir.

Tablo 4.33. Hasta Yakınlarının Tanımına Göre İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımı Uygulanma Nedenleri (n=39)

Neden	Sayı	%
Hasta yakını iyi olduğu için	2	5.0
Her yerde uygulanıyor	1	2.5
Yönetim iyi olabilir	3	7.5
Karakter, kişilik	14	35.0
Devlet Hastanesi olduğu için	1	2.5
Özel olduğu için	7	17.5
Bilmiyorum	12	30.0
Toplam*	40	100.0

*Hasta yakınları birden fazla neden bildirdiğinden “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hasta yakınlarının %35’i hemşirelerin kişiliklerinden dolayı uyguladıklarını, %30’u nedenini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Özel olduğu için diyen %17.5 oranındaki bölüm Üniversite Hastanesinden, Devlet Hastanesi olduğu için diyen %2.5 oranındaki bölümde Devlet Hastanesinden katılan hasta yakınlarının ifadeleridir.

Tablo 4.34. Hasta Yakınlarının Tanımına Göre İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımı Uygulanmama Nedenleri (n=21)

Neden	Sayı	%
Yönetim	4	13.8
Kişilik, karakter	6	20.7
Devlet Hastanesi olduğu için	2	6.9
Eğitimleri yetersiz olabilir	1	3.4
Hasta sayısı çok olduğu için	2	6.9
Denetlenmedikleri için	5	17.3
İşlerini sevmedikleri için	2	6.9
Yoğun çalıştıkları için, yorgunluk, stres	5	17.3
Çalışma saatleri uzun olduğu için	1	3.4
Bilmiyorum	1	3.4
TOPLAM	29	100.0

*Hasta yakınları birden fazla neden bildirdiğinden “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hasta yakınları % 20.7 hemşirelerin kişiliğini, eşit yüzde dağılımı ile %17.3 denetlenmemeyi ve hemşirelerin yoğun çalışıyor olmalarını kendi tanımlarına göre ideal hemşirelik / hasta bakımı uygulanmama nedeni olarak göstermişlerdir.

Tablo 4.35. Hasta Yakınlarının Tanımına Göre İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımının Uygulanma Sıklığı (n=39)

Uygulama sıklığı	Sayı	%
Her zaman	23	59.0
Çoğunlukla	11	28.2
Bazen	4	10.3
Ara sıra	1	2.6
Toplam	39	100.0

Hasta yakınlarının % 59'u her zaman, % 28.2'si çoğunlukla ideal hemşirelik / hasta bakımının uygulandığını bildirmişlerdir.

Tablo 4.36. Hasta Yakınlarının Tanımına Göre İdeal Hemşirelik /Hasta Bakımının Uygulanma Düzeyi (n=60)

Düzy	Sayı	%
5 ve altı	13	21.6
6 ve üstü	47	78.4
Toplam	60	100.0

Hasta yakınlarının cetvel üzerinde yaptıkları işaretlemler sonucunda 1-10 puan arasında değıştiğı saptanmış ve ortalama 7.6 ± 2.2 puan olarak hesaplanmıştır. Tablo 4.37'ye bakıldığında, hasta yakınlarının %78.4'ü tanımladıkları bakımın altı ve üstünde uygulandığını, %21.6'sı ise beş ve altında uygulandığını ifade etmiştir.

Tablo 4.37. Hasta Yakınlarına Göre Nöroloji Servisinde Yeterli Hemşirelik Bakımı Uygulanma Durumu (n=60)

Uygulanma Durumu	Sayı	%
Uygulanıyor	44	73.3
Uygulanmıyor	16	26.7
Toplam	60	100.0

Hasta yakınlarının yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü (%73.3) uygulanan hemşirelik bakımını yeterli bulurken, $\frac{1}{4}$ 'ü (%26.7) yeterli bulmamaktadır.

Tablo 4.38. Hasta Yakınlarına Göre Nöroloji Servisinde Yeterli Hemşirelik Bakımı Uygulanmama Nedenleri (n=16).

Neden	Sayı	%
Kişilik	3	16.6
Denetlenmedikleri için	6	33.3
Hasta yakınına bıraktıkları için	1	5.5
Yoğun olduğu için	2	11.2
Eğitimleri yetersiz	2	11.2
Personel yetersizliği	2	11.2
Hastam erkek olduğu için	1	5.5
Bilmiyorum	1	5.5
Toplam*	18	100.0

*Birden fazla neden belirtildiği için “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hasta yakınlarının %33.3’ü denetlenmedikleri, %16.6’sı hemşirelerin kişiliklerinden dolayı yeterli hemşirelik bakımı uygulanmadığını bildirmişlerdir.

4.6. Hemşirelerin ve Hasta Yakınlarının Hemşirelik Bakım Uygulamalarını Kimlerin Yaptığı ve Kimlerin Yapması Gerektiğine İlişkin Görüşleri

Bu başlık altında hemşirelere ve hasta yakınlarına göre, pozisyon verme, aspire etme, oksijen verme, buhar verme, nazogastrik ile besleme, dekübütüs bakımı, IV sıvı izlem takibi, ilaçların verilmesi, katater bakımı, aldığı çıkardığı takibi, şuur takibi, vücut ısısının kontrolü, vücut temizliği, masaj yapma, aktif pasif egzersizler, ağız bakımı, sürgü-ördek verme ve boşaltma, perine bakımı, nazogastrik bakımı, yürümeye refakat, lavman, yemek yedirme, yatak takımlarını değiştirme, giysilerini değiştirme gibi hemşirelik bakım uygulamalarını kimlerin yaptığı ve kimlerin yapması gerektiğine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.39. Hemşirelik Bakım Uygulamalarını Kimlerin Yaptığına İlişkin Hemşirelerin Görüşleri (n=13)

Uygulamalar	Hemşire		Hasta Yakını		Diğer		Yapılmıyor		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Pozisyon verme	8	53.3	7	46.7	-	-	-	-	15	100.0
Aspire etme	13	100.0	-	-	-	-	-	-	13	100.0
Oksijen verme	13	100.0	-	-	-	-	-	-	13	100.0
Buhar verme	13	100.0	-	-	-	-	-	-	13	100.0
NG (nazogastrik) ile besleme	7	53.8	6	46.2	-	-	-	-	13	100.0
Dekübütüs bakımı	8	57.2	4	28.5	2	14.3	-	-	14	100.0
IV sıvı izlem takibi	12	92.3	1	7.7	-	-	-	-	13	100.0
İlaçların verilmesi	13	81.3	3	18.7	-	-	-	-	16	100.0
Katater bakımı	10	71.4	3	21.4	-	-	1	7.7	14	100.0
Aldığı-çıkardığı T.	13	100.0	-	-	-	-	-	-	13	100.0
Şuur takibi	13	86.6	2	13.4	-	-	-	-	15	100.0
Vücut ısısının kontrolü	13	100.0	-	-	-	-	-	-	13	100.0
Vücut temizliği	7	41.1	10	58.9	-	-	-	-	17	100.0
Masaj yapma	4	25.0	10	62.5	-	-	2	15.4	16	100.0
Aktif pasif egzersiz	4	25.0	12	75.0	-	-	-	-	16	100.0
Ağız bakımı	7	50.0	7	50.0	-	-	-	-	14	100.0
Sürgü-ördek verme	1	7.2	13	92.8	-	-	-	-	14	100.0
Sürgü-ördek boşaltma	-	-	13	100.0	-	-	-	-	13	100.0
Perine bakımı	7	50.0	7	50.0	-	-	-	-	14	100.0
NG bakımı	11	78.5	3	21.5	-	-	-	-	14	100.0
Yürümeye refakat	6	37.5	10	62.5	-	-	-	-	16	100.0
Lavman	8	57.1	4	28.5	1	7.2	1	7.2	14	100.0
Yemek yedirme	3	18.8	13	81.2	-	-	-	-	16	100.0
Yatak tk. değiştirme	7	43.7	5	31.3	3	18.7	1	6.3	16	100.0
Giysi değiştirme	8	42.2	11	57.8	-	-	-	-	19	100.0

*Birden fazla kişi bildirilen uygulamalarda “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hemşirelerin tamamı (%100) aspire etme, oksijen verme, aldığı çıkardığı takibi, vücut ısısının kontrolü gibi uygulamalar ile nazogastrik ile besleme (%53.8), dekibütüs bakımı (57.2), sıvı takibi (92.3), ilaçların verilmesi (%81.3), kateter bakımı (%71.4), şuur takibi (%86.6), nazogastrik bakımı (%78.5), lavman (%57.1) gibi uygulamaları çoğunlukla hemşirelerin yaptığını; ancak vücut temizliği (%58.9), masaj (%62.5), egzersiz (%75.0), sürgü-ördek verme (%92.8), yürümeye refakat (562.5), yemek yedirme (%81.2) ve hastanın giysilerini değiştirme (%57.8) gibi uygulamaları ise çoğunlukla hasta yakınlarının yaptığını bildirmişlerdir.

**Tablo 4.40. Hemşirelik Bakım Uygulamalarını Kimlerin Yapması
Gerektiğine İlişkin Hemşirelerin Görüşleri (n=13)**

Uygulamalar	Hemşire		Hasta Yakını		Diğer		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Pozisyon verme	7	38.8	5	27.8	6	33.4	18	100.0
Aspire etme	10	71.5	-	-	4	28.5	14	100.0
Oksijen verme	13	100.0	-	-	-	-	13	100.0
Buhar verme	13	100.0	-	-	-	-	13	100.0
NG(nazogastrik) ile besleme	9	69.2	4	30.8	-	-	13	100.0
Dekübütüs bakımı	9	64.3	1	7.2	4	28.5	14	100.0
IV sıvı izlem takibi	13	100.0	-	-	-	-	13	100.0
İlaçların verilmesi	12	85.8	1	7.1	1	7.1	14	100.0
Kateter bakımı	8	61.5	1	7.7	4	30.8	13	100.0
Aldığı-çıkardığı takibi	13	100.0	-	-	-	-	13	100.0
Şuur takibi	10	62.5	1	6.2	5	31.3	16	100.0
Vücut ısısının kontrolü	13	100.0	-	-	-	-	13	100.0
Vücut temizliği	7	43.7	6	37.5	3	18.8	16	100.0
Masaj yapma	5	33.3	6	40.0	4	26.7	15	100.0
Aktif pasif egzersizler	5	33.3	6	40.0	4	26.7	15	100.0
Ağız bakımı	10	76.9	3	23.1	-	-	13	100.0
Sürgü-ördek verme	1	5.9	9	52.9	7	41.2	17	100.0
Sürgü-ördek boşaltma	1	7.2	9	64.2	4	28.5	14	100.0
Perine bakımı	11	78.5	2	14.3	1	7.2	14	100.0
NG bakımı	13	100.0	-	-	-	-	13	100.0
Yürümeye refakat	6	31.5	7	36.8	6	31.7	19	100.0
Lavman	12	75.0	2	12.5	2	12.5	16	100.0
Yemek yedirme	4	25.0	11	68.7	1	6.3	16	100.0
Yatak takımları d.	4	22.2	4	22.2	10	55.6	18	100.0
Giysi değiştirme	5	27.8	11	61.1	2	11.1	18	100.0

*Birden fazla kişi bildirilen uygulamalarda “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hemşirelerin tamamı (%100) oksijen verme, buhar verme, sıvı takibi, aldığı-
çıkardığı takibi, vucut ısısının kontrolü ve nazogastrik bakımı uygulamalarını
kendilerinin yapması gerektiğini ifade etmişlerdir. Hastanın giysilerini değiştirme
(%61.1), yemek yedirme (%68.7), sürgü-ördek verme (%52.9), sürgü-ördek boşaltma
(%64.2) gibi uygulamaları daha çok hasta yakınlarının yapması gerektiğini
bildirmişlerdir. Diğer taraftan hemşireler aspire etme (%28.5), kateter bakımı
(%30.8, dekibütüs bakımı (%28.5), şuur takibini (%31.3) doktorun yapması
gerektiğini; yatak takımlarını ise hasta bakıcıların değiştirmesi (%55.6) gerektiğini
bildirmişlerdir.

Tablo 4.41. Hemşirelik Bakım Uygulamalarını Kimlerin Yaptığına İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri (n=60)

Uygulamalar	Hemşire		Hasta Yakını		Yapılmıyor		Gerek Yok		Diğer		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Pozisyon verme	10	15.2	52	78.8	4	6.0	-	-	-	-	66	100.0
Aspire etme	9	14.7	2	3.3	2	3.3	48	78.7	-	-	61	100.0
Oksijen verme	18	29.0	9	14.5	2	3.2	33	53.3	-	-	62	100.0
Buhar verme	3	5.0	-	-	2	3.3	55	91.7	-	-	60	100.0
NG(nazogastrik) ile besleme	9	14.7	10	16.4	1	1.6	41	67.3	-	-	61	100.0
Dekibütüs bakımı	7	11.2	9	14.5	3	4.8	41	66.1	2	3.4	62	100.0
IV sıvı izlem takibi	45	54.2	37	44.5	-	-	1	1.3	-	-	83	100.0
İlaçların verilmesi	29	35.4	51	62.2	-	-	2	2.4	-	-	82	100.0
Kateter bakımı	4	6.7	25	41.7	24	40.0	7	11.7	-	-	60	100.0
Aldığı-Çıkardığı T.	30	36.5	25	30.5	82	32.9	-	-	-	-	82	100.0
Şuur takibi	14	19.7	31	43.8	10	14.0	-	-	16	22.5	71	100.0
Vücut ısı kontrolü	59	71.9	23	28.1	-	-	-	-	-	-	82	100.0
Vücut temizliği	4	6.5	55	88.7	3	4.8	-	-	-	-	62	100.0
Masaj yapma	4	6.4	40	63.4	19	30.2	-	-	-	-	63	100.0
Aktif-pasif egzersiz	2	3.2	42	67.7	17	27.5	-	-	1	1.6	62	100.0
Ağız bakımı	7	11.2	34	53.9	22	34.9	-	-	-	-	63	100.0
Sürgü-ördek verme	-	-	14	23.3	-	-	46	76.7	-	-	60	100.0
Sürgü-ördek boşaltma	-	-	14	23.3	-	-	46	76.7	-	-	60	100.0
Perine bakımı	3	4.8	50	79.4	8	13.3	-	-	2	3.1	63	100.0
NG bakımı	5	8.3	4	6.7	10	16.7	41	68.3	-	-	60	100.0
Yürümeye refakat	-	-	10	16.7	-	-	50	83.3	-	-	60	100.0
Lavman	3	4.9	11	18.0	3	4.9	44	72.2	-	-	61	100.0
Yemek yedirme	-	-	46	73.0	-	-	63	22.3	3	4.7	63	100.0
Yatak tk. değiştirme	11	16.2	39	57.4	6	8.8	-	-	12	17.6	68	100.0
Giysi değiştirme	3	4.7	59	93.7	1	1.6	-	-	-	-	63	100.0

*Birden fazla kişi bildirilen uygulamalarda “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hasta yakınları hastalarına çoğunlukla pozisyon verme (%78.8), ilaçlarını verme (%62.2), vücut temizliği (%88.7), masaj (%63.4), egzersiz (%67.7), ağız bakımı (%53.9), perine bakımı (%79.4), yemeğini yedirme (%73.0) ve giysilerini değiştirme gibi bakım işlevlerini yerine getirdiklerini bildirmişlerdir. Aynı zamanda hastalarına kateter bakımı (%40.0), aldığı-çıkardığı takibi (%32.9), ağız bakımı (%34.9) gibi işlevlerin yapılmadığını da ifade etmişlerdir. Diğer taraftan hastalarının buhar uygulanmasına gerek duyulmadığından buhar uygulanmadığını (%91.7) ve hastaları yürüyemediği için bu uygulamanın yapılmadığını (%83.3) bildirmişlerdir

Tablo 4.42. Hemşirelik Bakım Uygulamalarını Kimlerin Yapması Gerektiğine İlişkin Hasta Yakınlarının Görüşleri (n=60)

Uygulamalar	Hemşire		Hasta Yakını		Diğer		Toplam*	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Pozisyon verme	22	33.8	22	33.8	21	32.4	65	100.0
Aspire etme	54	83.0	1	1.5	10	15.5	65	100.0
Oksijen verme	55	82.0	6	9.0	6	9.0	67	100.0
Buhar verme	52	82.5	4	6.3	7	11.2	63	100.0
NG(nazogastrik) ile besleme	47	67.1	12	17.2	11	15.7	70	100.0
Dekibütüs bakımı	38	54.3	11	15.7	21	30.0	70	100.0
IV sıvı izlem takibi	54	85.7	9	14.3	-	-	63	100.0
İlaçların verilmesi	40	62.5	23	35.9	1	1.6	64	100.0
Katater bakımı	40	64.5	15	24.2	7	11.3	62	100.0
Aldığı-çıkardığı T.	46	68.6	17	25.4	4	6.0	67	100.0
Şuur takibi	23	33.4	8	11.5	38	55.0	69	100.0
Vücut ısısının kontrolü	55	88.8	5	8.0	2	3.2	62	100.0
Vücut temizliği	13	18.8	44	63.7	12	17.5	69	100.0
Masaj yapma	23	33.4	32	46.4	11	20.2	69	100.0
Aktif pasif egzersiz	19	28.8	31	46.9	14	24.3	66	100.0
Ağız bakımı	26	42.6	28	45.9	7	11.5	61	100.0
Sürgü-ördek verme	4	6.4	42	66.7	17	26.9	63	100.0
Sürgü-ördek boşaltma	3	4.8	44	69.8	16	25.4	63	100.0
Perine bakımı	4	6.4	49	77.7	10	15.9	63	100.0
NG bakımı	49	77.8	10	15.8	4	6.4	63	100.0
Yürümeye refakat	11	13.9	44	55.7	24	30.4	79	100.0
Lavman	38	54.3	11	15.7	21	30.0	70	100.0
Yemek yedirme	3	4.7	55	87.4	5	7.9	63	100.0
Yatak tk. değiştirme	11	17.2	15	23.5	38	59.3	64	100.0
Giysi değiştirme	6	9.2	52	80.0	7	10.8	65	100.0

*Birden fazla kişi bildirilen uygulamalarda “n” sayısı fazla çıkmıştır.

Hasta yakınları aspire etme (%83.2), oksijen verme (%82), sıvı takibi (%85.7), vücut ısı kontrolü (%88.8), nazogastrik bakımı (%77.8), nazogastrik ile besleme uygulamalarını (%67.1) hemşirelerin yapması gerektiğini düşünmektedirler. Hastanın daha çok kişisel bakımına yönelik vücut temizliği (%63.7), ağız bakımı (%45.9), perine bakımı (%77.7), yemek yedirme (%87.4), hastanın giysilerini değiştirme (%80.0) gibi uygulamaları ise kendilerinin yapmaları gerektiğini düşünmektedirler. Hasta yakınlarının hastanın şuurunu doktorun takip etmesi (%55.0) ve yatak takımlarını hasta bakıcıların değiştirmesi (%59.3) gerektiğini düşünmektedirler.

5.TARTIŞMA

Hemşirelerin yaklaşık yarısı (%53.8) 26 yaş ve altında ve çalışma süreleri beş yıldan az olup, bu araştırmadaki hemşirelerin yaşları ile uyumlu olarak genç bir grupta yer aldığı söylenebilir. Bu bulgu, Ülkemizde hemşirelerle yapılan birçok araştırmadaki yaş bulgularına benzerlik göstermektedir (41,32,11,22). Amerikan Hemşireler Birliği'nin yapmış olduğu iki büyük ulusal çaplı çalışmada, hemşirelerin %43.4 ve %44.9 gibi çoğunluğunun 41-54 yaş grubunda yer alması nedeniyle Amerika'daki hemşirelerin daha yaşlı olduğu düşünülebilir (30,58).

Hemşirelerin serviste çoğunlukla 5 ila 27 hastanın sorumluluğunu üstlendiği, nöbetlerde ise hasta sayısının 5-10 hasta (%61.5) ile 11-20 hastanın (%38.5) bakımından sorumlu oldukları saptanmıştır. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelere göre (5-10 hasta), Dr Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin mesai ve nöbette 15-27 hasta ile daha fazla hastanın bakımından sorumlu olmalarının nedeni, Üniversite hastanesinde yatak sayısının daha az olması ve aynı hastaneden katılan hemşire sayısının daha fazla olması olabilir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin sorumlu oldukları hasta sayısının oldukça fazla olduğu düşünülebilir (11,32,41).

Hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin, özellikle hemşirelerin günlük olarak bakmak zorunda oldukları hasta sayısı ve bu hastalara yapılması gereken ancak yapılmayan hizmetlerle yakından ilişkili olduğu düşünülürse, bu bulgular düşündürücüdür (31). Pennsylvania'da bir hastanede yapılan araştırmada hemşirelerin ortalama 5.3 hastaya baktıkları ve son nöbetlerinde hemşirelerin %40'ının üç ya da daha fazla görevi yerine getiremedikleri bildirilmektedir (31).

Araştırmadaki hemşirelerin tamamı (%100) mezuniyet sonrası nöroloji hemşireliğine ilişkin herhangi bir eğitim almamışlardır. Ülkemizde mezuniyet sonrası hemşirenin eğitimine ilişkin eksiklik ve yetersizlikler olduğu, yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin yüksek oranlarda çalışılan alanla ilgili eğitim almadığına ilişkin bulgularla desteklenmektedir (11,77).

İstekli olmanın, başarılı olmayı etkileyen önemli bir faktör olduğu düşünülürse, hemşirelerin tamamının servislerinde başhemşireliğin kararıyla ve istemeden çalıştıkları görülmektedir. Akbal (1985) ve Özkaya (1991)'nın çalışmalarında da hemşirelerin çalıştıkları servisleri kendilerinin seçmedikleri saptanmıştır (22,77).

Bu araştırmadaki hemşirelerin çoğunluğu nöbette 24 saat (%53.8) ve 16-24 saat (%46.2) şeklinde çalışmaktadır. Yurtdışında hemşirelerin çalışma saatleri konusunda sistematik bir veri olmamasına karşın, vardiyaların sekiz, oniki hatta onaltı saat olduğu bildirilmektedir (54). Amerikan Hemşireler Birliği'nin yaptığı bir çalışmada (2001), hemşireler vardiyaların 8 saat (%46.6), 12 saat (%22.8), 10 saat (%19.4), 12 saatten çok (%6.2), 8 saatten az (%4.6) olduğunu bildirmişlerdir (58). Bu sonuçlara göre, bu araştırmada yer alan hemşirelerin çalışma saatlerinin daha uzun olduğu görülebilir.

Hemşireler çoğunlukla 3-4 günde (%69.2) bir nöbet tutmakta, yani gece çalışmaktadırlar. Bu, fazla mesai anlamına gelmektedir. AİBÜ Araştırma ve Uygulama hastanesinde fazla mesai izin olarak kullanılabilmesine karşın, Devlet Hastanesi'nde nöbetler ücretlendirilmektedir. Tekmen (1989)'in araştırmasında da hemşirelerin %74'ünün haftada 2-3 nöbet, %26'sının 0-1 nöbet tuttuğuna ilişkin benzer sonuçlar vardır (41).

Hemşirelerin fazla mesai yaptığını gösteren birçok çalışma vardır (30,54,56,57,58,59,60,64,63). Fazla mesailerin hastalar ve hemşireler üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu, hastaların kişisel bakım ve güvenliğini sağlamada hemşirelerin yeteneğini tehdit ettiği bildirilmektedir (57,60,56,61,62,64,63,69).

Nöbet sürelerinin uzun ve bakım verilen hasta sayısının fazla oluşu hemşirelik hizmetlerini olumsuz şekilde etkilemektedir. Gece çalışmasının daha az elemanla gerçekleştirilmesi çalışanlara daha fazla iş yükü binmesine neden olmaktadır. Bu araştırmada, hemşirelerin nöbetlerde çoğunun (%53.8) ara

vermeksizin ve en uzun 20 saatten fazla süreyle çalıştıkları saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da, hemşirelerin saatlerce ve çoğunlukla ara vermeden çalıştıkları ve vardiyalar arasında dinlenmek için az zamanlarının olduğu vurgulanmaktadır. Uzun çalışma saatlerinin, hasta güvenliğini ciddi şekilde tehdit eden nedenlerden biri olduğu; yorgunluğun reaksiyon süresini yavaşlattığı, enerjiyi ve ayrıntılar için harcanan dikkati azalttığı ve hatalara neden olduğu bildirilmektedir. Hemşirelerin günde 12 saatten ve haftada 40 saatten fazla çalıştıklarında ya da fazla mesai yaptıklarında hata yapma riskinin belirgin şekilde arttığı belirtilmektedir (54,63,64,65,66). Amerikan Hemşireler Birliği (2001)'nin anketinde 7300 hemşireden 5711'i hastalara bakmak için yemek ve diğer molaları iptal ettiklerini bildirmişlerdir (30).

Mesai ve nöbet gibi çalışma saatleri içerisinde hemşirelerin %69.2'si mesainin yarısını yani 4 saatini, %15.4'ü 30 dakika ve altında bir süreyi hasta bakımına harcadığını ifade ederken, %7.7'si hasta bakımı yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Nöbetlerde ise, hemşirelerin %38.5'i 4-5 saatini hasta bakımına ayırdıklarını belirtmişlerdir. Rowland modeline göre hasta sınıflandırma sisteminde; ortalamanın üstünde bakım gereken hastaya ortalama 5.8 saat/ 24 saatte hemşirelik bakımı verilmesi gerekirken, maksimum düzeyde hemşirelik bakımı gereken hastaya ortalama 6-8 saat/24 saat hemşirelik bakımı gerektiği düşünülürse; nöroloji servisinde çalışan hemşirelerin hasta bakımı için ayırdığı zamanın çok az olduğu görülebilir (28). Hemşirelerin sorumlu olduğu hasta sayılarına bakıldığında, hasta bakımına ayrılan sürenin daha da azalması ile durum düşündürücü hale gelmektedir.

Amerikan Hemşireler Birliği (2001)'nin yürüttüğü çalışmada hemşirelerin çalışma süresinin %75-100'ünü (%40.4) ve %50-75'ini (%21.1) doğrudan hasta bakım etkinliklerine harcadıkları görülmektedir (58). Başka bir çalışmada ise hemşirelerin %56'sı doğrudan hasta bakımına ayırdıkları sürenin azaldığını ifade etmişlerdir (30).

Sağlık alanında yönetim kademesindeki aksaklıklar ve denetim eksikliğinden kaynaklanan olumsuzlukların olduğu bildirilmektedir (66). Bu çalışmada hemşirelerin %61.5'i hemşirelik bakım işlevlerinin denetlendiğini ve geri kalan

%38.5'i ise denetlenmediğini ifade etmişlerdir. AİBÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesindeki hemşirelerin tamamı ve Devlet Hastanesi'nden yalnızca bir hemşire bakım işlevlerinin denetlendiğini bildirmesi, hastaneler arasındaki bakım işlevlerine yönelik denetim hizmetlerin farklılığını ortaya koyması açısından dikkat çekicidir. Karadağ (2003)'ın çalışmasında denetlenmenin hasta bakımına yönelik olmadığı, hemşirenin görev alanına girmeyen otelcilik hizmetlerinin denetlendiğini bildiren benzer sonuçlara ulaşmıştır (11). Diğer taraftan hasta yakınları, nöroloji servisinde hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedeni olarak hemşirelerin denetlenmemesini (%33.3) işaret etmeleri, bu bulguyu destekler niteliktedir.

Hasta bakımında başarılı olabilmek için, hemşirenin hastaya yönelik amaçları ile hastanın beklentileri uyum içinde olmalıdır. Bu nedenle hemşire, hasta ve ailesinin birbirlerinden beklentileri konusundaki görüşleri önem kazanmaktadır. Hizmeti alan ile hizmeti verenlerin gereksinimlerin karşılanmasındaki öncelik ve beklentilerin farklı olması çatışmalara yol açabilmektedir. Bu araştırmada hemşireler ideal hemşirelik bakımını hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bakımını yapmak (%30) ve gereksinimlerini karşılamak (%30), tedavisini yapmak (%10), ailesi ile birlikte bakım vermek (%10), sağlığı korumak ve yükseltmek (%10) olarak tanımlamalarına karşın; tanımladıkları bu ideal hemşirelik bakımını çoğunlukla uygulamadıklarını (%61.5) bildirmişlerdir.

Hasta yakınlarının ise ideal hemşirelik bakımını güler yüzlü olma (%20.3), ilgili olma (%14), zamanında müdahale etme (%10), bilgi verme ve sorulara yanıt verme (%7.8) olarak tanımladıkları ve tanımladıkları bu bakımının çoğunlukla uygulandığını (%65.0) ifade etmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da hastalar hemşirelerden nazik, arkadaşça, insancıl şekilde yaklaşım göstermelerini ve güler yüzlü olmalarını beklemektedirler (22,41). Profesyonel meslek üyeleri olan hemşireler ile bu hizmeti alan hasta ve yakınlarının ideal hemşirelik bakım ve uygulamalarını farklı tanımlamaları nedeniyle beklentilerinin birbirinden farklı olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin tamamı tanımladıkları bakımı uygulamak istediklerini bildirmiştir. Amerikan Hemşireler Birliği çalışmasında hemşirelerin yarıya yakını işten ayrıldıklarında hastaları için bir şey yapamamaktan dolayı üzgün duygularını olmak olarak ifade etmiştir (30).

Hemşireler, tanımladıkları ideal hemşirelik bakımını uygulamama nedeni olarak hemşirenin sayısal yetersizliği (%45.4) ve görev dışı işler nedeniyle zaman bulunamamasını (%27.3) göstermelerine karşın; hasta yakınları hemşirelerin kişiliği (%20.7), denetlenmemeleri (%17.3) ve yoğun çalışmaları (%17.3) gibi nedenlerle ideal hemşirelik bakımını uygulayamadıklarını ifade etmektedirler. Karadağ (2003)'ın çalışmasında da hemşireler çalışma koşulları (%62.7) ve görevi olmayan uygulamaları yapmalarının (%12.7) verdikleri bakımı etkilediğini ifade etmişlerdir (11). Ören (1994) çalışmasında; başta posta hizmetleri, eczane ve laboratuvar işleri ile sekreterlik olmak üzere hemşirelerin %72.5'inin hemşirelik dışı işleri de yapmak zorunda kaldıklarını ortaya koymaktadır (26).

Hemşirelerin %69.2'si servislerinde uygulanan hemşirelik bakımını yeterli bulmazken, hasta yakınlarının %73.3'ü hemşirelik bakımını yeterli bulmuştur. Pennsylvania'da bir hastanede yapılan araştırmada, hemşirelerin ¼'ü bulundukları klinikte hemşirelik hizmetleri kalitesini mükemmel bulurken, %20'si "kötü" veya "orta" düzeyde değerlendirmiştir (31). Amerikan Hemşireler Birliği, son iki yıl içinde hemşirelik hizmetleri kalitesinin %75 düştüğünü saptamıştır (30). Bu araştırmada nöroloji servisinde çalışan hemşirelerin %66.7'si personel yetersizliğinden dolayı uygulanan hemşirelik bakımının iyileştirilemeyeceğini, %33.4'ü ise iyileştirmeye yönelik süreçte herhangi bir katkılarının olamayacağını düşünmektedir. Amerikan Hemşireler Birliği'nin (2001) çalışmasında benzer şekilde 7300 hemşireden 2928'i güvenli, kaliteli bir sağlık hizmeti verebilmek için bazı şeyleri değiştirmeye güçlerinin yetmeyeceği görüşündedir (30).

Hemşirelerin tamamına yakını (%92.3) hastanın yanında hasta yakınının kalmasını istemektedir. Doğan (1995)'ın çalışmasına göre hasta yanında refakatçi kalma oranı %52.3, Bilik (1998)'in çalışmasına göre %98.2 olarak saptanmıştır

(4,74). Hemşirelerin %62.2'si hasta yakınlarından yardım aldıklarını geriye kalan %30.8'de kısmen yardım aldıklarını bildirmişlerdir. Yapılan bir araştırmada, hemşireler hasta yakınlarının bakıma katılımlarının hastaya duygusal açıdan yararlı olduğunu (%43.9) ve işlerinde azalma sağlayıp dinlenme fırsatı yarattığı için hemşireye yararlı olduğunu (%46.1) ifade etmişlerdir (22).

Elibol (1996)'un çalışmasında, refakatçilerin yarıya yakını hastanın bakımından öncelikli olarak kendilerinin sorumlu tutulduğunu bildirmişlerdir (23). Başka bir çalışmada, hemşirelerin hasta yakınlarından beklentilerinin daha çok hemşirelik bakım işlevlerini yerine getirmeleri yönünde olduğu bildirilmektedir (24). Bu araştırmada da benzer şekilde nöroloji servisindeki hemşirelerin ¼'ü hasta yakınlarından bakıma katkı ve yine ¼'ü hastaların gereksinimlerini karşılamalarını beklemektedir. Hemşirelerin hemşirelik bakımına yetişememesi ya da aksatmasına zorlu çalışma koşullarının neden olduğu ve bu durumda hasta yakınlarından bazı hemşirelik işlevlerini üstlenmeleri istedikleri düşünülmektedir.

Nöroloji servisindeki hemşirelerin tamamı hasta yakınlarına neler yapmaları gerektiğini anlattıklarını bildirmişlerdir. Yapılan bir çalışmada refakatçilerin yaptıkları uygulamaların kendilerine çoğunlukla öğretildiği (23), Özkaya (1991)'nın araştırmasında ise hemşirelerin yapılacak işlemleri refakatçilere gösterdikleri (%46) saptanmıştır (22). Hasta yakınlarına en fazla hastanın pozisyon değişikliği ve hastanın durumundaki değişiklikleri haber vermeleri yönünde bilgi verilmektedir.

Hollanda'da inme geçiren hastaların yakınları ile yapılan bir çalışmada bilgilendirilme hasta yakınlarının en önemli gereksinimi olarak görülmüştür (18). Ünver (1998) araştırmasında aile üyelerinin en önemli olarak algıladıkları on gereksinimden yedi tanesinin bilgilendirme gereksinimi olduğunu belirlemiştir (74). Cebeci (1996)'nin çalışmasında hemşirelerin çoğu, hasta yakınlarına servis hakkında açıklama yapmanın zorunlu olduğunu düşünmelerine karşın, ancak böyle bir uygulamayı çok az yerine getirdiklerini bildirmişlerdir. Hemşirelerin %61.2'si hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi gerektiğini düşündüğü halde, bu konuda uygulama yapan hemşire oranı %7.5 olarak saptanmıştır (76). Bu çalışmada

nöroloji servisinde çalışan hemşirelerin çoğu servis ve uygulamalar hakkında hasta yakınlarına bilgi verdiklerini bildirmelerine karşın; hasta yakınlarının %61.7'si uygulanacak işlemler hakkında hemşirelerin bilgi vermediğini belirtmeleri çelişkilidir.

Hemşirelerin çoğu taburculuk eğitimi vermemektedir. Amerikan Hemşireler Birliği, hemşirelerin yaklaşık yarısının yeterli eğitim yapmadan hastaların taburcu edilmesinin kaliteyi düşürdüğünü bildirmiştir (30). Bu çalışmada nöroloji servisinde çalışan hemşireler taburculuk eğitimi olarak hastanın ilaçlarını nasıl kullanacağını anlatmaktadır. Tekmen (1989)'in hemşirelik faaliyetlerinin hasta beklentilerine uygunluğunu araştırmak için yaptığı çalışmasında, taburculuk eğitiminde hastalar için birinci sırada kontrole ne zaman geleceği, nereye başvuracağı konusunda yardım gelmektedir (41). Buna göre, hemşirenin verdiği taburculuk eğitiminin hastanın beklentilerine uyumlu olması için gereksinimlerin ve önceliklerin saptanmasının önemli olduğu söylenebilir.

Hasta yakınları çoğunlukla 35-64 yaş grubunda (%76.7) yer almakta ve %85'ini kadınlar oluşturmaktadır. Hasta refakatçileri ya da bakım veren kişiler üzerinde yapılan çalışmalarda da benzer özelliklerdeki bireylerin bu sorumluluğu aldıkları görülmüştür (23,22). Bu sorumluluğun çoğunlukla kadınlar tarafından üstlenilmesi geleneksel olarak bakım verme rolünün kadınlara yüklenmiş olmasından ya da kadınlardan beklenmesinden kaynaklanabilir.

Hastaların hastane ortamında desteklenmeleri amacıyla aile bireyleri ve diğer yakınlarının yanında bulunmaları şeklindeki uygulama günümüzde çoğu hastanede uygulanmaktadır. Bu araştırmada hasta yakınlarının %73.3'ü refakatçi olmaktan memnun olduklarını bildirmişlerdir. Elibol (1996)'un refakatçiler üzerinde yaptığı araştırmada da sonuç benzerdir (23). Araştırma sırasında yapılan gözlemlerden, hasta yakınlarının memnun olmasa da, kendilerini memnun olma konusunda zorladıkları düşünülmektedir.

Ülkemizde refakatçi uygulamalarının çoğunlukla sürekli hasta yanında kalma, çoğu hemşirelik bakımı içinde yer alan günlük gereksinimlerini karşılanmasına yardım etme şeklinde olduğu görülmektedir. Yapılan iki ayrı çalışmada, hasta yanında refakatçi kalan bireylerin çoğunlukla hastaların beslenme, boşaltım, genel vücut hijyenini sağlama, pozisyon verme gibi bazı hemşirelik bakım işlevlerini yerine getirdikleri saptanmıştır (24,22). Elibol (1996)'un çalışmasında refakatçilerin hastanın yanında bulunma nedenini hastaya fiziksel bakım sağlamak olduğu (%67.5), Özcan ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları çalışmada ise hasta yakınlarının özellikle fiziksel bakım vermeyi istedikleri saptanmıştır (23,24). Bu çalışmada nöroloji servisindeki hasta yakınlarının yanya yakını hastanın gereksinimlerini karşılamak için kaldıkları yönündeki ifadeleri, diğer çalışmaları destekler niteliktedir.

Hemşirelik bakım uygulamalarının birçoğunu hasta yakınları ve diplomasız yardımcı personelin yaptığı birçok araştırmada saptanmıştır (11,23,22,4,3,25). Nöroloji servisinde yatan hastalara verilen hemşirelik bakımının araştırıldığı bu çalışmada bulgular bunu destekler niteliktedir. Hasta yakınları yüksek oranlarda hastalarına kendilerinin pozisyon verdiklerini (%78.8), ilaçlarını verdiklerini (%62.2), vücut temizliğini yaptıklarını (%88.7), masaj yaptıklarını (%63.4), egzersiz yaptırdıklarını (%67.7), ağız bakımı (%53.9), perine bakımı yaptıklarını (%79.4), yemeğini yedirdiklerini (%73.0) ve giysilerini değiştirdiklerini (%93.7) bildirmişlerdir. Hemşirelerde vücut temizliği (%58.9), masaj (%62.5), egzersiz (%75.0), sürgü-ördek verme (%92.8), yürümeye refakat (%62.5), yemek yedirme (%81.2), hastanın giysilerini değiştirme (%57.8) uygulamalarını çoğunlukla hasta yakınlarının yaptığı bildirilmişlerdir. Hemşirelerin ve hasta yakınlarının sonuçları birbirleriyle uyumlu olduğundan, hemşirelerin yapması gereken vücut temizliği, masaj, egzersiz, hastanın giysilerini değiştirme, yemek yedirme gibi uygulamaları kesinlikle hasta yakınlarının yaptığı söylenebilir.

Karadağ (2003)'ın hemşirelerin verdiği bakımla ilgili çalışmasında bireysel hijyen uygulamalarını hasta yakınları yaptığı için hemşirelerin yapmadıklarını saptamıştır (11). Elibol'un (1996) refakatçilerin hastanede yaptıkları uygulamaları belirlemek için yaptığı çalışmasında da bireysel hijyene yönelik uygulamaları

refakatçilerin yaptığı görülmektedir. Bu araştırma bulguları da bireysel hijyenin hemşirelerin gerçekleştirilmesi gereken önemli bir sorumluluk olmasına karşın hemşirelerin yapmadığını göstermektedir.

İlaçların güvenli bir şekilde verilebilmesi için profesyonel anlamda hemşirenin bu konuda bilgi ve becerili olması gerekir. Hasta yakınlarının %62.2'sinin ilaçları hastalara hasta yakınlarının verdiğini bildirmesi düşündürücüdür. Elibol'un (1996) çalışması da bunu desteklemektedir.

Hemşireler ve hasta yakınları, hastalara masaj ve egzersiz uygulamalarını hasta yakınlarının yaptıklarını bildirmişlerdir. Nöroloji servisinde çalışan hemşirelerin hasta bakımına ayırdıkları süre ile hasta sayıları düşünüldüğünde bunları hasta yakınlarının yapıyor olması beklendiktir. Hasta yakınları ile görüşmeler sırasında yapılan uygulamaların tekniğe uygun olmayan basit şekillerde yapıldığı ve bunların masaj ve egzersiz olarak adlandırıldığı gözlemlenmiştir. Karadağ(2003)'ın çalışmasında da hemşirelerin masaj ve aktif-pasif egzersiz yaptırmadıkları saptanmıştır (11). Elibol'un (1996) çalışmasında da bunları hasta yakınlarının yaptığı bildirilmektedir.

Hemşireler hastanın perine bakımını %50 kendi yaptıklarını, hasta yakınları da %79.4 oranında perine bakımını kendilerinin yaptığını bildirmişlerdir. Perine bakımını hemşirelerin yapması gerektiği hemşireler tarafından bildirilmesine karşın, hasta yakınlarının çoğu bunu kendilerinin yapması gerektiğini düşünmektedirler. Sonuçlara baktığımızda hastaların %13.3'üne perine bakımı yapılmamaktadır. Hemşireler foley katater bakımını kendilerinin yaptığını (%71.4), hasta yakınları hemşirelerin yaptığını (%6.7) ve %40 oranında yapılmadığı bildirilmesi nedeniyle burada bir çelişki olduğu düşünülmektedir. Refakatçilerin kateter ve bakımı konusundaki bilgilerinin araştırılması amacıyla yapılan bir çalışmada hastaların %96'sının idrar torbasının değişmediği, refakatçilerin tamamına perine ve sonda bakımının anlatılmadığı ve %64'ünün idrar torbasını dökmek için çıkardıklarında kalan ucuna enfeksiyona neden olacak uygulamalar yaptıkları tespit edilmiştir (78). Hemşirelik bakım uygulamalarını hasta yakınları yaptığı sürece bunlar kaçınılmazdır.

Hemşireler hastaların yeme, boşaltım, hareket gibi temel fizyolojik gereksinimlerine yönelik yemek yedirme (%81.2), yürümeye refakat (%62.5), sürgü-ördek verme (92.8), boşaltma (100.0) gibi uygulamaları hasta yakınlarının yaptığını bildirmişlerdir. Hastaya pozisyon verme, ilaçlarını verme, masaj yapma, egzersiz yaptırma gibi profesyonel beceri ve eğitim gerektiren uygulamaları hasta yakınlarının yaptığı düşünülürse bunlarında hemşireler tarafından yapılmaması kaçınılmazdır. Elibol'un (1996) çalışmasında da sonuçlar benzerdir.

Hemşirelerin tamamı aldığı-çıkarıldığı takibini kendilerinin yaptığını bildirmişlerdir. Hasta yakınlarına göre ise sadece %36.5 oranında yapmaktadırlar ve %32.9 hastalara aldığı-çıkarıldığı takibi yapılmamaktadır. Hasta yakınları ve hemşireler hastaları nazogastrik ile hemşirelerin beslemeleri gerektiğini düşünmektedirler. Hemşirelere göre kimlerin yaptığına bakarsak %53.8 hemşirelerin, %46.2 hasta yakınlarının yaptığını görmekteyiz.

Hasta yakınları hastanın şuurunu kendilerinin (%43.8) hemşirelerden daha çok (%19.7) takip ettiklerini bildirmişlerdir. Hemşirelerin bakım süreleri ve hasta sayılarına göre hasta başına düşen süreler çok azdır ve hemşireler hastayı hasta yakını ile baş başa bırakmaya mahkumdurlar.

Hemşirenin amacı kendi temel gereksinimlerini karşılayamayan bireye yardım etmektir (35,40,22). Nöroloji servinde çalışan hemşireler ve nöroloji servisinde yatan hastaların yanında kalan hasta yakınlarından elde edilen sonuçlara göre hemşirelerin hasta bakımını hasta yakınlarına bıraktığı düşünülmektedir. Hemşirelerin tanımladıkları ideal hemşirelik bakımını tamamının uygulamak istediği düşünüldüğünde hemşirelerin sayılarının az olması, nöbet saatlerinin uzun olması, bakıma ayırdıkları sürelerin az olması, görev dışı işlerin yapılması bakımı hasta yakınlarına devretme nedenleri olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Nöroloji servisinde yatan hastalara verilen hemşirelik bakımı ve hasta yakınlarının katılımlarının belirlenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şöyledir:

Hemşirelerin çoğunlukla 26 yaş ve altında (%53.8) ve lisans mezunu olduğu (%46.2) , beş yıldan daha kısa süredir ve cerrahi birimlerde çalıştıkları (%53.8) ve eğitime devam etmedikleri (%84.6) saptanmıştır. Hemşirelerin nöroloji servisinde 1 ile 2 yıldır çalıştıkları (%61.5), serviste 5-10 hasta olmak üzere ortalama 15 hastanın sorumluluğunu üstlendikleri, son nöbetlerinde 5-10 hastaya baktıkları (%61.5), mezuniyet sonrası nöroloji hemşireliği ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları (%100) ve nöroloji servisinde çalışmak istememelerine karşın, hemşirelerin hastane politikası (%30.8) ve başhemşirelik makamının görevlendirmesi (%61.5) nedeniyle nöroloji servisinde istemeden çalıştıkları ve evrak işlerinin yoğunluğu nedeniyle çalışmak istemedikleri (%7.7) belirlenmiştir.

Hemşirelerin yaklaşık yarısının 16-24 saat (%53.8) ve 24 saatlik (%46.2) nöbetler şeklinde çalıştıkları, çoğunun 3-4 günde bir gece çalıştığı (%69.2), nöbetlerde ara vermeksizin çalıştıkları (%53.8) ve en uzun sürenin 20 saatten fazla olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %69.2'si mesainin yarısını yani 4 saatini, %15.4'ü 30 dakika ve altında bir süreyi hasta bakımına harcadığını, %7.7'si bakım yapmadıklarını bildirmiştir. Nöbetlerde hemşirelerin %38.5'i 4-5 saatini, %23.1'i nöbet saatlerinin yarısını hasta bakımına harcadığını ve %7.7'si bakım yapmadıklarını bildirmişlerdir. Hemşirelerin %61.5'i bakım işlevlerinin denetlendiğini, bu denetleme işinin servis sorumlu hemşiresi (%87.5) tarafından ve her gün denetlendiklerini (%25) ifade etmişlerdir.

İnmeli hastaların çoğunu kadınların oluşturduğu (%60) ve yatağa bağımlı oldukları (%83.3) saptanmıştır. Hastalar, 3 ile 21 gün arasında ve ortalama 7.20 ± 4.40 gündür hastanede yatmaktadır.

Hasta yakınlarının çoğu kadın (%85.0) ve 35-64 yaş grubunda (%76.7), okur-yazar/ilkokul mezunu oldukları (%56.7) ve okuma yazma bilmedikleri (%15),

ev hanımı (%68.3) ve hasta yakını olarak hastanın çocuğu oldukları (%51.7) belirlenmiştir. Hasta yakınlarının çoğunlukla hastanın yanında 5 ve daha az gün süreyle (%60) ve hastanın yanında isteyerek (%95.0), hastanın gereksinimlerini karşılamak (%46.9), bakımı (%30.4) ve hastaya yardımcı olmak için (%7.5) kaldıkları saptanmıştır.

Hemşireler ideal hemşirelik bakımını hastanın fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bakımını yapmak (%30) ve gereksinimlerini karşılamak (%30), tedavisini yapmak (%10), ailesi ile birlikte bakım vermek (%10), sağlığı korumak ve yükseltmek (%10) olarak tanımladıkları; ancak tanımladıkları bu ideal hemşirelik bakımını hemşirelerin %61.5'i uygulamadıklarını bildirmişlerdir. Hasta yakınlarının ideal hemşirelik bakımını güler yüzlü olma (%20.3), ilgili olma (%14), zamanında müdahale etme (%10), bilgi verme ve sorulara yanıt verme (%7.8) olarak tanımladıkları ve %65'i tanımladıkları bu bakımının uygulandığını ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin tanımladıkları ideal hemşirelik bakımını uygulamama nedeni olarak hemşire yetersizliği (%45.4) ve görev dışı işler nedeniyle zaman bulunamamasını (%27.3) göstermelerine karşın; hasta yakınları hemşirelerin kişiliği (%20.7), hemşirelerin denetlenmedikleri (%17.3) ve yoğun çalıştıkları (%17.3) için ideal hemşirelik bakımını uygulamadıklarını bildirmişlerdir.

Hemşirelerin %60'ı tanımladıkları ideal hemşirelik/hasta bakımını uygulama nedenine ilişkin herhangi bir yanıt vermemesine karşın, hemşirelerin %20'si ise “maaşımı hak etmek” ve “hemşire olarak uygulamam gerektiği” şeklinde ifade etmişlerdir. Hemşireler “her zaman” ve “çoğunlukla” ideal hemşirelik/ hasta bakımını uyguladıklarını (%40); hasta yakınları ise “her zaman” (%59) ve “çoğunlukla” (%28.2) ideal hemşirelik/hasta bakımının uygulandığını bildirmişlerdir. Hasta yakınlarının %78.4'ü tanımladıkları bakımın ortalamanın üstünde uygulandığını ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin tamamı tanımladıkları ideal hemşirelik/hasta bakımını; bunun için eğitim aldıkları (%23.) ve her bireyin hemşirelik bakımı almaya hakkının

olduğuna inandıkları (%15.4) için uygulamayı istemektedirler. Diğer taraftan hemşirelerin %46.2'si ideal hemşirelik/hasta bakımını uygulamayı istemelerine karşın nedenine ilişkin herhangi bir görüş bildirmemiştir.

Hemşirelerin on puan üzerinden 5.3 ± 2.5 puan (1-9 puan) düzeyinde bakım uyguladıkları ve yaklaşık yarısının ortalamanın üzerinde bakım uyguladıkları (%53.8) saptanmıştır. Hemşirelerin %69.2'si servislerinde uygulanan hemşirelik bakımını yeterli bulmazken, hasta yakınlarının %73.3'ü hemşirelik bakımını yeterli bulmuştur. Hasta yakınları hemşirelik bakımının uygulanmamasını hemşirelerin denetlenmedikleri (%33.3), hemşirelerin kişiliklerinden (%16.6') dolayı olduğunu düşünmektedirler.

Hemşirelerin %66.7'si uygulanan hemşirelik bakımının iyileştirilebileceği görüşündedirler. Servislerindeki hemşirelik bakımının; hemşirelerin üzerinden görevi olmayan işlerin alınarak (%37.5) ve yeterli eleman sağlanarak (%37.5) ve nöbet saatlerinin düzenlenmesiyle (%12.5) iyileştirilebileceğini; diğer taraftan personel yetersizliği (%66.7), hastanelerin buna uygun olmaması (%33.3) nedeniyle servislerindeki hemşirelik bakımının iyileştirilemeyeceğini düşünmektedirler. Hemşirelik bakımın iyileştirilmesi için eğitim programlarının düzenlenmesi (%26.7) ve bakım protokollerinin oluşturulmasında (%13.3) katkısı olabileceğini ifade etmektedirler.

Hemşirelerin tamamına yakını (%92.3) hastanın yanında refakatçi olmasını istemektedir. Hemşirelerin %69.2'si hasta bakımında refakatçilerden ya da hasta yakınlarından yardım aldıklarını, %30.8'i ise kısmen yardım aldıklarını bildirmişlerdir. Hemşireler hasta yakınlarından beklentilerini, bakıma katkı (%25) ve hastaların gereksinimlerini karşılama (%25), servis kurallarına uyma ve hemşirelik bakımlarına müdahale etmeme (%12.5) olarak sıralamışlardır.

Hemşirelerin hasta yakınlarının hemşirelerin beklentilerini karşılama düzeyleri on puan üzerinden ortalama 4.2 ± 1.5 puan olarak hesaplanmıştır. Hemşireler hasta yakınlarından beklentilerinin 5 puan ve altında karşılandığını (%84.6) bildirmiştir.

Hemşirelerin tamamı (%100) hasta yakınlarına yapmaları gerekenleri anlattıklarını hasta yakınlarına servis hakkında bilgi verdiklerini (%76.9), hastanın durumu ve uygulanacak işlemler hakkında bilgi verdiklerini (%84.6) bildirmelerine karşın; hasta yakınları hastanın durumu ve uygulanacak işlemlerle ilgili hemşirelerin bilgi vermediklerini (%61.7) vurgulamışlardır. Hemşireler hasta yakınlarına en fazla (%20) hastanın pozisyonunu değiştirme ve hastanın durumundaki değişiklikleri haber verme (%16.6) yönünde bilgi verdiklerini belirtmişlerdir. Hemşireler taburculuk eğitimi verdiklerini (%46.2), taburculuk eğitimi olarak hasta yakınlarına hastanın ilaçlarını nasıl kullanacağını (%37.5) ve yatağa bağımlı hasta bakımının ne olduğunu (%31.2) anlattıklarını ifade etmişlerdir.

Hasta yakınlarına göre hastaya kendilerinin pozisyon verdiği (%78.8), hemşirelere göre ise %53.3 oranında hemşirelerin, %46.7 oranında hasta yakınlarının pozisyon verdiği belirlenmiştir.

Hasta yakınlarının %83'ü hastaları hemşirelerin aspire etmesi gerektiğini düşünürken hemşirelerin %71.5'i böyle düşünmekte ve hemşirelerin tamamı hastaları kendilerinin aspire ettiğini bildirmiştir.

Hasta yakınları ve hemşireler hastaları nazogastrik ile hemşirelerin beslemeleri gerektiğini düşünmektedirler. Hemşireler %53.8 kendilerinin, %46.2 hasta yakınlarının hastayı nazogastrik ile beslediklerini bildirmişlerdir.

Hemşirelerin tamamı sıvı takibini kendilerinin yapması gerektiğini bildirmesine rağmen hasta yakınlarına göre %54.2 oranında yapmaktadırlar ve %44.5 hasta yakınları yapmaktadır. Hemşirelerin %92.3'ü kendilerinin takip ettiğini bildirmişlerdir.

Hasta yakınlarına göre hastanın ilaçlarını kendilerinin verdiği (%62.2), hemşirelere göre ise (%81.3) hemşirelerin verdiği saptanmıştır. Hasta yakınları da hemşireler de hastalara ilaçları hemşirelerin vermesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Hemşireler ve hasta yakınları katater bakımının hemşireler tarafından yapılması gerektiği bildirmişlerdir. Hemşireler %71.4 kendilerinin yaptığını, hasta yakınları %41.7 kendilerinin yaptığını, %40 yapılmadığını bildirmektedirler.

Hemşirelerin tamamı aldığı-çıkarıldığı takibini kendilerinin yaptığını bildirmişlerdir. Hasta yakınlarına göre ise sadece %36.5 oranında yapmaktadırlar ve %32.9 hastalara aldığı-çıkarıldığı takibi yapılmamaktadır.

Hasta yakınları hastanın şuurunu kendilerinin (%43.8) hemşirelerden daha çok (%19.7) takip ettiklerini bildirmişlerdir. Hemşireler kendilerinin takip etmesi gerektiğini hasta yakınları ise doktorun takip etmesi gerektiğini düşünmektedir.

Hemşirelerin tamamı hastaların vücut ısısının kontrolünü kendilerinin yaptığını bildirirken, hasta yakınları %28.1 kendilerinin yaptığını bildirmişlerdir.

Vücut temizliğinin hemşirelere göre %58.9 ve hasta yakınlarına göre %88.7 hasta yakınları tarafından yapıldığı, ağız bakımının hemşirelere göre %50, hasta yakınlarına göre %53.9 hasta yakınları tarafından yapıldığı, perine bakımının hemşirelere göre %50, hasta yakınlarına göre %79.4 hasta yakınları tarafından yapıldığı, hastanın giysilerinin hemşirelere göre %57.8, hasta yakınlarına göre %93.7 hasta yakınları tarafından yapıldığı saptanmıştır.

Hastanın vücut temizliğini, hasta yakınlarına göre %63.7, hemşirelere göre %37.5 hasta yakınlarının yapması gerektiği, ağız bakımını hemşirelerin %76.9'u yapması gerektiğini bilirken, hasta yakınlarının %42.6'sı hemşirenin yapması gerektiğini düşünmektedir. Hasta yakınları %34.9 ağız bakımı yapılmadığını bildirmiştir. Perine bakımını hemşireler %78.5 kendilerinin yapması gerektiğini, hasta yakınları %77.7 kendilerinin yapması gerektiğini bildirmiştir. Hastanın

giysilerini kimin değiştirmesi gerektiğine yönelik hemşireler %61.1 hasta yakınlarının, hasta yakınları da %80 hasta yakınlarının değiştirmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Hastaya aktif-pasif egzersizlerin hemşirelere göre %75 ve hasta yakınlarına göre %67.7 hasta yakınları tarafından yaptırıldığı saptanmıştır. Masaj uygulamalarının hemşirelere göre %62.5, hasta yakınlarına göre 63.4 hasta yakınları tarafından yapıldığı saptanmıştır. Masaj uygulamalarının hemşirelere göre %40, hasta yakınlarına göre %46.4 hasta yakını tarafından yaptırılması gerektiği, egzersiz uygulamalarının hemşirelere göre %40 hasta yakınlarına göre %46.9 hasta yakını tarafından yaptırılması gerektiği bildirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Nöroloji gibi kliniğe özel bakım protokollerinin oluşturulması,
- Hemşirelerin hasta bakımına gereken zamanı ayırabilmesi için gerekli personel sayısının belirlenmesi, hemşire sayısının hastanın bakım gereksinimlerine göre belirlenmesi,
- Çalışma saatlerinin daha verimli şekilde düzenlenmesi,
- Hemşirenin hemşirelik dışı faaliyetleri azaltmak üzere görev tanımlarının netleştirilmesi ve hemşirelik yönetimi tarafından desteklenmesi,
- Hasta bakımına yönelik hizmetiçi eğitim, denetim, rehberlik hizmetlerine önem verilmesi ve gerçekleştirilmesi,
- Hasta bakımı konularında hemşirelerin hizmetiçi eğitimlerle yeterli düzeye getirilmesi ve desteklenmesi,
- Hasta yakınlarının yaptıkları uygulamaların hastaya yarar ve zararlarını inceleyen ileri araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abaan S. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Denetim Odakları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2003.
2. Yurt S, Olgun N. Bir devlet hastanesindeki hastaların hemşirelik hizmetlerinden aldıkları doyumun belirlenmesi. 1. Uluslararası 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Antalya, 2000: 531-535.
3. Krainovich Miller B, Sedhom LN, Bidwell Cerone S, Campbell Heider N. A review of nursing research on the use of unlicensed assistive personel. Journal of the New York State Nurses Association (Electronic Journal), 1997; 28(3): 8-15.

Erişim:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list>
4. Doğan Ş. Bilinçsizlik ve Diğer Nedenlerle Yatağa Bağımlı Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1995.
5. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hemşirelik Süreci ve Dökümantasyon. Ed. Leman Birol, 1. Baskı, Ankara: 1998.
6. Bolsoy N, Taşpınar A, Tosun A, Atlan Ö. Manisa ilinde kamuya ait hastanelerde çalışan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini algılama durumları ve etkileyen faktörler. 1. Uluslararası 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Antalya, 2000: 150-151.
7. Khorshid L. Hemşirelik yüksek okulu son sınıf öğrencilerinin temel hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması. Türk Hemşireliğinde Yüksek Öğrenimin 40. Yılı Simpozyumu. İzmir, 1995: 193-196.
8. Erdem Y. Yüksekokul ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin, hemşirelik rollerini yapma durumları. Türk Hemşireliğinde Yüksek Öğrenimin 40. Yılı Simpozyumu. İzmir, 1995: 135-146.
9. Hickey JV, Minton MS. Neuroscience Nursing Practice In a New Millennium. Nursing Clinics Of North America, 1999; 34 (3): 541-547.
10. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset, 1999.
11. Karadağ S. Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2003.

12. Adamczyk K, Lorencowicz R, Flis D, Zajko A, Niezbecka J. Evaluation of Nursing Care Standart in a Neurological Ward. Ann Univ Mariae Curie Sklodowska (Electronic Journal), 2001; 56: 333-8.
Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query>.
13. Gürol M.E. İnme Ünitesinde İzlenen Hastalarda Prognozun Nöroloji Servisinde İzlenen İnmeli Hastalarla Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2002.
14. Kumral E. Serebrovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dergisi, 2004; 2 (1): 15-21.
15. Özbabalık D. Strok Ünit Kavramı ve Gerekliliğı. Türkiye Klinikleri Dergisi, 2004; 2 (1): 94-96.
16. Fadıloğlu Ç. İnmeden Korunma. 3. Ege Dahili Tıp Günleri İç Hastalıklar Hemşireliğı Kongre Kitabı. İzmir, 2004: 195-222.
17. Akgün S. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları. Türkiye, 2000.
18. Smagt-Duijnste M, Hamers J, Abu-Saad H, Zuidhof A. Relatives of Hospitalized Stroke Patients: Their needs for information, counselling and accessibility. Journal of Advanced Nursing, 2001; 33(3): 307-315.
19. Hartshorn JC. Aspects of the historical development of neuroscience nursing. Journal of Neuroscience Nursing, 1986; 18 (1): 45-48.
20. Öz F, Erdem Y. Yüksekokul mezunu hemşirelerin klinik çalışmalarında karşılaştıkları güçlükler. Türk Hemşireliğinde Yüksek Öğrenimin 40. Yılı Simpozyumu. İzmir, 1995: 271-279.
21. Öncel Kayacık Ş. Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1998.
22. Özkaya G. Bilinçsiz Hasta Yakınlarının Bakım İle İlgili Konularda Hemşirelerden Beklentilerinin ve Hemşirelerin Bu Konudaki Düşüncelerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 1991.
23. Elibol N. Hasta Refakatçilerinin Hastanede Yaptıkları Uygulamalar ve Hastane Ortamından Etkilenme Durumları. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 1996.
24. Özcan A, Karataş B, Nural N, Yazıcı S. Refakatçi olarak kalan hasta yakınlarının, hemşire-hasta ve refakatçiler tarafından nasıl algılandığının incelenmesi. 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Sivas, 1992: 593-597.

25. Anthony MK, Standing T, Hertz JE. Factors influencing outcomes after delegation to unlicensed assistive personel. Journal of Nursing Administration (Electronic Journal), 2000; 30(10): 474-81.
- Erişim: <http://www.medscape.com/medline/abstract/11045106>
26. Ören S. Hemşirelerin Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Sorunlar ve Mesleki Risklerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1994.
27. Özkan Ö, Ülker S, Kocaman G. 12 Mayıs Dünya Hemşireler Günü Özel Baskı. 3. Baskı, Ankara: Odak ofset, 2004: 151-181.
28. Inceoğlu Bektaş G. Sağlık İnsangücü Planlaması ve Hastanelerde Hastanın Bakım Gereksinimlerine Göre Hemşire İnsangücü İhtiyacının Saptanmasına Yönelik Bir Araştırma. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1998.
29. Nurses Concerned Over Working Conditions. Decline in Quality of Care
- Erişim: www.nursingworld.org/presse/2001/pro206.htm. Erişim tarihi: 26.04.2006.
30. Analysis Of Amercan Nurses Association Staffing Survey,2001
- Erişim: http://nursingworld.org/stafing/ana_pdf.pdf. Erişim Tarihi: 29.04.2006
31. Sochalski J. Is more beter? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. Medical Care, 2004; 42 (2): 67-73.
32. Ayey A. Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Yerine Getirip Getirememe Durumları ve Nedenlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1998.
33. Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1998; 2(1): 59-63.
34. Koca H. Hekimlerin ve Hastaların Sağlık Eğitiminde Hemşirelerden Beklentileri. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2005.
35. Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı, İzmir: 2000.
36. Birol L. Hemşirelik Süreci. 3. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık , 1997.
37. Fadiloğlu Ç, Işık A, Özbayır T, Altuğ Özsoy S, Saruhan A, Sarıkaya A. Hastaların hemşireleri değerlendirmesi. 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, 1990: 559-671.

38. Velioğlu P. Hastane Sistemi ve Hemşirelik. Hemşirelik Bülteni, 1990; 4 (15): 13-25.
39. Velioğlu P. Hemşirelik Bakımında Sorunlar Nitel mi? Nicel mi?. Hemşirelik Bülteni, 1986; 7 (2): 28-30.
40. Ulusoy F, Görgülü S. Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. 3. Baskı, Cilt 1, Ankara: 1997.
41. Tekmen E. Hemşirelik Faaliyetlerinin Hasta Beklentilerine Uygunluğunun Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1989.
42. Velioğlu P. Hemşire, hekim ve öğrencilerinin “bakım ve tedavi”ye karşı tutumlarının incelenmesi. Hemşirelik Bülteni, 1990; 4(16): 1-11.
43. Özmen D. Dokuz Eylül tıp fakültesi hastanesi’nde yatan hastaların beklentilerinin saptanması. 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir, 1990: 532-538.
44. Korkmaz F. Hemşirelerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2002.
45. Duman T. Serebrovasküler Hastalıklar. Ed. Kadayıfçı A, Karaaslan Y, Köroğlu E. Acil Durumlarda Tanı ve Tedavi.2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999: 369.
46. Demir Ü. Hemiplejili hastaların bakım konusundaki beklentileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1992; 8 (2): 45-49.
47. Polaskı A.L, Tatro SE. Luckmann’s Core Principles and Practice of Medical-Surgical Nursing, 4. Ed., Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1996.
48. Martin JB, Hauser SL. Serebrovasküler Hastalık. Ed. Dursun AD. İç Hastalıkları Prensipleri El Kitabı. 14.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 1006-1013.
49. Akyol Durmaz A. İnme hastada tedavi ve bakım. 3.Ege Dahili Tıp Günleri İç Hastalıkları Hemşireliği Kongre Kitabı. İzmir, 2004: 223-247.
50. Aştı T, Kaya N. Akut strok’lu hastanın rehabilitasyonu ve bakımında hemşirenin rolü. Hemşirelik Forumu, 2002; 5 (5): 22-26.
51. Aksayan S, Atalay M, Buldukoğlu K, Kocaman G, Oktay S, Pektekin Ç, Ülker S, “Türkiye’de Hemşirelik: Temel Mesleki Eğitim ile İnsangücü’ne İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerileri” YÖK Komisyon Raporu . Ankara, 2001.

52. International Council of Nurses. ICN Workforce Forum. Oslo Norway. 29-30 September 2003.
Erişim: <http://www.icn.ch/forum2003report.pdf>. Erişim tarihi: 29.04.2006
53. Armstrong F. Can you hear us? There's a nursing shortage. Australian Nursing Journal (Electronic Journal), 2004; 12 (2): 21-5
Erişim: <http://goliath.ecnext.com/comsite5/bin/pdinventory>.
54. Rogers AE, Hwang W, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs (Electronic Journal), 2004; 23 (4): 202-212.
Erişim: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/23/4/202>
55. Buerhaus PI, Staiger DO, Auerbach DI. Policy responses to an aging registered nurse workforce. Nursing Economics (Electronic Journal), 2000; 18(6): 278-303.
Erişim: <http://www.rwjf.org/research/researchdetail.jsp?id=1254&ia=142>
56. Health care and nursing workforce issues in the United States. nursing trends and issues, 1999; 4 (1): 1-9
Erişim: [www. Nurseweek.com/news](http://www.nurseweek.com/news). Erişim tarihi: 23.05.2001
57. ICN Nurses and overtime.
Erişim: [www. icn.ch/matters_overtime.htm](http://www.icn.ch/matters_overtime.htm). Erişim tarihi:29.04.2006
58. Analysis of American Nurses Association Health&Safety Survey,2001
Erişim: <http://nursingworld.org/surveys/hssurvey.pdf> . Erişim tarihi: 29.04.2006
59. Güler S. Hemşirelerin Mesleki Yaşamlarında Karşılaştıkları Hukuki Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1997.
60. Sağlık Emekçileri Sendikası. Hemşirelerin Kutlama Yapacak Hali Yok!
Erişim: [www. Ses.org.tr/basinaciklamalari/30.htm](http://www.Ses.org.tr/basinaciklamalari/30.htm). Erişim Tarihi:30.04.2006
61. Hibbard JM, Kylie ME. Measuring nurses' workload. Nursing Now Issues and Trends Canadian Nursing (Electronic Journal),2003; 15: 1-4.
Eriřim:<http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Nurses>
62. Sağlık Çalışanlarının sağlığı ve sosyalleştirme
Erişim: www.ato.org.tr. Erişim Tarihi: 29.04.2006

63. Report: Overworked nurses “threat to patient safety”. Healthcare Purchasing News, 2003; 27 (12): 10.

Erişim: <http://www.highbeam.com/library/docFree.asp?DOCID>. Erişim tarihi: 29.04.2006

64. Cheal E. Health and Safety Outcomes Related to Work Schedules in Nurses New. Federal Register (Electronic Journal), 2002; 67(125): 43603-43604.

Erişim: <http://www.cdc.gov/niosh/02-16302.html>

65. Gold DR, Rogacz S, Bock N, Tosteson TD, Baum TM, Speizer FE, Czeisler CA. Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. American Journal of Public Health (Electronic Journal), 1992; 82(7): 1011-1014

Erişim: <http://www.ajph.org/cgi/content/abstract/82/7/1011>

66. Tibby SM, Correa J, Durward A, Ferguson L, Murdoch IA. Adverse events in a paediatric intensive care unit: relationship to workload, skill mix and staff supervision. Intensive Care Med (Electronic Journal), 2004; 30: 1160-1166.

Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=search&DB=pubmed>

67. Osborne J, Blais K, Hayes JS. Nurses’ Perceptions When Is It a Medication Error?. JONA, 1999; 29(4): 33-38.

68. Nurses and shift work

Erişim: www.icn/psshiftwork.htm. Erişim tarihi: 29.04.2006

69. Kostul N. Vardiya ve Gece Çalışmasının Hemşireler Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1996.

70. Seago JA, Spetz J, Coffman J, Rosenoff E, O’Neil E. Minimum staffing ratios: The California workforce initiative survey. Nursing Economics (Electronic Journal), 2003; 21 (2): 65-7

Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=pubmed>

71. Overtime pay changes could worsen nursing shortage: 6 million workers to lose eligibility.

Erişim: <http://www.apha.org/journal/nation/overtimecover1004.htm>. Erişim tarihi: 29.04.2006

72. International Council of Nurses. ICN Workforce Forum. Ottawa, Canada. 2001.

Erişim: <http://www.icn.ch/forum2001overview.pdf>. Erişim tarihi: 29.04.2006

73. Mee CL, Robinson E. What's different about this nursing shortage?. Nursing (Electronic Journal), 2003; 33 (1): 51-55

Erişim: www.nursingcenter.com

74. Ünver V. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hasta Ailelerinin Gereksinimlerinin Saptanması ve Ailenin Bakıma Katılım Düzeyinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1998.

75. Mete S. Ortopedi Servisinde Yatan Hastaların Kendi Bakımlarına Katılım Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1998.

76. Cebeci F. Hemşirelerin Hasta Bireyin Kliniğe Kabulüne İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1996.

77. Akbal Y. Akut Miyokard İnfarktüsü Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin, Bu Hastaların Bakım Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1985.

78. Orhan Z, Okuyucu H. Kahramanmaraş Devlet Hastanesindeki hasta refakatçilerinin katater(sonda) ve bakımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının araştırılması. Hemşirelik Forumu, 1999; 2 (6): 311-319.

EK.I

**NÖROLOJİ SERVİSİNDE YATAN İNMELİ HASTALARA
VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMI VE HASTA YAKINLARININ
BAKIMA KATILIMLARININ İNCELENMESİNE YÖNELİK
SORU FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, nöroloji servisinde yatan hastalara verilen hemşirelik bakımı ve hasta yakınlarının bakıma katılımlarını incelenmesi amacı ile planlanmıştır. Araştırma sadece araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Sibel GÜLEN
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

HASTANE ADI:

SIRA NO:

1. HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ ve ÇALIŞMA KOŞULLARI

1. Çalıştığınız kurum

- Dr. Tandoğan Tokgöz Düzce Devlet Hastanesi
- Abant İzzet Baysal Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi

2. Doğum tarihiniz:/...../19.....

3. Mesleğiniz ile ilgili en son mezun olduğunuz okul ve yılı.....

4. Şu anda herhangi bir okulda okuyor musunuz? (lisans yada mezuniyet sonrası)

- Hayır
- Evet (ise okulunuz.....)

5. Kaç yıldır hemşire olarak görev yapıyorsunuz?.....

6. Ne kadar süredir bu hastanede çalışıyorsunuz?.....
7. Ne kadar süredir Nöroloji servisin de çalışıyorsunuz?.....
8. Daha önce hangi servislerde çalıştınız?.....
9. Bu servis de çalışmayı kendi isteğinizle mi seçtiniz?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
10. Yanıtınız evet ise neden?.....
11. Yanıtınız hayır ise neden?.....
12. Nöroloji hemşireliği üzerine herhangi bir eğitime katıldınız mı?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
13. Bir günlük mesaide bakımından sorumlu olduğunuz ortalama kaç hastanız oluyor?.....
14. Nöbetlerinizde bakımından sorumlu olduğunuz ortalama kaç hastanız oluyor?.....
15. En son nöbetinizde kaç hastanın bakımından sorumluydunuz?.....
16. Nöbetlerinizde ara vermeksizin en fazla kaç saat çalışıyorsunuz?.....
17. Nöbetleriniz kaç saat devam ediyor?.....
18. Ortalama kaç gün arayla gece çalışıyorsunuz?.....
19. Mesaide çalışma sürenizin ne kadarını hasta bakım etkinliklerine harcıyorsunuz?
.....
20. Nöbette çalışma sürenizin ne kadarını hasta bakım etkinliklerine harcıyorsunuz
.....
21. Hemşirelik bakımı yapıp yapmadığınız denetleniyor mu?
- ☐ Hayır
 - ☐ Evet (kim tarafından, ne kadar sıklıkta.....)

2. HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK BAKIMINA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE DAVRANIŞLARI

1. Sizce ideal hemşirelik / hasta bakımı nedir?.....
.....
2. Yukarıda tanımladığınız ideal hemşirelik /hasta bakımını uyguluyor musunuz?
 - Evet (neden?.....
.....)
 - Hayır (neden ?
.....)
3. Cevabınız evet ise ideal hemşirelik /hasta bakımını uygulama sıklığınız nedir?
 - Her zaman
 - Çoğunlukla
 - Bazen
 - Ara sıra
 - Hiç
4. Yukarıda tanımladığınız ideal hemşirelik/hasta bakımını uygulamak istiyor musunuz?
 - Evet (neden?.....
.....)
 - Hayır (neden?
.....)
5. Sizin uyguladığınız bakım düzeyini 10 cm.lik cetvel üzerinde işaretleyiniz.
1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
6. Servisinizde yeterli hemşirelik bakımı uygulanıyor mu?
 - Hayır
 - Evet
7. Cevabınız hayır ise servisinizdeki hemşirelik bakım düzeyi iyileştirilebilir mi?
 - Evet (nasıl ?)
 - Hayır (neden ?)
8. Hemşirelik bakımının iyileştirme sürecinde sizin katkınız ne olabilir?.....
.....

3. HEMŞİRELERİN HASTA YAKINLARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

1. Nöroloji hastalarının yanında hasta yakınları/ refakatçileri olmalı mıdır ?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

2. Hastanın bakımı konusunda hasta yakınlarından yardım alıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

3. Hasta yakını/ Refakatçilerden beklentileriniz nelerdir ?

.....

4.. Refakatçiler beklentilerinizi hangi düzeyde karşılıyorlar ?

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

5. Hasta yakını/ Refakatçilere ne yapmaları gerektiğini anlatıyor musunuz?

.....

6. Cevabınız evet ise ne anlatıyorsunuz ?

.....

7. Hastanın durumu ve uygulanacak işlemler hakkında hasta yakını/ refakatçilere bilgi veriyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

8. Hasta yakını/ refakatçilere servis hakkında bilgi veriyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

9. Taburculuk eğitimi veriyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

10. Cevabınız evet ise ne anlatıyorsunuz?

.....

.....

4. HEMŞİRELERİN HEMŞİRELİK BAKIM UYGULAMALARINI KİMLERİN YAPTIĞI VE KİMLERİN YAPMASI GEREKTİĞİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

1. Aşağıdaki işlemlerden hasta yakınlarının ve sizin yaptıklarınızı işaretleyiniz (✓).

İŞLEMLER	Hemşire	Hasta Yakını	Yapılmıyor	Diğer
Pozisyon verme				
Aspire etme				
Oksijen verme				
Buhar verme				
NG İle besleme				
Dekübütüs bakımı				
IV sıvı izlem takibi				
İlaçların verilmesi				
Foley kateter bakımı				
Aldığı –çıkardığı takibi				
Şuur takibi				
Vücut ısısının kontrolü				
Vücut temizliği				
Masaj yapma				
Aktif-pasif egzersizler				
Ağız bakımı				
Sürgü-ördek verme				
Sürgü-ördek boşaltımı				
Perine bakımı				
NG bakımı				
Yürümeye refakat				
Lavman				
Yemek yedirme				
Yataktakımlarını değiştirme				
Giysilerini değiştirme				
NOT:				

2. Aşağıdaki işlemleri size göre kimin yapması gerektiğini işaretleyiniz (✓).

İŞLEMLER	Hemşire	Hasta Yakını	Yapılmıyor	Diğer
Pozisyon verme				
Aspire etme				
Oksijen verme				
Buhar verme				
NG İle besleme				
Dekübütüs bakımı				
IV sıvı izlem takibi				
İlaçların verilmesi				
Foley kateter bakımı				
Aldığı –çıkarıldığı takibi				
Şuur takibi				
Vücut ısısının kontrolü				
Vücut temizliği				
Masaj yapma				
Aktif-pasif egzersizler				
Ağız bakımı				
Sürgü-ördek verme				
Sürgü-ördek boşaltımı				
Perine bakımı				
NG bakımı				
Yürümeye refakat				
Lavman				
Yemek yedirme				
Yataktakımlarını değiştirme				
Giysilerini değiştirme				
NOT:				

EK II

NÖROLOJİ SERVİSİNDE YATAN İNMELİ HASTALARA VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMI VE HASTA YAKINLARININ BAKIMA KATILIMLARININ İNCELENMESİNE YÖNELİK SORU FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, nöroloji servisinde yatan hastalara verilen hemşirelik bakımı ve hasta yakınlarının bakıma katılımlarını incelenmesi amacı ile planlanmıştır. Araştırma sadece araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Sibel GÜLEN
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

HASTANE ADI:

SIRA NO:

1. HASTA YAKINI TANITICI ÖZELLİKLERİ

1. Doğum tarihiniz: / /

2. Cinsiyetiniz

- ☐ Bayan
- ☐ Erkek

3. Eğitim durumunuz

- ☐ Okur yazar değil
- ☐ Okur yazar
- ☐ İlk okul
- ☐ Orta okul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite

4. Mesleğiniz?.....
5. Hastanız kaç gündür hastanede yatıyor?.....
6. Hastanın cinsiyeti
- ☐ Kadın
 - ☐ Erkek
7. Hastanın yatağa bağımlılık durumu nedir?.....
8. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?.....
9. Kaç gündür hastanın yanında kalıyorsunuz?.....
10. Hastanın yanında kalmayı kendiniz mi istediniz?
- ☐ Evet
 - ☐ Hayır
11. Daha önce hastanede bulundunuz mu?
- ☐ Hayır
 - ☐ Evet
12. Cevabınız evet ise hangi nedenle bulundunuz?
- ☐ Hasta olarak
 - ☐ Refakatçi olarak
13. Hastanın yanında neden kalıyorsunuz?.....
14. Hasta yakını/ refakatçisi olarak hastanede bulunmaktan memnun musunuz?
- ☐ Evet
 - ☐ Kısmen
15. Hastanın durumu ve uygulanacak işlemler hakkında size bilgi veriliyor mu?
- ☐ Hayır
 - ☐ Evet
 - ☐ Kısmen

2. HASTA YAKINININ HASTA BAKIMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

1. Sizce ideal hemşirelik / hasta bakımı nedir?

.....

2. Yukarıda tanımladığınız ideal hemşirelik /hasta bakımını uyguluyor mu?

- ☐ Evet (neden?)
- ☐ Hayır (neden ?)

3. Cevabınız evet ise ideal hemşirelik /hasta bakımını uygulanma sıklığı nedir?

- ☐ Her zaman
- ☐ Çoğunlukla
- ☐ Bazen
- ☐ Ara sıra
- ☐ Hiç

4. Yukarıda tanımladığınız ideal hemşirelik / hasta bakımına göre uygulanan bakım düzeyini 10 cm.lik cetvel üzerinde işaretleyiniz.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

5. Sizce serviste yeterli hemşirelik bakımı uygulanıyor mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

6. Cevabınız hayır ise sizce neden uygulanmıyor?

.....

3. HASTA YAKINININ HEMŞİRELİK BAKIM UYGULAMALARINI KİMLERİN YAPTIĞI VE KİMLERİN YAPMASI GEREKTİĞİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

1. Aşağıdaki işlemlerden hemşirelerin ve sizin yaptıklarınızı işaretleyiniz (✓).

İŞLEMLER	Hemşire	Hasta Yakını	Yapılmıyor	Gerek Yok	Diğer
Pozisyon verme					
Aspire etme					
Oksijen verme					
Buhar verme					
Nazogastrik ile besleme					
Dekübütüs bakımı					
IV sıvı izlem takibi					
İlaçların verilmesi					
Kateter bakımı					
Aldığı –çıkardığı takibi					
Şuur takibi					
Vücut ısısının kontrolü					
Vücut temizliği					
Masaj yapma					
Aktif-pasif egzersizler					
Ağız bakımı					
Sürgü-ördek verme					
Sürgü-ördek boşaltımı					
Perine bakımı					
Nazogastrik bakımı					
Yürümeye refakat					
Lavman					
Yemek yedirme					
Yataktakımlarını değiştirme					
Giysilerini değiştirme					
NOT:					

2. Aşağıdaki işlemleri size göre kimin yapması gerektiğini işaretleyiniz (✓).

İŞLEMLER	Hemşire	Hasta Yakını	Yapılmıyor	Diğer
Pozisyon verme				
Aspire etme				
Oksijen verme				
Buhar verme				
Nazogastrik ile besleme				
Dekübütüs bakımı				
IV sıvı izlem takibi				
İlaçların verilmesi				
Kateter bakımı				
Aldığı –çıkardığı takibi				
Şuur takibi				
Vücut ısısının kontrolü				
Vücut temizliği				
Masaj yapma				
Aktif-pasif egzersizler				
Ağız bakımı				
Sürgü-ördek verme				
Sürgü-ördek boşaltımı				
Perine bakımı				
Nazogastrik bakımı				
Yürümeye refakat				
Lavman				
Yemek yedirme				
Yataktakımlarını değiştirme				
Giysilerini değiştirme				
NOT:				

