

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARININ HEMŞİRELER
TARAFINDAN VERİLEN TABURCULUK
EĞİTİMİNE İLİŞKİN
DEĞERLENDİRMELERİNİN BELİRLENMESİ**

DERYA ÇAVUŞ

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2008

T.C

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARININ HEMŞİRELER
TARAFINDAN VERİLEN TABURCULUK
EĞİTİMİNE İLİŞKİN
DEĞERLENDİRMELERİNİN BELİRLENMESİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DERYA ÇAVUŞ

Danışman Öğretim Üyeleri

Yard. Doç. Dr. Ayfer ELÇİGİL

Öğr. Gör. Dr. Özlem UĞUR

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ.....	..i
ŞEKİL DİZİNİ.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
TÜRKÇE ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ.....	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Taburculuk Eğitimi.....	7
2.2. Taburculuk Eğitiminin Amacı ve Önemi.....	7
2.3. Etkin Taburculuk Eğitiminin Yararları.....	8
2.4. Taburculuk Eğitiminin Etkin Olabilmesi İçin Genel İlkeler.....	10
2.5. Kanser Hastasının Taburculuk Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları.....	11
2.5.1. Veri Toplama.....	12
2.5.2. Tanı Koyma.....	13
2.5.3. Planlama.....	15
2.5.4. Uygulama.....	16
2.5.5. Değerlendirme.....	17
2.6. Taburculuk Eğitiminin Ülkemizdeki Durumu.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.3. Araştırmanın Süresi.....	19
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	19
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.6. Veri Toplama Araçları.....	22
3.7. Verilerin Toplanması	24
3.8. Verilerin Analizi.....	24
3.9. Araştırma Etiği.....	24

4. BULGULAR.....	25
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
6.1. Sonuçlar.....	38
6.2. Öneriler.....	40
7. KAYNAKLAR.....	41
EKLER.....	51
Ek-1: Taburculuk Eğitim Yönergesi.....	51
Ek-2: Demografik Özellikler Soru formu.....	52
Ek-3:Hastaların Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimini Değerlendirme Anketi.....	53
Ek-4: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Formu.....	55
Ek-5: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Formu	56
Ek-6: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	57

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Kanser Hastalarının Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	20
Tablo 2. Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	21
Tablo 3. Kendall Testi Sonucuna Göre Uzman Görüşlerinin Değerlendirmesi.....	23
Tablo 4. Hastaların Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmeleri.....	25
Tablo 5. Hastaların Taburculuk Eğitimini Değerlendirme Anketinden Aldıkları Puan Dağılımı.....	27
Tablo 6. Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Taburculuk Anketi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	28
Tablo 7. Kanser Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Taburculuk Anketi Puan Ortalamalarının Dağılımı	29

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Etkin Taburculuk Planlamasının Yararları.....	9
Şekil 2: Taburculuk Planı Yapılabilmesi İçin Kanser Hastasına İlişkin Toplanması Gereken Veriler	12
Şekil 3. Kanser Hastalarında En Çok Kullanılan Hemşirelik Tanıları.....	15

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince değerli birikimlerini ve zamanını benimle paylaşan danışmanlarım Sayın Yrd.Doç. Dr. Ayfer ELÇİĞİL ve Sayın Öğr. Gör. Dr. Özlem UĞUR'a,

Araştırma süresince değerli bilgileri ve önerileri ile katkıda bulunan hocalarım Sayın Prof. Dr. Zuhal BAHAR ve Sayın Yard. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI'ya,

Uzman görüşlerinde önerileri ve değerlendirmeleri ile katkı veren değerli hemşirelik öğretim üyesi hocalarıma,

Veri toplama aşamasında değerli yardımlarını esirgemeyen hematoloji - onkoloji kliniğinin çok değerli ekibine,

Yüksek lisans eğitimim süresince her zaman desteğini aldığım Sayın Yard. Doç. Dr. Elif ONUR'a,

Tezimin her aşamasında destekleyici ve motive edici tutumlarından dolayı sevgili ailem ve arkadaşlarıma,

Tez çalışmam sırasında katılımlarıyla destek sağlayan tüm hastalara en içten saygı ve sevgilerimi sunar çok teşekkür ederim.

DERYA ÇAVUŞ

ÖZET
KANSER HASTALARININ HEMŞİRELER TARAFINDAN VERİLEN
TABURCULUK EĞİTİMİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİNİN
BELİRLENMESİ
DERYA ÇAVUŞ

hemderya@hotmail.com

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Araştırma, kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Temmuz-Kasım 2007 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi erişkin hematoloji ve onkoloji kliniklerinden taburcu olması planlanan 169 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, “Sosyo-Demografik Özellikler” soru formu ve “Hastaların Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimini Değerlendirme” anketi kullanılmıştır. Veriler hastalarla taburcu olmadan 24-48 saat önce görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı ve yüzdelik dağılım, t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

Çalışmada yer alan hastaların taburculuk anketinden alabilecekleri maximum puan 36 olmasına rağmen, hastalar ortalama 1.65 puan almıştır. Hastaların % 59’ unun 0 puan alarak taburculuğu sırasında hemşirelerden bilgi almadıkları saptanmıştır. Taburculuk değerlendirme anketinden alınan puan ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, tanı, hastalık süresi, daha önce hastaneye yatma durumu, yatış süresi, tedavi, evde bakımına yardımcı olacak kişinin varlığı arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p > 0.05$).

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda hasta ve yakınlarına gereksinimleri doğrultusunda hastalık, prognozu, tedavi ve yan etkileri, hastalık ve tedavinin sosyal, iş ve cinsel yaşam üzerine etkileri konularını içeren taburculuk eğitiminin hasta taburcu olmadan en az 24-48 saat içinde yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser Hastaları, Taburculuk Eğitimi, Bilgi Gereksinimi, Hemşirelik.

ABSTRACT
DEFINING THE EVALUATIONS ON TRAININGS GIVEN ON DISCHARGE
COMMANDS GIVEN BY NURSES FOR CANCER PATIENTS

DERYA ÇAVUŞ

hemderya@hotmail.com

Dokuz Eylul University Institute of Medical Sciences

This research is conducted in order to be definitive for defining the evaluations on trainings given on discharge commands given by nurses for cancer patients.

Research samples were taken from 169 patients discharge from Dokuz Eylül University Faculty of Medicine (DEUTF) Muzaffer Müfit Kayhan Oncology Hospital clinic for adult hematology and oncology between July 2007 and November 2007. For data obtaining means, sociodemographical properties were obtained by evaluation forms given by nurses. Data was obtained by interviews done by patients 24-48 hours before their discharges. T test and one-way variance analysis were used for percentage and numerical dispersions and data evaluation.

The maximum score that could be taken from the discharge form was 36 and the average was 1.65. It was determined that by taking 0 point, %59 of patients did not receive any information from nurses during their discharge from hospital. There wasn't determined a considerable difference between the point taken from discharge audit questionnaire and age, gender, education levels, marital status, occupation status, employment status, social security, status of income, diagnosis, time since cancer diagnosis, status of staying in hospital before, length of stay, treatment and existence of a person that will help at home.

Basen on the conclusions of the study, it can be suggested that discharge education patients and caregivers need for disease, prognosis, treatment and side effects; disease and treatment of social, employment, and sex health affects included before discharge at least 24-48 hours within have to be done.

Key words: Cancer Patients, Discharge Training, Information Needs, Nursery

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, bireyin yaşamında değişikliklere neden olan, uzun yıllar hastalıkla yaşamayı ve baş etmeyi gerektiren bir hastalıktır. Kanser hasta ve yakınları tanı ve tedaviye ba lı pek çok fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar ya amaktadır (1). Bu sorunlarla baş edebilmeleri için e itime gereksinimleri olmaktadır (2, 3). Hasta eğitiminin önemli bir bölümünü ise ‘taburculuk eğitimi’ oluşturmaktadır. Taburculuk eğitimi, hastanın evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, hasta bakım kalitesinin artırılması ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında giderek önem kazanmaya başlamıştır (4, 5, 6). Taburculuk, hastanın hastaneye yatışından itibaren başlayarak, ilgili ekip üyeleri tarafından veriler toplanarak hastanın gerçek ve olası sorunlarının belirlenmesini, belirlenen sorunları gidermeye yönelik planlanan eğitimi ve etkinliğini değerlendirmeyi içeren bir süreçtir (4, 5, 7, 8). Ekip çalışmasını gerektiren taburculuk eğitiminde anahtar kişi konumunda olan hemşire, kanserli hasta ve ailesine verilecek eğitimin planlanmasında, uygulanmasında ve ekip içi koordinasyonun sağlanmasında önemli sorumluluklara sahiptir (9, 10, 11, 12, 13). Hemşire taburculuk eğitimini hasta servise yattığı andan başlayarak, verileri toplayarak sorunlarını saptamalı ve hastanın ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda ekip üyelerini dahil ederek planlamalıdır (14, 15, 16, 17).

Taburculuk eğitimi alan bireyin mental ve fonksiyonel sağlık durumunu geliştirerek yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu arttırdığı, bireyin tedavi süreci içinde etkin bir şekilde yer almasını sağladığı, taburculuk sonrasında sağlık hizmetlerinden faydalanmayı ve hasta memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir (10, 18, 19, 20, 21). Eğitim alan hastaların hastane ortamından ev ortamına geçişinin kolaylaştığı (5, 6, 9, 22, 23) ayrıca bakım ve tedavi maliyetlerinin azaldığı da bilinmektedir (19, 21, 23, 24). Bunun yanı sıra taburculuk eğitiminin hastanede kalış süresini, hastalığa bağlı komplikasyonları, taburculuk sonrası sağlık merkezlerine başvuru oranlarını, acil servislerin kullanımını, tekrarlı yatışları ve tekrarlı yatışlarda hastanede kalış süresini azalttığı saptanmıştır (2, 4, 9, 15, 16). Naylor ve arkadaşları (1994) ve Mc Caughan ve Thompson (2000)’nın yaptıkları çalışmada taburculuk

eğitimi yapılmadan evlerine dđnen hastaların hastaneye yeniden başvuru oranının, taburculuk eğitimi yapılanlara gđre yđksek olduğu belirlenmiştir (25, 26).

Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının hastalık ve tedavi (26, 27, 28, 29, 30), ağrı kontrolü, gđnlük yaşam aktiviteleri (beslenme, banyo yapma, boşaltım, uyku ve dinlenme, öz-bakım, gđnlük işler, araba kullanma, çalışma yaşamına dđnüş vb.) (25, 27, 31, 32, 33, 34), egzersizler, gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyon belirti ve bulgularının tanınması ve önlenmesi, taburcu olduktan sonraki tıbbi izlem/kontrole gelme sıklığı, acil durumlarda başvurulacak kişi/kuruluşlara nasıl ve nerelerden ulaşılabileceği, ilgili kurumlara ilişkin bilgi ve danışmanlık gibi konularda sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Ashbury ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan bir çalışmada kanser hastalarının %94'nün tedavi ve hastalığa bağlı en az bir septom yaşadığı ve bu semptomlar arasında yorgunluk(%78) ve kaygı(%77) yakınmalarının başta geldiği saptanmıştır (35). Hartevelde ve arkadaşlarının (1997) alışmasında taburculuk sonrası altıncı ayda yapılan ev ziyaretinde hastaların %50' sinde ağrı, yorgunluk, hareket yeteneğinde azalma gibi fiziksel problemlerin arttığı saptanmıştır (33). Taburcu olduktan sonra ilk bir hafta içerisinde hastaneye yatışı beklenmeyen 78 kanser hastasıyla ilgili retrospektif olarak yapılan başka bir çalışmada ise hastaların % 48' nin 1-2 gđn içerisinde gastrointestinal sistem semptomlarıyla hastaneye başvurdukları belirlenmiştir. Hastaların bilgi dđzeyinin az olmasının tekrar hastaneye yatışı arttıran bir faktör olduğu ve hastanede yattığı dđnem boyunca verilen bilginin tekrarlı yatışları azaltarak hastanede kalış süresini kısalttığı saptanmıştır (36).

Hastaların taburculukları sırasındaki bilgi gereksinimlerinin en çok komplikasyonlar ve belirtileri (29, 37, 38, 39, 40), uygulanan tedavi yđntemleri ve yan etkileri (28, 29, 30, 41), hastalık ve tedavinin çalışma hayatına (5, 30) sosyal aktivitelere (42, 43, 44) cinsel yaşama (33, 42, 45) ve aileye olan etkileri (42, 46), prognoz (3, 47, 48, 49), evde bakım ve duygusal destek (33, 50, 51) konularında olduğu belirlenmiştir.

Kanser sadece hastayı değil, aynı zamanda hastaların ailelerini de çok yakından etkilemektedir. Hasta yakınlarının bakım verirken bazı sorunlar yaşadıkları ve yardıma gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (52, 53, 54, 55, 56). Kanserli hastaların ailelerinin eğitim gereksinimleri arasında hastalık ve prognozu, tedavi seçenekleri ve yan etkileri, evde bakım

gereksinimleri, hastalığın aileye olan etkisi ve psikolojik destek gibi konuların olduğu saptanmıştır (42, 57, 58, 59, 60). Hastalar ve aileleri hemşire ve doktor tarafından verilen bilgilerin kendileri için çok önemli olduğunu (27, 29, 35, 48), ancak sağlık personelinin bu gereksinimlerini giderecek yeterli bilgiyi alamadıklarını belirtmektedirler (26, 61, 62, 63). Kanserli hasta ve bakım verenlerin taburculuk sonrasında önemli sorunlar yaşadığı ve eğitim gereksinimleri karşılanmadan taburcu oldukları görülmektedir (53, 57, 58, 60, 64).

Kemoterapi alan kanserli hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların kemoterapinin yan etkileri ve bunlarla başetme konularında bilgi gereksinimleri olduğunu ve gereksinimlerinin karşılanmadığı saptanmıştır (31, 32, 65, 66, 67). Tierney ve arkadaşlarının (1994) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların sadece % 35'i yaşadıkları problemlere ilişkin sağlık personelinin bilgi almıştır. Hastanede uygulanan taburculuk eğitiminin etkisinin incelendiği bir araştırmada hastaların % 97'sinin taburculuk sonrası bakım gereksinimi olduğu ve %33'ü bu gereksinimlerinin karşılanmadığını belirtmiştir (68). Minichiello ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında, hemşirelerin hasta bakım planlarını zamanında yapmaması nedeniyle %70 oranında hasta taburcu planının geciktiği belirlenmiştir (69). Oysa hasta ve bakım verenlerin bilgi gereksinimlerinin karşılanmasıyla hastalarda kanser semptomlarının azaldığı, enfeksiyonun önlendiği, ağrının kontrol altına alındığı, sindirim sistemine bağlı gelişebilecek sorunların iyileştiği ve hastaların evlerinde olabildiğince uzun süre rahat yaşadıkları saptanmıştır (34, 54, 70, 71). Bu nedenle taburculuk sürecinin etkili bir şekilde planlanması önemlidir.

Planlı bir taburculuk eğitimi alan kanser hastaların iyileşme süreçlerinin olumlu etkileneceği, evde bakımlarında daha az güçlük yaşayacağı, anksiyete düzeylerinin azalacağı ve hastaneye geri yatışların önleneceği ve taburculuk sonrası dönemi komplikasyonsuz geçireceği belirtilmektedir (16, 27, 34, 35, 72). Türkiye'de Akbayrak ve Coşkun (2001) tarafından hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada ise hemşirenin sadece % 18'i hastalarına taburculuk eğitimi verdiğini belirtmiştir (73).

Birçok ülkede taburculukla ilgili hemşire koordinatörlerin ve protokollerin bulunduğu belirtilmektedir (5, 41, 74, 75). Ülkemizde ise taburculuğun hastanelerde planlı bir şekilde

uygulanan bir süreç olmadığı bilinmektedir. Hemşirelik uygulamalarına bakıldığında kanser hastalarının hastanede kaldığı süre içindeki bakımının, genellikle fiziksel bakım ile sınırlı kaldığı, hemşirelik eylemlerine, doktor isteminde belirtilen işlemlerle sınırlı olarak yer verildiği, hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra karşılaşılabilecekleri sorunların çözümüne yol gösterecek planlı bir taburculuk eğitiminin olmadığı, hastaların bakım sorunları ile evlerine gönderildiği belirtilmektedir (76, 77, 78). Ülkemizde kanser dı ında tanısı olan hastalarla yapılan çalışmalar olmakla birlikte (79, 80, 81), kanser hastalarına verilen taburculuk e itimini ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışmanın olmadığı belirlenmiştir. Kanser hastaların taburculuk sonrası geri yatışlarını önlemek, yaşadıkları sorunları azaltmak ve taburculuk sonrası uyumunu arttırmak için taburculuk eğitiminin sağlık bakımı sistemi içinde yer alması gerekmektedir. Taburculuk sürecinin başarılı olabilmesi için hastaların bu süreçte verilen hemşirelik girişimlerine yönelik değerlendirmelerinin belirlenmesi var olan hemşirelik hizmetlerinin iyileştirilmesini ve kalitesinin artırılmasını sağlayabilir.

1.2 Araştırmanın Amacı:

Bu çalışma kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitime ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. TABURCULUK EĞİTİMİ

Günümüzde sağlık bakım sisteminin yapısı değişmekte, hastaların hastanede yatış süreleri giderek kısaltılmakta olup hasta ve ailesinin özbakımla ilgili sorumlulukları artmaktadır. Bu durum hasta ve ailesinin gerekli eğitimi almalarını ve bu eğitimin sistematik, sorun çözümleyici ve nitelikli bir şekilde yerine getirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık bakım sistemindeki gelişme ve değişimler ise, hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesine, yeniden kazanılmasına ve rehabilitasyona yönelik etkinliklerinde eğitici rolünü öne çıkarmaktadır (82). Hemşirelerin eğitici rollerini en çok hastaların taburculuğu sırasında kullanmaları gerekmektedir. Hastanede kalış süresi hastalığa ve hastaya göre değişmekle birlikte genellikle hastalar kendi bakımlarını evlerinde sürdürebilecekleri duruma geldiklerinde, bir başka deyişle hastalıklarının iyileşme evresinde taburculukları planlanarak evlerine gönderilmektedir (6).

Taburculuk eğitimi, hastanın yatan hasta kurumundan taburcu edildikten sonra beklenen sağlık bakım gereksinimlerini tanımlama ve bu gereksinimlere karşı hazırlık yapma sürecidir (5, 9). Taburculuk eğitimi, bakımın sürekliliğini sağlamak için sağlık ekibinin tüm üyelerinin koordinasyonlu bir şekilde birlikte çalışmasını gerektiren dinamik bir süreçtir (11). Amerikan Hemşireler Birliği ise taburculuk eğitimini 'Hastayı kendisi, aile üyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç' olarak tanımlamıştır (83).

2.2. TABURCULUK EĞİTİMİNİN AMACI ve ÖNEMİ

Taburculuk eğitiminin temel amacı hasta ve ailenin gereksinimlerini belirleyerek, hastanın ev yaşamını organize edip yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu şekilde bakımın sürekliliği sağlanarak hastanın güvenli bir şekilde hastane ortamından ev ortamına geçişi kolaylaşmaktadır (22, 84, 85, 86).

Taburculuk eğitimi ile;

Hasta ve ailesine evde devam edilebilecek bakım ve işlemleri öğretmek (6, 22, 76)

Hastanın evde bakım sırasında yaşayacağı korku ve endişeleri gidermek (76)

Evde hasta ve ailesi tarafından devam ettirilecek bakım ve tedavinin eksiksiz sürdürülmesini sağlamak (6, 22)

Hastanın hastalığı üzerindeki denetimini arttırmak (6,74)

Taburculuk işlemlerinde kalite ve verimi arttırmak amaçlanmaktadır (74).

Taburculuk Eğitiminin Felsefesi:

1. Hasta merkezli bir süreçtir: Hastanın değerleri, istekleri ve gereksinimleri planlamanın temelini oluşturur.
2. Taburculuk öncesi hastanın temel gereksinimleri saptanmalıdır.
3. Taburculuk eğitimi multidisipliner bir süreçtir ve sürdürülmesi tüm ekibin ortak ve açık, yazılı ve yazılı olmayan iletişimine bağlıdır.
4. Uygun bakımın verilebilmesi, ekibin sürekli olarak eğitilmesine ve bireysel gelişimlerine bağlıdır.
5. Taburculuk eğitiminde hastanın tüm kararlara katılımı konusunda bilgilendirilmesi gereklidir. Hasta ve aileye mali konular, kullanılan hizmetlerin süresi, tedavi kararı, riskleri ve yararları, yasal konular hakkında görüşünü belirtmesinin önemi vurgulanmalıdır.
6. Taburculuk eğitimi hastanın olduğu her ortamda uygulanması gereken bir aşamadır (22, 87).

2.3. ETKİN TABURCULUK EĞİTİMİNİN YARARLARI

Taburculuk eğitimi etkin bir şekilde yapıldığında hastalar, bakım verenler, sağlık çalışanları ve kurum açısından yararları vardır. Taburculuk eğitiminin yararları Şekil -1 de gösterilmiştir.

Sekil 1. ETKİN TABURCULUK EĞİTİMİNİN YARARLARI

Hasta;	Bakım veren;	Sağlık Çalışanı ;	Kurum;
<p>Hastanede kalış süresi kısalır (19). Tekrar hastaneye yatışları önlenir (17,19, 72). Fonksiyonel ve mental durumu iyileşir (19, 72). Kendi sağlık durumunu algılaması artar (72). Tedaviye uyumu artar (72, 76) Kendine güveni gelişir (72, 89). Çevresel uyumu artar (5). Evdeki bakımına hazır hisseder (77). Yaşam kalitesi artar (19, 72, 85). Otonomisi artar (8, 19, 72). Bakım sürecinde ekibin bir parçası olduğunu hisseder (9,11). Semptomları tanıyabilir (72). Morbitide azalır (74, 78). Bakım hizmetinden memnuniyeti artar (17,19, 72, 76)</p>	<p>Bakım yükü azalır (19, 86). Bilgi düzeyi artar (19, 86). Bakım hizmetinden memnuniyeti artar (19, 56). Bakıma katılımı artar ve söz sahibi olur (19, 77, 78). Görüşleri dikkate alınır (56). Taburculuk eğitimi boyunca değer verildiğini hisseder (33, 56). Hastasında gelişebilecek komplikasyon belirtilerini tanır (72) Kiminle iletişim kurulacağını ve problem olduğunda ne yapması gerektiğini bilir (19, 86). Maliyet azalır (72). Hastanın gereksinimlerini gidermede doğru kararlar almasını sağlar (8, 86).</p>	<p>Ekip içi iletişimi güçlenir (8, 11, 77, 78). Ekip üyeleri rol ve sorumluluklarının farkında olur (11, 34). Hastaya güncel bilgi aktarılır (34). Klinik protokol-rehberlere uyum sağlanır (77, 78). Zaman yönetimi becerisi gelişir (77, 78). Hastanın değerlendirmesini periyodik olarak yapar (5, 77, 78). Hasta ve aile ile iyi bir iletişim kurar (38, 72). Tıbbi kayıtlara önem verir(11, 77, 78). Bakım planı hazırlar (77, 78). Hastanın Günlük yaşam aktivitelerini değerlendirir (77, 78). Etkili ve zamanında danışmanlık sağlar (5, 8). İş yükü azalır (5).</p>	<p>Yetersiz planlama nedeniyle tekrarlı yatışlar önlenir. Böylece kurumun hasta yoğunluğu azalır (68, 72). Hasta ve sağlık çalışanı memnuniyeti artar (5). Ekip üyeleri arasında ilişkiler gelişir (19, 74). Şikayetler azalır (86). Araştırmaların etkili kullanımı sağlanır(16, 86). Hastane yataklarının etkin kullanımı sağlanır (16). Kurumun sağlık bakım kalitesi artar (9, 16, 89).</p>

2.4. TABURCULUK EĞİTİMİNİN ETKİN OLABİLMESİ İÇİN GENEL İLKELER

Taburcu eğitimi mümkünse hastanın hastaneye girişinde başlayıp, taburculuğuna kadar devam etmelidir (5, 75, 84, 90).

Tüm hastalara klinik hemşireleri tarafından hastanın kabulünden sonra ilk 8 saat içinde ya da en geç kabulden sonraki sabaha kadar hasta ve hasta yakınları iletişim kurularak geliştirilen geçici taburculuk eğitimi ile tahmini taburculuk tarihi belirlenmelidir (9, 20, 24).

Hastanede kalınan süre içerisinde hastanın taburculuğuna kadar bu plan her gün değerlendirilmelidir (6, 22).

Ekip içinde herkesin rolleri ve sorumlulukları belirlenmelidir (6, 10, 11).

Ekip üyeleri tarafında hastaya yapılan eğitim kolay ve anlaşılır olmalıdır (5, 11).

Ekip üyelerinin birbirleriyle iletişimi doğru taburculuk tarihini belirlemede etkilidir. Başarılı uygulama için işbirliğiyle, planlı ve entegre çalışmak gerekir (10, 88).

Zamanlamanın doğru yapılması önemlidir (4, 84, 88). Zamansız taburcu olmak tekrar hastaneye yatışla sonlanabilir (7, 72).

Demografik verilerin doğruluğundan ve kişinin verilen adrese gittiğinden emin olunmalıdır (16).

Tekrar hastaneye yatma riski olan hastalarla taburculuk sırasında ve sonrasında hastane ekip üyeleri iletişimi sürdürmelidir (88).

Etkin ve güvenli taburculuk özellikle 07.00-15.00 saatleri arasında yapılmalıdır (Anthony et al.2005) Hasta halk hizmetlerinin az olduğu Cuma günü ya da hafta sonunda taburcu edilmemelidir (16, 88).

Tüm hastalar kendi dillerinde, kendi eğitim düzeylerine uygun taburculuk eğitimi almalıdırlar (6, 20).

Her taburculuk planı mutlaka yazılı hale getirilmelidir. Etkili taburcu eğitimi sağlık bakımı sürecindeki tüm hastalar için standart ve tutarlı olmalıdır (10, 16, 20, 88).

Eğer hasta yalnız başına yaşıyorsa hastanın bağımlılık derecesine göre günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesinde hastayla ilgilenecek bir aile üyesi ya da bakıcı olup olmadığı araştırılmalıdır (88).

Eğer hastada diyabet gibi kronik bir hastalık varsa, hastalıkla ilgili eğitimlerini aldığından emin olunmalı ve hasta eve gittiğinde beklenen davranış değişiklikleri izlenmelidir (88).

Halk sağlığı hemşiresinin hastaya ilk ziyareti taburcu edilme işleminden sonraki 1 gün içinde olmalıdır (20). Halk sağlığı hizmetleri ve hastaneler arasında sürekli bir koordinasyon ve iletişim olmalıdır (9, 75, 77).

2.5. KANSER HASTASININ TABURCULUK EĞİTİMİ VE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

Son yıllardaki bilgi ve teknolojiadaki gelişmelerle birlikte kanserli hastaların yaşam süreleri uzamıştır. Kanser sadece hastayı değil tüm aileyi etkilediği için bir aile hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Kanser, ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır ve 2000' li yıllarda tüm ölümlerin % 23' ünden kanserin sorumlu olacağı belirtilmektedir (43). Ayrıca 65 yaş üstü nüfusun artmasıyla ileri yıllarda kanserin görülme sıklığı da artacaktır (43, 91). Bu nedenlerle bir çok insan ve bakım veren gelecekte kanser hastalığının yarattığı etkilerle karşı karşıya kalacaktır (91).

Hastalık ve tedavi yöntemleri, semptomlar, yan etkiler, fiziksel ve psikososyal bakım gereksinimlerindeki artış hasta ve yakınlarını uzun süre kanserin etkisi altında bırakmaktadır. Kanser hastalarının taburculukları sırasında yaşadığı sorunlar ve bilgi gereksinimleri çok fazla olmaktadır. Hasta ve aile üyeleri zor bir hastalıkla mücadele ederken hemşireye duyulan gereksinim de artmaktadır. Hasta eğitiminde en büyük rol hemşirelere düşmektedir. Taburculuk eğitiminde anahtar kişi konumunda olan hemşirenin hasta ve ailesine verilecek eğitimin planlanmasında, uygulanmasında ve ekibiçi koordinasyonun sağlanmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır (4,11, 12, 16).

Hemşire kanser hastasının taburculuk eğitimini yaparken hemşirelik sürecini kullanabilir. Hemşirelik sürecini kullanarak sistemli, bütüncül ve etkili bir taburculuk eğitimi yapabilir.

2.5.1. Veri Toplama

Hemşirelik sürecinin ilk aşaması olan veri toplama, kanser hastasının ve ailesinin bakım gereksinimlerinin saptanması için yapılan ön değerlendirmeyi içerir (92). Hastanın gereksinimlerini tanımlamak için yatıştan sonra en geç 24 saat içinde onkoloji hemşiresi sistematik veri toplamaya başlamalıdır (38). Veri toplanırken ekip üyelerinin değerlendirmeleride dikkate alınmalıdır (11). Kanser hastasına ilişkin toplanması gereken veriler Şekil2- 'de belirtilmiştir.

Şekil 2. Taburculuk Eğitimi Yapılabilmesi İçin Kanser Hastasına İlişkin Toplanması Gereken Veriler

1- Hastanın öyküsü	Kanserin tipi, evresi, büyüme ve yayılma şekli, metastazın varlığı Hastalığın rölaps ya da remisyon dönemi Geçmişteki sağlık sorunları Tedavi (önceki ve sürdürülen) Hastalığın prognozu Diğer sağlık problemleri Semptomları Yaşlı hastaların özel bilgi gereksinimlerinin değerlendirilmesi Tedavi ve hastalığa ilişkin bilgi gereksinimleri Kanser tanısı almış olmanın ve tedavinin günlük yaşantısındaki etkileri Acil durumlar
2- Hastalık sürecinde sık ortaya çıkan sorunlar	Kemik işlev bozukluğu Bulantı ve kusma Barsak işlev bozukluğu Mukozit Alopesi Dispne Kaşıntı Yorgunluk Ağrı Psikososyal sorunlar
3-Fiziksel tanılama	İnvaziv girişimlerle ilgili hastanın bakım sorunlarının tanılanması (port, katater,biyopsi)
4- Kendine bakım becerileri	Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu Tedaviler, ileri uygulamalara yönelik bakım yeteneği Geleneksel rolleri yerine getirme durumu(anne,baba, eş,..)

5-Psikososyal tanılama	Sosyal ilişkileri ve destek sistemleri Korkuları (ölüm, acı çekme v.s.) Başa çıkma davranışları Ekonomik durumu Entelektüel uygulamaları (Problem çözümü, eğitim düzeyi) İletişim becerileri Kanser tanısı almanın birey için taşıdığı anlam
7- Bakım verenlerin tanılanması	Aile üyelerinin sağlık durumu, Ailenin fiziksel ve duygusal bakım verme becerileri Ailenin hastalığa ilişkin ve programa ilişkin bilgisi Hastanın ve ailenin hastalık süreci ile baş etme durumları Evdeki bireyler ve evlilik sorunları Ev içi rollerde ve yaşam şeklinde değişiklikler Destek kaynakları Yaşamın amacı ve anlamı, ölüm hakkındaki endişeleri
8- Çevre	Hijyen yönünden değerlendirme Bakımı engelleyecek kısıtlılıklar (telefonun olmaması v.s.)
9- Mali durum	Sağlık sigortası, ödeme gücü, mali destek alacağı kaynaklar

2.5.2. Tanı Koyma

Veriler toplandıktan sonra onkoloji hemşiresi bu verileri değerlendirerek hastanın gereksinimlerini belirler ve hemşirelik tanısını koyar (43, 92). Hasta gereksinimlerinin değerlendirilmesi deneyimli hemşireler tarafından yapılmalıdır. Çünkü, hastalığının evresi ve kanserin türü, hasta durumunun kompleks olması plan üzerinde etkili olmaktadır. Kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin değerlendirildiği çalışmalarda hastaların büyük çoğunluğunun tanıları ve tedavileri hakkında mevcut tüm bilgileri öğrenmek istedikleri belirlenmiştir (27, 72).

Yapılan araştırmalarda kanser hastalarının hastanede yattıkları süre içinde en sık ifade ettikleri bilgi gereksinimleri aşağıda belirtilmiştir;

Tanıyla ilgili gelecekteki durumu (27, 32, 39, 95).

Hastalığın ciddiyeti ve yaygınlığı (29, 30, 52).

Tedavinin etki ve yan etkisi (29, 30, 96) prognoz (29, 48, 72,97), komplikasyon belirtileri (37, 39, 40, 98).

Kanser tanısının ve aldığı tedavinin günlük yaşam aktivitelerine etkisi (27, 31, 45, 66).

Hastalık ve tedavinin psikolojik etkileri (46, 57, 50).
Hastalığın ve tedavinin sosyal hayatına olan etkileri (42, 50, 99).
Hastalığın ve tedavinin çalışma hayatına olan etkileri (5, 30).
Hastalık ve tedavinin cinsel hayatına olan etkileri (26, 47)
Hastalık ve tedavinin beslenmeye etkileri (5, 33)
Kanserin diğer aile üyelerine olan etkileri (38, 48, 50, 55).
Ekip ile daha iyi bir iletişim (7, 27).
Hastalık ve tedavinin ekonomik boyutu (27).
Eve gitmeden önce yazılı bilgi (72, 100, 101, 102, 103)
Klinik randevusunun nerede ve ne zaman olduğunu (5,104)
Taburcu olduktan sonra tıbbi yardım için kimi arayacağı (5, 8, 22)

Kanser hastalarının yukarıda belirtilen gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının sağlık personeli tarafından bilgi gereksinimi karşılanmadan taburcu oldukları saptanmıştır (57, 62). Mccaughan ve Thompson (2000) kemoterapi alan kanserli hastaların bilgi gereksinimlerini incelediği çalışmasında, hastaların çoğunun tedavi ile ilgili bilgi almak istediklerini ancak yaklaşık yarısının bu bilgiyi yeterince almadıklarını söylemiştir. Kemoterapi ve/veya radyoterapi alan hastaların kemoterapi, hastalığın prognozu ve tanı ile ilgili bilgi gereksinimi olduğu ancak bilgi gereksinimlerinin karşılanmadığı saptanmıştır (28, 31, 32, 67).

Kanser hastaların gereksinimlerinin karşılanmasının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %59'unun en az bir karşılanmamış psikolojik, sosyal ve ekonomik gereksinimi olduğu, en sık psikolojik problemlerle (%25) başa çıkmada zorlandıkları bulunmuştur (105). Yi Wen ve Gustafson (2004) tarafından yapılan bir çalışmayla kanser hastalarının gereksinimleri ile ilgili araştırma sonuçları incelenmiş olup, çalışmada hastaların gereksinimlerinin karşılanmadığı ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu bulunmuştur (58).

Odling ve arkadaşları (2002)'nin meme kanseri hasta ve yakınlarına bakım veren 31 hemşireyle yaptıkları görüşmelerde hasta ve hasta yakınlarının eğitim gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığı ve hemşirelerin bilgi yetersizliği olduğu saptanmıştır (63). Cox (2006) tarafından yapılan çalışmada meme, kolorektal, jinekolojik kanserli hastaların %63'ü tedavilerinin vücut görünüşünü ya da cinsel fonksiyonlarını nasıl etkileyeceği hakkında bilgi

almadığını belirtmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda kanser hastalarına bakım verenlerinin bilgi gereksiniminin karşılanmadığı belirtilmektedir (48, 61, 64).

Kanser hastalarında en çok saptanan hemşirelik tanıları Şekil-3'te gösterilmiştir (92).

Şekil 3. Kanser hastalarında en çok saptanan hemşirelik tanıları

Kemik iliği baskılanması ve immünoşüpresyon nedeniyle **enfeksiyon riski**
Kanser hücresinin kemik periostuna infiltrasyonuna bağlı **ağrı**
Kanserin akciğer dokusuna yayılımı nedeniyle **solunum sıkıntısı**
Kemoterapinin GIS'e etkisi nedeniyle **oral-mukoz membranlarda değişiklik**
Metabolik enerji üretiminde azalma, hücre yıkımında artma ve kemik iliği baskılanması nedeniyle **yorgunluk**
Anemi nedeniyle **aktivite intoleransı**
Fiziksel görünümü nedeniyle **beden imajında bozukluk riski**
Durumu kontrol edememeye bağlı **güçsüzlük riski**
Kronik bir hastalığa sahip olma nedeniyle **sosyal izolasyon**

2.5.3. Planlama

Onkoloji hemşiresi kanser hastasına taburculuk eğitimi yaparken belirlenen problemlere yönelik tanıları gruplandırılır ve beklenen sonuçları belirler. Oluşturulan plan uygulama sırasında nelerin, nasıl ve ne zaman yapılacağını, değerlendirmenin nasıl olacağını, ailenin sürece nasıl katılacağını, hastaya verilecek eğitimin içeriğinin nasıl değerlendirileceğinin, eğitimde hangi yöntemlerin kullanılacağını belirlenmesini ve taburculuk sonrasında hasta ve ailesinin ihtiyaç duyacağı gerekli hizmetlere/kaynaklara ulaşımının nasıl sağlanacağını kapsar (1). Taburculuk eğitimi sırasında hasta ve aile, eğitimin bir parçası olmalıdır (8, 86). Hastalar ve ailelerin karar alma sürecine katılımları arttıkça memnuniyetlerinin de aynı oranda arttığı görülmüştür (85).

Hemşire bazı hasta gruplarının taburculuk eğitimini yaparken daha dikkatli olmalıdır. Çünkü bu hastalar özel durumları nedeni ile taburculuk sırasında ve sonrasında sorunlar yaşayabilirler (86, 88).

Taburculuk eğitimi sırasında özel durumlar ;

Yalnız yaşamak

Güçsüz ve yaşlı olmak (genellikle 75 ve üstü),

Kompleks ve iyi tedavi edilmemiş sağlık problemlerine sahip olmak

Yetersiz bakıcı desteğinin olması

Bakıcının bir kişinin daha sorumluluğunu almış olması

Hastanın taburculuk planlanmasına katkıda bulunmak istememesi

Aile içi uyumsuzluk olması

Hastanın pek çok tedavi alması durumu

Kronik ağrı ve yorgunluklar

Mobilite azalması ve yetersizlikler

Sağlık sigortası olmayışı

2.5.4. Uygulama

Uygulama aşaması, taburculuk eğitiminde belirlenen hedeflere ulaşmak için hemşirelik girişimlerinin uygulandığı aşamadır. Onkoloji hemşiresi taburculuk eğitimini hastada beklenen sonuçları dikkate alarak uygulamalı ve sistematik olarak değerlendirmelidir (38). Onkoloji hemşiresinin uygulamaları bilimsel olmalı ve uygulamalarının yasal yanlarını bilgisi ile göstermelidir (38). Bunun için onkoloji literatürü devamlı gözden geçirilmelidir. Hastalara verilen eğitimdeki amaç bireylerin bilgi düzeylerini arttırarak hastalığa uyumlarına yardımcı olmak ve hastalıkları üzerindeki kontrolü sağlamaktır (40, 94). Kanser hastalarına verilen eğitimle ilgili yapılan çalışmalarda; tanıya uyumu arttırma, beklentilerin gerçekçi olmasını sağlama, semptomları azaltma (anksiyete, depresyon, bulantı v.s.), hastanede kalış süresini kısaltma, tekrarlı yatışları azaltma, hasta memnuniyetini arttırma ve olumlu davranış değişikliği geliştirme amaçlanmıştır (29, 40, 104, 106). Eğitim vermek hastaların ve ailelerin kendi bakımlarını yönetebilmeleri, tedaviye aktif katılım göstermeleri ve huzurlu bir ölüm süreci yaşayabilmelerine yardımcı olur (104).

2.5.5. Değerlendirilme

Onkoloji hemşiresi taburculuk sonrası yapılacak ev ziyaretleri, hastanın polikliniğe gelmesi ya da telefon görüşmeleri ile taburculuk eğitimini değerlendirebilir. Hemşirelik girişimleriyle çözümlenebilecek sorunlarda hemşire önerilerde bulunabilir. Sorunun ciddiyeti olduğuna karar verdiğinde ise, hastayı hastaneye çağırarak, uygun bakımı almasını sağlar (6).

Taburculuk eğitimi uygulamalarına ait tüm aktivitelerin belgelenmesi gerekmektedir (106). Kayıtlar bakımın sürekliliği ve değerlendirilmesi açısından önem taşır (5, 6, 7, 8). Tutulan kayıtlarda hasta ve ailenin eğitim gereksinimlerinin yanı sıra, hasta ve bakım verenin öğrenme hedeflerine yönelik eğitim sürecini uygulayabilme becerisi yer almalıdır. Hasta taburcu olurken hazırlanan taburcu planı hastaya mutlaka verilmelidir (3, 4, 5, 6, 9). Kayıtlar ekip arasındaki iletişimi de kolaylaştırmaktadır (11).

2.6. TABURCULUK EĞİTİMİNİN ÜLKEMİZDEKİ DURUMU

Ülkemizde taburculuk eğitimi hala planlı ve yasal olarak yapılmamaktadır. 25.04.2007 tarihli 564 sayılı yeni hemşirelik yasasında hemşirenin taburculuk sürecindeki görev tanımları henüz yer almamıştır. Taburculuk eğitimi ile ilgili Sağlık Bakanlığı, Türk Hemşireler Derneği ya da hastanelerin yayınladığı protokoller henüz bulunmamaktadır.

Ülkemizde taburculuk hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesini etkileyen çeşitli faktörler yer almaktadır. Birinci basamaktaki aksaklıklar ve özellikle sevk sisteminin işlememesinden dolayı kronik hastalıkların evde bakımlarının halk sağlığı hemşiresi tarafından yürütülmesi etkin olarak yapılamamıştır. Birinci basamak sağlık kurumları hastanelere başvuruları ve taburculuk sonrası hasta bakım hizmetlerini kontrol edememektedir. Ayrıca, hastanelerde gerek hastaların ve ailelerinin hastane sonrası yaşamlarında, tedavi ve bakımları sırasında karşılaştıkları sorunların çözümünde yol gösterebilecek, gerekse mevcut yatak kapasitesinden daha fazla kişinin yararlanmasını sağlayacak sistemli bir taburculuk eğitiminin yapılmadığı gözlenmektedir. Bu doğrultuda birinci basamak ve ikinci basamağın işbirliği olanaklarından yoksun olduğu görülmektedir. Ülkemizde taburculuk eğitimi ve evde bakım hizmetlerinin olmamasının sonuçları ise hasta

ve ailesine yansımaktadır. Hastalar, evdeki tedavi ve bakımları sırasında kendi kendilerine çözümleyemedikleri sorunlarla karşılaştıkça, her seferinde tekrar hastaneye başvurma gereksinimi duymakta, birinci basamakta ya/ ya da ev ortamında çözümlenebilecek bu başvuruların bir kısmı da tekrar hastaneye yatırılmaktadır. Bir diğer sonuç ise hastaların hastanede kalış sürelerinin uzamasıdır. Bu durum hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olabilmekte, uzun süreli hastane bakımı aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirmektedir (77).

3.ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ

3.1.Araştırmanın Türü:

Araştırma, kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Muzaffer M. Kayhan Onkoloji Hastanesinde erişkin hematoloji ve onkoloji kliniklerinde yapılmıştır. Onkoloji kliniği 13 yatak kapasitesine, hematoloji kliniği ise sekiz yatak kapasitesine sahip olup toplam 16 hemşire ile hizmet sunmaktadır. Hemşireler 08:00-20:00 ve 20:00-08:00 vardiyaları şeklinde çalışmaktadır. Kliniklerdeki hasta odaları bir ya da iki kişiliktir. Kliniklere daha çok kolon kanseri, multiple myeloma ve lösemili hastalar yatmaktadır. İlk kez kemoterapi alacak olan hastalara hemşirelik müdürlüğü tarafından hazırlanan kemoterapinin etki ve yan etkilerine yönelik olarak kemoterapi eğitim kitapçığı verilmektedir. Kurum bünyesinde hemşirelik müdürlüğü tarafından geliştirilen taburculuk eğitimi yönergesi bulunmaktadır (Ek-1). Ancak araştırmanın yürütüldüğü kliniklerde planlı bir eğitim yapılmamaktadır

3.3. Araştırmanın Süresi

Araştırma 2006 Haziran - 2007 Aralık tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Muzaffer M. Kayhan Hastanesi'nde Temmuz–Kasım 2007 tarihleri arasında taburcu olan hastalar oluşturmuştur. 2006 yılında bir ayda ortalama 100 hasta erişkin hematoloji ve onkoloji kliniklerinden taburcu edilmiştir.

Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden onsekiz yaş üstü, kanser tanısını en az üç ay önce almış, tanısını bilen, kemoterapi tedavisinin ilk kürünü almış, serviste en az beş gün yatan, algılama problemi olmayan, okuma yazma bilen, terminal dönemde olmayan, Türkçe iletişim kurulabilen hastalar alınmıştır. Temmuz-Kasım 2007 tarihleri arasında DEÜTF Muzaffer M. Kayhan Hastanesi'nden taburcu olan ve örneklem kriterlerine uygun olan 169 hasta örnekleme oluşturmuştur.

Tablo 1: Kanser Hastalarının Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı (n=169)

Kişisel özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş $\bar{X} = 40-49 \pm 1.15$		
20'den az	6	3.6
20-39	35	20.7
40 ve üstü	128	75.7
Cinsiyet		
Erkek	92	54.4
Kadın	77	45.6
Eğitim Durumu		
İlkokul	79	46.7
Orta-lise	68	40.3
Yüksekokul	22	13.0
Medeni Durumu		
Evlü	146	86.4
Bekar	23	13.6
Meslek Durumu		
Memur	20	11.8
İşçi	18	10.7
Emekli	38	22.5
Ev hanımı	56	33.1
Serbest Meslek	21	12.4
Diğer	16	9.5
Çalışma Durumu		
Tam gün	23	13.6
Yarım gün	11	6.5
Vardiya	3	1.8
Çalışmıyor	132	78.1
Sosyal Güvencesi		
Emekli Sandığı	38	22.5
SSK	87	51.5
Bağkur	24	14.2
Diğer(ücretli,özel)	20	11.8
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	95	56.2
Gelir gidere eşit	58	34.3
Gelir giderden fazla	16	9.5
Toplam	169	100

Hastaların kişisel özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması $\bar{X} = 40-49 \pm 1.15$ olup, % 75.7 ‘sinin 40 yaş ve üstünde yer aldığı belirlenmiştir. Hastaların % 54.4’ü erkek, % 46.7’si ilkokul mezunu, % 86.4’ü evli ve %33.1’i ev hanımıdır. Sosyal güvencesine bakıldığında ise % 51.5’inin SSK’lı, %56.2’sinin gelirinin giderden daha az olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n=169)

Hastalık ile ilgili özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı		
Sindirim ve Endokrin Sistem Kanseri	36	21.3
Akciğer Kanseri	10	5.9
Genitoüriner Sistem Kanseri	10	5.9
Meme Kanseri	7	4.1
Lösemi	31	18.3
Multiple Myeloma	52	30.8
Lenfoma	13	7.7
Diğer(baş boyun, kemik)	10	6.0
Hastalık süresi $\bar{X} = 9-14 \pm 1.73$		
3-8 ay	76	45.0
9-14 ay	37	21.9
15-20 ay	17	10.1
21-26 ay	12	7.0
27 ay ve üstü	27	16.0
Daha önce hastaneye yatma durumu		
Evet	156	92.3
Hayır	13	7.7
Yatış süresi $\bar{X} = 10-15 \pm 0.86$		
5-9 gün	67	39.6
10-15 gün	42	24.9
16 gün ve üstü	60	35.5
Tedavi		
KT	95	56.2
RT	6	3.6
KT+RT	24	14.2
Diğer	44	26.0
Evde bakımda yardımcı olacak kişinin varlığı		
Var	97	57.4
Arasıra-bazen	63	37.3
Yok	9	5.3
Toplam	169	100

Tablo 2’de hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların % 30.8’ inin multiple myeloma tanısı ile klinikte yattığı ve ortalama hastalık süresinin $\bar{X} \pm 9-14$ ay arasında olduğu saptanmıştır. Hastaların klinikte yatış süresi ortalama $\bar{X} = 10-15 \pm 0.86$ gün arasındadır ve % 92.3’ü daha önce hastaneye yatmıştır. Hastaların % 56.2’sinin kemoterapi aldığı, % 57.4’ ünün ise evde bakımında yardımcı olacak bir bakım vereninin olduğu bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Hastaların taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinden aldıkları puan,

Bağımsız Değişken: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, tanı, hastalık süresi, daha önce hastaneye yatma durumu, yatış süresi, tedavi, evde bakımında yardımcı olacak kişinin varlığı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada iki veri toplama aracı kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında hastaların kişisel ve hastalık ile ilgili bilgileri toplamak için “Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu”, taburculuk eğitimini değerlendirmesi için “Hastaların Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimini Değerlendirme Anketi” kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

Sosyo-demografik özellikler soru formunda hastaların kişisel ve hastalık özelliklerine ait verilerin toplanması amaçlanmıştır. Formda hastaların kişisel özelliklerine yönelik olarak; hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu hastalık özelliklerine yönelik olarak tanısı, hastalık süresi, daha önce hastaneye yatma durumu, yatış süresi, tedavisi ve evde bakımda yardımcı olacak kişinin varlığına yönelik toplam 14 soru yer almaktadır (Ek-2).

3.6.2. Hastaların Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimini Değerlendirme Anketi

Anket formu araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiş olup toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Anketin değerlendirilmesinde, hemşirelerden planlı taburculuk eğitimi alan hastaların sorulara evet (2 puan), planlı olmadan informal eğitim alan hastaların kısmen (1 puan) ve hiç eğitim almayan hastaların ise hayır (0 puan) şeklinde yanıt vermeleri istenmiştir. Verilen yanıtlar doğrultusunda her soru puanlanmıştır. Hastaların anketten alabilecekleri maksimum puan 36, minimum puan ise 0'dır (Ek-3). Anketten aldıkları puanın yüksek olması hastaların taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin olumlu olduğunu göstermektedir.

Anket formu, hemşirelik alanında uzman, “taburculuk ve kanser hastasının taburculuğu” konusu ile ilgilenen, 11 öğretim elemanı tarafından içerik geçerliliği yönünden değerlendirilmiştir. Uzmanlardan her maddeye 1 (Hiç uygun değil) ile 4 (en uygun) arasında puan vermeleri istenmiş ve uzman görüşlerinin analizleri yapılmıştır (Tablo 3). Uzmanların önerileri doğrultusunda anketin maddeleri tekrar gözden geçirilip gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Tablo 3 :Kendall Testi Sonucuna Göre Uzman Görüşlerinin Değerlendirmesi (n=11)

Taburculuk Eğitimi Değerlendirme Anketi Madde No	Verilerin En Düşük En Yüksek Puan (1-4)	Maddelerin Uygunluk Puan Ortalaması
Madde 1	1-4	3.00
Madde 2	1-4	3.36
Madde 3	1-4	3.00
Madde 4	1-4	3.18
Madde 5	1-4	3.54
Madde 6	1-4	3.27
Madde 7	1-4	3.18
Madde 8	1-4	2.90
Madde 9	1-4	3.18
Madde 10	1-4	3.18
Madde 11	1-4	3.72
Madde 12	3-4	3.81
Madde 13	1-4	3.00
Madde 14	2-4	3.63
Madde 15	3-4	3.81
Madde 16	2-4	3.54
Madde 17	1-4	3.63
Madde 18	1-4	3.63
Madde 19	1-4	3.72

Uzmanların “Hastaların Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitimi Değerlendirme Anketi”nin maddelerine verdikleri puanların analizi Tablo 3’te gösterilmiştir. En düşük puan ortalamasına sahip olan madde 2.90 madde ortalaması ile 8. maddedir. Puan ortalamalarının yanısıra uzmanların maddelerin ifadeleri ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiştir. Yapılan Kendal Uyuşum Katsayısı analizi $W=0.249$ ($p=0.000$) olarak belirlenmiş ve uzmanlar arasında istatistiksel düzeyde görüş birliği olduğu saptanmıştır ($p>0,05$).

Uzman görüşleri alınarak gerekli düzeltmeler yapılan anket formunun çalışmanın yürütüldüğü kliniklerde 11 hasta üzerinde ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama yapılan anket formuna etki kurul önerileriyle son hali verilmiştir. Ön uygulama kapsamına alınan hastalar örneklem kapsamına alınmamıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği ve Onkoloji Anabilim Dalı başkanlığından resmi izin alınarak Temmuz - Kasım 2007 tarihleri arasında toplanmıştır (Ek-4). Veriler hastalara gerekli açıklamalar yapılarak taburcu olmadan 24-48 saat öncesinde ve 10:00-18:00 saatleri arasında toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilecek veriler, bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programında değerlendirilmiştir.

Hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalık özelliklerinin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı,

Hastaların, taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı,

Hastaların, taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinden alınacak puan ile, bağımsız değişkenler arasındaki farklılığı saptamak amacıyla istatistiksel analizde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

3.9. Araştırma Etiği:

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu (Ek-5) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden izin alınmıştır. Örneklem özelliklerine uyan hastalardan araştırmacı tarafından, taburcu olmadan en az 24-48 saat önce gerekli açıklamalar yapılarak sözlü ve yazılı onay alınmıştır (Ek-6).

4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmeleri ve bağımsız değişkenlerle arasındaki farklılığa ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4. Hastaların Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmeleri (n=169)

Hastaların Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmeleri	Evet		Kısmen		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1. Hemşireler hastalığınızla ilgili olarak size evde karşılaşabileceğiniz problemler hakkında bilgi verdiler mi	7	4.2	9	5.3	153	90.5
2. Hemşireler hastalığınızla ilgili olarak ailenize evde karşılaşabileceğiniz problemler hakkında bilgi verdiler mi	4	2.4	7	4.1	158	93.5
3. Hemşireler tedavinize bağlı olarak evde ortaya çıkabilecek yan etkilerin neler olabileceği konusunda size bilgi verdiler mi	9	5.4	20	11.8	140	82.8
4. Hemşireler taburcu olduğunuzda evde nasıl besleneceğiniz konusunda size bilgi verdiler mi	4	2.4	13	7.7	152	89.9
5. Hemşireler taburcu olduktan sonra tedavinizin nasıl devam edeceği konusunda size bilgi verdiler mi	2	1.2	11	6.5	156	92.3
6. Hemşireler kullandığınız ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verdiler mi	13	7.7	31	18.3	125	74.0
7. Hemşireler, günlük yaşam aktivitelerinizi yaparken karşılaşabileceğiniz güçlüklerle nasıl baş edebileceğiniz konusunda gerekli bilgileri verdiler mi	3	1.7	4	2.4	162	95.9
8. Hemşireler gereksinim duyduğunuzda iletişim kurabileceğiniz telefon numarası/ numaralar verdiler mi	10	5.9	-	-	159	94.1
9. Hemşireler evde bakımınızı üstlenecek aile üyesi / üyelerini taburculuk için hazırladılar mı	0	0	2	1.2	167	98.8
10. Hemşireler evde karşılaşabileceğiniz sorunlar hakkında yazılı bilgi verdiler mi	5	3.0	1	0.6	163	96.4
11. Hemşireler, taburcu olurken size veya yakınınıza yapacağınız taburculuk işlemleri hakkında bilgi verdiler mi	3	1.8	6	3.6	160	94.6
12. Hemşireler hastalığınızın sosyal yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi	2	1.2	4	2.4	163	96.4
13. Hemşireler tedavilerinizin sosyal yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi	1	0.6	3	1.8	165	97.6
14. Hemşireler hastalığınızın cinsel yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi	2	1.2	0	0	167	98.8
15. Hemşireler tedavilerinizin cinsel yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi	1	0.6	1	0.6	167	98.8
16. Hemşireler hastalığınızın iş yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi	1	0.6	2	1.2	166	98.2
17. Hemşireler tedavilerinizin iş yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi	1	0.6	2	1.2	166	98.2
18. Hemşireler, doktora başvurmanız gereken acil durumlar hakkında bilgi verdiler mi	7	4.1	13	7.7	149	88.2

Hastaların taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmeleri Tablo 4'te verilmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu (% 90.5) “hemşireler hastalığınızla ilgili olarak size evde karşılaşılabileceğiniz problemler hakkında bilgi verdiler mi” sorusuna hayır yanıtını vermişlerdir.

Hastaların %56.2'si kemoterapi tedavisi almaktadır. Ancak hastaların büyük çoğunluğu tedaviye bağlı evde ortaya çıkabilecek yan etkiler (% 82.8), tedavinin nasıl devam edeceği (% 92.3) ve ilaçların yan etkileri (% 74.0) konularında hemşirelerden bilgi almadıklarını belirtmişlerdir.

Hemşireler hastalığınızın (%96.4) ve tedavinizin (%97.6) sosyal yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi sorusuna hastaların büyük bir kısmı hayır yanıtını vermiştir. Hastaların sadece %1.2 si hastalığın, % 0.6 sı ise tedavinin sosyal, iş ve cinsel yaşamlarına olan etkilerine yönelik hemşirelerin bilgi verdiğini belirtmiştir. Hemşireler günlük yaşam aktivitelerinizi yaparken karşılaşılabileceğiniz güçlüklerle nasıl baş edebileceğiniz konusunda gerekli bilgileri verdiler mi sorusuna hastaların büyük bir kısmı (% 95.99) hayır yanıtını vermiştir.

Hastaların %98.8'i hastalık ve tedavinin cinsel yaşantısına olan etkilerine yönelik eğitim almadan taburcu edildiğini belirtmiştir. Hastaların %98.2'si hastalık ve tedavinin iş yaşantısına olan etkilerine yönelik eğitim almadan taburcu edildiğini belirtmiştir.

Hemşireler hastalığınızla ilgili olarak ailenize evde karşılaşılabileceğiniz problemler hakkında bilgi verdiler mi” sorusuna hastaların %93.5'i hayır; “evde bakımınızı üstlenecek aile üyesi / üyelerini taburculuk için hazırladılar mı” sorusuna ise hastaların % 98.8'nin hayır yanıtını vermiştir. Hastaların hemen hepsi (%96.4) hemşirelerin evde karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında yazılı bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hastalar hemşirelerin en çok kullandıkları ilaçların yan etkileri (% 7.7), gereksinim duyduğunda iletişim kurabileceği telefon numarası (% 5.9) ve tedavisine bağlı evde ortaya çıkabilecek yan etkiler (% 5.4) konularında bilgi verdiğini belirtmişlerdir.

Tablo 5.Hastaların Taburculuk Eğitimini Değerlendirme Anketinden Aldıkları Puan Dağılımları

Taburculuk Anketinden Alınan Puan	Sayı (n)	min	max	\bar{x}	SS
	169	0	36	1.65	3.30

Araştırma kapsamına alınan hastaların taburculuk anketinden aldıkları puan ortalaması görülmektedir (Tablo 5). Anketten alınan maximum puan 36 olmasına rağmen araştırma kapsamında yer alan 169 hasta 0-26 puan arasında dağılım göstermekte olup ortalama 1.65 puan almıştır. Çalışmada sadece bir hastanın 26 puan aldığı, % 59' unun ise (100 kişi) 0 puan olarak taburculuğu sırasında hemşirelerden hiç bilgi almadıkları saptanmıştır.

Tablo 6.Hastaların Kişisel Özelliklerine Göre Taburculuk Anketi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kişisel özellikler	Taburculuk Anketi Puan Ortalaması			
	Sayı(n)	\bar{X}	SS	Anlamlılık
Yaş				
20'den az	6	2.0	3.09	F= 0.507* p= 0.731
20-39	35	4.53	9.22	
40 ve üstü	128	2.94	5.88	
Cinsiyet				
Erkek	92	1.36	2.64	t=1.21** p= 0.22
Kadın	77	1.98	3.94	
Eğitim Durumu				
İlkokul	79	1.32	2.37	F=0.818* p=0.443
Orta-lise	68	1.83	4.01	
Yüksekokul	22	2.22	3.72	
Medeni Durumu				
Evli	146	1.47	2.76	t= -1.71** p=0.089
Bekar	23	2.73	5.61	
Meslek Durumu				
Memur	20	2.20	3.99	F=0.594* p= 0.734
İşçi		0.94	1.43	
Emekli		1.73	2.98	
Ev hanımı		2.03	4.13	
Serbest Meslek		1.19	2.71	
Diğer (İşsiz)		1.75	3.54	
Çalışma Durumu				
Tam gün	23	2.21	3.61	F= 0.36* p= 0.77
Yarım gün	11	1.27	3.00	
Vardiya	3	0.66	1.15	
Çalışmıyor	132	1.60	3.31	
Sosyal Güvencesi				
Emekli Sandığı	38	2.34	3.94	F=1.69* p= 0.154
SSK	87	1.88	3.60	
Bağkur	24	0.67	1.49	
Diğer(Ücretli, özel)	20	1.0	1.96	
Gelir Durumu				
Gelir giderden az	95	1.60	3.56	F=0.27* p= 0.97
Gelir gidere eşit	58	1.70	3.20	
Gelir giderden fazla	16	1.65	3.30	

* = Tek yönlü varyans analizi ; **= t testi

Hastaların yaşı, eğitim durumu, meslek durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumuna göre taburculuk eğitimi puan ortalamalarının karşılaştırılması tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiş olup taburculuk eğitimi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (p>0.05).

Hastaların cinsiyeti ve medeni durumuna göre taburculuk eğitimi puan ortalamalarının karşılaştırılması t testi ile yapılmış ve kanser hastalarının cinsiyet ve medeni durumlarına göre taburculuk eğitimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 6).

Tablo 7. Kanser Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Taburculuk Anketi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalık ile ilgili özellikler	Taburculuk Anketi Puan Ortalaması			
	Sayı (n)	\bar{X}	SS	Anlamlılık
Tanı				
Sindirim ve Endokrin Sistem Kanseri	36	1.08	1.69	F= 1.54* p=0.135
Akciğer Kanseri	10	1.40	1.57	
Genitouriner Sistem Kanseri	10	0.20	0.63	
Meme Kanseri	7	0.28	0.48	
Lösemi	31	1.20	2.30	
Multiple Myeloma	52	2.84	4.96	
Lenfoma	13	1.53	1.94	
Diğer (baş-boyun, kemik)	10	5.31	9.65	
Hastalık süresi				
3-8 ay	76	1.63	3.55	F=0.317* p=0.932
9-14 ay	37	1.86	3.67	
15-20 ay	17	1.52	2.07	
21-26 ay	12	1.25	1.28	
27-32 ay	6	0.33	0.81	
33 ay ve üstü	21	2.04	3.29	
Daha önce hastaneye yatma durumu				
Evet	156	1.73	3.41	t=1.09** p=0.27
Hayır	13	0.69	0.94	
Yatış süresi				
5-9 gün	67	1.56	3.09	F=2.03* p=0.134
10-15 gün	42	0.92	2.11	
16 gün ve üstü	60	2.25	4.06	
Tedavi				
KT	95	1.71	3.62	F=0.129* p=0.83
RT	6	1.66	2.06	
KT+RT	24	2.04	3.75	
Diğer	44	1.39	2.35	
Evde bakımda yardımcı olacak kişinin varlığı				
Var	97	2.03	4.01	F=1.50* p=0.22
Arasıra-bazen	63	1.14	1.95	
Yok	9	1.11	1.36	

* = Tek yönlü varyans analizi ; **= t testi

Hastanın tanısı, hastalık süresi, yatış süresi, tedavi, hastanede yatış süresi, evde bakımda yardımcı olacak kişinin varlığına göre taburculuk eğitimi değerlendirme anketi puan ortalamalarının karşılaştırılması tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiş olup taburculuk eğitimi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastanın daha önce hastaneye yatma durumu ile taburculuk eğitimi değerlendirme puan ortalaması arasındaki fark t testi ile değerlendirilmiş olup Tablo 7'de gösterilmiştir. Yapılan analizde hastaların daha önce hastaneye yatma durumu ile taburculuk eğitimi değerlendirme puan ortalaması arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

5. TARTISMA

5.1. Hastaların Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmeleri

Bu çalışmada hastaların büyük çoğunluğu (% 96.4) hemşirelerden hastalıkları ile ilgili olarak evde karşılaşılabilecekleri problemler hakkında bilgi almadıklarını belirtmiştir (Tablo 4). Suhonen ve arkadaşları (2005) hastaların sağlık personelinde aldıkları bilginin hastanın gereksinimlerini karşılamadığını saptamışlardır. Kuang ve David (2004) tarafından kanser hastaları ve ailelerinin gereksinimlerini değerlendiren çalışma sonuçları incelenmiş ve kanserli hasta ve ailelerin gereksinimlerinin karşılanmadığı, yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Tierney ve arkadaşları (1994)'nin yapmış olduğu çalışmada ise hastaların sadece % 35'inin yaşadıkları problemlere ilişkin sağlık personelinde bilgi aldığı belirlenmiştir.

Kanser hastalarının yaşadıkları sorunlara yönelik taburculuk eğitimi almalarının hem hasta hem de aile açısından önemi bilinmektedir. Ancak taburculuk eğitiminin önemini ve hastaların bilgi gereksinimlerinin bilinmesine rağmen (45, 107), yeterli bilgiyi almadan taburcu edildikleri belirtilmektedir (26, 29, 58, 62, 108). Bu çalışmada hastaların evde karşılaşılabilecekleri problemler hakkında bilgi almamaları hemşirenin taburculuk eğitimi ve önemi konusunda bilgilerinin olmaması, hemşire sayısının yetersiz, hasta sayısının fazla ve ekip çalışmasının olmamasından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada hastaların yaklaşık yarısı (%56.2) kemoterapi tedavisi almaktadır. Ancak hastaların büyük çoğunluğu tedaviye bağlı evde ortaya çıkabilecek yan etkiler (% 82.8), tedavinin nasıl devam edeceği (% 92.3) ve ilaçların yan etkileri (% 74.0) konularında hemşirelerden bilgi almadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Kanser tanısı aldıktan sonra hastalar radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi gibi çeşitli tedavi yöntemlerinin yan etkileri ile baş etmek durumunda kalmaktadır. Kanser hastaları ile ilgili yapılan çalışmalarda hastaların taburculukları sırasında tedavi seçenekleri, tedavinin erken ve geç yan etkileri (3, 30, 47, 48, 49) ve komplikasyonlar (37, 39, 95) konularında bilgi gereksinimleri olduğu saptanmıştır (67). Kemoterapi alan hastalarla yapılan çalışmada hastalar kemoterapi, hastalık ve prognozu ile ilgili bilgi gereksinimleri olduğunu ancak bilgi

gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığını belirtmişlerdir (28). Mccaughan ve Thompson(2000) kemoterapi alan kanserli hastaların bilgi gereksinimlerini incelediği çalışmada, hastaların çoğunun bilgi almak istediklerini ancak yaklaşık yarısı bu bilgiyi yeterince alamadıklarını saptamıştır. Kanser hastalarına tedaviye ilişkin bilgi verilmesinin tedaviye uyumlarını arttırdığı (109), tedavinin yan etkilerini (36, 110) ve hastanın stresini azalttığı saptanmıştır. Bu çalışmada tedavi ve tedaviye bağlı evde ortaya çıkabilecek yan etkiler konularında hastaların yeterince bilgi almamalarının nedeni hemşirelerin bu konudaki bilgi eksikliğinden ya da yeterli zamanları olmamalarından kaynaklanabilir.

Hemşireler hastalığının (%96.4) ve tedavinizin (%97.6) sosyal yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi sorusuna hastaların büyük bir kısmı hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4). Kanser hastalarının sosyal ve iş yaşamlarında hem tedaviye hem de hastalığın kendisine bağlı olarak bazı sorunlar görülmektedir (42, 45, 49, 99). Wong ve arkadaşları (2000) kanser hastalarının % 60' dan fazlasının sosyal gereksinimi olduğunu, duygusal durumu kötü olan erkek hastaların psikososyal gereksinimlerinin daha fazla olduğunu belirlemiştir. Lobb ve arkadaşları (2001) akciğer kanserli hastaların (% 79) duygusal destek gereksinimi olduğunu belirtmiştir. Hemşireler, günlük yaşam aktivitelerinizi yaparken karşılaşılabileceğiniz güçlüklerle nasıl baş edebileceğiniz konusunda gerekli bilgileri verdiler mi sorusuna hastaların büyük bir kısmı (% 95.99) hayır yanıtını vermişlerdir (Tablo 4). Ayrıca hastaların %98.2'si hastalık ve tedavinin iş yaşantısına olan etkilerine yönelik eğitim almadan taburcu edildiğini belirtmiştir (Tablo 4). Scherbriy (2002) hastaların ve bakım verenlerin iş yaşamına yönelik önemli güçlükler yaşadığını özellikle çalışma şekillerinin etkilendiğini belirtmiştir. hemşirelerin hastaların bakımında daha çok fiziksel duruma ağırlık verdikleri, kanserli hastaların iş ve sosyal yaşamdaki gereksinimlerinin önemini farkında olmadıkları ya da kanserli hastalarının iş ve sosyal yaşamdaki sorunlarına nasıl yaklaşacakları konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu düşünülebilir.

Hemşireler hastalık ve tedavinizin cinsel yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi sorusuna hastaların %98.8'i hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4). Yapılan çalışmalarda özellikle 65 yaş ve altı olan hastaların cinsellik ile ilgili bilgi gereksinimleri olduğu saptanmıştır (28, 37). Cox (2006) tarafından yapılan çalışmada meme, kolorektal, jinekolojik kanserli hastaların %63'ü tedavilerinin vücut görünüşünü ya da cinsel

fonksiyonlarını nasıl etkileyeceği hakkında bilgi almadığını belirtmiştir. Açıkgöz (2007) tarafından yapılan bir çalışmada kanser hastalarının %85'nin cinsellik ile ilgili sağlık personelinde bilgi almadıklarını, bilgi alan hastaların ise (%15) bu bilginin tamamını (%100.0) doktordan aldıkları saptanmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin cinsellik konusunda hastalarına yeterli bilgi vermemeleri cinselliğin kültürümüzde rahat konuşulan bir konu olmamasından kaynaklanabilir.

Kanser bir aile hastalığı olarak ele alınmaktadır. Çünkü sadece hastayı değil hasta yakınlarını da çok yakından etkilemektedir. Bu nedenle sadece hastaların değil yakınlarının da bilgi gereksinimlerinin olduğu ve bu gereksinimlerinin karşılanması gerektiği vurgulanmaktadır (52, 112). Hasta yakınlarının taburculuk için hazırlanması hem ailenin yükünü azaltmakta hem de hastanın daha iyi başetmesini sağlamaktadır. Kanserli yaşlı hastaların ailelerine yönelik girişimlerin hastaların hastaneye tekrar gelme sıklıklarını azalttığı, hasta ve bakım verenlerin duygusal sağlığını geliştirdiği saptanmıştır (70). Bu çalışmada “hemşireler hastalığınızla ilgili olarak ailenize evde karşılaşılabileceğiniz problemler hakkında bilgi verdiler mi” sorusuna hastaların %93.5'i hayır; “evde bakımınızı üstlenecek aile üyesi / üyelerini taburculuk için hazırladılar mı” sorusuna ise hastaların % 98.8'nin hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4). Hasta yakınlarının yeterli taburculuk eğitimi almamaları hemşirelerin bütüncül bakım anlayışını bilmediklerini ya da önemsemediklerini düşündürülebilir.

Kanserli hastanın aileleri eğitim gereksinimleri karşılanmadan taburcu edildiğinde önemli sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (48, 55, 58, 60). Ailelerin yaşadıkları sorunların değerlendirildiği çalışmalarda hastalarının günlük yaşam aktivitelerini karşılarken ve bakım verirken yardıma gereksinim duydukları, hastalık ve tedavinin etkileriyle başetmede sorun yaşadıkları saptanmıştır (42, 50, 54, 60, 64) . Kanserli hastaların aileleri hastalık ve prognozu, tedavi seçenekleri ve yan etkileri, evde bakım gereksinimleri, hastalığın aileye olan psikolojik ve sosyal etkileri (42, 46, 49, 55) konularında eğitim gereksinimleri olduğu belirtilmektedir. Hasta ailelerinin sorunlarının ve bilgi gereksinimlerinin bilinmesine rağmen yapılan çalışmalarda bu çalışmadakine benzer sonuçlar elde edildiği ve aileye yeterli bilgi verilmediği görülmektedir.

Andreassen ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada özefagus kanseri tanısı alan hastaların ve yakınlarının tanı sonrası bilgi gereksinimlerinin olduğu ancak sağlık personeli tarafından yeterince karşılanmadığı saptanmıştır. Eriksson ve Lauri (2000)'nin kanserli hastaların ailelerinin bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hasta yakınları hemşire ve doktor tarafından verilen bilgilerin kendileri için çok önemli olduğunu ancak sağlık personelinden bu gereksinimlerini giderecek yeterli bilgiyi alamadıklarını belirtmişlerdir.

Kanserli hastaların ailelerinin gereksinimlerinin karşılandığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Driscoll (2000) tarafından yapılan çalışmada ailelerin çoğu (%70) hemşirelerden taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek sorunlara ilişkin bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Ailenin eğitim gereksinimleri karşılandığında ise taburculuk sonrası anksiyetenin azaldığı ve hasta memnuniyetinin arttığı, aynı zamanda taburculuk sonrası dönemde tıbbi problem yaşama sıklığında azalma olduğu saptanmıştır. Naylor ve arkadaşları (1994) tarafından hastalara kapsamlı bir taburculuk eğitimi verilmesi sonrası, bakım verene duyulan gereksinimin azaldığı bulunmuştur.

Bu çalışmada hastaların hemen hepsi (%96.4) hemşirelerin evde karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında yazılı bilgi vermediğini belirtmiştir (Tablo 4). Sağlık personeli tarafından bakımla beraber verilen yazılı bilginin hastanın problemleri ile başatmesine yardımcı olduğu ve hasta memnuniyetini yükselttiği belirtilmektedir (5, 8, 22, 70). Driscoll (2000) tarafından yapılan çalışmada hastalar ve bakım verenlerin sözlü ya/ ya da yazılı bilgi aldıklarında hastada komplikasyonlar (evde görülebilecek) ve tıbbi problemlerin sıklığında taburculuktan sonra azalma görülmüştür. Yazılı bilgi alan hastaların sadece % 19'unun taburculuktan sonra tıbbi problem yaşadığı yazılı bilgi almayan hastaların % 58'inin evde iyileşme dönemi boyunca tıbbi problem yaşadığı saptanmıştır. Kanserli hastaların ve hasta yakınlarının özellikle taburculuk sırasında evde karşılaşıacağı sorunlara yönelik yazılı bilgi gereksinimi olduğu belirtilmektedir (64, 98, 103). Yazılı materyallerin hazırlanmasında maliyetin etkili olduğu ancak kültürel ve hasta özelliklerine uygun bir şekilde hazırlanmasının çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (103). Kanserle ilgili yapılan çalışmaların sistematik olarak inceleniği bir çalışmada kanser hastaları bilgi kaynağı olarak sağlık personeli (%27,39), yazılı bilgi-broşürler (%26.2), medya (%13.5), kanser tanısını alan diğer hastalar (%18.8) ve

kanserle ilgili kuruluşlardan bilgi almak istemektedirler (29). Akciğer kanserli 100 hasta ile yapılan bir çalışmada hastalar yazılı bilgiye (%79) gereksinimi olduklarını belirtmişlerdir (101). Baş ve boyun kanserli hastaların bilgi gereksinimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada hastaların buyuk oranda yazılı bilgiye gereksinim duydukları ve yazılı bilgi istedikleri saptanmıştır. Çalışmada hasta bilgi broşurlerinin yetersiz kaldığı ve halkın anlaması için zor bir dille yazılmış oldukları belirtilmiştir (103). Kanser hastalarının bakım verenlerinin yazılı bilgi alma durumları incelendiğinde % 3' yazılı, % 47' sinin sözlü bilgi aldığı saptanmıştır (64). Göğüs kanseri tedavisi gören kadınların bakıcıları bilgi gereksinimlerinin karşılanmasında baktıkları kişileri ve yazılı bilgi kaynaklarının kendileri için önemli olduğunu belirtmişlerdir(102). Bu çalışmada hemşireler hastalara yazılı materyal verilmesinin bilgi gereksinimlerini karşılamadaki öneminin farkında olmayabilirler.

5.2. Hastaların Sosyodemografik zelliklerine göre Taburculuk Eğitimine İlişkin Değerlendirmeleri

Kanser hastalarının taburculuk sırasında sosyodemografik özelliklerine göre bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi ve taburculuk eğitiminin verilmesine yönelik yapılan çalışmalarda farklıl sonuçlar olduğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin yaşla birlikte artış gösterdiği, yaş arttıkça bilgi gereksinimlerinin arttığı (49, 99, 113) bazı çalışmalarda ise yaş arttıkça bilgi gereksiniminin azaldığı saptanmıştır (28, 45, 47, 95, 65).

Yaşın yanı sıra kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği de belirlenmiştir. Kadınların bilgi gereksinimlerinin erkelere göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmalarla birlikte (29, 39, 99, 114), kanser hastalarının cinsiyetinin eğitim gereksinimlerini belirlemede etkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (108, 45).

Kanser hastalarının bilgi gereksiniminin eğitim durumlarıyla birlikte artış gösterdiği eğitim durumu arttıkça bilgi gereksinimlerinin arttığı (28, 29, 49, 115) ya da eğitim durumunun bilgi gereksinimlerini karşılamada etkili olmadığı saptanmıştır (65, 108).

Kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin medeni duruma göre bakıldığında evli olan kanser hastalarının bilgi gereksiniminin daha çok olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra (58, 99), yalnız yaşayan ve boşanmış hastaların bilgi gereksiniminin daha fazla olduğunu gösteren çalışma sonucu da vardır (29). Galloway (1997) tarafından meme kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada ise bekarlar ile evliler arasında bilgi gereksinimi yönünden fark olmadığı tespit edilmiştir.

Kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin gelir durumuyla birlikte artış gösterdiği, gelir durumu daha iyi olan hastaların bilgi gereksinimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır (29, 51, 99). Gelir durumu düşük olan kanser hastalarının bilgi gereksinimleri karşılanmadan taburcu edildikleri bulunmuştur (57, 60).

Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin tanıya göre farklılık gösterdiği akciğer kanseri (28) ve meme kanseri olan hastaların gereksinimlerinin daha çok (99,116), kolorektal kanserli hastaların bilgi gereksinimlerinin ise daha az olduğu saptanmıştır (99).

Kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin hastalık süresi ile farklılık göstermediğini gösteren çalışmalar yer almaktadır (51, 97, 108). Sainio ve Lauri (2003) tarafından yapılan çalışmada ise kanser tanısını aldıktan 7-18 ay sonrasında hastaların bilgi gereksinimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Graydon ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan bir çalışmada ise hastalık süresinin bilgi gereksinimini etkilemediğini, tedavi süresi boyunca hastaların bilgi gereksinimlerinin genellikle yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalık süresi 12 ay ve üzerinde olan hastaların bilgi gereksinimlerinin karşılanmadığı belirtilmiştir (24). Icomonou ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada ise, hastalık süresi ile hastaların bilgi gereksiniminin arttığı bulunmuştur ($r=0.23$).

Kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin tedavi yöntemlerine göre bir farklılık göstermediği, tedavi süresince bilgi gereksinimlerinin genellikle yüksek olduğunu gösteren çalışmalarla birlikte (45, 65), radyoterapi alan hastaların, kemoterapi ve cerrahi tedavi alan gruplara göre bilgi gereksiniminin daha fazla olduğunu gösteren çalışma sonucu da bulunmaktadır (47).

Görüldüğü gibi yapılan çalışmalarda hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin taburculuk gereksinimlerine olan etkilerini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada ise hastaların yaşı, eğitim durumu, meslek durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumuna göre taburculuk eğitimi puan ortalamaları ile taburculuk eğitimi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo-7). Ayrıca hastanın tanısı, hastalık süresi, yatış süresi, tedavi, hastanede yatış süresi ile taburculuk eğitimi puan ortalaması arasında da istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo-7).

Çalışma sonuçlarımız; taburculuk aşamasında, hastaların büyük bir kısmının bilgi gereksinimlerinin karşılanmadığını, aldıkları eğitimin yeterli olmadığını göstermektedir. Bu bulgu taburculuk eğitiminde ekip işbirliğinin olmadığını ve hemşirenin etkin bir şekilde yer almadığını düşündürmektedir. Oysa hastanın bakımından sorumlu kişi olan hemşire taburculuk eğitiminde, hem ekip üyeleri hem de ekip ile hasta arasındaki koordinasyonu sağlayan en etkili kişidir. Hemşirenin, sağlık hizmetinin tedavi, koruyucu ve rehabilite edici alalarının her birinde önemli sorumluluklarından biri olan eğitim fonksiyonunu taburculuk aşamasında yeterince yerine getiremediği görülmektedir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirilmelerinin belirlenmesi amacıyla planlanan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

Hastaların büyük çoğunluğu (% 96.4) hemşirelerden hastalıkları ile ilgili olarak evde karşılaşılabilecekleri problemler hakkında bilgi almadıklarını belirtmiştir (Tablo 4).

Hastaların yaklaşık yarısı (%56.2) kemoterapi tedavisi almaktadır. Ancak hastaların büyük çoğunluğu tedaviye bağlı evde ortaya çıkabilecek yan etkiler (% 82.8), tedavinin nasıl devam edeceği (% 92.3) ve ilaçların yan etkileri (% 74.0) konularında hemşirelerden bilgi almadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Hemşireler hastalığınızın (%96.4) ve tedavinizin (%97.6) sosyal yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi sorusuna hastaların büyük bir kısmı hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4).

Hemşireler günlük yaşam aktivitelerinizi yaparken karşılaşılabileceğiniz güçlüklerle nasıl baş edebileceğiniz konusunda gerekli bilgileri verdiler mi sorusuna hastaların büyük bir kısmı (% 95.99) hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4).

Hastaların %98.8'i hastalık ve tedavinin cinsel yaşantısına olan etkilerine yönelik eğitim almadan taburcu edildiğini belirtmiştir (Tablo 4).

Hastaların %98.2'si hastalık ve tedavinin iş yaşantısına olan etkilerine yönelik eğitim almadan taburcu edildiğini belirtmiştir (Tablo 4).

Hemşireler hastalığınızla ilgili olarak ailenize evde karşılaşılabileceğiniz problemler hakkında bilgi verdiler mi" sorusuna hastaların %93.5'i hayır; "evde bakımınızı üstlenecek aile üyesi / üyelerini taburculuk için hazırladılar mı" sorusuna ise hastaların % 98.8'nin hayır yanıtını vermiştir (Tablo 4).

Hastaların hemen hepsi (%96.4) hemşirelerin evde karşılaşabilecekleri sorunlar hakkında yazılı bilgi vermediğini belirtmiştir (Tablo 4).

Hastaların taburculuk eğitimine yönelik olarak hemşireler tarafından yeterli eğitim almadığı (Tablo 4), taburculuk eğitimi puan ortalamasının $\bar{x}=1.65$ olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, meslek durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu ile taburculuk anketinden aldıkları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 6, $p>0.05$).

Hastaların tanısı, hastalık süresi, daha önce hastaneye yatma durumu, yatış süresi, tedavi, evde bakımda yardımcı olacak kişinin varlığı ile taburculuk anketinden aldıkları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 7, $p> 0.05$).

Öneriler;

Araştırma sonucunda hasta ve yakınlarına hemşireler tarafından yeterli taburculuk eğitimi verilmediği belirlenmiştir.

Bu sonuç doğrultusunda;

Hasta ve yakınlarına hemşireler tarafından taburculuk eğitimi verilmesi, bunun için onkoloji hem iresinin;

Hastanın yatı ndan ba layarak verileri toplaması,

Gereksinimleri doğrultusunda hastalık, prognozu, tedavi ve yan etkileri, hastalık ve tedavinin sosyal, iş ve cinsel yaşam üzerine etkileri konularını içeren taburculuk eğitimini hasta taburcu olmadan en az 24-48 saat içinde yapması,

Taburculuk için bilgi akı nı sa layan bir 'kayıt sistemi' olu turması,Hasta ve yakınlarına 'gurup eğitimi' yapması,

Evde bakım bilgilerini içeren yazılı dokümanın hazırlanıp hasta ve yakınlarına verilmesi,

Verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi ve,

Hasta ve yakınlarına hemşireler tarafından taburculuk eğitimi verilmeme nedenlerinin araştırılması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

- 1) Katz A. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of Advanced Nursing*, 2003; 42(3):297–303.
- 2) Kelleci M, Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005; 6:41-47.
- 3) Huges L, Hodgson N, Muller P, Rabitson L et al. Information needs of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *Journal of Nursing Scholarship*, 2000; 32(1): 25-30.
- 4) Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset, 2004; 79-81.
- 5) National Health Service (NHS), Protocol on patient discharge from hospital, 2004.
- 6) Ertem Ü, Ay F. Hasta kabulü ve taburculuk, (Ed: Ay F.). Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, Birinci baskı, İstanbul, Medikal yayıncılık, 2007, 133-135.
- 7) McKenna H, Keeney S, Glenn A, Gordon P. Discharge planning: An Exploratory Study. *Journal of Clinical Nursing*, 2000; 9: 594-601.
- 8) Department of Health (DoH) Discharge workbook: A manual of hospital discharge practice, London, 1994.
- 9) Report of the Council on Scientific Affairs (A-96) Evidence-based principles of discharge and discharge criteria. Chiacago, IL: American Medical Association (AMA);1996.Revised:2002;erişimtarihi:<http://www.amaassn.org/ama/pub/article/2036-2532.html>;accessed:october,2005.
- 10) Cleary M, Horsfall J, Hung G. Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 2003; 42(3); 269-277.
- 11) Pethybridge J. How team working influences discharge planning from hospital: A Study of Four Multi- Disciplinary Teams in an Acute Hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, 2004; 18(1): 29–41.
- 12) Alpar SE, Ergin Ü, Gülseven B. Hastanın hastaneden taburcu edilmesinde hemşirenin rolünün değerlendirilmesine ilişkin bir çalışma, IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı: 46, 1995, Ankara.
- 13) www.webstandarts.org, Discharge Planning Process Guideline, 2002.

- 14) Parkes J, Shepperd S. Discharge Planning from Hospital to Home (Cochrane Reviews) The Cochrane Library, Oxford, 2000:1-18.
- 15) Demiralp M. Hastaneye kabul ve taburculuk işlemlerinde hemşirenin rolü, Arpacioğlu O (Ed). Rehabilitasyon Hemşireliği, Ankara, Gata Basımevi, 1997.
- 16) Mahaney A, Doyle A, Couster C. Coordinating hospital discharge. Australian Nursing Journal, 2000 ;(8)1.
- 17) Dai TH, Chang Y. Hsieh YC, Tai YT. Effectiveness of Pilot Project of Discharge Planning Research in Taiwan. Nursing & Health, 2003; 26: 53-63.
- 18) Fricse C.R. Hospital nursing outcomes for surgical oncology patients, Presented to the Faculties of the University of Pennsylvania in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor in Philosophy, 2005;UMI no 3179732 .
- 19) Preen D, Bailey B, Wright A, Kendall P et al. Effects of multidisciplinary, post discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. International Journal for Quality in Health Care, 2005; 17:43–51.
- 20) Anthony D, Chetty VK, Kartha A, McKenna K et al. Re-engineering the hospital discharge: an example of a multifaceted process evaluation. Advances in Patient Safety, 2005; 2: 373 – 394.
- 21) Daly J M. Systematic evaluation of a nursing intervention: Discharge planning. Doctor of Philosophy Degree in Nursing in the Graduate Collage of the Universty of Iowa, 1992 U.M.I Number: 9235814.
- 22) Fadıloğlu Ç. Taburculuğun Planlanması, (Ed: Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Y). Kanser ve Palyatif Bakım, İzmir, Meta Basım, 2006, 345- 371.
- 23) Patricia J, Richards S, Larrabee J. Discharge planning process. Aplying a Model for Evidince Based Practise. Journal of Nursing Care Quality, 2004; 19(2): 123-129.
- 24) National Health Service (NHS), Nurse Led Discharge, 2005.
- 25) Naylor M, Brooten D, Jones R, Mournay L et al. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. Annuals of Internal Medicine, 1994; 120(12): 999-1006.
- 26) McCaughan E, Thompsan K. Information needs of cancer patients receiving chemotherapy at a day case unit in Northern Ireland. Journal of Clinical Nursing, 2000; (9): 851-858.

- 27) Tamburini M, Gangeni L, Brunelli C, Borrecni C et al. Cancer patients needs during hospitalization: a quantitative and qualitative study. *BioMed Central Cancer*, 2003; 3(12).
- 28) Iconomou G, Viha A, Koutras A, Vagenakis A. G et al. Information needs and awareness of diagnosis in patients with cancer receiving chemotherapy: A report from Greece. *Palliative Medicine*, 2002; (16): 315-321.
- 29) Rutten L, Anora N, Bakos A, Aziz N et al. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient education and Counselling*, 2005; (57): 250-261.
- 30) Mills ME, Kate S. The importance of information giving or patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 1999; (8): 631-642.
- 31) Mor V, Allen S M, Siegel K, Houts P. Determinants of need and unmet need among cancer patients residing at home. *Health Services Research*, 1992; 27(3): 337-360.
- 32) Guadagnoli E, Mor V. Daily living needs of cancer outpatients. *Journal of Community Health Nursing*, 1991; 16(1): 37-47.
- 33) Harteveld J, Mistiasen P, Dukkars D. Home visits by community nurses for cancer patients after discharge from hospital: an evaluation study of the continuity visit. *Cancer Nursing*, 1997; 20(2): 105-114.
- 34) Cristina C. Hendrix, Charlene Ray. Informal caregiver training on home care and cancer symptom management prior to hospital discharge: A feasibility study. *Oncology Nursing Forum*, 2006; (33) 4: 793-798.
- 35) Ashbury FD, Findlay H, Reynolds B, Mc Kerracher K. A Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? *Journal of Pain and Symptom Management*, 1998; (16)5: 298-306.
- 36) Weaver C, Schiech L, Heldwarmkessel J, Kedziera P et al. Risk for unplanned hospital readmission of patients with cancer: results of a retrospective medical record review. *Oncology Nursing Forum*, 2006; 33-3: 44-52.
- 37) Wallberg B, Michelson H, Nystedt M, Bolund C et al. Information needs and preferences for participation in treatment decisions among Swedish breast cancer patients. *Acta Oncologica*, 2000; 39(4): 467-476.

- 38) Rackoff B.E. Principles of oncology nursing, In: Holand D, Frei E, Basta R, Kufe D, et.al., editors. Cancer Medicine, third edition; 1993, 959-970.
- 39) Meredith C, Symonds P, Webster L et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. British Medical Journal, 1996; 313: 724-726.
- 40) Zuk S, Quinn L. Cancer education: using the evidence. Seminars in Oncology Nursing, 2002; 18 (1): 60-65.
- 41) Mamon J, Steinewachs D, Faheyn M, Bone L et al. Impact of hospital discharge planning on meeting needs after returning home. Health Services Research, 1992; 27(2): 155-175.
- 42) Davison J, Gleave M, Goldenberg SL, Degner L. Assesing information and decision preferences of men with prostate cancer and their partners. Cancer Nursing, 25(1) 2002; 42-49.
- 43) Treacy J, Mayer D. Percpectives on cancer patient education. Seminars in Oncology Nursing, 2000; 16(1): 47-56.
- 44) Macleod A. The nursing role in prevent in delay patient discharge. Nursing Standart, 2006; 21(1): 43-48.
- 45) Cox A Jenkins V, Catts S, Langridge L et.al. Information needs and experiences: An audit of UK cancer patients. European Journal of Oncology Nursing, 2006; (10): 263-272.
- 46) Junnola T, Eriksson L, Salanterä S, Lauri S. Nurses' decision-making in collecting information for the assessment of patients' nursing problems. Journal of Clinical Nursing, 2002; 11: 186–196.
- 47) Graydon J, Galloway S, Palmer W. S, Harrison, D et al. Information needs of women during early treatment for breast cancer. Journal of Advanced Nursing, 1997; (26): 59-64.
- 48) Andreassen S, Randers I, Naslund E, Stockeld D et al. Information needs following a diagnosis of esophageal cancer; self-perceived information needs of patients and family members compared with the perceptions of health care professionals: A Pilot study. European Journal of Cancer Care, 1997; 16: 277–285.

- 49) Karen A. L, Kinta B, Samuel J. L, R. G. Owens et al. The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 1995; 22(1): 134-141.
- 50) Hileman JW, Lackey NR. Self-identified needs of patients with cancer at home and their home caregivers: A descriptive study. *Oncology Nursing Forum*, 1991; 18(3): 475.
- 51) Wong F, Stewart DE, Dancey J, Meana M et al. Men with prostate cancer: Influence of psychological factors on informational needs and decision-making. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000; (49): 13-19.
- 52) Longman AJ, Atwood JR, Sherman JB, Benedict J et al. Care needs of home-based cancer patients and their caregivers: quantitative findings. *Cancer Nursing*, 1992; 15(3):182-90.
- 53) Hileman JW, Lackey NR, Hassanein RS. Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 1992; 19(5): 771-777.
- 54) Blank J, Clark I, Longman A, Atwood J. Perceived home care needs of cancer patients and their caregivers. *Cancer Nursing*, 1989; 12(2): 78-84.
- 55) Harrington V, Lackey N, Gates M. Needs of caregivers of clinic and hospice cancer patients. *Cancer Nursing*, 1996; 19(2):118-125.
- 56) Scherbriy M. Effect of caregiver perception of preparadnes on Burden in an oncology population. *Oncology Nursing Forum*, 2002; 29(6).
- 57) Soothills K, M Morris, Harman JC, Francis B et al. Informal carers of cancer patients: what are their unmet psychosocial needs? *Health and Social Care in the Community*, 2001; 9(6): 464-475.
- 58) Yi Wen, Gustafson HD. Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004; 2(11): 1-12.
- 59) Chan C, Chang A. Stress associated with tasks for family caregivers of patients with cancer in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 1999; 22(4): 260-265.
- 60) Steele RG, Fitch MI. Needs of family caregivers of patients receiving home hospice care for cancer, 1996; 23(5): 823-8.
- 61) Eriksson E, Lauri S. Informational and emotional support for cancer patients relatives. *European Journal of Cancer Care*, 2000; (9): 8-15.

- 62) Suhoren R, Nenoren H, Lauktan A, Valimaki M. Patients's informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 2005; (14): 1167-1176.
- 63) Odling G, Norberg A, Danielson E. Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses' opinions of the need for support for women, relatives and themselves. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 39(1): 77-86.
- 64) Fadiloğlu, Ç. Kanserli hastaya bakım verenlerin gereksinimlerinin saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1996; 11(2), 43-54
- 65) Galloway S, Graydon J, Harrison D, Boyden E et al. Information needs of women with a recent diagnosis of breast cancer: Development and initial testing of a tool. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; (25): 1175-1183.
- 66) Mor V, Masterson A. S, Houts P, Siegel K. The changing needs of patients with cancer at home. A longitudinal view. *Cancer*, 1992; 69(3): 829-38.
- 67) Lee YM, Francis K, Walker J, Lee S M. What are the information needs of Chinese breast cancer patients receiving chemotherapy? *European Journal of Oncology Nursing*, 2004; 8(3): 224-233.
- 68) Tierney A, Worth A, Watson N. Research in brief: Meeting patients' information needs before and after discharge from hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 2000;9; 859-860.
- 69) Minichiello T M, Auerbach AD, Wachter RM. Caregiver perceptions of the reasons for delayed hospital discharge, *American Collage of Physcians-American Society of Internal Medicine. Effective Clinical Practise*, 2001: 4; 250-255.
- 70) Given B, Sherwood P. Family care for the older person with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 2006; 22(1): 43-55.
- 71) Morris SM, Thomas C. The need to know: informal carers and information. *European Journal of Cancer Care*, 2002; (11): 183-187.
- 72) Driscoll A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 31(5): 1165-1173.
- 73) Akbayrak N, Coşkun H. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001; 5(2): 63-68.

- 74) Dukkers D.M., Ros W.J., Berns M.P. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 30(5): 1186-1194.
- 75) Peters P, Fleuren M, Wijkel D. The quality of discharge planning process: The effect of liaison nurse. *International Journal of Quality in Health Care*, 1997; 9(4): 283-287.
- 76) Fadiloğlu Ç. Kanser Hastasının Evde Bakımı, (Ed: Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Y). *Kanser ve Palyatif Bakım*, İzmir, Meta Basım; 2006, 371-402.
- 77) Aksayan S, Çimete, G. Evde bakım kavramı, (Ed: Çimete, G), I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi, 1998, 2-33.
- 78) Emiroğlu G. Evde bakım organizasyonunda taburculuk planlaması, (Ed: Çimete G), I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi, 1998, 50-51.
- 79) XÂc ÂyÂ + L - Bdqğ gh J Hnñj kdqmc d ÷ kâ` m gdl şhpdqhm s` at qbt kt j r` qdbmc dj h qnkdkhud at nt dsj hkdme` j sÖkdq- G` bdsdod ÇfnudqrtsdrhR` ğkâ` AlHl kdqhDmrsls` r` Bdqğ ghG` rs` kâ` k qÂGdl şhpdhghOqnf q` l ÂX` j rdj Klr` nr Sdyh`@nj` q` +1// 6-
- 80) Yılmaz MÇ. Bilgi ve fiziksel gereksinimlerine yönelik planlı taburculuk programı ve evde bakımın kanserli çocuklarda etkililiği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, İzmir, 2006.
- 81) Faydalı S, Yanık Hastalarının Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimleri, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
- 82) Şenyuva E, Taşocak, G. Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2007; 7(15):100-105.
- 83) <http://www.nursingworld.org/SpecialPages/Search.aspx?SearchMode=1&SearchPhrase=discharge> , Erişim Tarihi: 2007.
- 84) www.answers.com, Discharge from the Hospital.XX.Erişim Tarihi: 2007
- 85) Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *Journal of Professional Nursing*, 2003; 9(3): 204–210.
- 86) Department of Health (DoH) Discharge and Human Services. *Nursing Home to Community Program a Discharge Planning*, 2006.


- 87) Martinson I, Widmer A, Portillo JC. Home Health Care Nursing. Soujnders Comp. Philedelphia.2002; 22-343.
- 88) The Discharge Planning Resouce Kit, Australian Government Department of Veterans Affairs. Revised 2005, Australia.
- 89) Pearson P, Procter S, Wilcokson J, Allgar V. The process of hospital discharge for medical patients: A Model, Integrative Literature Reviews and Meta-Analyses. Journal of Advanced Nursing, 2002; 46(5):496–505.
- 90) [http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-epc-epcdischarge.htm/\\$FILE/qadiscare.pdf-medicare](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-epc-epcdischarge.htm/$FILE/qadiscare.pdf-medicare), Erişim Tarihi: 2007.
- 91) [http:// www.cdc.gov./nchs](http://www.cdc.gov/nchs), national canters for health stacticics. Erişim T:2007
- 92) Birol, L. Hemşirelik S¼reci, 2004; 6.Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık, 409-412.
- 93) Ay, F. Hemşirelik S¼reci, (Ed: Ay F.), Temel hemşirelik, kavramlar, ilkeler, uygulamalar, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2007, 64-72.
- 94) Fadıloğlu Ç. Kanserli Hastanın ve Ailesinin Eğitimi, (Ed: Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Y). Kanser ve Palyatif Bakım, İzmir, Meta Basım; 2006, 323-344.
- 95) Davidson JR, Brundage M D, Feldman S D. Lung cancer treatment decisions: Patients’ desires for participation and information. Psycho-Oncology, 1999: (8); 511-520.
- 96) Harris KA. The informational needs of patients with cancer and their families. Cancer Practice, 1998; 6(1); 39-46.
- 97) Harrison DE, Galloway S, Graydon JE, Palmer WS et al. Information needs and preference for information of women with breast cancer over a first course of radiation therapy. Patient Education and Counseling, 1999; (38): 217-225.
- 98) Beaver K, Bogg C J, Luker K. A. Decision-making role preferences and information needs: a comparison of colorectal and breast cancer. Health Expectations, 1999; (2): 266-276
- 99) McLimurray MD, Thomas C, Fraces B, Morris S et al. The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study, Journal of Cancer Care, 2001; (10): 261-269.
- 100) Semple C, McGowen B. Need for appropriate written information for patients, with particular reference to head and neck cancer. Journal of Clinical Nursing, 2002; (11): 584-593.

- 101) Lobb E A, Kenny D. T, Butow P. N, Tattersall, M. H. N. Women's preferences for discussion of prognosis in early breast cancer. *Health Expectations*, 2001; (4): 48-57.
- 102) Beaver K, Withamb G. Information needs of the informal carers of women treated for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 2007; 11: 16-25.
- 103) Cherith J, Semple B, Mcgowan B. For appropriate written information for patients, with particular reference to head and neck cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 2002; 11: 585-593.
- 104) Otto ES. *Oncology Nursing*. St. Louis Mosby Company, 2001; 804-834.
- 105) Links Houts PS, Yasko JM, Kahn SB, Schelzel GW et al. Unmet psychological, social, and economic needs of persons with cancer in Pennsylvania, 1986; 58(10): 2355-2361.
- 106) Potter AP, Perry AG. *Basic Nursing Theory and Practice* Mosby Comp. Boston, third edition; 1995, 42-53.
- 107) Stewart D. E, Wong F, Cheung A. M, Dancey J et al. Information needs and decisional preferences among women with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology*, 2000; (77): 357-361.
- 108) Ankem K. Factors influencing information needs among cancer patients; A meta-analysis. *Library Information Science Research*, 2006; (28): 7-23.
- 109) Ahwal M A. Cancer patients' awareness of their disease and prognosis, www.kfshrc.edu.sa/annals/182/97-213.html, Erişim Tarihi: 2008.
- 110) Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 10(1): 15-28.
- 111) Açıkgöz F. Düzce lindeki Kanserli Hastaların Cinsel Yaşamlarındaki Değişikliklerin ve Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması. *Amn İyyds A`xr`k Çıhdqrısdrh R`ğk` AHH kđhDmrsısr`r` X`j rdj Kl`nr Sdyh-1//6+Ankt -*
- 112) Mora ME. Developing strategies for patient education in cancer. In Baird S.B., McCorkle R., Grant M editors. *Cancer Nursing A comprehensive Textbook*, Chapter 50, W.B. Saunders Company; 1991, 944-956.
- 113) Trolongo P, Respini D, Lissandrello G, Conti G. Elderly cancer patient's desire for information about disease and treatment options. *Journal of Clinical Oncology*, 2004; 22 (14).

- 114)** Leydon MG, Boulton M, Moynihan C, Jones A et al. Cancer patients' information needs and information seeking behavior: in depth interview study. *British Medical Journal*, 2000; 3:0 ErişimTarihi: 2008.
- 115)** Stiggelbout A M, Kiebert G M. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making, *Canadian Medical Association*. 1997; 157(4): 383-389.
- 116)** Manning DL, Quigley P. Understanding the needs of people using cancer information service in Northern Ireland. *European Journal of Cancer Care*, 2002; (11): 139-142.
- 117)** Sainio C, Lauri S. Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 2003; 41(3): 250–260.

EKLER:

Ek-1

	ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESE HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĞÜ	TABURCULUK EĞİTİMİ YÖNERGESİ	
Belge No :HHM/K/Y-T01	Yayın Tarihi :20.09.2007	Güncelleme Tarihi/No : J..	Sayfa No: 1 / 1

1. İLGİLİ İŞLEYİŞ

- ✓ Servis/Yoğun Bakım Ünitesi /Poliklinik Hemşireliği İşleyişi

2. AMAÇ

- ✓ Hastanede bakımı ve tedavisi bitmiş bireyin evde bakımının devamlılığını sağlamak

3. UYGULAMA

3.1 MALZEMELER: Taburcu eğitim formu, varsa eğitim broşürleri,

3.2 ÖN HAZIRLIK: ---

3.3 UYGULAMA ADIMLARI:

- ✓ Taburculuğu planlanan hastanın varsa bakımını/tedavisini içeren eğitim formu verilir ve içinde yer alan bilgiler hastaya/refakatçisine anlatılır.
- ✓ Evde kullanılacak alet, cihazların çalışması ve bakımları hakkında bilgi verilir.
- ✓ Gerekirse evde bakım ve tedavisinin sürdürülmesi ile ilgili özel dal hemşiresi ile iletişim kurulur/polikliniğe yönlendirilir.
- ✓ Acil durumlarda ulaşması gereken yer/kişiler hakkında bilgi verilir.

3.4 NOTLAR: ---

4. EK BELGELER

- ✓ İç Kaynaklı Belgeler
Taburcu Eğitim Formları
- ✓ Dış Kaynaklı Belgeler
Dış Kaynaklı Eğitim Formları (Broşür, Kitapçık...)

Hazırlayan: Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı
Özgül VATANSEVER

Onaylayan: Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
Seyyare KURT

Ek-2

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER SORU FORMU

Anketin yapıldığı tarih:

Vaka no:

1. Yaşınız:

- a. 20'den az b. 20–29 c. 30–39 d. 40–49 e. 50 ve üstü

2. Cinsiyet:

- a. Kadın b. Erkek

3. Eğitim durumu:

- a. İlkokul b.Orta-lise c.Yüksekokul

4. Medeni Durumu:

- a. Evli b. Bekar

5. Meslek durumu :

- a. Memur b. İşçi c. Emekli d. Ev Hanımı e. Serbest meslek f. İşsiz
g. Diğer:.....

6. Çalışma Durumu:

- a. Tam gün b. Yarım gün c. Vardiya d. Çalışmıyor

7. Sosyal Güvencesi:

- a. Emekli b. SSK c. Bağkur d. Ücretli e. Diğer (Hayat sigortası....)

8. Gelir durumunuz nasıldır?

- a. Gelir giderden az b. Gelir gidere eşit c. Gelir giderden fazla

9. Tanı:

10. Hastalık süresi:

- a. 3-8 ay b. 9-14 ay c. 15-20 ay d. 21-26 ay e. 27-32 ay f. 33 ay ve üstü

11. Daha önce hastaneye yatma durumu:

- a. Evet b. Hayır

12. Yatış Süresi:

- a. 5 -9 gün b. 10 –15 gün c. 16 gün ve üstü

13. Tedavi:

- a. KT b. RT c. KT +RT d. Diğer..

14. Evde bakımına yardımcı olacak kişinin varlığı:

- a. Var b. Arasına / Bazen c. Yok

Ek-3.

Aşağıda hemşirelerin siz taburcu olurken yerine getirdiği girişimler yer almaktadır. Size uygun yanıtları işaretleyiniz.

HASTALARIN HEMŞİRELER TARAFINDAN VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

1-) *Hemşireler* hastalığınızla ilgili olarak size evde karşılaşılabileceğiniz problemler hakkında bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

2-) *Hemşireler* hastalığınızla ilgili olarak ailenize evde karşılaşılabileceğiniz problemler hakkında bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

3-) *Hemşireler* tedavinize bağlı olarak evde ortaya çıkabilecek yan etkilerin neler olabileceği konusunda size bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

4-) *Hemşireler* taburcu olduğunuzda evde nasıl besleneceğiniz konusunda size bilgi verdiler mi ?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

5-) *Hemşireler* taburcu olduktan sonra tedavinizin nasıl devam edeceği konusunda size bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

6-) *Hemşireler* kullandığınız ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

7-) *Hemşireler*, günlük yaşam aktivitelerinizi yaparken karşılaşılabileceğiniz güçlüklerle nasıl baş edebileceğiniz konusunda gerekli bilgileri verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

8-) *Hemşireler* gereksinim duyduğunuzda iletişim kurabileceğiniz telefon numarası/ numaralar verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır

9-) *Hemşireler* evde bakımınızı üstlenecek aile üyesi / üyelerini taburculuk için hazırladılar mı?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

10-) *Hemşireler* evde karşılaşılabileceğiniz sorunlar hakkında yazılı bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır

11-) *Hemşireler*, taburcu olurken size veya yakınınıza yapacağınız taburculuk işlemleri hakkında bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

12-) *Hemşireler* hastalığınızın sosyal yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

13-) *Hemşireler* tedavilerinizin sosyal yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

14-) *Hemşireler* hastalığınızın cinsel yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

15-) *Hemşireler* tedavilerinizin cinsel yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

16-) *Hemşireler* hastalığınızın iş yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

17-) *Hemşireler* tedavilerinizin iş yaşamınızdaki etkilerine yönelik bilgi verdiler mi?


- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

18-) *Hemşireler*, doktora başvurmanız gereken acil durumlar hakkında bilgi verdiler mi?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

Ek-4.

Sıra No : 14062007

**TC**
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

28.06.2007*005244

SAYI : B.30.2.DEÜ.0.70.10.00-
KONU :Derya ÇAVUŞ Hak


T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ILGI : 14.06.2007 tarih ve 1446 sayılı yazınız.

Enstitünüz İle Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Derya ÇAVUŞ'un ve danışmanı Öğr.Gör.Dr.Özlem UĞUR'un Haziran-Eylül ayları arasında Muzaffer Müfit Kayhan Onkoloji Hastanesi, Hemotoloji ve Onkoloji Servislerinde uygulama yapmaları uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 28 Haziran 2007
Kayıt No :
Dosya No : 1895


Prof.Dr.Erkan DEREBEK
Başhekim V.

30.06.2007
28.06.07

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 Inciraltı/ İZMİR
Tel : +90(232) 412 23 26 **Faks** : +90 (232) 259 97 23
e-posta : yazi.isleri@deu.edu.tr **Elektronik ağ** : www.deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Aylin ÖZ

29.06.2007



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
ETİK KURUL KARARLARI**

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/568

Tarih: 06/06/2007

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan)
Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan Yrd.)
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye)
Doç.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)

Etik Kurul Sekreteri

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÖRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Etik Kurulumuzun 6 Haziran 2007 tarih ve 28/1/07 sayılı toplantısında, 624 kayıt numaralı evrak ile başvuran Öğr.Gör.Özlem UĞUR'un danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans öğrencisi Derya ÇAVUŞ'un "Kanser Hastalarının Taburculuk Sürecinde Hemşirelik Tarafından Verilen Taburculuk Eğitime İlişkin Değerlendirmelerinin Belirlenmesi" konulu tez önerisi;

-Bağımlı değişkenin operasyonel tanımının yapılması.,
-Taburculuk eğitimi soru formunun; Hayır 0, Kısmen 1, Evet 2 olarak puanlanması,

-Soruların her hastada yanıtlanabilecek şekilde düzenlenmesi, her hastayı kapsamayan soruların (6,7,9,10,11, 16 ve 19.sorular) çıkartılması,

-Her bir soru tek bir değişkeni ölçebilir, birden fazla değişkeni içeren soruların tek bir değişkene göre yeniden düzenlenmesi,

önerileriyle uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.

Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Etik Kurul Başkanı

Ek-6.

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Ben, (denek adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Deneğin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Görevi:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

