

**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DIYALİZ HEMŞİRELERİ İŞLEVLERİNİN PROFESYONEL  
YAKLAŞIM YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hemşire Çiğdem CİNER**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**



**İSTANBUL, 2011**

**T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DİYALİZ HEMŞİRELERİ İŞLEVLERİNİN PROFESYONEL  
YAKLAŞIM YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hemşire Çiğdem CİNPER**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Çaylan PEKTEKİN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İSTANBUL, 2011**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Öğdem CİNER

## İÇİNDEKİLER

1. ÖZET .....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
3.1. AMAÇ .....	7
4. GENEL BİLGİLER .....	8
4.1. HEMŞİRELİĞİN TARİHÇESİ.....	8
4.2. HEMŞİRE VE HEMŞİRELİĞİN TANIMLARI .....	9
4.3. HEMŞİRELİK FELSEFESİ VE İLKELERİ.....	11
4.4. HEMŞİRELİK MESLEĞİ VE PROFESYONELLİK KOŞULLARI.....	12
4.5. ÇAĞDAŞ HEMŞİRELİKTE ROL VE İŞLEVLER .....	16
4.6. BÖBREK YETERSİZLİĞİ VE DİYALİZ .....	24
4.7. DİYALİZ ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ROL, YETKİ VE SORUMLULUKLARI .....	26
4.8. HEMŞİRELERİN YASAL SORUMLULUKLARI .....	32
4.9. DİYALİZE GİREN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI .....	34
5. MATERYAL VE YÖNTEM.....	41
5.1. ARAŞTIRMANIN TARİHİ, TİPİ VE AMACI.....	41
5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ, EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	41
5.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE TEKNİĞİ.....	41
5.4. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	42
6. BULGULAR .....	43
6.1. DİYALİZ HEMŞİRELERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KURUMSAL ÖZELLİKLERİ .....	43

6.2. DİYALİZ HEMŞİRELERİNİN PROFESYONEL HEMŞİRELİK İŞLEVLERİNİ DOĞRU KABUL ETME VE UYGULAMA DURUMLARI .....	54
6.3. PROFESYONEL İŞLEVLERİ DOĞRU KABUL EDİP UYGULAMALARINI ETKİLEYEN / ETKİLEMİYEN FAKTÖRLER .....	59
6.3.1. Hemşirelerin Profesyonel Yaklaşımlarını Etkileyen Faktörler.....	59
6.3.2. Hemşirelerin Profesyonel Yaklaşımlarını Etkilemeyen Faktörler.....	65
7. TARTIŞMA .....	68
8. SONUÇ .....	76
ÖNERİLER .....	78
9. TEŞEKKÜR .....	80
10. KAYNAKLAR .....	81
EKLER .....	

## **SİMGE VE KISALTMALAR**

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ANA</b>	: Amerikan Hemşireler Birliği (American Nursing Association)
<b>ANNA</b>	: Amerikan Nefroloji Hemşireleri Derneği (American Nephrology: Nurses' Association)
<b>BUN</b>	: Kan Üre Nitrojeni (Blood Ürea Nitrogen)
<b>CVP</b>	: Santral Venöz Basınç
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HD</b>	: Hemodiyaliz
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>ICN</b>	: Uluslar arası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nursing)
<b>KBY</b>	: Kronik Böbrek Yetmezliği
<b>Kcal</b>	: Kilokalori
<b>NANDA</b>	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanımları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association)
<b>PD</b>	: Periton Diyalizi
<b>RG</b>	: Resmi Gazete
<b>RRT</b>	: Renal Replasman Tedavisi
<b>SDSGRP</b>	: Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi
<b>THD</b>	: Türk Hemşireler Derneği
<b>TND</b>	: Türk Nefroloji Derneği
<b>USRDS</b>	: Amerika Birleşik Devletleri Renal Veri Sistemi (United States Renal Data System)

**Araştırma Proje No:HEM/0402009**

## TABLolar VE ŐEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1. Diyaliz Hemşirelerinin alıŐtıkları Kurum zelliklerine Göre Dağılımları .....	43
Tablo 2. Diyaliz Hemşirelerinin Sosyo-Demografik zelliklerine Göre Dağılımları.....	44
Tablo 3. Diyaliz Hemşirelerinin Mesleki zelliklerine Göre Dağılımları .....	45
Tablo 4. Diyaliz Hemşirelerinin Meslek Hakkında Duygu ve Düşüncelerine Göre Dağılımları .....	47
Tablo 5. Diyaliz Hemşirelerinin Eğitim zelliklerine Göre Dağılımları .....	50
Tablo 6. Diyaliz Hemşirelerinin Kurumsal zelliklerine Göre Dağılımları .....	53
Tablo 7. Diyaliz Hemşirelerinin Profesyonel Hemşirelik İŞlevlerini Doğru Kabul Etme ve Uygulama Durumlarının Dağılımları (n=210) .....	54
Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İŞlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Kıyaslanması (n=210) .....	59
Tablo 9. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İŞlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının nvana Göre Kıyaslanması (n=210) .....	59
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İŞlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210).....	60
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İŞlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Sertifikalı Olma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210) .....	60
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İŞlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Kendi Sağlık Bilgisini Yeterli Bulma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210) .....	61
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İŞlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Hasta Eğitimlerini Yeterli Bulma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210).....	61
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İŞlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Diyalizle İlgili Kitap Dergi vb. Yayınları Takip Etme Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210) .....	62
Tablo 15. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İŞlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının alıŐılan Kurumun Hekim ve Yönetiminden Memnun Olma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210) .....	62
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İŞlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Toplum ve Ekip Arkadaşlarından Görülen Saygı ve Hoşgörüden Memnu Olma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210).....	63
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İŞlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Bulunduğu Diyaliz nitesinde Performans Değerlendirme Yapılma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210) .....	64

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Diyaliz Hemşiresinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları ve Görev Tanımlarının Belirlenme Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210) .....	64
Tablo 19. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Profesyonel Yaklaşımları Etkilemeyen Faktörlere Göre Kıyaslanması (n=210) .....	65
şekil 1. Örnekleme Grubunun alıştıkları Kurum zelliğine Göre Dağılımı (n=210).....	44



## 1. ÖZET

Bu araştırma; değişik diyaliz merkezlerinde çalışan hemşirelerin mesleki eğitim ve diyaliz eğitiminde aldıkları bilgi ve öğrendikleri becerileri yani profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul etme ve uygulama durumlarını değerlendirmek ve profesyonel yaklaşımlarını etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

Çalışma, Aralık 2009-Mayıs 2011 tarihleri arasında; anket uygulaması İstanbul'da özel ve vakıflara bağlı 7 hastanede görev yapan sayıları 20 ile 50 arasında değişen toplam 210 hemşirede yapılmıştır.

Elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 17.0 programında analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin dağılımını değerlendirmek için Frekans dağılımı (%), Aritmetik ortalama ( $\bar{x}$ ), Standart sapma ( $\pm SD$ ) dağılımın yaygınlık ölçüsünden; farklı grup ortalamaları arasındaki anlamlılığı değerlendirmek için parametrik olmayan önemlilik testlerinden Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizinden faydalanılmıştır.

Araştırma sonucunda; hemşirelerin çoğunluğunun (% 80 ve üzeri) profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul ederek uyguladıkları saptanmıştır. Ayrıca; 31-40 yaş aralığındaki hemşirelerin; ön lisans mezunu olanların, hemodiyaliz sertifikası bulunanların; kendi sağlık bilgilerini ve verilen hasta eğitimlerini yeterli bulanların; hekim ve yönetiminden memnun, toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgöründen memnun olanların; ünitesinde performans değerlendirilmesi yapılan, görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımları belirlenen hemşirelerin, profesyonel hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyaliz hemşiresi, profesyonellik, hemşirelik rol ve işlevleri

## 2. SUMMARY

This research has been prepared with the aim of evaluating situations of nurses, who work at various dialysis centers, to correctly accept and apply information and abilities they have grown in professional training and dialysis education, that it, professional nursing functions, and defining factors that may affect their professional approach.

The survey, which has been prepared for this objective, has been applied to a total of 210 nurses, every 20-50 nurses from 7 private and foundation hospitals in İstanbul and completed between the dates December 2009 – May 2011.

Statistical evaluation was made by computer, using SPSS 17.0 program. The prevalence scale of Frequency Distribution (%), Arithmetic Mean ( $\bar{x}$ ), and Standard Deviation ( $\pm SD$ ) are used in order to evaluate distribution of nurses participating in this research; also in order to evaluate relevance among different group means, non-parametric significance tests (Mann Whitney U and Kruskal Wallis analysis) are used.

In conclusion, it has been determined that majority of nurses (80% and above) accept and apply the professional nursing functions correctly. In addition; it has been determined that professional nursing function utilization level is higher in the nurses, who are between the ages 31-40, have associate degrees, have hemodialysis certificate, find their health information and given patient education, are content with their doctor and management and with the respect and tolerance from society and their colleagues, subjected to performance evaluation in their units and whose duties, authorities and responsibilities are defined.

**Keywords:** Dialysis nurse, professionalism, nursing roles and functions

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, tıp ve sağlık alanında önemli ilerlemeler olmuştur. Tıp ve teknoloji alanındaki ilerlemeler, erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine, hastalıklara bağlı ölümlerin azalmasına, buna bağlı olarak doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ile kronik hastalıkların görülme sıklığının artmasına neden olmuştur. Bu nedenle yaşam boyu devam eden tedavi ve bakım gereksinimi gösteren kronik hastalığı olan birey sayısındaki artış gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş, ilerleyici ve geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır. Kronik hastalıklar içinde yer alan, bireylerde bağımlılığa neden olan kronik böbrek yetmezliği (KBY) tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hastaların yaşamlarını önemli derecede etkileyen hastalıklardan birisidir. Dünya'da her yıl, her bir milyon kişiden yaklaşık 150-200'üne kronik böbrek yetmezliği tanısı konmaktadır(1, 2).

Kronik böbrek yetmezliği bireyin günlük yaşamında kısıtlamalara neden olan en önemli hastalıklardan biridir (3). KBY olan hastaların sayısı dünyanın dört bir yanında hızla artmakta olup, KBY' deki son eğilimler 2010 yılına kadar dünya çapında iki milyon hastayı geçeceğini göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde nüfusun 1/1000'i KBY için tedavi görmektedir. Dünya nüfus artışı % 1,2 iken KBY % 6 oranında artmıştır. KBY insidansı ise son 10 yılda ikiye katlanmıştır. 2004 yılı kayıtlarına göre tüm dünyada KBY hasta sayısı 1783 000, diyaliz hastası sayısı ise 1 371 000 hemodiyaliz+periton diyalizi (HD+PD); HD hastası sayısı 1 222 000, PD hasta sayısı 149 000 olarak bildirilmiştir. ABD'nde 2004 yılında diyaliz tedavisi gören hasta sayısı 320 000, Japonya'da 248 000, Almanya'da 66 000 olarak bildirilmiştir (4, 5).

Amerika Birleşik Devletleri Renal Veri Sistemi(US RDS)'nin yıllık raporunda 2001 ile 2009 yılları arasındaki KBY hasta sayısı % 42,3 oranında yükseldiği ve diyaliz merkezlerinin sayısı da % 63,8 oranında arttığı yani geçen 10 yılda diyalize gereksinim duyan hasta sayısında ciddi bir şekilde artma olduğu belirtilmiştir (6, 7).

Türkiye Avrupa ülkeleri arasında hemodiyaliz tedavisi alan hasta popülasyonu en fazla olan beşinci ülkedir (4). Ülkemizde düzenli HD programında olan hasta sayısı 2000

yılında 14 086, 2006 sonu itibariyle 33 950 olarak bildirilmiştir. PD programında olan hasta sayısı 2000 yılında 1903 iken 2006 sonu itibariyle 4103 olarak bildirilmiştir (2). Bu artışın sürmesi durumunda diyalize giren hasta sayısının 2010 yılında 60 bin, 2015’de ise 80 bin rakamına ulaşması beklenmektedir. Türk Nefroloji Derneği (TND) verilerine göre 2009 yılı sonu itibariyle toplam 59443 hastanın Renal Replasman Tedavisi (RRT) aldığı tespit edilmiştir. RRT alan hastaların sayısında artış eğilimi devam etmektedir. En sık uygulanan RRT tipi hemodiyaliz (%78,5) olup bunu transplantasyon (%12,4) takip etmektedir, periton diyalizi (%9,1) ise üçüncü sırada gelmektedir. Toplam hemodiyaliz hasta sayısı 46650 olup yıllık artış trendi devam etmektedir. Hemodiyaliz tedavisi gören tüm hastaların %55,4’ü erkek %44,6’sı kadındır. Hemodiyaliz hastalarının neredeyse %80’nin orta yaşlı ve yaşlı hastalardan oluştuğu dikkat çekmektedir. Hemodiyalize 2009 yılında yeni başlayan toplam hasta sayısı 12907’dir ve bunların 10102’si 90 günden uzun takip edilmiştir. Etiyolojisine baktığımızda; ilk sırada gelen etiyolojik faktör diabetes mellitus (DM)’dur (%35). Bunu sırasıyla hipertansiyon (HT) (%27), glomerülonefrit (%7), polikistik böbrek hastalığı (%3), piyelonefrit (%3), amiloidoz (%2) ve diğer nedenler izlemektedir. Hastaların %15’inde primer hastalık belli değildir. Toplam periton diyalizi hasta sayısı 5418 olup hasta sayısında geçen yıla göre (5774) azalma dikkat çekmektedir. Yeni hasta alımında beklenen artışın olmaması önemli bir faktör olarak görülmektedir. Periton diyalizi tedavisi almakta olan mevcut tüm hastaların %52’si erkek %48’i kadındır. Periton diyalizine 2009 yılında yeni başlayan toplam hasta sayısı 1345’dir ve bunların 1069’u 90 günden uzun takip edilmiştir. Yeni hastaların etiyolojisinde ilk sırada gelen etiyolojik faktör HT’dur (%32). Bunu sırasıyla DM (%30,6), glomerülonefrit (%8), piyelonefrit (%3), polikistik böbrek hastalığı (%2,8), amiloidoz (%2,7) ve diğer nedenler izlemektedir. Hastaların %12,9’unda primer hastalık belli değildir. Ülkemizde 1995 yılında 158, 2000 yılında 327, 2001 yılında 348, 2004 yılında 459 hemodiyaliz merkezi açılmış olup bu sayı 2009 itibariyle 843’tür (8).

Türkiye’de çok merkezli yapılan bir çalışmada RRT’nin maliyetinin ABD, Almanya ve Japonya’daki maliyetlere göre daha az olduğu, bunun nedeninin Türkiye’deki personel giderlerinin daha ucuz olmasında kaynaklandığı belirtilmektedir (9). Ülkelerin diyaliz seanslarının geri ödeme kurumlarına maliyetlerine bakıldığında, ülkemizin 2007 yılı için 79 Euro ile en düşük maliyete sahip Portekiz’den sonra geldiği görülmektedir (10). Maliye Bakanlığı Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü 2008 verilerine göre Sağlık

Bakanlığı'nın Kamu+Yeşil Kart +SGK harcamaları toplamı 29,7 milyar TL'dir. Diyaliz tedavileri 1,5 milyar TL maliyet ile 2008 yılında tüm sağlık gideri harcamalarında tek başına %5,4'lik pay almıştır (11). Hemodiyalizin hasta başına yıllık maliyeti 2006 yılında 22644 dolar iken 2009 yılı itibariyle yaklaşık 34000 dolara ulaşmaktadır (3).

Diyaliz tedavisinin ilk yıllarda başlıca amacı, hastaların yaşam sürelerinin uzatılması iken, günümüzde yalnızca yaşam süresini uzatmak amacıyla değil, aynı zamanda yaşam kalitesini geliştirmek bakış açısıyla uygulanması gerektiği görüşü ağırlık kazanmıştır (12, 13). İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum almaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır (14).

Toplumsal açıdan, yaşamsal önem taşıyan işlevler konusunda, meslek gruplarına yetki verilir ve bu grupların kendi işlerini yürütmeleri için gereken bağımsızlık onlara tanınır. Bunun karşılığında meslek gruplarının da sorumluluk bilinci içinde ve kamuoyunun güvenini sarsmayacak biçimde davranmaları beklenmektedir. Toplumla meslek grupları arasındaki bu ilişkinin temelinde yatan ise nitelikli hizmetin güvencesi olan öz-denetimdir. Bu, aynı zamanda bir mesleğin profesyonelliğinin de en belirgin göstergesidir. Dolayısıyla diyaliz merkezlerinde çalışan hemşirelerin, bakım verdikleri diyaliz hastalarına, beklenen yaklaşımda bulunmaları, son derece önemlidir. Bu yaklaşım biçimi, hem hastaların yaşamlarını sürdürmelerini hem de güvenlerinin kazanılmasına neden olur (15). Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirenin görevini gerçekleştirirken, beklenen işlevleri, istenilen kalitede yaptıklarını gözlemlemekteyim. Bireyin ve toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanmasındaki yeri ve rolünün önemi tartışılmaz bir gerçek olan hemşireler, uygulamalarında hemşirelik amaç ve felsefesine uygun işlevlerin çoğunu yerine getirebildikleri, yapılan araştırmalarda da görülmektedir (15, 16).

Hastalık ve uygulanan diyaliz tedavisi, bireylerin yaşamlarında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden birçok problemin gelişmesine neden olmaktadır. Bireyler; hastalığın semptomları ile uğraşmak, belli bir diyeti sürdürmek, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, sosyal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek zorunda kalmaktadırlar (1, 17). Hasta; makineye, kuruma ve sağlık personeline bağımlı hale gelmektedir. Bu durum hastanın bağımsızlık kaybına uğramasına neden

olmaktadır. Haftanın belirli gün ve saatlerinde kurumda olup makineye bağlanma zorunluluğu vardır. Bu bağımlılık da hastanın aile, iş ve sosyal yaşantısında aksaklıklara neden olmaktadır (3). Diyaliz tedavisine alınan hastalara bütüncül bir yaklaşım (fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik yönden) göstermek son derece önemlidir. Bu hastalarla, iletişim ve ilişkilerde dikkatli olmak, en az onlara uygulanan girişimler kadar önemlidir. Klinik ortama gelip gitmeleri ve yaşamlarını sürdürmeleri sosyal güvence yönünden de ayrıca bir önem taşır (3, 18, 19).

18.06.2010 tarihli ve 27615 sayılı resmi gazetede (R.G.) yayımlanarak yürürlüğe giren Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik madde-13'göre; diyaliz merkezlerinde sertifika sahibi en az iki hemşire bulunması zorunlu tutulmaktadır. Hemşirelerden birisi sorumlu hemşire olarak seçilmektedir. Diyaliz hemşireliği sertifikası, diyaliz eğitim merkezinde üç ay süreyle diyaliz eğitimi almış olanlarla, sorumlu uzman, sorumlu hekim ve sorumlu hemşirenin müştereken vereceği, gereken yeterliğe sahip olduğuna dair uygunluk yazıları ile bir diyaliz merkezinde aralıksız en az bir yıl çalıştığını belgeleyenlere, eğitim merkezlerinde yapılan teorik ve pratik sınavda başarılı olmak kaydıyla Bakanlıkça verilmektedir. HD merkezlerinde 'Faaliyet İzin Belgesi'ne göre hemşire sayısı, merkezdeki hemodiyaliz cihazının sayısına göre belirlenmektedir. İlk beş cihaz için iki, bu sayının üzerinde ilâve her beş cihaz için ilâve bir hemşire bulunması zorunlu tutulmaktadır. Ancak, her tedavi seansında on hastaya kadar iki hemşire; daha sonraki her beş hasta için ilâve bir hemşire bulunması gerekmektedir. PD merkezlerinde 'Faaliyet İzin Belgesi'ne göre hemşire sayısı, merkezdeki hasta sayısına göre belirlenmektedir. İlk yirmi beş hasta için bir, ilave her elli hasta için bir periton diyaliz hemşiresi bulunması zorunlu tutulmaktadır (20, 21, 22).

Dinamik diyalizdeki gelişmeler ve modern yaklaşımlar, diyaliz hastaları için daha bilimsel hemşirelik bakımı gerektirmektedir. Fakat gözlemlerime göre diyaliz hemşireliğinin gelişimi için araştırmanın yapıldığı kurumlarda, yeterli bilimsel araştırmalar yapılmamaktadır. Diyaliz hemşiresinin rolünün açık bir biçimde tanımlanmamış olması, bakım aktivitelerinde karmaşaya neden olmakta, bu da hastanın iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle diyaliz hastalarının bakım gereksinimlerini karşılamak üzere yapılması gereken işlevlerinin araştırılması ve tanımlanması zorunludur. Böyle bir araştırma, mevcut durumların değiştirilmesi ya da işlevlerin yeniden gözden geçirilmesi için atılacak adımlara ışık tutacaktır.

### 3.1. AMAÇ

Araştırma, değişik diyaliz merkezlerinde çalışan hemşirelerin mesleki eğitim ve diyaliz eğitiminde aldıkları bilgi ve öğrendikleri becerileri uygulamaya aktarabilme durumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada elde edilecek sonuçlar; diyaliz merkezlerinde çalışan hemşirelerin mesleki gelişimlerine yön verme ve geleceğe rehberlik etmede, eğitim gereksinimlerini belirlemede yararlı olacaktır. Ayrıca araştırma sonuçları, diyaliz hemşirelerinin hangi görevleri, kime karşı sorumlu olarak yürütmesi gerektiğine ilişkin rehber olup; bunların sağlık çalışanları tarafından da bilinmesi, olumlu çalışma ilişkilerinin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. HEMŞİRELİĞİN TARİHÇESİ

Hemşirelik bakımı her ne kadar kadınlık içgüdülerine dayalı bir davranış olarak ilk insandan beri var olan bir olgu ise de, hemşireliğin modern bir meslek olması yenidir. Modern hemşirelik uzun olmayan tarihçesine karşın kadınların kısa bir eğitim sonunda kazandıkları gönüllü bir uğraşı olmaktan karmaşık, üst düzeydeki bilgi, beceri ve tutumların sergilendiği dinamik bir meslek haline gelmiştir. Mesleğin geleceği ise, hemşirelerin bugün, yarın ve yakın gelecekte alacakları kararlara ve arzu ettikleri geleceği elde etmek için geliştirecekleri stratejiye bağlıdır (23, 24, 25).

13. yüzyılda ilk üniversiteli hekimlerin ortaya çıkmasıyla birlikte Rönesans ve Reform hareketleri hekimliğin yolunu açmıştır. Ancak bu dönemde hemşirelerin yaptıkları büyücülük olarak nitelendirilmiştir. Orta çağda hastanelerin zorunlu olarak yeniden açılmasına rağmen burada çalışan hemşireler toplumun alt tabakasından gelen kimseler olmuşlardır (24).

Ortaçağda Hıristiyanlığın yayıldığı ilk dönemlerde rahip ve rahibeler tarafından yapılan hasta bakımı zaman içinde yalnızca kadınlar tarafından icra edilmiştir. Ancak aradan geçen zaman ve gelişmeler mesleğe bakışı değiştirmiş, mesleğin yalnızca bir kadın mesleği olmadığını erkekler tarafından da yapılabileceği görüşünü yaygınlaştırmıştır (25).

Ortaçağın geç dönemlerinde, 14. yüzyılda hemşirelik son derece gelişmiştir. Ebelik görevini yürüttükleri gibi, köylünün tıbbi bakımının ve esenliğinin de temel kaynaklarından biri olmuşlardır (25).

Yakınçağda, 16. yüzyılda köylünün kiliseye ve yöneticilere güveni kalmamıştır. Kiliseye ve din adamlarına olan güvenin sarsılması, hemşireliğin konumunu da etkilemiştir. Modern anlamdaki hemşireliğin Kırım Savaşı (1854–1856) sırasında, Florence Nightingale (1820–1910) ile başladığı kabul edilmektedir (26).

21. yüzyılda profesyonel hemşirelik anlayışına göre ise; hemşire birey, aile ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirme, hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik çabaların tümünde yer almaktadır. Hemşire, sağlık bakımında bağımsız, yarı bağımlı ve



bağımlı rollerini uygulayarak hemşirelik yasası başta olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerle hemşirelik sorumluluklarını yerine getirir (27).

Sağlık bakım sisteminde, hemşirenin rol ve sorumlulukları sürekli olarak artmakta ve değişmektedir. Bu rol ve sorumluluklarını, kişisel felsefesine uyarlayarak, mesleki eğitimle edindiği bilimsel bilgileri, becerileri, etik kuralları ve hasta haklarını koruyarak yerine getirmektedir (27, 28).

## **4.2. HEMŞİRE VE HEMŞİRELİĞİN TANIMLARI**

Hemşire sözcüğü Türkiye’de 1910’lu yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. 1900’lü yıllarda Gülhane Seririyat Mektebi ve Hamidiye Etfal Hastanesi’ne Almanya’dan Şvesterler gelmiştir. Kız kardeş ve rahibe anlamına gelen bu sözcüğün karşılığı Türkçe’de hemşire olmuştur. Bu hemşireler kısa zamanda bilgi ve çalışkanlıkları ile beğenilmiş ve kabul edilmiştir. “Tıp camiasının önceleri Şvester olarak hitap ettikleri bu hanımlara zamanla bunun Türkçe karşılığı olan hemşire denilmeye başlanmıştır. Bu tarihten önce genellikle bu görevi yapanlara “kadın hastabakıcı”, “hastabakıcı”, “hademe” sözcükleri kullanılmaktaydı” (29).

Hemşireliği tanımlamak ve işlevlerini açıklamak üzere yapılan çalışmalar Florence Nightingale’e uzanır. Nightingale’ in kendi deyişi ile hemşireliğin amacı “doğanın iyileştirmesini sağlamak üzere hastayı en uygun ortama koymak” dır. Yirminci yüzyılın başlarında, hemşireliği, hekimlikten ayırmak ve her iki mesleği eğitsel, işlevsel ve yasal açılardan tanımlamak gereği ortaya çıkmıştır (30, 31).

Florence Nightingale’e göre hemşirelik; “bireyleri en iyi koşullara getirmeyi amaçlayan, özellikle iyileşme sürecinde yardım edici çevre sağlayan, tedavi edici olmayan bir süreçtir” (30, 31).

1933 yılında Taylor, hemşireliği “bireyin fiziksel ve psikolojik gereksinimlerine istenen tedaviyi ve önlemleri uygulamaktır” şeklinde tanımlamış ve hasta merkezli bakım ilk kez dile getirilmiştir. Bu tanıma göre hemşirelik, hemşirenin hizmet götürdüğü birey ya da yerde olur. Dolayısıyla hemşirelik kendine özgüdür. Hemşirenin her bireyle ilişkisi farklıdır. Hemşirelik; bilgi, beceri, kültür, ilişki kavramlarının işlendiği bir eğitim gerektirir (32, 33).

Olivia Gowan 1943 yılında hemşireliği hem bilim hem de bir sanat olarak hastaya fiziksel ve psikolojik açıdan bakım verilmesi gerekliliğine inanmıştır. Hemşireliği sağlık

eğitimi ve sağlığın korunması, birey, aile ve toplumun sağlıkla ilgili gereksinimlerinin karşılanması olarak tanımlamıştır (33, 34, 35).

Roper, Logan ve Tierney; hemşireliği hastalık durumunda tedavisinden ziyade, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların önlenmesi ya da özümlenmesi olarak algılamaktadırlar (30, 31). Florence Nightingale, Virginia Henderson, Dorothea E. Orem gibi diğer hemşirelik kuramcıları hemşireliğin ‘‘sanat ve bilim’’ olduğu ortak noktasında buluşmaktadır.

Türk Hemşireler Derneği (THD)’ne göre hemşirelik; ‘‘bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir’’ (36).

Hemşirelik, toplumun her kesiminde kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık gereksinimlerinin ışığında hemşirelik bakım planını yapan; bu planı uygulamaya koyan ve uyguladığı bakım planını sistematik bir biçimde değerlendiren dinamik bir süreçtir (30, 36).

Dünya Sağlık rgt (DSÖ)’ne göre, ‘‘hemşire, temel bir hemşirelik eğitim programını tamamlamış olan ve ülkesinde toplumun katkısını alarak hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için hemşirelik alanında sorumluluk almaya yeterli ve yetkili kişidir’’ şeklinde (37).

Hemşirelik önemli, terapötik ve kişilerarası bir süreçtir. Birey ve toplumların sağlıklarını koruyarak, diğer insansal süreçlerle beraber çalışmaktadır. Sağlık ekibinin hizmet grdğu belli durumlarda hemşireler, insan organizmasının doğal işlevlerini kolaylaştırıcı koşulların örgütlenmesine katılmaktadır. Hemşirelik, kişiliğin yaratıcı, yapıcı, üretici, toplumsal ve bireysel olma yönündeki gelişmesinde, eğitici ve olgunlaştırıcı bir gctr (30, 31).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)’nin 2003 yılında yaptığı son tanımına göre; ‘‘hemşirelik sağlığı ve sağlık uygulamalarını korumak, geliştirmek ve optimal düzeye çıkarmak, hastalıklardan ve yaralanmalardan korumak, hastalığa ve tedaviye bağlı çekilen sıkıntıyı azaltmak, birey, aile ve toplumların bakım haklarını savunmaktır’’ (33, 38, 39).

Hemşireliğin farklı tanımları yapılmıştır. 19. yüzyılda Florence Nightingale hemşireliği ‘‘hastayı iyileştirmek için hasta çevresinin iyileştirilmesi ve düzenlenmesi

eylemi.” şeklinde; 20. yüzyılda Henderson ise “bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç.” olarak tanımlamıştır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)’de bu tanımları benimsemiştir. 1980 yılında ANA hemşireliği “yardım sunan bir meslek”, hemşirelik uygulamasını “var olan ve olabilecek sağlık sorunlarına karşı gösterilen insan tepkilerinin tanı ve tedavisidir.” diye tanımlamıştır (30, 31, 33, 34, 38).

Hemşirelik Kanunu’nda hemşireliğin tanımlanması; 2007 Nisan ayı Türk hemşireleri için yıllar boyunca kesintisiz süren bir mücadelenin mutlu sonu olmuştur. 1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı R.G. yayınlanan “Hemşirelik Kanunu” hemşirelik mesleğini hiçbir şekilde temsil etmeyen ve hemşirelikle ilgili değişen kavramların karşılığını veremeyen bir içeriği taşımaktaydı. Değişiklik 2007 tarihli ve 5634 sayılı R.G. madde-3’e göre hemşirelik şu şekilde tanımlanmıştır: “hemşireler tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmek ile görevli ve yetkili sağlık personelidir” (36).

### **4.3. HEMŞİRELİK FELSEFESİ VE İLKELERİ**

Ortak alanları insan olan hemşirelik ve felsefe, insanlık durduğu sürece hep birlikte ve hep insanlık için var olacaklardır. Hemşirelikte profesyonelleşmenin başta gelen koşulu, bilim ve felsefeyi anlamak ve mesleğe yansıtmaktır. Hemşireliği diğer disiplinlerden ayıran ve hemşireliğin kendine özgü bir disiplin olmasını sağlayan üç önemli öge vardır. Bunlar; hemşireliğin kavramsal bir çatıya sahip olması, bilgi gelişimine olanak sağlayan kabul edilebilir metodolojik yaklaşımlarının bulunması ve tanımlanabilir bir felsefi düşüncesinin olmasıdır (28, 40, 41).

Hemşirelik, geçmişten günümüze, bilimsel, teknolojik, sosyokültürel değişimlerle kendini yenileyen, birey-aile-toplumun sağlığı ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplini. Bireyin ve toplumun sağlığını geliştirmeden başlayan, hastalık halinde iyileştirme, gereksinimlerini karşılamaya kadar uzanan geniş bir yelpazede hizmet sunar. Bir yardım etme disiplini (30, 31). Amacı, sağlıklı/hasta bireyin ya da toplumun

gereksinimlerinin karşılanmasında gereksindiği yardımın sağlanması olan hemşireliğin felsefesi aşağıdaki ilkeleri içerir:

#### Türk Hemşireler Derneği'nin Hemşirelik Felsefesi-1981

- Hemşirelik, bireyin sağlıklı bir ortamda yaşamaya hakkı olduğuna inanır.
- Hemşirelik, sağlıktan sapmalar olduğu zaman (akut ya da kronik) bireyin optimal bakımı almaya hakkı olduğunu savunur.
- Hemşirelik, kendine özgü bilgi ve olgular içeriği olan, bağımsız bir sağlık disiplini.
- Hemşirelik mesleği topluma hizmet götürme işlevinde diğer sağlık meslekleri ile sıkı işbirliği yapılmasına inanır.
- Hemşirelik, bireyin kendine özgü özelliği, kişiliği ve bütünlüğü içinde hak ve mahremiyetine saygıyı içerir (33, 42, 43).

Hemşirelik mesleği, hemşirelik uygulamaları aracılığı ile, ülke genelinde sağlığın optimal düzeye getirilmesi ve bu noktada sürdürülmesi için bireylere destek sağlanmasında payına düşenleri yapmakla sorumludur (44).

#### **4.4. HEMŞİRELİK MESLEĞİ VE PROFESYONELLİK KOŞULLARI**

Mesleklerin varoluş nedenlerinin en önemlilerinden biri topluma hizmet etmektir. Kimse bir başka meslek gurubuna hizmet etmek için meslek edinmez. Hemşirelik gerçek anlamda bir meslek midir değil midir? (45)

Nightingale'den bu yana hemşireliğin bir meslek olarak şekil aldığı görülmektedir. Bir iş dalının meslek olabilmesi için, bazı ölçütlere ne kadar uyup uymadığına bakmak gerekir. Ancak meslek olabilmenin ölçütleri ideal ölçütlerdir ve hiç bir meslek gerçekte tam olarak bu ölçütlere uymamaktadır (45).

Meslekler, toplum yaşamında insanların gereksinimlerini karşılamak için ortaya çıkmıştır. Tıpkı canlı organizmalar gibi meslekler de, içinde bulunduğu toplumun gelişmesine bağlı olarak değişiklik gösterir. Bir mesleğin sürekliliği ve gelişmesi, o

mesleğe yeni girenlere bilgi birikiminin aktarılması ve onların da katkıda bulunmasıyla gerçekleşir. Ayrıca, mesleğin ve üyelerinin toplum içinde değer kazanmaları için dernek kurmaları zorunludur (46).

Bir mesleğin profesyonel bir meslek olarak kabulü, aynı zamanda mesleki bir örgütlenmenin varlığını da gerektirir. Örgütlenme, birey ya da kuruluşların ortak bir amaç ya da eylemi gerçekleştirmek için bir araya gelmesi anlamını taşımaktadır (44).

Mesleki örgütlenmeyi gerçekleştirmede dernek, birlik, oda, vb.nin tümü, içinde yer aldıkları toplumun genel iyiliği için çalışmaktadır. Profesyonel bir meslek olma yönünde, ilişkili olduğu konunun ya da disiplinin ilerlemesini sağlamak ve o alanda uğraş veren bireylerin ekonomik ve sosyal statüsünün yükselmesini gerçekleştirmek o meslek için büyük önem taşımaktadır (34, 47, 48).

Bir mesleğin toplumdaki saygınlığını arttırması, büyük ölçüde bireysel ve örgütsel çabalarla olur. Profesyonellik açısından, bilgi toplumu yaratmada en önemli sorumluluğu üstlenen bir meslek grubu olarak hemşirelik gerek “mesleki eğitimi” ve gerekse “mesleki örgütlenmesi” dikkate alınmalıdır (34, 48, 49).

Türkiye geneline bakıldığında hemşireliğin hiçte azımsanmayacak sayılara ulaştığı görülmektedir. Oysa hala hemşirelik adına, hemşireliğin dışındaki otoriteler karar vermekte ve bu kararlar tartışılmaksızın uygulanmaya devam etmektedir. Bu da hemşirelik mesleğinin profesyonel düzeye ulaşmasını engellemektedir (25, 50).

Hemşireliği profesyonel temellere dayandırmış ülkelerin uygulamalarına baktığımızda; bu ülkelerin daha okul yıllarından hemşire öğrencileri profesyonel hemşireliğe hazırladığı görülmektedir. Öğrencilik yıllarında hemşirelik bilinci kazandırmak meslek yaşamında profesyonelliği de beraberinde getirecektir (25, 50).

Profesyonelleşme, çağdaş toplumlarda meydana gelen en önemli değişikliklerin başındadır. Günümüzde insanın kendi konusunda her şeyi bilmesi şart olmuştur. Başarıya ulaşabilmek için çalıştığımız alana ilişkin her şeyi bilmek gerekmektedir. Yani, profesyonellik önem taşımaktadır (34, 48, 51).

Profesyonellik kavramını açıklamaya çalışırken, önce profesyonellikle ilişkili meslek kavramının anlamını incelemekte yarar vardır. “Meslek, belli bir eğitim ile kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan kuralları belirlenmiş iş”tir (52). Toplumda bir görevi, bir mesleği düzenli ve en az hata ile sürdüren kişiye “profesyonel” denir. Eğitimi

ve deneyimiyle işini gerçekleştirerek karşılığında hak ettiği maddi kazancı sağlayabilen profesyoneldir. “Bir işin profesyoneli olmak”, onu “en ince ayrıntısına kadar kavramış olmayı” ve “uygulayabilmeyi” gerektirir. Profesyonelliğin en önemli ölçütü; işin gereklerini en mükemmel haliyle gerçekleştirebilmektir (50, 53).

Profesyonel kişi, yaptığı işi hakkını vererek ama kendi çıkarlarını da güncel tutarak özel hayatı ile iş hayatı arasında dengeyi kurabilen insan modelidir (34, 47, 48).

Robert Schemel, profesyonelliği “kabul edilmiş profesyonel standartlara göre hareket etme, iş ortamına uygun giyinme ve diğer kişilerle olan ilişkilerinde yeterince saygılı davranma” şeklinde tanımlamıştır. Bernard Barber de, profesyonelliğin davranışsal boyutunu dikkate alarak profesyonel davranışı dört temel özellik aracılığı ile açıklamıştır:

- Yüksek derecede genel ve sistematik bilgi,
- Bireysel çikardan çok toplumsal çikarlara yönelme,
- İşteki toplumsallaşma süreci içerisinde ve uzmanların kendilerinin gönüllü olarak kurdukları ve işlettikleri dernekler aracılığı ile etik kanunlar sayesinde yüksek derecede kendi kendine davranışları kontrol etme eğilimi,
- Bireysel çıkar anlamına gelmeyen, ancak işteki başarıları sembolize eden (maddi veya manevi olarak onurlandıran) bir ödül sisteminin varlığıdır (40, 48).

Profesyonel bir kimliğe sahip bir meslekteki çalışanların özellikleri şu şekilde tanımlanabilir:

- **Sorumluluk sahibi olma:** Tarafsızlık ilkesine bağlı olarak en iyi standartlarda hizmet vermek, hizmet ettiği kesime ve kaynağı ne olursa olsun her tür entelektüel haklara saygılı davranmaktır.
- **Tarafsızlık ilkesi:** Yaptığı seçimlerde, verdiği kararlarda ve hizmet anlayışında müşterinin/kullanıcının çıkarlarını ön planda tutarak kendi bilgi, deneyim ve analizlerinden yararlanmaktır.
- **Yetkinlik düzeyi:** Çalışanların yüksek kişisel ve mesleki becerilere sahip olması beklenmektedir. Kendilerini gelişmeye yönelik olarak sürekli gözden geçirmeleri ve geliştirmeleri gerekmektedir.
- **Gizlilik:** Hizmet ettikleri müşterinin/kullanıcının hakkındaki bilgileri gizli tutmak, bireyler ve kayıtlar hakkında konuşmamak, bilgi vermemek. Bu bilgileri ticari amaçlar için kullanmamaktır.

- **Müşteri/Kullanıcı çıkarlarını gözetme:** Çalışanlar müşteri/kullanıcı ile herhangi bir çıkar çatışmasına girmeden müşterilerin çıkarlarını korumak için çalışmaktadırlar.
- **Rasyonel ücretlendirme:** Profesyonel kişinin alacağı ücret, üzerinde önceden anlatılmış yöntemin verilen hizmet ve alınan sorumlulukla doğru orantılı olmalıdır.
- **Şirket/Kurum kültürüne uyum:** Çalıştığı şirket/kurumun değerlerine, ilkelerine, kurallarına, yasalarına ve kültürüne karşı saygılı bir tutum içinde olmalıdır.
- **Geniş profesyonellik anlayışı:** Profesyonellik ilkelerini sadece hizmet ettiği kesime değil, profesyonel ve amatör diğer kurumlarla olan ilişkilerinde de korumaktır (34, 48).

Hemşirelik mesleğinin profesyonellik koşulları;

- Meslek en az lisans düzeyinde olan uzman eğitim sunmalıdır.
- Hazırlık eğitimi olmalıdır. Kuram ve uygulama arasında denge olmalıdır.
- Sürekli eğitim programları düzenlemelidir.
- Diploma, sertifikalar, belgeler büyük ölçüde mesleğin kendisi tarafından belirlenip denetlenmelidir.
- Mesleğin derneği olmalıdır.
- Mesleki araştırma ve yayın yapabilmelidir.
- Meslek elemanları, mesleki bilgi ve becerilerini kullanmada belli bir özelliğe sahip olmalıdır.
- Meslek elemanları uygun pozisyonlarda görev almalı, ödüllendirilmelidir.
- Meslek, profesyonelliğin gerektirdiği tutum ve davranışları belirleyen bir ahlak yasasına sahip olmalı. Yani, bir “etik ve ahlak” kültürü olmalıdır.
- Meslek elemanları birbiriyle ilişkilerinde işbirliği, eşitlik ve destekleyicilik esaslarına uygun davranışlarda bulunmalıdır.
- Meslek elemanları kendilerini mesleklerine adanmak ve mesleki uygulamalarında maddi çıkar düşüncesi yerine “en iyi hizmeti verme” kaygısıyla hareket etmelidir (34, 47, 48).

Profesyonel bir hemşire, yukarıdaki özelliklere sahip olmanın yanı sıra: yabancı dil bilgisi, mesleki eğitimin ve tecrübeye sahip olma, mesleki alanında araştırma yapabilme yeteneği, mesleğe bağlılık, mesleki faaliyetlere katılma, meslek ahlakına uygun davranışlarda bulunma, meslek derneğine üyelik gibi özellikler taşınmalıdır. Ayrıca profesyonel bir hemşire, uygulamanın dayandığı kuramsal bilgi temelini ve üretilmiş veya üretilen uzmanlık becerilerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması sürecine aktif olarak katılmalıdır (34, 47, 48). Profesyonel bir hemşire, kendi görevinin hizmet verdiği kurum içindeki yüksek değerinin bilincinde olmalıdır (34).

#### 4.5. ÇAĞDAŞ HEMŞİRELİKTE ROL VE İŞLEVLER

Her meslek kendine özgü görev, rol ve işlevlerin yanı sıra genel bazı işlevlerde de yer almaktadır. Bunlardan mesleğe özel rol ve işlevler o mesleğe profesyonel nitelik kazandırmaktadır. Bu anlamda hemşirelikte rol, meslek üyesinden pozisyonuna uygun ya da modelde beklenen davranışların tümü şeklinde tanımlanabilir (54).

ICN tarafından hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilitasyon çalışmalarına katılan bir meslek olarak tanımlanmıştır. Hemşire, ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarının geliştirilmesi ve uygulanmasında aktif rol alan bir meslek elemanıdır (18, 30).

Profesyonel statüye ulaşma tüm disiplinlerde önemli bir başarı olarak kabul edilmektedir. Çünkü profesyoneller hem toplum hem de diğer disiplinler tarafından saygı duyulan kişilerdir. Sosyal, kültürel, bilimsel ve teknolojik gelişmeler hemşireliğin meslek olarak gelişmesini etkilemektedir. Her ne kadar geleneksel bakış açısı ile hemşirelik, hekimin planladığı tedavi planını uygulayan, hekime yardım eden bir meslek olarak algılanmaktayken, hemşirelik eğitim ve uygulamalarındaki değişimler, teknolojik gelişmeler, insan ve hasta hakları konusundaki değişimler bu düşünceyi değiştirmiş ve günümüzde bilimsel bir disiplin olarak kabul görmeyi sağlamıştır (43, 44, 46, 47). Bugün hemşirelik, hasta için tüm sağlık ekip üyeleri ile birlikte çalışan, ekip içinde kendine ait özel görevleri olan, özel eğitim gerektiren profesyonel bir meslektir. Çağdaş hemşirelikte hemşirenin rolleri aşağıdaki gibidir:

- **Bakım Verici Rolü:** Hemşire sağlığı geliştirme için, bütüncül yaklaşımla sağlık bakım gereksinimlerini belirler ve iyileştirme sürecine katılır. Bakım



verici rolünde hemşire, hastalık sürecine özel yaklaşım uygular ve hastanın sosyal-emosyonel iyilik durumunu yeniden kazandırmak için önlemler alır. Hasta ve ailesine amaç belirleme ve bu amaçlara en az maliyet ve enerji ile en kısa zamanda ulaşabilmeleri konusunda yardım eder.

- **Araştırmacı Rolü:** Hemşire, daha iyi bakım ve hizmet sunmak için yeni bilgileri araştırır, öğrenir ve uygular. Araştırma, yeni bilgilerin uygulamaya aktarılmasını ve uygulamaların etkinliğinin değerlendirilmesini sağlar.
- **Yönetici Rolü:** Hemşireler önce, uyguladıkları bireysel bakım planlarının yöneticisidir. Aynı zamanda hasta bakımının koordine edilmesinden ve yönetiminden de sorumludur.
- **Karar Verici Rolü:** Hemşireler, hasta bakım süreci ile birleştirerek kritik düşünme ve karar verme becerisini kullanırlar. Hemşirelik bakımı sunulmadan önce, hemşire, her bir hasta için en iyi bakım sunma yöntemini planlar.
- **Savunucu Rolü:** Savunucu rolde hemşire, hastayı bilgilendirme, karar vermesine yardım etme, gerektiğinde sözcülük yapma, tanı ve tedavilerin yan etki/komplikasyonlarından koruma gibi işlevleri yerine getirir.
- **Profesyonel Rolü:** Hemşire profesyonel rolü doğrultusunda tüm mesleki rol ve sorumluluklarını üstlenip yerine getirmenin yanı sıra, hemşireliğe pozisyon, bağımsızlık, statü, prestij ve yetki, güç kazandıracak, sosyal ve hukuki (yasalaştırma) çalışmalara mesleki kuruluşlar yolu ile katkı sağlar ya da bireysel katılır.
- **Danışmanlık Rolü:** Hemşireler, hasta ve ailesinin sağlığını korumaları, geliştirmeleri ya da hastalığın etkileri ile baş edebilmeleri için kendi kaynaklarını veya sağlanabilecek kaynakları tanımlarına, kullanmalarına, durumlarını tam olarak anlamalarına ve sağlıklı bir karar vermelerine yardım ederler.
- **İletişim Rolü:** İletişim bütün hemşirelik rollerinin ve aktivitelerinin temelini oluşturmaktadır. Hasta-hemşire iletişimi hastanın güçlü ve zayıf yönlerinin, gereksinimlerinin ve korkularının bilinmesini sağlar. Açık ve net olmayan bir iletişimle hastaya emosyonel destek sağlamak, etkili bir bakım vermek, hasta ve ailesi ile birlikte karar vermek, hastayı tehlikelerden korumak, hasta bakımını koordine etmek ve yönetmek, hastanın rehabilitasyonunu ve

eğitimini sağlamak m¼mk¼n değildir. İletişimin kalitesi bireyin, ailenin ve toplumun gereksinimlerinin karşılanmasında ¼nemli bir fakt¼rd¼r (28, 33, 38, 42, 43).

- **Rehabilite Edici Rol¼:** Hemşire, hastalık vb. nedenlerle yapısal ya da işlevsel kayıtların bulunduğu durumda, bireyin var olan potansiyelini en ¼st d¼zeyde kullanması, kayıp sonucu oluşan değişimlerle baş etmesi i¼in bireye ve ailesine yardım eder (55).
- **Rahatlatici Rol¼:** Hemşire duygusal destek sağlayarak bireye bakım verir. Terap¼tik ama¼lara ulaşmak i¼in bireyin yardım gereksinimi vardır ve bu yardımı hemşire sağlar (55).
- **Eğitici Rol¼:** Hemşire sağlık, tedavi ve yaşam bi¼imindeki değişimler hakkında hastaya ve hasta ailesine bilgi sağlar. Bir eğitimci olarak hemşire, hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını belirler ve m¼mk¼n olduğu kadar ¼đrenmesini sağlar. Daha sonra, sağlık bakım ama¼ları ile ilişkili olarak hastanın durumundaki ilerlemeyi değerlendirir. Ayrıca, meslek adayları ve mensuplarının da eğitiminden sorumludur. Hemşire, hasta ve ailesinin bu deneyimlerinden bir anlam bulmaları, ¼đrenmeleri ve bağımsızlık kazanmaları i¼in ne ¼đretileceđini tanımlar ve bunları ¼đretir. ¼đretim bireye ve duruma ¼zg¼d¼r. Hemşire hastaya sağlık bakımı ile ilgili kavramlar ve ger¼ekleri a¼ıklar. Hasta ve ailesinin bakıma etkin katılımlarını sağlar. ¼đrenmeyi destekler ve davranış değerikliğini değerlendirir (28, 33, 38, 42, 43, 55).

Virginia Henderson; “b¼t¼n sosyal hizmetler gibi temel hemşirelik bakımı da insan gereksinimlerinden doğmaktadır. Hemşirenin tam olarak vereceği bakımın incelenmesi, ancak işlevin, ilgili olan herkes¼e kabul edilerek bir tanımını yapmakla olasıdır” g¼r¼ř¼n¼ savundur ve hemşirenin temel işlevini şu şekilde dile getirmektedir: (30, 31)

“Hemşirenin temel işlevi, sağlam bireye sağlığını korumak, hastanın kendi kendine yapmaya g¼c¼, arzusu ve bilgisi yetmediği işlerde yardım elini uzatmak, onun ¼l¼m¼ anında huzur i¼inde olmasını sağlayacak telkinde bulunmaktır” (18, 30, 31).

DS¼ 1993 yılında bir yayınında “hemşirenin işlevleri kaynağını doğrudan doğruya hemşireliğin toplumdaki misyonundan almaktadır. Hemşirelik bakımının verileceği yer (ev, işyeri, okul, ¼niversite, cezaevi, hastane, temel sağlık bakımı veren bir klinik veya herhangi bir başka yer) veya zaman, hizmet verilmesi gereken bireyin veya grubun sağlık

durumu veya eldeki kaynaklar ne olursa olsun bu işlevlerde herhangi bir değişiklik söz konusu olamaz. Bu işlevler her ülkede hemşireliğe ilişkin mevzuatta yer almalıdır.” Diyerek hemşireliğin dört önemli işlevi üzerinde durmaktadır (18, 30).

“Bu işlevlerden ilki ister geliştirici, önleyici, tedavi edici ve rehabilitasyona yönelik, isterse destekleyici nitelikte olsun bireylere, ailelere veya gruplara hemşirelik bakım hizmetinin götürülmesini ve hizmetin yönetimini kapsamaktadır. Bunun için hemşirelik süreci adı verilen ve aşağıda sıralanan bir dizi akılcı adımların sırasıyla izlenmesi en etkin sonucun elde edilmesini sağlar:

- Bireyin, ailenin, grubun veya toplum gereksinimleri değerlendirilerek bu gereksinimlerin karşılanması için gerekli ve eldeki kaynakların saptanması;
- Hemşirelik bakımı ile en uygun ve etkin şekilde karşılanabilecek gereksinimler ile diğer meslek gruplarına havale edilmeyi gerektiren gereksinimlerin saptanması;
- En iyi şekilde hemşirelik bakımı ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili gereksinimlerin öncelik sırasının belirlenmesi;
- Gerek duyulan hemşirelik bakım hizmetinin planlanması ve sağlanması;
- Bakımın her alanında bireylere (ve gerektiğinde aile ve arkadaşlarına) rol verilmesi ve toplumsal katılımın (gerekli ve uygun hallerde), kendi kendine bakım ve sağlıkla ilgili her konuda kendi kendine karar verme mekanizmalarının özendirilmesi;
- Hemşirelik sürecinin her aşamasında yapılanların belgelenmesi ve verilen hemşirelik bakımının sonuçlarının birey, aile, grup veya toplum, hizmeti veren hemşire ve hemşirelik bakımının verildiği sistem bazlarında değerlendirilmesinde bu bilgilerden yararlanılması;
- Kabul görmüş ve uygun kültürel, ahlaki ve mesleki standartların uygulanması.

Hemşirenin ikinci işlevi hastalar veya hizmet sunulacak olanlar ile sağlık bakım personelinin eğitilmesi olup, aşağıda bildirilen etkinlikleri içerir:

- Sağlığın korunması ve iyileştirilmesi konusunda bireyin bilgi ve becerilerini değerlendirmek;
- Gerekli bilgileri uygun bir düzeyde hazırlamak ve vermek;
- Sağlık eğitim kampanyaları organize etmek ve bu tür kampanyalara katılmak;
- Bu tür eğitim programlarının sonuçlarını değerlendirmek;

- Hemşirelerin ve diğer personelin yeni bilgi ve beceriler edinmelerine yardımcı olmak;
- Kabul görmüş ve uygun kültürel, ahlaki ve mesleki standartları uygulamak.

Bir sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olarak çalışmak, hemşirenin üçüncü işlevidir. Bu işlev aşağıda bildirilen etkinlikleri içerir:

- Genel sağlık hizmetlerinin bir unsuru olarak hemşirelik hizmetlerinin planlanması, organizasyonu, yönetimi değerlendirilmesi amacıyla bireyler, aileler, toplumlar ve diğer sağlık personeli ile işbirliği yapmak;
- Diğer hemşireler, yardımcı personel ve hemşirelik hizmetinin tüketicileri de dahil olmak üzere herhangi bir hemşirelik bakım ekibine liderlik etmek;
- Hemşirelikle ilgili etkinlikler ve görevlerde diğer hemşirelik personelini görevlendirmek ve yaptıkları çalışmalarda bu personeli desteklemek;
- Tüketicinin kendisine ait bakım planına katılımını sağlamak;
- Sağlık hizmetlerinin planlanması, sunulması, geliştirilmesi, koordine edilmesi ve değerlendirilmesi konularında birden fazla disiplin ve sektörden temsilcilerin oluşturdukları ekiplerdeki insanlarla işbirliği yapmak;
- Ekip çalışmasına yardımcı olacak güvenilir ve uyumlu bir çalışma ortamı sağlanması amacıyla diğer meslek grupları ile işbirliği yapmak;
- Politika geliştirme ve program planlaması, önceliklerin belirlenmesi ile kaynakların geliştirilmesi ve tahsisi alanında aktif rol almak;
- Yerel, bölgesel veya ulusal düzeyde yetkili makamlar ve politikacılara ve gerektiği takdirde medyaya sunulacak raporların hazırlanmasında rol almak” (18, 30).

ICN tarafından adapte edilen Virginia Henderson’un hemşirelik tanımına göre; “gerekli güç, istek ve bilgiye sahip olabilseydi, bireyin yardımsız olarak kendini iyileştirebilmesi ya da sağlığı için yapabileceği faaliyetleri kendisinin yapabilmesi gerekirdi. Bunlar birey tarafından yapılamadığı hallerde sağlıklı ya da hastalıklı bireye yardımcı olmak hemşireliğe özgü bir fonksiyondur” (30, 31, 56).

Bu açıklamaya göre hemşireliğin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlamların sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içermektedir (18, 30).

Bu etkinlikler içinde sağlıklı, hasta bireye ve ailesine öğretim yapmak (DSÖ 2. İşlevi) önemli bir yer tutmaktadır. Hemşirenin bireye ve aileye yapacağı öğretimin üç temel amacı vardır. Bunlar: sağlığın devamı ve hastalıkların önlenmesi, sağlığın yeniden kazandırılması ve hastalıkla baş etmedir (56, 57).

Sağlığın devamı ve hastalıkların önlenmesi içinde sağlığı korumaya ve yükseltmeye ilişkin uygulamalar yer almaktadır. 21. yüzyılda herkes için sağlık temel hedeflerinin hepsinde bireylerin yaşam boyunca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları konusunda eğitilmelerine ve bu hedeflerin 11.'sinde ise 2015 yılına kadar, toplumdaki tüm bireylerin daha sağlıklı yaşam biçimine kavuşturulmalarına dikkat çekilmektedir. Hemşirelerin sağlıklarını yeniden kazandırmak için öğretim yapması gereken diğer bir grup sağlığı bozulmuş hasta bireylerdir. Hastaların hastalıkları, tedavileri ve bakımları konusunda bilgi sahibi olma hakları vardır ve hastanın bakım ve tedavisine katılan bütün ekip üyeleri öğretimden sorumludur. Ancak bu ekibin içinde temel işlevinden biri öğretim olan ve hastayla en uzun zaman geçiren bu nedenle hastayı çok iyi gözlemleyip öğretim gereksinimlerini belirleyebilecek olan hemşire önemli bir yere sahiptir. Sağlığı bozulmuş bireyler yeniden sağlıklarına kavuşabilmeleri için yeni bilgi ve becerilere ihtiyaç duyarlar. İyileşme sürecine giren ve hastalığın getirdiği sınırlılıklara adapte olmaya başlayan insanlar durumları hakkında bilgi arayışı içinde olurlar. Bunun tersine hastalığa uyumda zorlanıyorlarsa öğrenmeye karşı ilgisiz olabilirler. Her iki durumda da birey ve ona destek veren ailesine eğitim verilmesi önem taşır. Hasta bir bireyin yeniden sağlığını kazanmasına yardım eden bir hemşirenin yapacağı eğitimin içinde; bireyin hastalıktan etkilenen vücut sisteminin anatomisi ve fizyolojisi, hastalığın ve semptomlarının nedenleri, prognozu, diğer vücut sistemlerinde beklenen etkileri, fonksiyon sınırlılıkları, temel tedavi, ilaçlar, testler, hemşirelik önlemleri, ameliyat olacaksa cerrahi girişim, hastane veya klinik çevre, uzun süreli bakım, bireyin bakıma katılımı için metodlar, cerrahi işlem veya hastalık nedeniyle postürde oluşan sınırlılıklar gibi konular yer alabilir (3,17, 18, 28, 30, 54, 55).

“Dördüncü işlev ise eleştirel düşünce ve araştırmalar yoluyla hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi olup, aşağıda belirtilen etkinlikleri içermektedir:

- Daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlayacak çalışma yöntemleri belirlemek;

- Hemşirelik uygulamaları ve eğitimi alanında bilginin artırılması veya beceriler geliştirilmesini sağlayacak araştırma alanlarını belirlemek ve gerektiğinde bu tür çalışmalara katılmak;
- Hemşirelik araştırmalarında yol gösterici olabilecek kabul görmüş ve uygun kültürel, ahlaki ve mesleki standartları uygulamak’’ (18, 30).

Bu rol ve işlevler hemşirelik hizmetlerinin odak noktasındaki değişimi de yansıtmaktadır. Öyle ki; “geleneksel hemşirelik”, hemşirenin yatak başı bakıma yoğunlaştığı, hastanın edilgen bırakıldığı “hastada-hastaya-hasta için hemşirelik” yaklaşımıdır. Oysa “modern hemşirelik” hastanın bütüncül, hümanistik ve demokratik bir şekilde ele alındığı “Hasta ile Hemşirelik” yaklaşımındadır. Bu yaklaşımın temelini bireyin kendi bakımına ve kendine ilişkin kararlara katılımı oluşturmaktadır (54, 55).

Hasta ile hemşirelik yaklaşımında;

- Hastanın bir birey olarak değerine inanılır,
- Hastanın karar verme potansiyeline ve otonomisine değer verilir,
- Hastanın kendine ilişkin kararlara katılmasına yardım edilir,
- Bireyin biyo-psikososyal bütünlüğü göz önünde bulundurulur,
- İnsan-çevre/ sağlık-çevre ilişkisi göz önünde bulundurulur,
- İnsan hakları ve hasta haklarına saygı ön plandadır.

Modern hemşirelik, sadece hastalığı ve hastalıklı bireye bakımı değil, sağlam bireyi ve sağlığı korumayı ön planda tutmaktadır (54, 55).

Bu yaklaşım doğrultusundaki modern hemşireliğin yaşam bulması için, “ekip hemşireliği” ve “primer hemşirelik” gibi çeşitli çalışma modelleri geliştirilmiştir. Ülkemizdeki duruma bakıldığında ise; hastanelerin çoğundaki çalışma sistemi; işlerin paylaşıldığı (örneğin; servisteki bir hemşirenin tüm hastaların tansiyonlarını ve nabızlarını ölçmesi, diğer bir hemşirenin ise tüm hastaların ilaçlarını vermesi şeklindeki) “işlevsel hemşirelik” modeline uygundur. İşlevsel hemşirelik modeli, hastanın/bireyin insan olma özelliğinin ve kendine özgüllüğünün önemsenmediği bir yaklaşımdır (28, 54, 55).

Hemşirelik mesleğinin bilim ve sanat yönü hızla gelişmektedir. Ülkemizde hemşirelik eğitiminin tümüyle üniversiter düzeyde verilmeye başlanmasıyla birlikte bu gelişimler daha hızlı yansıyabilecektir (30, 31, 55).

“Hemşirelik eğitimi hemşireliğin rol ve işlevlerindeki değişimleri ve gelişimleri etkilerken, aynı zamanda bu değişimlerden de etkilenmektedir. Bu değişim ve gelişim

sürecinde temel hemşirelik eğitiminin ne olması gerektiği konusunda bazı belirsizlikler yaşanabilir ve bunun doğal olduğu söylenebilir. Ancak şu da yadsınamaz bir gerçektir; geleneksel hemşirelik eğitiminde izlenen ve tıp bilimine, hastalıkların tedavisine, rutin hemşirelik işlevlerine odaklanan medikal model yerini giderek hemşireliğin kendine özgü bilgi birikimine dayalı bir hemşirelik felsefesine sahip olan hemşirelik modellerine bırakmaktadır. Hızlı teknolojik gelişmeler ve artan hemşirelik araştırmaları hemşireleri “bilgili olmaya” ve “eleştirel-bilimsel düşünme” becerilerini geliştirmeye itmektedir. Diğer bir deyişle, modern hemşirelik bilim ve sanatının araştırmaya/bilgi temeline dayalı olarak uygulanması gereksinimi her gün daha çok hissedilmektedir” (55).

Hemşirenin işlevleri 1983 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde uygulayıcı, koordinasyon, destek hizmetler, yönetici ve eğitici roller kapsamında ele alınmaktayken Sağlık Bakanlığı bugün hemşirelik işlevlerinin belirlenmesiyle hemşirelik hizmetlerinin çağdaş bir anlayış içinde yeniden düzenlenmesi kapsamında:

- Hizmetin kalitesini artırmak,
- Hemşirelik hizmetlerinin standartlarını belirlemek,
- Hizmet kapasitesini artırmak,
- Sağlık hizmetlerine en üst düzeyde katılım sağlamak,
- Hemşirelik bakım etkinliklerini kayıt altına almak,
- Kaynakların verimli ve etkili bir şekilde kullanımını sağlamak,
- Sağlık meslekleri ile işbirliği yaparak sağlık ile ilgili her düzeydeki planlama ve politikaların oluşturulmasında yer almak,
- Yönetim görevlerine kariyer ve liyakat esaslarına uygun olarak atama yapılmasını sağlamak,
- Hemşirelerin sayı ve nitelik olarak yeterli olup olmadıklarını belirlemek,
- Hasta odaklı ve performansa dayalı yönetim ve hizmet anlayışını oluşturmak,
- Etkinlik, verimlilik, şeffaflık ve hesap verilebilirliği sağlamayı hedeflemektedir (20, 58).

Hemşirelik hizmetlerinin istenilen düzeyde olması, hemşire grubunun hem kendi içerisinde hem de sağlık ekibini oluşturan hekim, diyetisyen, hastane yönetimi gibi diğer disiplinlerle uyumlu çalışmaları ile mümkündür. Bu sağlanamazsa tedavinin

komplasyonları getirdiği yararları çok kısa süre içinde gölgeler ve sonuç iki tarafı da memnun edici olmaktan uzaklaşır (59).

#### **4.6. BÖBREK YETERSİZLİĞİ VE DİYALİZ**

Böbrekler omurganın her iki yanında, kaburgaların hemen altında bulunup, sağ böbrek üzerinde bulunan karaciğer dolayısıyla biraz daha aşağı seviyededir. Yetişkin bir insanda her biri 130-150 gr ağırlığında olan böbrekler, yumruk büyüklüğünde, fasulyeye benzeyen bir çift idrar yapan organdır. Böbreğin başlıca işlevleri vücutta su, tuz, kalsiyum dengesinin sağlanması, idrar aracılığı ile zararlı maddelerin ve ilaçların vücuttan atılması ve hormon, şeker metabolizmasına olan katkılarıdır (14, 60, 61, 62).

Böbrekler kanı süzerler. Böbrekler, kanı nefron adı verilen milyonlarca mikroskopik filtre aracılığıyla temizleyerek idrar oluşturur. Kan atardamarlardan böbreğe doğru akarken yüksek basınçtan dolayı plazma (kanın sıvı bölümü) hücreler ve büyük proteinler hariç glomerüler kapsüle (böbreğin kabuk bölümündeki damar ve sinir yumağı) geçer. Hücreler ve büyük proteinler glomerüler kapsülde kalırlar. Bu olaya glomerüler filtrasyon adı verilir (60, 63).

Vücut için gerekli olan suyun alım ve atım dengesini yani homeostazı sağlarlar. Böbrekler vücutta bulunan suyun durumuna göre seyreltik ya da yoğun idrar çıkarırlar. İdrar aracılığıyla vücutta metabolizma sonucu oluşan zararlı maddelerin kandan atılmasını sağlarlar. Bu atık maddelerinden özellikle üre, ürik asit ve kreatinindir. Bunlarla beraber sodyum, potasyum, klor gibi iyonların gerektiğinden fazlası uzaklaştırılır (4, 60).

Böbrekler vücut için gerekli bazı hormonları salgırlarlar. Bunlar kemiklerde kırmızı kan hücrelerinin üretimini harekete geçiren eritropoetin; kan basıncını düzenleyen renin ve sağlıklı kemikleşme için gerekli olan D vitamini. Bunun dışında kan basıncının düzenlenmesi, kan hücrelerinin yapımının kontrolü, kemik gelişiminin sağlanması gibi başka görevleri de vardır (60, 62, 64).

Akut böbrek yetmezliği, böbreklerin görevlerinde çok kısa bir zaman içinde meydana gelen ve geriye dönüşü mümkün olabilen işlev kaybıdır. Zamanında tanınarak, uygun tedavisinin yapılması ile hastanın sonraki yaşamında böbrekleri tamamen normal olarak çalışabilir (65, 66).



Kronik böbrek yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon hızı azalması ile birlikte giden ilerleyici bir hastalıktır. Böbreklerin, protein metabolizma ürünlerini düşük düzeylerde, kan basıncı ve hemotokriti normal düzeylerde, sodyum, su, potasyum, ve asit baz dengelerini sağlamadaki dengelerin yeterliliğinin kaybı ile karakterizedir (67).

KBY'nin başlıca belirtiler şunlardır: Halsizlik, solukluk, iştahsızlık, ağızda kötü koku, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, tansiyon yüksekliği, nefes darlığı, yorulma ve istirahatle ortaya çıkan göğüs ağrıları, öksürük, balgam, inatçı kaşıntı, sık olarak ateşli hastalıklara yakalanma, psikolojik bozukluklar, şuur bulanıklığı, epilepsi'ye benzer nöbetler ve üremik koma (1, 68 ).

Kronik böbrek yetmezliğine yol açan nedenlerin dağılımı ülkeden ülkeye, ırk ve cinsiyete göre farklılıklar göstermektedir. KBY gelişiminde iklim, sosyoekonomik koşullar, kültürel farklılıklar ve çevresel faktörler önemli rol oynamaktadır (60, 63). KBY etiyojisinin bilinmesi, bu hastalıkla mücadele stratejilerinin belirlenmesinde önem taşır. Ülkemizde Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yapılan bir çalışmaya göre, KBY nedenleri arasında ilk üç sırayı sırasıyla; HT (%28,4), DM (%27,5), ürolojik hastalıklar (%11) almıştır (63). TND yayınlarında ise, ilk üç sırayı sırasıyla DM, HT ve kronik glomerülonefrit almaktadır. DM (%35)ve HT (%27) olguları yarısından çoğunu oluşturmaktadır. Bu olguların yaşları ise genelde 60'ın üstündedir (8). DM insidansının dünya ölçeğinde görülen artışa paralel olarak, KBY insidansı da hızla artmaktadır. Kuzey Amerika ve gelişmiş ülkelerde DM ve HT diyaliz hastalarının hemen hemen %60'ını oluşturmaktadır ve 60 yaş üstü grupta daha sıktır (7, 8).

KBY'de hastaların en önemli morbidite ve mortalite nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. HD prosedürü, kardiyovasküler sistem üzerinde anlamlı akut bir stres oluşturmaktadır. Diyaliz hasta hastalarında kardiyak mortalite oranı çok yüksektir. HD hastalarının %25-50'sinde kardiyak yetmezlikler gelişmekte ve bu durum sağ kalım olasılığını önemli bir şekilde azaltmaktadır (64, 65).

KBY tedavisi için iki alternatif mevcuttur. Birincisi konservatif tedavi, ikincisi ise renal replasman tedavileridir. Hastalara KBY tanısı konduktan sonra, RRT başlamadan önce, konservatif tedavi yapılır. Konservatif tedavinin amacı, mevcut böbrek fonksiyonlarının sürdürülmesini sağlamak, komplikasyonlardan korunmak ve hastanın konforunu sağlamaktır. Konservatif tedavi, farmakolojik ve diyet tedavisi ile destekleyici bakımı esas alacak şekilde düzenlenmektedir. RR Tedavileri ise evde veya merkezde

kronik hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyondur. Böbrek transplantasyonu, KBY tedavi seçenekleri arasında, normal böbrek işlevine en yakın yöntemdir. Ancak, transplantasyon her hastaya yapılamayacağı, yapılsa bile rejeksiyon geliştiğinde hastanın yaşamın yine diyalizle garanti altına alındığı düşünüldüğünde, bu hastalığın temel tedavisi diyalizdir. Bu nedenle, öncelikle diyaliz yöntemlerinden biri seçilerek hastanın tedavisine başlanır. Diyaliz tedavileri içerisinde en yaygın olarak kullanılan yöntem HD'dir (61, 68, 69, 70, 71).

Diyaliz, böbrek yetersizliği tablolarında böbreğin atamadığı metabolik artıklar ve toksik maddelerin atılması ile sıvı-elektrolit dengesinin düzeltilmesi amacıyla uygulanan ve semipermeabl membranların dinamiğinden yararlanan tedavi yöntemidir (60).

Diyaliz, böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi yöntemidir. Bununla birlikte çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı psiko-sosyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte ve hastalık sürecini, tedaviyi olumsuz etkilemektedir (19).

Diyaliz tedavisine alınan hastanın hayatında önemli değişiklikler meydana gelir. Hasta makineye, kuruma ve sağlık personeline bağımlı hale gelir. Bu durum, hastanın bağımsızlık kaybına uğramasına neden olur. Haftanın belirli gün ve saatlerinde kurumda olup makineye bağlanma zorunluluğu vardır. Bu bağımlılık hastanın aile, iş, sosyal yaşantısında aksaklıklar meydana getirir (3, 62).

HD veya PD personel gereksinimi olmadan sürdürülecek bir tedavi şekli olmadığı gibi temin edilmesi çoğu zaman en zor olan tedavidir. Bunlardan biri tedavi şeklini uygulamayı gerçekten iyi bilen, doğru zamanda doğru seçimi yapabilecek doktor ve diyaliz hemşiresidir. Bir diğeri ise sağlık personelinin aldığı bilgiyi titizlikle kullanabilecek kadar disiplinli katılımcı karakterde hasta veya yerine göre hasta yakınıdır (6).

Pek çok sağlık hizmetlerinde olduğu gibi diyaliz tedavisi de bir ekip işidir. Kişi sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile tedavi ve bakım hizmetleri ile çok önemli bir payı olan hemşirelerin bu ekip içinde vazgeçilmez bir yeri vardır (59).

#### **4.7. DİYALİZ ÜNİTESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ROL, YETKİ VE SORUMLULUKLARI**

Buraya kadar olan bölümde hemşireliğin genel anlamda yasal ya da antlaşmalar çerçevesindeki görev, yetki ve sorumluluklarını açıkladık. Şimdi ise araştırma örneklemini

oluşturan diyaliz kurumlarında çalışan hemşireler ile ilgili aynı konulara farklı bir bakış açısı ile göz atacağız.

Uzun yıllar halkın hemşirelik hakkındaki düşüncesi, hastaların bakımı ile özdeşleşmiştir. Bugün de hemşirenin önemli ve yaşamsal rolü hastanın bakımına odaklanmıştır. Hastanelerde hemşireler, sayıları en fazla olan sağlık meslek üyesidirler ve kolaylıkla her yerde görünürler. Onlarsız bu kuruluşlar düşünülemez. Hastanelerde bugün, hemşirelerin işlevlerinde geçmiş yıllara oranla oldukça büyük değişiklikler söz konusudur. Eğitim ve uygulama alanındaki gelişmeler, yaşanan sosyal olaylar ve teknolojik ilerlemeler uzmanlık alanlarına gereksinim doğurmuştur (33).

Diyaliz hemşireliği, diyaliz hastasının kronik hastalık sürecini anlamayı hedefleyen, hasta ile olduğu kadar kendisiyle de ilgilenmesini kapsayan dinamik bir beceridir. Hastane ortamındaki değişikliklere, hemşirenin etkisi, deneyimi ve eğitimi ile görecelidir. Diyaliz hemşireliği alanında özel eğitim almış hemşirelerin diğerlerine göre bu değişikliklerle daha etkin olacakları açıktır (72).

Sağlık Bakanlığı “Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik” 18.06.2010 tarih ve 27615 sayılı R.G. madde-13’e göre; diyaliz hemşiresi: “merkezlerde diyaliz işlemini uygulayacak; hemodiyaliz uygulaması için üniversitelerin sağlık hizmetleri meslek yüksek okulundan mezun diyaliz sertifikalı hemşire, periton diyalizi için periton diyalizi sertifikalı hemşire” olarak tanımlamıştır (22).

Tüm sağlık ünitelerinde yapılan hemşirelik hizmetlerinin amacında olduğu gibi diyaliz hemşiresinin de amacı; hastanın yaşam süresini olabildiğince uzatmanın yanı sıra, kaliteli bir yaşam sağlamak ve onu sosyal yaşamın içinde tutmaktır. Diyaliz hemşiresinin amaçlarından bir diğeri ise, diyaliz hastasını gerçeğe yüz yüze getirmede cesaretlendirmek ve mümkün olduğunca bağımsız hareket etmeye yöneltmektir (6, 12, 14).

Hemşirelik biliminde, yaşam kalitesine yönelik uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yönelik girişimlerde bulunma, uygun bakım verme, yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gereğine dayanmaktadır (14).

Hemşirelik hizmetlerinin bir bölümü özel teknik beceri gerektirir. Hemşirelik bakım planı yapmak üzere hasta hakkında bilgi toplama, gözlem ve iletişim iki önemli yöntemdir. Hemşirelik bakımından kullanılan bazı teknik yöntemler, işlemler olarak adlandırılır. Örneğin, hayati belirtilerin (tansiyon, nabız, solunum ve beden ısısının)

saptanması. Bu beceriler bireyin sağlık durumunun belirlenmesinde önemli ve güvenilir fizyolojik parametrelerdir. Hekimin uygulamaya konulmasını istediği entübasyon, inhalasyon ve dren uygulaması gibi diğer beceriler, uzun yıllar hemşirelerin repertuarlarının bir parçasıdır. Teknolojik gelişmeler hemşirelerin diğer bazı özel becerileri de öğrenmesini zorunlu hale getirmiştir. Örneğin; diyaliz hasta bakımı gibi (72).

Diyaliz hemşiresi, diyaliz hastasının kendi sağlık durumunu ve diyaliz gereksinimi konusundaki bilgi ve tutumunu değerlendirmelidir. Hemşirelik uygulamalarının yasal, kültürel ve dini boyutlarının farkında olmalı ve uygulamalarda hastanın güvenliğine, hasta haklarına, hastanın mahremiyetine, hastaya saygı göstermeye dikkat etmelidir. Hasta bakımını sağlarken, hasta ile diğer önemli kişilerle ve sağlık bakımını verenlerle işbirliği yapmalıdır. Araştırma sonuçlarını günlük uygulamalarda kullanmalıdır. Profesyonel büyüme ve gelişmeyi sağlamak için profesyonel ulusal ve uluslar arası organizasyonlara üye olmalı ve meslektaşları ile iletişim sağlamalıdır (72, 73).

Diyaliz hemşiresinde bulunması gereken özellikler; genel bilgi ve beceriler:

Araç gereç ekipman bilgisi, bilgisayar kullanım bilgisi, dinleme yeteneği, ekip içinde çalışma yeteneği, genel sağlık bilgisi, hijyen bilgisi, ikna yeteneği, ilkyardım bilgisi, insan psikoloji bilgisi, iş yeri çalışma prosedürü bilgisi, mesleğe ilişkin yasal düzenlemeler bilgisi, mesleki elektronik bilgisi, mesleki terim bilgisi, öğrenme yeteneği, öğretme yeteneği, organizasyon yeteneği, problem çözme yeteneği, enfeksiyon önleme kontrol bilgisi, karar verme yeteneği, araştırmacı olmak, çalışkan olmak, çevre korumaya karşı duyarlı olmak, dikkatli olmak, dürüst olmak, etkili ve güzel konuşmak, güler yüzlü olmak, hoşgörülü olmak, insan ilişkilerine özen göstermek, iş disiplinine sahip olmak, zamanı iyi kullanmak, iş güvenliğine dikkat etmek, iş yeri çalışma prensiplerine uymak, işyerine ait araç gereç ve ekipmanların kullanımına özen göstermek, kaliteye dikkat etmek, meslek ahlakına sahip olmak, planlı ve organize olmak, sabırlı olmak, sorumluluk sahibi olmak temiz olmaya özen göstermek, titiz olmak, yeniliklere açık olmak... (72, 73).

18.06.2010 tarihli ve 27615 sayılı R.G.'de yayımlanarak yürürlüğe giren “Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik” madde 16’ya göre; diyaliz hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır: hemodiyaliz seansı öncesinde, hemodiyaliz sırasında ve sonrasında hastanın her türlü tıbbî bakımını, nefroloji uzmanı, sertifikalı uzman tabip ve sertifikalı tabibin direktiflerine göre yapmak, hemodiyaliz hastalarına eğitim vermek, rutin

hasta takiplerini yapmak, tedavilere ilişkin kayıtları tutmak, hemodiyaliz cihazlarını diyalize hazırlamak, diyaliz setlerini hazırlamak, hastanın damar yolunu açmak, sterilizasyon ve yüzey dezenfeksiyon işlerini yürütmekle görevlidir. Periton diyalizi hemşiresi, nefroloji uzmanının direktifleri doğrultusunda rutin hasta takiplerini yapmak, hastalara eğitim vermek, takip ve tedavilere ilişkin kayıtları tutmak ve tedavinin gerektirdiği uygulamaları ve testleri yapmakla görevlidir. Periton diyaliz hemşiresi ayrıca, hastaların sağlık durumunun gerektirdiği hallerde ve nefroloji uzmanının tespit edeceği kurallar çerçevesinde periton diyalizi hastalarının ev ziyaretlerini yapar. Bu ziyaretlerin programlanması ve uygulanması sırasındaki ihtiyaçlar, merkez tarafından temin edilmektedir (20, 21, 22).

Diyaliz hemşiresinin, diyalizdeki hasta bakımını uygulamak diyaliz hastasının sorunlarına yönelik bakım hedeflerini geliştirmek ve hemşirelik bakım sürecine uygun planlar yapabilmek diyaliz komplikasyonlarını gözlemlemek, özellikle diyaliz türünün temel prensiplerini belli bir eğitim programı çerçevesi içinde anlatmalı, anlattıklarını hasta tarafından titizlikle uygulayacağından emin olmalıdır. Bu eğitim hasta diyalize başladıktan sonrada devam etmelidir (17, 68, 70).

09.09.2009 tarihli ve 27344 sayılı R.G. yayınlan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik reformu Projesi (SDSGRP) görev tanımlarına göre; diyaliz hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları:

1. “Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından belirlenmiş politika, hedef, kural ve düzenlemelere uyar/uyulmasını sağlar.
2. Hemşirelik hizmetleri ile ilgili sorun ve gereksinimleri sorumlu hemşiresine bildirir.
3. Hastayı üniteye kabul eder. Üniteye uyumunu sağlar.
4. Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formunu kullanarak hastanın kapsamlı değerlendirmesini yapar, bakım gereksinimlerini planlar, uygular, sonuçlarını değerlendirir, gereksinimlere göre bakımda yeni düzenlemeler yapar .
5. Hastanın kendi kendine yönetimi ve bakımını destekler. Hastayı diyalize hazırlar. Hasta, ilk defa diyalize giriyor ise diyaliz ekibi ve diğer hastalarla tanıştırır. İşlem ve diyaliz merkezi hakkında bilgi verir. Diyalizin komplikasyonları, belirtileri yönünden bilgilendirir.
6. Hasta ve yakınlarını diyaliz işlemi, süresi, randevu saati konularında bilgilendirir.
7. Gerekli durumlarda hastayı sosyal ve psikolojik destek açısından yönlendirir.

8. Hekim istemi doğrultusunda uygun diyalizer ve diyalizati hazırlar.
9. Arteriovenöz fistül girişimini yapar.
10. Diyaliz öncesi ve sonrası hastayı tartar, hemodiyaliz süresince yaşam bulgularını kontrol eder.
11. Hekimin yazılı ve imzalı istemini, planlanan tedaviyi hemşire gözlem formuna kaydeder, uygular, etki ve yan etkilerini gözler, komplikasyonlara karşı önlemler alır. Hastanın diyaliz sırasında ve sonrasında var olan ilaç uygulamalarını yapar ve kaydeder.
12. Hastaya uygulanan bakım ve tedavi ile ilgili uygulamalar ile eğitim ve gözlemlere ilişkin verileri hemşire gözlem formuna kaydeder, nöbet/vardiya değişimlerinde yazılı ve sözel olarak teslim eder.
13. Tanı ve tedavi amaçlı girişimler için hastayı bilgilendirir, işlem sırasında destek olur, işlem sonrası izler ve kaydeder. Hasta vizitleri yaparak hastaların durumunu izler, ilgili ekiple bilgi alış verişinde bulunur.
14. Hastaların güvenli bir biçimde taşınmasını sağlar. İlgili bölümün hemşiresine teslim eder.
15. Enfeksiyon belirtileri saptandığında, sorumlu hemşiresine bildirir.
16. İzolasyonu gereken hastalar için gerekli önlemleri alır.
17. Hasta ile ilgili acil durumları saptayarak uygun şekilde girişimde bulunur, kayıt eder. Acil için gerekli olan yeterli malzemelerin daima kullanıma hazır tutulmasını sağlar.
18. Araç-gereç ve malzemelerin isteminde servis sorumlu hemşiresine görüş bildirir.
19. İlaçları güvenli bir şekilde temin eder, uygun koşullarda, güvenli ve düzenli bir şekilde korunmasını sağlar. İlaçların son kullanma tarihini kontrol eder.
20. Narkotik ilaçların kullanımını kontrol altına alır, bunlara ilişkin talimatlara uyar . Teslim saatinde narkotik ilaçları sayarak teslim alır ve kaydeder.
21. Hastanın ölümü halinde hastaya ait ilaç kartlarının, kullanılmamış ilaçların eczaneden iptalini gerçekleştirir.
22. Hasta ve ailesine gerekli eğitimleri verir, danışmanlık yapar.
23. Hastanın öneri, istek ve şikâyetlerini dinler, değerlendirir ve ilgili birimlere yönlendirir.
24. Enfeksiyon ve kazalara karşı güvenli bir çevre sağlar.

25. Hastanın ölümü halinde hazırlanmasını ve morga götürülmesini sağlar. Diğer hastaların etkilenmelerini önleyici tedbirler alır.
26. Hastaların uyku ve dinlenmelerini sağlamak amacıyla, gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol eder, belirlediği aksaklıkları ilgili birime bildirerek giderilmesini sağlar.
- a) Sorumlu hemşireye ünitenin hemşirelik hizmetleri ile ilgili faaliyet raporunun hazırlanmasında yardım eder.
- b) Hemşirelik ve diyaliz hemşireliği alanında araştırmalar yapar ve yapılan araştırmalara katılır.
- c) Eğitim hemşiresi ve sorumlu hemşiresi ile işbirliği yaparak eğitim gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunur. Hizmet içi eğitim etkinliklerine katılır.
- d) Sorumlu hemşire ile işbirliği yaparak öğrenci hemşirelerin eğitimine katkıda bulunur
- e) Müdürlük ve sorumlu hemşiresi tarafından istenen toplantılar ile mesleki ilerleme ve gelişimi için kurum içi/kurum dışındaki seminer ve toplantılara katılır.
- f) Müdürlük tarafından istenilen kayıt ve istatistikleri toplar.
- g) Tüm uygulamalarını etik kurallar doğrultusunda yapar” (73).

Projede belirlenen diyaliz hemşiresi görev tanımları ile DSÖ'nün belirlediği hemşirelik işlevleri arasında uyum mevcuttur.

08.03.2010 tarihli ve 27515 sayılı R.G. yayımlanan “Hemşirelik Yönetmeliği”nde madde-2’ye 19.04.2011 tarihli ve 27910 sayılı R.G.’de yayımlanan “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ek-2’de yer alan diyaliz hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları eklenmiştir. Bunlar:

“Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Hastanın kendi kendine yönetimi ve bakımını destekler. Hastayı diyalize hazırlar. Hasta, ilk defa diyalize giriyor ise diyaliz ekibi ve diğer hastalarla tanıştırır. İşlem ve diyaliz merkezi hakkında bilgi verir. Diyalizin komplikasyonları, belirtileri yönünden bilgilendirir.

2. Diyaliz işlemi sırasında oluşabilecek komplikasyonlara müdahale eder.

3. Hemodiyalize alınacak hastanın vasküler giriş yolunu değerlendirir.

4. Hasta ve yakınlarını diyaliz işlemi, süresi, randevu saati konularında bilgilendirir.
5. Gerekli durumlarda hastayı sosyal ve psikolojik destek açısından yönlendirir.
6. Diyaliz öncesi ve sonrası hastayı tartar, diyaliz süresince yaşam bulgularını kontrol eder.
7. Diyaliz giriş yerinin bakımını yapar.
8. Hekim istemi doğrultusunda uygun diyalizer ve diyalizatı hazırlar.
9. Arteriovenöz fistül girişimini yapar.
10. Hasta ve hasta yakınlarına diyaliz işlemi, diyaliz süresi ve fistül bakımı gibi konularda gerekli eğitimi verir.
11. Diyaliz ekibi ile birlikte hastanın evdeki bakımına ilişkin eğitim verir (banyo, beslenme, fistül bakımı, sıvı alımı ve hastanın kendi kendine bakım desteği)” (20).

#### **4.8. HEMŞİRELERİN YASAL SORUMLULUKLARI**

“Hemşirelikle ilgili bir tıbbi girişimin hukuka uygun sayılabilmesi ve dolayısıyla girişimi yapanın herhangi bir hukuksal sorumluluğa tabi tutulmaması için aranan bir takım koşullar bulunmaktadır. Bunlar;

- Girişimi yapanın hemşire olması,
- Girişim konusunda endikasyonun bulunması (ki bu şart çoğunlukla hekim açısından geçerli olup, hemşireler açısından daha sınırlıdır),
- Hastanın rızasının bulunması,
- Son olarak, tıbbi girişimin hemşireliğin gerektirdiği şekilde ve özenli bir biçimde uygulanmasıdır.

Bu şartlardan “hastanın rızası” bakımından ise özellikle belirtilmesi gereken husus, hastanın rızasının geçerli olabilmesi için hastanın “aydınlatılması” gerekliliğidir. Aydınlatma yapılmadığı takdirde hastanın rızası geçersiz olur ve bu durum da tıbbi girişimin hukuka aykırı olmasını ve sonuç olarak hemşirenin hukuksal sorumluluğuna neden olur. Aydınlatma esas itibarıyla hekimin görevidir. Hekim bu görevini hemşirelere devredemez. Burada hekimin bizzat edim yükümlülüğünün bulunduğu bir alan söz konusudur. Ancak, hemşirelerin de kendi alanları içindeki tıbbi girişimler bakımından aydınlatma yükümlülüğü vardır. Maalesef ülkemizde bu hususa gerekli özen



gösterilmemektedir ve zaman içinde hemşirelerin de bu nedenle mahkemeler tarafından sorumlu tutulmaları söz konusu olabilecektir.

Bu çerçevede, hemşirelerin rıza ve aydınlatma yükümlülüğü hekimlere nazaran daha dardır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 31/2. maddesine göre, "Hastanın, uygulanacak tıbbi girişim için verdiği rıza, bu girişimin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsar".

Belirtilen bu şartların tümü, tıbbi girişimin hukuka uygunluğu bakımından şarttır. Şartlardan birisinin eksikliği hemşirelerin hukuksal sorumluluğuna neden olacaktır. Girişimi yapanın hemşire olmaması (örneğin henüz hemşirelik öğrencisi olması), tıbbi endikasyon olmadığı halde bir tıbbi girişimin yapılması (örneğin bir enjeksiyonun gereksiz yere, sırf para almak için yapılması) ve hastanın aydınlatılmadığı ve/veya rızasının bulunmadığı hallerde yapılan tıbbi müdahale hukuka aykırı olur ve hemşirenin kasten yaralama, ölüm neticesi meydana gelmişse de bu neticeden sorumluluğuna neden olur. Bu sorumluluk bir yandan ceza hukuku sorumluluğu iken, başka ifadeyle hemşirenin ceza mahkemesinde yargılanarak sonuçta hapis ve/veya para cezası almasını sonuçlayacakken; aynı zamanda tazminat ve disiplin sorumluluğunu da gerektirecektir.

Hemşirelerin hukuka aykırı tıbbi müdahalelerden dolayı üç türlü sorumluluğu söz konusu olabilir:

- Tazminat Sorumluluğu
- Ceza Sorumluluğu
- Disiplin Sorumluluğu

Bu üç tür sorumluluğu doğuran eylemler genellikle taksirli eylemlerdir. Taksirli eylemlerle anlatılmak istenen, hemşirenin dikkatsiz, tedbirsiz, kısaca özensiz hareket etmesi sonucunda hastanın zarar gördüğü eylemlerdir. Hemşire tıbbi müdahaleyi yaparken hastanın bir zarar görmesini istememektedir. Ancak özen yükümlülüğünün gereklerini yerine getirmemesi sonucunda hasta zarar görmektedir. Hukuk düzenimiz hemşirelerin istemediği neticelerden ötürü de sorumluluğunu kabul etmiştir.

Aşağıda verilen örnekler öğreti ve uygulamada, hemşirelerin özen yükümlülüğüne aykırı hareketleri nedeniyle taksirleri dolayısıyla sorumlu tutuldukları hallere verilen örneklerdir: Tıbbi müdahale sırasında gerekli hijyenik şartlara uymamak

- Hareketsiz kalması gereken hastayı hareket ettirmek
- Malzemenin sterilize edilmemesi

- Nöbet teslimi kurallarına riayet edilmemesi (bilgi aktarımı – hastanın bakımsız bırakılması)
- Standart uygulamanın dışına çıkılması.

Bu yukarıda belirtilen üç sorumluluk türü ayrı ayrı uygulanabileceği gibi, her üçü birden de söz konusu olabilir.

Tazminat sorumluluğu, hastada meydana gelen zarar dolayısıyla hastaya veya hastanın ölümü halinde yakınlarına ödenmesi gereken tazminata ilişkin sorumluluktur. Bu noktada ölüm halinde ödenecek tazminat ile manevi tazminat miktarlarının yüksek olabileceğine işaret etmek gerekir.

Ceza sorumluluğu ise hemşirenin taksirli tıbbi girişim dolayısıyla, taksirle yaralama veya taksirle öldürme suçundan dolayı yargılanarak, sonuçta hapis veya para cezasına çarptırılmasını ifade etmektedir. Sağlık personelinin hapis cezası genellikle ertelenmekte veya para cezasına çevrilmiştir.

Disiplin sorumluluğu ise kamu görevlisi olarak çalışan hemşirelere, taksirli eylemleri dolayısıyla ayrıca çalıştıkları kurum (hastane, sağlık müdürlüğü vs.) tarafından da disiplin cezası verilmesini sonuçlamaktadır.

Sağlık personeli hakkında açılan ceza davalarında Yüksek Sağlık Şurası yasal bilirkişi kurumu olarak belirlenmiştir. Bu nedenle, bütün ceza davalarında sağlık personelinin kusuru konusunda mahkemelerin Yüksek Sağlık Şurasından mütalaa alma mecburiyeti bulunmaktadır. Ancak zaman zaman tazminat davalarında da mahkemelerin Yüksek Sağlık Şurasından mütalaa talep ettikleri görülmektedir.

Hemşireler hakkında açılan ceza davalarında da Yüksek Sağlık Şurasının vereceği bilirkişi raporu büyük önem arz etmektedir. Ancak bütün bilirkişi raporlarında olduğu gibi, Yüksek Sağlık Şurasının raporları da mahkeme açısından bağlayıcı değildir. Ayrıca Yargıtay'ın Yüksek Sağlık Şurası kararlarını yeterli görmediği söylenebilir. Bu durumda Yargıtay, Adli Tıp Kurumundan rapor alınmasını istemektedir. Hemşireler işlevlerini yerine getirirken özen yükümlülüğüne aykırı hareket etmeleri tazminat, ceza ya da disiplin sorumluluğu gereğini ortaya çıkarabilir'' (74).

#### **4.9. DİYALİZE GİREN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI**

Diyaliz hemşiresi, diyaliz merkezinde çalışmanın diğer hizmet alanlarından daha güç olduğunu ve daha fazla fedakârlık istediğini iyi bilmeli ve kendini hazırlamalıdır.

Juhnke ve Curtin'nın 2000 yılında 30 KBY hastasıyla yapmış oldukları araştırma sonucunda hastaların hemşirelerden özel bakım ve anlayış bekledikleri sonucuna varılmıştır (75).

Glaxo Wellcome'un 1995 yılında yaptığı araştırma sonucuna göre; diyaliz hemşirelerinin en yaygın işlevinin; hastaların durumunu değerlendirmek, laboratuvar değerlerini izlemek, hastaları dinlemek, hastalara eğitim ve psikolojik destek vermek olduğu saptanmıştır (76). Taylor ve arkadaşlarının araştırma sonucuna göre ise; hemşirelerin işlevlerinin ilişkiler amaçlı yaklaşım kadar mesleki odaklı yaklaşım da içeriyor olmasıdır: hastaları dinlemek, hastanın bakış açısına karşı nazik olmak ve psikolojik destek sağlamak (77).

Amerikan Nefroloji Hemşireleri Derneği (ANNA)'nın KBY ve diyaliz hemşireleri hakkında ki bir rapora göre; diyaliz hemşirelerinin % 84 ü hastaları ve aileleriyle uzun dönem ilişkiler kurduğu açıklanmıştır (78).

Linda Hughes, yoğun bakım ünitelerindeki deneyimli hemşirelerle, yeni mezun hemşirelerin klinik değerlendirme kabiliyetleri ve teknik yeteneklerini karşılaştırmış; ani ortaya çıkan semptomların değerlendirilmesi ve hızlı karar verme yeteneğinin deneyimle geliştiğini belirtmiştir (79).

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) , hemşirelik girişimlerinin standardize edilmiş bir sınıflandırmasını Nursing Interventions of Classifications (NIC) ve hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere, beklenen hasta sonuçlarının standardize edilmiş sınıflandırmasını Nursing Outcome Classifications (NOC) yapmıştır. KBY olan hastalarda NANDA tarafından onaylanan, fonksiyonel sağlık örüntülerine göre gruplandırılmış hemşirelik tanılarından faydalanılarak oluşturulmuş hemşirelik bakımı aşağıda yer almaktadır (3, 30, 31, 68, 80).

**Hemşirelik Tanısı:** Sıvı Volüm Fazlalığı

**Tanı kriterleri:** Ödem, HT, sıçrayıcı nabız, kilo alma, dispne, pulmoner ödem, santral venöz basınç (CVP) artışı.

**Neden:** Sıvı atımında böbreklerin yetersizliği, yetersiz diyaliz, aşırı sıvı alımı, sodyum ve su retansiyonu.

**Amaç:** Sıvı volümünü, kan basıncı ve nabzı normal sınırlarda tutmak.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Hasta, sıvı fazlalığı endikasyonu olan kan basıncında artma, periorbital, sakral ve periferal ödem, dispne açısından izlenir.
- Akciğerdeki sıvıyı tespit etmek için akciğerler raller yönünden değerlendirilir.
- Hipertansiyon ve ödemi kontrol altında tutmaya yardımcı olması için, hastaya düşük sodyumlu diyeti sürdürmesi gerektiği açıklanır, hekim istemine göre sodyum alımı kısıtlanır.
- Günlük kilo takibinin önemi açıklanır.
- Hemodiyaliz ve periton diyalizi hakkında hasta bilgilendirilir.
- Ödemli bölgelere özel olarak deri bakımı uygulanır.
- Vital bulgular ve CVP izlenir.
- Hekim istemine göre oksijen uygulanır.

**Hemşirelik Tanısı:** Deri Bütünlüğünde Bozulma

**Tanı Kriterleri:** Kaşınma, morarma, kuru deri, ödem, derinin soyulması.

**Neden:** Kalsiyum fosfat depolanmasının hızlanması, yağ ve ter bezlerinin aktivitesinde azalma, kapiller kırılabilirlik, aşırı sıvı, nöropati.

**Amaç:** Deri bütünlüğünü korumak, kaşıntıyı gidermek, hastayı rahatlatmak.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Hasta derinin rengi, dokusu, turgor ve damar yapısındaki değişiklikler için değerlendirilir. Problemleri erken saptamak için enfeksiyon bulguları, yaralanma, purpura için hasta izlenir.
- Kaşınmayı hafifletmek, kuru deriyi nemlendirmek için sık banyo yapması, ılık su, yumuşak sabun kullanması önerilir.
- Hastayı rahatlatmak, kaşıntıyı hafifletmek için duş veya banyoyu takiben nemlendirici kremler veya merhemler uygulanır.
- Kaşınmayı hafifletmek için isteme göre antihistaminikler ve antipiruritisler uygulanır.
- Kaşınma sırasında deri yaralanmalarını ve enfeksiyonu önlemek için tırnaklar kısa ve temiz tutulmalıdır.
- Deride kalsiyum fosfat birikimi nedeniyle serum kalsiyum ve fosfat seviyeleri izlenir.

**Hemşirelik Tanısı:** Yaralanma Riski: kırık

**Neden:** Kalsiyum emiliminde ve fosfat atılımında değişme, D vitamini metabolizmasında değişim

**Amaç:** Olası yaralanmayı engellemek.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Hasta hipokalemi, serum fosfat seviyesinde artma, kas ağrısı, harekette kısıtlanma varlığı için değerlendirilir.
- Range-of-Motion egzersizleri uygulanır ve hareket etmesi tavsiye edilir.
- Yaralanma riskini azaltmak için güvenli çevre sağlanır.
- Hekim istemine göre D vitamini ve kalsiyum supplementleri ve fosfat bağlayıcıları uygulanır.
- Kalsiyum ve alüminyum fosfat aşırı atılımını önlemek için yemekle kalsiyum supplementleri veya fosfat bağlayıcıları verilir.
- Yemekle bu ilaçların alımının önemi hastaya açıklanır.
- Kalsiyum supplementleri kullanıldığı zaman hiperkalsemi için gözlenir.

**Hemşirelik Tanısı:** Aktivite Intoleransı

**Tanı Kriterleri:** Yorgunluk, nefes darlığı, solukluk, dispne, taşikardi.

**Neden:** Anemi, üremi, diyaliz sırasında kan kaybı.

**Amaç:** Günlük yaşam aktivitelerini minimum enerji ile yerine getirebilmek.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Hastanın oksijen taşıma kapasitesinin bir göstergesi olan hematokrit ve hemoglobin seviyeleri izlenir.
- Hekim istemine göre yemek ve eritropoetin arasında demir preparatı uygulanır.(normal eritropoetini sürdürmek için)
- Hemodiyaliz sırasında ve öncesinde folikasid uygulamasından kaçınılır.
- Yorulmaması için kan kaybı en aza indirilir ve diyaliz bölgesi herhangi bir kanama için izlenir.
- Aktivitelerin arasında yeterli istirahat periyotları ayarlanır.
- Hastanın aktiviteye cevabı değerlendirilir.
- Hastanın rutin günlük egzersiz planını yaparken bir egzersiz terapistinden yardım istemesi tavsiye edilir.

**Hemşirelik Tanısı:** Beslenmede Değişiklik: Beden gereksiniminden daha az beslenme

**Tanı Kriterleri:** İştah kaybı, kilo kaybı, elektrolit dengesinde değişiklik.

**Neden:** Proteinden kısıtlı diyet, bulantı, kusma, anoraksiya, stomatit, beslenme metabolizmasında değişiklik.

**Amaç:** Kilo almayı etkileyen yeme örüntülerini ve nedenlerini tanımlamak ve uyması gereken diyet hakkında hastayı bilgilendirmek.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Kilo, Kan üre nitrojeni (BUN), serum, kreatinin, albumin, total protein ve serum elektrolitleri izlenir.
- Stomatit, kötü tat duyusunun önlenmesi ve hastanın rahatlatılması için sık ağız bakımı sağlanır.
- Bulantı ve kusmayı önlemek için daha küçük ve sık öğünler önerilir.
- Hastanın kontrol duyusunu arttırmak için sınırlar çerçevesinde sıvı alımı ve gıda seçiminde serbest kalmasına izin verilir.
- İdeal vücut ağırlığını sürdürmek ve vücut protein katabolizmasını minimize etmek için karbonhidrattan zengin gıda alımı ve günde en az 2000-2500 kilokalori (kcal) alması sağlanır.
- Eğer hasta diabetik değilse karbonhidrat alımını arttırmak ve ağız tadını düzeltmek için şeker ve şeker ürünlerini yemesi sağlanır.

**Hemşirelik Tanısı:** Konstipasyon

**Tanı Kriterleri:** Barsak eliminasyonu kaybı

**Neden:** Harekette azalma, sıvı kısıtlaması, diyet modifikasyonu veya elektrolit imbalansı.

**Amaç:** Hastanın düzenli barsak alışkanlığı kazanması ve sürdürmesini sağlamak.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Konstipasyonu önlemek için feçes yumuşatıcıları uygulanır.
- Hastaya hipermagnezemi gelişebileceğinden, magnezyum içeren laksatiflerden sakınması söylenir.
- Barsak peristaltizmini artırmak için hastanın hareket etmesi söylenir.

**Hemşirelik Tanısı:** Diyare

**Tanı Kriterleri:** Sık, sulu feçes

**Neden:** Gastrointestinal inflamasyon

**Amaç:** Diyareyi önlemek ve sıvı kayıplarını yerine koymak.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Sıvı ve elektrolit kaybını izlemek için, feçes ölçülür ve kayıt edilir.
- Hastada sürekli diyare mevcutsa, serum elektrolitleri (özellikle sodyum, kalsiyum) izlenir.
- Kayıpları yerine koymak için elektrolit içeren sıvıların oral alımına teşvik edilir.
- Perianal bölge bütünlüğünü sürdürmek için perianal bölge temiz tutulur ve losyon uygulanır.
- Hastanın normal barsak fonksiyonuna kavuşması için tolerasyonuna göre normal diyete dönülür.

**Hemşirelik Tanısı:** Enfeksiyon Riski

**Neden:** İmmün sistemin baskılanması, malnütrisyon, üremi.

**Amaç:** Olası enfeksiyonlardan hastayı korumak.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Titreme, ateş, taşikardi; deride kıvrım alanlarında, kızarıklık, şişlik veya akıntı değerlendirilir.
- Sıklıkla oral ve kişisel bakım uygulanır.
- Hastadan enfeksiyonlu kişilerle temastan kaçınması istenir.
- Lokal ve sistemik enfeksiyon bulguları izlenir.
- Diyaliz uygulaması sırasında aseptik teknik uygulanır.
- Organizmanın girişini önlemek için kateterizasyon gibi invazif işlemlerden uzak durulur.

**Hemşirelik Tanısı:** Düşünce Sürecinde Değişiklik

**Neden:** Elektrolit dengesizliği

**Amaç:** Düşünce sürecindeki değişikliği erken fark edip olası sorunları önlemek.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Sıklıkla hastanın oryantasyon durumu değerlendirilir. Gerekirse zamana, yere ve kişiye tekrar oryantasyonu sağlanır.
- Dış uyarı en aza indirilir.

- Düşünce sürecindeki değişiklik için değerlendirilir.
- Karar verme sürecinde gerekirse hastaya yardım edilir.

**Hemşirelik Tanısı:** Bilgi Eksikliği

**Tanı Kriterleri:** Hasta ve ailesi tanı rejimi ve hastalık süreci hakkında sorular sorar.

**Amaç:** Hasta ve ailesini hastanın bakım gereksinimlerini sürdürecektir şekilde bilgilendirmek.

**Hemşirelik Girişimleri:**

- Hastaya hastalık süreci, diyet kısıtlaması, hastalıkla ilgili komplikasyonların kontrolü için metotlar hakkında bilgi verilir. Sıvı ve diyet kısıtlaması tavsiye edilir.
- Hastaya yazılı bilgi verilir. Uygunsa eğitime hastanın ailesi de dahil edilir.
- Anlamadığı şeyler tekrar edilir. Hasta ve ailesinin soru sormasına izin verilir.
- Hastaya kilo ve aldığı çıkardığı sıvıyı nasıl izleyeceği öğretilir. Sonuçları kayıt etmesi ve ziyaretlerde hekime bilgi vermesi istenir.
- Kilo alma, kontrol edilemeyen bulantı kusma, artmış zayıflık ve konfüzyon, anormal kanama, kaşıntı, deride kuruluk, nefes darlığı, kas kramplarında artma, tremor veya inme gibi hekime bildirilmesi gerekli potansiyel problemlerin belirti bulguları hastaya açıklanır.
- Tedavi planına uygunluk ve devam eden bakımın önemi açıklanır.



## **5. MATERYAL VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN TARİHİ, TİPİ VE AMACI**

Aralık 2009-Mayıs 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilen; “tanımlayıcı” ve “analitik” nitelikteki bu araştırma, değişik diyaliz merkezlerinde çalışan hemşirelerin mesleki eğitim ve diyaliz eğitiminde aldıkları bilgi ve öğrendikleri becerileri uygulamaya aktarabilme durumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN YERİ, EVREN VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın Evrenini; İstanbul ilindeki İstanbul Özel Hizmet Hastanesi Türk Böbrek Vakfı Ahmet Ermiş Diyaliz Merkezi, Dia-Med Şişli Diyaliz Merkezi, Özel Medicana International İstanbul Hastanesi, Özel Nil Metropol Diyaliz Merkezi, Özel Doğan Hastanesi, Bahçelievler Özgözükara Diyaliz Merkezi, Ultra Diyaliz Merkezi ve vakıf hastanelerindeki hemşireler (N=600); örnekleme ise bu hastanelerin diyaliz merkezlerinde çalışan hemşireler (n=210) oluşturmaktadır. Örneklem randım sistemine göre ve hemşirelerin onayı da alınarak seçilmiştir. Araştırma yapılan kurumlardan yazılı izinler alınmıştır (Ek-3, 4, 5, 6, 7, 8, 9).

Araştırmanın Sınırlı Yönü: bu araştırmada iş doyumu, motivasyon ve memnuniyet ölçeklerinin kullanılmayıp sadece hemşirelerin ifadeleri doğrultusunda hareket etmek sınırlılıktır.

### **5.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE TEKNİĞİ**

Veriler; araştırmacı tarafından hazırlanan demografik özellikleri içeren bir anket ve profesyonel işlevleri içeren bir anket uygulanarak, ayrıca gözlem tekniklerinden de yararlanılarak toplanmıştır. Hazırlanan anketler ile ilgili önce bir pilot çalışma yapılmış, gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra uygulamaya geçilmiştir (Ek-1, 2).

Anket Formu; hemşirelerin sosyo-demografik, mesleki, kurumsal, eğitim özelliklerini değerlendirmek; diyaliz hemşirelerinin hemşirelik işlevlerini değerlendirme anketi ise hemşirelerin hemşirelik işlevlerini doğru kabul etme ve uygulama durumlarını

değerlendirmek için kullanılmıştır. Diyaliz hemşirelerinin hemşirelik işlevlerini değerlendirme anketinde, hemşirelik işlevlerinin yer aldığı 30 madde bulunmaktadır. Hemşirelerin bu işlevleri, hemşirelik işlevi olarak görme ve uygulama durumları ölçülmektedir. Her madde için; hemşirelerin uygulama durumlarına bir, uygulamama durumlarına ise sıfır puan verilerek toplam uygulama puanı elde edilmektedir. Toplam uygulama puanı 0 ile 30 arasındadır. Toplam uygulama puanının 0 puandan 30 puana artışı diyaliz hemşirelerinin, bu işlevleri hemşirelik işlevi olarak görüp uygulama durumlarının artışı göstermektedir.

#### **5.4. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package of Social Science) programı kullanılarak yapılmıştır. Normal dağılıma uygun olan verilerde parametrik, normal dağılıma uygun olmayan verilerde ise non-parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; çalışma grubunda elde edilen verilerin dağılımını değerlendirmek için Frekans dağılımı (%), Aritmetik ortalama ( $\bar{x}$ ), Standart sapma ( $\pm SD$ ) dağılımın yaygınlık ölçüsünden; farklı grup ortalamaları arasındaki anlamlılığı değerlendirmek için parametrik olmayan önemlilik testlerinden Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır.

Değerlendirmede yer alan tanımlayıcı özellikler bağımsız değişkenler, hemşirelik işlevlerini uygulama puanı bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

#### **Araştırmada Yanıtları Aranılan Sorular**

1. Diyaliz ünitesinde çalışan hemşireler, eğitim ile aldıkları bilgi ve öğrendikleri becerileri ünitelerindeki hastalara aktarabiliyorlar mı? Yani, profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul edip uygulayabiliyorlar mı?
2. Bu işlevleri yerine getirmelerini etkileyen (olumlu-olumsuz) hangi faktörler vardır?

## 6. BULGULAR

Değişik diyaliz merkezlerinde çalışan hemşirelerin mesleki eğitim ve diyaliz eğitiminde aldıkları bilgi ve öğrendikleri becerileri yani profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul etme ve uygulama durumlarını değerlendirmek ve profesyonel yaklaşımlarını etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada bulgular:

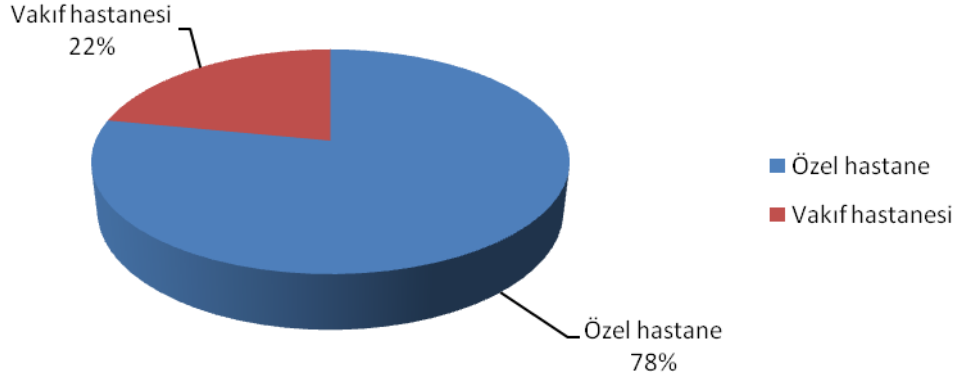
1. Diyaliz hemşirelerinin sosyo-demografik ve kurumsal özellikleri,
2. Profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul etme ve uygulama durumlarını,
3. Profesyonel işlevleri doğru kabul edip uygulamalarını etkileyen/etkilemeyen faktörler,

olmak üzere üç bölümde ele alınmıştır.

### 6.1. DİYALİZ HEMŞİRELERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE KURUMSAL ÖZELLİKLERİ

**Tablo 1. Diyaliz Hemşirelerinin Çalıştıkları Kurum Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Kurumlar</b>	<b>n</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Özel Hastaneler	164	78,1
Vakıf Hastaneleri	46	21,9
Genel Toplam	210	100,0



**Şekil 1. Örneklem Grubunun Çalıştıkları Kurum Özelliğine Göre Dağılımı (n=210)**

Örneklem grubunun çalıştıkları kurum özelliğine göre dağılımı Şekil 1'de verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin % 78,1'i (n=164) özel hastanelerde, % 21,9'u (n=46) vakıf hastanelerinde çalışmaktadır.

**Tablo 2. Diyaliz Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Sosyo-Demografik Özellikler		n	Yüzde (%)
Yaş	20-30 yaş	114	54,3
	31-40 yaş	78	37,1
	41 yaş ve üstü	18	8,6
	Toplam	210	100,0
Medeni durumu	Evli	126	60,0
	Bekar	84	40,0
	Toplam	210	100,0
Ücret	Diğer meslektaşlarımdan yüksek	19	9,0
	Normal giderler için yeterli	99	47,1
	İşletmenin kazancına uygun	10	4,8
	Kıt kanaat geçinmeye yeterli	39	18,6
	Yetersiz	40	19,0
	Cevapsız	3	1,4
	Genel Toplam	210	100,0

Örneklem grubunun yaşlarına göre dağılımı Tablo 2'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin % 54,3'ü (n=114) 20-30 yaş, % 37,1'i (n=78) 31-40 yaş, % 8,6'sı (n=18) 41 ve üzeri yaş aralığındadır.

Örneklem grubunun medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 2'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin % 60'ı (n=126) evli, % 40'ı (n=84) bekarıdır.

Örneklem grubunun ücretleri ile ilgili özelliklere göre dağılımı Tablo 2'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılan hemşirelerin % 9,0'unun (n=19) diğer meslektaşlarından yüksek, % 47,1'inin (n=99) normal giderler için yeterli, % 4,8'inin (n=10) işletmenin kazancına uygun, % 18,6'sının (n=39) kıt kanaat geçinmeye yeterli, % 19'unun (n=40) yetersiz ücret aldıkları görülmektedir.

**Tablo 3. Diyaliz Hemşirelerinin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı**

Mesleki Özellikler	n	Yüzde (%)	
Unvanı	Sorumlu diyaliz hemşiresi	29	13,8
	Periton diyaliz hemşiresi	15	7,1
	Hemodiyaliz hemşiresi	166	79
	Toplam	210	100
Diyaliz ünitesinde toplam çalışma süresi	0-3 yıl	66	31,4
	4-7 yıl	63	30
	8-10 yıl	32	15,2
	10 yıl üstü	49	23,3
	Toplam	210	100
Vardiya düzeni	Gündüz vardiyası	116	55,2
	Karışık vardiya	85	40,5
	Diğer vardiya düzeni	9	4,3
	Toplam	210	100
Günde toplam çalışma süresi	8 saat	99	47,1
	10 saat	83	39,5
	12 saat	16	7,6
	15 saat ve üzeri	12	5,7
	Toplam	210	100
Bir diyaliz seansında ortalama bakılan hasta sayısı	2 hasta	7	3,3
	3 hasta	14	6,7
	4 hasta	49	23,3
	5 hasta	104	49,5
	6 hasta ve üzeri	19	9
	Cevapsız	17	8,1
	Genel Toplam	210	100
Günde bir hastaya ayrılan ortalama süre	1 saat	37	17,6
	2 saat	31	14,8
	3 saat	35	16,7
	4 saat ve üzeri	92	43,8
	Cevapsız	15	7,1
	Genel Toplam	210	100

**Tablo 3. Devamı**

Diyaliz hemşireliğini seçme nedeni	Geliri iyi olduğu için	18	8,6
	Ben seçmedim	11	5,2
	Tesadüfen	77	36,7
	Bilerek ve isteyerek	92	43,8
	Diğer	12	5,7
	Toplam	210	100
Diyaliz hemşireliğini seçerken, diyaliz ortamında bulunmanın sağlığa zarar verici risklerinin farkında olarak seçme durumu	Evet	71	33,8
	Hayır	86	41
	Kısmen	53	25,2
	Toplam	210	100
Diyaliz ünitesinde çalışma süresince enfeksiyon alma durumu	Evet	4	1,9
	Hayır	206	98,1
	Toplam	210	100
Aldığı enfeksiyon türü	Hepatit B	2	1
	Diğer	2	1
	Cevapsız	206	98,1
	Genel Toplam	210	100
Uygulanan koruyucu yöntemler*	Eldiven	201	95,7
	Galoş, maske, bone	139	66,2
	Dezenfektan solüsyonlar	157	74,8
	Koruyucu gözlük	28	13,3
	Diğer	10	4,8

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Diyaliz hemşirelerinin mesleki özelliklerine göre dağılımı Tablo 3 'de incelenmiştir. Buna göre araştırmaya katılanların % 13,8'i (n=29) sorumlu diyaliz hemşiresi, % 7,1'i (n=15) periton diyaliz hemşiresi, % 79'u (n=166) hemodiyaliz hemşiresidir. Diyaliz ünitesinde toplam çalışma süresine göre dağılımlarına bakıldığında araştırmaya katılanların % 31,4'ünün (n=66) 0-3 yıl, % 30'unun (n=63) 4-7 yıl, % 15,2'sinin (n=32) 8-10 yıl, % 23,3'ünün (n=49) 10 yıl üstü olduğunu görüyoruz. Çalıştığı vardiya düzenine göre dağılımı ise araştırmaya katılanların % 55,2'si (n=116) gündüz vardiyasında, % 40,5'i (n=85) karışık vardiyalarda, % 4,3'ü (n=9) ise diğer vardiya düzeninde çalıştığı ifade edilmiştir. Günlük toplam çalışma saati incelendiğinde, araştırmaya katılanların % 47,1'nin (n=99) 8 saat, % 39,5'nin (n=83) 10 saat, % 7,6'sının (n=16) 12 saat, % 5,7'sinin (n=12) 15 saat ve üzeri olduğu saptanmıştır. Bir diyaliz seansında günde ortalama baktığı hasta sayısına göre dağılımına bakıldığında, araştırmaya katılanların % 3,3'ü (n=7) 2 hasta, % 6,7'si (n=14) 3

hasta, % 23,3'ü (n=49) 4 hasta, % 49,5'i (n=104) 5 hasta, % 9'u (n=19) 6 hasta ve üzeri hasta baktığı saptanmıştır. Günde bir hastaya ayırdığı ortalama süreye göre dağılımı incelendiğinde araştırmaya katılanların % 17,6'sının (n=37) 1 saat,% 14,8'nin (n=31) 2 saat, % 16,7'sinin (n=35) 3 saat, % 43,8'nin (n=92) 4 saat ve üzeri süre ayırdığı belirlenmiştir. Diyaliz hemşireliğini seçme nedenlerine göre dağılımında ise araştırmaya katılanların % 8,6'sının (n=18) geliri iyi olduğu için, % 36,7'sinin (n=77) tesadüfen, % 43,8'inin (n=92) bilerek ve isteyerek seçtiği ve % 5,2'sinin (n=11) kendisinin seçmediği saptanmıştır. Diyaliz hemşireliğini seçerken, diyaliz ortamında bulunmanın sağlığa zarar verici risklerinin farkında olarak seçme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, araştırmaya katılanların % 33,8'nin (n=71) evet, % 41'nin (n=86) hayır, % 25,2'sinin (n=53) kısmen yanıtını verdiği saptanmıştır. Diyaliz ünitesinde çalışma süresince enfeksiyon alma durumlarına göre dağılımına bakıldığında, araştırmaya katılanların % 1,9'nun (n=4) enfeksiyon aldığı, % 98,1'nin (n=206) enfeksiyon almadığı saptanmıştır. Aldığı enfeksiyon türlerine göre dağılımı incelendiğinde, araştırmaya katılanların % 1'inin (n=2) Hepatit B, % 1'nin (n=2) diğer enfeksiyon türünü işaretlediği saptanmıştır. Uyguladığı koruyucu yöntemlere göre dağılımında ise, katılan hemşirelerin % 95,7'sinin (n=201) eldiven, % 66,2'sinin (n=139) galoş, maske ve bone, % 74,8'inin (n=157) dezenfektan solüsyonlar, % 13,3'nün (n=28) koruyucu gözlük, % 4,8'nin (n=10) başka önleyici yöntemler uyguladığı görülmektedir.

**Tablo 4. Diyaliz Hemşirelerinin Meslek Hakkında Duygu ve Düşüncelerine Göre Dağılımı**

<b>Meslek Hakkında Duygu ve Düşünceler</b>		<b>n</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Diyaliz hemşireliğinin olumlu ve olumsuz yönlerinden en önemlileri	Doyum sağlar	36	17,1
	Ekonomik yönden tatminkardır	26	12,4
	Sorumluluk alabilmeyi sağlar	96	45,7
	Yorucudur	4	1,9
	Psikolojik yorgunluğa sebep olur	20	9,5
	Daima dikkat gerektirir	27	12,9
	Diğer	1	0,5
	Toplam	210	100

**Tablo 4. Devamı**

İş doyumu	Çok iyi	17	8,1
	İyi	81	38,6
	Orta	96	45,7
	Kötü	16	7,6
	Toplam	210	100
Çalışılan kurumun hekim ve yönetiminden memnun olma durumu	Evet, memnun	59	28,1
	Hayır, memnun değil	56	26,7
	Kısmen memnun	95	45,2
	Toplam	210	100
Toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgöründen memnu olma durumu	Evet, memnun	85	40,5
	Hayır, memnun değil	41	19,5
	Kısmen memnun	84	40
	Toplam	210	100
Toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgöründen duyulan memnuniyetsizliğin etkileri	Evet, moralim bozuluyor	19	9
	Evet, çalışma isteğim azalıyor	47	22,4
	Evet, agresif oluyorum	19	9
	Hayır, hiç umurumda değil işlevlerimi gerçekleştiriyorum	17	8,1
	Cevapsız	108	51,4
	Genel Toplam	210	100
Sürekli aynı hastaları bakım vermenin hissettirdiği duygu	Sıkıntı verici	103	49
	Çok iyi	12	5,7
	Umurumda değil	1	0,5
	Mutluluk verici	37	17,6
	Öfke uyandırıcı	13	6,2
	Memnuluk verici	11	5,2
	Diğer	33	15,7
	Toplam	210	100
Diyaliz hemşirelerinin nasıl algılandığı*	Güler yüzlü	108	51,4
	İletişimde yetersiz	126	60
	Hoşgörülü	114	54,3
	Agresif	158	75,2
	Güvenilir	21	10
	Güvenilmez	33	15,7
	Sorumluluk sahibi	6	2,9
	İlgisiz	12	5,7

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir



Diyaliz hemşirelerinin meslek hakkındaki duygu ve düşüncelerine göre dağılımları Tablo 4’de incelenmiştir. Diyaliz hemşireliğinin olumlu ve olumsuz yönlerinden en önemlilerine göre dağılımına bakıldığında; araştırmaya katılanların % 17,1’i (n=36) doyum sağladığını, % 12,4’ü (n=26) ekonomik yönden tatminkâr olduğunu, % 45,7’si (n=96) sorumluluk alabilmeyi sağladığını, % 1,9’u (n=4) yorucu olduğunu, % 9,5’i (n=20) psikolojik yorgunluğa sebep olduğunu, % 12,9’u (n=27) daima dikkat gerektirdiğini ifade etmiştir. Genel olarak iş tatminine göre dağılımına bakıldığında; araştırmaya katılanların % 8,1’i (n=17) çok iyi, % 38,6’sı (n=81) iyi, % 45,7’si (n=96) orta, % 7,6’sı (n=16) kötü olduğunu ifade etmiştir. Çalıştığı kurumun hekim ve yönetiminden memnun olma durumuna göre dağılımında ise; araştırmaya katılanların % 28,1’nin (n=59) memnun olduğunu, % 26,7’sinin(n=56) memnun olmadığını, % 45,2’sinin (n=95) kısmen memnun olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Toplum ve ekip arkadaşlarından gördüğü saygı ve hoşgörüden memnun olma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 40,5’nin (n=85) memnun olduğunu, % 19,5’nin (n=41) memnun olmadığını, % 40’nin (n=84) kısmen memnun olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgörüden duyulan memnuniyetsizliğin hemşirelik işlevini olumsuz etkileme durumuna göre dağılımında ise; araştırmaya katılanların % 9’u (n=19) evet, moralim bozuluyor, % 22,4’ü (n=47) evet, çalışma isteğim azalıyor, % 9’u (n=19) Evet, agresif oluyorum, % 8,1’i (n=17) hayır hiç umurumda değil işlevlerimi gerçekleştiriyorum şeklinde yanıtladığı saptanmıştır. Sürekli aynı hastalara bakım vermenin hissettirdiği duyguya göre dağılımına bakıldığında; araştırmaya katılanların % 49’unun (n=103) sıkıntı verici olduğunu, % 5,7’sinin (n=12) çok iyi olduğunu, % 0,5’nin (n=1) umurumda olmadığını, % 17,6’sının (n=37) mutluluk verici olduğunu, % 6,2’sinin (n=13) öfke uyandırıcı olduğunu, % 5,2’sinin (n=11) memnuniyet verici olduğunu ifade ettiği saptanmıştır. Diyaliz hemşirelerinin meslektaşları tarafından nasıl algılandığının dağılımında ise; araştırmaya katılanların % 51,4’nün (n=108) güler yüzlü, % 60’nın (n=126) iletişimde yetersiz, %54,3’nün (n=114) hoşgörülü, % 75,2’sinin (n=158) agresif, % 10’nun (n=21) güvenilir, %15,7’sinin (n=33) güvenilmez, % 2,9’nun (n=6) sorumluluk sahibi, %5,7’sinin (n=12) ilgisiz olduklarını ifade ettikleri saptanmıştır.

**Tablo 5. Diyaliz Hemşirelerinin Eğitim Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Eğitim Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>Yüzde (%)</b>	
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	77	36,7
	Ön lisans	55	26,2
	Lisans	78	37,1
	Toplam	210	100
Diyaliz sertifikasının olma durumu	Evet, HD sertifikası	135	64,3
	Evet, PD sertifikası	26	12,4
	Hayır	49	23,3
	Toplam	210	100
Sertifikayı aldığı yer	Sağlık bakanlığına kendi başvuruyla	25	11,9
	Üniversite hastanesinden	72	34,3
	Devlet hastanesinden	29	13,8
	Özel diyaliz merkezinden	24	11,4
	Cevapsız	60	28,6
	Genel Toplam	210	100
Hastaların gereksinim duyduğu eğitim konuları*	Tedavi yöntemleri ve avantajları, dezavantajları	118	56,2
	Vasküler giriş yolu bakımı ve korunması	141	67,1
	Kişisel hijyenik bakım	79	37,6
	Fiziksel ve sosyal aktiviteler	47	22,4
	Sıklıkla kullanılan ilaçlar	136	64,8
	Beslenme ve diyet	175	83,3
	Diğer	10	4,8
Kendi sağlık bilgisini yeterli bulma durumu	Yeterli	137	65,2
	Yetersiz	10	4,8
	Kısmen yeterli	63	30
	Toplam	210	100

**Tablo 5. Devamı**

Diyaliz hemşireliğinin sertifika eğitim süresinin olmasını istediği süre	3 ay	122	58,1
	6 ay	70	33,3
	1 yıl	9	4,3
	Diğer	5	2,4
	Cevapsız	4	1,9
	Genel Toplam	210	100
Kurumlarında hizmet içi eğitiminin verilme durumu	Evet	148	70,5
	Hayır	59	28,1
	Cevapsız	3	1,4
	Genel Toplam	210	100
Hizmet içi eğitiminin verildiği sıklık	Her ay	75	35,7
	1-3 ay	31	14,8
	3-6 ay	28	13,3
	Yılda 1 kez	15	7,1
	Cevapsız	61	29
	Genel Toplam	210	100
Hizmet içi eğitim konularını belirleyenler	Kendimiz	34	16,2
	Eğitim Hemşiresi	53	25,2
	Başhemşire	63	30
	Hastane yönetimi	3	1,4
	Cevapsız	57	27,1
	Genel Toplam	210	100
Hasta eğitimlerini yeterli bulma durumu	Yeterli	76	36,2
	Yetersiz	44	21
	Kısmen yeterli	90	42,9
	Toplam	210	100
Diyalizle ilgili kitap dergi vb. yayınları takip etme durumu	Evet	157	74,8
	Hayır	53	25,2
	Toplam	210	100
Diyaliz ile ilgili kongrelere katılma durumu	Evet	112	53,3
	Hayır	98	46,7
	Toplam	210	100

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Diyaliz hemşirelerinin eğitim özelliklerine göre dağılımı Tablo 5’de incelenmiştir. Eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; araştırmaya katılanların % 36,7’sinin (n=77) sağlık meslek lisesi mezunu, % 26,2’sinin (n=55) ön lisans mezunu, % 37,1’nin

(n=78) ise lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Diyaliz sertifikasının olma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 64,3'ünde (n=135) HD sertifikası olduğu, % 12,4'ünde (n=26) PD sertifikası olduğu, % 23,3'ünde (n=49) ise sertifika bulunmadığı saptanmıştır. Diyaliz sertifikasını aldığı yere göre dağılımında ise; araştırmaya katılanların % 11,9'unun (n=25) Sağlık Bakanlığı'ndan kendi başvurusu ile, % 34,3'nün (n=72) üniversite hastanesinden, % 13,8'inin (n=29) devlet hastanesinden, % 11,4'nün (n=24) özel diyaliz merkezinden aldığı saptanmıştır. Hastaların gereksinim duyduğu eğitim konulara göre dağılımına bakıldığında; araştırmaya katılan hemşirelerin % 56,2'sinin (n=118) tedavi yöntemleri ve avantajları, dezavantajları, % 67,1'nin (n=141) vasküler giriş yolu bakımı ve korunması, % 37,6'sının (n=79) kişisel hijyenik bakım, % 22,4'nün (n=47) fiziksel ve sosyal aktiviteler, % 64,8'nin (n=136) sıklıkla kullanılan ilaçlar, % 83,3'nün (n=175) beslenme ve diyet konusunda hastaların eğitim gereksiniminin olduğu görülmektedir. Kendi sağlık bilgisini yeterli bulma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 65,2'sinin (n=137) yeterli, % 4,8'nin (n=10) yetersiz, % 30'nun (n=63) kısmen yeterli bulduğu saptanmıştır. Diyaliz hemşireliğinin sertifika eğitim süresinin olmasını istediği süreler göre dağılımına bakıldığında; araştırmaya katılanların % 58,1'i (n=122) 3 ay, % 33,3'ü (n=70) 6 ay, % 4,3'ü (n=6) 1 yıl, % 2,4'ü (n=5) diğer, olmasını istediği saptanmıştır. Kurumlarında hizmet içi eğitiminin verilme durumuna göre dağılımında ise; araştırmaya katılanların % 70,5'inde (n=148) verildiği, % 28,1'inde (n=59) verilmediği saptanmıştır. Hizmet içi eğitiminin verildiği sıklıklara göre dağılımı incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 35,7'si (n=75) her ay, % 14,8'i (n=31) 1-3 ay, % 13,3'ü (n=28) 3-6 ay, % 7,1'i (n=15) yılda 1 kez verildiğini ifade etmiştir. Hizmet içi eğitim konularını belirleyenlere göre dağılıma bakıldığında; araştırmaya katılanların % 16,2'sinin (n=34) kendilerinin, % 25,2'sinin (n=53) eğitim hemşiresinin, % 30'nun (n=63) başhemşiresinin, % 1,4'nün (n=3) hastane yönetiminin belirlediği saptanmıştır. Hasta eğitimlerini yeterli bulma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; araştırmaya katılanların % 36,2'sinin (n=76) yeterli, % 21'nin (n=44) yetersiz, % 42,9'nun (n=90) kısmen yeterli buldukları saptanmıştır. Diyalizle ilgili kitap dergi vb. yayınları takip etme durumuna göre dağılımına bakıldığında; araştırmaya katılanların % 74,8'nin (n=157) takip ettiği, % 25,2'sinin (n=53) takip etmediği görülmektedir. Diyaliz ile ilgili kongrelere katılma durumuna göre dağılımı incelendiğinde

ise; araştırmaya katılanların % 53,3'nün (n=112) kongrelere katıldığı, % 46,7'sinin (n=98) katılmadığı saptanmıştır.

**Tablo 6. Diyaliz Hemşirelerinin Kurumsal Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Kurumsal Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Bulduğunuz diyaliz ünitesinde performans değerlendirme yapılma durumu	Evet	73	34,8
	Hayır	137	65,2
	Toplam	210	100
Diyaliz hemşiresinin uygulamalarına yönelik standartlarının olma durumu	Evet	136	64,8
	Hayır	72	34,3
	Cevapsız	2	1
	Genel Toplam	210	100
Diyaliz hemşiresinin görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımlarının belirlenme durumu	Evet	153	72,9
	Hayır	57	27,1
	Toplam	210	100
Ekibin bir üyesi olarak hastanın bütüncül yaklaşımında otonomi (kendi kendine karar verme) uygulayabilme durumu	Evet	56	26,7
	Hayır	38	18,1
	Kısmen	116	55,2
	Toplam	210	100
Olumlu ve olumsuz sonuçlar karşısında rapor verilen kişi	Hekim	108	51,4
	Başhemşire	73	34,8
	Hastane yönetimi	6	2,9
	Cevapsız	23	11
	Genel Toplam	210	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 65,2'sinin (n=137) bulunduğu diyaliz ünitesinde performans değerlendirmesi yapılmadığı; % 64,8'nde (n=136) diyaliz hemşiresinin uygulamalarına yönelik standartlarının olduğu; % 72,9'nun (n=153) kurumunda diyaliz hemşiresinin görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımlarının belirlendiği; % 26,7'sinin (n=56) ekibin bir üyesi olarak hastanın bütüncül yaklaşımında otonomi (kendi kendine karar verme) uygulayabildiği, % 55,2'sinin (n=116) ekibin bir üyesi olarak hastanın bütüncül yaklaşımında otonomi (kendi kendine karar verme) kısmen uygulayabildiği; % 51,4'nün (n=108) olumlu ve olumsuz sonuçlar karşısında hekime, % 34,8'nin (n=73) başhemşireye, % 2,9'nun (n=6) hastane yönetimine rapor verdiği görülmektedir (Tablo 6).

## 6.2. DİYALİZ HEMŞİRELERİNİN PROFESYONEL HEMŞİRELİK İŞLEVLERİNİ DOĞRU KABUL ETME VE UYGULAMA DURUMLARI

**Tablo 7. Diyaliz Hemşirelerinin Profesyonel Hemşirelik İşlevlerini Doğru Kabul Etme ve Uygulama Durumlarının Dağılımı (n=210)**

Hemşirelik İşlevleri	Hemşirelik İşlevidir				Hemşirelik İşlevi Değildir			
	Uyguluyorum		Uygulamıyorum		Uyguluyorum		Uygulamıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Enfeksiyon ve kazalara karşı güvenli bir çevre sağlamak.	185	88,1	4	1,9	17	8,1	4	1,9
Hastayı üniteye kabul etmek ve üniteye uyumunu sağlamak.	191	91	8	3,8	6	2,8	5	2,4
Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formunu kullanarak hastanın kapsamlı değerlendirmesini yapmak. (bakım gereksinimlerini planlamak, uygulamak, sonuçlarını değerlendirmek).	153	72,9	38	18,1	10	4,7	9	4,3
Hastaların uyku ve dinlenmelerini sağlamak amacıyla, gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol etmek.	169	80,5	12	5,7	26	12,4	3	1,4
Hemodiyaliz öncesi ve sonrası hastayı tartmak.*	98	46,7	34	16,2	17	8,1	48	22,9
Hemodiyaliz süresince hastanın yaşam bulgularını kontrol etmek.*	191	91	5	2,4				
Hastanın diyaliz sırasında ve sonrasında var olan ilaç uygulamalarını yapmak ve kaydetmek.	201	95,7	7	3,3	2	1		
İlaçları güvenli bir şekilde temin edip, uygun koşullarda, güvenli ve düzenli bir şekilde korunmasını sağlamak.	184	87,7	6	2,7	10	4,8	10	4,8
İlaçların son kullanma tarihini kontrol etmek.	203	96,7	2	1	5	2,3		
Teslim saatinde narkotik ilaçları sayarak teslim almak ve kaydetmek.	168	80	38	18,1			4	1,9

**Tablo 7. Devamı**

Hastaya uygulanan bakım ve tedavi ile ilgili uygulamalar ile eğitim ve gözlemlere ilişkin verileri hemşire formuna kaydetmek.	199	94,8	9	4,2			2	1
Tanı ve tedavi amaçlı girişimler için, işlem sırasında hastaya destek olmak.	197	93,8	10	4,8	3	1,4		
Hastanın kendi kendine yönetimi ve bakımını desteklemek.	195	92,9	9	4,3	3	1,4	3	1,4
Hasta, ilk defa diyalize giriyor ise hastayı diyaliz ekibi ve diğer hastalarla tanıştırmak.	189	90	16	7,6	2	1	3	1,4
Diyaliz işlemi ve diyaliz merkezi hakkında hastayı bilgilendirmek.	197	93,8	7	3,3	4	1,9	2	1
Diyalizin komplikasyonları, belirtileri yönünden hastayı bilgilendirmek.	194	92,4	6	2,9	4	1,8	6	2,9
Hasta ve yakınlarını diyaliz işlemi, süresi, randevu saati konularında bilgilendirmek.	186	88,6	10	4,8	6	2,8	8	3,8
Tanı ve tedavi amaçlı girişimler için hastayı bilgilendirmek.	193	91,9	3	1,4	8	3,8	6	2,9
Yönetim veya sorumlu hemşire tarafından istenen toplantılar ile mesleki ilerleme ve gelişimi için kurum içi/kurum dışındaki seminer ve toplantılara katılmak.	182	86,7	22	10,5	3	1,4	3	1,4
Hizmet içi eğitim etkinliklerine katılmak.	195	92,9	15	7,1				
Sorumlu hemşire ile işbirliği yaparak diyaliz eğitimi alan hemşirelerin eğitimine katkıda bulunmak.	180	85,7	27	12,9	3	1,4		
Araç-gereç ve malzemelerin isteminde servis sorumlu hemşiresine görüş bildirmek.	191	91	12	5,6	5	2,4	2	1
Hastada enfeksiyon belirtileri saptandığında, sorumlu hemşiresine bildirmek.	202	96,2	8	3,8				
Nöbet/vardiya değişimlerinde hasta bilgileri ve hemşire gözlemlerini yazılı ve sözlü olarak hasta başında teslim etmek.	204	97,1	6	2,9				

**Tablo 7. Devamı**

Hekim istemi doğrultusunda uygun diyalizer , diyalizati(PD solüsyonunu) hazırlamak.	186	88,6	9	4,3	9	4,3	6	2,8
Hasta ve ailesini psikolojik ve sosyal birimlerden destek almaya yönlendirmek.	170	81	14	6,7	14	6,7	12	5,6
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından belirlenmiş politika, hedef, kural ve düzenlemelere uymak.	197	93,8	7	3,3	4	1,9	2	1
Hemşirelik hizmetleri ile ilgili sorun ve gereksinimleri sorumlu hemşiresine bildirmek.	196	93,3	6	2,9	4	1,9	4	1,9
Müdürlük tarafından istenilen kayıt ve istatistikleri toplamak.	150	71,4	17	8,1	25	11,9	18	8,6
Hemşirelik ve diyaliz hemşireliği alanında araştırmalar yapmak.	159	75,7	38	18,1	5	2,4	8	3,8

\*Bu seçenekler sadece hemodiyalizde çalışan hemşire tarafından işaretlenmiştir.

Diyaliz hemşirelerinin, profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul etme ve uygulama durumlarının dağılımına bakıldığında; ‘Enfeksiyon ve kazalara karşı güvenli bir çevre sağlamak’ işlevi için hemşirelerin; %88,1’nin (n=185) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hastayı üniteye kabul etmek ve üniteye uyumunu sağlamak’ işlevi için hemşirelerin; % 91’nin (n=191) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hemşirelik süreci hasta tanılama formunu kullanarak hastanın kapsamlı değerlendirmesini yapmak (bakım gereksinimlerini planlamak, uygulamak, sonuçlarını değerlendirmek) işlevi için hemşirelerin; % 72,9’nun (n=153) hemşirelik işlevidir uyguluyorum, %18,1’nin (n=38) hemşirelik işlevidir uygulamıyorum, % 4,8’nin (n=109) hemşirelik işlevi değildir uyguluyorum ve %4,3’nün (n=9) hemşirelik işlevi değildir uygulamıyorum dediği saptanmıştır. ‘Hastaların uyku ve dinlenmelerini sağlamak amacıyla, gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyarıları kontrol etmek’ işlevi için hemşirelerin; % 80,5’nin (n=169) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hemodiyaliz öncesi ve sonrası hastayı tartmak’ işlevi için hemodiyalizde çalışan hemşirelerin; % 46,7’sinin (n=98) hemşirelik işlevidir uyguluyorum, % 16,2’sinin (n=34) hemşirelik işlevidir uygulamıyorum, % 8,1’nin (n=17) hemşirelik işlevi değildir uyguluyorum ve % 22,9’nun (n=48) hemşirelik işlevi değildir



uygulamıyorum dediği saptanmıştır. ‘Hemodiyaliz süresince hastanın yaşam bulgularını kontrol etmek’ işlevi için hemodiyalizde çalışan hemşirelerin; % 91’nin (n=191) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hastanın diyaliz sırasında ve sonrasında var olan ilaç uygulamalarını yapmak ve kaydetmek’ işlevi için hemşirelerin; % 95,7’sinin (n=201) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘ilaçları güvenli bir şekilde temin eder, uygun koşullarda, güvenli ve düzenli bir şekilde korunmasını sağlamak’ işlevi için hemşirelerin; % 87,7’sinin (n=184) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmek’ işlevi için; % 96,7’sinin (n=203) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘teslim saatinde narkotik ilaçları sayarak teslim almak ve kaydetmek’ işlevi için; % 80’nin (n=168) hemşirelik işlevidir uyguluyorum dediği saptanmıştır. ‘Hastaya uygulanan bakım ve tedavi ile ilgili uygulamalar ile eğitim ve gözlemlere ilişkin verileri hemşire formuna kaydetmek’ işlevi için hemşirelerin; %94,8’nin (n=199) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘tanı ve tedavi amaçlı girişimler için, işlem sırasında hastaya destek olmak ’ işlevi için; % 93,8’nin (n=197) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hastanın kendi kendine yönetimi ve bakımını desteklemek’ işlevi için; %92,9’nun (n=195) hemşirelik işlevidir uyguluyorum dediği saptanmıştır. ‘Hasta, ilk defa diyalize giriyor ise hastayı diyaliz ekibi ve diğer hastalarla tanıştırmak’ işlevi için hemşirelerin; % 90’nin (n=189) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘diyaliz işlemi ve diyaliz merkezi hakkında hastayı bilgilendirmek’ işlevi için; % 93,8’nin (n=197) hemşirelik işlevidir uyguluyorum dediği saptanmıştır. ‘Diyalizin komplikasyonları, belirtileri yönünden hastayı bilgilendirmek ’ işlevi için hemşirelerin; % 92,4’nün (n=194) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hasta ve yakınlarını diyaliz işlemi, süresi, randevu saati konularında bilgilendirmek’ işlevi için; % 88,6’sının (n=186) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘tanı ve tedavi amaçlı girişimler için hastayı bilgilendirmek’ işlevi için; % 91,9’nun (n=193) hemşirelik işlevidir uyguluyorum dediği saptanmıştır. ‘Yönetim veya sorumlu hemşire tarafından istenen toplantılar ile mesleki ilerleme ve gelişimi için kurum içi/kurum dışındaki seminer ve toplantılara katılmak ’ işlevi için hemşirelerin; % 86,7’sinin (n=182) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hizmet içi eğitim etkinliklerine katılmak’ işlevi için; % 92,9’nun (n=195) hemşirelik işlevidir uyguluyorum dediği saptanmıştır. ‘Sorumlu hemşire ile işbirliği yaparak diyaliz eğitimi alan hemşirelerin eğitimine katkıda bulunmak’ işlevi için hemşirelerin; % 85,7’sinin (n=180) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘araç-gereç ve malzemelerin isteminde servis

sorumlu hemşiresine görüş bildirmek’ işlevi için; %91’nin (n=191) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hastada enfeksiyon belirtileri saptandığında, sorumlu hemşiresine bildirmek’ işlevi için hemşirelerin; %96,2’sinin (n=202) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘nöbet/vardiya değişimlerinde hasta bilgileri ve hemşire gözlemlerini yazılı ve sözlü olarak hasta başında teslim etmek’ işlevi için; %97,1’nin (n=204) hemşirelik işlevidir uyguluyorum dediği saptanmıştır. ‘Hekim istemi doğrultusunda uygun diyalizer, diyalizati (PD solüsyonunu) hazırlamak’ işlevi için hemşirelerin; % 88,6’sının (n=186) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hasta ve ailesini psikolojik ve sosyal birimlerden destek almaya yönlendirmek’ işlevi için; %81’nin (n=170) hemşirelik işlevidir uyguluyorum dediği saptanmıştır. ‘Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından belirlenmiş politika, hedef, kural ve düzenlemelere uymak’ işlevi için hemşirelerin; %93,8’nin (n=197) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hemşirelik hizmetleri ile ilgili sorun ve gereksinimleri sorumlu hemşiresine bildirmek’ işlevi için; % 93,3’nün (n=196) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘müdürlük tarafından istenilen kayıt ve istatistikleri toplamak’ işlevi için; %71,4’nün (n=150) hemşirelik işlevidir uyguluyorum; ‘hemşirelik ve diyaliz hemşireliği alanında araştırmalar yapmak’ işlevi için; %75,7’sinin (n=159) hemşirelik işlevidir uyguluyorum dediği saptanmıştır (Tablo 7).

Sonuç olarak Tablo 7’e baktığımızda; hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (% 80 ve üzeri), profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul edip uyguladıkları görülmektedir.

### 6.3. PROFESYONEL İŞLEVLERİ DOĞRU KABUL EDİP UYGULAMALARINI ETKİLEYEN/ETKİLEMİYEN FAKTÖRLER

#### 6.3.1. Hemşirelerin Profesyonel Yaklaşımlarını Etkileyen Faktörler

**Tablo 8. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Yaşa Göre Kıyaslanması (n=210)**

	Yaş	n	$\bar{x}$	$\pm SD$	KW	P
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	20-30 yaş	114	26,20	3,82	18,19	<b>0,0001</b>
	31-40 yaş	78	28,29	1,94		
	41 yaş ve üstü	18	28,11	2,78		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puan ortalamalarının yaş açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $\chi_{KW}=18,195$ ;  $p=0,0001<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; yaşları 31-40 arası olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, yaşları 20-30 arası olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney  $U=2983,500$ ;  $p=0,0001<0,05$ ). Yaşları 41 yaş ve üstü arası olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama, yaşları 20-30 arası olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney  $U=656,500$ ;  $p=0,013<0,05$ ).

**Tablo 9. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Ünvana Göre Kıyaslanması (n=210)**

	Ünvanı	n	$\bar{x}$	$\pm SD$	KW	P
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	Sorumlu diyaliz hemşiresi	29	29,10	1,54	16,97	<b>0,0001</b>
	Periton diyaliz hemşiresi	15	27,33	2,19		
	Hemodiyaliz hemşiresi	166	26,78	3,50		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puan ortalamalarının ünvan açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki

fark anlamlı bulunmuştur ( $\chi_{KW}=16,973$ ;  $p=0,0001<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; unvanı *sorumlu diyaliz hemşiresi* olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, unvanı *periton diyaliz hemşiresi* olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney U=99,500;  $p=0,002<0,05$ ). Unvanı *sorumlu diyaliz hemşiresi* olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, unvanı *hemodiyaliz hemşiresi* olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney U=1296,500;  $p=0,0001<0,05$ ).

**Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210)**

	Öğrenim Durumu	n	$\bar{x}$	$\pm SD$	KW	P
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	Sağlık meslek lisesi	77	27,20	3,12	6,44	<b>0,04</b>
	Ön lisans	55	28,16	2,15		
	Lisans	78	26,35	3,94		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puan ortalamalarının eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $\chi_{KW}=6,440$ ;  $p=0,04<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; ön lisans mezunu olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, lisans mezunu olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney U=1603,500;  $p=0,01<0,05$ ).

**Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Sertifikalı Olma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210)**

	Sertifikalı Olma Durumu	n	$\bar{x}$	$\pm SD$	KW	P
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	HD sertifikası olan	135	27,63	3,19	14,71	<b>0,001</b>
	PD sertifikası olan	26	26,76	3,32		
	Sertifikası olmayan	49	25,98	3,37		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puan ortalamalarının 'sertifikalı olma durumu' açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup

ortalamları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $\chi_{KW}=14,710$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; HD sertifikası olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, sertifikası olmayan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney  $U=2129,500$ ;  $p=0,0001<0,05$ ).

**Tablo 12. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Kendi Sağlık Bilgisini Yeterli Bulma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210)**

	<b>Kendi Sağlık Bilgisini</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm SD$	<b>KW</b>	<b>P</b>
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	Yeterli bulanlar	137	27,51	3,14	7,33	<b>0,02</b>
	Yetersiz bulanlar	10	27,70	2,40		
	Kısmen yeterli bulanlar	63	26,25	3,64		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerinin uygulama puan ortalamalarının “kendi sağlık bilgilerini yeterli bulma durumu” açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $\chi_{KW}=7,338$ ;  $p=0,02<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; tıbbi bilgi donanımlarını yeterli bulan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, tıbbi bilgi donanımlarını kısmen yeterli bulan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney  $U=3312,500$ ;  $p=0,007<0,05$ ).

**Tablo 13. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Hasta Eğitimlerini Yeterli Bulma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210)**

	<b>Hasta Eğitimleri</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm SD$	<b>KW</b>	<b>P</b>
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	Yeterli bulanlar	76	27,89	2,98	9,96	<b>0,007</b>
	Yetersiz bulanlar	44	27,65	2,61		
	Kısmen yeterli bulanlar	90	26,25	3,68		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerinin uygulama puan ortalamalarının “hasta eğitimleri yeterli bulma durumu” açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $\chi_{KW}=9,960$ ;  $p=0,007<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; hasta eğitimlerini yeterli bulan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, hasta eğitimleri kısmen yeterli bulan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney U=2504,000;  $p=0,003<0,05$ ).

**Tablo 14. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Diyalizle İlgili Kitap Dergi vb. Yayınları Takip Etme Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210)**

	<b>Kitap Dergi vb. Yayınları</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm SD$	$m_{w\mu}$	<b>P</b>
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	Takip edenler	157	27,41	3,24	3299,500	<b>0,02</b>
	Takip etmeyenler	53	26,34	3,40		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puan ortalamalarının “diyalizle ilgili kitap dergi vb. yayınları takip etme durumuna” göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=3299,50;  $p=0,02<0,05$ ). Buna göre diyalizle ilgili kitap dergi vb. yayınları takip eden hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, diyalizle ilgili kitap dergi vb. yayınları takip etmeyen hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir.

**Tablo 15. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Çalışılan Kurumun Hekim ve Yönetiminden Memnun Olma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210)**

	<b>Memnun Olma Durumu</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm SD$	<b>KW</b>	<b>P</b>
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	Memnun olanlar	59	28,20	3,07	13,49	<b>0,001</b>
	Memnun olmayanlar	56	26,73	3,43		
	Kısmen memnun olanlar	95	26,72	3,27		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puan ortalamalarının “çalışılan kurumun hekim ve yönetiminden memnun olma durumu” açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $\chi_{KW}=13,499$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; çalışılan kurumun hekim ve yönetiminden memnun olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, çalışılan kurumun hekim ve yönetiminden memnun olmayan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney U=1092,000;  $p=0,001<0,05$ ). Çalışılan kurumun hekim ve yönetiminden memnun olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, çalışılan kurumun hekim ve yönetiminden kısmen memnun olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney U=1935,500;  $p=0,001<0,05$ ).

**Tablo 16. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Toplum ve Ekip Arkadaşlarından Görülen Saygı ve Hoşgörüden Memnu Olma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210)**

	<b>Memnun Olma Durumu</b>	<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm SD$	<b>KW</b>	<b>P</b>
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	Memnun olanlar	85	27,88	2,88	9,83	<b>0,007</b>
	Memnun olmayanlar	41	26,85	3,30		
	Kısmen memnun olanlar	84	26,53	3,59		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı ortalamalarının “toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgöründen memnun olma durumu” açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $\chi_{KW}=9,839$ ;  $p=0,007<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgöründen memnun olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgöründen

memnun olmayan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney U=1375,000; p=0,04<0,05). Toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgöründen memnun olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgöründen kısmen memnun olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir (Mann Whitney U=2622,500; p=0,002<0,05).

**Tablo 17. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Bulunduğu Diyaliz Ünitesinde Performans Değerlendirme Yapılma Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210)**

	Performans Değerlendirme	n	$\bar{x}$	$\pm SD$	$m_{w\mu}$	P
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	Yapılıyor	73	27,84	3,09	3825,00	<b>0,004</b>
	Yapılmıyor	137	26,76	3,37		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puan ortalamalarının, “bulunduğu diyaliz ünitesinde performans değerlendirme yapılma durumuna” göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=3825,00; p=0,004<0,05). Bulunduğu diyaliz ünitesinde performans değerlendirmesi yapılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanı, performans değerlendirmesi yapılmayan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanlarından yüksektir.

**Tablo 18. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Diyaliz Hemşiresinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları ve Görev Tanımlarının Belirlenme Durumuna Göre Kıyaslanması (n=210)**

	Görev Tanımları	n	$\bar{x}$	$\pm SD$	$m_{w\mu}$	P
Hemşirelik işlevlerini uygulama puanı	Belirlenmiş	153	27,54	2,85	3480,00	<b>0,02</b>
	Belirlenmemiş	57	26,05	4,15		

Araştırmaya katılan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puan ortalamalarının, “diyaliz hemşiresinin görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımlarının belirlenme durumuna” göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=3480,00; p=0,02<0,05).



Bulunduğu kurumda diyaliz hemşiresinin görev,yetki, sorumluluk ve görev tanımları belirlenen hemşirelerin, hemşirelik işlevlerini uygulama puanı; görev,yetki, sorumluluk ve görev tanımlarının belirlenmeyen hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama puanından yüksektir.

### 6.3.2. Hemşirelerin Profesyonel Yaklaşımlarını Etkilemeyen Faktörler

**Tablo 19. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Uygulama Puan Ortalamalarının Profesyonel Yaklaşımları Etkilemeyen Faktörlere Göre Kıyaslanması (n=210)**

		<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm SD$	$m_{w\mu}$	<b>P</b>
Kurum	Özel hastane	164	27,22	3,31	3376,5	0,26
	Vakıf hastanesi	46	26,87	3,31		
Medeni durumu	Evli	126	27,50	3,06	4547	0,07
	Bekar	84	26,60	3,60		
Hizmet içi eğitim verilme durumu	Evet, veriliyor	148	27,50	3,02	3690	0,07
	Hayır, verilmiyor	59	26,35	3,87		
Kongre katılımı	Evet, katılıyorum	112	27,57	3,14	4643	0,05
	Hayır, katılmıyorum	98	26,65	3,44		
Enfeksiyon alma durumu	Evet	4	28,75	0,95	325,5	0,46
	Hayır	206	27,11	3,33		
Standartların olma durumu	Evet	136	27,35	3,18	4516	0,34
	Hayır	72	26,76	3,53		
		<b>n</b>	$\bar{x}$	$\pm SD$	<b>kw</b>	<b>P</b>
Mesleki deneyim	0-3 yıl	66	26,25	3,82	6,98	0,07
	4-7 yıl	63	27,14	3,52		
	8-10 yıl	32	27,50	2,75		
	10 yıl üstü	49	28,10	2,22		
Vardiya düzeni	Gündüz vardiyası	116	26,92	3,59	2,75	0,25
	Karışık vardiya	85	27,52	2,67		
	Diğer vardiya	9	26,33	4,82		
Günde toplam çalışma süresi	8 saat	99	27,66	2,83	4,44	0,21
	10 saat	83	26,71	3,43		
	12 saat	16	27,43	2,87		
	15 saat ve üzeri	12	25,41	5,51		
Bir diyaliz seansında bakılan hasta sayısı	2 hasta	7	29	1,73	5,07	0,28
	3 hasta	14	27,28	2,52		
	4 hasta	49	27,06	3,50		
	5 hasta	104	26,80	3,53		
	6 hasta ve üzeri	19	27,31	3,03		

**Tablo 19. Devamı**

		n	$\bar{x}$	$\pm SD$	kw	P
Günde bir hastaya ayrılan süre	1 saat	37	27,81	2,54	3,83	0,28
	2 saat	31	27,16	3,25		
	3 saat	35	27,77	2,91		
	4 saat ve üzeri	92	26,58	3,80		
Sertifika aldığı Yer	Sağlık bakanlığına kendi başvurumla	25	27,68	2,54	3,40	0,33
	Üniversite hastanesinden	72	27,97	2,92		
	Devlet hastanesinden	29	27,51	2,91		
	Özel diyaliz merkezinden	24	26,75	4,23		
Sertifika eğitim süresinin olmasını İstedığı süre	3 ay	122	26,91	3,23	5,20	0,15
	6 ay	70	27,24	3,56		
	1 yıl	9	29	1,58		
	Diğer	5	27	4,24		
Hizmet içi eğitim konularını belirleyenler	Kendimiz	34	26,82	3,56	4,44	0,21
	Eğitim Hemşiresi	53	27,24	3,10		
	Başhemşire	63	28,04	2,63		
	Hastane yönetimi	3	26,66	3,05		
Diyaliz hemşireliğini seçme nedeni	Geliri iyi olduğu için	18	26,5	4,10	0,96	0,91
	Ben seçmedim	11	27,18	2,96		
	Tesadüfen	77	27,28	2,90		
	Bilerek ve isteyerek	92	27,04	3,58		
	Diğer	12	27,91	2,93		
Ücret	Diğer meslektaşlarımdan yüksek	19	27,68	1,82	4,15	0,38
	Normal giderler için yeterli	99	27,34	3,33		
	İşletmenin kazancına uygun	10	26,8	3,01		
	Kıt kanaat geçinmeye yeterli	39	26,07	3,91		
	Yetersiz	40	27,30	3,20		
Diyaliz ortamında bulunma risklerinin farkındalığı	Evet	71	27,14	3,91	3,90	0,14
	Hayır	86	27,41	2,96		
	Kısmen	53	26,69	2,96		
İş doyumu	Çok iyi	17	27,52	2,91	6,34	0,09
	İyi	81	27,76	3,02		
	Orta	96	26,60	3,51		
	Kötü	16	26,81	3,52		
Otonomi uygulayabilme Durumu	Evet	56	27,94	2,56	4,22	0,12
	Hayır	38	27,05	3,17		
	Kısmen	116	26,78	3,62		
Uygulanan otonomi sonuçları karşısında rapor verilen kişi	Hekim	108	27,58	2,67	0,73	0,69
	Başhemşire	73	26,61	4,12		
	Hastane yönetimi	6	27,66	2,94		

Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin kurumu, medeni durumu, mesleki deneyimi, çalıştığı vardiya düzeni, günde toplam çalışma süresi, bir diyaliz seansında ortalama bakılan hasta sayısı, günde bir hastaya ayrılan ortalama süre, diyaliz sertifikasını aldığı yer, diyaliz hemşireliğinin sertifika eğitim süresinin olmasını istediği süre, kurumlarında hizmet içi eğitiminin verilme durumu, hizmet içi eğitim konularını belirleyen kişiler, diyaliz ile ilgili kongrelere katılma durumu, diyaliz hemşireliğini seçme nedeni, aldığı ücret durumu, diyaliz hemşireliğini seçerken, diyaliz ortamında bulunmanın sağlığa zarar verici risklerinin farkında olarak seçme durumu, iş doyumu, enfeksiyon alma durumu, diyaliz hemşiresinin uygulamalarına yönelik standartlarının olma durumu, ekibin bir üyesi olarak hastanın bütüncül yaklaşımında otonomi (kendi kendine karar verme) uygulayabilme durumu, olumlu ve olumsuz sonuçlar karşısında rapor verilen yöneticilerin hemşirelik işlevlerinin profesyonelce uygulamasına olan etkisi incelendiğinde, anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 19).

## 7. TARTIŞMA

Değişik diyaliz merkezlerinde çalışan hemşirelerin mesleki eğitim ve diyaliz eğitiminde aldıkları bilgi ve öğrendikleri becerileri yani profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul etme ve uygulama durumlarını değerlendirmek ve profesyonel yaklaşımlarını etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda tartışılarak sunulmuştur:

### 1. Diyaliz Hemşirelerinin Sosyo-demografik ve Kurumsal Özellikleri

% 78,1'i özel, % 29,9'u vakıf hastanesinde görev yapan hemşirelerin, yarısından fazlası (% 54,3'ü) 20-30 yaş aralığında olup, % 60'ı evli, %47,1'i aldıkları ücreti normal giderleri için yeterli görmekte, %9'u diğer meslektaşlarından yüksek olarak değerlendirmekte, diğerleri aldıkları ücret için olumsuz görüşlerde olduklarını belirtmektedir (Şekil 1, Tablo 2). Hemşirelerin aldıkları ücret, çalıştıkları hastanenin vakıf veya özel hastane olma durumuna göre farklılaşabileceği gibi, çalışma sistemine göre de farklılaşabilmektedir. Bu durumun hemşirelerin bu konu ile ilgili görüşlerine yansıdığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan diyaliz hemşireleri mesleki özelliklerine göre incelendiğinde; % 79'unun hemodiyaliz, %13,8'inin periton diyalizi ve %13,8'inin sorumlu diyaliz hemşiresi olduğu; çalışma süresi açısından çoğunluğunun (% 61,4) 0-7 yıl arasında diyaliz ünitesinde çalıştığı, % 55'inin gündüz vardiyasında çalıştığı, % 47,1'inin günde toplam 8 saat çalıştığı sonucu ortaya çıkmıştır (Tablo 3). Hemşirelerin mesleki özelliklerindeki değişimin çalıştıkları kurumun sahiplik yapısı ve politikaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğu (%49,5) bir diyaliz seansında ortalama 5 hastaya bakmakta ve günde bir hastaya ortalama 4 saat süre ayırdıkları (%43,8), diğerlerinin ise daha az hastaya bakarak, hastalara daha az zaman ayırdıkları sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3). Hemşirelerin baktıkları hasta sayısı ve hastalara ayırdıkları sürelerin farklılaşmasının temel nedeninin sağlık kuruluşuna gelen hasta sayısı ve kurumda çalışan hemşire sayısı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin; çoğunluğu (%43,8) diyaliz hemşireliğini bilerek ve isteyerek, % 36,7'si ise tesadüfen seçtikleri; diyaliz hemşireliğini seçerken çoğunluğunun diyaliz ortamındaki sağlığa zarar verici risklerin ya kısmen (% 25,2) farkında ya da hiç farkında

olmadığı (% 41); çoğunluğunun (% 98,1) diyaliz ünitesinde çalışma sürecinde herhangi bir enfeksiyon kapmadığı, %1'inin Hepatit B enfeksiyonu aldığı ve korunmak için çoğunluğunu eldiven (%95,7), dezenfektan solüsyon (%74,8), ve galoş, maske ve bone (%66,2) kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 3).

Çalışkan ve Akdur'un (2001) "çalışan hemşirelerin kendi bildirimleri ile karşılaştıkları mesleki riskler ve bu risklere karşı alınan bireysel ve kurumsal önlemleri belirlenmeye yönelik" yaptıkları araştırmada hemşirelerin mesleki risklerden korunmak için öncelikle eldiven ve maske gibi koruyucu önlemler aldıklarını saptamaları bulgularımızı desteklemektedir (81).

Araştırmaya katılan diyaliz hemşirelerinin meslekleri hakkında duygu ve düşünceleri incelendiğinde; en olumlu olarak mesleklerinin sorumluluk alabilmeyi sağladığı (%45,7), mesleklerinden %17,1'i doyum sağladığını, %12,4'ü ise ekonomik yönden tatminkar olduğunu belirtmiş, çalıştıkları kurumdaki hekim ve yönetimden çoğunluğu kısmen (%45,2) veya tamamen memnun (%28,1), aynı şekilde çoğunluğu toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgörüden kısmen (%40) veya tamamen (%40,5) memnundur. Memnuniyetsizlik durumunda da çalışma isteklerinde azalma ve agresiflik gibi etkileri olduğu, sürekli aynı hastalara bakmayı hemşireler en fazla (%49) sıkıntı verici olarak değerlendirmekte ve "diyaliz hemşirelerini nasıl tanımlıyorsunuz?" sorusu agresif (%75,2), güler yüzlü (%51,4) ve hoşgörülü (%54,3) olarak değerlendirilmektedir (Tablo 4). İş ortamındaki memnuniyetsizlik tüm mesleklerde olduğu gibi hemşirelerinde iş doyumlarına ve çalışma isteklerine olumsuz yansiyarak, onların daha agresif olmalarına neden olabileceği olağan olarak değerlendirilebilir.

Hemşireler eğitim özelliklerine göre incelendiğinde; birçok araştırmanın aksine çoğunluğunun (%37,1) lisans mezunu olduğu bunu sağlık meslek lisesi mezunlarının (%36,7) takip ettiği, %76,7'sinin diyalizle ilgili sertifikasının olduğu, sertifikası olanların çoğunluğunun (% 34,3) sertifikalarını üniversite hastanesinden aldıkları saptanmıştır (Tablo 5).

Akdemir ve arkadaşlarının (2006) hemodiyaliz ünitelerinde yaptıkları çalışmada ise çalışan hemşirelerin sadece %36,8'inin diyaliz eğitimi aldığı saptanmıştır. Bizim araştırmamızda bu oranın %76,7 olduğu saptanmıştır. Dört yıl sonra yapılan bu çalışmada elde edilen sonuç sevindiricidir, aslında diyaliz merkezlerinde çalışan hemşirelerin tamamının eğitim sertifikasına sahip olması gerekmektedir. Çünkü diyaliz hemşireliği özel

bir dal olup alana özgü eğitim ve sertifika gerektirmektedir. Ülkemizdeki hemşirelik yükseköğretimlerinde diyaliz ve hemşireliği konusunda verilen bilgi, müfredat programıyla sınırlı olup, diyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelerin kendilerini geliştirmeleri için sürekli eğitim almaları, belirli aralıklarla sertifika programından geçmeleri ve yenilikleri izlemeleri gerekmektedir. Diyaliz hemşireliği sertifikası olan hemşirelerin sertifikalarının 2-3 yıllık süreler ile periyodik olarak yenilenmesi ve buna ek olarak diyaliz alanında çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir (3).

Hemşirelerin çoğunluğu (%65,2) kendi sağlık bilgilerini yeterli bulurken, %30'u ise kısmen yeterli bulduklarını ve hastaların en fazla beslenme ve diyet (%83,3), vasküler giriş yolu bakımı ve korunması (%67,1) konularında eğitime gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir (Tablo 5). Beslenme ve diyet sağlıklı insanlarda önemli olduğundan daha fazla diyaliz hastaları için önem arz etmektedir. Bu durumun hastaların eğitim beklentilerine de yansıdığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan diyaliz hemşirelerinin çoğunluğu (%58,1) diyaliz hemşireliği eğitim süresinin 3 ay olmasını istemekte, çoğunluğunun (%70,5) kurumlarında hizmet içi eğitimin verildiği %35,7'sinin kurumunda her ay hizmet içi eğitim verilirken, %14,8'inin 1-3 ay ve % 13,3'ünün kurumunda 3-6 ay arasında hizmet içi eğitim verilmekte olduğu, hizmet içi eğitimlerinin konusunu çoğunlukla başhemşire (%30), ve eğitim hemşiresinin (%25,2) belirlediği, % 36,2'si verilen hasta eğitimlerini yeterli bulduğu, %42,9'unu kısmen yeterli bulduğu, çoğunluğunun (%74,8) diyalizle ilgili kitap dergi vb. yayınları takip ettiği ve yarıdan fazlasının (%53,3) diyaliz ile ilgili kongrelere katıldığı sonuçlarına varılmıştır (Tablo 5). Bu sonuç hemşirelerin daha fazla bilgi edinme isteği ve gereksinimi olduğunu ortaya koymuştur.

Karamanoğlu ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %50,5'inin meslek hayatı süresince şu ana kadar hiç kongreye katılmadığı saptanmıştır (82). Bulduk ve Pek (2005) araştırmalarında da hemşirelerin % 54'ünün bilimsel etkinliklere katıldığını belirlenmiştir (83). Çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde; hemşirelerin kongrelere yeterli düzeyde katılmadığını göstermektedir. Hemşirelerin bizim araştırmamızda okuma uğraşı içinde olmaları memnuniyet verici olup, kongrelere katılmamaları ekonomik nedenlere bağlanabilir.

Araştırmaya katılan diyaliz hemşirelerinin kurumsal özelliklerine göre incelendiğinde; %65,2'sinin çalıştığı diyaliz ünitesinde performans değerlendirmesi

yapılmadığı, %64,8'inin diyaliz hemşiresinin uygulamalarına yönelik standartlarının olmadığı, %72,9'unun görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımlarının belirlendiği, %55,2'sinin ekibin bir üyesi olarak hastanın bütüncül yaklaşımında otonomiye kısmen uygulayabildiği, yaşanan olumlu ve olumsuz sonuçlar karşısında %51,4'ünün hekime, %34,8'inin de başhemşireye rapor verdikleri sonuçlarına varılmıştır (Tablo 6). Hemşirelerin çalıştıkları kurumların özelliklerine ilişkin görüşlerindeki farklılığın; sağlık kurumlarının sahiplik yapısı, kurum politikası, kurumun büyüklüğü vb. gibi değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmekte olup bu kurumlarda özellikle hemşirelik bakımı ve yönetimi ile ilgili daha fazla yenilikçi çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir.

## **2. Diyaliz Hemşirelerinin Profesyonel Hemşirelik İşlevlerini Doğru Kabul Etme ve Uygulama Durumları**

Araştırmaya katılan diyaliz hemşirelerinin profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul etme ve uygulama durumları 30 sorudan oluşan anket yardımıyla incelenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun (% 80 ve üzeri) profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul ederek uyguladıkları sonucuna varılmıştır. Bu sevindirici bir sonuçtur (Tablo 7).

Beydağ ve Arslan'a (2008) göre; “profesyonel bir hemşire her birey / hasta için en kaliteli bakımı sağlamaktan sorumludur. Hemşirelerin mesleklerinin uygulama alanına özgü bilgi ve becerileri kazanması hayati önem taşır. Uygulama standardı, uygulamadaki bir otorite tarafından saptanan profesyonel bir hemşirenin beklenen performans düzeyini tanımlar” (16). Bu düşünce bizim bulgularımızla örtüşmektedir.

## **3. Profesyonel İşlevleri Doğru Kabul Edip Uygulamalarını Etkileyen/Etkilemeyen Faktörler**

Hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama durumlarının yaşlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). 20-30 yaş aralığındaki hemşirelerin, hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin daha büyük yaşlardaki hemşirelerden düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 8). Hemşirelerin ilerleyen yaşla birlikte mesleklerinde deneyimlerinin artmasının rol ve işlevlerine olumlu olarak yansıdığı düşünülmektedir.

Hemşirelerinin hemşirelik işlevlerini uygulama durumlarının ünvanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hemodiyaliz hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin sorumlu diyaliz ve periton diyalizi hemşirelerinden düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 9). Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunu (%79) hemodiyaliz hemşiresinin oluşturmasının bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir.

Karadağ ve arkadaşlarının (2004) “hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal envanter” oluşturmaya yönelik geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında, profesyonelliğe ilişkin en düşük davranış puan ortalamasının klinik hemşirelerinin, en yüksek davranış puan ortalamasını ise; akademisyen hemşirelerin aldığı belirtilmektedir. Klinik hemşirelerinin puanlarının düşük olmasına neden olarak ise uzun çalışma saatleri ve bireysel gelişimleri için yeterli zamanlarının olmamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (47).

Hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama durumlarının eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ön lisans mezunu hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin lisans mezunu hemşirelerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 10). Böyle bir sonuç beklenmemekle birlikte geleceğe yönelik daha ileri detaylı çalışmayı gerektirebilir.

Hemşirelerin eğitim düzeyleri ile profesyonellikleri arasında araştırma sonucumuzdan farklı bulguların olması, örneğin:

Karadağ ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında, profesyonelliğe ilişkin en düşük davranışların ön lisans mezunu hemşirelerin, en yüksek profesyonel davranışların ise yüksek lisans/doktora mezunu hemşirelerin aldığını belirlemeleri (47); Karamanoğlu ve arkadaşlarının (2009) cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin mezun oldukları okula göre mesleki profesyonellik düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığını saptamaları (82); Bulduk ve Pek (2005) özel ilköğretim okullarında çalışan hemşirelerin rol ve işlevlerinin incelemek amacıyla gerçekleştirdikleri araştırmalarında; hemşirelerin eğitim düzeyi ile işlevlerini yerine getirme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulamamış olmaları (83); düşüncemizi destekler nitelikte olup, eğitim düzeyiyle, hemşirelerin mesleki profesyonellik



düzeyleri arasında genelleme yapabilmek için konu ile ilgili daha fazla araştırmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyim.

Hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama durumlarının, diyaliz sertifikasına sahip olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). HD sertifikası bulunan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin sertifikası bulunmayan hemşirelerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 11). Burada da eğitimin önemi ortaya çıkmaktadır.

Hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama durumlarının kendi sağlık bilgilerini yeterli bulma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sağlık bilgisini yeterli bulan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin sağlık bilgisini kısmen yeterli bulan hemşirelerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 12).

Karamanoğlu ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da mesleğini tam olarak yapabildiğine inanan, hemşirelerin işlevlerini daha profesyonel yerine getirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (82).

Diyaliz hemşirelerinin hemşirelik işlevlerini uygulama durumları ile hasta eğitimlerini yeterli bulma durumlarının kıyaslanmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hasta eğitimlerini yeterli bulan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin bu eğitimleri kısmen yeterli bulan hemşirelerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 13). Eğitilmiş hastalarla çalıştıklarını düşünen hemşirelerin, mesleki rol ve işlevlerini daha rahat yerine getirdikleri düşünülmektedir.

Hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama durumları ile diyalizle ilgili kitap, dergi vb. yayınları takip etme durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre diyalizle ilgili kitap, dergi vb. yayınları takip eden hemşirelerin, hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin, yayınları takip etmeyen hemşirelerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 14). Sağlık bilimi her gün değişen ve gelişen bir bilim dalıdır. Bunun paralelinde uygulamalar ve yaklaşımlar da değişmekte ve gelişmektedir. Alandaki değişim, gelişim ve yenilikleri ilgili yayınlarla takip eden hemşirelerin, edindikleri bilgileri uygulamalarına yansıtarak rol ve işlevlerini daha etkili yerine getirdikleri düşünülmektedir.

Hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama durumları ile çalıştıkları kurumun hekim ve yönetiminden memnun olma durumları kıyaslandığında istatistiksel olarak

anlamli bir fark saptanmifftir ( $p<0,05$ ). Buna g6re çalıştıkları kurumun hekim ve y6netiminden memnun olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama d6zeylerinin, kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerden y6ksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 15). İş yaşamındaki memnuniyetin motivasyonu y6kselttiği burada bir kez daha çıkmıştır.

Aky6rek ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları araştırmada hekim davranışlarının hemşirelerin iş memnuniyetleri 6zerinde 6nemli etkileri olduğunu belirtilmeleri de bulgularımızı desteklemektedir (84).

Hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama durumlarının toplum ve ekip arkadaşlarından g6r6len saygı ve hoşg6r6den memnun olma durumlarına g6re yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna g6re toplum ve ekip arkadaşlarından g6r6len saygı ve hoşg6r6den memnun olan hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama d6zeyleri, kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerden y6ksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 16).

Karag6zoğlu (2008) hemşirelikte profesyonellik ve 6zerkliğe ilişkin yaptığı çalışmasında ‘‘t6m meslekler gibi hemşirelik mesleğinin de hizmet verdiği toplumdan 6nemli 6l6de etkilendiğini, sosyal yapı ve hemşirenin bireysel tutumları, hemşirelik uygulamalarını ve toplumun hemşireliğe karşı tutumlarını biçimlendirdiğini’’ belirtmesi bizim bulgularımızı destekler niteliktedir (85).

Hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama durumlarının g6rev yaptıkları diyaliz 6nitesinde performans değerlendirmesinin olup, olmaması durumuna g6re yapılan istatistiksel değerlendirmesinde anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna g6re 6nitesinde performans değerlendirilmesi yapılan hemşirelerin, hemşirelik işlevlerini uygulama d6zeyleri, performans değerlendirilmesi yapılmayan hemşirelerden y6ksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 17). Burada yapılan işin takdir edilmesinin motivasyonu y6kselttiğini s6yleyebiliriz.

Bulduk ve Pek (2005) araştırmalarında ‘‘bilgi ve uygulama yeterliliği’’ değerlendirilen hemşirelerin, rollerini yerine getirme d6zeylerinin, istatistiksel açıdan anlamlı olarak, değerlendirilmeyen hemşirelerden daha y6ksek olduğunu saptanmaları yukarıdaki d6ř6nceyi desteklemektedir ( $p<0,05$ ) (83).

Hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama durumlarının g6rev, yetki, sorumluluk ve g6rev tanımlarının belirlenme durumlarına g6re istatistiksel olarak değerlendirilmesinde

anlamalı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımlarının belirlenen hemşirelerin, hemşirelik işlevlerini uygulama düzeyleri; görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımlarının belirlenmeyen hemşirelerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo18). Parsons ve Felton (1992) hemşirelerin rolleri üzerinde en belirleyici faktörün görev tanımlarının ve değerlendirmelerinin yapılması olduğunu saptamaları bulgularımızı desteklemektedir (86).

Başlangıçta yanıtları aranan sorular açıklık kazanmış ve sonuçlar bölüm 8'de verilmiştir.

## 8. SONUÇ

Değişik diyaliz merkezlerinde çalışan hemşirelerin mesleki eğitim ve diyaliz eğitiminde aldıkları bilgi ve öğrendikleri becerileri yani profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul etme ve uygulama durumlarını değerlendirmek ve profesyonel yaklaşımlarını etkileyebilecek faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu doğrultuda geliştirilen öneriler aşağıda verilmiştir.

- Araştırma % 78,1'i özel, %29,9'u vakıf hastanesinde görev yapan, yedi farklı hastaneden toplam 210 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin %79'u hemodiyaliz, %13,8'i periton diyalizi ve %13,8'i sorumlu diyaliz hemşiresidir.
- Hemşireler %45,7'si bu özel dalda mesleklerini yerine getirirken bağımsız olarak sorumluluk alabildiklerini ifade etmiştir.
- İş ortamlarından (arkadaş, hekim, yönetici vs.) memnuniyetsizliklerini ifade eden hemşirelerin (%50 ve üzeri) çalışma isteklerinde azalma ve agresiflikten söz etmiştir.
- Hemşirelerin %65,2'si kendi sağlık bilgilerinin yeterli olduğunu söylemişlerdir.
- Diyaliz hastalarının (%83,3) en çok beslenme ve diyet konusunda eğitim gereksinimi vardır.
- Araştırmaya katılan diyaliz hemşirelerinin çoğunluğu (%65) çalıştığı diyaliz ünitesinde performans değerlendirme yapılmadığını, diyaliz hemşiresinin uygulamalarına yönelik standartlarının olmadığını (%64,8), görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımlarının belirlendiğini (%72), ekibin bir üyesi olarak hastanın bütüncül yaklaşımında otonominin kısmen uygulanabildiğini (%55,2) ve yaşanan olumlu ve olumsuz sonuçlar karşısında hekime rapor verdiklerini (%51,4) belirtmişlerdir.
- Diyaliz ünitesinde çalışan hemşirelerin (%80 ve üzeri) eğitim aldıkları bilgi ve öğrendikleri becerileri profesyonel hemşirelik yaklaşımlarına çoğunlukla aksettirdikleri saptanmıştır.

- 20-30 yaş aralığındaki hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin daha büyük yaşlardaki hemşirelerden düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,0001).
- Hemodiyaliz hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin sorumlu diyaliz ve periton diyalizi hemşirelerinden düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,0001).
- Ön lisans mezunu hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin lisans mezunu hemşirelerden yüksek olduğu, HD sertifikası bulunan hemşirelerin de hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin sertifikası bulunmayan hemşirelerden yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,04).
- Araştırmaya katılan diyaliz hemşirelerinin hemşirelik işlevlerini uygulama durumlarının kendi sağlık bilgilerini (p=0,02) ve verilen hasta eğitimlerini yeterli bulanların (p=0,007), diyalizle ilgili kitap, dergi vb. yayınları takip eden hemşirelerin (p=0,02) hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin takip etmeyen hemşirelerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Çalıştıkları kurumun hekim ve yönetiminden memnun olan (p=0,001), toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgörüden memnun olan (p=0,007) hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Ünitesinde performans değerlendirilmesi yapılan (p=0,004), görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımları belirlenen (p=0,02) hemşirelerin, hemşirelik işlevlerini uygulama düzeyleri performans değerlendirilmesi yapılmayan ve görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımları belirlenmeyenlerden yüksek olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurum, medeni durumu, mesleki deneyimi, çalıştığı vardiya düzeni, günde toplam çalışma süresi, bir diyaliz seansında ortalama bakılan hasta sayısı, günde bir hastaya ayrılan ortalama süre, diyaliz sertifikasını aldığı yer, diyaliz hemşireliğinin sertifika eğitim süresinin olmasını istediği süre, kurumlarında hizmet içi eğitiminin verilme durumu, hizmet içi eğitim konularını belirleyen kişiler, diyaliz ile ilgili kongrelere katılma durumu, diyaliz hemşireliğini seçme nedeni, aldığı ücret durumu, diyaliz hemşireliğini seçerken, diyaliz ortamında bulunmanın sağlığa

zarar verici risklerinin farkında olarak seçme durumu, iş doyumu, enfeksiyon alma durumu, diyaliz hemşiresinin uygulamalarına yönelik standartlarının olma durumu, ekibin bir üyesi olarak hastanın bütüncül yaklaşımında otonomi (kendi kendine karar verme) uygulayabilme durumu, olumlu ve olumsuz sonuçlar karşısında rapor verilen kişi değişkenlerinin hemşirelerin hemşirelik işlevlerini uygulama düzeylerini etkilemediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Özetlersek; diyaliz hemşirelerinin %80 ve üzeri profesyonel hemşirelik işlevlerini doğru kabul edip yerine getirmektedir. Bu işlevleri yerine getirirken; sertifika ve sağlık bilgisine sahip olma, hasta eğitimlerini yeterli bulma, mesleki kitap, dergi vs. yayınları takip etme; hekim ve yönetiminden memnun, toplum ve ekip arkadaşlarından görülen saygı ve hoşgörüden memnun olma; ünitesinde performans değerlendirilmesi yapılma; görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımları belirlenme durum faktörleri olumlu; yaş, öğrenim durumu ve ünvan faktörleri olumsuz yönde etkilemektedir.

## ÖNERİLER

- Diyaliz hemşirelerinin hemşirelik işlev ve uygulamalarını oldukça yerine getirmiş olmaları, gerek hasta, gerek sağlık kurumları gerekse hemşireler açısından memnuniyet verici bir sonuçtur. Ancak bu durumun daha iyi hale getirilmesi için kurumlarca verilen hizmet içi eğitimlerin artırılarak sürdürülmesi önerilmektedir.
- Sağlık kurumlarında performans değerlendirmesinin, performans değerlendirme ölçeği ve performans değerlendirme formları kullanılarak yapılması, diyaliz hemşirelerinin görev tanımlarının net olarak belirlenmesi, hemşirelerin rol ve işlevlerini daha iyi yerine getirerek, mesleklerinde daha profesyonel olmalarına olanak sağlayacaktır. Bu nedenle tüm ilgili sağlık kurumlarının buna özen göstermesi önerilmektedir.
- Sağlık kuruluşlarının etkin yönetilmesi ile etkin bir kurumsal iletişim ve kültür, hemşirelerin yönetimden ve tüm sağlık çalışanlarından memnun olmasını sağlayacak, bu da hemşirelerin daha verimli çalışarak, rol ve işlevlerini etkin bir şekilde yerine getirmesini sağlayacağından çağdaş bir hemşirelik hizmetleri ve yönetim anlayışı gerekmektedir.

- Diyaliz hemşirelerinin diyalizle ilgili yayınlarını takip etmeleri için sağlık kuruluşlarının yayınlara abone olması ve hemşirelerin yayınları okumasını teşvik edici uygulamalar yapması önerilmektedir.
- Meslekleri ile ilgili yapılacak kongrelere hemşirelerin katılımını sağlamak için kurumlar ekonomik destek vermelidir.
- Diyaliz ortamlarında hemşirelerin memnuniyet düzeylerini arttırmak ve çalışanların ilişkilerini olumlu yönde arttırmak için sosyal aktiviteler (eğlence, spor vs.) düzenlenmelidir.
- Kurumlarda hemşirelerin belirlediği konularda hasta eğitim programları düzenlenmeli varsa arttırılmalıdır.
- Ön lisans mezunu hemşirelerin lisans mezunu hemşirelerden profesyonel yaklaşımda daha üstün olma nedenleri daha ileri bir çalışma ile araştırılmalıdır.
- Performansları yüksek olan hemşirelerin maddi veya manevi yönden ödüllendirilerek motivasyonlarının devamı, artırılması sağlanmalıdır.

## 9. TEŞEKKÜR

Çalışma boyunca her türlü bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, sabırlı, anlayışlı, ilgili ve hoşgörülü yaklaşımıyla her zaman arkamda olup beni destekleyen, kendisini tanımış olmaktan mutluluk duyduğum çok değerli hocam, tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Çaylan PEKTEKİN'e,

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve destekleri ile yetişmemde büyük emeği geçen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Zehra DURNA ve Sayın Yard.Doç. Dr. Semiha AKIN'a,

Çalışmamdaki verilerin istatistiksel analizini gerçekleştirme aşamasında istatistik bilgisine başvurduğum, ilgili yaklaşımıyla yardımcı ve destek olan Sayın Doç. Dr. Gülbeyaz CAN'a,

Araştırmanın uygulamasına olanak sağlayan hastane yöneticilerine ve yoğun iş temposundan zaman ayırarak araştırmaya katılmayı kabul eden değerli meslektaşlarıma,

Yaşamım boyunca her zaman her konuda gösterdikleri anlayış ve destek için annem ve kardeşime, kaybını zamansız yaşadığım ve her zaman özlemle anacağım babama, beni her daim motive eden ve destekleyen eşime,

Ve adını sayamadığım herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çiğdem CİNPER



## 10. KAYNAKLAR

1. Yorulmaz H, Temel E, Karabuğa F, Beştaş P, Dadak A. Hemodiyaliz Ünitelerinde Çalışan Yöneticilerin Diyaliz Hemşirelerine İlişkin Görüşleri. *18.Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi*, Sözlü Bildiri, 2008.
2. Türk Nefroloji Derneği. 2007 Türkiye’de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon Kayıtları.ErişimTarih:15.03.2010,[http://www.tsn.org.tr/documents/registry/registry\\_2007\\_tr\\_en.pdf](http://www.tsn.org.tr/documents/registry/registry_2007_tr_en.pdf).
3. Akdemir N, Akkuş Y, Kapucu Sun S, Karacan Y. Hemodiyaliz Ünitelerinde Durum Saptama Çalışması. 5. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Poster Bildirisi. *H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006, 35-45.
4. Ereğ E, Süleymanlar G, Serdengeçti K. Nephrology,dialysis and transplantation in Turkey.*Nephrol Dial Transplant*. 2002, 17: 2087-2093.
5. Yakıncı C. (Ed). Tıp Sözlüğü Genişletilmiş Nefroloji Terimleri Sözlüğü. *Sendrom II*. 2007, 5(7): 5-24.
6. Sakulkoo S. Factors Influencing Nursing Turnover and Intent to Stay in Renal Dialysis Units, Thailand, 2009.
7. USRDS 2010 Annual Data Report.Incidence and Prevalence of ESRD.Erişim tarihi 20.04.2010,[http://www.usrds.org/&ei=d5afTem6Hc\\_Lsgbhg6yNAg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CCgQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3DUSRDS%2B2010%26hl%3Dtr%26rlz%3D1W1GGLR\\_tr%26prmd%3Divns](http://www.usrds.org/&ei=d5afTem6Hc_Lsgbhg6yNAg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CCgQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3DUSRDS%2B2010%26hl%3Dtr%26rlz%3D1W1GGLR_tr%26prmd%3Divns).
8. Türkiye’de, Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon. Registry 2009 İstanbul: Türk Nefroloji Derneği Yayınları; Pasifik Reklam ve Tanıtım Hizmetleri /Metris Matbaacılık, İstanbul, 2010.
9. Ereğ E, Sever M Ş, Akoğlu E ve ark. Cost of Renal Replacement Therapy in Turkey. *Nephrology*. 2004, 9: 33-38.
10. Utaş C. Diyaliz uygulamalarında maliyet analizi. *Nefroloji Diyaliz Transplantasyon Dergisi*. 2007, 16 (ek2):73-76.
11. <http://www.tsn.org.tr/folders/file/cengiz%20utas.pdf>.Erişim tarihi: 05.10.2010.

12. Tsay SL, Healsead M. Self-care, self efficiancy,depression and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nurs Study* 2002, 39(3): 245-251.
13. Üstün EM, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006;1(1):33-43.
14. Chubon R. Quality of Life and Persons with End Stage Renal Disease. *Dialys and Transp* 1986, 15(8): 450-452.
15. Aksoy İ. Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelik Personelinin Aktivitelerinin İncelenmesi. İstanbul,1984.
16. Beydağ K. D, Arslan, H. Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008, 3 (7): 75- 87.
17. Kaçar G. Düzenli Hemodiyaliz Tedavisinde Olan Hastalara Uygulanan Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 1995.
18. Ülker S. Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem. Ankara, Aydoğdu Ofset, 1995.
19. Özyürek, P. Lomber Disk Ameliyatı Olmuş Erişkin Hastaların Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Ölçülmesi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hemşireliği Bölümü, İzmir, 2000.
20. <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Yonetmelikler.aspx>.Erişim tarihi:21.04.2011.
21. <http://www.diyaliz.net/index.php>.Erişim tarihi: 19.09.2010.
22. [www.saglik.gov.tr/.../diyaliz-merkezleri-hakkinda-yeni-yonetmelik](http://www.saglik.gov.tr/.../diyaliz-merkezleri-hakkinda-yeni-yonetmelik).Erişimtarihi: 21.04.2011.
23. Şentürk Erhan S. Hemşirelik Tarihi. İstanbul, AR Basım Yayım ve Anonim Şirketi, 1985.
24. Şanlı B. Hemşirelik Mesleği Hakkında Toplumsal Görüşün Analizi. Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümü, İstanbul, 1988.
25. Umur M. Toplumun Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Görüş ve Düşünceleri, Hemşirelerin Psikolojik Etkilenimleri. Bitirme Tezi, M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Medikal Bölümü, İstanbul, 1996.

26. Bayık A, Erefe İ, Özsoy S.A, Uysal A, Özer H, Ergül S. Kadın mesleği olarak hemşireliğin son yüzyıldaki gelişimi. *Hemşirelik Forumu*. 2002, 5 (6).
27. Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000, 4(2):22-27.
28. Erdemir F. Hemşirelerin rol ve işlevleri hemşirelik eğitiminin felsefesi. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998, 2(1):59-63.
29. Altıntaş A. Türkiye’de Hemşireliğin Başlangıcı. Sağlık Alanında Türk Kadını (Der: Nuran Yıldırım). İstanbul, Baskı Forum Renkleri Hizmetleri, 1998.
30. Birol L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, İzmir. Etki Matbaacılık, 2007.
31. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul, Alaş Ofset, 1999.
32. Ökdem Ş, Abbasoğlu A, Doğan N. Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*. 2000, 1(1): 5-11.
33. Özbaş D. Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini Algılayışı. doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2009.
34. Velioğlu P. Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. İstanbul, Alaş Ofset, 1994.
35. Joel L.A. The Nursing Experience, Trends, Challenges and Transitions (5th ed.) New York, McGraw-Hill, Medical, 2006. Pub;173 Erişim tarihi :18.06.2010 <http://books.google.com.tr/books>.
36. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/menu/yayinlar/hemsirelikte-haklar-ve-sorumluluklar.aspx>. Erişim tarihi: 04.04.2010.
37. <http://www.euro.who.int/işlevler>. Erişim Tarihi: 24.11.2010.
38. Potter P.A, Perry A.G. Fundamental of Nursing. 7th ed. USA, Mosby Elsevier, 2009.
39. <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/ANA.aspx>. Erişim tarihi: 08.12.2010.
40. Atalay M, Tel H. Profesyonel hemşirelik hizmetleri için hemşirelikte lisans eğitiminin temel unsurları gelecek yüzyılda hemşirelikte lisans eğitiminin vizyonu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999,3(2):47-54.
41. Demirdöven H İ. Kimin İçin Felsefe: *Felsefe Ekibi Dergisi*. 2007,7:13-17.
42. Velioğlu P, Babadağ, K. Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları. Eskişehir, Etam A.Ş., 1993.

43. Ay F.A. Mesleki Temel Kavramlar. İçinde Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. (Ed: F.A. Ay). İstanbul, Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., 2007.
44. Atalay E, Güler N, Mert S ve ark. Hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin görüşleri. Trakya üniversitesi Edirne Sağlık Yüksekokulu 3. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi Özet Kitabı, 2004, 31.
45. Ulusoy F. Hemşireliğin meslekleşmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*. 1990, 39 (1), 13-16
46. Salvage J. Nursing today The Politics of Nursing, Typeset by D.P. Hitchin, Media Ltd., 1989.
47. Karadağ A, Hisar F, Özhan Elbaş N. Hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal envanter. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 2004, 7(4):14-22.
48. Phillips S, Lavin R. Help needed now from professional nursing associations. *Journal of Professional Nursing*. 2004, 20 (5).
49. Kaya H, Taşocak G. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin yüksekokulun genel hedeflerine ulaşma durumlarına ilişkin görüşleri. *Hemşirelik Bülteni*. 2005, 13 (54), 77-78.
50. Ocağcı A. Meslek Bilincinin profesyonelliğe etkisi: *Türk Hemşireler Dergisi*, 1995,C. 45, S. 3-4, s. 19-21.
51. Orak N. İstanbul İlindeki Hemşirelerin Profesyonel Hemşirelik Değerleri ve Etkileyen Faktörlerin Analizi. Doktora Tezi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.İstanbul, 2005.
52. Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2009, 40 (2):113-119.
53. Gökçora İH. Profesyonelliğe saygı. *Üniversite ve Toplum* 2005, 5(3):1-6.
54. Yıldız S. Profesyonel Hemşirenin rol ve işlevleri. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi* 2003, 7(2): 35-40.
55. Erdemir F. The Roles and Functions of Nurses and the Philo-sophy of Nursing Education, İstanbul,2009.
56. İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Öztürk E. Hemşirelik Esasları. 2. Baskı. Ankara, Damla Matbaacılık, 1996.
57. Potter PA, Perry AG. Basic Nursing Theory and Practice (3rd ed) Mosby Year Book, 1995,ss 228-249.

58. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 17927 Sayılı Resmi Gazete,13.01.1983.Erişimtarihi:14.01.2010,<http://www.saglik.gov.tr/mevzuat/index>.
59. Kaşıkçı B. Hemşirelerin Sağlık Mevzuatları İle İlgili Yaşadıkları Sorunlar, Yasal Hakları, Sınırlılıkları ve Bilgi Durumlarının Değerlendirilmesi, İstanbul 2006.
60. Orak E. İç Hastalıkları Ders Notları (çoğaltılmış), İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 2005.
61. SağlAMYÜREK S. Kronik böbrek yetmezliği ve renal TX. *Çınar Dergisi*. 1998, 4(2): 41-44.
62. Yürügen B. İç Hastalıkları Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1997.
63. Damış R, Özmen Ş, Akın D, Beştaş R, Atayan Y, Zülfüoğulları SY, Yazanel O. 2001-2007 Son dönem böbrek yetmezliği olgularımızın geriye dönük analizi. *Nefroloji Diyaliz Transplantasyon Dergisi*. 2007, 16(4):190-195.
64. Mitch WE. Low protein diet ve proteinüri:renal and cardiac results. *Am J Nephrol*. 2006, 26(supplement1):6-9.
65. Selby NM, McIntyre CW. The acute cardiac effects of dialysis. Seminars in dialysis official journal of the american society of diagnostic and interventional. *Nephrology*. 2007, 2 (3): 19-28.
66. Yılmaz R, Altun B, Kronik Böbrek Hastalığı Patofizyolojisi ve Tedavisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Ünitesi, Ankara, 2002.
67. Goldman L, Ausiello, D. Cecil. (Çev. Ü, Serhat). 22. Baskı. Cilt 1, Güneş Kitabevi ltd, Şti, İstanbul, 2006.
68. Birol L. İdrar Yolları-Böbrek Hastalıkları Tedavisi Ve Hemşirelik Bakımı. İç hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. (Ed: Akdemir N, Birol L.) İstanbul, Vehbi Koç Yayınları, 2003.
69. Aydın Z. Renal replasman Tedavi Seçenekleri. *Nefrolji Hemşireliği Dergisi*. 2004, 1(1):16-20.
70. Başçı A. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizinin Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisinde Yeri. (Ed: Akçiçek F.). Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Temel Bilgiler Kitabı. İzmir, Türk Nefroloji Derneği Yayını, Ege Üniversitesi Basım Evi, 1997.

71. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Diyaliz El Kitabı. (Çev: Semra Bozfakıoğlu). İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 2010.
72. [http://ndthd.org/dernek/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=4](http://ndthd.org/dernek/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=4).Erişim tarihi 20.07.2010
73. Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik reformu Projesi.09.09.2009 tarihli ve 27344 sayılı R.G. yayınlandı. Erişim tarihi:01.06.2010, <http://www.saglik.gov.tr/.../saglikta-donusum-ve-sosyal-guvenlik-reformu-projesi.html>.
74. <http://www.medimagazin.com.tr/mm-hemsirelerin-yasal-sorumluluklari-ii-ky-51269.html> 17 eylul 2007 347. Prof. Dr. Hakan HAKERİ, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dekanı köşe yazısı. Erişim tarihi:02.01.2010.
75. Jhunke J, Curtin, R.B. New study identified ESRD patient education needs. *Nephrology News and Issues*. 2000, 14(6): 38-39.
76. Glaxo Wellcome. Pathway evaluation program for nursing professionals (specialty profiles,1st ed). Research Triangle Park, NC, 1995.
77. Taylor S, Hartigan M.C., Mapes D, Breckenridge D, Frauman A.C., Neff M, Butera E, Keen M and Fawcett J. Images of nephrology nursing practice: Report of a survey. *ANNA Journal*. 19(4),361-366.
78. [http://www.annanurse.org/thd/dernek/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=4](http://www.annanurse.org/thd/dernek/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=4).Erişim tarihi: 29.06.2010.
79. Çınar Menteş S. Hemodiyaliz Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Komplikasyonları Önlemedeki Rollerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 1996.
80. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Türkçeleştirilmiş, 2.baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2005.
81. Çalışkan D, Akdur R. Ankara üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde çalışan hemşirelerin kendi bildirimleri ile karşılaştıkları mesleki riskler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2001, 54 (2): 135-142.

82. Karamanoğlu A.Y., Özer F.G., Tuğcu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Firat Tıp Dergisi*. 2009, 14 (1): 12-17.
83. Bulduk S, Pek H. İstanbul’da özel ilköğretim okullarında çalışan hemşirelerin rol ve işlevlerinin incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005, 9 (2): 40-48.
84. Akyürek B, Özer S, Argon G, Conk Z. Hekim davranışlarının hemşire memnuniyeti ve hemşirelerin işine devam etme durumu üzerine etkisi, *Ege Tıp Dergisi*. 2005, 44 (3): 167 – 172.
85. Karagözoğlu ř. Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2008 (3): 41-50.
86. Parsons MA, Felton GM. Role performance and job satisfaction of school nurses. *Western Journal of Nursing Research*. 1992, (14): 498-511.

**EK-1**  
**ANKET FORMU**

Değerli meslektaşım,

Diyaliz hemşireleri işlevlerinin profesyonel yaklaşım yönünden değerlendirmek amacıyla planladığım araştırmada demografik verileri ve hemşirenin işlevlerini içeren bir anket bulunmaktadır. Anketler sadece araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir. Anketlere isim yazmayınız. Vereceğiniz bilgilerin güvenilirliği çalışmanın geçerliliği açısından önemlidir. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Hemşire Çiğdem CİNPER

Tarih:

1) Kurumunuz?

- Özel Hastane  
 Vakıf Hastanesi

2) Yaşınız?

- 20–30                       30–40                       40–50                       50 ve üstü

3) Medeni durumunuz?

- Evli                                       Bekâr

4) Ünvanınız?

- Sorumlu diyaliz hemşiresi     Periton diyaliz hemşiresi     Hemodiyaliz hemşiresi

5) Diyaliz ünitesinde toplam kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- 0–3                       4–7                       8–10                       10 üstü

6) Vardiya düzeniniz nasıl?

- Gündüz vardiyası     Gece vardiyası                       Karışık                       Diğer...

7) Günde kaç saat çalışıyorsunuz?

- 8 saat                       10 saat                       12 saat                       15 ve üzeri

8) Bir diyaliz seansında ortalama kaç hastaya bakıyorsunuz?(HD hemşiresi cevaplayacak)

- 1                       2                       3                       4                       5                       6 ve üzeri

9) Günde bir hastaya ortalama ne kadar süre ayırıyorsunuz?

- 1 saat                       2 saat                       3 saat                       4 saat ve üzeri



10) Öğrenim durumunuz

- Sağlık meslek lisesi       Ön lisans       Lisans       Lisansüstü

11) Diyaliz sertifikanız var mı?

- Evet, HD sertifikası       Evet, PD sertifikası       Hayır, (13. soruya geçiniz)

12)Sertifikanızı nerden aldınız?

- Sağlık bakanlığına kendi başvurumla  
 Üniversite hastanesinden  
 Devlet hastanesinden  
 Özel diyaliz merkezinden

13) Kendi sağlık bilginizi yeterli buluyor musunuz?

- Yeterli       Yetersiz       Kısmen yeterli

14) Sizce diyaliz hemşireliğinin sertifika eğitim süresi ne kadar olmalı?

- 3 ay       6 ay       1 yıl       Diğer...

15) Kurumunuzda Hizmet İçi Eğitim veriliyor mu?

- Evet       Hayır, (18. soruya geçiniz)

16) Hangi sıklıkla Hizmet İçi Eğitim Veriliyor?

- Her ay       1-3 ay       3-6 ay       Yılda 1 kez

17) Hizmet İçi Eğitim konularını kim belirliyor?

- Kendimiz       Eğitim Hemşiresi       Başhemşire       Hastane yönetimi

18) Hastalar en çok hangi konularda eğitime ihtiyaç duyuyor?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Tedavi yöntemleri ve avantajları, dezavantajları  
 Vasküler giriş yolu bakımı ve korunması  
 Kişisel hijyenik bakım  
 Fizik ve sosyal aktiviteler  
 Sıklıkla kullanılan ilaçlar  
 Beslenme ve diyet  
 Diğer...

19) Bu eğitimleri yeterli buluyor musunuz?

- Yeterli       Yetersiz       Kısmen yeterli

20) Diyalizle ilgili kitap dergi vb. yayınları takip ediyor musunuz?

- Evet       Hayır

21) Diyaliz ile ilgili kongrelere katılıyor musunuz?

- Evet       Hayır

22) Diyaliz hemşireliğini niçin seçtiniz?

- Geliri iyi olduğu için  
 Ben seçmedim  
 Tesadüfen  
 Bilerek ve isteyerek  
 Diğer...

23) Diyaliz hemşireliğini seçerken, diyaliz ortamında bulunmanın sağlığa zarar verici risklerinin farkında olarak mı seçtiniz?

- Evet  Hayır  Kısmen

24) Diyaliz hemşireliğinin olumlu veya olumsuz yönlerinden sizce en önemlisi hangisidir?

Olumlu yönleri

- Doyum sağlayan  
 Ekonomik yönden tatminkâr  
 Sorumluluk alabilmeyi sağlayan  
 Diğer...

Olumsuz yönleri

- Yorucu  
 Psikolojik yorgunluğu fazla  
 Daima dikkat gerektirmesi  
 Diğer...

25) Ücretiniz ile ilgili özellikler?

- Diğer meslektaşlarımdan yüksek  
 Normal giderler için yeterli  
 İşletmenin kazancına uygun  
 Kıt kanaat geçinmeye yeterli  
 Yetersiz

26) Genel olarak işinizden ne kadar tatmin oluyorsunuz?

- Çok iyi  İyi  Orta  Kötü  Çok kötü

27) Çalıştığınız kurumdaki hekimler ve yönetimden memnun musunuz?

- Evet  Hayır  Kısmen

28) Toplum ve çalışma arkadaşlarınız tarafından gösterilen saygı ve hoşgörüden memnun musunuz?

- Evet  Hayır  Kısmen

29)27. veya 28. Sorunun cevabı 'Hayır' ise bu çevre sizin hemşirelik işlevinizi gerçekleştirmenizi olumsuz etkiliyor mu? ( Sadece birini işaretleyiniz)

- Evet, moralim bozuluyor  
 Evet, çalışma isteğim azalıyor  
 Evet, agresif oluyorum  
 Hayır, hiç umurumda değil işlevlerimi gerçekleştiriyorum

30) Sürekli aynı hastalarla çalışmayı nasıl buluyorsunuz? ( Sadece birini işaretleyiniz)

- Sıkıntı verici  Çok iyi  
 Umurumda değil  Mutluluk verici  
 Öfke uyandırıcı  Memnunluk verici  
 Diğer...

31) Diyaliz ünitesinde çalışma süresince hiç enfeksiyon aldınız mı?

Evet,  Hayır, (32. soruyu geçiniz)

32) Hangi enfeksiyonu aldınız?

Hepatit A  Hepatit B  Hepatit C  HIV  Diğer...

33) Hangi koruyucu yöntemleri uyguluyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Eldiven  Galoş, maske, bone  Dezenfektan solüsyonlar

Koruyucu gözlük  Diğer...

34) Diyaliz hemşirelerini nasıl tanımlıyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Güler yüzlü  İletişimde yetersiz

Hoşgörülü  Agresif

Güvenilir  Güvensiz

Sorumluluk sahibi  İlgisiz

35) Bulduğunuz diyaliz ünitesinde performans değerlendirme yapılıyor mu?

Evet  Hayır

36) Diyaliz hemşiresinin uygulamalarına yönelik standartlarınız var mı?

Evet  Hayır

37) Diyaliz hemşiresinin görev, yetki, sorumluluk ve görev tanımları belirlenmiş mi?

Evet  Hayır

38) Ekibin bir üyesi olarak hastanın bütüncül yaklaşımında otonomi (kendi kendine karar verme) uygulayabiliyor musunuz?

Evet  Hayır  Kısmen

39) Cevabınız 'Evet' veya 'Kısmen' ise bunun hasta üzerindeki olumlu veya olumsuz sonuçları karşısında kime rapor veriyorsunuz?

Hekim  Başhemşire  Hastane yönetimi

**EK-2****Diyaliz Hemşirelerinin Hemşirelik İşlevlerini Değerlendirme Anketi**

Açıklama: Aşağıda hemşirenin işlevleri hakkında 30 madde bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve size en yakın gelen açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işaretini koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz. Katılımınız için teşekkür ederim.

\*\* 5. ve 6.soruyu sadece hemodiyaliz (HD) hemşiresi cevaplayacaktır.

	Hemşirelik işlevidir uyguluyorum	Hemşirelik işlevidir uygulamıyorum	Hemşirelik işlevi değildir uyguluyorum	Hemşirelik işlevi değildir uygulamıyorum
1.Enfeksiyon ve kazalara karşı güvenli bir çevre sağlamak.				
2.Hastayı üniteye kabul etmek ve üniteye uyumunu sağlamak.				
3.Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formunu kullanarak hastanın kapsamlı değerlendirmesini yapmak (bakım gereksinimlerini planlamak, uygulamak, sonuçlarını değerlendirmek).				
4.Hastaların uyku ve dinlenmelerini sağlamak amacıyla, gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol etmek.				
**5.Hemodiyaliz öncesi ve sonrası hastayı tartmak.				
**6.Hemodiyaliz süresince hastanın yaşam bulgularını kontrol etmek.				
7.Hastanın diyaliz sırasında ve sonrasında var olan ilaç uygulamalarını yapmak ve kaydetmek.				
8.İlaçları güvenli bir şekilde temin eder, uygun koşullarda, güvenli ve düzenli bir şekilde korunmasını sağlamak.				
9.İlaçların son kullanma tarihini kontrol etmek.				

	Hemşirelik işlevidir uyguluyorum	Hemşirelik işlevidir uygulamıyorum	Hemşirelik işlevi değildir uyguluyorum	Hemşirelik işlevi değildir uygulamıyorum
10. Teslim saatinde narkotik ilaçları sayarak teslim almak ve kaydetmek.				
11. Hastaya uygulanan bakım ve tedavi ile ilgili uygulamalar ile eğitim ve gözlemlere ilişkin verileri hemşire formuna kaydetmek.				
12. Tanı ve tedavi amaçlı girişimler için, işlem sırasında hastaya destek olmak.				
13. Hastanın kendi kendine yönetimi ve bakımını desteklemek.				
14. Hasta, ilk defa diyalize giriyor ise hastayı diyaliz ekibi ve diğer hastalarla tanıştırmak.				
15. Diyaliz işlemi ve diyaliz merkezi hakkında hastayı bilgilendirmek.				
16. Diyalizin komplikasyonları, belirtileri yönünden hastayı bilgilendirmek.				
17. Hasta ve yakınlarını diyaliz işlemi, süresi, randevu saati konularında bilgilendirmek.				
18. Tanı ve tedavi amaçlı girişimler için hastayı bilgilendirmek.				
19. Yönetim veya sorumlu hemşire tarafından istenen toplantılar ile mesleki ilerleme ve gelişimi için kurum içi/kurum dışındaki seminer ve toplantılara katılmak.				
20. Hizmet içi eğitim etkinliklerine katılmak.				

	Hemşirelik işlevidir uyguluyorum	Hemşirelik işlevidir uygulamıyorum	Hemşirelik işlevi değildir uyguluyorum	Hemşirelik işlevi değildir uygulamıyorum
21.Sorumlu hemşire ile işbirliği yaparak diyaliz eğitimi alan hemşirelerin eğitimine katkıda bulunmak.				
22.Araç-gereç ve malzemelerin isteminde servis sorumlu hemşiresine görüş bildirmek.				
23.Hastada enfeksiyon belirtileri saptandığında, sorumlu hemşiresine bildirmek.				
24.Nöbet/vardiya değişimlerinde hasta bilgileri ve hemşire gözlemlerini yazılı ve sözlü olarak hasta başında teslim etmek.				
25.Hekim istemi doğrultusunda uygun diyalizer , diyalizati(PD solüsyonunu) hazırlamak.				
26.Hasta ve ailesini psikolojik ve sosyal birimlerden destek almaya yönlendirmek.				
27.Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından belirlenmiş politika, hedef, kural ve düzenlemelere uymak.				
28.Hemşirelik hizmetleri ile ilgili sorun ve gereksinimleri sorumlu hemşiresine bildirmek.				
29.Müdürlük tarafından istenilen kayıt ve istatistikleri toplamak.				
30.Hemşirelik ve diyaliz hemşireliği alanında araştırmalar yapmak.				

EK-3



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

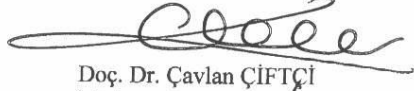
SAYI : B.30.2.İBÜ.042.00.00/24  
KONU: Anket hk.

TARİH :01/02/2010

BAHÇELİEVLER ÖZGÖZÜKARA DİYALİZ MERKEZİ SORUMLU  
HEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Çiğdem CİNPER'in, Prof. Dr. Çaylan PEKTEKİN'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Diyaliz Hemşireleri İşlevlerinin Profesyonel Yaklaşım Yönünden Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak merkezinde gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

Uygundur  
Başhemşire  
Sevil CANI  


  
Doç. Dr. Çaylan ÇİFTÇİ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

EK-4



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.İBÜ.042.00.00/20  
KONU: Anket hk.

TARİH :01/02/2010

DIAMED ŞİŞLİ DİYALİZ MERKEZİ SORUMLU HEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Çiğdem CİNPER'in, Prof. Dr. Çaylan PEKTEKİN'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Diyaliz Hemşireleri İşlevlerinin Profesyonel Yaklaşım Yönünden Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak merkezinizde gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

Doç. Dr. Çaylan ÇİFTÇİ  
Müdür

uygun dur.  
A. Beyaz  
DIAMED  
DIYALİZ HİZMETLERİ A.Ş.  
Gazi Berkay Sokak No:13/1  
80220 ŞİŞLİ/İSTANBUL  
Medi@sbey v.b. 236 023 0077

Ek : 1) Anket Formu.



EK-5



T.C

**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Okulunuz öğrencilerinden Çiğdem Çinper' in tez çalışmasının  
merkezimizde uygulanması uygun görülerek izin verilmiştir.

Sorumlu Uzman Hekim

**İlhan TAŞKÖPRÜ**

**NİL METROPOL SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. ve TİC. A.Ş.**

Merkez Mah. Çobançeşme Cad. No: 6 Kağıthane / İstanbul  
Tel : 02121 321 29 29 - 321 51 66 Fax: 321 51 68

EK-6



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ


SAYI : B.30.2.İBÜ.042.00.00/19  
KONU: Anket hk.

TARİH :01/02/2010

İSTANBUL ÖZEL HİZMET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Çiğdem CİNPER'in, Prof. Dr. Çaylan PEKTEKİN'in tez danışmanlığım yürüttüğü "Diyaliz Hemşireleri İşlevlerinin Profesyonel Yaklaşım Yönünden Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak Diyaliz Ünitenizde gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

S. Böbrek Vakfı  
A. Erimis Diyaliz Merkezi  
B. Hemşire  
Yüksek  
" Septor

  
Doç. Dr. Çaylan ÇİFTÇİ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

Dr. Çaylan ÇİFTÇİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Müdürü  
İstanbul Bilim Üniversitesi  
Büyükdere Cad. No: 120 34394 Esentepe-Şişli / İSTANBUL  
Tel: 0212 213 64 86 Faks: 0212 272 34 61

EK-7



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.İBÜ.042.00.00/25  
KONU: Anket hk.

TARİH :01/02/2010

ULTRA DİYALİZ MERKEZİ SORUMLU HEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Çiğdem CİNPER'in, Prof. Dr. Çaylan PEKTEKİN'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Diyaliz Hemşireleri İşlevlerinin Profesyonel Yaklaşım Yönünden Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilâşikte belirtilen anket formunu uygulayarak merkezinizde gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

*uygundur*  
ULTRA DİYALİZ MERKEZİ  
Baş Hemşire  
Emel ERGENE  
Sert. No: 1771

*Çaylan Çiftçi*  
Doç. Dr. Çaylan ÇİFTÇİ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

EK-8



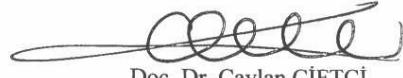
T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.İBÜ.042.00.00/23  
KONU: Anket hk.

TARİH :01/02/2010

ÖZEL DOĞAN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Çiğdem CİNPER'in, Prof. Dr. Çaylan PEKTEKİN'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Diyaliz Hemşireleri İşlevlerinin Profesyonel Yaklaşım Yönünden Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak Diyaliz Ünitenizde gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

  
Doç. Dr. Çaylan ÇİFTÇİ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

ÖZEL DOĞAN HASTANESİ  
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü  
GÜLİN KURT

Diyaliz Hemşirelerine anket yapılması  
uygundur.

Adres: Büyükdere Cad. No: 120 34394 Esentepe-Şişli / İSTANBUL Tel: 0212 213 64 86 Faks: 0212 272 34 61

EK-9



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.İBÜ.042.00.00/21  
KONU: Anket hk.

TARİH :01/02/2010

ÖZEL MEDICANA INTERNATIONAL İSTANBUL HASTANESİ  
BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Çiğdem CİNER'in, Prof. Dr. Çaylan PEKTEKİN'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Diyaliz Hemşireleri İşlevlerinin Profesyonel Yaklaşım Yönünden Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak Diyaliz Ünitelerinde gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

uyandır.  
Hemz Hizm. Direktörü  
Gülşay Kalkan

Ek : 1) Anket Formu.

uyandır.  
Prof. Dr. Selma ARSÖYEK  
Başhekim  
Özel Medica International İstanbul  
Hastanesi

Doç. Dr. Çaylan ÇİFTÇİ  
Müdür