

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ORAL İLAÇ UYGULAMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Kerime DEMİRBAŞ

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2005

**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı**

**PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN ORAL İLAÇ UYGULAMALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Kerime DEMİRBAŞ

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU**

**Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim
Birimi Tarafından Desteklenmiştir (Proje No:2004.02.0122.008)**

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir.”

Antalya, 2005

ÖZET

Araştırma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin oral ilaç uygulamalarını değerlendirmek amacıyla, tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırma üniversite hastanelerinin psikiyatri kliniklerinde ve Sağlık Bakanlığına bağlı ruh sağlığı hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Araştırmaya Türkiye’de psikiyatri kliniği bulunan üniversite hastanelerinde çalışan 149, Sağlık Bakanlığına bağlı ruh sağlığı hastanelerinde çalışan 322 hemşire katılmıştır. Araştırmada araştırmacı tarafından geliştirilen hemşireleri tanıtıcı sorular ve psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin oral ilaç uygulamalarını değerlendirmeye yönelik soruları içeren anket formu hemşirelerle yüz yüze görüşme şeklinde uygulanmıştır (Ek-1).

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-11 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi ve ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen verilere göre, üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin, ruh sağlığı hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelere göre, ilacın etkinliğini değerlendirme, hastanın tedaviye uyumunu sağlama, hastayı tedaviye yönlendirme ve hastaya ilaçlar ile ilgili eğitim verme konularında kendilerini daha yeterli gördükleri saptanmıştır. Üniversite hastanesinde çalışan hemşireler, hastanın ilaç kullanma davranışı, ilaç tedavisine direnci, anlama ve koordinasyon düzeyi, ilaç tedavisine ilişkin duygu düşünceleri ve bakım verenin tedaviye ilişkin yaklaşımlarına yönelik daha fazla veri toplamaktadırlar. Ruh sağlığı hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelerin tamamına yakını ilaçları ilaç dolabında bulundurmaktadırlar. Üniversite hastanesinde çalışan hemşireler daha fazla ilaç kartı kullanmaktadırlar. Ruh sağlığı hastalıkları hastanesinde çalışan hemşireler ilacını başka yoldan isteyen ve ilacını saklayan hasta tepkileri ile daha fazla karşılaşmaktadırlar. İlacını almayan hasta ile karşılaşıldığında her iki kurumda çalışan hemşireler, öncelikle doktora haber vermektedirler. Üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ilacın etkinliğini değerlendirmek için ilacın etkisini gözleme, doktordan değerlendirme isteme ve yaşam bulgularını alma yöntemlerini, ruh sağlığı hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelere göre daha fazla kullanmaktadırlar. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin daha fazla hemşire gözlem formu kullandıkları saptanmıştır. Belirlenen bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin oral ilaç uygulamalarına yönelik, hemşirelere sürekli eğitimler, sertifikasyon, mezuniyet sonrası kurslar ve hizmet içi eğitimler sağlanması, kliniklerde tedavi odalarının ilaçların güvenli saklanabilmesi ve dağıtılabilmesi için yeniden düzenlenmesi, dağıtım malzemelerinin plastik olması şeklinde önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri hemşireliği, oral ilaç uygulaması, ilaç güvenliği, ilaç yönetimi.

ABSTRACT

This research has been planned as a descriptive one in order to evaluate the practice of the oral medication administrations of the nurses working in psychiatry clinics.

It was performed with nurses working both in the psychiatry clinics at university hospitals and in Ministry of Health mental health and diseases hospitals. 149 nurses working in university hospital which have psychiatry clinics and 322 nurses working in state mental health and diseases hospitals have joined this research. The questionnaire form has been developed by the researcher and each nurse was interviewed separately (Appendix-1).

SPSS-11 programme, Independent- Samples T-Test, Chi-Square test were used in evaluation of the data.

On the basis of the data obtained from the present investigation, it was that nurses working at university hospitals see themselves very sufficient about assessing medication efficiency, patient medication adherence, directing patient to treatment and medication education as compared with the nurses working at mental health and diseases hospitals. Nurses working at university hospitals collect lots of data about patient's medication using behaviour, medication treatment resistance, understanding and coordination level, feelings and thoughts about medication and caregivers approach. Most of nurses working at mental health hospitals keep medications in cupboards. Nurses working at university hospitals use medication cards excessively. Mental health and diseases hospital nurses meet more reactions of the patients who hide their medications or ask for in different ways than the nurses at university hospitals. Nurses of both hospitals directly inform doctors whenever they see patients who don't want to take their medications. Nurses working at university hospitals use the methods of observing medication efficiency, asking for doctor's evaluation and measuring vital signs more than the nurses working at mental health and diseases hospitals. It has been observed that nurses at university hospitals use more nurse observation forms. These results have also been considered statistically significant ($p < 0.05$).

In accordance with the results obtained, providing continuous education, certifications, post graduate courses, in-services trainings for nurses and reorganizing the treatment rooms of the clinics for safe storage and delivery of the medication and using plastic type delivery materials were recommended, regarding to oral medication administrations of the nurses working in psychiatry clinics.

Key Words: Psychiatric nursing, oral medication administration, medication safety, medication management.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőmesine katkılarından dolayı,

Değerli eleőtirileriyle yol gösteren ve araştırmanın her aşamasında destek olan danıőman hocam Sayın Doç. Dr. Kadriye BULDUKOğLU'na,

İstatistiksel değerlendirmede yardımcı olan Biyoistatistik Anabilim Dalı őęretim elemanları adına Sayın Prof. Dr. Osman SAKA'ya,

Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu őęretim elemanları ve çalışanlarına,

Her türlü destek ve yardımlarını esirgemeyen aileme ve Sayın Ahmet BADEMLİ'ye teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Amacı	3
GENEL BİLGİLER	4
2.1 Dünyada Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Gelişimi	4
2.2 Türkiye’de Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Gelişimi	5
2.3 Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Psikofarmakoloji Uygulamalarına Temel Oluşturan Bilgiler	7
2.4 İlaçların Hazırlanması ve Uygulanmasında Güvenliğin Sağlanması	14
2.5 Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği İlaç Uygulamalarında Sistemik Yaklaşım	16
2.5.1 Veri Toplama	16
2.5.2 Tanılama	20
2.5.3 Planlama	20
2.5.4 Uygulama	21
2.5.5 Değerlendirme	22
GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1 Araştırmanın Tipi	23
3.2 Araştırmanın Yeri	23
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	23
3.4 Verilerin Toplanması	23
3.5 Soru Formunun Hazırlanması	23
3.6 Soru Formunun Uygulanması	24
3.7 Verilerin Değerlendirilmesi	24
BULGULAR	25
TARTIŞMA	48
SONUÇLAR	64
ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR	71
ÖZGEÇMİŞ	77
EKLER	
Ek-1 Tanımlayıcı Anket Formu	
Ek-2 Hastanelere İlişkin Altyapı Özellikleri	
Ek-3 Ek Tablolar	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ÜH	: Üniversite Hastanesi
RSHH	: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
SML	: Sağlık Meslek Lisesi
IOM	: Institute of Medicine

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
2.1. Bağımlı Kişilik Yapısındaki Bireyin Tepkisi	18
2.2. Kızgınlık, Öfke ve Düşmanlık Duygularının Fiziksel Sağlığa Etkisi	19
2.3. Öfkeli Hastanın İlaça Karşı Tepkisi	19

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	25
4.2. Hastanelere Göre Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Bilgilerin Kaynağı	26
4.2.a. Hastanelere Göre Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Bilgi Alma Durumlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	Ek-3
4.3. Hemşirelere Göre İlaç Tedavisi Boyutlarının Önemlilik Sırası	27
4.4. Hastanelere Göre Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Kendilerini Yeterli Görme Durumları	28
4.4.a. Hastanelere Göre Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Kendilerini Yeterli Görme Durumlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	Ek-3
4.5. Hemşirelerin İlaç Tedavilerini Uygulamadan Önce Veri Toplama Durumu ve Topladıkları Verilerin Dağılımı	30
4.5.a. Hemşirelerin İlaç Tedavilerini Uygulamadan Önce Veri Toplama Durumu ve Topladıkları Verilerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	Ek-3
4.6. Hastanelere Göre İlaç Saklama Yerlerinin Dağılımı	31
4.7. Hastanelere Göre İlaç Dolabı ve Tedavi Odasının Güvenliği İçin Alınan Önlemler	32
4.8. Hastanelere Göre İlaç Dağıtımında Kullanılan Malzemeler ve Niteliği	33
4.9. Hastanelere Göre İlaç Uygulama İlkeleri ve Bu İlkelere İlişkin Özelliklerin Dağılımı	34
4.9.a. Hastanelere ve Eğitim Durumuna Göre İlaç Uygulama İlkeleri ve Bu İlkelere İlişkin Özelliklerin Dağılımı	Ek-3
4.10. Hastanelere Göre Doktor İstemlerinin Kontrolüne İlişkin Özelliklerin Dağılımı	36
4.10.a. Hastanelere ve Eğitim Durumuna Göre Doktor İstemlerinin Kontrolüne İlişkin Özelliklerin Dağılımı	Ek-3
4.11. Hastanelere Göre İlaç Kartı Kullanma Ve Karta İlişkin Düzenlemelerin Dağılımı	38
4.12. Hastanelere Göre İlaç Uygulamasında İzlenen İşlem Basamaklarının Dağılımı	39
4.12.a. Hastanelere Göre İlaç Uygulamalarında İzlenen İşlem Basamaklarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	Ek-3

4.13.	Hastanelere Göre İlaçların Dağıtım Yönteminin Dağılımı	40
4.13.a.	Hastanelere ve Eğitim Durumuna Göre İlaçların Dağıtım Sistemlerinin Dağılımı	Ek-3
4.14.	Hastanelere Göre Tedavi Sırasında Hastanın Kimliğini Kontrol Etme Yöntemlerinin Dağılımı	40
4.15.	Hastanelere Göre Tedavi Sırasında Hastanın İlacını İçtiğinden Emin Olma Yöntemlerinin Dağılımı	41
4.15.a.	Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Tedavi Sırasında Hastanın İlacı Aldığından Emin Olma Yolları	Ek-3
4.16.	Tedavi Sırasında Karşılaşılan Hasta Tepkilerinin Hastanelere Göre Dağılımı	42
4.16.a.	Tedavi Sırasında Karşılaşılan Hasta Tepkilerinin Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	Ek-3
4.17.	Hemşirelerin İlacını Almayan Hastalara Yaklaşımının Hastanelere Göre Dağılımı	43
4.17.a.	İlacını Almayan Hastalara Yaklaşımın Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	Ek-3
4.18.	Hastanın İlaç Tedavisine Uyumunu Kolaylaştırmak İçin Yapılan Girişimlerin Hastanelere Göre Dağılımı	44
4.18.a.	Hastanın İlaç Tedavisine Uyumunu Kolaylaştırmak İçin Yapılan Girişimlerin Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	Ek-3
4.19.	İlacın Etkinliğini Değerlendirme Yöntemlerinin Hastanelere Göre Dağılımı	45
4.19.a.	İlacın Etkinliğini Değerlendirme Yöntemlerinin Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	Ek-3
4.20.	Hastanelere Göre Hemşirelik Uygulamalarının Kaydedildiği Formların Dağılımı	46
4.21.	Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Eğitim Gereksinimlerinin Hastanelere Göre Dağılımı	47
4.21.a.	Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Eğitim Gereksinimlerinin Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	Ek-3

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği kişinin mevcut veya potansiyel ruhsal sağlık problemine verdiği yanıtın tanı ve tedavisinden sorumludur. İnsan davranış teorilerini bilimsel çatı olarak kullanan ve kendini ifade etme sanatını kullanmayı içeren hemşirelik uygulamalarının özel bir bölümüdür. Toplum için optimal sağlığı geliştirmekle ilgilenir. Ruhsal bozukluklar ve fiziksel problemlerin tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda sorumluluk alır (Isaacs & Shieves, 2002).

Dünyada 1990'lı yıllar 'beyin yılı' olarak kabul edilmiştir. Bu saptamanın sonucunda bilimsel çalışmalarda yoğun bir şekilde, ruhsal hastalıkların etiyoloji ve tedavisine yönelme başlamıştır. Ruhsal hastalıkların tedavisindeki gelişmeler ise yeni psikotrop ilaçların geliştirilmesini sağlamıştır (Celia & Boritz, 2001; Isaacs & Shieves, 2002). Psikotrop ilaçlara ulaşma ve kullanma olanağının artması, ruhsal hastalık semptomlarının azaltılması ve başedilebilir düzeye indirilmesiyle sonuçlanmıştır. Bu durum hastaların, daha üretken, daha verimli ve daha mutlu yaşamalarına olanak sağlamıştır. Bütün bunlara rağmen, psikiyatride ilaç kullanımına ilişkin engeller devam etmektedir.

Hemşireler çalışma alanlarında psikotrop ilaçlara karşı yan etki deneyimi olan hastalarla karşılaşabilirler. Celia & Boritz(2001)'in belirttiğine göre, yaklaşık 937 hastanın yer aldığı bir çalışmada major depresif bozukluk, panik bozukluk, alkol bağımlılığı, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların çoğunun, psikotrop ilaç kullanma ve yan etkiler konusunda bilgi eksikliğine sahip olduğu saptanmıştır. Psikotrop ilaçlar konusunda hemşirenin bilgi sahibi olması, hastaların ilaç tedavilerini daha iyi yönetmelerini ve daha fazla bilgi sahibi olarak ilaçları kullanmalarını sağlamaktadır.

Hemşirenin sağlıklı ya da hasta bireyin bakım gereksinimlerini karşılayan uygulayıcı rolü, bağımsız ve yarı bağımlı hemşirelik işlevlerinden oluşmaktadır. Her profesyonel disiplinde olduğu gibi, hemşirelikte de, kuramsal bilgi ve beceriyi içeren uygulamalar bilimsel bir temele oturtulmalıdır. Bakım verirken bilimsel ve planlı yaklaşım 'Hemşirelik Süreci' modeli ile sağlanmaktadır. Hemşire ilaç verme sorumluluğunu yerine getirirken, hemşirelik süreci sistemini kullanmalı ve ilaç tedavisini uygularken belirli bir plan kullanmalıdır. Bu nedenle hemşirenin uygulama öncesi hazırlık aşaması, uygulama sırası ve sonrası işlevlerini planlı bir şekilde yerine getirmesi önemlidir (Coşkun, Dağ, Çetinbağ, Keskin & Aslan,1993).

Birçok ülkede, hemşirelik dernekleri ya da ilgili kurumlarca hazırlanan rehberler doğrultusunda ilaç uygulamalarının güvenli bir şekilde yerine getirilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Örneğin American Nurses Association (ANA) (American Nurses Association, 2000), Registered Nurses Association of British Columbia (Registered

Nurses Association of British Columbia, 2002) gibi kuruluşlar konu ile ilgili rehberler ve dokümanlar hazırlayarak, hemşirelerin rol ve sorumluluklarını açıkça belirtmişlerdir. Bizim ülkemizde ise Türk Hemşireler Derneği (1981) hazırladığı rehberde bu konuya yer vermemiş ancak bu işlev son derece kapalı ve genel hemşirelik uygulaması olarak ifade edilmiştir.

Institute of Medicine (IOM) 1999 yılında, dünyada 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle öldüğünü ve hataların genellikle ilaçlar, cerrahi, tanı, araç-gereç ve laboratuvar bulguları ile ilgili olduğunu rapor etmiştir. IOM ilaç tedavisinde yapılan hatalar konusunda ulusal dikkat gerektiğini belirtmiştir. İlaç tedavisine ilişkin hatalar, order edilme, ilacı hazırlama veya ilacı verme sırasında meydana gelmektedir(Agency for Healthcare Research and Quality, 1999). Görüldüğü gibi hatalar önlenemez nedenlerden kaynaklanmaktadır. İlaç hatalarının tıbbi ve yasal bir tehlike oluşturmaması için, hekim isteminin hemşire tarafından yeniden incelenmesi ve kontrol edilmesi, ilaçlarla ilgili tüm endişe ve soruların açığa kavuşturulması, herhangi bir sorun yok ise, ancak o durumda ilacın istenen zamanda verilmesi ve kaydedilmesi gerekir (Aşti & Acaroğlu, 2000).

İlaçları hazırlamak, uygulamak ve etkilerini gözlemek hemşirenin sorumlulukları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle ilaç uygulamalarının değerlendirilmesi önemlidir. Psikiyatri kliniklerinde, hastaların ilaç kullanımına tepkileri ve ilaçların özellikleri, bazı problemleri ortaya çıkarır. Hastalar ilaç kullanımını reddedebilir, ilacını aldığını unutup ısrarla ilaç isteyebilir, ilaçlardan kuşkulabilir, ilacını saklayabilir, kendini diğer hastalarla kıyaslayarak, diğer hastalara verilen ilaçların kendine verilmesi gerektiğini savunabilir (Terakye, 2000). Bu nedenle hemşire, ilaç uygulamalarında sorumlulukları konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı, hastaya yazılan ilacın hangi amaçla verildiğini değerlendirebilmelidir. Hastanın ilaç kullanımı ile ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmak önemlidir. Çünkü hasta bazı korku ve endişelerinden veya bilgi eksikliğinden dolayı ilacı almak istemeyebilir. Hastaların anlama düzeyini, destek alma durumunu, başatme davranışlarını değerlendirmek, yanlış bilgi ve yorumlarını fark edebilmek, ilaç tedavisine uyumunu sağlamak için gereklidir (Isaacs & Shieves, 2002;Terakye, 2000;Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001).

Kemppainen ve arkadaşları(2003)'nın, hastanın ilaç tedavisine uyumunu sağlamada hemşirenin rolünü belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmaya göre, hastanın ilaç tedavisine uyumunu sağlama ile hemşirelerin klinik farmakoloji konusunda kendilerini geliştirmeleri ve psikiyatride ilaç uygulamalarını içeren eğitim almaları bir gereksinim olarak ortaya çıkmıştır. Hemşire hasta ve ailenin kaygısını azaltmak, işbirliğini ve hasta güvenliğini sağlamak için ilaç ve tedavi programı konusunda hastaya ve aile bireylerine eğitim yapmalıdır. Hasta ve aileyi ilaçlar konusunda ve yan etki geliştiğinde tedavi ekibine başvurmanın önemi konusunda bilgilendirmelidir (Isaacs & Shieves, 2002;Terakye, 2000;Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001).

Sağlık hizmeti sunulan alanların genişlemesine karşın, hemşirelerin büyük bir çoğunluğu halen tedavi edici kurumlarda çalışmaktadır. Hastaların tedavi ve bakımının gerçekleştirilmesinde etkin rol oynayan ilaçların verilmesi ise hemşirenin sorumluluğundadır. Ayrıca oral ilaçların her an kullanıma hazır olması nedeniyle kötüye kullanılma, tedavi dışı amaçlarla kullanma (intihtar, bağımlılık vb.) riski fazladır bu nedenle hemşire tedavi odası ve hasta güvenliğinden de sorumludur. Bu

yönüyle hemşirenin ilaç tedavisine ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi, gereksinmelerin saptanması ve bu konuda güncelliğin sağlanması son derece önemlidir. Ülkemizde psikiyatri kliniklerinde ilaç uygulamaları konusunda bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak bu durum konunun önemsiz olduğunu göstermemektedir. Psikiyatri dışı kliniklerde ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamalarını değerlendirmiştir (Aşti & Kıvanç, 2003).

Birleşmiş Milletler Gıda ve İlaç Fonu(FDA)'nun dünya çapında satılan on ilaçtan birinin taklit olduğunu bildirmesi, Dünya Sağlık Örgütü(WHO)'nün araştırmalarında, ilaçların %51'inin aktif madde içermediği, %17'sinin aktif madde içerdiği, %11'inin az aktif madde içerdiği, taklit ilaçların bazılarının ise, ağır sakatlanma ya da ölüme yol açabilecek zehirler içerdiği belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, gelişmekte olan ülkelerde taklit ve standart dışı ilaç kullanım oranının %25'in üzerinde olduğunu tahmin etmektedir. 1992'de 233 Bangladeşli çocuk içinde Dietilen glikol bulunan parasetomal nedeni ile yaşamlarını yitirmiştir. 1995'de Nijerya'da 2500 çocuk taklit menenjit ilacından yaşamlarını yitirmişlerdir. 1999'da Kamboçya'da 30 kişi antimalarya ilacı aldıktan sonra yaşamlarını yitirmişlerdir (International Council of Nurses, 2005; World Health Organization, 2005). Tüm bu nedenlerden dolayı Uluslararası Hemşireler Birliği 2005 yılı temasını 'Hasta Güvenliği İçin Hemşireler: Standart Dışı ve Taklit İlaçlara Karşı' olarak belirlemiş ve tüm dünyanın dikkatini bu konuya çekmiştir. Görüldüğü gibi gerek ülkemizde gerek dünyada ilaç uygulamaları konusunda çalışmaların yapılmasına büyük oranda gereksinim bulunmaktadır. Çalışmanın bu nedenle konuyla ilgili bilgilere katkıda bulunacağı açıktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın iki temel amacı vardır.

1. Ülkemizdeki üniversite hastaneleri ve ruh sağlığı hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşirelerin oral ilaç uygulama durumlarını belirlemek,
2. İlaç uygulamalarına yönelik araştırmaların yetersiz olması nedeniyle yapılacak olan diğer araştırmalara veri tabanı oluşturmaktır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Gelişimi

Ruh sağlığı hareketleri, 1908 yılında Clifford Beers'in 'A Mind That Found Itself' adındaki kitabının yayınlanmasından etkilenmiştir. Beers, ruh sağlığı hastanesinde hasta olarak üç yıl kalmış ve buradaki gözlem ve deneyimlerini bu kitabında yayınlamıştır. Beers, ABD'de 1909'da ulusal ruh sağlığı örgütünün kurulmasında etkili olmuştur (Isaacs & Shives, 2002).

Linda Richard 1915 yılında Amerika'da ilk psikiyatri hemşiresi olarak mezun olmuştur. Linda Richard, ruh sağlığı bozulmuş olan bireylerin de fiziksel hastalığa sahip olan hastalarla aynı bakımı almalarını önermiştir (Isaacs & Shieves, 2002; Varcarolis, 1998; Videbeck, 2001; Worret & Fortinash, 1996).

Zamanla ruh sağlığı alanında yaşanan gelişmelerle birlikte ders kitaplarında psikiyatri hemşireliği uygulamaları da yer almaya başlamıştır. 1920 yılında Harriet Bailey, psikiyatri hemşireliği konusunda 'Nursing Mental Diseases' adlı ilk ders kitabını yazmıştır. 1935 yılında insülin şok terapisi ve 1936 yılında psiko cerrahinin uygulamaya başlanması psikiyatri alanındaki önemli diğer gelişmelerdendir. 1937 yılında psikiyatri hastanelerinde klinik uygulamalar standardize edilmiştir ve aynı yıl elektro konvülsif terapi uygulanmaya başlamıştır. 1946 yılında A.B.D.'de Ulusal Ruh Sağlığı Yasası kabul edilmiştir. 1946'da National Institute of Mental Health kurulmuştur. Bu kurumun açılması psikiyatri alanında çalışanlar (psikiyatrist, hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacı) için fazla miktarda fon sağlamıştır. Bu kurumun açılması ile psikiyatri hemşireliği ile ilgili yasalar belirlenmeye başlamıştır (Penny, Jones, Wilberger, Smith & Stopper, 1998). 1946 yılından itibaren, özel psikiyatri klinik hemşiresi yetiştiren programlar geliştirilmiştir. Bu alandaki hemşireler öncelikle, aktivitelerde yönetici koordinatörlüğüne başlamışlar ve tıbbi modele dayalı terapötik bakım sağlamışlardır. Eğitim ve klinik deneyimlerin gelişmesi, psikiyatri hemşireliğinde master programlarının oluşturulmasına ve psikiyatri hemşirelerinin, psikiyatrik bozukluklarda bakım ve müdahaleye ilişkin bilgilerinin artmasına yol açmıştır (Isaacs & Shieves, 2002). Uzman psikiyatri hemşiresi eğitimi için ilk mezuniyet programı Rutgers Üniversitesinde, 1954 yılında Hildegard Peplau tarafından kurulmuştur. Bunun üzerine ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin rolü gelişmeye başlamıştır (Penny, Jones, Wilberger, Smith & Stopper, 1998).

1955 yılında ANA tanılama ve reçete yazmayı içermeyen hemşirelik uygulama modellerini geliştirmeye başlamıştır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri, klinik hemşireleri ve uzman psikiyatri hemşireleri olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Klinik hemşirelerinin rolleri; hastaların ilaç tedavisine ilişkin duygularını ve kaygılarını ifade etmelerini sağlamak, ilaç tedavisine yönelik öğrenme gereksinimlerini belirlemek ve sağlık eğitimi vermek, ekip ile işbirliği yaparak tedavi gereksinimlerini belirlemek, ilaçların yan etkilerini minimum düzeye indirmek için hemşirelik uygulamalarını kullanmak, hastaların ilaç tedavilerine yanıtlarını gözlemek,

laboratuar çalışmaları ve yaşam bulgularını takip etmek ve hastaların ilaç tedavilerine yanıtlarını değerlendirmektir (Isaacs & Shieves, 2002; Otong, 2003; Pelletier, Poster, Shea, Stuart & Verhey, 1999).

1963'de Community Mental Health Center kurulmuştur ve bu kuruma psikiyatri hemşirelerinin katılması, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin kurumsallaşmasında önemli rol oynamıştır. Bu kurum açıldığı dönemde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri psikiyatri hastalarına tedavi sağlamak için yeterli bilgiye sahip değillerdi. Bu nedenle hemşire eğitmenler, bazı ulusal kongreler düzenleyerek hızlı ve organize bir şekilde toplum ruh sağlığı hemşirelerinin eğitim ihtiyaçlarını belirlemişlerdir (Penny, Jones, Wilberger, Smith & Stopper, 1998).

1970 yılında ANA hemşireler için tanılama ve reçete yazma rolünü tanımlamaya başlamıştır. Reçete yazma sorumluluğu uzman psikiyatri hemşirelerine verilmiştir. ANA, 1994 yılında hemşirelik uygulamaları ve hemşirelerin sorumluluklarını geliştirmiştir. Ancak mevcut hemşirelik uygulamaları ve yasal parametrelerdeki hemşirelik uygulamaları arasında, kopukluk meydana gelmiştir. Yasal olarak hemşirelik mesleği ilaçların uygulanması konusunda hekim kontrollü bir meslek olarak tanımlanmıştır. Hemşireler yasal ve formal bir tanılama olmadan, ilaçlarla ilgili kararlarda görev almaya başlamışlardır. Uzman ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları içinde reçete yazma görevinin yasal olarak kabul edilmesi için girişimler devam etmektedir. Günümüzde Amerika'da 48 eyalette ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri reçete yazmaktadırlar. Diğer eyaletlerde reçete yazmanın yasal olabilmesi için girişimler devam etmektedir. ANA, uzman psikiyatri hemşirelerinin rollerini tanımlamıştır. Uzman psikiyatri hemşirelerinin rolleri, farmakolojik ajanları reçete etme, hastalıkları tanılama, hastalıkları yorumlama, klinik hemşirelerinin ilaç tedavisindeki rollerini tanımlama, ruhsal hastalıklarda farmakolojik tedaviyi planlama, hastanın geçmiş öyküsünü ve mevcut ruhsal ve fiziksel durumunu değerlendirme, tedavinin sonuçlarını planlamaktır. Son yıllarda hemşirelik eğitiminde, psikofarmakoterapi uygulamalarının açıkça tanımlanmasına gereksinim duyulmaktadır (Otong, 2003; Pelletier et al., 1999).

2.2. Türkiye'de Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Gelişimi

Sağlık bilimlerindeki yenilikler ve toplumların artan sağlık gereksinimleri hemşirelerin geleneksel rollerinden çıkıp, görevlerinde bağımsız olmalarını sağlamıştır. Bunun sonucu olarak hemşirelik sadece hekimin istemini uygulayan bir meslek olarak değil, araştırmayı, bilimsel düşünmeyi gerektiren, mesleğin bilimsel yönünün ön plana çıktığı ve bakım rolünün bir plan dahilinde, bağımsızca uygulandığı bir meslek olarak gelişimini sürdürmektedir. Bu anlayış doğrultusunda hemşirelerin uygulayıcı, eğitici, yönetici, araştırmacı ve profesyonel rolleri belirlenmiştir (Coşkun vd., 1993).

Ülkemizde psikiyatri kliniklerinde her düzeyden mezun hemşire çalışabilmektedir. Ülkemizde genelde psikiyatri hemşireleri, okullarda akademisyen olarak çalışmaktadır. Doktor, çoğu zaman tedavide tek yetkili kişi olmakta ve psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, doktor istemlerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Son yıllarda uzman psikiyatri hemşirelerinin sayısının artması, psikiyatri hemşireliği ile ilgili araştırmaların artması, klinik alanda hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin tartışılması, klinikte çalışan hemşirelerin hasta bakımına

yönelik uygulamalarda gittikçe artan etkinlikleri, ruh hastalıklarına daha iyi bakımın sağlanması yönünde gelişmeleri ortaya çıkarmıştır (Çam, 2001).

Ülkemizde hemşireler ilaç uygulamalarını, 1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'na göre yerine getirmektedir. İlgili kanunda, ne ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğine ne de hemşireliğin diğer uzmanlık alanlarına özgü ilaç uygulamalarına ilişkin bir madde yer almaktadır. Bunun nedeni, Hemşirelik Kanunu'nun günümüzün gereksinimlerine yanıt veremeyecek kadar eski olmasıdır. Bu kanuna göre hemşireye ilaç uygulamaları ile ilgili verilen görev ve yetkiler “hekim tarafından tavsiye edilen tedavi tedbirlerini uygulamak, hekimin tavsiyesi üzerine, sağlık kurumlarında veya dışarıda hastalara deri altına, adale içine ve damar içine enjeksiyon yapmak” şeklinde sınırlandırılmıştır (Hemşirelik Kanunu, 1954).

Kurumlarımızda hemşirelerin ilaç uygulamalarına yönelik sorumlulukları, 1983 yılı ‘Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’ çerçevesinde belirlenmiştir. Bu yönetmelikte hemşirenin ilaç uygulamaları ile ilgili sorumlulukları, “hastaların tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak, ruhsal ve genel alışkanlıklarını değerlendirmek, hastanın tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını tabiplerin tariflerine göre yapmak, hastanın ilacını bizzat içirmek ve tatbik etmek, enjeksiyonları yapmak ve kaydetmek” olarak belirlenmiştir (Sağlık Mevzuatı, 1983). Aynen kanunda olduğu gibi yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinde de hemşirelerin ilaç uygulamaları ile ilgili rolünün son derece sınırlı olduğu görülmektedir. bu durum uygulamada konuyla ilgili gelişmelerin önünde ciddi bir engel oluşturmaktadır.

2004 yılında Ulusal Psikiyatri Kongresinde “Psikiyatri Hemşireliği Klinik Uygulamaları” adlı panelde, psikiyatri hemşirelerinin klinik uygulamalarından bahsedilmiştir. Turgay(2004)’ın belirttiğine göre ülkemizde psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin işlevleri ve bakıma yönelik uygulamaları; psikiyatri acil polikliniğine hasta kabulünde sorumlu hekimle çalışmak, hasta başı nöbet teslimi yapmak, serviste veya acilde yatan hastalara hemşire viziti yapmak, servise yatan hastayı kabul etmek; tanışmak, ortamı tanıtmak, servis kurallarını anlatmak, kurallar gereği hastaya ve çevresine zarar verici eşyaları alıkoymak,vb., hastane yatışına tepkili hastayı kabul etmek, servis protokolünü uygulamak, tetkikler için örnek almak, yaşam belirtilerinin takibini (tansiyon, nabız, ateş, defekasyon vb.) yapmak, ağızdan ilaç alan hastalara ilaçlarını vermek; hastanın ilacı aldığını kontrol etmek, kas ve damar içi tedavileri uygulamak, haricen uygulamaları-dekübit tedavisi, pomat, damla, hemoroid vb. küçük pansuman bakımını uygulamak, hastaların öz-bakım gereksinimlerini tespit etmek ve gereken durumlarda bakımlarını yapmak, çevresine ve kendisine zarar veren hastalarda servis protokolünü uygulamak, intihar riski ve girişimi olan hastayı izlemek, bakım ve tedavilerini uygulamak, hastayı elektro konvülsif terapiye hazırlamak, uygulama ve sonrasında izlemek, değerlendirmek, ilaç ve tedaviyi reddeden hastayı izlemek, hastaneden kaçma eğilimi olan hastayı izlemek, tespit (izole) edilen hastanın bakımını yapmak, izlemek, uyum bozukluğu olan hastanın muayenesini yapmak, bakım ve tedavisini uygulamak, deliryum riski taşıyan ve deliryumdaki hastanın bakımını yapmak, uyku örüntüsü bozulan hastayı izlemek, bakım ve tedavisini uygulamak, halüsinasyonu olan hastanın bakım ve tedavisini uygulamak, anksiyeteli hastayı izlemek, bakım ve tedavisini uygulamak, uygun görülen hastalara işlevselliği artırıcı görevler vermek (servis işlevlerine katılım gibi), davranış psikoterapisi uygulanan hastada sorumlu hekimle beraber

tedavi ve bakımı sürdürmek, gereken hastalarda, aldığı – çıkardığı sıvı takibini yapmak, yeme bozukluğu olan hastaların yemek yeme davranışlarını gözlemek, hastaları enfeksiyon hastalığından korumak ve korunma önlemlerini almak, enfeksiyon hastalığı olan hastanın bakım ve tedavisini yapmak, diyabetik hastaların beslenmelerini, kan şekerlerini kontrol etmek, gerektiğinde insülin uygulamak, telefon ve görüşme izni olmayan hastaların gereksinimlerini aileye bildirmek ve izlemek, konsültasyon organizasyonunu yapmak, sonuçlanmasını sağlamak, yanıtı ekiple değerlendirmek, eksik ilaç teminini sağlamak, hasta ihtiyacı olan malzemeleri tespit ve temin etmek, izinli gönderilecek hastaların belirlenmesinde sorumlu hekimle beraber çalışmak, taburcu olacak hastayı bilgilendirmek ve yapılan tüm bakım işlevlerini hemşire gözlem formuna, ekiple ortak kullanılan formlara kaydetmektir.

2.3. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Psikofarmakoloji Uygulamalarına Temel Oluşturan Bilgiler

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği ilaç uygulamaları için ülkemizde hazırlanmış güncel bir rehber olmaması nedeniyle ANA'nın hazırladığı ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri için psikofarmakoloji rehberinde yer alan ilkelerden söz etmek uygun olacaktır. Rehberde yer alan ilkelerin ülkemizdeki uygulamalarda da kullanılabilmesi düşünülmektedir.

ANA'nın ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları ile ilgili raporuna göre (1994), psikiyatri hemşireleri, kapsamlı veri toplamalı, kompleks klinik sorunlarda etkili problem çözmeyi kullanmalı, diğer profesyonellerle işbirliği yaparken kendi otonomisini kullanmalı, etik ikilem, kültürel farklılıklar gibi konulara duyarlı olmalı ve yürüttüğü bakımı değerlendirmelidir (Isaacs & Shieves, 2002; Pelletier et al., 1999; Videbeck, 2001).

ANA, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin psikofarmakoloji alanındaki uygulama ve araştırmalarına yönelik rehberlik edecek bilgi temelini tanımlamaktadır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi psikiyatrik hastalıkların etiyojisi, tanılama kriterleri ve tedavi stratejilerini anlamak ve uygun bakımı verebilmek için biyolojik bilimler konusundaki bilgilerini mevcut bilgilerine entegre etmelidir (Pelletier et al., 1999). Biyolojik bilimler konusunda bilmesi gereken konular, beyin ve davranış, nöroanatomi ve yapı ve davranış, nöropsikoloji ve davranış, farmakokinetik ve farmakodinamik unsurlardır (Otong, 2003). Bu bölümün devamında ANA'nın önerilerine dayalı olarak, bir psikiyatri hemşiresinin biyolojik bilimler konusunda sahip olması gereken bilgilerin yer aldığı, sınırlı bir özeti sunulmuştur.

Sinir Sistemi: İnsanın yaşamını sürdürebilmesi çevresiyle ilişki içinde bulunması ve alt sistemleri arasında etkileşimin sürmesini sağlayan bütünleştirici sistemdir (Varcarolis, 1998). Merkezi Sinir Sistemi ve Periferik Sinir Sistemi olarak iki bölümde incelenir.

Merkezi sinir sistemi kafatası boşluğunda bulunan beyin (cerebrum) ve omurga kanalında yer alan omurilikten (medulla spinalis) oluşur. Sinirler, merkezi sinir sisteminden çıkan yapılardır; çevreye yayılarak kaslar için hareket veya bezler için salgılama uyarıları yaratır ve yine merkezi sinir sistemine girerek çevrede topladıkları duyu uyarılarını getirirler (Varcarolis, 1998; Videbeck, 2001).

Periferik sinir sistemi beyin ve omuriliği vücudun diğer bölümlerine bağlayan sinirlerden ibarettir. Periferik sinir sistemi somatik sistem ve otonom sistem olmak üzere iki bölümden oluşur (Otong, 2003).

Somatik Sistem: Bu sisteme ait duyuşsal sinirler kas ve deriden gelen dışsal uyarılardan alınan mesajları iletir ve merkezi sinir sistemi ile birleşir. Örneğın acı, ısı değışimi ve basınç değışikliklerinin fark edilmesini sağlar. Somatik sistemin motor sinirleri merkezi sinir sisteminden gelen uyarıları kaslara taşır ve hareketi başlatır. Hem istemli hem de istemsiz davranışlarda kullanılan kaslar bu sinirler tarafından denetlenmektedir (Isaacs & Shieves, 2002; Varcarolis, 1998; Videbeck, 2001; Worret & Fortinash, 1996).

Otonom sinir sistemi: Bu sistem temel olarak omurilik, beyin sapı ve hipotalamusta yerleşmiş bulunan merkezler tarafından yönetilmekte ise de, beyin korteksinin bazı bölümleri de impulsları daha aşğı merkezlere göndererek otonomik kontrolü etkiler. Vücudun belirli yerlerinden kalkan duyuşsal impulsları omurilik, beyin sapı ve hipotalamustaki merkezlere ulaştırır, buralardan iç organlara gönderilen refleks cevaplar ile organların ritmik olarak çalışmaları düzenlenir. Otonom sinir sistemi, salgı bezleri, kalp kan damarları, mide ve barsaklarda bulunan düz kasları denetler. Otonom sinir sistemi ile arter basıncı, sindirim kanalı hareketleri ve salgısı, idrar, terleme, vücut ısısı gibi birçok vücut fonksiyonları kısmen veya tamamen kontrol edilir (Öztürk, 2001; Yüksel & Köroğlu, 1991).

Otonom sinir sistemi iki bölüme ayrılır.

1. Sempatik sinir sistemi
2. Parasempatik sinir sistemi

Bu sistemler genelde birbirlerine zıt olarak çalışırlar. Örneğın parasempatik sistem gözbebeğini küçültür, tükruk salgısını uyarır ve kalp atışını yavaşlatır. Sempatik sistem ise ters etki yapar. Sempatik sistem tek bir birim halinde çalışır. Örneğın heyecanlanma anında kalp atışını hızlandırır, iskelete bağlı kasların ve kalbin atardamarlarını genişletir, derinin ve sindirim organlarının atardamarlarını daraltarak terlemeye yol açar. Genel uyarılmışlık halini artıracak hormonların salgılanması, iç salgı bezlerini harekete geçirir. Sempatik ve parasempatik sistem genelde birbirine zıt olsalar da bazı istisna durumlar vardır. Örneğın, sempatik sistem korku ve heyecan sırasında baskındır öte yandan, aşırı korku sırasında idrar kesesinin ve bağırsakların istemsiz şekilde boşalması parasempatik belirtidir (Isaacs & Shieves, 2002; Worret & Fortinash, 1996).

Beyin Yapısı ve Fonksiyonu: Hayvanlarda ve insanlarda yapılan incelemeler sonucunda, ruhsal bozukluk ve hastalıklarda, beyin hücresinin işlevinde rol oynayan maddelerin miktarında ya da yapısında değışme olduğunu göstermiştir (Köknel, 1999). Beynin belirli bölgeleri belirli işlevler için yapılanmıştır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi ilaçların beyindeki etkisini anlayabilmek için beynin yapı ve fonksiyonunu bilmelidir.

Serebrum: Serebrum iki yarıküreye (hemisphere) bölünür ve pineal gland hariç, bütün loblar ve yapılar beynin her iki yarısında bulunurlar. Korpus kallozum iki yarım küreyi birleştiren ve onların fonksiyonunu koordine eden bir yoldur. Beynin sol yarısı vücudun saç tarafını kontrol eder. Sol beyin, okuma, yazma, matematiksel çalışmalar gibi analitik fonksiyonlar ve mantıksal düşünme için merkezdir. Beynin saç yarısı, vücudun sol yarısını kontrol eder. Saç beyin yaratıcı

düşünce, sanatsal yetenekler ve sezgi için merkezdir. Serebral yarı kürelerin her biri frontal, parietal, temporal ve oksipital lob olmak üzere dört loba ayrılırlar. Bu lobların fonksiyonlarının bazıları açık olarak belirlenmiştir (Öztürk, 2001;Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001;Worret & Fortinash, 1996).

Frontal lob, düşünme, vücut hareketleri, hafıza, duygu, moral davranışların organizasyonlarını kontrol eder. Bu bilgilerin bütünlüğü uyanıklığı, dikkat yoğunluğunu düzenlemeye yardım eder, problem çözümüne ve karar vermeye izin verir (Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001). Parietal lob, tat ve dokunma duyularını yorumlar ve uzaklık oryantasyonuna yardım etmektedir. Temporal lob, koku, duyma hafıza ve duyuların ifadeleri için merkezdir. Oksipital lob, dil gelişimi ve derin algıda olduğu gibi görsel yorumlamaya yardım etmektedir (Videbeck, 2001).

Serebellum: Serebellum, serebrumun altına yerleşmiştir. Hareketlerin, duruşsal pozisyonların koordinasyon merkezidir. Serebellum, vücudun bütün bölgelerinden kaslar, bağlantılar, organlar ve merkezi sinir sisteminin diğer elemanları ile olduğu gibi bilgiyi alır ve yorumlar. Araştırmalar, serebellumda nörotransmitter iletimi engellendiğinde, demans ve parkinsonda olduğu gibi koordinasyonun etkilendiğini, bireyin ayakta durmakta güçlük çektiğini ve dengesini koruyamadığını göstermektedir. Beynin bu kısmı iğneden ipliği geçirirken, ameliyat yapılırken, piyano çalarken koordinasyonlarda kullanılmaktadır. Pons ve köprü denem iki kısım beyincığın iki lobu arasındaki bağlantıyı kurar (Isaacs & Shieves, 2002;Townsend, 2003).

Beyin Sapı: Beyin sapı, orta beyin, pons, medulla oblongata ve üçten onikiye kadar kranial sinirlerin çekirdeklerinden oluşur. Spinal kordun tepesine yerleşmiş olan medulla, solunum ve kardiyovasküler fonksiyonlar için yaşamsal merkezleri oluşturur. Medullanın yukarısında ve serebrumun önünde yer alan pons, hem yapısal hem de fonksiyonel olarak, birinci motor yolu gibi görev yapan bölüme köprü oluşturur. Orta beyin, sistemi aktive eden ağı ve ekstrapiramidal sistemin büyük bir kısmını içine alır (Otong, 2003;Townsend, 2003).

Retiküler aktive edici sistem, motor aktivite, uyku, bilinç, farkındalığı etkiler. Temel işlevi uyanıklık ve dikkat derecesini ayarlamaktır (Videbeck, 2001).

Ekstrapiramidal sistem, hareket ve koordinasyon hakkında beyinden spinal sinirlere bilgi verir. Locus coeruleus, stres, anksiyete, impulsif davranışla ilgili beyin sapının bölgesidir (Frisch & Frisch, 2002;Videbeck, 2001).

Limbik Sistem: Limbik sistem, hipotalamus, talamus, hipokampus ve amigdalaı içine alan, beyin sapının yukarısına yerleşmiş beyin bir bölgesidir. İç organlardan gelen duyuları ve dış çevreden duyu organları ile alınan duyuları bütünleştirir. Talamus, beyin ana merkezidir. Duyu organlarından gelen nöronların beyin kabuğu ile olan ilişkisini sağlar. Aktivite, heyecan ve duyguları düzenler. Kişiyi çevresel etmenlerden haberdar eder (Öztürk, 2001;Varcarolis, 1998)

Hipotalamus, vücut organları ve sistemlerinin ne yaptığını beyne iletir. Isı regülasyonu, iştah kontrolü, endokrin fonksiyonu, seksüel zevk, kızgınlık, heyecan ve şiddet duyguları ile ilgili impulsif davranışlarda etkilidir. Hipotalamusta yer alan hipofiz salgı bezi, bedende yer alan diğer iç salgı bezlerinin çalışmalarını denetler ve onların birbiriyle uyum içinde çalışmasını sağlar (Varcarolis, 1998).

Hipokampus ve amigdala duygusal davranış ve hafızada görev alır. Hipokampus tarafsızdır. Amigdala, anıları ve davranışları inceleyen limbik sistem yapısıdır. Karmaşık olarak gelen duygusal bilgiyi sentez edip tepki gösterilmesini sağlar. Hipokampus ortamı hatırlatırken, amigdala o ortamda yaşanan duyguları yansıtır (Birsöz & Turgay, 1994;Öztürk, 2001;Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001).

Limbik sistemdeki bozukluklar, demansta görülen hafıza kaybı veya zayıf kontrollü duygular, psikotik veya manik davranışta görülen uyaranlar gibi, mental hastalığın birçok türünü içermektedir (Isaacs & Shieves, 2002;Worret & Fortinash, 1996).

Omurilik: Vücudun çeşitli bölümlerini beyne bağlayan sinir liflerinin çoğu omurilikte toplanmıştır. Sinirler omurlardan oluşan omurga tarafından korunur. En basit uyaran tepki reflekslerinin bazıları omurilik düzeyinde gerçekleşir (Frisch & Frisch 2002;Videbeck, 2001).

Nöron, Nörotransmitter ve Reseptör: Sinir sistemini oluşturan özgül, yapısal ve işlevsel birimlere nöron denir. Nöronlar sinir hücresinin gövdesi (soma), dentrit, akson olmak üzere 3 değişik parçadan oluşur (Townsend, 2003).

Beynin çalışabilmesi için nöronlar arasında ilişki zorunludur. Bu iletişim aksiyon potansiyelleri sayesinde oluşur. Her nöron, dendritleri aracılığı ile diğer nöronlardan gelen iletiyi alır ve nöron gövdesine iletir. Dentritler ve hücre gövdesi bitişik hücrelerden gelen nöral iletiyi alır. Bu alınan mesaj, akson aracılığı ile diğer nöronlara iletilir. Akson sonunda birçok ikincil dala ayrılır. Bu dalların sonunda sinaptik terminal adı verilen küçük ve şişkin uçlar vardır. Sinaptik terminal ve alıcı nöron dendritleri arasında, küçük bir aralık vardır. Bu aralığa sinaptik aralık denir. Nörondaki ileti, akson boyunca ilerleyip sinaptik terminale ulaştığında, nörotransmitter adı verilen kimyasal madde salgılanır. Nörotransmitterler, sinaptik keseler içinde, presinaptik hücre ile taşınır. Bu keseler hücrede birleşir ve içerindekileri sinaptik aralığa bırakırlar. Nörotransmitterler sinaptik aralık boyunca yayılır ve postsinaptik hücreye ulaşır ve postsinaptik hücrede reseptör molekülleri ile birleşir. Nörotransmitterler ile dendrite yerleşmiş özel reseptörler arasında anahtar kilit ilişkisi bulunur. Psikiyatrik bozukluklarda nörotransmitter ve reseptör ilişkisinde bozukluk olduğu düşünülmektedir. Psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaçların hedefi, transmitter reseptör arasındaki ilişkiyi sağlamaktır. Çoğu psikotropik ilaç transmitter reseptör sisteminin aktivitesini artırır veya azaltmaya çalışır (Frisch & Frisch, 2002;Isaacs & Shieves, 2002;Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001;Worret & Fortinash, 1996). Değişik psikiyatrik bozukluklarda değişik transmitter reseptör sistemi devreye girmektedir. Bu değişiklik ilaçlar için çok fazla özel hedefler sunmaktadır (Otong, 2003). Psikiyatrik hastalıklarda ilaç kullanımının hedefi reseptör ve nörotransmitter arasındaki bağlantıyı kurmaktır (Townsend, 2003). Sinir sisteminin yapısını anlamak hemşireye ilacın etki mekanizmasını anlamasında yardımcı olacaktır. Bu nedenle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin sinir sisteminin yapı ve fonksiyonlarını bilmesi gerekir.

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi hastanın psikofarmakolojik ajanları almasında ve hasta bakımında farmakokinetik, farmakodinamik, ilaçların sınıflandırılması, beklenen ve beklenmeyen etkiler ve hemşirelik müdahalelerini içeren psikofarmakolojik ilkeler konusundaki bilgilerini kullanmalıdır (Boyd, 2001).

Antipsikotikler: Antipsikotikler presinaptik ve postsinaptik dopamin blokajı yaparlar ve dopaminerjik iletimi azaltırlar. Özellikle nigrostriatal sistemde D₂ reseptör blokajı yaparlar, dopamin dönüşümünü arttırırlar. Yüksek dozlarda dopaminerjik iletiyi azaltır, düşük dozlarda artırır. Dopaminerjik iletimi azaltıcı etkileri nedeniyle daha çok pozitif belirtiler üzerine etkilidirler (Boyd, 2001;Townsend, 2003;Öztürk 2001).

Antipsikotikler atipik ve tipik olmak üzere ikiye ayrılır. Tipik antipsikotiklerin yan etkileri fazladır. Atipik antipsikotiklerin yan etkileri az ya da yoktur bu nedenle daha fazla tercih edilmektedir. Şizofreni ve benzeri psikozlarda, sanrısız bozukluklarda, akut manik nöbet başlangıcı, organik beyin sendromu, ajitasyon ve konfüzyon, çocukluk psikozları gibi durumlarda kullanılır (Frisch & Frisch, 2002;Öztürk, 2001).

Antipsikotiklerin yan etkileri

I-Extrapramidal yan etkiler: Bazal ganglionların D₂ dopaminerjik reseptörlerinin blokajı olarak ortaya çıkar. Antidopaminerjik etkinliği güçlü ve antikolinerjik etkinliği düşük ilaçlarla daha belirgin olarak meydana gelir (Boyd, 2001;Kayaalp, 1992;Townsend, 2003).

Akut distonik reaksiyon: Bazal ganglionlardaki dopaminerjik hiperaktivite sonucu oluşur. İlaç alınmaya başladıktan 0-49 gün içinde ortaya çıkar. Dil, yüz, göz, boyun, ense, sırt kaslarında kasılmalar olur. Hastanın boynu geriye doğru kasılarak opistotonus, yana doğru kasılarak tortikolis görünümü oluşur. Yüz-göz kaslarında istemsiz hareket oluşur (Köknel, 1999;Tuğlular, 1991).

Akatizi: Adrenerjik - dopaminerjik dengenin bozulması sonucu oluşur. 5-30 gün arasında ortaya çıkar. Yerinde duramama, uzun süre oturamama, sürekli dolaşma isteği, sıkıntı, tedirginlik oluşur (Kayaalp, 1992;Varcarolis, 1998).

Yalancı parkinsonizm: Nigrostriatal sistemdeki dopamin blokajı sonucu oluşur. 5-30 gün arasında ortaya çıkar. Maske yüz, kas hareketlerinde azalma, tremor, tükürük salgısında artma, ayağı dik-sürüyerek yürüme, öne eğik postür görülür (Isaacs & Shieves, 2002;Tuğlular, 1991).

Geç diskinezi (Tardive diskinezi): Dopamin reseptörlerinin uzun süre blokajı sonucu ortaya çıkan aşırı duyarlılık durumudur. 30-365 gün yada 5-10 yıl içinde görülür. Uykuda görülmeyen, stres durumunda artan, dudak ısırma, dil çıkarma, yanak şişirme, kaş, göz hareketleri olur. 60 yaş üzeri kadınlarda ve uzun süreli nöroleptik kullananlarda risk daha fazladır (Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001).

Kesilme diskinezi: İlaç aniden bırakıldığı zaman bulantı, kusma, titreme, huzursuzluk, uyuyamama ve halsizlik görülür (Kayaalp, 1992).

II-Malign nöroleptik sendrom : Dopamin etkinliğinin birden azalması ve kolinerjik etkinliğin birden artması sonucu 24-48 saat içinde hızla gelişir. Nadir görülen, ancak yaşamsal önemi olan bir durumdur. Yüksek ateş, taşikardi, kaslarda katılık, bilinç bulanıklığı, lökositoz oluşur. Acil tedavi gerektirir. İlaçlar kesilir, damar yolu açılır, böbrek, kalp, solunum işlevi izlenir. Sıvı-elektrolit dengesi düzenlenir. Bir günden bir haftaya kadar uzayabilir (Isaacs & Shieves, 2002;Otong, 2003).

III-Antikolinerjik Yan Etkiler : Ağız ve boğaz kuruluğu, midriazis, görme bulanıklığı, taşikardi, kabızlık, idrar yapmada güçlük, ejakulasyon gecikmesi,

ereksiyon olmaması, burun tıkanıklığı, aritmiler, ortostatik hipotansiyon, menstrual siklusa düzensizlik, jinekomasti, iştah artması görülür (Frish & Frish , 2002;Tuğlular, 1991).

IV-Diğer yan etkiler : Fotosensitivite, güneş ışığına duyarlılık nedeniyle deride lekeler, korneada pigmentasyon, geçici lökopeni, kolestatik sarılık, gebelik testinin pozitif çıkması gibi değişik yan etkiler görülebilir (Frish & Frish, 2002).

Antidepresanlar: Antidepresanlar norepinefrin ve seratoninin geri alımını bloke ederek nörotransmitter metabolizmasını ve geri dönüşümünü yavaşlatmaktadır. Depresyon, anksiyete bozuklukları, enürezis, anoreksia, bulimia, hiperaktivite, bazı fobiler ve uyku bozukluğu gibi durumlarda kullanılmaktadır. Antidepresanlar kimyasal yapılarına veya etki mekanizmalarına göre sınıflandırılmaktadırlar. Bu sınıflamaya göre antidepresanlar, trisiklik antidepresanlar, trisiklik olmayan antidepresanlar ve MAO inhibitörleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Otong, 2003;Varcarolis, 1998).

Monamine oksidaz inhibitörleri tiramin içeren besinlerle ve bazı ilaçlarla etkileşime girmektedir, bu nedenle kullanımı sınırlıdır. Antidepresan ilaçların toksik etkisi yüksektir. Bu nedenle kullanımına dikkat edilmeli intihar amaçlı kullanımlar önlenmelidir (Townsend, 2003;Videbeck, 2001).

Yan etkileri: Bellek bozukluğu, ajitasyon, konfüzyon, deliryum belirtileri, bilinç sislenmesi, yönelim, algı bozukluğu, taşikardi, aritmi, göz bebeklerinde büyüme, barsak hareketlerinde yavaşlama, ateş epileptik nöbet gibi merkezi antikolinerjik yan etkiler, bellek zayıflığı, dikkat azlığı, baş dönmesi, hipotansiyon, uykusuzluk, ajitasyon, nistagmus, deliryum, psikoz gibi nöropsikiyatrik yan etkiler, hipotansiyon, taşikardi, iletim bozukluğu, aritmi gibi dolaşım sisitemine ilişkin yan etkiler, midede yanma, ekşime, bulantı, kusma, ağız kuruluğu gibi sindirim sistemine ilişkin yan etkiler görülebilir. Ayrıca plasentadan ve süttten geçebileceği için gebelerde kontrendikedir (Baer & Williams 1992;Townsend, 2003).

Antimanik - Mood Düzenleyiciler: Mood düzenleyici olarak lityum kullanılmaktadır. Lityumun iyileştirici ve koruyucu etkisinin nasıl ortaya çıktığı henüz kesin olarak bilinmemektedir. Lityum, mani, bipolar bozukluk, tekrarlayıcı çökkünlük, ağır saldırgan davranışlar vb. durumlarda kullanılır. Lityumun başlangıç dozu 600-900 mg / 24 h'dir. İlk dozdan 24 saat sonra kanda lityum düzeyine bakılır ve lityumun kandaki düzeyinin 1,2 – 1,6mEq/lt'ye ulaşması hedeflenir. Lityum kullanılmaya başlandıktan sonra haftada 2 - 3 defa, daha sonra haftada bir ve birinci ayın sonunda ayda bir kan kontrolü yapılmalıdır. Kan kontrolü sabah ilk doz alınmadan önce ya da son dozdan 12 saat sonra alınan kan ile ölçülür (Taylor, 1994;Townsend, 2003;Öztürk, 2001;Videbeck, 2001).

Tedavide kan - lityum düzeyinin ölçümü ve kan düzeyinin güvenilir düzeyde tutulması zorunludur. Tedavi edici doz, 1,2 – 1,4 mEq.'dır. 2,4 mEq. ve üzeri öldürücü dozdur (Bailey & Bailey, 2004;Townsend, 2003).

Yan etkileri: Lityum kullanımı ile birlikte kilo artışı, saç dökülmesi, cilt kuruluğu, bulantı, kusma, ishal, ellerde hafif tremor, fazla su içme, görme bozukluğu, ödem, midede ekşime, ağızda metalik tat, hipotansiyon, dikkat ve algılamada azalma, hareketlerde yavaşlama gibi yan etkiler ortaya çıkabilir. En büyük yan etkisi belirtisi

24 saatte 3 litreden az idrar çıkma olan böbrek toksisitesidir (Bailey & Bailey, 2004;Otong, 2003;Townsend, 2003).

Anksiyolitikler: Anksiyete tedavisinde sıklıkla benzodiazepinler ve buspiron kullanılmaktadır. Benzodiazepin, beyinde major inhibitör transmitter olan GABA aminoasitinin çalışmasını etkiler. GABA reseptör kanalları, nöronların içine klorid anyonunu seçerek alırlar. GABA reseptörlerinin aktivasyonu, nöronları hiperpolarize eder ve böylece inhibitör etkisi oluşur. Benzodiazepinler, GABA reseptörlerinin özel bölümlerini bir araya getirerek etki gösterirler. Buspiron ise seratonin reseptörünün bölümlerini etkileyerek seratoninin işlevini azaltmaktadır. (Isaacs & Shieves, 2002;Townsend, 2003;Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001;Worret & Fortinash, 1996).

Antianksiyete veya anksiyolitik ilaçlar anksiyeteyi tedavi etmek amacıyla anksiyete bozukluklarında ve imsomnia, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, post travmatik stres bozukluğu ile deliryum tremens tedavisinde kullanılır (Varcarolis, 1998; Videbeck, 2001).

Yan etkileri: Uyku hali, baş dönmesi ve ataksi görülebilir. En büyük yan etkisi bağımlılıktır. Bağımlılık yaptığından dolayı 2-4 haftadan fazla sürekli olarak verilmez. Bağımlılık belirtileri ilacı bıraktıktan 2-14 gün sonra ortaya çıkar ve baş ağrısı, kulak çınlaması, iştahsızlık, görme bozukluğu, titreme, sese ve ışığa duyarlılık şeklindedir (Boyd, 2001;Townsend, 2003;Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001).

Stimülanlar: Stimülan ilaçlar, özellikle amfetaminler, ilk defa psikiyatrik bozuklukları tedavi etmek için 1930'larda merkezi sinir sisteminin uyarılmasıyla oluşan etkiler için kullanılmıştır. Geçmişte depresyon ve obeziteyi tedavi etmek için kullanılmış, fakat günümüzde yaygın olarak kullanılmamaktadır. Günümüzde stimulanlar, temel olarak dikkat bozukluklarında, çocuklarda ve adölesanlarda hiperaktivite bozukluğu, yetişkinlerde kalıcı dikkat bozukluğu gibi durumlarda kullanılmaktadır (Baer & Williams, 1992;Townsend, 2003;Varcarolis, 1998; Videbeck, 2001).

Disulfiram (Antabus): Disulfiram, aldehid dehidrogenaz enziminin inhibitörüdür. Alkol bağımlılığı tedavisinde kullanılır. Disulfiram, alkolün parçalanmasını etkiler, toksik madde oluşumuna neden olur. Alkol ile birlikte alınca vücutta asetaldehit birikmesi sonucu, asetaldehit sendromu gelişir ve bulantı, kusma, hipotansiyon, bilinç kaybı, taşikardi, dispne, konfüzyon, kalp-solunum arresti görülür (Kayaalp, 1992). Hasta ilaç kullanırken ve bıraktıktan sonra 14 gün sonrasına kadar alkol almaması konusunda uyarılmalıdır (Boyd, 2001;Townsend, 2003;Varcarolis, 1998;Videbeck, 2001).

2.4. İlaçların Hazırlanması ve Uygulanmasında Güvenliğin Sağlanması

İlaçların güvenli bir şekilde kullanımını sağlama, hemşirenin en önemli sorumluluklarından birisidir. İlaçların uygulanmasında ‘sekiz doğru’ ilkesi hemşireye yol göstermektedir. Bunlar:

- 1- Doğru ilaç
- 2- Doğru doz
- 3- Doğru hasta
- 4- Doğru zaman
- 5- Doğru yol
- 6- Doğru ilaç şekli
- 7- Doğru kayıt
- 8- Doğru yanittir.

Doğru İlaç: Doğru ilacın güvenli verilebilmesi için hemşirenin ilaçlar hakkında temel bilgiye sahip olması gerekir. Hemşire ilacın etki mekanizmasını, kontrendikasyonlarını, yan etkilerini ve kullanım dozunu bilmelidir (Paterson, Rees, Czarniak, Reis & Evans, 1996). Bu amaçla doktor istemi kontrol ettikten sonra, hemşire seçilen ilaç kutusunun üzerindeki etiketi ilaç kutusunu seçerken, ilacı kutusundan alırken ve ilaç kutusunu saklama dolabına bırakırken olmak üzere 3 defa kontrol ederek doğru ilacı seçer. İsmi birbirine benzeyen ilaçlara özellikle dikkat edilmelidir. Etiketli olmayan ilaç kutularındaki ilaçlar kullanılmamalıdır. Bir başkasının hazırladığı ilaç, eğer etiketinde belirtilmediyse kullanılmamalıdır (Craven, 1996;Paterson et al., 1996;Perry & Potter, 2004).

Doğru Doz: Doğru doz uygulamasında hemşirenin dikkat etmesi gereken noktalar, ilaç dozlarının hesaplanma yöntemlerini ve ölçüm sistemlerini bilmesi, daima uygun ölçüm sistemi kullanılmalı, ölçülmemiş tabletleri ayırmaması ve bölünmüş tabletleri uygun şekilde ölçülmemişse hastaya vermemesidir (Paterson et al., 1996).

İlaç dozu belirlenirken ilaç dozu en az yan etki ile maksimum iyileşmeyi sağlayacak şekilde düzenleme yapılır. Bu arada ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, değişiklik, iyileşme ve gelişebilecek yan etkileri gözlemlemelidir. Eğer ilaç dozu hızlı bir şekilde arttırılırsa, hemşire hastanın kan basıncını, nabzını, ruhsal durumunu ve yan etkileri dikkatli bir şekilde izlemelidir (Boyd, 2001).

Psikiyatride, kişinin kan düzeyi terapötik seviyeye ulaştığı zaman hedef semptomları geliştiren bazı ilaçlar kullanılmaktadır. Lityum gibi bazı ilaçlar dar bir terapötik alana sahiptir, hasta sürekli ve düzenli takip edilmek zorundadır. Hemşireler bu seviyenin ne zaman ve nasıl oluştuğunun farkında olmalı ve hastanın bu prosedürü öğrenmesine yardım etmelidir (Boyd, 2001;Videbeck, 2001).

Doğru Hasta: Herhangi bir ilaç verilmeden önce hastanın kimliği belirlenmelidir. Hastanın isimliği kontrol edilmelidir, çünkü hastalar karışmış olabilir veya kasıtlı olarak aldatmaya çalışabilirler. Eğer hastanın isimliği yoksa ismi sorulmalıdır, herhangi bir kuşku varsa diğer hemşireye sorulmalıdır. Hastaya “Siz Bay X misiniz?” diye sorulmamalıdır. Bazı hastalar doğru olmasa da “evet” şeklinde yanıt verebilir (Boyd, 2001;Townsend, 2003).

Doğru Zaman: Doktor istemlerinde ilacın günde kaç defa ve ne zaman verileceği belirtilmelidir. Eğer kesin bir zaman belirtilmemişse, ilaç verilme saatleri sıklıkla kurum içi programa göre ayarlanır. İlaç uygulamasında program

geliştirilmesi önemlidir ve hemşire bu programa uymalıdır. Rutin program birçok ilacın birlikte verilmesi veya uzun aralıklarla verilmesini önler. Genel kural olarak hemşire daima istemde verilen zamana göre 30 dk. içinde hastanın ilacı aldığından emin olmalıdır (Craven, 1996;Paterson et al., 1996;Perry & Potter, 2004).

Doğru Yol: İlacı doğru yolla vermek, hastanın maksimum yarar sağlamasını ve uygun ilaç dozunu almasını sağlamaktadır. Doktor genelde ilacın hangi yolla verileceğini belirtir. Eğer uygun yol konusunda bazı sorular varsa doktor ile değerlendirilmelidir. Doğru yolla ilaç uygulanmasında hemşirenin dikkat etmesi gereken noktalar, uygulanacak ilacın hangi yolla verileceğinden emin olmak, ilacı hazırlayan kişinin veriliş yolu konusunda soruları varsa cevabını belirlemek, ilacı uygulamadan önce hastanın işbirliğini sağlamak, değişik ilaçlarda hangi veriliş yolunun kullanılacağını bilmektir. Hemşire uygulamak için hazırladığı ilaçtan sorumlu tutulmaktadır. Eğer hemşire ilacın, hastaya uygulanmasından veya veriliş yolundan endişe duyuyorsa, doktordan ilacı hazırlaması ve uygulamasını isteyebilir ve bunu hasta kayıtlarına uygun olarak kaydedebilir. Hastanın kendisini rahatsız hissetmemesi için hastaya prosedür hakkında bilgi vermek ve desteklemek önemlidir (Craven, 1996;Paterson et al., 1996;Perry & Potter, 2004).

Doğru İlaç Şekli: Doğru ilaç şekli, ilaçların yapısı, rengi, kokusu ve tadını içerir. İlacın hastanın yemeğine ya da suyuna katılması, yemeklerden önce ya da sonra verilmesi, süt ile beraber veya meyve suyu ile beraber alınması gerektiği gibi bilgileri içerir (Craven, 1996;Perry & Potter, 2004).

Doğru Kayıt: Hemşire hastaya uyguladığı ilacı, uygun kayıt formuna kaydetmeli ve form imzalamalıdır. Hastanın ilacı alma konusundaki isteği gözlemlenmeli ve kaydedilmelidir. Eğer hasta ilaç almayı redderse, bu durum ve reddetme nedeni de kaydedilmelidir. Kişinin ilacı reddetme konusunda kendince doğruları vardır ve bunları ilaç reddetme gerekçesi olarak kabul eder (Perry & Potter, 2004).

Doğru Yanıt: Hemşire hastanın aldığı ilaca karşı göstereceği doğru yanıtın ne olduğunu bilmeli, istenmeyen bir yanıt gözlemediğinde bunu kaydetmeli ve bildirmelidir. İlaç kullanımına bağlı yan etkiler değerlendirilmelidir. Bunlar, distoni (ekstremiteler ve vücut kaslarının istemsiz ve düzensiz hareketi), akatisi, parkinsonizm sendromu (titreme, rijidite, motor aktivitelere yavaşlama ve anormal postür gibi parkinson hastalığına benzer bulgular), tardive diskinezi sendromu, nöroleptik malign sendrom gibi extrapiramidal yan etkilerdir (Boyd, 2001;Townsend, 2003).

Birçok sağlık kurumu ilaçların saklanması için “ilaç odası” veya saklama bölümü hazırlar. Bazı kurumlarda taşınabilir kilitli araçlar bulunur. Bunlar hemşirenin ilacı kapalı ve güvenli bir şekilde hazırlamasını sağlar. İlaçlar kişisel bilgileri içeren tedavî arabalarında saklanmalıdır. Araba eğer, hemşire direkt başında değilse mutlaka kilitlenmelidir. Bazı ilaçlar kimyasal yapılarının bozulmaması için buzdolabında saklanmalıdır. Bütün ilaçlar, düzenli olarak hasta adı, ilaç adı, doz ve düzenlenme tarihi ile etiketlenmelidir. Eğer etiket okunmuyorsa işlem yeniden yapılmalıdır. Bütün narkotikler ve diğer kontrollü kullanılan ilaçlar, ilaç odasında çift kilit altında tutulmalıdır. Hemşire bu ilaçları verdiğinde özel kayıt formlarına kaydetmelidir. Bu tür ilaçlar her şifrin sonunda kaydedilmelidir (Bunker, 1999).

2.5. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği İlaç Uygulamalarında Sistemik

Yaklaşım

Türk Hemşireler Derneği 1981 yılında “hemşireliğin işlevleri, standartları ve niteliklerini kapsayan bir rehber” isimli hemşirelik uygulamalarını içeren rehber yayınlamıştır. Rehberde hemşirelerin ilaç uygulamalarına yönelik rol ve sorumlulukları incelendiğinde, poliklinik hizmetleri ile ilgili işlevlerinin içinde acil durumlarda ilk yardımın yapılması ve tedavinin uygulanması maddesi yer almaktadır (Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi, 1981). Ülkemizde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin ilaç uygulamalarına yönelik rolünü doğrudan ifade eden kaynak bulunmamaktadır. ANA, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulama standartlarında, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin ilaç uygulamalarındaki rol ve sorumluluklarını açıkça belirtmiştir.

ANA ilk defa 1967 yılında ‘Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulama Standartları’ geliştirmiştir. Geliştirilen bu standartlar, Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin, temel ve ileri düzeydeki hasta gereksinimlerine yönelik aktivitelerini tanımlanmakta ve profesyonel hemşirelik uygulamalarını belirlemektedir. ANA’nın uygulama standartları, bakım standartları ve profesyonel performans standartları olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Bu standartlar, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin uygulamalarını ve sorumluluklarını tanımlamada yol gösterici niteliktedir. ANA’nın belirlediği uygulama standartları incelendiğinde, IV. Standart’ın ‘psikobiyojik müdahale’ olduğu görülmektedir. Bu standarda göre ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi, hastanın sağlığını yükseltmek için psikobiyojik bilgi ve becerilerini kullanmalıdır (Boyd, 2001; Isaacs & Shieves, 2002; Varcarolis, 1998; Videbeck, 2001; Worret & Fortinash, 1996).

Psikobiyojik tedavilerin önemli bir kısmını ilaçlar oluşturmaktadır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi psikofarmakolojik ajanlarla tedavi edilmeye başlayan hastada güvenli ve etkili yönetimi sağlayabilmek için nörolojik bilimler ve farmakoloji ilkelerini uygulayabilmelidir. Klinik yönetim veri toplama, tanılama ve tedaviyi içerir (Pelletier et al., 1999).

2.5.1. Veri Toplama

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi psikofarmakolojik ajanlar konusunda hastadan veri toplama bilgi beceri ve yeteneğine sahip olmalıdır. Veri toplama, fiziksel, nöropsikiyatrik, psikososyal ve farmakolojik parametreleri içerir. İlaç öyküsü, ilaç tedavisi kullanma ile ilişkili bazı uygulamaların temelini oluşturmaktadır. Kapsamlı veri toplama hasta ile ilk karşılaşmada başlar ve sonraki karşılaşmalarda daha fazla odaklanarak devam etmelidir. Örneğin, veri toplamada hasta ile ilk karşılaşma sırasında ilaç öyküsü alınmalıdır. Psikotropik ilaç alan hastalar duygusal desteğe ihtiyaç duyarlar. Buna rağmen veri toplama ve değerlendirme sürecinde fiziksel ihtiyaçlar da gözardı edilmemelidir. Beslenme, dinlenme, uygun aktivite, sıvı, oksijen, ısı dengesi, giyinme, barınma ve cinsel gereksinimler gibi temel gereksinimler de psikolojik gereksinimler gibi dikkate alınmalıdır (Townsend, 2003). Veri toplama, temel bilgileri de içerir. Örneğin, boy-kilo gibi ilacı reçete ederken yararlı olabilecek ve ilaç tedavisinin değerlendirilmesinde etkisi olabilecek bilgileri içerir. Veri toplama, hastanın ilaç tedavisi konusunda ne bildiği ve ilaç tedavisini öğrenme konusunda hazır olup

olmadığına karar vermeyi ve hastanın hastalığı konusunda neler bildiğini içerir. Hemşire ilaç tedavisinin tedavi ediciliğini ve yan etkilerini gözlemlene ve kaydetmeden sorumludur (Perry & Potter, 2004;Smith & Duel, 1992).

Bazı psikotropik ilaçlar bireyin fizyolojik sürecini etkileyebilir. Bu nedenle hemşire hastanın normal fizyolojik sürecini bilmelidir. Hemşire hipersensitivite reaksiyonu gelişmesindeki risk faktörlerini bilmeli ve gözlemlemeli, hastanın endikasyonlara yanıtını değerlendirmelidir. Risk faktörleri, önceki ilaca karşı allerjik reaksiyonları, ailede alerji öyküsü ve alınan mevcut parenteral tedaviyi içerir. Hastanın bulantı, kusma, kaşıntı, kabızlık ve ishali içeren anaflaktik şikayetler yönünden değerlendirmesi yapılmalıdır. Bu belirti ve bulguları hipotansiyon, bronkospazm, ürtiker, eritem ve laringeal ödem takip edebilir. Aynı zamanda seçilen ilacın dozu bu faktörlerden etkilenebilir (Perry & Potter, 2004;Taylor, 1994).

Hastaların geçmiş deneyimleri ve psikotropik maddelere yönelik oryantasyon durumları ilaçları kullanmalarını etkilemektedir. Bazı hastalar ilacı almaya isteklidirler ve aldıkları ilaçların bütün problemlerine yanıt vereceğini düşünürler. Bazı hastalar ise kontrolü kaybetmekten korktukları için ilacı almayı reddedebilirler (Taylor, 1994).

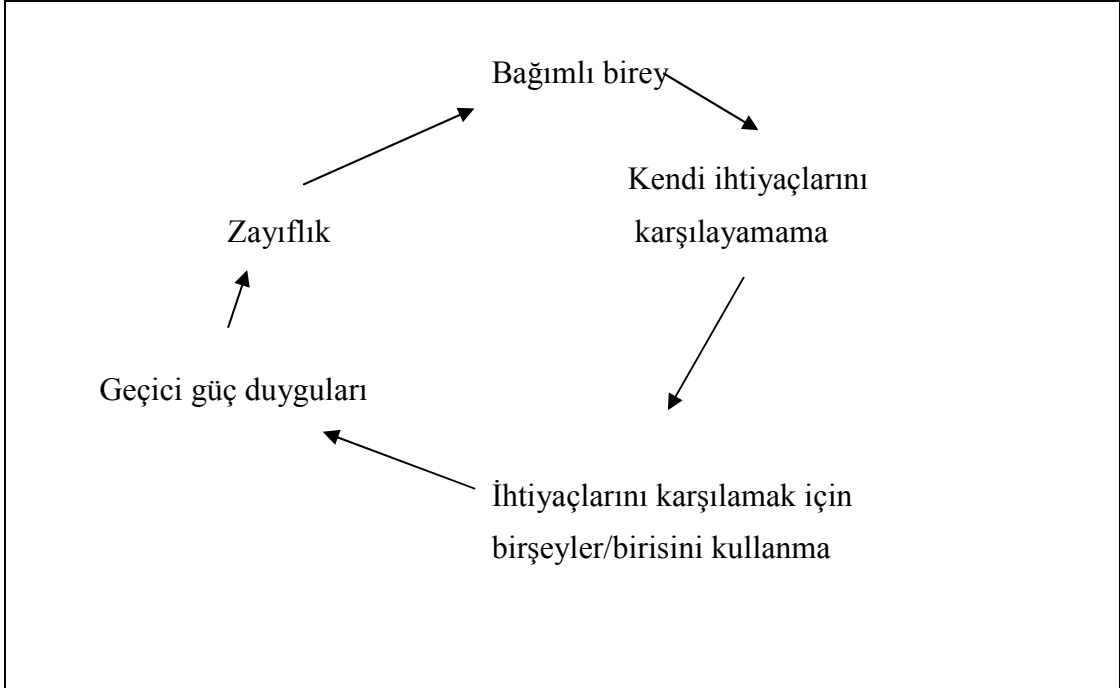
İlaça verilen psikolojik yanıt fizyolojik yanıtı etkiler. İlaç etkisi, tolere edilmesi, sıcaklık, gebelik, hastalık, ilaç dozu ve veriliş yolu fizyolojik faktörleri etkiler ve psikolojik yanıt bütün bu faktörlerden etkilenebilir. Farmakodinamik etkinin psikolojik yanıt ile birleşmesi ilacın etkinliğini etkileyerek yan etki gelişmesine neden olur ve hasta ilacı reddedebilir. Bu durum aynı ilacın, aynı dozda, iki farklı hastaya aynı yolla verildiğinde aynı reaksiyonu göstermeme nedenini açıklamaktadır. Bu nedenle hemşire ilaç tedavisine başlamadan önce, hastanın ilaç tedavisine karşı davranışını değerlendirmelidir (Baer & Williams, 1992;Smith & Duel, 1992;Todd et al., 1989).

Davranışlar: Öncelikle kişinin genetik yapısı, kişinin çevreyi algılamasını ve çevre ile etkileşimini etkiler. Bunun yanında, aile, kültür, eğitim, inanış, sosyoekonomik durum ve sağlık gibi dominant faktörler de etkilidir. Bu faktörler genetik faktörlerle birlikte bireyin davranışlarına şekil verir. Davranışlar ve davranış unsurları, uzun süreli sosyal deneyimler sırasında gelişmektedir. İlaç tedavisinde erken yaştaki deneyimler, gelişimin diğer basamaklarındaki yanıtı etkilemeye devam etmektedir (Baer & Williams, 1992;Paterson,et al., 1996;Todd et al., 1989).

Motivasyon: Motivasyon çaba, dürtü ve gereksinimler şeklinde tanımlanmaktadır. Çaba, psikolojik ve biyolojik gereksinimler ve davranış aktivitelerine yöneliktir. Dürtüler, spesifik amaçları başarma davranışına yöneliktir. Dürtüler, zaman içinde diğer insanlar ve çevre ile etkileşim sırasında ortaya çıkar. Spesifik davranışlar memnun edici ihtiyaçlar, memnuniyetin tekrarlanması ve bu durumda güç kazanmakta kullanılır. Bu nedenle motivasyon ile ilişkili ihtiyaçlar, dürtü ve çaba hastanın ilacını almasıyla ilişkilidir (Baer & Williams, 1992;Paterson et al., 1996).

İlaça Bağlı Olmanın Anlamı: Hasta için ilaç almanın veya ilacın anlamı hastanın ilaç tedavisine verdiği yanıtı etkiler. Hemşire bunun farkında olmalı ve hastanın duygusal durumunu tanımlamalıdır (Paterson et al., 1996;Todd et al., 1989).

Bağımlılık: Yaşam sürecinde her insan bağımlılık duygusu yaşayabilir. Bazı bireyler bağımlılık duygusu yaşadıkları durumlarda daha önceki deneyimleri ile yanıt verirler. Örneğin bağımlı kişilik yapısındaki hastalar, kendi ihtiyaçlarını karşılamak için becerilerini bağımsız şekilde kullanamaz, bu güçsüzlüğü ile başedebilmek için diğer insanlara ihtiyaç duyar, alkol ya da ilaç kullanabilirler. Bu durumda güvenlik ve güç açısından geçici duygular ortaya çıkabilir ve daha fazla dozda ilaca gereksinim duyabilir (Baer & Williams, 1992; Paterson et al., 1996). Aşağıda bağımlı kişilik yapısındaki bireyin tepkisini açıklayan süreç verilmiştir.

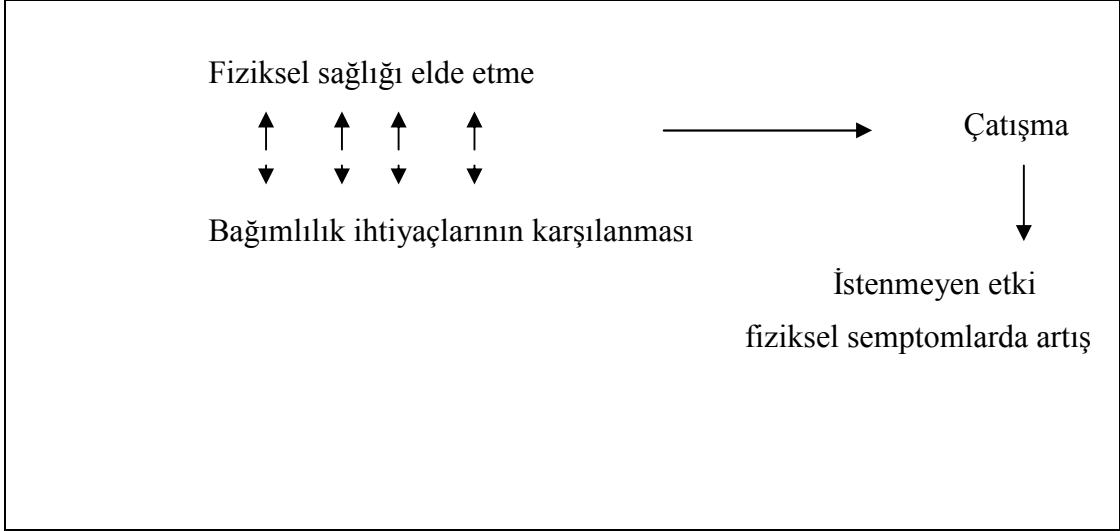


Şekil 2.1: Bağımlı kişilik yapısındaki bireyin tepkisi

Kaynak: Paterson, R.A., Rees, W.N., Czarniak, P.A., Reis, B.S., Evans, M.E. (1996). Pharmacological Aspects of Nursing Care. Second Edition. An International Thomson Publishing Company, South Melbourne, pp: 126

Kızgınlık, Öfke ve Düşmanlık: Bağımlı kişilik yapısındaki bireyler önem verdiği diğer kişilere küskünlük ve düşmanlık geliştirebilirler, bu kişiler arasında sağlık bakım ekibi üyeleri de olabilir. Bu durum aslında öfkenin maskeli bir biçimde ifadesi anlamını taşımaktadır. Öfke duyguları bireyin sağlık durumundaki değişim ve günlük yaşamındaki değişiklik ile ortaya çıkar. Öfke yanıtının altında bir kişinin vücudunu ya da yaşamını kontrol etmede güçsüzlük duygusu yatar (Baer & Williams, 1992; Paterson et al., 1996).

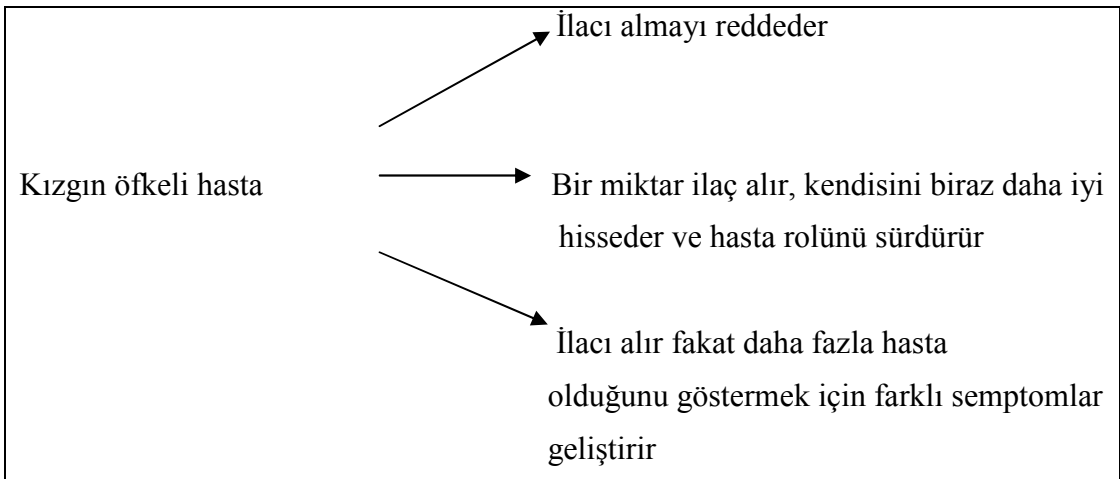
Fiziksel sağlığı elde etmek ve bağımlılık ihtiyaçlarının karşılanması ile ortaya çıkan çatışma, ilacın beklenmeyen etkisinin ortaya çıkması ile sonuçlanabilir ve fiziksel semptomlar ortaya çıkabilir (Paterson et al., 1996). Aşağıda kızgınlık öfke ve düşmanlık duygularının fiziksel sağlığı etkilemesi gösterilmektedir.



şekil 2.2: Kızgınlık, öfke ve dűřmanlık duygularının fiziksel sağlığa etkisi

Kaynak: Paterson, R.A., Rees, W.N., Czarniak, P.A., Reis, B.S., Evans, M.E. (1996). Pharmacological Aspects of Nursing Care. Second Edition. An International Thomson Publishing Company, South Melbourne, pp: 127

Uygun ruhsal durum veya ilacın terapötik etkisine inanma, ilacın etkinliğini arttırır. Bu nedenle öfke ve kızgınlık ilacın etkinliğini negatif yönde etkileyebilir. Eğer hasta başkalarının kontrolünü sağlamak veya dikkatini kazanmak için hasta rolünü kullanıyorsa, ilaç tedavisi hasta ve ailesi tarafından sabote edilebilir. Hasta iyileşmeye eğilimli değildir, çünkü hastalığın getirdiği sekonder kazancı kaybetmek istemez. Bu tür hasta, ilacını alabilir fakat farklı semptomlar geliştirebilir veya hastalığı şiddetlenebilir. Bunun yanı sıra hasta kendisini biraz daha iyi hissetmek için hasta rolünden çıkmayacak kadar ilaç alır ve ilacın tamamını almayı reddeder (Baer & Williams, 1992;Paterson et al., 1996;Smith & Duel, 1992;Todd et al., 1989). Aşağıda öfkeli hastanın tepkileri gösterilmektedir.



şekil 2.3: Öfkeli hastanın ilaca karşı tepkisi

Kaynak: Paterson, R.A., Rees, W.N., Czarniak, P.A., Reis, B.S., Evans, M.E. (1996). Pharmacological Aspects of Nursing Care. Second Edition. An International Thomson Publishing Company, South Melbourne, pp: 127

Anksiyete ve İmaj: İnsanlar güçlü olabilmek için varolan imajlarını sürdürme ihtiyacı duyarlar. Diğer insanlara ve ilaca bağımlı olmaktan korkabilirler ve hasta olmayı reddedebilir. Bu tür davranışlar rol değişikliği ve rol fonksiyonlarını kaybetmekten kaynaklanır. Bu bireyler hastalıklarını inkar edebilirler. İlaçlardan korkmaya neden olan bazı durumlar ilaca karşı tolerans gelişmesi, ilacın verilmiş yolu, seksüel impotans, seksüel istekte artış ya da azalma ve yan etkilerdir. Hasta bu korkularını çok nadir konuşur, çok sıklıkla düşünür ancak saklı tutar, bu da anksiyetenin artmasına neden olur. Bu durumda ilaç tedavisinin etkinliğini azaltan potansiyel reçete edilenden daha az ilaç alma, ihtiyaç olandan daha az alma, ilaç tedavisini yarıda bırakma veya ilacı reddetme gibi davranışlar ortaya çıkabilir (Baer & Williams, 1992; Paterson et al., 1996; Smith & Duel, 1992).

Sonuç olarak veri toplama aşamasında hemşire hastanın tıbbi öyküsü, fizyolojisi ve ilacı alma davranışı konusunda ekip ile işbirliği yapmalıdır. Ekip ile beraber uygun doz ve uygun verilmiş yoluna karar verme aşamasında topladığı verilerden yararlanmalıdır.

2.5.2. Tanılama

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi ruhsal bozukluğa sahip hastanın psikofarmakolojik tedavisini yönetebilmek için hemşirelik ve tıbbi tanılama sınıflandırma sistemlerini uygun kullanabilme bilgi, beceri ve yeteneğine sahip olmalıdır (Pelletier et al., 1999).

Tanılama, toplanan bilgilerin analiz edilmesini ve tanı oluşturmayı içerir. İlaç tedavisi alan hastaya bakımda tanılama fizyolojik fonksiyonlardaki değişikliği içerir. Örneğin, kalbin inefektif çalışmasına bağlı olarak kardiyak output'un azalması, hastalık veya tedavi konusunda bilgi verebilir. Tanılama cümlesi uygun müdahalenin tanımlanmasına yardım eder (Perry & Potter, 2004). Örnek hemşirelik tanıları,

- Mental hastalık nedeniyle mental değişikliğe bağlı anksiyete
- Terapötik rejimi ineffectif yönetme
- Rahatta değişim: Antipsikotik ilaca bağlı postür al hipotansiyon
- Travma riski: Antipsikotik kullanmaya bağlı postür al hipotansiyon
- Rahatta değişim: Antipsikotik ilaç rejimine bağlı peristaltizmin azalması nedeniyle abdominal distansiyon
- Bilgi defisiti: Antipsikotik ve ilaç rejimine bağlı
- Seksüel örüntüde değişim: Antipsikotik ilaç rejimine bağlı
- Tedaviye uyumsuzluk: İlaç yan etkilerine ve anksiyetenin artmasına bağlı ilaç dozunu almama (Biol, 1997; Carpenito, 1999; Tood et al., 1989)

2.5.3. Planlama

Planlama, hastanın ilaca yönelik gereksinimlerine, ilaç tedavisinden beklenen sonuçlar için, ekip ile birlikte tartışarak ilacı uygulamada uygun programa karar verme gibi aktiviteleri içerir. Hemşire bakım hedeflerini formüle etmeli ve hasta eğitim programını bireylerin ilaçlarını kendilerinin alması amacıyla yönelik olarak düzenlenmelidir (Perry & Potter, 2004).

Hemşirelik tanıları ile ilişkili hemşirelik bakımının amaçları, anksiyeteyi azaltma, rahatı arttırma, düşme riskini azaltma, normal eliminasyonu sağlama, normal seksüel fonksiyonları sağlama, antipsikotik ilaçların optimal kan seviyesini sürdürme ve hastanın ilaç rejimine yönelik eğitimi içerebilir (Tood et al., 1989).

2.5.4.Uygulama

İlaçların Hazırlanması: Hekim tarafından istemin verilmesi gibi hemşirenin de bu istemi alması hastane politikasına uygun olarak gerçekleştirilir. Örneğin hastane politikasına göre tedavi defteri, kart ya da karteks kullanılabilir. Hekimler istemlerini ilaç tabelasına ya da istem dosyasına yazarlar. Her sabah hemşire, istemleri tedavi defterine ya da ilaç kartlarına yazar. Ardından istemi aldığını gösteren imzasını hekimin imzasının yanına atar. İlaçları hazırlamadan önce ilaç kartları kontrol edilmelidir. İlaç kartları ve kadehleri özel bir tepsi içine yerleştirilir. Hemşire ilaçları hazırlarken ya da hazırladıktan sonra tepsiyi açıkta bırakıp gitmemelidir. Eğer gitmek zorunda kalırsa kilitli bir dolaba kaldırmalıdır. Hemşire ilaçları dağıtırken tepsiyi daima gözaltında tutmalıdır. Çünkü aceleci bir hasta kendi ilacını almaya çalışabilir ya da tepsideki ilaçlar ve kartlar karışabilir (Ulusoy & Görgülü, 1996).

İlaçların Hastaya Uygulanması: Uygulama, mevcut bütün ilaçların verilmesi ve kaydedilmesini içerir. (Perry & Potter, 2004). Psikiyatri kliniğinde ilaç uygulamasında ilacı hastaya vermek diğer kliniklerden daha farklıdır. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalar dolaşabilirler. Bu nedenle hemşire ilacı uygun bir yerden örneğin, tedavi odasından koridora açılan bir pencereden dağıtmak gibi birtakım önlemler almalıdır. Bazı hastalar intihar girişiminde kullanmak için ilaç çalmaya çalışabilirler, ilaçlarını saklayabilirler. Bu nedenle psikiyatri hastasına ilaç uygulamak özel dikkat gerektirmektedir (Taylor, 1994).

Bazı hastalar korkabilir veya ilacı almaktan şüphe duyabilir. Bazı hastalar da ilaçların yan etkilerinden dolayı rahatsız olabilir. Bu tür hastalar terapötik yarar görmedikçe veya yan etkilerden kurtulmadıkça ilaçlarını almak istemezler (Boyd, 2001). Psikiyatri hastalarına ilaç uygularken hemşire, hasta için ilaç kullanmanın ne anlama geldiğini anlamalıdır. İlacı hastaya verirken hastayı yan etki ve beklenmeyen etki yönünden gözlemelidir. Hemşirenin hastanın ilacını alması için, hasta ile güven verici ilişki geliştirmesi gerekmektedir. Hemşire ilacını almayı reddeden hastaya ilacı vermeden önce, hastanın ilacı almak istememe nedenini araştırmalıdır ve hastaya ilacı neden alması gerektiğini açıklamalıdır (Taylor, 1999). Hemşirelik önlemleri, yan etkilerle ilişkili memnuniyetsizliği en aza indirme yönünde olmalıdır. Basit açıklamalar tekrarlı olarak yapılmalıdır. İlaçtan beklenen yararın ne olduğu, terapötik yarar sağlanana kadar ne sürede alınması gerektiği belirtilmelidir (Townsend, 2003).

İlaç uygulamasında dikkat edilecek noktalar aşağıda özetlenmiştir (Boyd, 2001; Taylor, 1999; Terakye, 2000; Townsend 2003; Tood et al 1989).

- Hastanın ilacını reçete edildiği şekilde alması sağlanmalıdır,
- Hasta doktora danışmadan ilacını değiştirmemesi için uyarılmalıdır,
- Hasta ilacını birdenbire kesmemesi için uyarılmalıdır,
- Hastaya anksiyolitik ilaçları alkolle birlikte alması halinde ciddi fonksiyon bozukluğu ve dikkat eksikliği olabileceği anlatılmalıdır,
- Hastaya motor koordinasyon gerektiren faaliyetler konusunda alması gereken önlemler anlatılmalıdır,
- Anksiyetesi yüksek hastalarla birlikte kalınmalıdır,
- Sedatif etkiler dikkatle gözlenmelidir,
- Hastadaki bağımlılık belirtileri gözlenmelidir,
- Hipersensitivite yönünden dikkatli olunmalıdır,

- Hastanın diyeti uygun tuz ve sıvı yönünden değerlendirilmelidir,
- Hasta ve aileye uygun miktarda tuz alımının önemi anlatılmalıdır,
- Lityumla birlikte diüretikler verilmemelidir,
- Hasta ile birlikte lityum toksisite belirtileri tartışılır ve hastaya belirtiler gelişirse hekime başvurması gerektiği anlatılmalıdır,
- Hasta uykusuzluk yönünden değerlendirilmeli, uyku örüntüsü takip edilmeli ve düzenli kaydedilmelidir,
- Hastaya önerilen dozu azaltmamasının önemi anlatılmalıdır,
- Lohusa anneye bebeğini emzirmemesi ve nedeni anlatılmalıdır,
- Hasta kendini iyi hissetse de lityumun kandaki seviyesinin önemi anlatılmalıdır,
- Tedavi süresi boyunca intihar riski yönünden gözlenmelidir,
- Ağız kuruluğu gelişirse hastaya sert şeker, buz parçası, sakız veya sık sık az miktarda sıvı tüketmesi önerilmelidir,
- Hasta ve aileye terapötik etkinin 2-4 haftada ortaya çıkacağı anlatılmalıdır,
- Hastanın ilacı reçete edildiği şekilde alması sağlanmalıdır.

2.5.5.Değerlendirme

Değerlendirme, hastalığın belirti ve bulgularını azaltmada ilacın etkinliğini değerlendirmeyi içerir. İlaç kullanımı sonucunda meydana gelen beklenmeyen reaksiyonları ve hastanın ilacını kendisinin almasını içerir (Boyd, 2001). İlaç tedavisine başladığında hastanın fizyolojik ve psikolojik yanıtını izlemek, hemşirenin sorumluluğundadır. Bu nedenle hemşire ilaçların etkisini ve yan etkilerini bilmelidir. Hemşire hastayı dikkatli değerlendirmeli ve dinlemelidir (Taylor, 1994).

Psikiyatri hastasının bakımında hemşire ilaç uygulamalarının etkinliğini ekip üyeleri ile birlikte, hastalığın ve tedavinin hasta ve aile yönünden anlamı, hastanın sağlık durumu, yaşam bulguları, anksiyete düzeyi, konfüzyon, delüzyon, halüsinasyon, intihar girişimi, başetme mekanizmalarını kullanması ve sağlığı, ailenin ve hastanın iletişimi, hastanın kullandığı diğer ilaçlar, hastanın hastalık ve tedavi konusundaki bilgisi ve öz bakım yeteneğini değerlendirmelidir (Boyd, 2001).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma ülkemizdeki psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin oral ilaç uygulamalarını değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri

Araştırma, ülkemizde bulunan üniversite hastaneleri psikiyatri kliniklerinde (ÜH) ve Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde (RSHH) yapılmıştır. Ülkemizde 42 üniversitenin tıp fakültesinde psikiyatri anabilim dalı ve 42 üniversite hastanesinin 30'unda psikiyatri kliniği bulunmaktadır. Sağlık bakanlığına bağlı 7 adet ruh sağlığı hastanesi bulunmaktadır. Bunlar, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Adana Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Trabzon Ataköy Ruh Sağlığı Hastanesi ve SSK Erenköy Ruh Sağlığı Hastanesidir. Bu hastanelerden Trabzon Ataköy Ruh Sağlığı Hastanesi araştırmanın planlandığı dönemde hizmet vermeye başlamadığı için kapsam dışı tutulmuştur. Hastanelere ilişkin alt yapı özelliklerine yönelik ayrıntılı bilgi Ek-2'de verilmiştir. Türkiye genelinde ÜH'nde ve RSHH'nde çalışan 640 hemşire vardır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın, Türkiye genelinde üniversite hastaneleri psikiyatri klinikleri ve sağlık bakanlığına bağlı ruh sağlığı hastanelerinde çalışan tüm hemşireler ile yapılması planlanmıştır. Araştırmada SSK Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi üçüncü bir grup olarak düşünülmüş, ancak burada çalışan hemşire sayısının az olması, sağlık bakanlığı kapsamına alınması ve çalışma sistemi açısından RSHH'ne benzer olması nedeniyle RSHH grubuna dahil edilmiştir. Çalışmada örnekleme yöntemine gidilmeyerek tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Türkiye'de psikiyatri kliniği bulunan 30 ÜH'nden Hacettepe Üniversitesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi ve Marmara Üniversitesi hastanelerinden kurumsal izin alınmadığı için 27 ÜH'nden 149 ve 6 RSHH'nden 322 hemşire olmak üzere toplam 471 hemşire çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Ulaşılmaması planlanan hemşire grubunun %73, 5'i anketi doldurmuştur.

3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, ülkemizdeki psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin oral ilaç uygulamalarını değerlendirmek amacı ile hazırlanan ve oral ilaç uygulamalarını değerlendirmeye yönelik soruları içeren, soru formu aracılığıyla toplanmıştır.

3.5.Soru Formunun Hazırlanması

Soru formunda bulunan sorular, Sosyal Sigortalar Kurumu Bölge Hastanesi ve Antalya Devlet Hastanesi psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerle yapılan görüşmeler, konu ile ilgili kaynaklar (Frisch & Frisch 2002; Isaacs & Shieves, 2002; Terakye, 2000; Townsend, 2003; Varcarolis, 1998; Videbeck, 2001) ve araştırmacının klinik gözlemleri doğrultusunda hazırlanmıştır. Hazırlanan soru formu ile ilgili ön

uygulama araştırıcı tarafından Sosyal Sigortalar Kurumu Bölge Hastanesi ve Antalya Devlet Hastanesi psikiyatri kliniklerinde çalışan toplam 10 hemşire ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında anlaşılmayan iki soru düzeltilmiş, benzer olan ve aynı anlama gelen dört soru birleştirilmiştir.

3.6.Soru Formunun Uygulaması

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli yasal izin için ilgili kurumlarla 19.07.2003 tarihinde yazışmalar yapılmıştır. Uygulama onay yazıları tamamlandıktan sonra, 19.07.2004 ile 03.04.2005 tarihleri arasında yapılmıştır. Soru formları araştırıcı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere öncelikle araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırıcı soru formunu doldurana kadar yanlarında beklemiştir. Soru formları katılımcının soruları yanıtlamasının ardından araştırıcı tarafından toplanmıştır.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, soru formunda yer alan açık uçlu sorulardan elde edilen veriler araştırmanın güvenilirliği dikkate alınarak gruplandırılmıştır. Soru formundan elde edilen veriler kodlanarak bilgisayara aktarılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS-11 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede iki oran arasındaki farkın anlamlılık testi ve ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır

BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya alınan hemşirelerin, tanıtıcı özellikleri (Tablo 4.1.-4.4.), ilaç tedavisini uygulamadan önce veri toplama durumu ve topladıkları verilerin özellikleri (Tablo 4.5.), hastanelere göre ilaç tedavisi uygulama sistemlerinin özellikleri (Tablo 4.6.-4.14., Tablo 4.20.), hemşirelerin oral ilaç uygulamalarında hastaya yaklaşım özellikleri (Tablo 4.15.-4.18.), ilacın etkinliğini değerlendirme yöntemleri (Tablo 4.19.), hemşirelerin ilaç uygulamaları konusunda gereksinim duydukları eğitim konularının özellikleri (Tablo 4.21.) ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri n=149		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri n=322	
	n	%	n	%
Yaş grupları	31.2±6.3		33.05±7.6	
21–25	29	19.5	52	16.1
26–30	51	34.1	100	31.1
31–35	29	19.5	58	18.0
36–40	29	19.5	48	14.9
41–45	8	5.4	46	14.3
46 ve üzeri	3	2.0	18	5.6
Eğitim durumu				
Sağlık Meslek Lisesi	30	20.1	127	39.4
Ön Lisans	81	54.4	162	50.4
Lisans/ Yüksek Lisans/ Doktora	38	25.5	33	10.2
Klinik pozisyonu				
Klinik sorumlu hemşiresi	24	16.1	39	12.1
Klinik hemşiresi	125	83.9	283	87.9
Psikiyatri kliniğinde çalışma yılı	7.02±7.1		8.2±7.2	
0–4 yıl	77	51.7	144	44.7
5–9 yıl	31	20.7	56	17.4
10–14 yıl	12	8.1	53	16.5
15-19 yıl	15	10.1	31	9.6
20 yıl ve üzeri	14	9.4	38	11.8
Toplam	149	100	322	100

Tablo 4.1.'de araştırma kapsamına giren hemşirelere ilişkin sosyodemografik özellikler verilmiştir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 31.2±6.3, RSHH'nde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 33.05±7.2'dir.

ÜH'nde çalışan hemşirelerin %20.1'i sağlık meslek lisesi(SML), %54.4'ü önlisans, %24.5'i lisans, yüksek lisans ve doktora mezunudur. RSHH'nde çalışan hemşirelerin %39.4'ü SML, %50.4'ü önlisans, %10.2'si lisans mezunudur. RSHH'nde çalışan hemşireler arasında yüksek lisans ve doktora mezunu bulunmamaktadır.

ÜH'nde çalışanların %16.1'i klinik sorumlu hemşiresi, %83.9'u klinik hemşiresidir. RSHH'nde çalışanların %12.1'i klinik sorumlu hemşiresi, % 87.9'u klinik hemşiresidir.

ÜH'nde çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniğinde çalışma yılı ortalaması 7.02 ±7.1 yıl, RSHH'nde çalışan hemşirelerin çalışma yılı ortalaması 8.2 ±7.2yıl'dır.

Tablo 4.2. Hastanelere Göre Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusundaki Bilgilerinin Kaynağı

Bilgi Kaynağı*	Kurumlar				
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri n= 149		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri n=322		
	n	%	n	%	
Psikiyatri kliniğinde çalışmaya başlayınca	135	90.6	312	96.9	$\chi^2=8.335$ p=0.004
Hemşirelik eğitimi sırasında	101	67.8	180	55.9	$\chi^2=5.978$ p=0.014
Mezuniyet sonrası kurs alma	5	3.4	3	0.9	$\chi^2=3.585$ p=0.058
İlaç uygulamaları konusunda hizmet içi eğitim alma	45	30.2	74	23.0	$\chi^2=2.812$ p=0.094
Yayınları ve gelişmeleri takip etme	37	24.8	34	10.6	$\chi^2=16.210$ p=0.000

* İfadeler birden fazladır.

Tablo 4.2.'de hastanelere göre hemşirelerin ilaç uygulamaları konusundaki bilgi kaynakları verilmiştir. ÜH'nde ve RSHH'nde çalışan hemşireler ilaç uygulamaları konusundaki bilgilerini sırasıyla; psikiyatri kliniğinde çalışmaya başladıktan sonra (ÜH=%90.6, RSHH =%96.9), hemşirelik eğitimleri sırasında (ÜH=%67.8, RSHH=%55.9), ilaç uygulamaları konusunda hizmet içi eğitim alarak (ÜH=%30.2, RSHH=%23), yayınları ve gelişmeleri takip ederek (ÜH=%24.8, RSHH=%10.6) ve mezuniyet sonrası ilaç uygulamaları konusunda kursa katılarak (ÜH=%3.4, RSHH=%0.9) edindiklerini belirtmişlerdir.

RSHH’nde çalışan hemşirelerin tamamına yakını ilaç uygulamaları konusundaki bilgilerini psikiyatri kliniğinde çalışmaya başlayınca edindiklerini belirtmişlerdir ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

ÜH’nde çalışan hemşireler, ilaç uygulamaları konusundaki bilgilerini %67.8 oranında hemşirelik eğitimleri sırasında, %24.8 oranında yayınları ve gelişmeleri takip ederek edindiklerini belirtmişlerdir ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Hastanelere göre hemşirelerin ilaç uygulamaları konusunda bilgi alma durumlarının sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, iki grup arasında yaş ve bilgi alma durumları yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. ÜH’inde çalışan hemşirelerden 21-25 yaş ile 41 ve üzeri yaş grubundakiler ile RSHH’nde çalışan hemşirelerden 31-40 yaş grubundakiler ilaçlar ile ilgili herhangi bir mezuniyet sonrası kursa katılmadıklarını belirtmişlerdir. RSHH’nde çalışan hemşirelerden lisans mezunlarının %84.8’i ilaçlar konusundaki bilgilerini hemşirelik eğitimi sırasında edindiklerini belirtmişler ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Her iki kurumda çalışan hemşirelerin çalışma yılı ve klinik pozisyonları ile ilaç uygulamaları konusundaki bilgi kaynakları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ek 3, Tablo 4.2.a.).

Tablo 4.3. Hemşirelere Göre İlaç Tedavisi Boyutlarının Önemlilik Sırası

İlaç Tedavisinin Aşamaları	Kurumlar									
	Üniversite Hastanesi Psikiyatri Klinikleri n=149 (%)					S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri n=322 (%)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tedaviye karar verme	22.8	65.1	8.1	2.7	1.3	39.4	51.2	6.9	1.6	0.9
Veri toplama	69.8	16.8	6.7	2.0	4.7	54.7	32.6	6.2	3.4	3.1
Hazırlama	4.0	12.1	75.2	6.7	2.0	3.8	9.0	80.4	4.3	2.5
Uygulama	0.7	3.4	4.7	84.5	6.7	1.8	2.8	4.3	88.3	2.8
Tedavinin etkinliğini değerlendirme	2.7	2.6	5.3	4.1	85.3	0.3	4.4	2.3	2.5	90.5

Tablo 4.3.’de hemşirelere göre ilaç tedavisinin boyutlarının önemlilik sırası görülmektedir. Her iki kurumda da hemşireler birinci sırada veri toplama, ikinci sırada tedaviye karar verme, üçüncü sırada ilaçları hazırlama, dördüncü sırada uygulama ve beşinci sırada tedavinin etkinliğini değerlendirmeyi önemli bulmuşlardır. Buna göre her iki kurumdaki hemşirelerin önemliliği aynı şekilde sıraladıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 4.4. Hastanelere Göre Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Kendilerini Yeterli Görme Durumları (%)

Uygulamalar*	Kurumlar				
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri n=149		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri n=322		
	Yeterli	Yetersiz	Yeterli	Yetersiz	
İlaçların hazırlanması	100	-	97.8	2.2	
İlaçların verilmesi	98.0	2.0	97.2	2.8	
İlacın etkinliğini değerlendirme	77.9	22.1	68.3	31.7	$\chi^2=4.524$ p=0.033
Hastadaki semptomları değerlendirme	76.5	23.5	72.0	28.0	$\chi^2=1.039$ p=0.308
Hastanın tedaviye uyumunu değerlendirme	91.9	8.1	76.4	23.6	$\chi^2=16.210$ p=0.000
Hastayı tedaviye yönlendirme	91.3	8.7	79.2	20.8	$\chi^2=10.547$ p=0.001
Hastaya ilaçlar konusunda eğitim verme	77.9	22.1	60.9	39.1	$\chi^2=13.138$ p= 0.000
Hastanın bakımını üstlenen kişiye eğitim verme	77.2	22.8	73.3	26.7	$\chi^2=0.812$ p=0.368
Ekip üyeleriyle ilaçlar konusunda paylaşımında bulunma	87.2	12.8	90.1	9.9	$\chi^2=0.835$ p=0.361

* İfadeler birden fazladır.
Sd=1

Tablo 4.4.'de hemşirelerin ilaç uygulamaları konusunda kendilerini yeterli görme durumları verilmiştir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin tamamı, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %97.8'i, kendilerini ilaçların hazırlanması konusunda yeterli görmektedirler. ÜH'nde çalışan hemşirelerin %91.9'u, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %76.4'ü hastanın tedaviye uyumunu değerlendirme konusunda kendilerini yeterli görmektedirler. ÜH'nde çalışan hemşireler, RSHH'nde çalışan hemşirelere göre ilacın etkinliğini değerlendirme, hastanın tedaviye uyumunu değerlendirme, hastayı tedaviye yönlendirme ve hastaya ilaçlar konusunda eğitim verme konusunda kendilerini daha yeterli gördüklerini belirtmişler ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Hemşirelerin ilaç uygulamaları konusunda kendilerini yeterli görme durumlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde, RSHH'nde çalışan hemşirelerden 41 yaş ve üzerindeki hemşireler ilaç etkinliğini değerlendirme konusunda kendilerini daha yeterli görmektedirler ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0.05).Yaş grupları ile ilaçların hazırlanması, ilaçların

verilmesi, uyum değerlendirme, hastayı tedaviye yönlendirme, hastaya ilaçlar konusunda eğitim verme, hastanın bakımını üstlenen kişiye eğitim verme ve ekip yeleri ile ilaçlar konusunda paylaşımda bulunma yönünden iki kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Semptom değerlendirme konusunda her iki kurumda çalışan hemşireler arasında yüzdelik dağılımlar açısından bazı farklılıklar olmakla birlikte istatistiksel yönden anlamlılık yalnızca, RSHH'nde çalışan 31 yaş ve üzerindeki hemşirelerin kendilerini daha yeterli görme konusunda belirlenmiştir ($p<0.05$). H'nde ve RSHH'nde çalışan hemşirelerin klinik pozisyonları ve eğitim durumu ile ilaç uygulamaları konusunda kendilerini yeterli görme değişkenleri yönünden iki kurum arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı fark saptanmamıştır. RSHH'nde çalışan hemşirelerden, sorumlu hemşireler semptom değerlendirme ve uyum değerlendirme konusunda kendilerini daha yeterli görmektedirler ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma yılına bakıldığında ise, ilaçların etkinliğini değerlendirme ve semptom değerlendirme konusunda RSHH'nde çalışma yılı 4 yıldan fazla olan hemşireler kendilerini daha yeterli görmektedirler ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$), (Ek 3, Tablo 4.4.a).

Tablo 4.5. Hemşirelerin İlaç Tedavilerini Uygulamadan Önce Veri Toplama Durumu ve Topladıkları Verilerin Dağılımı

Değişkenler	Kurumlar				
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri		
	n	%	n	%	
Veri toplama					
Evett	121	81.2	229	71.1	$\chi^2=5.432$ p=0.020
Hayır	28	18.8	93	28.9	
Toplam	149	100	322	100	
Toplanan veriler*					
Hastanın ilaç kullanma öyküsü	107	88.4	209	91.2	$\chi^2 =2.200$ p=0.138
Hastanın ilaç kullanma davranışı	94	77.6	162	70.7	$\chi^2=6.702$ p=0.010
Hastanın ilaç tedavisine direnci	98	80.9	156	68.1	$\chi^2=12.305$ p=0.000
Hastanın ilaca karşı alerjisi	98	80.9	187	81.6	$\chi^2=2.526$ p=0.112
Hastanın ilaç bilgisi	59	48.2	94	41.0	$\chi^2=5.028$ p=0.025
Hastanın diyet öyküsü	74	61.1	134	58.5	$\chi^2=2.677$ p=0.102
Hastanın anlama ve koordinasyon düzeyi	77	63.6	113	49.3	$\chi^2=11.642$ p=0.001
Hastanın ilaç tedavisine ilişkin duygu ve düşünceleri	88	72.7	117	51.0	$\chi^2=21.401$ p=0.000
Bakım verenin tedaviye ilişkin yaklaşımları	61	50.4	97	42.3	$\chi^2=5.345$ p=0.021

*ifadeler birden fazladır.

Hemşirelerin ilaç tedavilerini uygulamadan önce veri toplama durumu ve topladıkları verilerin dağılımı Tablo 4.5.'de verilmiştir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin % 81.2'si, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %71.1'i ilaç tedavilerini uygulamadan önce veri topladıklarını belirtmişlerdir. ÜH'nde çalışan hemşireler ilaç tedavilerini uygulamadan önce daha fazla veri toplamaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Her iki kurumda çalışan hemşireler yüksek oranda hastanın ilaç kullanma öyküsü hakkında (ÜH=%88.4, RSHH=%91.2) ve düşük oranda (ÜH=%48.2, RSHH=%41) hastanın ilaç bilgisi hakkında veri toplamaktadırlar.

Üniversite hastaneleri psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, hastanın ilaç kullanma davranışı (%77.6), hastanın ilaç tedavisine direnci (%80.9), hastanın ilaç bilgisi (%48.2), hastanın anlama ve koordinasyon düzeyi (%63.6), hastanın ilaç tedavisine ilişkin duygu düşünceleri (%72.7) ve bakım verenin tedaviye ilişkin yaklaşımlarına (%50.4) yönelik daha fazla veri toplamaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hemşirelerin ilaç tedavilerini uygulamadan önce veri toplama durumu ve topladıkları verilerin eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, ÜH’nde çalışan hemşirelerin eğitim durumları ile ilaç kullanma öyküsü arasında fark yoktur. RSHH’nde çalışan hemşirelerden, lisans mezunu olan hemşireler hastanın ilaç kullanma öyküsü (%90.9), hastanın ilaç kullanma davranışı (%81.8), ilaç tedavisine direnci (%72.7), hastanın ilaca karşı alerjisi (%84.8), hastanın ilaç bilgisi (%60.6), diyet öyküsü (%75.8), hastanın anlama ve koordinasyon düzeyi (%69.7), hastanın ilaç tedavisine ilişkin duygu ve düşünceleri (%66.7) ve bakım verenin tedaviye ilişkin yaklaşımları (%69.7) konusunda daha fazla veri toplamaktadırlar ve bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). ÜH’nde çalışan hemşirelerden lisans mezunu olan hemşireler hastanın ilaç tedavisine direnci konusunda daha fazla (%82.1) veri toplamaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$), (Ek 3, Tablo 4.5.a.).

Tablo 4.6. Hastanelere Göre İlaç Saklama Yerlerinin Dağılımı

Saklama Yerleri	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	
	n	%	n	%
İlaç dolabı	134	89.9	316	98.1
İlaç rafı/ tedavi masası	15	10.1	6	1.9
Toplam	149	100	322	100

$\chi^2=16.094$ **p=0.000**

Tablo 4.6.’de hastanelere göre ilaç saklama yerlerinin dağılımı gösterilmektedir. ÜH’nde çalışan hemşirelerin %89.9’u ilaçları ilaç dolabında, %10.1’i ilaç rafı ya da tedavi masasında bulundurmaktadırlar. RSHH’nde çalışan hemşirelerin tamamına yakını (%98.1) ilaçları ilaç dolabına bulundurduklarını belirtmişlerdir ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Hastanelere Göre İlaç Dolabı ve Tedavi Odasının Güvenliği İçin Alınan Önlemler

	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	
Güvenlik Önlemleri	n	%	n	%
İlaç dolabı kilitleniyor	108	72.5	140	43.5
İlaç dolabı ve tedavi odası kilitleniyor	9	6.0	-	-
İlaç dolabı kilitlenmiyor tedavi odası boş bırakılmıyor, tedavi odası boş olduğunda kilitleniyor	29	19.5	179	55.6
Tedavi odası yok, güvenlik önlemi alınmıyor	3	2.0	3	0.9
Toplam	149	100	322	100

Tablo 4.7.'de hastanelere göre ilaç dolabı ve tedavi odasının güvenliği için alınan önlemler verilmiştir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin ifadelerine göre, psikiyatri kliniklerinin %72.5'inde yalnızca ilaç dolabının kilitlendiği, %19.5'inde ilaç dolabının kilitlenmediği, tedavi odası boş olduğunda odanın kilitlendiği, %2'sinde tedavi odasının olmadığı ve güvenlik önleminin alınmadığı saptanmıştır. RSHH'nde çalışan hemşirelerin ifadelerine göre, psikiyatri kliniklerinin %43.5'inde yalnızca ilaç dolabının kilitlendiği, %55.6'sında ilaç dolabının kilitlenmediği ve tedavi odası boş ise odanın kilitlendiği, %0.9'unda tedavi odasının olmadığı ve güvenlik önlemi alınmadığı belirtilmiştir. RSHH'nde ilaç dolabı ve tedavi odasının birlikte kilitlenme uygulaması kullanılmazken ÜH'nin yalnızca %6'sında ilaç ve tedavi odasının birlikte kilitlenme uygulaması saptanmıştır.

Tablo 4.8. Hastanelere Göre İlaç Dağıtımında Kullanılan Malzemeler ve Niteliği(%)

	Plastik	Cam	Kağıt	Toplam
ÜH Kullanılan Malzeme(Bardak/Kadeh)	75.5	23.8	0.7	100
RSHH Kullanılan Malzeme(Bardak/Kadeh)	79.3	18.2	2.5	100

Tablo 4.8.'de görüldüğü gibi hastanelerin tümünde ilaç dağıtımında bardak ya da kadeh kullanılmaktadır. Her iki kurumda kadehlerde çoğunlukla plastik malzeme (ÜH=%75.5, RSHH=%79.3) tercih edilmekle birlikte ÜH'ndeki kliniklerin %23.8'inde, RSHH'ndeki kliniklerin %18.2'sinde cam malzeme de kullanıldığı görülmektedir.

Tablo 4. 9. Hastanelere Göre İlaç Uygulama İlkeleri ve Bu İlkelere İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Belirlenmiş İlkeler	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	
	n	%	n	%
Var	99	74.5	162	50.3
Yok	50	25.5	160	49.7
Toplam	149	100	322	100
İlkeler				
Hasta yanında ilaç bulundurmamak	3	3.0	5	3.1
İlacın verilmiş zamanına uymak	9	9.1	30	18.5
İlaç dağıtımında plastik malzeme kullanmak	18	18.1	27	16.7
Hastanın doğru ilacı aldığından emin olmak	6	6.1	7	4.3
İlacın doğru hastaya verildiğinden emin olmak	5	5.1	1	0.6
Hasta ile işbirliği yaparak hastanın katılımını sağlamak	9	9.1	8	4.9
İlacı hemşire deskinde dağıtmak	10	10.1	4	2.5
Doz ayarını ekipte birlikte yapmak,etki ve etkinliğini tartışmak	2	2.0	3	1.9
Hastanın ilacı aldığından emin olana kadar beklemek,gerekirse ağız kontrolü yapmak	31	31.3	64	39.5
İlacın verildiğini hemşire gözleme kaydetmek	6	6.1	13	8.0
İlkelerden ekip üyeleri nasıl haberdar olur?				$\chi^2=38.469$ p=0.000
Yazılıdır, herkes okur	15	15.2	11	6.8
Servis sorumlu hemşiresi yeni başlayanlara anlatır	57	57.5	44	27.2
Klinikte çalışan hemşireler yeni başlayanlara anlatır	27	27.3	107	66.0
Toplam	99	100	162	100

Tablo 4.9.'da hastanelere göre ilaç uygulama ilkeleri ve bu ilkelere ilişkin özelliklerin dağılımı verilmiştir. Her iki kurumda da hastanın ilacı aldığından emin olana kadar bekleme, gerekirse ağız kontrolü yapma ilkesi en fazla belirlenen ilkedir (ÜH=%31.3, RSHH=%39.5). ÜH'nde çalışan hemşirelerin %9.1'i, RSHH'de çalışan hemşirelerin ise %18.5'i ilacın verilmiş zamanına uyduklarını belirlemişlerdir. Her iki

kurumda da ilacı hemşire deskinde dağıtmak ilke olarak belirlenmiştir ve bu ilke ÜH'nde daha yüksek orandadır (ÜH=%10.1, RSHH=%2.5). Hasta ile işbirliği yaparak hastanın katılımını sağlamak ve ilacın doğru hastaya verildiğinden emin olmak ilkesine, ÜH'nde daha fazla önem verilmektedir. Uygulanan ilacın kaydedilmesi ilkesi her iki kurumda da düşük oranda benimsenmiştir (ÜH=%6.1, RSHH=%8).

ÜH ve RSHH'nde çalışan hemşirelerin ifadelerine göre belirlenen diğer ilkeler; hasta yanında ilaç bulundurmamak (ÜH=%3.0, RSHH=%3.1), ilaç dağıtımında plastik malzeme kullanmak (ÜH=%18.2, RSHH=%16.7), hastanın doğru ilacı aldığından emin olmak (ÜH=%6.1, RSHH=%4.3), doz ayarımı ekiple birlikte yapmak, etki ve etkinliğini tartışmaktır (ÜH=%2, RSHH=%1.9).

ÜH'nde %15.2 oranında, RSHH'nde ise sadece %6.8 oranında yazılı ilkeler bulunmaktadır ve bu fark üniversitelerin lehine anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). ÜH'nde belirlenen ilkelerden ekip üyeleri yüksek oranda (%57.6) klinik sorumlu hemşiresinin sözel anlatımı ile haberdar olurken; RSHH'nde (%66) klinik hemşirelerinin sözel anlatımları ile haberdar olmaktadır.

Tablo 4.10. Hastanelere Göre Doktor İstemlerinin Kontrolüne İlişkin Özelliklerin Dağılımı

İstem Kontrolü	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri n= 149		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri n= 322	
	n	%	n	%
İstemlerin kontrol edilme sıklığı				$\chi^2=36.437$ p=0.000
Her tedavi öncesi	28	18.8	40	12.4
Her şifftte	21	14.1	5	1.6
Her gün	100	67.1	277	86.0
İstemlerin kontrol edilme zamanı				$\chi^2=78.475$ p= 0.000
Gece nöbetinde	41	27.5	8	2.5
Sabah teslimden sonra	66	44.3	244	75.8
İlaçlar hazırlanırken	42	28.2	70	21.7
İstemlerde ilaç isimlerinin okunmadığı durumda yapılanlar				$\chi^2=4.443$ p=0.000
Diğer hemşireye danışmak	1	0.7	41	12.7
Doktora danışmak	146	98.0	257	79.8
Bir önceki isteme bakmak	2	1.3	24	7.5
Hastaya uygun olmadığı düşünüldüğünde				$\chi^2=7.577$ p=0.023
Olduğu gibi uygulama	2	1.3	13	4.0
Hastanın durumunu değerlendirme	1	0.7	15	4.7
Değişikliğin nedenini doktora sorma	146	98.0	294	91.3
Toplam	149	100	322	100

Hastanelere göre doktor istemlerinin kontrolüne ilişkin özelliklerin dağılımı Tablo 4.10.'da verilmiştir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin %14.1'i ilaç istemlerini her şifte kontrol ederken, RSHH'nde çalışan hemşirelerin çoğunluğu (%86) istemleri her gün kontrol etmektedir. İstemlerin kontrol edilme sıklığı yönünden iki kurum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

ÜH'nde çalışan hemşirelerin %44.3'ü, RSHH'de çalışan hemşirelerin %75.8'i ilaç istemlerini sabah tesliminden sonra kontrol ettiklerini belirtmişlerdir ve bu bulgu RSHH lehine anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

İlaç istemlerinin okunmadığı durumlarda diğer hemşireye danışmak RSHH'de çalışan hemşirelerde daha yüksek orandadır (ÜH=%0.7, RSHH=%12.7) ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). ÜH'nde çalışan hemşireler RSHH'nde çalışanlara göre daha fazla oranda doktora danışmaktadırlar (ÜH=%98, RSHH=%79.8).

İlaç istemi hastaya uygun olmadığı düşünöldüğünde her iki kurumda çalışan hemşirelerin tamamına yakını (ÜH=%98, RSHH=%91.3) değışikliğin nedenini doktora sorduklarını belirtmişlerdir ancak ÜH'nde çalışanların %1.3'ü, RSHH'de çalışanların ise %4.0'ü ilacı olduğu gibi uyguladıklarını belirtmişlerdir. RSHH'nde çalışan hemşireler hastaya uygun olmadığını düşündükleri ilacı olduğu gibi uygulama yöntemini daha fazla kullanmaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastanelere göre istem kontrolüne ilişkin özellikler ve hemşirelerin eğitim durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ek 3, Tablo 4.10.a.).

Tablo 4.11. Hastanelere Göre İlaç Kartı Kullanma ve Karta İlişkin Düzenlemelerin Dağılımı

İlaç Kartı	Kurumlar				
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri		
	n	%	n	%	
Kullanma durumu					$\chi^2=83.137$ p=0.000
Kullanıyor	121	81.2	116	35.7	
Kullanmıyor	28	18.8	206	64.3	
Toplam	149	100	322	100	
İlaç kartı hazırlama sistemi					$\chi^2=105.121$ p=0.000
Hastanın her ilacı için ayrı kart	60	49.6	5	4.3	
Hastanın tüm ilaçları için tek kart	32	26.4	101	87.1	
Ayrı yolla verilen ilaçlar için ayrı kart	3	2.5	8	6.9	
Aynı saate verilen ilaçlar için aynı kart	26	21.5	2	1.7	
İlaç kartında bulunan bilgiler					
Hasta adı	121	100	116	100	
Oda no	21	17.4	27	23.3	$\chi^2=1.285$ p=0.257
Yatak no	14	11.6	20	17.2	$\chi^2=1.150$ p=0.213
Tarih	39	32.2	50	43.1	$\chi^2=2.985$ p=0.084
İlacın adı	119	98.3	114	98.3	
İlacın dozu	117	96.7	14	98.3	
İlacın veriliş saati	112	92.6	96	82.8	$\chi^2=5.300$ p=0.021
İlacın veriliş yolu	95	78.5	102	87.9	$\chi^2=3.745$ p=0.053
İlacın şekli	57	47.1	47	40.5	$\chi^2=1.044$ p=0.307

Tablo 4.11.'de hastanelere göre ilaç kartı kullanma ve karta ilişkin düzenlemelerin dağılımı gösterilmektedir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin %81.2'si, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %35.7'si ilaç kartı kullandıklarını belirtmişlerdir. Buna göre ÜH'nde çalışan hemşireler, RSHH'nde çalışan hemşirelere göre daha fazla ilaç kartı kullanmaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

ÜH'nde çalışan hemşirelerin yarısı (%49.6), RSHH'nde çalışan hemşirelerin sadece %4.3'ü hastanın her ilacı için ayrı kart kullandığını belirtirken, ÜH'nde çalışan hemşirelerin %26.4'ü, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %87.1'i hastanın tüm ilaçları için tek kart kullandıklarını belirtmişlerdir. RSHH'nde çalışan hemşirelerin

hastanın tüm ilaçları için tek kart kullanmaları bulgusu istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Her iki kurumda da hazırlanan ilaç kartlarının tamamında hasta adı bulunmaktadır. İlacın adı (ÜH=%98.3, RSHH=%98.3), ilacın dozu (ÜH=%96.7, RSHH=%98.3) ve ilacın veriliş saati (ÜH=%92.6, RSHH=%82.8) her iki kurumda da hazırlanan kartların tamamına yakınında bulunmaktadır. İki kurumda da ilacın şekli, ilaç kartlarının yarıya yakınında, oda numarası ve yatak numarası çok azında yer almaktadır. İlacın veriliş yolu ve tarih, RSHH’nde hazırlanan ilaç kartlarında ÜH’nde kullanılan kartlara göre daha fazla oranda bulunmaktadır.

Tablo 4.12. Hastanelere Göre İlaç Uygulamasında İzlenen İşlem Basamaklarının Dağılımı

İşlem Basamakları	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri n= 149		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri n= 322	
	n	%	n	%
İstem=> hemşire gözlem=>ilaç kartı=>ilaç verme	105	70.5	42	13.0
İstem=>hemşire gözlem=>ilaç verme	14	9.3	20	6.2
İstem=>tedavi defteri=>ilaç kartı=>ilaç verme	12	8.1	66	20.5
İstem=>tedavi defteri=>ilaç verme	11	7.4	167	51.9
İstem=>ilaç kartı=>ilaç verme	3	2.0	22	6.8
İstem=>ilaç verme	4	2.7	5	1.6
Toplam	149	100	322	100
$\chi^2= 77.057$ p=0.000				

Tablo 4.12.’de hastanelere göre ilaç uygulamasında izlenen işlem basamaklarının dağılımı gösterilmektedir. ÜH’nde çalışan hemşirelerin çoğunluğu (%70.5) “istem=>hemşire gözlem=>ilaç kartı=>ilaç verme” basamağını kullanmaktadırlar. RSHH’nde çalışan hemşirelerin çoğunluğu ise (%51.9), “İstem=>tedavi defteri=>ilaç verme” basamağını kullanmaktadırlar. ÜH’nde çalışan hemşireler yüksek oranda “istem=>hemşire gözlem=>ilaç kartı=>ilaç verme” basamağını kullanmaktadırlar bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0.05).

Tablo 4.13. Hastanelere Göre İlaçların Dağıtım Yönteminin Dağılımı

	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri n= 149		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri n= 322	
	n	%	n	%
Hemşire deskinde dağıtılıyor	104	69.8	206	64.0
Tedavi odasında dağıtılıyor	24	16.1	93	28.9
Hasta odalarında dağıtılıyor	21	14.1	23	7.1
Toplam	149	100	322	100

$\chi^2= 12.48$ **p=0.002**

Tablo 4.13.'de hastanelere göre ilaçların dağıtım yöntemlerinin dağılımı verilmiştir. İlaçların hemşire deskinde dağıtım ve tedavi odasında dağıtım uygulamaları birbirine yakın olmakla birlikte, ÜH'nde hasta odalarında ilaç dağıtımı fazladır (ÜH=%14.1, RSHH=%7.1) ve bu bulgu da istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Hemşirelerin eğitim durumu ve ilaç dağıtım sistemi arasında istatistiksel olarak farka bakılmış ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Ek 3, Tablo 4.13.a.).

Tablo 4.14. Hastanelere Göre Tedavi Sırasında Hastanın Kimliğini Kontrol Etme Yöntemlerinin Dağılımı

Kimlik Kontrol Yöntemi	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri n= 149		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri n= 322	
	n	%	n	%
Hasta adına göre	147	98.6	320	99.4
Yatak numarasına göre	1	0.7	-	-
Oda numarasına göre	1	0.7	2	0.6
Toplam	149	100	322	100

Tablo 4.14.'de hastanelere göre tedavi sırasında hastanın kimliğini kontrol etme yöntemlerinin dağılımı görülmektedir. ÜH'nde ve RSHH'nde çalışan hemşirelerin tamamına yakını (ÜH=%98.6, RSHH= %99.4) kimlik kontrolünü hasta adına göre yapmaktadırlar.

Tablo 4.15. Hastanelere Göre Tedavi Sırasında Hastanın İlacını İçtiğinden Emin Olma Yöntemlerinin Dağılımı

Yöntemler	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	
	n= 149		n= 322	
	n	%	n	%
Bütün hastaların ağızını kontrol etme	87	58.4	196	60.8
Sadece durumu ağır olan hastaların ağızını kontrol etme	35	23.5	56	17.4
Sadece gözlem yapma	22	14.8	65	20.2
Hastanın ilacı yutup yutmadığını sorma	2	1.3	5	1.6
Hastayı konuşturma	3	2.0	-	-
Toplam	149	100	322	100

Hastanelere göre tedavi sırasında hemşirelerin hastanın ilacını içtiğinden emin olma yöntemlerinin dağılımı Tablo 4.15.'de verilmiştir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin %58.4'ü, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %60.8'i hastanın ilacını içtiğinden emin olmak için bütün hastaların ağızını kontrol ederken, ÜH'nde çalışan hemşirelerin %23.5'i, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %17.4'ü sadece durumu ağır olan hastaların ağızlarını kontrol ettiklerini belirtmişlerdir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin %14.8'i, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %20.2'si sadece gözlem yaparak hastanın ilacı aldığından emin olduklarını belirtmişlerdir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin %1.3'ü, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %1.6'sı hastaya ilacını içip içmediğini sorduklarını belirtirken, ÜH'nde çalışan hemşirelerin %2'si hasta ilacını aldıktan sonra hastayı konuşturarak ilacını içip içmediğinden emin olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.16. Tedavi Sırasında Karşılaşılan Hasta Tepkilerinin Hastanelere Göre Dağılımı

Tedavi Sırasında Karşılaşılan Tepkiler*	Kurumlar				
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastaneleri		
	n	%	n	%	
İtiraz etmeden alma	114	76.5	243	75.5	$\chi^2=0.061$ p=0.806
İlacı almak istememe	142	95.3	297	92.2	$\chi^2=1.512$ p=0.219
İlacı başka yoldan almayı isteme	73	49.0	190	59.0	$\chi^2=4.142$ p=0.042
İlacı saklama	127	85.2	296	91.9	$\chi^2=4.982$ p=0.026
İlacı yutmama	120	80.5	276	85.7	$\chi^2=2.040$ p=0.153
Sık sık ilaç isteme	121	81.2	243	75.5	$\chi^2=1.913$ p=0.167
İlacı aldıktan sonra kusma	4	2.7	7	2.2	$\chi^2=0.116$ p=0.733

*İfadeler birden fazladır.

Tedavi sırasında hemşirelerin karşılaştıkları belirttiği hasta tepkilerinin hastanelere göre dağılımı Tablo 4.16.'da verilmiştir. Her iki kurumda da hemşirelerin tedavi sırasında karşılaştıkları hasta tepkileri birbirine yakın oranda görülmektedir. Her iki kurumda da hemşirelerin tamamına yakını ilacını almak istemeyen hasta (ÜH=%95.3, RSHH=%92.2) ile karşılaşmaktadırlar. ÜH'nde çalışan hemşirelerin %85.2'i, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise tamamına yakını (%91.9) ilacını saklayan hasta ile karşılaşmaktadırlar. RSHH'nde çalışan hemşireler ilacını saklayan hasta tepkisi ile daha fazla karşılaşmaktadırlar ve bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). RSHH'nde çalışan hemşirelerin %75.5'i, ÜH'nde çalışan hemşirelerin ise %81.2'si sık sık ilaç isteyen hastalarla karşılaşmaktadırlar. Her iki kurumda da yüksek oranda ilacını yutmayan hasta (ÜH=%80.5, RSHH=%85.7) ile karşılaşmaktadır. İlacını itiraz etmeden alan hastalar her iki kurumda da grubun 3/4'ünü oluşturmaktadır. RSHH'nde çalışan hemşireler ilacını başka yoldan almak isteyen hastalarla (ÜH=%49, RSHH=%59) daha fazla karşılaşmaktadırlar (p<0.05). Her iki kurumda da çalışan hemşireler diğer hasta tepkilerine göre daha az oranda ilacını içtikten sonra kusan hasta tepkisi (ÜH=%2.7 RSHH= %2.2) ile karşılaşmaktadırlar.

Hemşirelerin yaş ve psikiyatri kliniğinde çalışma yılları ile tedavi sırasında karşılaştıkları hasta tepkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. RSHH'nde çalışan lisans mezunu hemşireler ilacını itiraz etmeden alan ve sık sık ilaç isteyen hasta tepkileri ile daha fazla karşılaşmaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05), (Ek 3, Tablo 4.16.a.).

Tablo 4.17. Hemşirelerin İlacını Almayan Hastalara Yaklaşımının Hastanelere Göre Dağılımı

İlacını Almayan Hastaya Yaklaşım*	Kurumlar				
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri n=149		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri n= 322		
	n	%	n	%	
İlacı mutlaka vermek	90	60.4	204	63.4	$\chi^2=0.378$ p=0.539
Almıyorsa zorlamamak	14	9.4	39	12.1	$\chi^2=0.752$ p=0.386
Oral yolla almazsa enjeksiyon yapmak	52	34.9	163	50.6	$\chi^2=10.148$ p=0.001
Doktora haber vermek	140	94.0	269	83.5	$\chi^2=9.675$ p=0.002
Hemşire gözleme kaydetmek	98	65.8	200	62.1	$\chi^2=0.587$ p=0.444
Nedenini araştırmak	110	73.8	252	42.2	$\chi^2=29.245$ p=0.000

*İfadeler birden fazladır.

Tablo 4.17.'de hemşirelerin ilacını almayan hastalara yaklaşımlarının hastanelere göre dağılımı gösterilmektedir. Her iki kurumda çalışan hemşireler öncelikle doktora haber vermekle (ÜH=%94, RSHH= %83.5) birlikte ÜH'nde çalışan hemşirelerde bu yaklaşım istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). ÜH'nde çalışan hemşirelerin %73.8'i, hastanın ilacını almama nedenini araştırdıklarını belirtirken, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %63.4'ü ilacı mutlaka vermeye çalıştıklarını belirtmişlerdir ve bu bulgu ÜH'nde çalışan hemşireler lehine anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Hasta ilaç almadığında hemşire gözleme kaydeden kişi oranı tüm hastanelerde birbirine yakın orandadır. RSHH'nde çalışan hemşireler ilacını oral yol ile almayan hastaya enjeksiyon yapma yöntemini, ÜH'nde çalışan hemşirelere göre daha fazla (ÜH=%34.9, RSHH=%50.6) uygulamaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Hemşirelerin yaş grupları ve psikiyatri kliniğinde çalışma yılları ile ilacını almayan hastaya yaklaşımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. RSHH'nde çalışan önlisans mezunu hemşireler daha fazla enjeksiyon yapmayı (%63.3) tercih etmektedirler ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). RSHH'nde çalışan ön lisans mezunu hemşireler diğer gruplara göre daha fazla kayıt tutmaktadırlar ve bu bulgu önlisans mezunu hemşireler lehine anlamlı bulunmuştur (p<0.05), (Ek 3 Tablo 4.17.a.).

Tablo 4.18. Hastanın İlaç Tedavisine Uyumunu Kolaylaştırmak İçin Yapılan Girişimlerin Hastanelere Göre Dağılımı

İlaç Tedavisine Uyumunu Kolaylaştırmak İçin Yapılan Girişimler	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	
	n= 149		n=322	
	n	%	n	%
Hasta eğitimi yapma	129	86.6	254	78.9
Hastanın ilacını almaya kendisinin gelmesini sağlama	11	7.4	37	11.5
Aileyi tedaviye katma	6	4.0	16	5.0
Bakımından sorumlu kişiye eğitim verme	2	1.3	9	2.7
Doktorla görüşme	1	0.7	6	1.9
Toplam	149	100	322	100

Tablo 4.18.'de hastanın ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştırmak için hemşirelerin yaptığı girişimlerin hastanelere göre dağılımı verilmiştir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin %86.6'sı, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %78.9'u hastanın ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştırmak için hasta eğitimi yaptıklarını belirtmişlerdir. Buna göre her iki kurumda çalışan hemşireler uyumu kolaylaştırmak için yüksek oranda hasta eğitimi yaptıklarını söyleyebiliriz. RSHH'nde çalışan hemşireler, ÜH'nde çalışan hemşirelere göre hasta ve aileyi daha çok tedaviye katmaktadırlar.

Tablo 4.19. İlacın Etkinliğini Değerlendirme Yöntemlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

Yöntemler*	Kurumlar				
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri		
	n=149		n=322		
	n	%	n	%	
İlacın yan etkilerini gözleme	124	83.2	268	83.2	$\chi^2=0.000$ p=0.998
İlacın etkilerini gözleme	135	90.6	263	81.7	$\chi^2=6.198$ p=0.013
Hastanın ifadesini dikkate alma	109	73.2	209	64.9	$\chi^2=3.199$ p=0.075
Doktordan değerlendirme isteme	91	61.1	184	57.1	$\chi^2=0.648$ p=0.042
Hemşireden değerlendirme isteme	63	42.3	128	39.8	$\chi^2=0.271$ p=0.603
Psikologdan değerlendirme isteme	8	5.4	12	3.7	$\chi^2=0.676$ p=0.411
Öğrenci hemşireden değerlendirme isteme	6	4	6	1.9	$\chi^2=1.920$ p=0.166
Öğrenci doktordan değerlendirme isteme	3	2	5	1.6	$\chi^2=0.129$ p=0.719
Klinikte çalışan hemşire ve doktor dışı personelden değerlendirme isteme	11	7.4	40	12.4	$\chi^2=2.680$ p=0.102
Yaşam bulgularını alma	77	50.7	93	28.9	$\chi^2=22.949$ p=0.000

*İfadeler birden fazladır.

Tablo 4.19.'da hemşirelerin ilacın etkinliğini değerlendirme yöntemlerinin hastanelere göre dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin ilacın etkinliğini değerlendirmek için kullandıkları yöntemler birbirine yakın olmakla birlikte, ÜH'nde çalışan hemşireler ilacın etkisini (%90.6) daha çok gözlerken, RSHH'nde çalışan hemşireler diğer yöntemlere göre ilacın yan etkilerini (%83.2) daha çok gözlemektedirler. Hemşireler hastanın ifadesini dikkate alma (ÜH=%73.2, RSHH=%64.9) yöntemini birbirine yakın oranda uygulamaktadırlar. ÜH'nde çalışan hemşireler RSHH'nde çalışan hemşirelere göre doktordan (%61.1), hemşireden (%42.3) ve psikologdan (%5.4) daha fazla oranda değerlendirme istemektedirler. Her iki kurumda da çalışan hemşireler öğrenci hemşireden (ÜH=%4, RSHH=%1.9) ve öğrenci doktordan (ÜH=%2, RSHH=%1.6) çok düşük oranda değerlendirme istemektedirler. RSHH'nde çalışan hemşireler klinikte çalışan hemşire ve doktor dışı personelden daha fazla değerlendirme istemektedirler (ÜH=%7.4, RSHH=%12.4).

ÜH'nde çalışan hemşireler ilacın etkinliğini değerlendirmek için ilacın etkisini gözleme, doktordan değerlendirme isteme ve yaşam bulgularını alma yöntemini, RSHH'nde çalışan hemşirelere göre daha fazla kullanmaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlıdır (p<0.05). İlacın etkinliğini değerlendirme yöntemlerinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımına bakıldığında, RSHH'nde

çalışan hemşirelerden 41 yaş ve üzerindeki, daha az oranda doktordan değerlendirme istemektedirler ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin eğitim durumları ve psikiyatri kliniklerinde çalışma yılları ile ilacın etkinliğini değerlendirme yöntemleri arasında anlamlı fark yoktur. RSHH’nde çalışan lisans mezunu hemşireler yüksek oranda (%64.1) diğer hemşireden değerlendirme istemektedirler ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). RSHH’nde çalışan hemşirelerden çalışma yılı 20 yılın üzerinde olanlar hastanın ifadesini daha fazla (%85.7) dikkate almaktadırlar. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$), (Ek 3, Tablo 4.19.a.).

Tablo 4.20. Hastanelere Göre Hemşirelik Uygulamalarının Kaydedildiği Formların Dağılımı

Kullanılan Formlar	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri n= 149		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri n= 322	
	n	%	n	%
Hemşire gözlem formu	146	98.0	41	12.7
Tedavi defteri	-	-	176	54.7
Nöbet defteri	3	2.0	105	32.6
Toplam*	149	100	322	100

*Hemşirelerin tamamı kayıt formu kullanmaktadırlar
 $\chi^2=309.503$ **p=0.000** ($p<0.05$)

Tablo 4.20.’de hastanelere göre hemşirelik uygulamalarının kaydedildiği formların dağılımı gösterilmektedir. Her iki kurumda da çalışan hemşirelerin tamamı kayıt formu kullanmaktadırlar. ÜH’nde çalışan hemşirelerin %98’i hemşire gözlem formu kullanırken, RSHH’nde çalışan hemşirelerin %54.7’si tedavi defteri ve %32.6’sı nöbet defteri kullanmaktadırlar. ÜH’nde çalışan hemşireler yüksek oranda hemşire gözlem formu kullanmaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.21. Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Eğitim Gereksinimlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

	Kurumlar			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	
Eğitime Gereksinim Duyma	n	%	n	%
Evet	75	50.3	154	48.4
Hayır	74	49.7	168	51.6
Toplam	149	100	322	100
Gereksinim duyulan eğitim konuları				
Hastayı ilaç almaya ikna etme yolları	4	5.3	6	3.9
İlaçlara ilişkin genel ve yeni bilgiler	53	70.7	87	56.5
Hastanın ilacı aldığından emin olma yolları	2	2.7	5	3.2
Hasta davranışına göre hemşirelik yaklaşımları	12	16.0	37	24.0
Hemşirelik uygulamalarında etkinlik ve sonuç	3	4.0	8	5.2
En uygun ilaç dağıtım yöntemleri	1	1.3	11	7.2
Toplam	75	100	154	100

Tablo 4.21.'de hemşirelerin ilaç uygulamaları konusunda eğitim gereksinimlerinin hastanelere göre dağılımı gösterilmektedir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin %50.3'ü, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %48.4'ü ilaç uygulamaları konusunda eğitime gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir.

Her iki kurumda da hemşirelerin en fazla eğitime gereksinim duydukları konular, ilaçlara ilişkin genel ve yeni bilgiler (ÜH=%70.7, RSHH=%56.5) ve hasta davranışına yönelik hemşirelik yaklaşımlarıdır (ÜH=%16, RSHH=%24). RSHH'nde çalışan hemşireler en uygun ilaç dağıtım yöntemleri (%7.2), hemşirelik uygulamalarında etkinlik ve sonuç (%5.2) ve hastanın ilacı aldığından emin olma yolları (%3.2) konusunda eğitime daha fazla gereksinim duymaktadırlar. ÜH'sinde çalışan hemşireler ise hastanın ilacı aldığından emin olma yolları konusunda daha fazla (%5.3) eğitime gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.

TARTIŞMA

Hemşireliğin değişen ve gelişen rolleri kapsamında ilaç uygulamalarına yönelik sorumlulukları da değişmektedir. Hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde ilaç tedavilerini uygularken ne tür bir yol izledikleri, ilaç uygulamaları konusunda genelde hangi stratejileri kullandıkları ve ilaç uygulamalarına yönelik bir sistemlerinin olup olmadığının belirlenmesi önemlidir. Bu durum, ilaç uygulamalarına yönelik bir düzenleme yapılması gereken durumlara karar vermeleri ve ilaç uygulamaları konusunda genel bir strateji belirlemelerinde ve hastaya profesyonel bakım vermelerinde etkili olacaktır. Ayrıca oral ilaç her an kullanıma hazırdır, bu nedenle kötüye kullanılma, tedavi dışı amaçlarla kullanma (intihar, bağımlılık vb.) riski fazladır. Bu öngörüyle planlanan, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin oral ilaç uygulamalarının değerlendirildiği bu çalışmada, elde edilen sonuçlarla ilgili tartışmalar aşağıda verilmiştir.

Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler: Araştırmaya katılan hemşirelere ilişkin tanıtıcı veriler Tablo 4.1.'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunu RSHH'de çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Bu durum ÜH'nde çalışan hemşirelerin sayısının az olması ile ilişkilidir. ÜH'nde çalışan hemşire sayısının az olması ÜH'nde psikiyatri kliniklerine ayrılan yatak sayısının az olması ile açıklanabilir. Ülkemizde 180.797 hasta yatağının 8.378 (%4.6)'i psikiyatri hastaları için ayrılmıştır. Her onbin kişiye 1.3 psikiyatri yatağı düşmektedir ve bu yataklardan onbinde 0.8'i RSHH'ne, kalan onbinde 0.5'i ise genel amaçlı hastanelere aittir. ÜH'nin psikiyatri hastaları için ayrılan yatak sayısı ise 1088'dir (%4.14). Ayrıca ülkemizde 100.000 kişiye bir psikiyatri hemşiresi düşmesi de hemşire sayısının az olmasının nedeni olabilir (Turgay, 2004). Hemşire sayısının az olmasının diğer bir nedeni ise mezun olan hemşirelerin atamalarının yapılmaması, 2 yılda bir yapılan memuriyet sınavına tabi tutulma ve sınavlarda ayrılan hemşire kadrolarının az olması olabilir. Psikiyatri kliniklerinde hemşire sayısının az olması, hemşirelerin rol ve sorumluluklarını yerine getirmede yetersiz olmalarına ve dolayısıyla hastaların nitelikli bakım ve tedavi alamamalarına neden olabilir.

ÜH'nde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 31.2, RSHH'nde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması 33.05'dir. RSHH'nde 41 yaşın üzerinde çalışan hemşire sayısı daha fazladır. Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde, RSHH'nde SML mezunu hemşire ÜH'ne göre daha fazladır, ÜH'nde ise lisans ve üzerinde eğitim alan hemşire sayısı fazladır. ÜH'nde çalışan hemşirelerin eğitim seviyelerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde çalışma süreleri, ÜH'nde çalışan hemşireler için ortalama 7 yıl, RSHH'nde çalışan hemşireler için ise ortalama 8 yıldır. Buna göre RSHH'nde çalışan hemşirelerin psikiyatri kliniğinde çalışma süreleri daha fazladır. Bu durum RSHH'nin ayrı bir hastane olarak sadece ruh sağlığı bozulmuş bireylere bakım veren kurumlar olması nedeniyle hemşirelerin kurumlarda isteğe bağlı atamalar olmadığı sürece sabit çalışmaları ile açıklanabilir. ÜH'nde ise,

kurum politikalarına göre hemşireler arasında sürekli rotasyon olmasından kaynaklanabilir. RSHH'nde çalışan hemşirelerin ruh sağlığı bozulmuş bireyle çalışma deneyimlerinin daha fazla olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Bilgi Alma Durumları: ÜH ve RSHH'nde çalışan hemşirelerin tamamına yakını ilaç uygulamaları konusundaki bilgilerini öncelikle psikiyatri kliniğinde çalışmaya başladıktan sonra edindiklerini belirtmişlerdir. Bu durum klinikte hasta ile çalışmak ve bire bir sorumluluk almanın daha öğretici olmasından kaynaklanabilir.

Hemşireler ilaç uygulamaları konusunda bilgi kaynağı olarak hemşirelik eğitimine ikinci sırada yer vermişlerdir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin % 67.8'i, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise % 55.9'u ilaç uygulamaları konusunda bilgilerini hemşirelik eğitimleri sırasında edindiklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu hemşirelik eğitiminde oral ilaç uygulamalarına yönelik edinilen bilginin yetersiz olması ya da teorik bilginin unutulması ile açıklanabilir. Pektekin ve arkadaşları(1990)'nın yaptıkları çalışmada, psikiyatri hemşireliği dersi alan öğrencilerden %7.1'i klinik uygulama öncesi psikiyatri kliniğinde uygulanan tedavi becerilerinde artış beklentisi olduğunu belirtmişler ve uygulama sonucu öğrencilerin %5.5'i tedavi becerilerinde artış olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan bu çalışmada psikiyatri hemşireliği uygulamasına çıkmadan önce teknik becerileri geliştirici mesleki yaz uygulamaları yapılması önerilmiştir. Psikiyatri hemşireliği dersi uygulamasında oral ilaç uygulamaları ve hemşirenin sorumluluklarına ağırlık verilmesi hemşirelik eğitimde oral ilaç uygulamaları konusunda alınan bilginin kalıcı olmasına ve eğitimle öğrenmenin artmasına neden olabilir.

Araştırmada hemşireler oral ilaç uygulamaları konusunda aldıkları hizmet içi eğitimleri düşük oranda bilgi kaynağı olarak belirtmişlerdir. Böyle bir sonuç hastanelerde hizmet içi eğitim programlarında oral ilaç uygulamaları konusunda verilen eğitimin yetersiz olduğu şeklinde yorumlanabilir. Kantek (1998) yaptığı çalışmada hastanelerde yapılan hizmet içi eğitim programlarının konularını incelemiş ve hemşirelerin aldıkları hizmet içi eğitimlerde en çok tekrarlanan konular arasında ilaç uygulamaları konusunun dördüncü sırada yer aldığını belirtmiştir. Bir başka çalışmada ise hemşirelerin %31.3'ü oral ilaç uygulamaları konusunda eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (Aşti & Kıvanç, 2003). Diğer kliniklerden farklı olarak psikiyatri kliniğinde ilaç uygulamaları özel dikkat gerektirdiği için psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere oral ilaç uygulamaları ile ilgili eğitim verilmelidir ve hemşirelere eğitimlerde edindikleri bilgileri uygulamaya aktarma olanağı sağlanmalıdır.

Araştırmada ortaya çıkan diğer önemli sonuç ise, ÜH'nde çalışan hemşirelerin % 24.8'i, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise % 10.6'sı oral ilaç uygulamaları konusunda bilgilerini yayınları ve gelişmeleri takip etme yoluyla elde ettiklerini belirtmişlerdir ve bu bulgu ÜH'nde çalışan hemşirelerin lehine istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuç ÜH'nin, eğitim ve araştırma hastaneleri olmaları nedeniyle bilimsel bilgiye daha fazla ağırlık vermeleri, çalışma sistemlerinde hemşirelerin vizitlere katılmaları, ekip ile işbirliği halinde çalışmalarını ve çalışan hemşirelerin ve % 25.5'inin lisans ve üzerinde eğitim almaları nedeniyle yayınları ve gelişmeleri daha fazla takip etmeleri ile açıklanabilir. Ekizler ve arkadaşları (1997) klinisyen hemşirelerin bilimsel etkinliklere katılımları ve yayınları izleme

durumlarını değerlendirmiş ve klinisyen hemşirelerin bilimsel faaliyetlere katılımlarının ve mesleki yayınları izleme durumlarının yetersiz olduğunu saptamışlardır. Yapılan diğer bir çalışmada da klinik hemşirelerinin %56.41'inin mesleki yayınları takip etmedikleri ortaya çıkmıştır (Şanlı & Taşocak, 1990). Araştırmada da, oral ilaç uygulamaları konusunda bilgi kaynağı olarak yayınları ve gelişmeleri takip etmeyi belirten hemşire sayısının toplam hemşire sayısına oranla çok düşük olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni kurumlarda çalışan hemşirelerin yapılan bilimsel faaliyetlerden haberdar olmamaları, yayınlara ulaşamamaları, hemşirelerin mesleki gelişmelerde danışabilecek kurumların olmaması, hemşirelerin bilimsel etkinliklere katılımlarını finanse edecek kurum ve kuruluşların yeterli olmaması ve hemşirelerin kendilerini geliştirme konusunda yetersiz olmaları ile açıklanabilir (Ekizler, Tekin, Cingi & Engin, 1990).

İlaç Tedavisi Boyutlarının Önemlilik Sırası: Tablo 4.3'de hemşirelere göre ilaç tedavisinin önem sırası incelenmiş ve her iki kurumda da çalışan hemşireler ilaç tedavisinin aşamalarını sırasıyla, veri toplama, tedaviye karar verme, ilaçları hazırlama, uygulama ve tedavinin etkinliğini değerlendirme şeklinde belirtmişlerdir. Her iki kurumda da hemşireler önemliliği aynı şekilde sıralamışlardır. Literatürde ilaç uygulamalarının hemşirelik sürecine göre veri toplama, tedaviye karar verme, hemşirelik tanımlarını formüle etme, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarına uygun olarak yapılması vurgulanmaktadır (Baer & William, 1992; Paterson et al., 1996). Bu bulgu hemşirelik sürecinin uygulama ortamındaki algılanmasının olumlu olduğunun göstergesidir. Ancak ÜH'nde çalışan hemşirelerin %81.2'si, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise %71.1'i hastanın ilaç uygulaması konusunda veri toplamaktadırlar (Tablo 4.5.). Dolayısıyla bu olumluluk hastanelerde hemşirelik sürecinin uygulanıyor olmasından değil, hemşirelerin hemşirelik sürecine ilişkin bilgi sahibi olmalarından kaynaklanabilir.

İlaç Uygulamaları Konusunda Yeterlilik Durumu: Araştırmada hemşirelerin ilaç uygulamaları konusunda kendilerini yeterli görme durumları incelenmiş, ÜH'nde çalışan hemşirelerin, ilaç etkinliğini değerlendirme ($p<0.05$), hastadaki semptomları değerlendirme, hastanın tedaviye uyumunu değerlendirme ($p<0.05$), hastayı tedaviye yönlendirme ($p<0.05$), hastaya ilaçlar konusunda eğitim verme ($p<0.05$) ve hastanın bakımını üstlenen kişiye eğitim verme konularında kendilerini daha yeterli gördükleri saptanmıştır.

İlacın etkinliğini değerlendirme, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin hastanın tedaviye yanıtını değerlendirmesini sağlar. Aynı zamanda hastanın ilaç tedavisinden optimal yarar görmesi ve minimum zarar görmesini sağlar. İlacın etkinliğini değerlendirebilmek için hemşire, hastanın laboratuvar sonuçlarını, yaşam bulgularını ve ilaç dozlarını takip etmelidir (Otong, 2003). ÜH'nde çalışan hemşirelerin %77.9'unun bu konuda kendilerini yeterli görmeleri, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise %68.3'ünün yeterli görmeleri hemşirelerin ilaç uygulamaları konusunda sorumluluklarını yerine getirmede yetersiz kalabilmelerine yol açabilir. Bu durum hastanın hak ettiği bakımı almada eksiklik olmasına neden olabilir. Bu nedenle psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ilaçların etkinliğini değerlendirme konusunda kendilerini geliştirmeleri ve tamamının bu konuda yeterli olması önemlidir.

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin ilaç uygulamalarına yönelik diğer sorumluluğu da hastadaki semptomları değerlendirmektir. ÜH'nde hemşirelerin %76.5'i, RSHH'nde çalışan hemşirelerin de %72'si hastadaki semptomları değerlendirme konusunda kendilerini yeterli görmekte-dirler. Hemşire verdiği ilaçtan sorumludur. Bu nedenle hastadaki semptomları değerlendirmeli ve beklenmeyen bir etki gözlediği zaman doktora haber vermelidir. Hemşirenin bu sorumluluğunu yerine getirmesi hastanın fiziksel iyilik halini sürdürme ve korumasına yardımcı olacaktır (Otong 2003). Semptom değerlendirme konusunda hemşirenin yeterli olması, hastalığın erken döneminde semptomları saptaması ve zamanında uygun müdahalede bulunmasını dolayısıyla hastanın ilaç tedavisinden zarar görmesini engeller. Semptom değerlendirme hasta ile karşılıklı işbirliği içinde olmalıdır. Hemşire hastaya olası semptomlar hakkında bilgi vermeli ve hastanın ifadelerini dikkate almalıdır. Böylece hemşire başlangıç semptomlarını hastalık şiddetlenmeden önce tanımlayabilir ve ilaç tedavisinin etkinliği hakkında yorum yapabilir. Bu durum ilaç tedavisinin etkinliğini artırır ve hastanın ilaçtan en üst düzeyde yararlanmasını sağlar (Bailey, 1999). Bu nedenle çalışan hemşirelerin tamamının semptom değerlendirme konusunda yeterli olması önemlidir.

Hastanın tedaviye uyumunu değerlendirme konusunda ÜH'nde çalışan hemşirelerin %91.9'u, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise %76.4'ü kendilerini yeterli görmekte-dirler. Bu sonuç ÜH'nde çalışan hemşirelerin lehine anlamlı bulunmuştur. İlaç tedavisini uygulamak hastaya ilacını vermektan daha fazla sorumluluk gerektirmektedir (Townsend, 2003). Hastanın tedaviye uyumunu değerlendirme, hastanın ilaç tedavisine yanıtını tanımaya ve hastanın ilaç tedavisinde yapılması gereken düzenlemelere karar vermeyi sağlar. Hemşirenin psikotrop ilaç kullanan bir hastanın tedavisine uyumsuzluğundan şüphelenebilmesi için, uyumsuzluk göstergelerini bilmesi ve izlemesi gereklidir (Terakye & Demirkıran, 2003). Terakye ve Demirkıran(2003)'ın belirttiğine göre McFarland ve McFarlane hemşire için hastanın ilaç tedavisine uyumsuzluğunun göstergelerinin, hastanın tedavi önerilerine uymadığını gösteren davranışların gözlenmesi, hasta ve yakınlarının ilaç kullanımı ile ilgili aksamaları ifade etmeleri, kan ilaç düzeyleri gibi objektif testlerin sonuçlarının hedeflenen den farklı olması, komplikasyonların görülmesi ve tedavi programında aksamaların olmasıdır. Hemşire hastanın ilaç tedavisine uyumunu değerlendiremezse, hastada tedaviye uyumsuzluk nedeniyle meydana gelebilecek semptomları da değerlendiremez ve hastanın ilaç tedavisinden zarar görmesine neden olabilir (Otong, 2003). Bu nedenle RSHH'nde çalışan hemşirelerin 1/4'ünün uyum değerlendirme konularında yetersiz olmaları oral ilaç uygulamalarına yönelik sorumluluklarını yerine getirememelerine neden olabilir.

Hastayı tedaviye yönlendirme, hastanın ilaç tedavisinden en üst düzeyde yararlanabilmesi için gereken diğer bir unsurdur. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi hastanın tedaviyi kabul edebilmesi için hasta ve ailesine tedavi programını öğretilmelidir. Hastanın ilaç tedavisi hakkında sorularını yanıtlamalı ve hastanın yanlış bilgi ve yorumlarını değerlendirmelidir (Pelletier et al., 1999). Hastayı tedaviye yönlendirebilmek için hemşire hastanın kullandığı ilaçlar konusunda bilgi sahibi olmalıdır (Baer&Williams, 1992). ÜH'nde çalışan hemşirelerin tamamına yakını kendilerini hastayı tedaviye yönlendirme konusunda yeterli görmekte-dirler. RSHH'nde çalışan hemşirelerin de büyük çoğunluğu kendilerini hastayı tedaviye yönlendirme konusunda yeterli görmekte-dirler. Ancak RSHH'de çalışan hemşirelerin

1/4'ü kendilerini yetersiz gördüklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu ÜH'nde çalışan hemşirelerin lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durum hastaların ilaç tedavisine uyum sağlamalarını etkileyebilir. Bu nedenle hemşirelerin kendilerini hastayı tedaviye yönlendirme konusunda geliştirmeleri gerekmektedir.

Hastaya ve hastanın bakımını üstlenen kişiye ilaçlar konusunda eğitim verme konusunda her iki kurumda da çalışan hemşirelerin yarısından fazlası kendilerini yeterli gördüklerini belirtmişlerdir. Ancak ÜH'nde çalışan hemşireler RSHH'nde çalışan hemşirelere göre hastaya ilaçlar hakkında eğitim verme konusunda kendilerini daha yeterli görmektedirler ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaya ve ailesine ilaçlar konusunda eğitim verme hasta ve ailesinin kaygısını azaltmak ve işbirliğini sağlamak için önemlidir. Psikiyatri kliniğinde hastalar sıklıkla psikotrop ilaçların kontrollerini kaybetmelerine neden olacağını ve bağımlılık yapabileceğini düşünmektedirler bunun sonucu olarak ilaç tedavisini reddedebilirler. Bu nedenle hasta ve ailesine ilaçlar konusunda eğitim vermek önemlidir (Otong, 2003;Pelletier et al., 1999). Hemşirelerin bu konuda kendilerini yetersiz görmeleri hastaların tedaviye uyumlarını sağlama ve hastanın güvenini kazanma konusunda yetersizliğe ve dolayısıyla hastanın ilaç tedavisinden yararlanamamasına neden olabilir. Bu nedenle hemşirelerin tamamının hasta ve ailesine ilaçlar hakkında eğitim verme konularında kendilerini geliştirmeleri önemlidir.

Her iki kurumda da çalışan hemşirelerin tamamına yakınının ilaçların hazırlanması, ilaçların verilmesi ve ekip üyeleri ile ilaçlar konusunda paylaşımda bulunma konularında kendilerini yeterli gördükleri saptanmıştır.

Hemşirenin ekipte hastanın ilacını vermekten birebir sorumlu kişi olması nedeniyle, ilaçların hazırlanması, ilaçların verilmesi, ilaç etkinliğini değerlendirme, hastadaki semptomları değerlendirme, hastanın tedaviye uyumunu değerlendirme, hastayı tedaviye yönlendirme, hastaya ilaçlar konusunda eğitim verme, hastanın bakımını üstlenen kişiye eğitim verme ve ekip üyeleri ile ilaçlar konusunda paylaşımda bulunma konularında ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi yeterli olmalıdır.

Bu bulgular RSHH'nde çalışan hemşirelerin teknik açıdan, ÜH'nde çalışan hemşirelerin ise bağımsız roller açısından daha yeterli oldukları düşüncesini destekler niteliktedir. Bu durum ÜH'nde çalışan hemşirelerin eğitim seviyelerinin daha yüksek olması, kliniklerdeki tedavi uygulama sistemleri, klinikte uygulanan prosedür, ekip ile işbirliği yapma, ekip ile birlikte karar alma ve vizitlere katılma ile açıklanabilir. ÜH'nde hemşirelerin rol ve sorumluluklarının ekip içinde belirlenmesi ile açıklanabilir. RSHH'nde oral ilaç uygulamalarına yönelik belirli prosedürler olmaması ve veya hemşirelerden beklenen uygulamanın sadece ilaçların verilmesi, ekip içinde ilaçlar ile ilgili alınan kararlara katılımlarının olmaması olabilir.

Haytural ve Atalay(1990)'ın çalışmasında, hemşirelerin yaklaşık %71'i hastalıklar ve tedaviler konusunda kendilerini yetersiz buldukları saptanmıştır. Bu bulgular araştırmada elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Ayrıca Harrison, Howard ve Mitchell'in belirttiğine göre, Bennett ve arkadaşları (1995) yaptıkları çalışmada hemşirelerin ilaç uygulamalarında ilaç tedavisini yönetebilmek için bütüncül değerlendirme ve psikopatolojinin değerlendirilmesinin önemini belirtmişler ve hemşirelerin sadece olası yan etkileri değerlendirdiklerini belirtmişlerdir. Araştırma da hemşirelerin ilaç uygulamaları yönünden eksik

gördükleri alanlar olması ilaç tedavilerinde hemşirelerin rollerini yerine getirmede eksiklik olmasına dolayısıyla hastaların ilaç tedavisinden hak ettikleri bakım ve tedaviyi alamamalarına neden olabilir.

Hemşirelerin İlaç Tedavilerini Uygulamadan Önce Veri Toplama Durumu ve Topladıkları Verilerin Dağılımı: Araştırmaya katılan hemşirelerden büyük çoğunluğu ilaç tedavisini uygulamadan önce veri toplamasına rağmen, ÜH’nde çalışan hemşirelerin %18.8’i, RSHH’nde çalışan hemşirelerin %28.9’u ilaç tedavisini uygulamadan önce veri toplamadıklarını belirtmişlerdir. Hemşirelik süreci kullanımı hemşirelerin işlevlerini sistematize ve organize edecek bir araçtır. Hemşire oral ilaç tedavisinden beklenen yanıtı alabilmek için hastaya yönelik bazı faktörleri tanımalıdır. Bu faktörleri tanımlayabilmesi için hastadan kapsamlı veri toplamalıdır. Veri toplama oral ilaç tedavisi ile ilgili uygulamaların temelini oluşturur. Veri toplama sürecinde elde edilen veriler, hastanın ilaç tedavisi için gerekli uygulamalara karar vermede yardımcı olur (Otong, 2003;Pelletier et al., 1999;Townsend, 2003).

Bu çalışmada toplanan verilerin niteliği de incelenmiştir. Araştırmada her iki kurumda da çalışan hemşirelerin büyük bir çoğunluğu hastanın ilaç kullanma öyküsü hakkında veri toplamaktadırlar. Bunun nedeni kliniklerde hasta kabul protokolünde hastanın ilaç kullanma öyküsünün sorulması olabilir. Hemşire hastanın ilaç kullanma öyküsünü alırken hastanın kullandığı bütün ilaçlar konusunda bilgi toplamalıdır ve hemşire kullandığı ilaçlar hakkında hastanın bilgisini değerlendirmelidir (Perry & Potter, 2004). Kliniklerde hastaların kliniklere kabullerinde hastadan tıbbi öyküsü ve ilaç kullanma öyküsü hakkında bilgi alınır (Uusoy & Görgülü, 1996). Hastadan veri toplamak hemşireye hasta için kabul edilebilir bir ilaç tedavi planı geliştirmesinde yardımcı olur (Boyd, 2001).

ÜH’nde çalışan hemşireler hastanın ilaç kullanma davranışı, hastanın ilaç tedavisine direnci, hastanın anlama ve koordinasyon düzeyi, hastanın ilaç tedavisine ilişkin duygu ve düşünceleri ve bakım verenin tedaviye ilişkin yaklaşımları konularında RSHH’nde çalışan hemşirelere göre daha fazla veri toplamaktadırlar. Bu bulgu ÜH’nde çalışan hemşirelerin, hastaların ilaç tedavisine uyumlarını sağlama ve tedavinin etkinliğini değerlendirme rollerinin önemini farkında olmaları ile açıklanabilir. Psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin hastanın bilişsel fonksiyonlarını değerlendirmesi önemlidir. Hastanın ilaç tedavisine yönelik davranışı, duygu düşünceleri ve tedaviye direnci konularında hemşirenin veri toplaması hastanın ilaç tedavisine uyumunu sağlaması ve ilaçtan en üst düzeyde yararlanmasını sağlar. Ayrıca hastanın ilaç tedavisini anlaması ve koordinasyonu kısıtlı ise ilacını almayı reddedebilir (Boyd, 2001;Bunker, 1999).

ÜH’nde çalışan hemşirelerin %61.1’i, RSHH’nde çalışan hemşirelerin ise % 58.5’i hastanın diyet öyküsü hakkında veri toplamaktadırlar. Hemşirenin hastanın diyet öyküsü hakkında veri toplaması önemlidir. Hemşire hastayı ilaç etkileşiminde bulunabilecek yiyeceklerden kaçınması konusunda uyarmak ve ilacın etkisini arttıracak ve azaltacak beslenme şekilleri konusunda hastaya bilgi vermek için hastanın diyetini bilmelidir (Perry & Potter, 2004;Townsend, 2003). Örneğin MAO inhibitörleri yüksek tiramin içeren gıdalarla etkileşime girebilir ve bunun sonucunda hipertansif kriz meydana gelebilir. Bu nedenle hastayı bu konuda bilgilendirmek önemlidir. Psikiyatri kliniğinde intihar düşüncesi olan hastalara özellikle diyetleri

konusunda dikkat edilmelidir (Yüksel & Köroğlu, 1991). Bu nedenle psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin tamamı hastanın diyeti hakkında veri toplamalıdır.

RSHH'nde çalışan hemşireler hastanın ilaca karşı alerjisi hakkında daha fazla veri toplamaktadırlar. Bu bulgu, hastanın ilaç tedavisine alerjisi konusunda veri toplamanın da hasta kabul sürecinin bir parçası olması ile açıklanabilir. Bu bulgular doğrultusunda, iki kurum arasında toplanan veriler açısından nitelik farkı olduğu söylenebilir. ÜH'nde çalışan hemşirelerin topladıkları veriler daha çok hemşirenin rolüne uygun bakımı planlama amaçlı toplanan veriler olarak, RSHH'nde çalışan hemşireler ise kliniklerde hasta kabul prosedüründe alınması gereken veriler olarak değerlendirilebilir.

Psikiyatri Kliniğinde İlaçların Saklanması ve Dağıtımında Güvenliğin Sağlanması: RSHH'nde çalışan hemşirelerin tamamına yakını, ÜH'nde çalışan hemşirelerin de çoğunluğu ilaçları ilaç dolaplarında bulundurmaktadır. Ancak ÜH'nde çalışan hemşirelerin %10.1'i ilaç rafı ya da tedavi masasında bulundurmaktadırlar. İlaç dolaplarının ve tedavi odasının güvenliğinin sağlanması psikiyatri kliniklerinde hastalara ilaçların güvenli bir şekilde hazırlanıp dağıtılması açısından önemlidir. İlaçların güvenliğinin sağlanması hastaların ilaç kullanımını suistimal etmelerine neden olabilir, intihar amaçlı ilaçları almak isteyebilirler. Bunun sonucunda da hasta ilaçtan zarar görebilir. Ayrıca açıkta bulundurulan ilaçlar sağlık çalışanları, hasta yakınları ve hastalar tarafından kötüye kullanılabilir. Bu hem maddi açıdan hem de suistimal açısından önlem alınması gereken bir durumdur (Baer&Williams, 1992;Bunker, 1999;Varcarolis 1998). Araştırmada ÜH'nin yalnızca %6'sında çift kilit uygulaması varken, RSHH'nde çift kilit uygulaması olmaması ve ÜH'nin %2'sinde, RSHH'nin %0.9'unda tedavi odasının bulunmaması ve güvenlik önlemi alınmaması ilaçların güvenli bir şekilde saklanması konusunda düşündürücü bir bulgudur. Bu bulgu psikiyatri kliniklerinde ilaçların güvenli bir şekilde saklanmasının öneminin kavranmadığı şeklinde yorumlanabilir. Aynı zamanda kurumlarda ilaçların saklanmasında güvenliğin sağlanmasına gerekli önem verilmemesi, hasta güvenliğinin sağlanması adına belirli politikalar olmamasından da kaynaklanabilir. Literatürde ise psikiyatri kliniğinde ilaçların çift kilit(double locked) uygulaması(Boyd, 2001;Taylor, 1994) ile ve herhangi bir yerden görülmeyecek şekilde çift kilit (dolap kilidi, oda kilidi)(Terakye, 2000) altında saklanmasının önemi vurgulanmaktadır;

Araştırmada ilaç dağıtım malzemelerinin niteliği araştırılmış, hastanelerin tümünde ilaç dağıtımında bardak ya da kadeh kullanıldığı saptanmıştır. Her iki kurumda da kadehlerde çoğunlukla plastik malzeme tercih edilmektedir. Bu istendik bir uygulamadır. Ancak ÜH'ndeki kliniklerin %23.8'inde, RSHH'ndeki kliniklerin %18.2'sinde cam malzeme kullanılmaktadır. Bu sonuç psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin ilaç dağıtımında güvenlik önlemi olarak plastik malzeme kullanılması konusunda farkındalık düzeyinin yetersiz olması ve kurum politikasında belirlenmiş ilaç tedavisi uygulama sistemine bağlı olabilir. Plastik malzeme kullanmak hem hasta güvenliği açısından önemlidir hem de maliyet açısından ucuzdur. Bu nedenle kurumlarda ilaç dağıtımlarında plastik malzeme kullanmanın önemi ve maliyeti yönünden düzenlemeler yapılmalıdır. Literatürde hasta güvenliği açısından ve klinikte meydana gelebilecek şiddet ve yaralanmaları önlemek için ilaç dağıtımında kullanılan malzemelerin cam ya da metal olmaması belirtilmektedir (Taylor, 1994;Terakye, 2000;Varcarolis, 1998).

İlaç Uygulama İlkeleri: Araştırmada ÜH'nde %74.5, RSHH'nde %50.3 oranında ilaç uygulamalarına yönelik ilkeler belirlenmiş ancak bu ilkelerden ÜH'nde %15.2'si, RSHH'nde ise sadece %6.8'i yazılıdır. Her iki kurumda da hemşireler sözel iletişim tekniğini kullanmaktadırlar. Klinikte ilaç uygulamalarına yönelik yazılı ilkelerin az sayıda olması, ilaç uygulamalarında kliniklerde belirli standartlar olmadığını düşündürmektedir. Hemşirelik uygulamalarında standart olması, hemşirelerin rol ve işlevlerinin etkinliğine katkıda bulunarak ekip içinde hemşirenin değerlerini ortaya koyma, hemşirelere felsefelerini oluşturma ve kendilerini geliştirmeleri yönünde olumlu katkı sağlar. Bu nedenle psikiyatri kliniklerinde oral ilaç uygulamalarına yönelik standartların olmaması, hemşirelerin rollerini tam olarak tanımlayamamaları ve yerine getirememelerine neden olabilir. Bunun sonucunda hastanın hak ettiği tedaviyi almasında eksiklikler meydana gelebilir. Tanıg(1996) çalışmasında, ülkemiz dışındaki hastanelerin hepsinde kurumların kendilerinin geliştirdikleri standart hemşirelik uygulamaları olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde de hemşirelik işlevlerinin eksiksiz yerine getirilebilmesi ve hastaların nitelikli bakım alabilmeleri için standart uygulamalar olmalıdır. Özellikle psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin oral ilaç uygulamaları ile ilgili standartlar olmalıdır. Tariol ve Hales (2001), psikiyatri kliniklerinde ilaç uygulamalarına yönelik yazılı ilkelerin belirlenmesinin ilaç tedavisinin standardize olmasına, bakım kalitesinin yükselmesine ve klinikte ilaç uygulamaları sırasında hemşirenin karar vermesine yardımcı olacağını belirtmişlerdir.

Anderson (2002) çalışmasında psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin ilaç tedavilerini uygulama sırasında yaşadıkları güçlüklerden bahsetmiş ve ilaç uygulamaları konusunda bilginin yetersiz dağılmasının yaşanan güçlükler arasında olduğunu belirtmiştir. Klinik ilkelerin sözel olması bilginin yetersiz ya da yanlış yayılmasına neden olabilir. Bu nedenle psikiyatri kliniklerinde ilaç uygulamaları konusunda yazılı ilkeler olmalıdır.

İlacın verilmiş zamanına uymak ve ilacın doğru hastaya verildiğinden emin olmak her iki kurumda da düşük oranda ilke olarak belirlenmiştir. Hastaya kullanılan ilaçların farmakokinetiğini hemşire bilmelidir. İlaç etkisinin başlaması büyük ölçüde absorpsiyon hızına bağlıdır. Yarı ömrü uzun olan ilaçlar dokularda daha yavaş birikirler, yarı ömrü kısa olan ilaçlar vücuttan daha çabuk atılırlar. Yarı ömür ilacın hastaya nasıl verileceğini etkiler. Yarı ömrü 24 saatten fazla olan ilaçlar günde tek doz şeklinde verilebilir (Yüksel & Kökoğlu, 1991). Bu nedenle ilacın verilmiş zamanına uymak ilaçtan maksimum terapötik etkiyi sağlamak için önemlidir. Oral ilaç uygulamasını yapan hemşire ilacın etkisini ve absorpsiyonunu etkileyen etmenlerden olan ilacın verilmiş zamanına uyma ilkesini benimsemelidir. İlacın doğru hastaya verildiğinden emin olmak hastanın güvenli bir şekilde ilacını kullanmasını ve zarar görmesini engeller. Psikiyatri kliniğinde hastaya herhangi bir ilaç verilmeden önce hastanın kimliği mutlaka belirlenmelidir. Hastanın isimliği kontrol edilmelidir, çünkü yanlış hasta olabilir veya kasıtlı olarak aldatmaya çalışabilirler (Townsend, 2003;Boyd, 2001). Hemşirenin ilaç uygulamasında sorumluluklarından birisi de doğru ilacı doğru doz ve zamanda doğru yolla doğru hastaya uygulamaktır, bu uygulama ilaçların uygulanması ile ilgili meydana gelebilecek hata risklerini azaltır (Austin, 2001). Hastanın nitelikli bakım ve tedavi alma hakkını korumak ve tedaviden zarar görmesini engellemek adına ilacın hastaya doğru zamanda, doğru

dozda, doğru yolla ve doğru biçimde verilmesi önemlidir (Bunker, 1999; Perry & Potter, 2004; Ulusoy & Görgülü, 1996). Bu nedenle ilacın verilmiş zamanına uymak ve ilacın doğru hastaya verildiğinden emin olmak bütün kliniklerde ilaç uygulamalarında genel ilke olarak benimsenmelidir.

İlacı hemşire deskinde dağıtmak ÜH'nde ilke olarak belirlenmiştir. Literatürde ilaçların her gün aynı merkezden, ilaçlar bir bariyer arkasında tutularak dağıtılması vurgulanmaktadır (Taylor 1994). İlaçların deskte dağıtılmasının ilke olarak belirlenmesi ÜH'nin kliniklerinin yapısından kaynaklanabilir. Oysa literatürde hemşire istasyonlarının, hastaların günlük işlevlerini ve diğer hastalarla etkileşimlerini gerçekleştirdikleri oturma salonlarını veya hasta odalarını rahatça görebilecekleri şekilde tasarlanmış olması belirtilmektedir (Taylor, 1994).

Araştırmada ortaya çıkan diğer bir önemli bulgu ise ilacın verildiğini hemşire gözleme kaydetmek ilkesi, ÜH'nde %6.1, RSHH'nde ise %8 oranında belirlenmiştir. İlacın verildiğini hemşire gözleme kaydetmek gibi önemli bir uygulamanın kliniklerin çok azında ilke olarak belirlenmesine rağmen hemşirelerin tamamı ilaç uygulamalarını kaydettikleri kayıt formları kullanmaktadırlar (Tablo 4.20). Bu durum hemşirelerin ilaç uygulamalarını kaydettikleri ancak kayıt tutmanın yazılı ilke olarak belirlenmediği gerçeği ile açıklanabilir. Hemşireler yaptıkları uygulamaları standardize edebilmeleri, mesleki uygulamalarını sergileyebilmeleri ve eksiksiz uygulama yapabilmeleri adına yazılı ilkelere yapılan uygulamaların tamamının yer alması gerekmektedir. Bu durum hem yasal sorunlarla karşılaşmamaya hem de rol ve sorumlulukların tanımlanmasına neden olacaktır (Anderson, 2002; Pelletier et al., 1999).

Doktor İstemlerinin Kontrolüne İlişkin Özellikler: Her iki kurumda da istemler her gün kontrol edilmekte ancak RSHH'nde sabah teslimden sonra kontrol edilme daha fazladır. ÜH'nde ise gece nöbetinde ve her şifte istem kontrolü görülmektedir. İlaç istemleri her sabah hemşire tarafından kontrol edilmelidir (Perry & Potter, 2004). Her şifte ilaç istemlerinin kontrol edilmesi ilaç uygulamaları sırasında istemden kaynaklanan hataların azalmasına neden olur. Bu nedenle her şifte istem kontrolü hasta güvenliği açısından olumlu bir uygulamadır.

Hemşirenin istemle ilgili herhangi bir sorusu varsa hasta güvenliği açısından ve yasal bir sorunla karşılaşmamak için doktorla görüşmelidir (Bunker, 1999; Perry & Potter, 2004; Ulusoy & Görgülü, 1996). İlaç istemleri okunmadığı durumlarda her iki kurumda da hemşireler yüksek oranda doktora danışmaktadırlar. Ancak RSHH'nde çalışan hemşirelerin %12.7'si diğer hemşireye danışırken, %7.5'i bir önceki isteme bakmaktadırlar. Hastanın güvenliği ilacı uygulamaktan daha önceliklidir. İlaç istemini okuyamadığı zaman hemşirenin diğer hemşireye danışması veya bir önceki isteme bakması hatalı uygulamaya neden olabilir. Yapılan hatalı ilaç uygulaması sonucunda hasta ve hemşire zarar görebilir. Bu nedenle hemşireler istem ile ilgili herhangi bir sorunla karşılaştıkları zaman, hastaların güvenliği ve kendi güvenlikleri açısından doktora danışmalıdırlar.

Her iki kurumda da hastaya uygun olmadığı düşünülen ilaç olduğunda hemşirelerin tamamına yakını doktora danışmaktadırlar. Atabek'in (1994) belirttiğine göre, hemşirelerin ilaç uygulamaları sonucunda meydana gelen hatalar ile ilgili Amerika'da yapılan bir araştırmada, hemşirelerin kesilen ilacı verme(%15), kayıtları yanlış okuma (%13), istemi kontrol etmeme (%9), istem edilmeyen ilacı

verme (%2), dozun tekrarı (%2) şeklinde istemle ilgili hatalar yaptıkları ortaya çıkmıştır. Anderson (2002) çalışmasında ilaç istemleri ile ilgili yapılan hataların azaltılmasına yönelik tek bir ilacın tek bir istemde yazılmasını önermiştir. Bu durum isteme yönelik yapılan hataların azalmasına yardımcı olacaktır.

İlaç Kartı Kullanma ve Karta İlişkin Düzenlemeler: ÜH'nde çalışan hemşirelerin %81.2'si, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise sadece %35.7'si ilaç kartı kullanmaktadırlar. Bu bulgu hastane politikasına göre ilaç kartı, kart ya da karteks kullanımının olması ile açıklanabilir. Aşti ve Kıvanç'ın (2003) çalışmasında hemşirelerin %46.7'sinin ilaç kartı kullanmadıkları ve ilaç kartı kullanmama nedenlerinin, tedavi defteri kullanma, hemşire sayısının yetersiz olması, işlerin yoğun olması, yeterli zaman olmaması ve doktor istemlerinin sık sık değişmesinden kaynaklandığı saptanmıştır. ÜH'nde çalışan hemşirelerin yarısı hastanın her ilacı için ayrı kart kullanırken, RSHH'nde çalışan hemşirelerin çoğunluğu hastanın tüm ilaçları için tek kart kullanmaktadırlar. ÜH'nde kullanılan kart sistemi, istedik bir uygulamadır çünkü her ilaç için tek kart kullanmak ilaç uygulamalarında meydana gelebilecek hataların azalmasına neden olur. Hemşire ilaç kartlarına yazılan ilaçları saatlerine uygun olarak ayırır bu uygulama ilaçların verilmiş zamanlarının atlanmasını önler (Perry & Potter, 2004; Ulusoy & Görgülü, 1996). ÜH'nin aynı zamanda eğitim hastaneleri olması nedeniyle klinik uygulamaya çıkan öğrenciler için kart sistemi uygulaması öğrenciye model oluşturmaktadır. RSHH'nde kullanılan yöntemde ilaçların zamanında verilmesinde hatalar meydana gelebilir. Değiştirilen veya sonlandırılan ilaçların üzerinin çizilmesi ile ilaç kartında karalamalar meydana gelebilmekte ve bu durum ilaç uygulamalarında hataya neden olabilmektedir. Oysa tek kart kullanımında değiştirilen veya sonlandırılan ilacın kartı yırtılıp atılmakta yenisi yazılmaktadır. Bu durum da ilaçların güvenli bir şekilde hastaya verilmesine yardımcı olmaktadır. Literatürde hastanın her ilacı için ayrı kart çıkartmak, kartın her sabah hemşire tarafından doktor istemiyle karşılaştırılması, ilaç istem ile aynı ise kartın tekrar kullanılması kısmen değiştirilmiş ise kartın yeniden yazılması gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca ilaç kartında oda numarası, yatak numarası, hastanın adı soyadı, ilacın adı, dozu verilmiş yolu, uygulama zamanı, ve istemin verildiği tarih ve saat yazılması gerektiği de belirtilmektedir (İnanç vd., 2003; Ulusoy & Görgülü, 1996).

Araştırmada her iki kurumda da hazırlanan ilaç kartlarının tamamında hasta adı bulunmaktadır. İlacın adı, ilacın dozu ve verilmiş saati her iki kurumda da hazırlanan kartların tamamına yakınında bulunmaktadır. Hazırlanan kartların çok azında oda numarası ve yatak numarası yer almaktadır. RSHH'nde hazırlanan kartlarda ilacın verilmiş yolu ve tarih, ÜH'ne göre daha fazla bulunmaktadır. İlaç kartında ilacın verilmiş yolu ve tarihin bulunmaması hemşireden kaynaklanan ilaç uygulama hatalarına neden olabilir. İlaç uygulaması sırasında ilacın verilmiş yolu hemşirenin dikkatinden kaçabilir, çünkü bazı ilaçların hem oral hem de intravenöz uygulanan formları vardır. Bu nedenle ilacın verilmiş yolu ilaç kartlarında mutlaka belirtilmelidir. İlacın verilmiş tarihinin yazılmaması da farklı hatalara ve hastanın zarar görmesine neden olabilir. Bazı ilaçlar haftada bir veya iki kez uygulanması gerekebilir veya ilaç kartının ne zaman hazırlandığı ile ilgili sorunlar meydana gelebilir. Bu sebeplerden dolayı hazırlanan ilaç kartlarında ilacın verilmiş yolu, kartın hazırlanma tarihi ve kimin tarafından hazırlandığı ilaç kartına yazılmalıdır. İlaç kartındaki hata nedeniyle meydana gelebilecek yanlış uygulamalardan yasal olarak

hemşire sorumludur bu nedenle kartın kimin tarafından hazırlandığı mutlaka belirtilmelidir (Bunker, 1999;Perry & Potter, 2004).

İlaç Uygulamalarında İzlenen İşlem Basamakları: ÜH’nde çalışan hemşirelerin çoğunluğu “istem=>hemşire gözlem=>ilaç kartı=>ilaç verme” basamağını kullanmaktadırlar. RSHH’nde çalışan hemşirelerin çoğunluğu ise “istem=>tedavi defteri=>ilaç verme” basamağını kullanmaktadırlar. ÜH’nde kullanılan sistemde hemşire istemi hemşire gözleme ve karta yazma aşamasında iki defa kontrol etmektedir. İkili kontrol olması ilaç uygulaması sırasında meydana gelebilecek hataların yapılmasını engelleyebilir. RSHH’nde kullanılan sistemde ise, istemdeki ilacı doğrudan tedavi defterine yazmak ve ardından ilacı vermek sadece bir defa kontrol gerektirmesi nedeniyle hataya neden olabilir. Tedavi defterine yazma aşamasında yanlış bir ilaç yazılması hastanın ve hemşirenin zarar görmesine neden olabilir. Bu nedenle alınan istemlerin hemşire gözlem formuna ve ilaç kartına yazılması aşamasında iki defa kontrol edilmesi önemlidir (Bunker, 1999;İnanç vd., 2003).

İlaçların Dağıtım Yöntemi: Her iki kurumda da ilaçlar çoğunlukla hemşire deskinde dağıtılmaktadır. İlaçlar ilaçların ve hastaların güvenliğini sağlamak amacıyla hastaların arasında dolaşarak dağıtılmamalı, her gün aynı merkezden ilaçlar bir bariyer arkasında tutularak ve hastanın adı okunarak yapılmalıdır. Daha önce ilaçların dağıtım yöntemlerinden hemşire deskinde dağıtılması tartışıldı. Burada hastanın hemşire deksine gelmesi ön plana çıkmaktadır. Hastanın ilacını kendisinin alması hastanın ilacı ile ilgili sorumluluk almasını, beceri geliştirmesini, sosyalleşmesini ve benlik saygısını geliştirici etkileşimde bulunmasını sağlar (Terakye, 2000;Varcarolis, 1998). ÜH’nde RSHH’ne göre hasta odalarında ilaç dağıtımını daha fazla görülmektedir. Bu bulgu hemşirelerin ilaç ve hasta güvenliğini sağlamak konusunda farkındalık düzeylerinin düşük olduğunu düşündürmektedir.

Tedavi Sırasında Hastanın Kimliğinin Kontrolü: Her iki kurumda da hemşirelerin tamamına yakını tedavi sırasında hastanın kimlik kontrolü hasta adına yapmaktadır. Bu istendik bir uygulamadır. Doğru ilacın doğru hastaya verilebilmesi için hastanın tedavi sırasında ismini sormak önemlidir. Bu uygulama hastanın ilaç tedavisinden zarar görmesini engeller. Araştırmada oda numarasına göre kimlik kontrolü yapan toplam 3, yatak numarasına göre kimlik kontrolü yapan toplam 1 hemşire bulunmaktadır. İlaç dağıtımının oda numarasına göre veya yatak numarasına göre yapılması ilacın yanlış hastaya verilmesine neden olabilir (Bunker,1999;Craven,1996).

Hastanın İlacını Aldığından Emin Olma Yöntemleri: Her iki kurumda da çalışan hastanın ilacını içtiğinden emin olmak için hemşirelerin yarısından fazlası bütün hastaların ağızlarını kontrol ederken, ÜH’nde çalışan hemşirelerin %23.5’i, RSHH’nde çalışan hemşirelerin ise %17.4’ü sadece durumu ağır olan hastaların ağızlarını kontrol etmektedirler. Psikiyatri kliniğinde ilaç uygulamaları sırasında hastanın ilacını içtiğinden emin olunur. Hastanın ilacını içtiğinden emin olmak için psikiyatri kliniklerinde hemşireler bütün hastalarda düzenli ağız kontrolü yapmalıdırlar. Böylece hastanın ilacını alması sağlanır ve hasta tedaviden maksimum terapötik yarar sağlayabilir (Otong, 2003;Stuart &Sundeen, 1995;Taylor, 1994;Townsend 2003).

ÜH'nde çalışan hemşirelerin %14.8'i, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %20.2'si sadece gözlem yaparak hastanın ilacı aldığından emin olmaktadır. Gözlem yapmak hastanın ilacını içtiğinden emin olmak için etkin bir yöntem olmayabilir. Hasta ilacını içerken parmak arasına saklayabilir veya dil altına saklayıp ilacını odasına gittikten sonra tükürebilir.

ÜH'nde çalışan hemşirelerin %1.3'ü, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %1.6'sı hastaya ilacını içip içmediğini sorarak hastanın ilacını içip içmediğinden emin olmaktadır. Hastalara ilacını içip içmediğini sormak, ilacını içtiğinden emin olmak için güvenli bir yol olmayabilir. Çünkü hasta ilacını saklayabilir, içtiğini söyleyebilir, ilaçlarını daha sonra intihar amaçlı kullanmak için biriktirebilir (Taylor, 1994; Townsend, 2003).

Oral ilaç tedavisinde psikiyatri kliniklerinde bütün hastalar için ağız kontrolü yapılması ilke olarak benimsenmesi, hastanın ilaç tedavisine uymasını, tedaviden yarar sağlamasını dolayısıyla hastanede kalış süresini etkileyebilir. Hastaneden kalış sürelerinin azalması hasta ve ülke ekonomisine yarar sağlar. Bu tip hemşirelik uygulamalarının standardize edilmesi, öncelikle hastanın iyileşmesine katkıda bulunarak hasta yararına, daha geniş düşünüldüğünde ise ülke ekonomisine katkı sağlayabilir.

Tedavi Sırasında Karşılaşılan Hasta Tepkileri: Kurumlarda çalışan hemşireler farklı hasta tepkileriyle karşılaşmaktadır, her iki kurumda da çalışan hemşireler, ilacını itiraz etmeden alan hastalarla karşılaştığı gibi yüksek oranda ilacını almak istemeyen hasta tepkileri ile de karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Karşılaşılan diğer tepkiler ise ilacı saklama, sık sık ilaç isteme ve ilacı aldıktan sonra kusmadır. Hemşire burada kişilerarası ilişki kurma becerisini, eğitim sorumluluğunu, problem çözüme becerilerini kullanarak ve hastanın ilacını almak istememe nedenini araştırıp uygun müdahaleyi sağlayarak hastaya ilacını almasını kabul ettirmelidir. Ayrıca hemşireler psikiyatri kliniklerinde ilaç uygulamaları sırasında karşılaşılan hasta tepkilerine karşı uygun yaklaşımlar konusunda kendilerini geliştirmelidirler. Böylece hemşire hastaların ilaç tedavisinden yarar sağlamalarına yardımcı olabilir (Isaacs&Shieves, 2002; Taylor, 1994; Videbeck, 2001). Psikiyatri kliniğinde hastalar psikotropik ilaçların yan etkilerinden ve bilgi eksikliğinden dolayı ilaç kullanmayı reddedebilirler (Tankel, 2001). Hastalar ilacını aldığı unutup ısrarla ilaç isteyebilir, ilacından kuşkulabilir, ilacını saklayabilir, kendini diğer hastalarla kıyaslayarak diğer hastaya verilmesi gereken ilacın kendisine verilmesi gerektiğini savunabilir (Otong, 2003; Taylor, 1994, Townsend, 2003). Cramer ve Rosenheck'in (1998) çalışmasında hastaların %58'inin antipsikotik ilaç tedavilerine uymadığı, %63'ünün antidepresan tedavilerine uymadığı saptanmıştır. İlaç tedavine verilen yanıtta psikolojik unsurlar, sosyal unsurlar ve bilgi eksikliği etken olabilir. Bu nedenle ilaç tedavisine karşı gösterilen davranışlar kültürler ve subkültürler arasında farklılık göstermektedir (Golden, 1999). Bir diğer çalışmada, ilaç izleminde meydana gelebilecek semptomlarda ve hastaların tepkilerinde kültürün önemli rol oynadığı ve ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresinin hastaların tedavileri sırasında kültürel ihtiyaçlarını saptamalarını belirtmiştir (Lutz&Warren, 2001).

İlacını Almayan Hastaya Yaklaşım: İlacını almak istemeyen hastaya yaklaşımda her iki kurumda da çalışan hemşireler öncelikle yüksek oranda doktora haber verme yöntemini kullanmaktadırlar. İlacını almak istemeyen hastanın tedaviye uyum sağlamasına yönelik yaklaşımlar hemşirenin sağlık ekibinin diğer üyeleri ile paylaşması gereken bir sorumluluktur. Bu çalışmada ifade edildiği gibi hemşirenin ilacını almayan hastaya herhangi bir müdahalede bulunmadan doktora haber vermek yolunu seçmesi ilaç tedavisine yönelik sorumluklarını yerine getirmede yetersiz olduğunu göstermektedir. Hemşirenin bu konuda sorumluluğu doğrudan doktora bırakması, geleneksel rollerin dışına çıkmak istememesi ve sadece istemi uygulama yolunu seçmesi ile açıklanabilir.

Psikiyatri kliniklerinde oral ilaç uygulamalarında hemşirelerin en önemli sorumluluklarından birisi de hastanın ilaca karşı tepkisinin gözlenmesi ve kaydedilmesidir. Her hastanın ilaç tedavisi sırasında kendine özgü davranış kalıpları olabilir. Hemşire ilacını almak istemeyen hastayı yargılamamalı, hastanın bu davranışının nedenini araştırmalıdır. İlaç tedavisine uyum sorunun olası nedenleri, hastanın değerleri, yaşam biçimi ve alışkanlıkları, sosyodemografik özellikleri, bilgi yetersizliği, belleğin zayıflaması, ilaç kullanımı için motivasyonun yetersiz olması, düşünce sürecinde değişiklik, hizmet ve destek sistemlerindeki yetersizlikler, hastanın ilaç tedavisine ilişkin daha önceki olumsuz deneyimleri, tedavi planının anlaşılır olmaması, ilaçların hastalık belirtilerini iyileştirme süresinin uzun olması, ilaçların yan etkileri, akut tedavi sonrasında uzun süreli ilaç tedavisinin gerekliliği, ilaçların bırakılmasından hemen sonra hastalık belirtilerinin görülmemesi, sosyal destek yetersizliği ve kaynak yetersizliği olabilir (Terakye&Demirkıran,2003). Bu nedenle hemşire ilacını almayan hastaya yaklaşımda bu unsurları göz önünde bulundurmalıdır. Hemşire kişilerarası ilişki kurma becerilerini burada kullanarak, hastanın ilaç tedavisine karşı tutumu, başa çıkma mekanizmaları, kişilik özellikleri, sosyal destek sistemleri, tedavi motivasyonunu değerlendirmelidir. İlaç uygulaması sırasında hasta ilacı alırken ikna ve açıklama yapmak gerekip gerekmediği, bir başka ilaç isteği olup olmadığı, ilaçtan şüphesi olup olmadığı gözlenmelidir (Taylor,1994;Terakye, 2000;Townsend, 2003;Varcarolis,1998). Nitekim yapılan bir çalışmada hemşire hasta ilişkisinin hastanın tedaviye uyumunda etkili olduğu saptanmıştır (Dearing, 2004).

ÜH’nde çalışan hemşireler çoğunlukla doktora haber vermenin yanı sıra hastanın ilacını almak istememe nedenini araştırma yöntemlerini kullanmaktadırlar ve bu bulgular ÜH’nde çalışan hemşirelerin lehine anlamlı bulunmuştur. RSHH’nde çalışan hemşireler de çoğunlukla doktora haber vermekle beraber ilacını oral yolla almak istemeyen hastaya enjeksiyon yapma yöntemini de yüksek oranda kullanmaktadırlar. Bu bulgu RSHH’nde çalışan hemşirelerin lehine anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkarak kurumlar arasında ilacını almak istemeyen hastaya yaklaşım farkı olduğunu söyleyebiliriz.

ÜH’nde daha çok nedenini araştırma gibi bilimsel bir yöntem kullanımı tercih edilirken, RSHH’nde ilacını oral yolla almayan hastaya enjeksiyon yapma yaklaşımı görülmektedir. Hemşireler tedavi sırasında yalnız karar vermek zorunda kalabilir. Hemşire öncelikle enjeksiyon yapmayı tercih etmemelidir, hasta ile iletişim kurarak almak istememe nedenini araştırıp nedene yönelik müdahale yapıldıktan sonra hastayı ikna edemezse doktora bilgi verilip istem dahilinde enjeksiyon yapılmalıdır. Bu uygulama, hemşireyi yasal yönden korur (Varcarolis, 1998).

Hastanın İlaç Tedavisine Uyumunu Kolaylaştırmak İçin Yapılan Girişimler: Her iki kurumda da hemşireler hastanın ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştırmak için öncelikle yüksek oranda hasta eğitimi yapmaktadırlar. Doğan ve Sabancıoğlu(2003)'nin çalışmasında, bipolar bozukluğu olan hastalara hemşirelerin ilaçlar konusunda verdikleri eğitim sonrasında hastaların sosyal adaptasyonları, ilaç tedavisine uyumları ve yaşam kalitelerinin yükseldiği ortaya çıkmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada ise depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine katkısı araştırılmış ve deney grubundaki hastalara poliklinik görüşmesinin ardından tekrarlı ev ziyaretleri yapılmış, sonuçta kontrol grubundaki hastaların yarısına yakınının bilgi eksikliği nedeniyle ilaçlarını bıraktıkları ortaya çıkmıştır (Demirkıran & Terakye, 2001). Bu nedenle kurumlarda hastanın ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştırmak için hasta eğitimi yapılması olumlu bir sonuçtur ancak bu eğitimler taburculuk sonrasında da sürdürülmelidir. Kurumlarda ilaç tedavisine uyumu kolaylaştırmak için yapılan diğer uygulamalar ise, hastanın ilacını almaya kendisinin gelmesini sağlama yöntemi ile hastaya sorumluluk vermek, aileyi ya da bakım veren kişiyi tedaviye katma ve ilaçlar konusunda eğitim vermektir.

İlaç tedavisinde sadece hastaya eğitim vermek, hastanın tedaviye uyumunda yetersiz kalabilir. Bilgi verirken hastanın ailesine ya da yakınlarına bilgi vermek önemlidir. Bu durum ailenin veya bakım veren kişinin ilaç kullanımı konusunda hastayı cesaretlendirmesine, endişelerin azalmasına ve hasta güvenliğinin artmasına yardımcı olacaktır (Schultz & Videbeck, 2002). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin hasta ve ailelerine yaptıkları eğitimler sonucunda hastaların %90'ının aylık kontrollerde ilaçlarını sürekli kullandıkları ve hasta yakınlarının yarıdan fazlasının ilaç yan etkilerine etkin yaklaşımda buldukları belirtilmiştir (Tel, 1999). Hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmak için hemşirelerin hasta ve ailesine birlikte eğitim vermeleri önemlidir. Yapılan bir çalışmada hemşirenin hasta ve ailesine verdiği eğitim sonrasında hastanın ilaç tedavisine uyumunun arttırdığı belirtilmiştir (Happell, Manias & Pinikahana, 2002)

İlacın Etkinliğini Değerlendirme Yöntemleri: Her iki kurumda da çalışan hemşirelerin ilacın etkinliğini değerlendirme için kullandıkları yöntemler birbirine yakın olmakla birlikte, ÜH'nde çalışan hemşireler diğer yöntemlere göre daha çok ilacın etkisini gözlerken, RSHH'nde çalışan hemşireler daha çok ilacın yan etkilerini gözlemektedirler. İlacın etkilerini değerlendirmek hemşireye, hastanın ilaç tedavisine yanıtını tanımlama ve hemşirenin bakım ve tedavisine değişik öneriler getirebilmesine yardımcı olacaktır. Bu nedenle ilaçların etkilerini gözlemek önemlidir (Otong, 2003).

İlaçların yan etkileri hastanın yaşam kalitesini düşürebilir ve tedaviye uyumunu azaltabilir. Bu nedenle hemşire meydana gelebilecek yan etkileri izleme konusunda farmakokinetik bilgisine sahip olmalıdır. Hastayı olası yan etkilerden korumak için yan etkileri gözlemek önemlidir. Hemşire ilacın hastaya verilmesinden bire bir sorumlu kişi olması nedeniyle ilaç uygulamalarının etkinliğini sağlamada yardımcıdır. Hemşire ilaç tedavisini uygulama aşamasında hasta ile olumlu kişiler arası ilişkiler geliştirmesi gerekmektedir. Olumlu kişilerarası ilişki geliştirmenin birinci basamağını karşılıklı güven oluşturmaktadır. Hastanın güvenini sağlayabilmek için hemşire, hastanın duygularını paylaşmalı, düşüncelerini dinlemeli ve hastaya açıklama yapmalıdır. İlaç tedavisine uymayan hastayı yargılamamak,

hastanın bu davranışının altında yatan nedenleri araştırmak gerekmektedir. Tedavi süreci, beklenen ve beklenmeyen etkiler ve yan etkiler hastanın anlayabileceği şekilde açıklanmalıdır (Schultz & Videbeck, 2002; Taylor, 1994).

ÜH'nde çalışan hemşireler ilacın etkinliğini değerlendirmek için yaşam bulgularını alma yöntemini RSHH'nde çalışan hemşirelere göre daha fazla kullanmaktadırlar. Bu sonuç ÜH'nde çalışan hemşirelerin lehine anlamlı bulunmuştur. RSHH'nde çalışan hemşireler ilaç etkinliğini değerlendirebilmek adına yan etkileri daha fazla gözlediklerini belirtmişlerdir. Ancak yan etkileri gözlemleyebilmek için aynı zamanda yaşam bulgularının da takip edilmesi gerekmektedir. Psikiyatri kliniğinde ilaç kullanımına bağlı gelişen yan etkilerden akut distonik reaksiyon, akatizi, yalancı parkinsonizm, geç diskinezi ve kesilme diskinezisi gibi yan etkileri hemşire gözleyebilir ancak hipotansiyon taşikardi, yüksek ateş ve aritmi gibi yan etkiler gözlemlenemez bu nedenle yan etkileri gözleyebilmek için yaşam bulguları alınmalıdır. Dolayısıyla bu bulgu RSHH'nde çalışan hemşirelerin yan etkileri gözlemede yaşam bulgularının öneminin farkında olmadıklarını düşündürmektedir.

Araştırmada oral ilaç uygulamalarının etkinliğini değerlendirme yöntemlerinden ekip çalışanlarından değerlendirme isteme her iki kurumda da düşük oranda çıkmıştır. Bu durum hemşirelerin ilaç uygulamalarının etkinliğini değerlendirme konusunda ekip ile işbirliği yapmanın önemini kavrayamamaları ile açıklanabilir. Bir başka neden ise klinik tedavi sistemi olabilir. Oysa ÜH'si eğitim hastaneleri olmaları açısından öğrenci doktor ve hemşirelerin de buldukları kurumlar oldukları için buralarda çalışan öğrencilerden değerlendirme almak önemlidir. Kliniklerde çalışan hemşire sayıları az olması nedeniyle hemşireler birebir hastaları gözlemleyemeyebilirler. Öğrenciler klinik stajlarında birebir hasta ile çalıştıkları için öğrenciden değerlendirme istemek önemlidir. Aynı şekilde her iki kurumda da psikoloğtan değerlendirme isteme düşük oranda belirtilmiştir. Ancak psikoloğların yaptıkları testlerin sonucunda ilaç tedavisinin etkinliği konusunda hemşire bilgi sahibi olabilir.

Hemşirelik Uygulamalarının Kaydedildiği Formlar: Her iki kurumda da çalışan hemşirelerin tamamı kayıt formu kullanmaktadırlar. ÜH'nde çalışan hemşireler kayıt için hemşire gözlem formu kullanırken, RSHH'nde çalışan hemşireler tedavi defteri ve nöbet defteri kullanmaktadırlar. Bu yapılan ilaç uygulamalarının tüm kurumlarda kaydedilmesinin göstergesi olarak olumlu bir bulgudur. Klinik gözlemler sonucunda elde ettiğimiz verilerde ÜH'nde kullanılan hemşire gözlem formlarının psikiyatri kliniğine özel hastalar hakkında günlük gözlemlerin yazıldığı formlar olmadığı saptanmıştır. ÜH'nde kullanılan hemşire gözlem formları bütün kliniklere kullanılan hastaların yaşam bulgularının ve aldığı ilaçların kaydedildiği formlardır. Kullanılan hemşire gözlem formların dezavantajı psikiyatri kliniklerine özel olmaması ve hemşirenin hasta hakkında yorumlarını yazabileceği küçük bir alan ayrılmış olmasıdır. Hemşire gözlem formu kullanılması tedavi ve bakımın temel veri ölçütleri olması, ekip üyeleri arasında iletişim sağlaması, hemşire için yasal dayanak oluşturması ve bakımda sürekliliği sağlaması açısından önemli bir formdur. Gözlem formunda yer alan alanlardan birisi de hastanın ilaç ve diğer tedavilere tepkisidir. Bu anlamda hemşire gözlem formu hemşireye ve diğer ekip üyelerine hastanın ilaç tedavisi yönünde bilgi sağlar (Varcarolis, 1998). Bu nedenle kliniklerde tedavi defteri ve nöbet defterlerinin dışında

hemşirelerin hastalar hakkında günlük gözlemlerini yazdıkları gözlem formlarının kullanılması önemlidir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler, hemşire gözlem formunu kullanmaya teşvik edilmelidirler. Hemşire gözlem formu kullanımı hemşirenin ilaçların etkinliğini değerlendirmesine de yardımcı olabilir.

Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Eğitim Gereksinimleri: ÜH'nde çalışan hemşirelerin %49.7'si, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %48.4'ü ilaç uygulamaları konusunda eğitime gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir. Her iki kurumda da çalışan hemşirelerin en fazla gereksinim duydukları konu, ilaçlara ilişkin genel ve yeni bilgiler ve hasta davranışlarına yönelik hemşirelik yaklaşımlarıdır.

RSHH'nde çalışan hemşireler en uygun ilaç dağıtım yöntemleri, hemşirelik uygulamalarında etkinlik ve sonuç ve hastanın ilacı aldığından emin olma yolları konusunda eğitime daha fazla gereksinim duymaktadırlar. ÜH'nde çalışan hemşireler hastanın ilacı aldığından emin olma yolları konusunda daha fazla eğitime gereksinim duymaktadırlar.

Hemşirelerin gereksinim duydukları konulardan da anlaşıldığı gibi hemşireler ilaç tedavisine yönelik hemşirenin rol ve sorumluluklarını öğrenme ve geliştirmeye yönelik bir gereksinim olmaması hemşirelerin ilaç tedavisini uygulama konusunda kendilerini geliştirme çabasında olmadıklarını düşündürmektedir.

Kempainen ve arkadaşları(2003)'nın, hastanın ilaç tedavisine uyumunu sağlamada hemşirenin rolünü belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmaya göre, hastanın ilaç tedavisine uyumunu sağlamak için hemşirelerin klinik farmakoloji konusunda kendilerini geliştirmeleri ve psikiyatride ilaç uygulamalarını içeren eğitim almaları bir gereksinim olarak ortaya çıkmıştır. Birol ve arkadaşları(1997)'nin yaptığı çalışmada da hemşirelerin %59.7'si hasta eğitiminde kendilerini yeterli buldukları %40.3'ünün ise kendilerini yetersiz buldukları saptanmıştır. Hemşirelerin ilaçlar konusunda, hastaya eğitim verebilmek için kendilerini yeterli görmeleri, hastanın tedaviye uyumunu sağlamak ve hastaya ilaçlar konusunda eğitim vermek için son derece önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin ilaç uygulamaları konusunda gereksinim duydukları eğitimlerin belirlenmesi ve bu konulara yönelik eğitim verilmesi hastaların nitelikli tedavi almaları açısından ve hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde oral ilaç uygulamaları konusunda kendilerini yeterli hissedebilmeleri açısından önemlidir.

SONUÇLAR

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin oral ilaç uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan hemşirelerden, ÜH'nde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması ± 31 , RSHH'nde çalışan hemşirelerin yaş ortalaması ± 33 'dür. Hemşirelerden, ÜH'nde çalışan hemşirelerin %20.1'i SML, %54.4'ü önlisans, %25.5'i lisans, yüksek lisans ve doktora mezunudur. RSHH'nde çalışan hemşirelerin %39.4'ü sağlık meslek lisesi, %50.4'ü önlisans, %10.2'si lisans mezunudur. RSHH'nde çalışan hemşireler arasında yüksek lisans ve doktora mezunu bulunmamaktadır (Tablo 4.1.).
2. ÜH'nde ve RSHH'nde çalışan hemşireler ilaç uygulamaları konusundaki bilgilerini sırasıyla; psikiyatri kliniğinde çalışmaya başladıktan sonra (ÜH=%90.6, RSHH=%96.9), hemşirelik eğitimleri sırasında (ÜH=%67.8, RSHH=%55.9), ilaç uygulamaları konusunda hizmet içi eğitim alarak (ÜH=%30.2, RSHH=%23), yayınları ve gelişmeleri takip ederek (ÜH=%24.8, RSHH=%10.6) ve mezuniyet sonrası ilaç uygulamaları konusunda kursa katılım (ÜH=%3.4, RSHH=%0.9) ile edinmişlerdir. RSHH'nde çalışan hemşirelerin tamamına yakını ilaç uygulamaları konusundaki bilgilerini psikiyatri kliniğinde çalışmaya başlayınca edinmişlerdir, ÜH'nde çalışan hemşireler, ilaç uygulamaları konusundaki bilgilerini RSHH'nde çalışan hemşirelere göre daha fazla hemşirelik eğitimleri sırasında ve yayınları ve gelişmeleri takip ederek edinmişlerdir ve bu bulgular istatistiksel olarak anlamlılık taşımaktadır ($p < 0.05$), (Tablo 4.2.). RSHH'nde çalışan hemşirelerden daha çok lisans mezunları ilaçlar konusundaki bilgilerini hemşirelik eğitimi sırasında edinmişlerdir ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$), (Tablo 4.2.a.).
3. Hemşirelere göre ilaç tedavisinin boyutlarının önemlilik sırası, veri toplama, tedaviye karar verme, ilaçları hazırlama, uygulama ve tedavinin etkinliğini değerlendirmedir.
4. ÜH'nde çalışan hemşireler, RSHH'nde çalışan hemşirelere göre ilacın etkinliğini değerlendirme, hastanın tedaviye uyumunu sağlama, hastayı tedaviye yönlendirme ve hastaya ilaçlar ile ilgili eğitim verme konularında kendilerini daha yeterli görmüşlerdir ve bu sonucun istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.4.). RSHH'nde çalışan hemşirelerden, 41 yaş ve üzerindeki hemşireler ilaç etkinliğini değerlendirme konusunda, 31 yaş ve üzerindeki hemşireler semptom değerlendirme konusunda, sorumlu hemşireler semptom değerlendirme ve uyum değerlendirme konusunda, çalışma yılı 4 yıldan fazla olan hemşireler kendilerini ilaçların etkinliğini değerlendirme ve semptom değerlendirme konusunda daha yeterli görmüşlerdir ve bu sonuçlar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$), (Tablo 4.4.a.).

5. ÜH'nde çalışan hemşirelerin % 81.2'si RSHH'nde çalışan hemşirelerin %71.1'i ilaç tedavilerini uygulamadan önce veri toplamaktadırlar. ÜH'nde çalışan hemşireler, hastanın ilaç kullanma davranışı, ilaç tedavisine direnci, anlama ve koordinasyon düzeyi, ilaç tedavisine ilişkin duygu düşünceleri ve bakım verenin tedaviye ilişkin yaklaşımlarına yönelik daha fazla veri toplamaktadırlar ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.5.). RSHH'nde çalışan hemşirelerden, lisans mezunu olan hemşireler hastanın ilaç kullanma öyküsü, tedavisine direnci, hastanın ilaca karşı alerjisi, hastanın ilaç bilgisi, diyet öyküsü, hastanın anlama ve koordinasyon düzeyi, hastanın ilaç tedavisine ilişkin duygu ve düşünceleri ve bakım verenin tedaviye ilişkin yaklaşımları konusunda daha fazla veri toplamaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). ÜH'nde çalışan hemşirelerden lisans mezunu hemşireler hastanın ilaç tedavisine direnci konusunda daha fazla veri toplamaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$), (Tablo 4.5.a.).
6. RSHH'nde çalışan hemşirelerin tamamına yakını ilaçları ilaç dolabına bulundurduklarını belirtmişlerdir ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlılık taşımaktadır ($p<0.05$), (Tablo 4.6.).
7. ÜH'nde, psikiyatri kliniklerinde %72.5'inde yalnızca ilaç dolabının kilitlendiği, %6'sında hem ilaç dolabı hem de tedavi odasının kilitlendiği, %19.5'inde ilaç dolabı kilitlenmediği, tedavi odasının boş olduğu durumlarda odanın kilitlendiği, %2'sinde tedavi odasının olmadığı ve güvenlik önleminin alınmadığı saptanmıştır. RSHH'nde, psikiyatri kliniklerinin %43.5'inde ilaç yalnızca ilaç dolabının kilitlendiği, %55.6'sında ilaç dolabının kilitlenmediği, tedavi odası boş ise odanın kilitlendiği, %0.9'unda tedavi odasının olmadığı ve güvenlik önlemi alınmadığı belirtilmiştir. RSHH'nde ilaç dolabı ve tedavi odasının güvenliğini, hem ilaç dolabını hem de tedavi odasını birlikte kilitleyerek sağlama görülmemiştir (Tablo4.7.).
8. Her iki kurumda da en fazla malzeme olarak plastik bardak/kadeh kullanılmaktadır. Ancak ÜH'ndeki kliniklerin %23.8'inde, RSHH'ndeki kliniklerin %18.2'sinde cam bardak/kadeh kullanılmaktadır (Tablo 4.8.).
9. ÜH'nin %74.5'inde, RSHH'nin yarısında ilaç uygulamalarına yönelik belirlenmiş ilkeler vardır. Her iki kurumda da hastanın ilacı aldığından emin olana kadar bekleme, gerekirse ağız kontrolü yapma ilkesi en fazla belirlenen ilkedir. RSHH'nde ilacın veriliş zamanına uyma ilkesi ÜH'ne göre daha yüksek oranda ilke olarak belirlenmiştir. Her iki kurumda da ilacı hemşire deskinde dağıtmak ilke olarak belirlenmiştir Hasta ile işbirliği yaparak hastanın katılımını sağlama ve ilacın doğru hastaya verildiğinden emin olma ilkesi ÜH'nde, daha fazla belirlenmiştir. Uygulanan ilacın kaydedilmesi her iki kurumda da düşük oranda ilke olarak benimsenmiştir. ÜH ve RSHH'nde belirlenen diğer ilkeler, hasta yanında ilaç bulundurmamak, ilaç dağıtımında plastik malzeme kullanmak, hastanın doğru ilacı aldığından emin olmak ve doz ayarını ekiple birlikte yapmak,etki ve etkinliğini tartışmaktır.ÜH'nde %15.2 oranında, RSHH'nde ise sadece %6.8 oranında yazılı ilkeler

bulunmaktadır ve bu fark üniversitelerin lehine anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.9.).

10. ÜH'nde çalışan hemşirelerin yarısından fazlasının, RSHH'nde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun ilaç istemlerini her gün kontrol ettikleri görülmüştür. ÜH'nde istemleri her tedavi öncesinde ve her şifitte kontrol eden hemşireler vardır. İki kurum arasında istemlerin kontrol edilme sıklığı arasında fark vardır ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). %44.3'ü, RSHH'de çalışan hemşireler ÜH'nde çalışan hemşirelere göre ilaç istemlerini daha çok sabah tesliminden sonra kontrol etmektedirler ve bu sonuç RSHH lehine istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İlaç istemlerinin okunmadığı durumlarda ÜH'nde çalışan hemşireler RSHH'nde çalışanlara göre daha fazla oranda doktora danışmaktadırlar. RSHH'de çalışan hemşireler daha yüksek oranda diğer hemşireye danışmaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlılık taşımaktadır ($p<0.05$). RSHH'nde çalışan hemşirelerde ilaç isteminin hastaya uygun olmadığını düşündükleri durumlarda ilacı olduğu gibi uygulama yöntemini daha fazla kullanmaktadırlar (Tablo 4.10.).
11. ÜH'nde çalışan hemşirelerin tamamına yakını, RSHH'nde çalışan hemşirelerin çok az bir kısmı ilaç kartı kullanmaktadırlar. ÜH'nde çalışan hemşireler daha fazla ilaç kartı kullanmaktadırlar ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), ÜH'nde çalışan hemşirelerin yarısı hastanın her ilacı için ayrı kart kullanmaktadır. RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise tamamına yakını hastanın tüm ilaçları için tek kart kullanmaktadırlar. RSHH'nde çalışan hemşirelerin ilaç kartı hazırlama sistemleri farklıdır ve bu bulgu istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.005$), (Tablo 4.11.).
12. ÜH'nde çalışan hemşirelerin çoğunluğu "istem=>hemşire gözlem=>ilaç kartı=>ilaç verme" basamağını kullanmaktadırlar. RSHH'nde çalışan hemşirelerin çoğunluğu ise, 'İstem=>tedavi defteri=>ilaç verme' basamağını kullanmaktadırlar. ÜH'nde çalışan hemşireler yüksek oranda "istem=>hemşire gözlem=>ilaç kartı=>ilaç verme" basamağını kullanmaktadırlar bu bulgu istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0.05$), (Tablo 4.12.).
13. Bu çalışmada hastanelere göre ilaçların dağıtım yöntemleri incelenmiş ve ÜH'nde hasta odalarında ilaç dağıtım yöntemi fazla bulunmuştur ve bu bulgu da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.13.).
14. ÜH'nde ve RSHH'nde çalışan hemşirelerin tamamına yakını kimlik kontrolünü hasta adına göre yapmaktadırlar (Tablo 4.14.).
15. Her iki kurumda da çalışan hemşirelerin çoğunluğu hastanın ilacını içtiğinden emin olmak için bütün hastaların ağzını kontrol etmektedirler. Hastanın ilacını içtiğinden emin olmak için yapılan diğer yöntemler ise, sadece durumu ağır olan hastaların ağızlarını kontrol etmek, sadece gözlem yapmak, hastaya ilacını içip içmediğini sormak ve hastayı ilacını içtikten sonra konuşurmaktır (Tablo 4.15.).

- 16.** Hemşirelerin tedavi sırasında karşılaştıkları hasta tepkileri her iki kurumdaki hastalarda birbirine yakın orandadır. Her iki kurumda da hemşirelerin tamamına yakını ilacını almak istemeyen hasta tepkisi ile karşılaşmaktadırlar. ÜH'nde çalışan hemşirelerin %85.2'si, RSHH'nde çalışan hemşirelerin ise tamamına yakını (%91.9) ilacını saklayan hasta tepkisi ile karşılaşmaktadırlar. RSHH'nde çalışan hemşireler ilacını saklayan hasta tepkisi ile daha fazla karşılaşmaktadırlar ($p<0.05$). RSHH'nde çalışan hemşirelerin %75.5'i, ÜH'nde çalışan hemşirelerin ise %81.2'si sık sık ilaç isteyen hastalarla karşılaşmaktadırlar. Her iki kurumda da yüksek oranda ilacını yutmayan hasta tepkileri ile karşılaşmaktadır. İlacını itiraz etmeden alan hasta tepkileri grubun 3/4'ünü oluşturmaktadır. RSHH'nde çalışan hemşireler ilacını başka yoldan almak isteyen hastalarla daha fazla karşılaşmaktadırlar ($p<0.05$). Her iki kurumda da çalışan hemşireler diğer hasta tepkilerine göre daha az oranda ilacını içtikten sonra kusan hasta tepkisi ile karşılaşmaktadırlar (Tablo 4.16.). RSHH'nde çalışan lisans mezunu hemşireler ilacını itiraz etmeden alan ve sık sık ilaç isteyen hasta tepkileri ile daha fazla karşılaşmaktadırlar ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$), (Tablo 4.16.a.).
- 17.** Hemşirelerin ilacını almayan hastaya yaklaşımları incelenmiş ve her iki kurumda çalışan hemşirelerin öncelikle, doktora haber verdikleri ancak ÜH'nde çalışan hemşirelerin daha yüksek oranda doktora haber verdikleri ve bu sonucun istatistiksel yönden anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). ÜH'nde çalışan hemşirelerin hastanın ilacını almama nedenini daha fazla araştırmaktadırlar. Bu sonuç ÜH'nde çalışan hemşireler lehine anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). RSHH'nde çalışan hemşireler ilacını oral yola almayan hastaya enjeksiyon yapma yöntemini ÜH'sinde çalışan hemşirelere göre daha fazla uygulamaktadırlar ve bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.17.). RSHH'nde çalışan önlisans mezunu hemşireler ağız yolu ile ilacını almak istemeyen hasta ile karşılaştıklarında daha fazla enjeksiyon yapmayı tercih etmektedirler ve bu sonuç istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.17.a.).
- 18.** Hastanın ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştırmak için ÜH'nde çalışan hemşirelerin ve RSHH'nde çalışan hemşirelerin çoğunluğu hasta eğitimi yapmaktadırlar (Tablo 4.18.).
- 19.** İlacın etkinliğini değerlendirmek için, ÜH'nde çalışan hemşireler daha çok ilacın etkisini gözlerken ($p<0.05$), RSHH'nde çalışan hemşireler daha çok ilacın yan etkilerini gözlemektedirler. ÜH'nde çalışan hemşireler RSHH'nde çalışan hemşirelere göre doktordan ($p<0.05$), hemşireden ve psikologdan daha fazla oranda değerlendirme istemektedirler. Her iki kurumda da çalışan hemşireler öğrenci hemşireden ve doktordan çok düşük oranda değerlendirme istemektedirler. RSHH'nde çalışan hemşireler klinikte çalışan hemşire ve doktor dışı personelden daha fazla değerlendirme istemektedirler. ÜH'nde çalışan hemşireler ilacın etkinliğini değerlendirmek için yaşam bulgularını alma yöntemini RSHH'nde çalışan hemşirelere göre daha fazla kullanmaktadırlar ve bu bulgu istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$), (Tablo 4.19.). RSHH'nde çalışan hemşirelerden 41 yaş ve üzerindeki daha az oranda doktordan değerlendirme istemektedirler, lisans mezunu hemşireler

daha fazla diğer hemşirenden değerlendirme istemektedirler, çalışma yılı 20 yılın üzerinde olanlar hastanın ifadesini daha fazla dikkate almaktadırlar ve bu sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.19.a).

20. Her iki kurumda da çalışan hemşirelerin tamamı ilaç uygulamalarını kaydetmek için kayıt formu kullanmaktadırlar. RSHH'nde çalışan hemşireler tedavi defteri ve hemşire gözlem formu kullanmaktadırlar. H'nde çalışan hemşireler ise yüksek oranda hemşire gözlem formu kullanmaktadırlar ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.20.).
21. H'nde çalışan hemşirelerin %49.7'si, RSHH'nde çalışan hemşirelerin %48.4' eğitime gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Her iki kurumda da hemşirelerin en fazla eğitime gereksinim duydukları konular, ilaçlara ilişkin genel ve yeni bilgiler ve hasta davranışına yönelik hemşirelik yaklaşımlarıdır (Tablo 4.21.).

ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıda belirtilen öneriler geliştirilmiştir.

- Hemşirelerin yarısından fazlası ilaç uygulamaları konusunda bilgi kaynağı olarak 'okulda verilen hemşirelik eğitimini' belirtmişlerdir. Bu nedenle ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği dersi teorik ve uygulamasında oral ilaç uygulamaları konusuna daha fazla ağırlık verilmesi,
- Hemşireler arasında ilaç uygulamaları konusunda hizmet içi eğitim olarak bilgi edinenlerin sayısının düşük olması ve hemşirelerin kendilerini yetersiz gördükleri alanlar (verilen ilacın etkinliğini değerlendirme, hastadaki semptomları değerlendirme, hastaya ilaçlar konusunda eğitim verme, hastanın bakımını üstlenen kişiye ilaçlar konusunda eğitim verme, ekip üyeleri ile ilaçlar konusunda paylaşımda bulunma) olması nedeniyle hizmet içi eğitimler sağlanması,
- İlaç uygulamaları konusunda yayınları ve gelişmeleri takip ederek bilgi edinenlerin sayısının düşük olması nedeniyle, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin oral ilaç uygulamaları ile ilgili, yayınları ve gelişmeleri takip etmeye yönlendirilmeleri,
- Hemşirelerin oral ilaç uygulamalarında kaliteyi arttırmak üzere hemşirelik süreci sistemi modelinin kullanımını cesaretlendirecek bilgi ve beceri kazanmalarını sağlayacak eğitsel programlar hazırlanması,
- Kliniklerde ilaçların güvenli bir şekilde hazırlanabilmesi için, camlı bir bölmede ilaç hazırlama istasyonlarının bulunması ve ilaç dağıtımında kullanılan malzemelerin plastik olması,
- Kliniklerde belirlenmiş standart ilaç uygulama ilkeleri olmaması nedeniyle, oral ilaç uygulama ilkelerinin açık bir şekilde belirlenmesi, ilaçların hazırlanması ve uygulanmasını içeren rehber kitapçıkların hazırlanması,
- Hemşirelerin hastanın her ilacı için ayrı kart kullanma sisteminin bütün kliniklerde benimsenmesi,
- Psikiyatri kliniği çalışanlarına hastanın ilaç tedavisinden maksimum yarar sağlayabilmesi ve tedaviye uyumunu kolaylaştırabilmek için ekip ile işbirliği yapmanın önemi konusunda eğitimler sağlanması,
- Psikiyatri kliniklerinde ilaç uygulamaları sırasında karşılaşılabilecek hasta davranışları ve bu davranışlara yönelik hemşirelik yaklaşımları konusunda hemşirelere eğitimler düzenlenmesi,
- Psikiyatri kliniklerinde hastanın ilaç tedavisine uyumunu sağlamak için hemşirelerin hastalara verdikleri eğitimleri standartlaştırabilmek ve eğitimlerin daha etkili olabilmesini sağlamak için, eğitim planları hazırlanması ve hazırlanan eğitim planlarının tüm kliniklerde uygulanmasının sağlanması,

- Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin tamamının hemşire gözlem formu kullanmasının sağlanması,
- Hemşirelerin oral ilaç uygulamalarına yönelik gereksinim duydukları konuların her kurumda ayrı ayrı belirlenmesi ve gereksinim duydukları konulara göre sürekli eğitimlerin sağlanması,
- Psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin rol ve sorumluluklarının yanı sıra hemşirelerin güç alanı olan, oral ilaç uygulamalarına yönelik araştırmalara ağırlık verilmesi,
- Hemşirelerin oral ilaç uygulamalarında niteliklerini arttırmaya yönelik, sürekli eğitimler, sertifikasyon, mezuniyet sonrası kurslar ve hizmet içi eğitimlerin sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Agency for Healthcare Research and Quality(1999). Medication Error. Retrieved March 3, 2003, from [http //www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- American Nurses Association(2000). Nursing Standards. Retrieved July 15, from [http // http://nursingworld.org](http://nursingworld.org)
- Anderson, S.E. (2002). Implementing A New Drug Record System: A Qualitative Study of Difficulties Perceived by Physicians and Nurses. *BMJ*, 11(1): 19-30
- Austin, S.(2001). A Safe Standart of Care For Medication Administration. *Nursing Management*, 9(32): 12-14
- Aşti T.,& Acaroğlu R. (2000). Hemşirelikte Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (2):22-27
- Aşti, T., & Kıvanç M.M. (2003). Ağız Yolu ile İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3): 1-9
- Atabek, T. (1994). İlaç Hatalarının Önlenmesinde Hemşirenin Sorumlulukları. *Hemşirelik Bülteni*, VII(31): 97-105
- Baer, C.L, & Williams B.R.(1992). *Clinical Pharmacology and Nursing* (2nd ed.). Pennsylvania: Springhouse Corporation, pp: 72-105, 396-450
- Bailey, D.S., & Bailey, B.R. (2004). *Therapeutic Approaches in Mental Health / Psychiatric Nursing* (4th ed.). Philadelphia: Davis Company, pp: 195-231
- Bailey, K.P. (1999). Basic Principles of Psychopharmacologic Treatment for Advanced Practice Psychiatric Nurses with Prescriptive Authority. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 37(4): 31-39
- Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T., Fesci H., Şen, S., & Yurtsever S. (1997). Hemşirelerin Hasta Eğitiminde Karşılaştıkları Güçlüklerin Saptanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2): 65-70
- Birol L.(1997). *Hemşirelik Süreci* (3. Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık, ss: 92-133
- Birsöz, S.,&Turgay, A.(1994). *Psikiyatride İlaç Tedavisi* (1.Basım). Ankara: Medikomat Basım Yayın Sanayi ve Tic. Ltd. Şti., ss: 10-16
- Bunker, R.C.(1999). *Textbook of Basic Nursing* (7th ed.). USA: Lippincott Company, pp: 701-708

Boyd, M.A. (2001). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott, pp: 128-178

Carpenito, L.J. (1999). *Hemşirelik Tanuları El Kitabı* (7. Basım). Çev: F. Erdemir. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi, ss: 312-331

Celia, J.,& Boritz, W. (2001). Nursing Management of Psychotropic Drug Reactions. *Nursing Clinics of North America*, 35(2): 218-231

Coşkun, A., Dağ, H., Çetinbağ, H., Keskin, A., & Aslan, N. (1993). Uygulayıcı Rol Üstlenen Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkındaki Bilgi Durumları ve Uygulama Biçimlerinin Araştırılması. *Hemşirelik Bülteni*, VII(29): 55-63

Cramer, J.A.,& Rosenheck, B.(1998). Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders. *Psychiatry Services* , 49(2): 196-201

Craven, F.R. (1996). *Fundamentals of Nursing Human Health and Function* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, pp: 581-591

Çam, O. (2001). Türkiye’ de Psikiyatri Hemşireliği. 37. *Ulusal Psikiyatri Kongresi*, Sözel Bildiri, İstanbul

Dearing, K.S. (2004). Getting It, Together : How the Nurse Patient Relationship Influences Treatment Compliance for Patient with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, XVIII(5): 155-163

Demirkıran, F.,&Terakye, G.(2001). Depresif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluları ve Destekleyici Hemşirelik Uygulamalarının Uyum Düzeyine Etkisi. *Kriz Dergisi*, 9(2): 29-39

Doğan, S., & Sabancıoğlu, S.(2003). The Effects of Patients Education in Lithium Therapy on Quality of Life and Compliance. *Archives of Psychiatric Nursing*, XVII(6): 270-275

Ekizler, H., Tekin, N., Cingi, M.,&Engin, F.(1997). Klinisyen Hemşirelerin Bilimsel Etkinliklere Katılımları ve Yayınları İzleme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 4(1): 9-15

Frish, C.N., & Frish, L.E. (2002). *Psychiatric Mental Health Nursing* (2nd ed.). New York: Delmar Thomson Learning, pp: 315-458

Golden, R.N. (1999). An Overview of the Principles of Clinical Psychopharmacotherapy. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 37(12): 24-34

Happell, B., Manias, E., & Pinikahana, J. (2002). The Role of The Inpatient Mental Health Nurse In Facilitating Patient Adherence to Medication Regimens. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11: 251-259

Harrison, M., Howard, D., & Mitchell, D. (2004). *Acute Mental Health Nursing* (1st ed.). London: Sage Publication, pp: 218-235

Haytural, H., & Atalay, M. (1990). Hemşirelerin Bağımlı-Bağımsız İşlevlerinden En Çok Hangilerini Yerine Getirdiklerinin Saptanması. 2. *Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*. İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, ss: 568-575

Hemşirelik Kanunu (1954). T.C. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı. Retrieved March 3, 2005, from [http // www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)

International Council of Nurses (2005). 2005 - Nurses for Patient Safety: Targeting Counterfeit and Substandard Medicines. Retrieved June 15, from [http // http://www.icn.ch/indkit2005.pdf](http://www.icn.ch/indkit2005.pdf)

Isaacs, A., & Shieves, L.R. (2002). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing* (5th ed.). New York: Lippincott Company, pp: 4, 18 – 43

İnanç, N., Hatipoğlu, S., Kurt, V., Avcı, E., Albayrak, N., & Öztürk, E. (2000). *Hemşirelik Esasları* (İkinci Basım). Ankara: Damla Matbaacılık Ltd. Şti., ss: 11-20

Kantek, F., & Okumuş, H. (1998). İzmir İl Merkezi Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesinde Hemşirelere Yönelik Hizmet İçi Eğitim Programlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Bilim Uzmanlığı Tezi*.

Kayaalp, O. (1992). *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji* (Altıncı Basım). Ankara: Feryal Matbaacılık, ss: 1911-1982

Kemppainen, J., Buffum, M., Wike, G., & Michare, K. (2003). Psychiatric Nursing & Medication Adherence. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 41(2): 38-52

Köknel, Ö. (1999). *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı* (Birinci Baskı). İstanbul : Alfa Basım Yayım Dağıtım ss: 429-480

Lutz, W.J., & Warren, B.J. (2001). Symptomatology and Medication Monitoring For Public Mental Health Consumers: A Cultural Perspective. *Journal of The American Psychiatric Nurses Association*, 8(7): 115-124

Otong, D.A. (2003). *Psychiatric Nursing Biological & Behavioral Concepts* (1st ed.). New York : Thomson Delmar Learning, pp: 767-807-813

Öztürk, O. (2001). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (Sekizinci Basım). Ankara: Feryal Matbaası, ss: 1-15

Paterson, R.A, Rees, W.N, Czarniak, P.A., Reis, B.S., & Evans M.E (1996) *Pharmacological Aspects of Nursing Care* (2nd ed.). South Melbourne: An International Thomson Publishing Company, pp: 125-150

Pektekin, Ç., Buzlu, S., Batmaz, M., Sözmez, Y., & Sever A.(1990) Psikiyatri Dersi alan Öğrencilerin Bu Dersin Uygulaması Sonucunda Beklentileri ve Bu Beklentilere Ulaşıp Ulaşamadıklarının Araştırılması. 2. *Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*. İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, ss: 444-450

Pelletier, R.L., Poster, C.E, Stuart, G.W.,& Verhey P.M.(1999). *Advanced Practice Nursing in Psychiatric and Mental Health Care*. American Psychiatric Nurses Association (1st ed.). Philadelphia: Mosby, pp: 297-313

Penny, L.C., Jones, S.L., Wilberger, M.E., Smith, R.,& Stopper, C.(1998). The Psychiatric Clinical Nurse Specialist/Nurse Practitioner: an Example of a Combined Role. *Archives of Psychiatric Nursing*, XII (6): 311-318

Perry A.G., & Potter P.A, (2004). *Clinical Nursing Skills & Techniques* (5th ed.). Missouri: Mosby Year Book, pp : 3-13, 613-668

Registered Nurses Association of British Columbia(2002). Nursing Practice Guideline:Administration of Medication. Retrieved July 15, 2005, from <http://www.rnabc.bc.ca>

Sağlık Mevzuatı(1983). Yataklı Tedavi kurumlar İşletme Yönetmeliği. Retrieved January 15, 2003, from http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/Buran/ytk/yatakli_tedavi_kurumlari_isletme_yonetmeliği.

Schultz, J.M.,& Videbeck, S.L.(2002). *Psychiatric Nursing Care Plans* (6th ed.). Philadelphia : Williams &Wilkins, pp:21-28

Smith, F.S., & Duell, D.J. (1992). *Clinical Nursing Skills* (3rd ed.). USA: Prentice –Hall International Inc., pp: 317-338

Stuart, G.W.,& Sundeen, S.J. (1995). *Principles & Practice of Psychiatric Nursing* (5th ed.). St. Louis : Mosby Year Book, pp: 663-695

Şanlı, T.,& Taşocak, G.(1990). İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlarının Mesleki Aktivitelerinin Eğitimleri ile olan İlişkilerinin İncelenmesi. 2. *Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*. İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, ss: 648-658

Tankel, K.(2002). Therapeutic Interactions in a Medication Education Group Using the Psychopharmacology Race. *Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(6): 22-31

Tariol, C.S.,& Hales, A.(2001). Implementing Medication Algorithms:Role of Behavioral Health Nurses. *Psychosocial Nursing & Mental Health* 39(7): 22-30

Taylor, M.C. (1994). *Essentials of Psychiatric Nursing* (Fourteenth ed.). St. Louis: Mosby Year Book, R.R. Donnelley&Sons Company, pp: 136-137, 139-160

Tel, H.(1999). Şizofrenik Hasta Ailelerinin Hastalık Semptomlarını Ele Alma ve Stresle Baş Etmelerine Psikoeğitimsel Yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Doktora tezi*

Terakye, G.,&Demirkıran, F.(2003). Psikiyatri Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumsuzluk Sorunu ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Anadolu Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 4(2): 131-144

Terakye, G. (2000). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Psikiyatri Kliniğinde İlaç Uygulamaları (Üçüncü Basım), (Ed:N. Kum). İstanbul :Birlik Ofset, ss: 154-214

Tood, S.R., Nichols, W.L., Lipkin, B.G., Sabo, M.H.,&West, M.F. (1989). *Clinical Pharmacology and Nursing Management* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Company, pp: 45-98

Townsend, M.C. (2003). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care* (4th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company, pp: 291-313

Tuğlular, I. (1991). *Psikiyatride İlaç Kullanımı* (1. Basım) İzmir:Ege Üniversitesi Basımevi, ss: 1-47, 257-297

Turgay, M. (2004). Psikiyatri Hemşireliği Klinik Uygulamaları. *40. Ulusal Psikiyatri Kongresi*, Sözel Bildiri, Kuşadası

Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi, (1981). *Hemşireliğin İşlevleri, Standartları ve Niteliklerini Kapsayan bir Rehber*, Ankara.

Ulusoy, M.F.,& Görgülü, R.S. (1996). *Hemşirelik Esasları* (Cilt:I, İkinci Baskı). Ankara: TDFO Ltd.Şti., ss: 1-15,183-200

Varcarolis, E.M. (1998). *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing* (3rd ed.). New York: W.B. Saunders Company, pp: 65-77, 149-161, 174

Videbeck, S.,S. (2001). *Psychiatric Mental Health Nursing* (1st ed.). New York: Lippincott Company, pp: 18-43

World Health Organization(2005). Counterfeit medicines-Reporting counterfeit cases Retrieved June 15, from [http //](http://)

<http://www.who.int/medicines/organization/qsm/activities/qualityassurance/cft/CounterfeitReporting.htm>

Worret, H., & Fortinash K.M. (1996). *Psychiatric Mental Health Nursing* (1st ed.). New York: Mosby Year Book, pp: 350- 364

Tanığ, Y., & Pektekin, Ç.(1996). Psikiyatri Hemşirelerinin Uluslararası Boyutlarda İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, *Doktora Tezi*

Yüksel, N., & Köroğlu, E.(1991) *Klinik Uygulamalı Psikofarmakoloji* (Birinci Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, ss: 1-17, 79-9

ÖZGEÇMİŞ

Kerime DEMİRBAŞ, 22.07.1979 yılında Uşak'ta doğdu. 1986 ve 1997 yılları arasında ilk, orta ve lise öğrenimini Afyon'da tamamladı. 2002 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. 2002 yılında Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans programına başladı ve aynı enstitüye araştırma görevlisi olarak atandı. Halen araştırma görevlisi olarak görevini sürdürmektedir. Yabancı dili İngilizcedir.

PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ORAL İLAÇ
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın meslektaşım,

Hemşirelik mesleğinin gelişmesiyle beraber hemşirelik uygulamaları da gelişmektedir. Bu çalışma ile psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin oral ilaç uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplayacağı bir soru formu vardır. Sorular araştırmacı ile yüz yüze cevaplandırılacak ve ortalama 20 dakikanızı alacaktır. Psikiyatri kliniklerinde oral ilaç uygulamalarında ne tür bir yol izlendiğini ve hemşirelerin sorumluluklarını yerine getirirken ne tür sorunlarla karşılaştıklarını belirlemek amacıyla hazırlanan soru formunu yanıtlayarak araştırmaya çok önemli katkılar sağlayacaksınız. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve araştırmacı dışında bir başka kişi veya kurumla paylaşılmayacaktır. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır.

Katkınız için teşekkür ederim

ARAŞ.GÖR. KERİME DEMİRBAŞ

Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Yanıtlayanın İmzası

PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ORAL İLAÇ
UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK FORM

Anket no:

1- Hastane Adı:.....

2- Yaşınız:.....

3- Eğitim Durumunuz:

- 1) Sağlık Meslek Lisesi
- 2) Ön Lisans
- 3) Lisans
- 4) Yüksek Lisans (Alan belirtiniz).....
- 5) Diğer.....

4- Klinikteki pozisyonunuz nedir?

- 1) Klinik sorumlu hemşiresi
- 2) Klinik hemşiresi
- 3) Diğer(yazınız).....

5- Kaç yıldır psikiyatri kliniğinde çalışıyorsunuz ?.....

6- Psikiyatri kliniklerinde ilaç uygulamaları konusundaki bilgilerinizi nasıl edindiniz?
(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Hemşirelik eğitimim sırasında öğrendim
- 2) Psikiyatri kliniğinde çalışmaya başlayınca öğrendim
- 3) Mezuniyet sonrası kursa katıldım
- 4) İlaç uygulamaları konusunda hizmet içi eğitim aldım
- 5) Yayınları ve gelişmeleri takip ediyorum
- 6) Diğer (yazınız).....

7- Hastanın ilaç tedavisinin boyutlarının, size göre önemlilik sırasını, numara ile belirtiniz

- 1) Tedaviye karar verme ()
- 2) Veri toplama ()
- 3) Hazırlama ()
- 4) Uygulama ()
- 5) Tedavinin etkinliğini değerlendirme ()
- 6) Diğer (açıklayınız).....

8- İlaç uygulamaları konusundaki yeterliliğinizi aşağıdaki ilkeler doğrultusunda değerlendiriniz?

	Yeterli (1)	Yetersiz (2)
1) İlaçların hazırlanması		
2) İlaçların verilmesi		
3) İlacın etkinliğini değerlendirme		
4) Hastadaki semptomları değerlendirme		
5) Hastanın tedaviye uyumunu değerlendirme		
6) Hastayı tedaviye yönlendirme		
7) Hastaya ilaçlar konusunda eğitim verme		
8) Hastanın bakımını üstlenen kişiye eğitim verme		
9) Ekip üyeleri ile ilaçlar konusunda paylaşımda bulunma		

9- İlaç tedavisini uygulamadan önce hastanın durumu hakkında veri topluyor musunuz?
1)evet 2)hayır (11. soruya geçiniz)

10- Hastanın durumu hakkında, ne tür veriler topluyorsunuz?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Hastanın ilaç kullanma öyküsü
- 2) Hastanın ilaç kullanma davranışı
- 3) Hastanın ilaç tedavisine direnci
- 4) Hastanın ilaca karşı alerjisi
- 5) Hastanın ilaç bilgisi
- 6) Hastanın diyet öyküsü
- 7) Hastanın anlama ve koordinasyon düzeyi
- 8) Hastanın ilaç tedavisine ilişkin duygu ve düşünceleri
- 9) Bakım verenin tedaviye ilişkin yaklaşımları
- 10) Diğer (açıklayınız).....

11- Kliniğinizde ilaçlar nasıl saklanıyor?.....

.....

12- Kliniğinizde ilaç dolabı ve tedavi odasının güvenliğini nasıl sağlıyorsunuz?.....

.....

13- Kliniğinizde ilaç dağıtımında hangi malzemeleri kullanıyorsunuz ?

- 1) Tepsi
- 2) Bardak
- 3) Kadeh
- 4) Diğer (açıklayınız).....

14- Kliniğinizde ilaç dağıtımında kullandığınız malzemelerin niteliği nedir?

- 1) Plastik
- 2) Cam
- 3) Mukavva
- 4) Kağıt
- 5) Zarf
- 6) Diğer (açıklayınız).....

15- Klinikte ekip olarak ilaç uygulamaları ile ilgili belirlediğiniz ilkeler var mı?

- 1) evet
- 2) hayır (18.soruya geçiniz)

16- Kliniğinizde ilaç uygulama ilkeleriniz nelerdir?

.....
.....

17- Bu ilkelerden ekip üyeleri nasıl haberdar olur?

- 1) Yazılıdır herkes okur
- 2) Her yeni gelene sözel olarak klinik sorumlusu anlatır.
- 3) Sözlü aktarımlar şeklinde herkes birbirine anlatır
- 4) Diğer (açıklayınız).....

18- Kliniğinizde doktor istemleri ne sıklıkla kontrol ediliyor.

- 1) Her tedavi öncesi
- 2) Her şifte
- 3) Her gün
- 4) Diğer.....

19- Kliniğinizde doktor istemlerinin kontrolü ne zaman yapılıyor?

- 1) Gece nöbetinde
- 2) Sabah teslimden hemen sonra
- 3) İlaçlar hazırlanırken
- 4) Diğer(yazınız).....

20- Kliniğinizde doktor istemlerinin kontrolü kim tarafından yapılıyor?

.....

21- Doktor isteminde yazılı olan ilaç ismi karışık ve okunmadığı durumlarda ne yapıyorsunuz?

- 1) Diğer hemşireye danışırım
- 2) Doktora danışırım
- 3) Bir önceki günün istemine bakarım
- 4) Diğer (açıklayınız).....

22- Hastaya uygun olmadığını düşündüğünüz bir ilaç istemi olursa ne yaparsınız?

- 1) Olduğu gibi uygulamam
- 2) Hastanın durumunu değerlendiririm
- 3) Değişikliğin nedenini doktora sorarım
- 4) Diğer (açıklayınız).....

23- Kliniğinizde ilaç kartı kullanıyor musunuz?

- 1) evet
- 2) hayır (26.soruya geçiniz)

24- İlaç kartını nasıl hazırlıyorsunuz?

- 1) Hastanın her ilacı için ayrı kart
- 2) Hastanın tüm ilaçları için tek kart
- 3) Oral, parenteral, dilaltı vb. yolla verilen ilaçlar için ayrı kart
- 4) Aynı saatte olan tüm ilaçları için aynı kart
- 5) Diğer(yazınız).....

25- İlaç kartında ne tür bilgiler bulunuyor?

- 1) Hasta adı
- 2) Oda no
- 3) Yatak no
- 4) Tarih
- 5) İlacın adı
- 6) İlacın dozu
- 7) İlacın veriliş saati
- 8) İlacın veriliş yolu
- 9) İlacın şekli
- 10) Diğer (yazınız).....

26- İlaç verirken aşağıdaki işlem basamaklarından kendi uygulamalarınıza uygun olan akışı işaretleyiniz

- 1) Doktor istem=>hemşire gözlem=>ilaç kartı=>ilaç verme
- 2) Doktor istemi=>tedavi defteri=>ilaç kartı=>ilaç verme
- 3) Doktor istemi=>hemşire gözlem=>ilaç verme
- 4) Doktor istemi=>tedavi defteri=>ilaç verme
- 5) Doktor istemi=>ilaç kartı=>ilaç verme
- 6) Doktor istemi=>ilaç verme

27- Kliniğinizde İlaç dağıtımını nasıl yapıyor?

- 1) Hastalar hemşire deskine çağrılarak dağıtılıyor
- 2) Hastalar tedavi odasına çağrılarak dağıtılıyor
- 3) Hemşire hasta odalarına giderek dağıtıyor
- 4) Hastanın yanına bırakılıyor
- 5) Hastanın refakatçısına bırakılıyor
- 6) Diğer (açıklayınız).....

28- İlaç tedavisi sırasında hastanın kimliğini nasıl belirliyorsunuz?

- 1) İsime göre
- 2) Yatak numarasına göre

- 3) Oda numarasına göre
- 4) Diğer (açıklayınız).....

29- İlaç tedavisi sırasında hastanın ilacı yuttuğundan nasıl emin olursunuz?

- 1) Bütün hastaların ağızını kontrol ederim
- 2) Sadece durumu ağır olan hastaların ağızını kontrol ederim
- 3) İlacı benim yanımda aldığı için ağız kontrolü yapmam, sadece gözlemlerim
- 4) Yutup yutmadığını hastaya sorarım
- 5) Diğer (açıklayınız).....

30- Hastanıza ilaç tedavisi uygularken aşağıdaki durumlardan hangileriyle karşılaşıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Hiç itiraz etmeden alıyor
- 2) İlacını almak istemiyor
- 3) Başka yoldan verilmesini istiyor
- 4) İlacını saklıyor
- 5) İlacını yutmuyor
- 6) Sık sık gelip ilaç istiyor
- 7) Diğer (açıklayınız).....

31- Hastanız ilacını almak istemezse neler yapıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) İlacını mutlaka vermeye çalışırım
- 2) İlacını alması için zorlamam
- 3) İlacını ağız yoluyla almıyorsa, enjeksiyon yaparım
- 4) Doktoruna haber veririm
- 5) Hemşire gözleme kaydederim
- 6) İlacını almak istememesinin nedenini araştırırım
- 7) Diğer (açıklayınız).....

32- Hastaya verdiğiniz ilacın etkinliğini nasıl değerlendiriyorsunuz?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) İlacın yan etkilerini gözlerim
- 2) İlacın etkilerini gözlerim
- 3) Hastanın ifadesini dikkate alırım
- 4) Hekimin ilacın etkinliğine yönelik değerlendirmesini sorarım
- 5) Hemşirenin ilacın etkinliğine yönelik değerlendirmesini sorarım
- 6) Psikoloğun ilacın etkinliğine yönelik değerlendirmesini sorarım
- 7) Stajyer hemşirenin ilacın etkinliğine yönelik değerlendirmesini sorarım
- 8) Stajyer hekimin ilacın etkinliğine yönelik değerlendirmesini sorarım
- 9) Klinikte çalışan hemşire ve hekim dışı personelin ilacın etkinliğine yönelik değerlendirmesini sorarım
- 10) Yaşam bulgularını alırım
- 11) Diğer.....

33- Hastanın ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştırmak için hangi müdahaleleri uyguluyorsunuz?

- 1) Hasta eğitimi yapıyorum
- 2) Hastaya sorumluluk veriyorum
- 3) Aileyi de tedaviye katıyorum

PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNİN PERSONEL VE ALTYAPI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN
BİLGİ FORMU

1. Klinik hangi yıl hizmet vermeye başladı?
2. Klinikte çalışan hekim sayısı:Uzman: Asistan:
3. Klinikte çalışan hemşire sayısı:
4. Klinikte çalışan psikolog sayısı:
5. Klinikte çalışan diğer personel (Posta/temizlik vb):
6. Klinikte kaç tane görüşme odası var:
7. Klinikte uğraşı odası var mı?
8. Klinikteki oda sayısı:
9. Klinikteki yatak sayısı
10. Kliniğin hastane içindeki konumu:
11. Hekimlerin yürüttüğü toplantılar:
12. Hemşirelerin yürüttüğü toplantılar:

Hastanelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler	Kliniğin hizmet verme süresi (yıl)	Klinikte çalışan hekim sayısı		Klinikte çalışan hemşire sayısı	Klinikte çalışan psikolog sayısı	Klinikte çalışan personel sayısı	Klinikteki görüşme odası sayısı	Klinikteki uğraşı odası sayısı	Klinikteki hasta odası sayısı	Klinikteki yatak sayısı	Kliniğin hastanedeki konumu (kat)	Doktorların yürüttüğü toplantılar	Hemşirelerin yürüttüğü toplantılar
		Uzman	Asistan										
Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi	3	1	5	5	3	3	1	1	2	15	2 (ayrı bir binada)	Vizit Terapi	Günaydın Toplantısı İşe yöneltme Toplantısı Uğraşı
Anadolu Üniversitesi Hastanesi	7	2	-	6	-	3	1	1	5	14	Zemin	Vizit Terapi	Uğraşı
Ankara Üniversitesi Hastanesi	33	14	15	24	8	24	10	3	50	105	6 katlı ayrı bina	Vizit Terapi Ekip Koordinasyon Toplantısı	Uğraşı Günaydın Toplantısı Hasta Sorun Toplantısı
Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	24	7	8	5	-	4	2	1	6	12	8	Vizit Terapi	Uğraşı
Atatürk Üniv. Yakutiye Eğitim ve Araş.Hastanesi	33	3	8	7	3	10	3	1	18	36	Zemin	Vizit	Günlük vizit, ayrıca toplantı yok
Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi	7	7	7	5	1	5	1	1	4	13	2 (ayrı giriş)	Vizit	Vizit
Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi	13	3	7	6	11	4	2	1	7	24	8	Vizit	Uğraşı İşe yöneltme Günaydın
Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi	17	6	8	7	1	8	4	1	28	32	7	Günaydın toplantısı	İşe yönlendirme, Uğraşı

Hastanelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler	Kliniğin hizmet verme süresi (yıl)	Klinikte çalışan hekim sayısı		Klinikte çalışan hemşire sayısı	Klinikte çalışan psikolog sayısı	Klinikte çalışan personel sayısı	Klinikteki görüşme odası sayısı	Klinikteki uğraşı odası sayısı	Klinikteki hasta odası sayısı	Klinikteki yatak sayısı	Kliniğin hastanedeki konumu (kat)	Doktorların yürüttüğü toplantılar	Hemşirelerin yürüttüğü toplantılar
		Uzman	Asistan										
Dicle Üniversitesi Hastanesi	29	4	5	6	2	6	1	1	7	21	1	Vizit	-
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	27	14	10	5	-	4	4	1	12	27	1	Vizit Terapi	Günaydın Toplantısı, Grup terapisi
Ege Üniversitesi Hastanesi	50	13	12	20	6	15	10	6	-	65	3	Vizit Psikodrama Obesite grup toplantıları	Psikososyal beceri eğitimi Aile eğitim toplantıları
Erciyes Üniv. Gevher Nesibe Hastanesi	28	5	7	8	1	2	2	1	11	27	8	Vizit, hasta görüşmesi	Günaydın Toplantısı, Uğraşı
Fırat Üniversitesi Hastanesi	7	3	9	5	-	2	-	2	5	16	5	Vizit	-
Gazi Üniversitesi Hastanesi	21	9	15	19	1	24	7	-	23	66	Zemin	Günaydın Toplantısı Terapi, Vizit	İşbölümü, Sosyal saat Uğraşı
Gaziantep Üniversitesi Hastanesi	4	4	11	5	1	2	1	-	6	20	1	Vizit	Uğraşı
İnönü Üniversitesi Hastanesi	7	3	5	6	1	2	3	1	6	24	5	Günaydın toplantısı	İşe Yönlendirme, Uğraşı
İstanbul Üniversitesi Hastanesi	55	28	12	11	2	13	2	1	10	40	4 katlı bina	Vizit Psikodrama	İşe yönlendirme, uğraşı

Hastanelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler	Kliniğin hizmet verme süresi (yıl)	Klinikte çalışan hekim sayısı		Klinikte çalışan hemşire sayısı	Klinikte çalışan psikolog sayısı	Klinikte çalışan personel sayısı	Klinikteki görüşme odası sayısı	Klinikteki uğraşı odası sayısı	Klinikteki hasta odası sayısı	Klinikteki yatak sayısı	Kliniğin hastanedeki konumu (kat)	Doktorların yürüttüğü toplantılar	Hemşirelerin yürüttüğü toplantılar
		Uzman	Asistan										
İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fak.Hastanesi	27	18	15	19	12	8	14	2	20	127	2 katlı bina	Vizit Psikoterapi	Uğraşı İşe Yönelme
Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi	13	3	6	7	2	5	1	-	7	18	Zemin	Vizit	Uğraşı
Kocaeli Üniversitesi Hastanesi	4	7	8	5	1	7	3	-	11	21	Prefabrik-Zemin	Vizit	-
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi	19	5	9	7	1	2	1	1	10	28	9	Vizit	Vizit Uğraşı İşe Yönelme
Osmangazi Üniv.Tıp Fak. Hastanesi	28	4	9	7	1	8	2	1	7	23	10	Günaydın toplantısı, Vizit	Vizit
Pamukkale Üniv.Tıp.Fak. Hastanesi	1	5	9	1	3	-	1	1	3	9	6	Vizit	
Selçuk Üniv. Tıp.Fak.Hast.	23	5	9	2	1	4	2	1	11	32	2	Vizit	
Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi	11	3	10	4	-	4	1	1	7	14	4	Vizit	
Trakya Üniversitesi Hastanesi	14	4	9	6	2	5	3	2	18	35	2	Vizit	Vizit

Hastanelerine İlişkin Tanıtıcı Özellikler	Kliniğin hizmet verme süresi (yıl)	Klinikte çalışan hekim sayısı		Klinikte çalışan hemşire sayısı	Klinikte çalışan psikolog sayısı	Klinikte çalışan personel sayısı	Klinikteki görüşme odası sayısı	Klinikteki uğraşı odası sayısı	Klinikteki hasta odası sayısı	Klinikteki yatak sayısı	Kliniğin hastanedeki konumu (kat)	Doktorların yürüttüğü toplantılar	Hemşirelerin yürüttüğü toplantılar
		Uzman	Asistan										
Uludağ Üniversitesi Hastanesi	29	3	12	6	3	5	3	1	9	27	7	Vizit Terapi	Vizit Uğraşı
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hastanesi	11	3	10	5	2	5	1	1	5	13	1	Vizit	
Adana Dr.Ekrem Tok Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	20	13	-	69	6	45	11	1	11 Servis	500		Terapi	
Bakırköy Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	75	39	-	87	13	85	13	2	13 Servis	362		Terapi	
Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	80	8	-	65	5	60	4	1	10 Servis	400		Terapi	
Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	79	13	-	56	1	120	1	1	10 Servis	400		Terapi	
Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	34	8	1	88	4	74	6	-	102	350		Terapi	
SSK Erenköy Ruh Sağlığı Hastanesi	28	14	3	34	6	76	25	2(atölye)	6 Servis	305		Terapi	

Tablo 4.2.a. Hastanelere Göre Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Bilgi Alma Durumlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Bilgi kaynağı	Hemşirelik eğitimi sırasında		Psikiyatri kliniğinde çalışmaya başlayınca		Mezuniyet sonrası kurs alma		İlaç uygulamaları konusunda hizmet içi eğitim alma		Yayınları ve gelişmeleri takip etme	
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Yaş Grupları										
21-25 yaş	79.3	57.7	82.8	98.1	-	1.9	31.0	23.1	24.1	135
26-30 yaş	74.5	59.0	88.2	95.0	2.0	1.0	25.5	22.0	15.7	120
31-35 yaş	55.2	55.2	96.6	100	3.4	-	37.9	10.3	27.6	86
36-40 yaş	65.5	50.0	96.6	97.9	10.3	-	31.0	20.8	34.5	63
41-45 yaş	50.0	45.7	10.0	95.7	-	5.6	25.0	39.1	37.5	130
46 yaş ve üzeri	33.3	77.8	66.7	94.4	-	0.9	33.3	33.3	33.3	56
	$\chi^2=7.791$ p=0.168 Sd=5	$\chi^2=6.602$ p=0.252 Sd=5					$\chi^2=1.495$ p=0.914 Sd=5	$\chi^2=13.280$ p=0.021 Sd=5	$\chi^2=4.662$ p=0.459 Sd=5	$\chi^2=2.636$ p=0.756 Sd=5
Eğitim Durumu										
S.M.L.	63.3	58.3	83.3	97.6	-	0.8	23.3	25.2	13.3	102
Önlisans	62.5	48.1	93.8	95.7	1.3	0.6	31.3	21.6	21.3	86
Lisans/Yüksek Lisans/Doktora	82.1	84.8	89.7	100	10.3	3.0	66.7	21.2	41.0	212
	$\chi^2=4.930$ p=0.085 Sd=2	$\chi^2=15.456$ p=0.000 Sd=2					$\chi^2=0.895$ p=0.639 Sd=2	$\chi^2=0.584$ p=0.747 Sd=2	$\chi^2=8.114$ p=0.017 Sd=2	$\chi^2=4.610$ p=0.100 Sd=2
Klinik Pozisyonu										
Klinik sorumlu hemşiresi	70.8	59.0	100	94.9	12.5	-	29.2	28.2	37.5	128
Klinik hemşiresi	67.2	55.5	88.8	97.2	1.6	1.1	30.4	22.3	22.4	102
	$\chi^2=0.122$ p=0.727 Sd=1	$\chi^2=0.170$ p=0.680 Sd=1	$\chi^2=2.967$ p=0.005 Sd=1	$\chi^2=0.603$ p=0.437 Sd=1			$\chi^2=0.015$ p=0.904 Sd=1	$\chi^2=0.684$ p=0.408 Sd=1	$\chi^2=0.015$ p=0.904 Sd=1	$\chi^2=0.684$ p=0.408 Sd=1
Çalışma Yılı										
0-4 yıl	68.8	56.9	88.3	96.5	1.3	1.4	24.7	20.1	23.4	125
5-9 yıl	74.2	51.8	87.1	96.4	3.2	1.8	35.5	19.6	16.1	71
10-14 yıl	75.0	52.8	91.7	100	8.3	-	25.0	18.9	33.3	94
15-19 yıl	66.7	61.3	100	93.5	13.3	-	53.3	29.0	33.3	97
20 yıl ve üzeri	42.9	57.9	100	97.4	-	-	28.6	39.5	35.7	105
	$\chi^2=4.900$ p=0.298 Sd=4	$\chi^2=1.078$ p=0.898 Sd=4					$\chi^2=5.505$ p=0.239 Sd=4	$\chi^2=7.997$ p=0.092 Sd=4	$\chi^2=3.279$ p=0.512 Sd=4	$\chi^2=1.363$ p=0.851 Sd=4

Tablo 4.4.a. Hastanelere Göre Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Kendilerini Yeterli Görme Durumlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	İlaçların hazırlanması				İlaçların verilmesi				İlaç etkinliğini değerlendirme			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	
	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %
Yaş grupları												
21-25 yaş	100	-	100	-	100	-	98.1	1.9	75.9	24.1	51.9	48.1
26-30 yaş	100	-	94.0	6.0	98.0	2.0	93.0	7.0	74.5	25.2	58.0	42.0
31-35 yaş	100	-	100	-	96.6	3.4	100	-	82.8	17.2	72.4	27.6
36-40 yaş	100	-	100	-	96.6	3.4	100	-	86.2	13.8	77.1	22.9
41-45 yaş	100	-	97.8	2.2	100	-	97.8	2.2	50.0	50.0	87.0	13.0
46 yaş ve üzeri	100	-	100	-	100	-	100	-	100	-	88.9	11.1
												$\chi^2=24434$ $p=0.000$ Sd=5
Eğitim Durumu												
S.M.L.	100	-	97.6	2.4	96.7	3.3	96.9	3.1	66.7	33.3	65.4	36.4
Önlisans	100	-	98.8	1.2	97.5	2.5	98.1	1.9	80.0	20.0	72.2	27.8
Lisans/Yükseklisans/ Doktora	100	-	93.9	6.1	100	-	93.9	6.1	82.1	17.9	60.6	39.4
									$\chi^2=2.790$ $p=0.248$ Sd=2			$\chi^2=2.563$ $p=0.278$ Sd=2
Klinik Pozisyonu												
Klinik sorumlu hemşiresi	100	-	97.4	2.6	91.7	8.3	100	-	91.7	8.3	84.6	15.4
Klinik hemşiresi	100	-	97.9	2.1	99.2	0.8	96.8	3.2	75.2	24.8	66.1	33.9
									$\chi^2=3.166$ $p=0.075$ Sd=1			$\chi^2=5.442$ $p=0.020$ Sd=1
Çalışma Yılı												
0-4 yıl	100	-	97.2	2.8	97.4	2.6	95.8	4.2	72.7	27.3	53.5	46.5
5-9 yıl	100	-	94.6	5.4	100	-	96.4	3.6	83.9	16.1	80.4	19.6
10-14 yıl	100	-	100	-	91.7	8.3	98.1	1.9	91.7	8.3	77.4	22.6
15-19 yıl	100	-	100	-	100	-	100	-	93.3	6.7	77.4	22.6
20 yıl ve üzeri	100	-	100	-	100	-	100	-	64.3	35.7	86.8	13.2
												$\chi^2=27.627$ $p=0.000$ Sd=4

Tablo 4.4.a. Hastanelere Göre Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Kendilerini Yeterli Görme Durumlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (Devam)

	Semptom değerlendirme				Uyum değerlendirme				Hastayı tedaviye yönlendirme			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastaneleri	
	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %
Yaş Grupları												
21-25 yaş	72.4	27.6	63.5	36.5	93.1	6.9	76.9	23.1	96.6	3.4	73.1	26.9
26-30 yaş	72.5	27.5	55.0	45.0	86.3	13.7	66.0	34.0	92.2	7.8	70.0	30.0
31-35 yaş	72.4	27.6	84.5	15.5	96.6	3.4	75.9	24.1	86.2	13.8	81.0	19.0
36-40 yaş	89.7	10.3	77.1	22.9	93.1	6.9	83.3	16.7	86.2	13.8	87.5	12.5
41-45 yaş	75.0	25.0	89.1	10.9	100	-	87.0	13.0	100	-	91.3	8.7
46 yaş ve üzeri	100	-	94.4	5.6	100	-	88.9	11.1	100	-	88.9	11.1
				$\chi^2=32.543$ $p=0.000$ Sd=5				$\chi^2=11.695$ $p=0.039$ Sd=5				$\chi^2=13.560$ $p=0.019$ Sd=5
Eğitim Durumu												
S.M.L.	56.7	43.1	70.1	29.9	86.7	13.3	74.0	26.0	86.7	13.3	78.0	22.0
Önlisans	80.0	20.0	75.3	24.7	95.0	5.0	78.4	21.6	91.3	8.8	78.4	21.6
Lisans/Yükseklisans/ Doktora	84.6	15.4	63.6	36.4	89.7	10.3	75.8	24.2	94.9	5.1	87.9	12.1
		$\chi^2=8.541$ $p=0.014$ Sd=2		$\chi^2=2.259$ $p=0.323$ Sd=2				$\chi^2=0.766$ $p=0.682$ Sd=2				$\chi^2=1.692$ $p=0.429$ Sd=2
Klinik Pozisyonu												
Klinik sorumlu hemşiresi	83.3	16.7	92.3	7.7	100	-	94.9	5.1	83.3	16.7	92.3	7.7
Klinik hemşiresi	75.2	24.8	69.3	30.7	90.4	9.6	73.9	26.1	92.8	7.2	77.4	22.6
		$\chi^2=0.741$ $p=0.389$ Sd=1		$\chi^2=9.043$ $p=0.003$ Sd=1				$\chi^2=8.399$ $p=0.004$ Sd=1				$\chi^2=4.632$ $p=0.031$ Sd=1
Çalışma Yılı												
0-4 yıl	68.8	31.2	59.0	41.0	85.7	14.3	69.4	30.6	92.2	7.8	72.2	27.8
5-9 yıl	77.4	22.6	80.4	19.6	96.8	3.2	75.0	25.0	93.5	6.5	78.6	21.4
10-14 yıl	91.7	8.3	79.2	20.8	100	-	81.1	18.9	75.0	25.0	81.1	18.9
15-19 yıl	100	-	80.6	19.4	100	-	83.9	16.1	100	-	90.3	9.7
20 yıl ve üzeri	78.6	21.4	92.1	7.9	100	-	92.1	7.9	85.7	14.3	94.7	5.3
				$\chi^2=24.134$ $p=0.000$ Sd=4				$\chi^2=10.740$ $p=0.030$ Sd=4				$\chi^2=12.283$ $p=0.015$ Sd=4

Tablo 4.4.a. Hastanelere Göre Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Kendilerini Yeterli Görme Durumlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı(Devam)

	Hastaya ilaçlar konusunda eğitim verme				Hastanın bakımını üstlenen kişiye eğitim verme				Ekip üyeleriyle ilaçlar konusunda paylaşımında bulunma			
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri		Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri		S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	
	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %	Yeterli %	Yetersiz %
Yaş Grupları												
21-25 yaş	72.4	27.6	48.1	51.9	86.2	13.8	67.3	22.8	86.2	13.8	92.3	7.7
26-30 yaş	78.4	21.6	55.0	45.0	72.5	27.5	70.0	30.0	86.3	13.7	90.0	10.0
31-35 yaş	75.9	24.1	60.3	39.7	72.4	27.6	72.4	27.6	89.7	10.3	91.4	8.6
36-40 yaş	82.8	17.2	70.8	29.2	82.8	17.2	75.0	25.0	86.2	13.8	87.5	12.5
41-45 yaş	75.0	25.0	73.9	26.1	62.5	37.5	78.3	21.7	87.5	12.5	84.8	15.2
46 yaş ve üzeri	100	-	72.2	27.8	100	-	94.4	5.6	100	-	100	-
				$\chi^2=11.286$ p=0.046 Sd=5				$\chi^2=6.294$ p=0.279 Sd=5				
Eğitim Durumu												
S.M.L.	73.3	26.7	62.2	37.8	76.7	23.3	71.7	28.3	76.7	23.3	92.9	7.1
Önlisans	81.3	18.8	58.0	42.0	73.8	26.3	74.1	25.9	88.8	11.2	87.7	12.3
Lisans/Yükseklisans/ Doktora	74.4	25.6	69.7	30.3	84.6	15.4	75.8	24.2	92.3	7.7	90.9	9.1
		$\chi^2=1.167$ p=0.558 Sd=2		$\chi^2=1.725$ p=0.422 Sd=2		$\chi^2=1.763$ p=0.414 Sd=2		$\chi^2=0.327$ p=0.849 Sd=2				$\chi^2=2.229$ p=0.328 Sd=2
Klinik Pozisyonu												
Klinik sorumlu hemşiresi	70.8	29.2	69.2	30.8	79.2	20.8	76.9	23.1	95.8	4.2	87.2	12.8
Klinik hemşiresi	79.2	20.8	59.7	40.3	76.8	23.2	72.8	27.2	85.6	14.4	90.5	9.5
		$\chi^2=0.817$ p=0.366 Sd=1		$\chi^2=0.302$ p=0.254 Sd=1		$\chi^2=0.064$ p=0.800 Sd=1		$\chi^2=0.299$ p=0.585 Sd=1				
Çalışma Yılı												
0-4 yıl	68.8	31.2	51.4	48.6	74.0	26.0	67.4	32.6	87.0	13.0	88.9	11.1
5-9 yıl	87.1	12.9	62.5	37.5	80.6	19.4	71.4	28.6	87.1	12.9	91.1	8.9
10-14 yıl	75.0	25.0	71.7	28.3	83.3	16.7	77.4	22.6	75.0	25.0	96.2	3.8
15-19 yıl	100	-	64.5	35.5	86.7	13.3	77.4	22.6	93.3	6.7	87.1	12.9
20 yıl ve üzeri	85.7	14.3	76.3	23.7	71.4	28.6	89.5	10.5	92.9	7.1	86.8	13.2
				$\chi^2=12.085$ p=0.017 Sd=4				$\chi^2=8.488$ p=0.075 Sd=1				$\chi^2=3.280$ p=0.512 Sd=1

Tablo 4.5.a. Hemşirelerin İlaç Tedavilerini Uygulamadan Önce Veri Toplama Durumu ve Topladıkları Verilerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Toplanan Veriler	Eğitim Durumu					
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri			S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri		
	S.M.L	Önlisans	Lisans/ Y.lisans/ Doktora	S.M.L	Önlisans	Lisans/Y.lisans/ Doktora
%	%	%	%	%	%	
Hastanın ilaç kullanım öyküsü	60.0	71.3	82.1 $\chi^2=4.100$ $p=0.129$ Sd=2	66.9	58.0	90.9 $\chi^2=13.392$ p=0.001 Sd=2
Hastanın ilaç kullanım davranışı	46.7	61.3	79.5 $\chi^2=8.094$ $p=0.017$ Sd=2	46.5	46.9	81.8 $\chi^2=14.607$ p=0.001 Sd=2
Hastanın ilaç tedavisine direnci	40.0	67.5	82.1 $\chi^2=13.548$ p=0.001 Sd=2	39.4	50.6	72.7 $\chi^2=12.284$ p=0.002 Sd=2
Hastanın ilaca karşı allerjisi	53.3	66.3	74.4 $\chi^2=3.347$ $p=0.188$ Sd=2	59.8	51.2	84.8 $\chi^2=12.992$ p=0.002 Sd=2
Hastanın ilaç bilgisi	33.3	32.5	59.0 $\chi^2=8.299$ $p=0.016$ Sd=2	33.1	19.8	60.6 $\chi^2=23.662$ p=0.000 Sd=2
Hastanın diyet öyküsü	40.0	46.3	64.1 $\chi^2=4.746$ $p=0.093$ Sd=2	41.7	34.6	75.8 $\chi^2=19.145$ p=0.000 Sd=2
Hastanın anlama ve koordinasyon düzeyi	30.0	53.8	64.1 $\chi^2=8.194$ $p=0.017$ Sd=2	33.9	29.0	69.7 $\chi^2=20.063$ p=0.000 Sd=2
Hastanın ilaç tedavisine ilişkin duygu ve düşünceleri	46.7	61.3	64.1 $\chi^2=2.475$ $p=0.290$ Sd=2	29.9	35.2	66.7 $\chi^2=15.475$ p=0.000 Sd=2
Bakım verenin tedaviye ilişkin yaklaşımları	20.0	42.5	53.8 $\chi^2=8.208$ $p=0.017$ Sd=2	27.6	24.1	69.7 $\chi^2=27.765$ p=0.000 Sd=2

Tablo 4.9.a. Hastanelere ve Eğitim Durumuna Göre İlaç Uygulama İlkeleri ve Bu İlkelere İlişkin Özelliklerin Dağılımı

	Eğitim durumu					
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri			S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri		
	S.M.L	Önlisans	Lisans/ Y.lisans/ Doktora	S.M.L	Önlisans	Lisans/ Y.lisans/ Doktora
Belirlenmiş İlkeler	%	%	%	%	%	%
Hastanın yanında ilaç bulundurmamak	5.6	1.9	3.7	-	5.7	-
İlacın verilmiş zamanına uymak	5.6	7.4	14.8	13.2	24.1	9.1
İlacı aldığından emin olana kadar bekle,gerekirse ağız kontrolü	16.7	35.2	33.3	41.5	35.6	50.0
İlaç dağıtımında plastik madde kullanmak	22.2	22.2	7.4	24.5	13.8	9.1
Hastanın doğru ilacı aldığından emin olmak	-	9.3	3.7	1.9	4.6	9.1
İlacın doğru hastaya verildiğinden emin olmak	5.6	7.4	-	-	1.1	-
Hasta ile işbirliği yaparak hastanın katılımını sağlamak	22.2	3.7	11.1	5.7	5.7	-
İlacı hemşire deskinde dağıtmak	-	9.3	18.5	3.8	2.3	-
Doz ayarını ekiple yapmak,etki ve etkinliğini tartışmak	-	1.9	3.7	1.9	-	9.1
İlacın verildiğini hemşire gözleme kaydetmek	22.2	1.9	3.7	7.5	6.9	13.6

Tablo 4.10.a. Hastanelere ve Eğitim Durumuna Göre Doktor İstemlerinin Kontrolüne İlişkin Özelliklerin Dağılımı

	Eğitim durumu					
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri			S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri		
	S.M.L %	Önlisans %	Lisans/Y.lisans/ Doktora %	S.M.L %	Önlisans %	Lisans/Y.lisans/ Doktora %
İstem sıklığı						
Her tedavi öncesi	20.0	23.8	7.7	11.8	12.3	15.2
Her şifte	3.3	13.8	23.1	1.6	1.2	3.0
Her gün	76.7	62.5	69.2	86.6	86.4	81.8
	$\chi^2=9.019$ $p=0.061$					
İstem kontrol edilme zamanı						
Gece nöbeti	26.7	25.0	33.3	0.8	3.7	3.0
Sabah teslim sonrası	33.3	47.5	46.2	83.5	72.2	63.6
İlaçlar hazırlanırken	40.0	27.5	20.5	15.7	24.1	33.3
	$\chi^2=4.015$ $p=0.404$					
İstem okunmadığı durum						
Diğer hemşireye danışma	-	1.3	-	8.7	17.9	3.0
Doktora danışma	100	97.5	97.4	78.7	77.8	93.9
Bir önceki isteme bakma	-	1.3	2.6	12.6	4.3	3.0
Hastaya uygun olmayan istem						
Olduğu gibi uygulama	3.3	1.3	-	1.6	5.6	6.1
Hastanın durumunu değerlendirme	-	-	2.6	1.6	7.4	3.0
Değişikliğin nedenini doktora sorma	96.7	98.8	97.4	96.8	87.0	90.9

Tablo 4.12.a. Hastanelere Göre İlaç Uygulamalarında İzlenen İşlem Basamaklarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	İşlem basamakları											
	İstem=> Hemşire gözlem=> İlaç kartı=> İlaç verme		İstem=> Hemşire gözlem=> İlaç verme		İstem=> Tedavi defteri=> İlaç kartı=> İlaç verme		İstem=> Tedavi defteri=> İlaç verme		İstem=> İlaç kartı=> İlaç verme		İstem=> İlaç verme	
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Yaş grupları												
21-25 yaş	79.3	15.4	13.8	5.8	3.4	-	-	53.8	2.0	5.8	3.4	-
26-30 yaş	72.5	8.0	5.9	6.0	2.0	-	11.8	54.0	6.9	6.0	5.9	2.0
31-35 yaş	72.4	10.3	10.3	8.6	6.9	-	3.4	65.5	-	5.2	-	3.4
36-40 yaş	58.6	16.7	10.3	4.2	17.2	-	13.8	54.2	-	4.2	-	-
41-45 yaş	87.5	21.7	-	8.7	12.5	-	-	28.3	-	15.2	-	2.2
46 yaş ve üzeri	-	11.1	33.3	-	66.7	-	-	44.4	-	5.6	-	-
Eğitim Durumu												
S.M.L.	73.3	9.4	13.3	1.6	-	21.3	3.3	64.6	3.3	2.4	6.7	0.8
Önlisans	66.3	16.7	10.0	11.1	8.8	21.0	10.0	38.3	2.5	10.5	2.5	2.5
Lisans/Y.lisans/ Doktora	76.9	9.1	5.1	-	12.8	15.2	5.1	69.7	-	6.1	-	-
Psikiyatri kliniğinde çalışma Yılı												
0-4 yıl	72.7	14.6	10.4	6.3	6.5	18.8	5.2	56.3	2.6	2.8	2.6	1.4
5-9 yıl	77.4	10.7	-	3.6	-	17.9	12.9	51.8	3.2	12.5	6.5	3.6
10-14 yıl	50.0	9.4	8.3	5.7	33.3	18.9	8.3	56.6	-	9.4	-	-
15-19 yıl	60.0	9.7	13.3	6.5	13.3	25.8	13.3	51.6	-	6.5	-	-
20 yıl ve üzeri	71.4	18.4	21.4	10.5	7.1	28.9	-	28.9	-	10.5	-	2.6

Tablo 4.13.a. Hastanelere ve Eğitim Durumuna Göre İlaçların Dağıtım Sistemlerinin Dağılımı

	Eğitim Durumu					
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri			S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri		
	S.M.L	Önlisans	Lisans/ Y.lisans/ Doktora	S.M.L	Önlisans	Lisans/ Y.lisans/ Doktora
%	%	%	%	%	%	
Hemşire deskinde dağıtılıyor	73.3	71.3	64.1	58.3	71.0	51.5
Tedavi odasında dağıtılıyor	20.0	13.8	17.9	34.6	21.0	45.5
Hasta odalarında dağıtılıyor	6.7	15.0	17.9	7.1	8.0	3.0
			$\chi^2=2.531$ p=0.639 Sd=4			$\chi^2=11.745$ p=0.019 Sd=4

Tablo 4.16.a. Tedavi Sırasında Karşılaşılan Hasta Tepkilerinin Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	İtiraz etmeden alma		İlacı almak istememe		İlacı başka yoldan almak isteme		İlacı saklama	
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri
	%	%	%	%	%	%	%	%
Yaş Grupları								
21-25 yaş	82.8	84.6	96.6	90.4	55.2	69.2	89.7	92.3
26-30 yaş	76.5	82.0	96.1	93.0	47.1	63.0	78.4	93.0
31-35 yaş	75.9	63.8	100	89.7	51.7	55.2	100	94.8
36-40 yaş	69.0	72.9	89.7	95.8	44.8	66.7	72.4	87.5
41-45 yaş	87.5	69.6	87.5	95.7	62.5	50.0	100	91.3
46 yaş ve üzeri	66.7	72.2	100	83.3	-	22.2	100	88.9
	$\chi^2=2.255$ p=0.813 Sd=5	$\chi^2=10.061$ p=0.075 Sd=5				$\chi^2=16.035$ p=0.007 Sd=5		
Eğitim Durumu								
S.M.L.	70.0	78.7	96.7	94.3	36.7	65.4	90.0	94.5
Önlisans	78.8	68.5	92.5	92.6	57.5	51.9	83.8	90.7
Lisans/Y.lisans/ Doktora	76.9	97.0	100	93.9	41.0	69.7	84.6	85.2
	$\chi^2=0.934$ p=0.627 Sd=2	$\chi^2=13.200$ p=0.001 Sd=2		$\chi^2=0.305$ p=0.858 Sd=2	$\chi^2=5.131$ p=0.077 Sd=2	$\chi^2=7.103$ p=0.029 Sd=2	$\chi^2=0.693$ p=0.707 Sd=2	$\chi^2=2.158$ p=0.340 Sd=2
Çalışma yılı								
0-4 yıl	74.0	77.8	96.1	90.3	44.2	61.8	81.8	91.7
5-9 yıl	80.6	76.8	96.8	96.4	61.3	57.1	83.9	92.9
10-14 yıl	91.7	69.8	100	92.5	50.0	60.4	100	94.3
15-19 yıl	53.3	77.4	100	90.3	46.7	51.6	93.3	83.9
20 yıl ve üzeri	92.9	71.1	78.6	94.7	50.0	55.3	85.7	94.7
	$\chi^2=8.658$ p=0.070 Sd=4	$\chi^2=1.847$ p=0.764 Sd=4			$\chi^2=2.640$ p=0.620 Sd=4	$\chi^2=1.509$ p=0.825 Sd=4		

Tablo 4.16.a. Tedavi Sırasında Karşılaşılan Hasta Tepkilerinin Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı(Devam)

	İlacı yutmama		Sık sık ilaç isteme		İlacı aldıktan sonra kusma	
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri
	%	%	%	%	%	%
Yaş Grupları						
21-25 yaş	86.2	88.5	75.9	67.3	-	-
26-30 yaş	76.5	88.0	84.3	81.0	2.0	2.0
31-35 yaş	89.7	86.2	82.8	79.3	6.9	3.4
36-40 yaş	69.0	79.2	82.8	85.4	3.4	6.3
41-45 yaş	87.5	84.8	75.0	65.2	-	-
46 yaş ve üzeri	100	83.3	66.7	55.6	-	-
	$\chi^2=6.121$ p=0.295 Sd=5	$\chi^2=2.555$ p=0.768 Sd=5	$\chi^2=1.575$ p=0.904 Sd=5	$\chi^2=13.017$ p=0.023 Sd=5		
Eğitim Durumu						
S.M.L.	76.7	90.6	76.7	81.9	-	3.9
Önlisans	82.5	80.9	82.5	67.3	2.5	1.2
Lisans/Y.lisans/ Doktora	79.5	90.9	82.1	90.9	5.1	-
	$\chi^2=0.511$ p=0.775 Sd=2	$\chi^2=6.266$ p=0.044 Sd=2	$\chi^2=0.511$ p=0.774 Sd=2	$\chi^2=12.938$ p=0.002 Sd=2		
Çalışma yılı						
0-4 yıl	79.2	84.7	83.1	75.7	1.3	0.7
5-9 yıl	80.6	89.3	80.6	76.8	3.2	1.8
10-14 yıl	83.3	86.8	91.7	83.0	8.3	5.7
15-19 yıl	93.3	74.2	73.3	67.7	-	3.2
20 yıl ve üzeri	71.4	92.1	71.4	68.4	7.1	2.6
		$\chi^2=5.377$ p=0.251 Sd=4		$\chi^2=3.707$ p=0.447 Sd=4		

Tablo 4.17.a. İlacını Almayan Hastalara Yaklaşımın Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	İlacı mutlaka vermek		Almıyorsa zorlamamak		Oral yolla almazsa enjeksiyon yapma		Doktora haber verme		Hemşire gözleme kaydetme		Nedenini araştırma	
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Yaş grupları												
21-25 yaş	69.0	63.5	10.3	11.5	44.8	30.8	100	86.5	69.0	55.8	79.3	44.2
26-30 yaş	54.9	63.0	5.9	9.0	29.4	50.0	90.2	88.0	62.7	63.0	62.7	47.0
31-35 yaş	62.1	46.6	6.9	10.3	31.0	63.8	96.6	86.2	75.9	58.6	79.3	44.8
36-40 yaş	65.5	75.0	13.8	16.7	31.0	47.9	89.7	79.2	51.7	47.9	75.9	54.2
41-45 yaş	37.5	65.2	12.5	19.6	62.5	60.9	100	76.1	75.0	82.6	87.5	47.8
46 yaş ve üzeri	66.7	83.3	33.3	5.6	33.3	50.0	100	72.2	100	72.2	100	44.4
		$\chi^2=13.026$ p=0.023 Sd=5		$\chi^2=5.159$ p=0.397 Sd=5	$\chi^2=5.001$ p=0.416 Sd=5	$\chi^2=14.316$ p=0.014 Sd=5		$\chi^2=6.289$ p=0.279 Sd=5	$\chi^2=6.056$ p=0.301 Sd=5	$\chi^2=14.327$ p=0.014 Sd=5	$\chi^2=6.043$ p=0.302 Sd=5	$\chi^2=1.313$ p=0.934 Sd=5
Eğitim Durumu												
S.M.L.	66.7	66.9	10.0	15.0	36.7	37.8	93.3	89.8	26.7	48.8	56.7	48.8
Önlisans	56.3	59.9	6.3	9.9	36.3	63.0	96.3	78.4	36.3	72.8	73.8	42.6
Lisans/Y.lisans/Doktora	64.1	66.7	15.4	12.1	30.8	39.4	89.7	84.8	64.1	60.6	87.2	63.6
	$\chi^2=1.292$ p=0.524 Sd=2	$\chi^2=1.699$ p=0.428 Sd=2	$\chi^2=2.586$ p=0.274 Sd=2	$\chi^2=1.729$ p=0.421 Sd=2	$\chi^2=0.398$ p=0.819 Sd=2	$\chi^2=9.899$ p=0.000 Sd=2		$\chi^2=6.737$ p=0.034 Sd=2	$\chi^2=0.915$ p=0.620 Sd=2	$\chi^2=17.490$ p=0.000 Sd=2	$\chi^2=8.170$ p=0.017 Sd=2	$\chi^2=5.091$ p=0.078 Sd=2
Çalışma yılı												
0-4 yıl	66.2	60.4	5.2	8.3	32.5	46.5	93.5	86.1	70.1	61.1	77.9	45.8
5-9 yıl	51.6	64.3	16.1	10.7	29.0	50.0	93.5	82.1	61.3	60.7	58.1	53.6
10-14 yıl	50.0	60.4	-	17.0	33.3	58.5	100	84.9	75.0	60.4	75.0	43.4
15-19 yıl	53.3	71.0	20.0	12.9	46.7	61.3	86.7	77.4	60.0	61.3	73.3	44.9
20 yıl ve üzeri	64.3	71.1	14.3	21.1	50.0	47.4	100	78.9	50.0	71.1	85.7	52.6
	$\chi^2=3.041$ p=0.551 Sd=4	$\chi^2=2.502$ p=0.644 Sd=4		$\chi^2=6.086$ p=0.193 Sd=4	$\chi^2=3.002$ p=0.557 Sd=4	$\chi^2=3.860$ p=0.425 Sd=4		$\chi^2=2.271$ p=0.686 Sd=4	$\chi^2=3.149$ p=0.533 Sd=4	$\chi^2=1.475$ p=0.831 Sd=4		$\chi^2=2.122$ p=0.713 Sd=4

Tablo 4.19.a. İlacın Etkinliğini Değerlendirme Yöntemlerinin Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	İlacın yan etkilerini gözleme		İlacın etkilerini gözleme		Hastanın ifadesini dikkate alma		Doktoradan değerlendirme isteme		Hemşireden değerlendirme isteme	
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri %	S.B.Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri %
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Yaş grupları										
21-25 yaş	75.9	82.7	89.7	75.0	82.8	73.1	72.4	59.6	48.3	30.8
26-30 yaş	86.3	81.0	90.2	90.0	94.7	69.0	49.0	65.0	31.4	44.0
31-35 yaş	82.8	82.8	96.6	81.0	69.0	60.3	65.5	67.2	44.8	48.3
36-40 yaş	86.2	89.6	89.7	70.8	75.9	64.6	58.6	60.4	44.8	50.0
41-45 yaş	87.5	80.4	100	84.8	87.5	60.9	87.5	37.0	62.5	23.9
46 yaş ve üzeri	66.7	88.9	33.3	77.8	100	44.4	66.7	16.7	66.7	27.8
		$\chi^2=2.435$ p=0.786 Sd=5		$\chi^2=10.444$ p=0.064 Sd=5	$\chi^2=5.512$ p=0.356 Sd=5	$\chi^2=6.430$ p=0.267 Sd=5	$\chi^2=7.389$ p=0.193 Sd=5	$\chi^2=24.972$ p=0.000 Sd=5	$\chi^2=5.139$ p=0.399 Sd=5	$\chi^2=12.266$ p=0.031 Sd=5
Eğitim Durumu										
S.M.L.	23.3	89.0	83.3	78.0	66.7	56.7	46.7	60.6	23.3	43.3
Önlisans	13.8	77.2	91.3	82.7	68.8	68.5	61.3	51.2	38.8	32.7
Lisans/Y.lisans/ Doktora	82.1	90.9	94.9	90.6	87.7	78.8	71.8	72.7	64.1	60.6
	$\chi^2=1.487$ p=0.475 Sd=2	$\chi^2=8.674$ p=0.013 Sd=2		$\chi^2=3.173$ p=0.205 Sd=2	$\chi^2=5.339$ p=0.069 Sd=2	$\chi^2=7.481$ p=0.024 Sd=2	$\chi^2=4.506$ p=0.105 Sd=2	$\chi^2=6.212$ p=0.045 Sd=2	$\chi^2=12.432$ p=0.002 Sd=2	$\chi^2=10.011$ p=0.007 Sd=2
Çalışma yılı										
0-4 yıl	75.3	79.2	88.3	81.3	71.4	75.7	62.3	64.6	37.7	38.9
5-9 yıl	83.9	82.1	93.5	87.5	74.2	51.8	48.4	51.8	45.2	35.7
10-14 yıl	100	88.7	81.7	79.2	75.0	56.6	66.7	58.5	41.7	47.2
15-19 yıl	100	87.1	93.3	71.0	66.7	48.4	60.0	48.4	46.7	48.4
20 yıl ve üzeri	92.9	89.5	92.9	86.8	85.7	68.4	78.6	42.1	57.1	31.6
	$\chi^2=9.823$ p=0.044 Sd=4	$\chi^2=4.272$ p=0.370 Sd=4		$\chi^2=4.549$ p=0.337 Sd=4	$\chi^2=1.601$ p=0.809 Sd=4	$\chi^2=17.114$ p=0.002 Sd=4	$\chi^2=4.119$ p=0.390 Sd=4	$\chi^2=8.430$ p=0.077 Sd=4	$\chi^2=2.166$ p=0.705 Sd=4	$\chi^2=3.669$ p=0.453 Sd=4

Tablo 19.a. İlacın Etkinliğini Değerlendirme Yöntemlerinin Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (Devam)

	Psikologdan değerlendirme İsteme		Öğrenci hemşireden değerlendirme isteme		Öğrenci doktordan değerlendirme isteme		Klinikte çalışan hemşire ve doktor dışı personelden değerlendirme isteme		Yaşam bulgularını alma	
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri klinikleri	S.B.Ruh Sağlığı Hastahkları Hastaneleri
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Yaş grupları										
21-25 yaş	6.9	1.9	6.9	1.9	3.4	1.9	6.9	11.5	51.7	38.5
26-30 yaş	2.0	3.0	-	2.0	-	3.0	5.9	15.0	52.9	30.0
31-35 yaş	6.9	1.7	-	1.7	-	1.7	6.9	13.8	51.7	31.0
36-40 yaş	6.9	4.2	13.8	-	6.9	-	10.3	4.2	41.4	18.8
41-45 yaş	-	6.5	-	4.3	-	-	12.5	17.4	75.0	23.9
46 yaş ve üzeri	33.3	11.1	-	-	-	-	-	5.6	66.7	27.8
								$\chi^2=5.579$ $p=0.349$ $Sd=5$	$\chi^2=3.287$ $p=0.657$ $Sd=5$	$\chi^2=5.477$ $p=0.360$ $Sd=5$
Eğitim Durumu										
S.M.L.	3.3	2.4	3.3	3.1	-	1.6	6.7	8.7	50.0	25.2
Önlisans	6.3	4.3	1.3	0.6	1.3	1.2	5.0	14.2	48.8	29.6
Lisans/Y.lisans/ Doktora	5.1	6.1	10.3	3.0	5.1	3.0	12.8	18.2	59.0	39.4
								$\chi^2=3.127$ $p=0.209$ $Sd=2$	$\chi^2=1.140$ $p=0.566$ $Sd=2$	$\chi^2=2.659$ $p=0.265$ $Sd=2$
Çalışma yılı										
0-4 yıl	6.5	3.5	5.2	1.4	2.6	1.4	7.8	11.8	51.9	34.7
5-9 yıl	6.5	5.4	-	3.6	-	3.6	6.5	9.6	58.1	26.8
10-14 yıl	-	-	-	-	-	1.9	8.3	7.5	33.3	22.6
15-19 yıl	6.7	6.5	13.3	3.2	6.7	-	6.7	16.1	46.7	22.6
20 yıl ve üzeri	-	5.3	-	2.6	-	-	7.1	7.9	57.1	23.7
								$\chi^2=4.999$ $p=0.287$ $Sd=4$	$\chi^2=2.444$ $p=0.655$ $Sd=4$	$\chi^2=4.615$ $p=0.329$ $Sd=4$

Tablo 4.21.a. Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Eğitim Gereksinimlerinin Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	Hastayı ilaç almaya ikna etme yolları		İlaçlara ilişkin genel bilgiler		Hastanın ilacı aldığımdan emin olma yolları	
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri %	S.B.Ruh Sağlığı Hastahıkları Hastaneleri %	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri %	S.B.Ruh Sağlığı Hastahıkları Hastaneleri %	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri Klinikleri %	S.B.Ruh Sağlığı Hastahıkları Hastaneleri %
Yaş grupları						
21-25 yaş	7.1	8.3	71.4	41.7	-	8.3
26-30 yaş	3.6	-	75.0	67.4	-	-
31-35 yaş	6.7	4.0	73.3	52.0	-	4.0
36-40 yaş	8.3	4.2	75.0	54.2	-	8.3
41-45 yaş	-	8.0	40.0	44.0	20.0	-
46 yaş ve üzeri	-	-	-	90.0	10.0	-
Eğitim Durumu						
S.M.L.	14.3	2.8	64.3	51.4	-	1.4
Önlisans	-	5.6	65.9	59.2	4.9	5.6
Lisans/Y.lisans/ Doktora	10.0	-	85.0	72.7	-	-
Çalışma yılı						
0-4 yıl	2.3	4.5	81.4	56.1	-	3.0
5-9 yıl	16.7	-	58.3	59.3	-	3.7
10-14 yıl	-	4.2	85.7	50.0	-	8.3
15-19 yıl	6.7	5.6	50.0	66.7	-	-
20 yıl ve üzeri	-	5.3	28.6	52.6	28.6	-

Tablo 21.a. Hemşirelerin İlaç Uygulamaları Konusunda Eğitim Gereksinimlerinin Hastanelere ve Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (Devam)

	Hasta davranışına yönelik hemşirelik yaklaşımları		Hemşirelik uygulamalarında etkinlik ve sonuç		En uygun ilaç dağıtım yolları	
	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri klinikleri %	S.B.Ruh Sağlığı Hastaneleri %	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri klinikleri %	S.B.Ruh Sağlığı Hastaneleri %	Üniversite Hastaneleri Psikiyatri klinikleri %	S.B.Ruh Sağlığı Hastaneleri %
Yaş grupları						
21-25 yaş	21.4	25.0	-	12.5	-	4.2
26-30 yaş	10.7	19.6	7.1	4.3	3.6	8.7
31-35 yaş	20.0	32.0	-	4.0	-	4.0
36-40 yaş	8.3	25.0	8.3	-	-	8.3
41-45 yaş	4.0	28.0	-	8.0	-	12.0
46 yaş ve üzeri	-	10.0	-	-	-	-
Eğitim Durumu						
S.M.L.	14.3	31.9	-	4.2	7.1	8.3
Önlisans	22.0	16.9	7.3	5.6	-	7.0
Lisans/Y.lisans/ Doktora	5.0	18.2	-	9.1	-	-
Çalışma yılı						
0-4 yıl	11.6	24.2	2.3	6.1	2.3	6.1
5-9 yıl	8.3	25.9	16.7	3.7	-	7.4
10-14 yıl	14.3	20.8	-	4.2	-	12.5
15-19 yıl	33.3	22.2	-	-	-	5.6
20 yıl ve üzeri	42.9	26.3	-	10.5	-	5.3