



Orjinal Makale

Kronik psikiyatri hastaları ve bakım verenlerinin taburculuğa hazırlık gereksinimleri ve karşılanmasına ilişkin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi*

● Gonca Gül Günay,¹ ● Zekiye Çetinkaya Duman²

¹Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Fizik Tedavi Servisi, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Özet

Amaç: Çalışma, psikiyatri kliniğinde yatan kronik psikiyatri hastalarının ve bakım verenlerin, taburculuğa hazırlıkla ilgili gereksinimlerini belirlemek ve gereksinimlerin karşılanmasına ilişkin memnuniyetlerini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma, Ege bölgesindeki bir ilin üniversite hastanesi yetişkin psikiyatri servisinde bir yıl içinde yatan 181 hasta ve 140 bakım veren ile yürütülmüştür. Veri toplamada hastaların ve bakım verenlerin taburculuğa hazırlık gereksinimleri ve memnuniyetlerini değerlendirme formu kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların yarısından fazlasına taburculuğa hazırlık planlaması yapılırken kendilerine bilgi verilmeyen konuları; yasal haklar, hastalıkları ile ilgili ulaşılabilecek kaynaklar, stresörlerin hastalığa etkileri, günlük yaşamı sürdürmenin hastalık sürecine etkisi, taburculuk sonrası başvurulacak kurumlar olarak belirtmişlerdir. Bakım verenlerin yarısından fazlası, hastalık ile ilgili ulaşılabilecek kaynaklar ve dokümanlar, stresörlerin ve stresör ile baş edememenin hastalığa etkisi, çaresizlik, tükenmişlik duyguları yaşanıldığında başvurulabilecek sağlık hizmetleri, sosyal ilişkileri geliştirme yöntemleri, hastalarına uygulanan ilaç tedavisinin yan etkileri, taburculuk sonrası ev ortamının hastanın durumuna göre nasıl düzenleneceği, hastanın ilaçları reddetmesi durumunda ne yapılacağı, taburculuktan sonra başvurulacak kurumlar, hastanın yasal hakları, hastalığın nedenleri ile ilgili kendilerine bilgi verilmediğini belirtmiştir.

Sonuç: Çalışmada, hasta ve bakım verenlerin çoğunluğuna hastane yatışlarının ilk gününden itibaren taburculuğa hazırlık planlaması yapılmadığı, yapılan planlamaya bakım verenlerin büyük çoğunluğunun ise dahil edilmedikleri sonucuna varılmıştır. Hastaların çoğunluğuna taburculuğa hazırlık ile ilgili eğitim verildiği, fakat verilen eğitimin taburculuk sonrası dönemde hastalığın belirti ve bulgularının yarattığı stres ile baş etmede yetersiz olduğu belirlenmiştir. Hastane yatışı sonrası psikiyatri hemşirelerinin hastaların ve bakım verenlerin, taburculuk sonrası dönemdeki gereksinimlerini değerlendirmesi, değerlendirmeler sonucunda bireye özgü planlamalar yapılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Bakım veren memnuniyeti; hasta memnuniyeti; kronik ruhsal hastalık; psikiyatri klinikleri; taburculuğa hazırlık planlaması.

Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların, değişen sağlık bakım sistemleri sebebiyle yatış süresinin giderek kısalması ile değerlendirme ve yaklaşımlarda değişiklik gerekmektedir. Bu durum erken taburculuğu gündeme getirerek bakımın sürdürülmesinde etkin bir taburculuk planlama sürecine duyulan gereksinimin giderek artmasına yol açmaktadır.^[1-3]

Taburculuk planlama süreci, hasta hastaneye kabul edildiği andan itibaren başlayan, hastanın bakımını taburculuk sonrasında da en iyi şekilde devam ettirebilmesi için tedavi boyunca hasta ve bakım verenin de katılımıyla interdisipliner bir yaklaşımla güncelleştirilip, sistemli olarak yürütülen bir süreçtir.^[4-6] Bu süreç, hasta ve bakım verenlerin gereksinimlerinin belirlenmesini,



Konu hakkında bilinenler nedir?

- Değişen sağlık bakım sistemleri nedeniyle hastaneye yatışın, hızlı bir değerlendirme ve bütüncül bir yaklaşım gerektirmesi, erken taburculuğu gündeme getirerek bakımın sürdürülmesinde etkin bir taburculuk planlama sürecine duyulan gereksinimin giderek artmasına yol açmaktadır. Hastaların ve bakım verenlerin katılımıyla disiplinler arası bir yaklaşımla güncellenen sistematik bir süreç olan taburculuk planlaması, hasta ve bakım verenlerin gereksinimlerinin belirlenmesini, bu gereksinimlerin karşılanması için gerekli kaynaklara ulaşmasını ve uygulanan bakımın kalitesinin değerlendirilmesini kapsamaktadır.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- Hasta ve bakım verenlerin çoğunluğuna hastane yatışlarının ilk gününden itibaren taburculuğa hazırlık planlaması yapılmadığı belirlenmiştir. Planlama yapıldığını belirten hastaların büyük çoğunluğunun bakım verenleri, planlama sürecine dahil edilmediklerini belirtmişlerdir. Hastaların çoğunluğuna taburculuğa hazırlık ile ilgili eğitim verildiği, fakat verilen eğitimin, taburculuk sonrası dönemde hastalığın belirtileri ve bulgularının yarattığı stres ile baş etmede yetersiz olduğu belirlenmiştir.

Uygulamaya katkısı nedir?

- Psikiyatri kliniğinde yatan hasta ve bakım verenlerinin taburculuğa hazırlık gereksinimlerinin ve bu hizmetlere yönelik memnuniyetlerinin belirlenmesi, psikiyatri servislerinde verilen hizmet ve programların içeriklerini oluşturmada hemşireler ve diğer ekip üyelerine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

bu gereksinimlerin karşılanması için gerekli kaynaklara ulaşılmasını ve uygulanan bakımın kalitesinin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Böylelikle hasta ve bakım verenlerin gereksinimleri ayırt edilir, planlanır ve taburculuk sonrası bakımın devamlılığı sağlanmış olur.^[1,7,8] Literatürde psikiyatrik tanısı olan hastaların taburculuk eğitimi alma durumları ve bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile yapılan çeşitli çalışmalar vardır. Perrault ve ark.nın (2005) çalışmasında, hastaların %67.4'ünün ilaçların yan etkileri ve %65.1'inin acil durumlarda ne yapması gerektiği konularında daha fazla bilgiye gereksinim duydukları saptanmıştır.^[9] Cleary, Horsfall ve Hunt'in (2003) yaptığı çalışmada, hastaların %41'i aynı sorunlarla başkalarının nasıl baş ettiği, %39'u ilaç etkilerinin neler olduğu, %37'si taburculuk hakkında yazılı bilgi, %37'si iyi hissetmeme durumunda yapılması gerekenler ile ilgili daha ayrıntılı bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.^[10]

Ülkemizde, Duran ve Gürhan'ın (2012) yaptıkları çalışmada ise, psikiyatrik tanısı olan hastaların %26.7'si taburculuğa kendilerini hazır hissetmediklerini, %35.1'i tanı ve hastalık sürecine ilişkin bilgi almadığını, %51.1'i taburculuk eğitimi almadıklarını belirtmişlerdir. Hastalara taburculukla ilgili ne yapılmasını istedikleri sorulduğunda, hastaların %75'i kendilerine her konuda detaylı bilgi verilmesini istediklerini belirtmiştir.^[11] Gümüş'ün (2006) yaptığı çalışmada, şizofreni hastalarının %93.8'inin hastalığıyla ilgili bir eğitim almadığı; şizofreninin tekrarladığını gösteren belirtiler, kullanılan ilaçlar ve yan etkileri, hastalığın seyri, hastanın yasal hakları konularında ise daha fazla bilgiye gereksinimleri olduğu belirlenmiştir.^[12] Aynı çalışmada, bakım verenlerin en fazla gereksinim duyduğu konular ise; hastalığın tekrarladığını gösteren belirtiler ile baş etme, psikososyal tedaviler, şizofreni hastalarının yasal hakları, toplum kaynakları (dernekler, özel gruplar), şizofreni hastası olmanın zorluklarıyla baş etme yöntemleri, stres ile baş etme olarak belirlenmiştir.^[12] Duman ve ark.nın (2007) çalışmasında ise şizofreni tanısı almış hastaların %60'ının hastalık ve tedavileri hakkında bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir.^[13]

Taburculuk planlama sürecinde önemli bir diğer konu ise, bakım verenlerin tedavi sürecine dâhil edilmesidir. Sağlık personeli hasta ile daha çok hastalığın akut döneminde sınırlı süre birlikteyken, bakım verenler tüm günlerini hasta ile geçirmekte, hastanın bakım sorumluluğunu gönüllü veya zorunlu olarak yürütmektedir.^[14] Bakım verenler bu sorumluluğu gerçekleştirirken hastalık süreci ve hastaya yaklaşımda aşırı koruma ve aşırı duygusal düşkünlük gibi yüksek duygu içeren tepkilerde bulunabilmektedir.^[9,15] Gümüş'ün (2006) çalışmasında, şizofreni hastalarına bakım verenlerin %88.8'inin, hastalarının hastalığı nedeniyle yaşamlarında değişiklik olduğu; %31.9'unun hastalarının hastalığı nedeniyle üzüntü korku, huzursuzluk hissettiği belirlenmiştir.^[14] Perreault ve ark.nın (2005) çalışmasında, hastaların %85–%90'ı, bakım verenlerin ise %88–%97'si taburculuk planına bakım verenlerin dâhil edilmesinin hastanın tekrarlı hastane yatışlarını önlemede etkili olduğu görüşünü belirtmişlerdir.^[9] Donisi ve ark.nın (2015) taburculuk öncesi değişkenleri tanımlamak ve geri kabul ile ilişkilerini belirlemek amacı ile yapmış oldukları çalışmada, bakım verenlerin sosyal desteğinin bakım sürecine pozitif katkısı olduğunu ve bu katkının hastaneye yeniden yatış riskinin azalmasıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.^[16]

Yapılan çalışmalarda, hasta ve bakım verenlerin ilaç yönetimi, stresle baş etme, hasta bireyle iletişim kurma, sorun çözme gibi konularda eğitim gereksinimleri olduğu, hastalık nedenleri, tedavisi ile ilgili konularda yeterli bilgi sahibi olmamanın tedaviyi sürdürmede önemli bir engel oluşturduğu saptanmıştır.^[11,13,17–20] Bu çalışmalar, hasta ve bakım verenlerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmalar olup, ülkemizde klinikte yatan psikiyatri hastası ve bakım verenlerin taburculuğa hazırlık gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma, psikiyatri kliniğinde yatan hasta ve bakım verenlerin, taburculuğa hazırlıkla ilgili gereksinimlerini belirlemek ve bu gereksinimlerin karşılanma durumuna ilişkin memnuniyetlerini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Psikiyatri kliniğinde yatan hasta ve bakım verenlerinin taburculuğa hazırlık gereksinimlerinin ve bu gereksinimlerin karşılanma durumuna ilişkin memnuniyetlerinin belirlenmesi, psikiyatri servislerinde verilen hizmet ve programların içeriklerini oluşturmada hemşireler ve diğer ekip üyelerine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Araştırma Soruları

Araştırmada;

Hastaların ve bakım verenlerin taburculuğa hazırlıkla ilgili gereksinimleri nelerdir?

Taburculuğa hazırlık ile ilgili gereksinimlerin karşılanmasına ilişkin hasta ve bakım verenlerin memnuniyet düzeyleri nedir? sorularına cevap aranmıştır.

Gereç ve Yöntem**Katılımcılar**

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırma Temmuz 2014–2015 tarihlerini kapsayan bir yıllık sürede psikiyatri hastalarının tedavi gördüğü ve izlendiği Ege bölgesindeki bir ilin üniversite

hastanesi yetişkin psikiyatri servisinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklem sayısını belirlemede "Bilinen evrenden örnek hesaplama" ($n = N \cdot t_{pq} / d2 (N-1) + t_{pq}$) yöntemi kullanılmıştır. 1 yıllık sürede yatan hasta sayısı dikkate alınmış (418), dâhil edilme ölçütlerine uyularak hastalar ve bakımverenler için örneklem sayısı 178 olarak belirlenmiştir. Örneklem seçimi, Olasılığa Dayalı Olmayan (Yargısal) Örneklem Seçim yöntemlerinden olan rastgele (gelişigüzel) seçim yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Ulaşılan hasta sayısı 181 dir. Bazı hastaların bakım verenlerine ulaşılamaması, bazı bakımverenlerin de çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle bakımveren sayısı 140 olarak belirlenmiştir. Hastalar için araştırmaya dâhil edilme ölçütleri; psikiyatri kliniğinde şizofreni, bipolar bozukluk, depresyon tanıları ile yatan, klinik vizitte ve ekip toplantısında taburculuk kararı verilen, okur-yazar olan (anket formlarını anlayabilmesi ve tamamlayabilmesi) ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar olarak belirlenmiştir. Bakım verenler için araştırmaya dâhil olma ölçütleri; bakım verenin hasta ile birlikte yaşıyor olması ya da hastanın tedavi ve bakımından sorumlu olması, okur-yazar olması, araştırmaya katılmayı kabul etmesi, anlamasına engel oluşturabilecek bir sağlık probleminin olmamasıdır (Örneğin; Mental Retardasyon).

Kullanılan Araçlar

Araştırmada verileri toplamak amacı ile hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin veri formu ve bakımverenlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin veri formu kullanılmıştır. Veri formlarında, hastaların ve bakım verenlerin; demografik bilgileri, hastalığa bağlı özellikleri, eğitim, çalışma ve gelir durumu, birlikte yaşadığı kişiler, taburculuğa hazırlık planı ile ilgili bilgileri belirlemeye yönelik maddeler yer almaktadır.

Hastaların taburculuğa ilişkin gereksinimlerini belirleme ve bu gereksinimlerin karşılanma durumuna ilişkin memnuniyetlerini belirleme anketi ve bakım verenlerin taburculuğa ilişkin gereksinimlerini belirleme ve bu gereksinimlerin karşılanma durumuna ilişkin memnuniyetlerini belirleme anketi olmak üzere iki anket formu kullanılmıştır. Bu Anket formlarında; hastalığın nedenleri, belirti ve bulguları, hastalık belirtileri ile baş etme yöntemleri, hastalık ile ilgili ulaşabilecekleri kaynak ve dokümanlar, ilaç tedavisinin yan etkileri, hastalığın erken haberci belirtileri, taburcu olduktan sonra ilaç tedavisi dışındaki diğer tedavi seçenekleri, taburcu olduktan sonra kontrole geliş sıklığı, görüşülecek kişi, yasal haklar, stres ve baş etme, yakınlar ve diğer kişilerle ilişkileri geliştirme yolları, boş zaman aktiviteleri, günlük yaşamı sürdürmenin hastalık sürecine etkileri, taburculuk sonrası başvurulabilecek toplum kaynakları ile ilgili bilgi alma, acil durumlarda yardım istenecek yerler, hastalık ile ilgili ulaşabilecek kaynak ve dokümanlar ile ilgili maddeler yer almaktadır. Bu iki anket formu ilgili literatürden yararlanarak hazırlanmıştır.^[6,7,8,9,14,17,18] Anket formu hazırlandıktan sonra psikiyatri kliniğinde çalışan iki hemşire ve psikiyatri hemşireliği bilim uzmanı iki hemşireden maddelere ve ifadelere ilişkin geribildirimleri alınmıştır. Anket formuna gelen öneriler doğrultusunda değişiklikler yapıldıktan sonra psikiyatri kliniğinde yatan taburculuk kararı verilen üç hasta ve bakımverenine ön uygulama amacı ile uygulanmıştır. Ön uygulama sonrası anlaşılmayan bazı ifadeler değiştirilerek son hali verilmiş ve uygulanmıştır. Bu uygulama

sonrası formda bazı maddelerde değişiklikler ve hastalardan gelen açıklamalara göre eklemeler yapılmıştır.

İşlem

Hastanın taburculuk kararı serviste çalışan hemşirelerden ve sorumlu doktordan öğrenildikten sonra hasta ve bakım verene çalışma hakkında sözel ve yazılı bilgi verilip izin alınmıştır. Çalışmada kullanılan araçlar hastalara, kendi odalarında veya kliniğin görüşme odalarında yüzyüze görüşülerek uygulanmıştır. Araçlar bakımverenlere hastalarını ziyarete geldiklerinde ve taburcu olurken uygulanmıştır.

İstatiksel Değerlendirme

Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 15 paket program ile değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde hasta ve bakımverenlerin tanımlayıcı özellikleri, taburculuk gereksinimleri ve memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi için sayı, yüzde dağılımı ve ortalama kullanılmıştır.

Çalışmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Tarih: 26.06.2014 Onay numarası: 2014/23-10). Sonrasında, araştırmanın yapıldığı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nden Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan yazılı onay alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bulgular, bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ve bakım verenlerin sonuçlarını yansıtmaktadır ve genellenemez. Çalışmada klinikte yatan hastalara ulaşmak kolay olmasına rağmen, bazı bakım verenlere ulaşamama bu çalışmanın önemli bir güçlüğüdür.

Bulgular

Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Taburculuğa Hazırlık Durumları

Araştırmaya katılan hastaların tanıları; bipolar bozukluk (%35.9), depresyon (%33.7) ve şizofreni (%24.3) dir. Hastalık süresi 11 yıl ve üzeri (%38) olan hastalar ve hastaneye yatış sayısı iki-beş kez arasında olan hastalar (%59.7) katılımcıların çoğunluğunu oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun kadın (%55.8), 46 yaş ve üzerinde (%42), bekâr (%57.5) olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğu lise mezunu (%41.4) dur. Eş ve/veya çocukları ile yaşayan hastalar çoğunluktadır (%39.8), bu hastaları anne ve babası ile yaşayan hastalar (%34.8) takip etmektedir. Hastaların çok büyük bir kısmı herhangi bir dernek veya kuruma üye olmadıklarını (%93.9) belirtmiştir.

Taburculuğa hazırlıkları ile ilgili eğitim verilen hasta sayısı çoğunlukta olup (%65.2), hastaların çoğunluğuna taburculuk zamanları, taburculuktan bir hafta önce veya daha erken (%48.6) haber verilmiştir. Taburcu olacakları doktorları tarafından (%83.4), doktor odasında veya görüşme odasında (%58) bildi-

rilen hastaların sayısı en fazladır. Taburculukları sözel olarak bildirilen hasta sayısı, araştırmaya katılan hastaların tamamına yakını (%97.2) olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Hastalar taburculuğa hazırlıkları planlanırken, en yüksek oranda, hastalık belirtileriyle baş etme (%87.8), taburculuk sonrası görüşülecek uzman ve kontrole geliş sıklığı (%85.6), hastalığın erken haberci belirtileri (%81.2), hastalık belirti bulguları (%80.1), taburculuk sonrası ilaç tedavisi dışındaki diğer tedavi seçenekleri (%73.5), ilaç tedavisinin yan etkileri (%61.9), bakım verenler ve diğer kişilerle ilişki geliştirme yöntemleri (%60.8), boş zamanları değerlendirme ve hobi, aktivite artırma yöntemleri (%56.4), stresörler ile etkili baş etme yöntemleri (%55.8) konuları ile ilgili kendilerine bilgi verildiğini belirtmişlerdir. Yasal haklar (%61.3), hastalıkları ile ilgili ulaşılabilir kaynaklar (%60.8), stresörlerin hastalığa etkileri (%60.2), günlük yaşamı sürdürmenin hastalık sürecine etkisi (%60.2), taburculuk sonrası başvurulacak kurumlar (%57.5) konuları ile ilgili bilgi verildiğini belirtmişlerdir (Tablo 2). Hastalar tarafından en çok memnun kalınan bilgiler ve hiç memnun kalmadıklarını belirttikleri bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

Bakım verenlerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Taburculuğa Hazırlık Durumları

Hastaya yakınlık derecelerini anne-baba (%42.1) olarak belirten bakımverenlerin sayısı çoğunluktadır. Bakım verenlerin, en fazla erkeklerden (%53.6) oluştuğu ve çoğunluğunun yaşlarının 46 ve üzeri (%65.6) olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin çoğunluğu evli (%81.4) ve lise mezunudur (%47.1). Bakım verenlerin sosyal destek kaynakları olarak en fazla aile üyelerini (%72.9) belirttikleri görülmüştür.

Bakım verenlerin yarısından fazlası, hastalarına yatışlarından itibaren taburculuğa hazırlık planı yapılmadığını (%74.3), taburculuğa hazırlık ile ilgili kendilerine bilgi verilmesini yararlı bulduklarını (%94.3) belirtmişlerdir. Yararlı bulma nedenleri tablo 1'de verilmiştir (Tablo 1). Bakım verenler, en yüksek oranda, taburculuk sonrası hastalarını izleyecek uzman ve izlenme sıklığı (%91.4), uygulanan ilaç tedavisinin etkileri (%89.3), hastalığın belirti bulguları (%80.7), belirti bulgular ile baş etme (%79.3), hastalığın erken haberci (uyku değişiklikleri, içe kapanma, sosyal ilişkilerde bozulma, iştahta değişiklik) belirtileri (%78.6), acil durumlarda yardım istenecek kurumlar (Polis, Acil Servis, Karakol) (%70.7), hastaya uygulanan ilaç tedavisinin yan etkileri ile baş etme (%62.1), bakım verme sürecinin zorlukları (saldırgan davranışlar, intihar girişimleri) (%60) ile baş etme yöntemleri, taburculuk sonrası ilaç tedavisi dışındaki diğer tedavi (grup terapisi, sosyal yardımlaşma kurumları v.b.) seçenekleri (%58.6) hakkında kendilerine bilgi verildiğini belirtmişlerdir. Bakımverenler, hastalık ile ilgili ulaşılabilir kaynaklar ve dokümanlar (internet, kitap, dergiler, taburculuk kataloğu, sağlık personeli) (%77.1), stresörlerin ve stresör ile baş edememenin hastalığa etkisi (%76.4), çaresizlik, tükenmişlik duyguları yaşanıldığında başvurulabilecek sağlık hizmetleri (%75), sosyal ilişkileri geliştirme yöntemleri (%73.6), hastalarına uygulanan ilaç tedavisinin yan etkileri (%72.1), taburculuk sonrası ev ortamının hastanın durumuna göre nasıl düzenleneceği (%69.3), hastanın ilaçları reddetmesi durumunda ne yapılacağı (%66.4), taburculuktan sonra başvurulacak kurumlar (dernekler, gündüz hastanesi,

toplum ruh sağlığı merkezleri) (%59.3), hastanın yasal hakları (%58.6), hastalığın nedenleri (%55.7) ile ilgili kendilerine bilgi verildiğini belirtmiştir (Tablo 3). Bakım verenlerin verilen bilgiden memnun olma düzeyleri tablo 3'de belirtilmiştir.

Tartışma

Psikiyatrik tanısı olan hasta ve bakım verenin yatışları süresince taburculuğa hazırlık planlaması yapılmaması durumunda hastanenin güvenli ortamından günlük yaşama geçiş sonrası hastalık belirtileri ve zor durumlar yönetilememektedir. Bu durum hastalık belirtilerinin tekrarlanmasına ve tekrarlı hastane yatışlarına neden olmaktadır.^[14,21-23] Hastaların yarısından fazlasına taburculuğa hazırlık ile ilgili eğitim verilmesine rağmen, verilen eğitimin hastalık belirti ve bulguları, ilaç tedavisinin yönetimi, hastalığın erken haberci belirtileri nedeni ile oluşan stres ile baş etme ve taburculuk sonrası dönem için yetersiz olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin ise, büyük çoğunluğunun taburculuğa hazırlık planına dâhil edilmediği saptanmıştır. Çalışmanın sonuçları, yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Marshall ve Solomon'un (2004) yapmış olduğu çalışmada, hasta yakınları tedavi sürecine dâhil edilmediklerini, hastalığın belirti ve bulguları, tedavisi ile ilgili bilgi sahibi olmadan hastalarının bakımlarını desteklemede, iyileşmelerine yardımcı olmada sorun yaşayacaklarını belirtmişlerdir.^[15] Duman ve ark.nın (2007) çalışmasında, şizofreni tanısı almış hastaların %60'ının hastalık ve tedavileri hakkında bilgilerinin olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmaların bulgularına göre, hastane yatışları boyunca hastalara yapılan taburculuğa hazırlık planlamasının, taburculuk sonrası süreçte hastaların gereksinimlerini yeteri kadar karşılamayacağı düşünülmektedir. Hasta ve bakım verenleri en çok endişelendiren konuların başında taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunların yer aldığı belirtilmektedir. Bu sorunlar; stresin hastalık üzerine etkisi, hastalığın belirti ve bulguları, erken haberci belirtileri, acil durumlar ile nasıl baş edebilecekleri olarak tanımlanmaktadır.^[1,15,24-28] Nordby ve ark.nın (2010), hastaların tedavi ve rehabilitasyon sürecine bakım verenlerin de katılımını nelerin kolaylaştırdığını belirlemek amacıyla 18 hasta yakınıyla yapmış oldukları çalışmada, hasta yakınlarının hastalığa bağlı baş etme becerilerini geliştirmelerini sağlayan, anlayabilecekleri düzeyde bilgiye gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.^[25]

Çalışmamızda hastaların yarısından fazlasının taburculuğa hazırlık ile ilgili eğitim verildiğini belirtmesi, olumlu ve önemli bir bulgudur. Gümüş'ün (2006) yapmış olduğu çalışmada, hastaların %93.8'inin hastalığıyla ilgili bir eğitim almadığı belirlenmiştir.^[12] Hattönen ve ark.nın (2007) çalışmasında, hastaların edindikleri bilginin yetersiz olduğu, sağlık çalışanlarının hastayı bilgilendirme konusunda isteksiz oldukları, bireysel yaşam ve ihtiyaçlarının dikkate alınmadığı, hastaya ve hastalığa özel bilgi verildiği belirlenmiştir.^[29] Çalışmada hastaların yarısından fazlasının taburculuğa hazırlık ile ilgili eğitim verildiğini belirtmesini, araştırmanın yürütüldüğü psikiyatri kliniğinde intörn hemşirelik uygulamasının etkilediği düşünülmektedir. Psikiyatri hemşireliği intörn hemşirelik öğrencilerinin hasta ve bakım verenlerine taburculuk eğitimi verme hedefleri bulunmaktadır. Öğretim elemanı tarafından da bu hedeflere ulaşılma durumu değerlendirilmektedir. İntörn hemşirelik uygulamasının etki-

Tablo 1. Hastaların (n=181) ve bakım verenlerin (n=140) taburculuğa hazırlıkları ile ilgili bilgileri

Özellikler	Hastalar (n=181)		Bakımveren (n=140)	
	n	%	n	%
Taburculuk günü bildirilme zamanı				
Taburculuğun olacağı gün	19	10.5	10	7.1
Taburcu olmadan bir gün önce	74	40.9	55	39.3
Diğer (üç gün önce, bir hafta önce, iki gün önce...)	88	48.6	75	53.6
Hastaneye yatış anından itibaren hastaya taburculuğa hazırlık ile ilgili plan yapma durumu				
Planlama yapıldı	-	-	36	25.7
Planlama yapılmadı	-	-	104	74.3
Bakımverenin plana dâhil edilme durumu				
Dâhil edildi	-	-	30	21.4
Dâhil edilmedi	-	-	6	4.3
Taburculuğu bildiren sağlık profesyoneli				
Doktor	151	83.4	122	87.1
Hemşire	6	3.3	14	10
Diğer (öğrenci hemşire)	2	1.1	-	-
Doktor ve hemşire	22	12.2	4	2.9
Taburculuğun bildirildiği yer				
Doktor/görüşme odasında	105	58	88	62.9
Diğer (kendi odamda ziyaret sırasında)	68	37.6	39	27.9
Serviste herhangi bir yerde	8	4.4	13	9.3
Taburculuğun bildirilme şekli				
Yazılı	5	2.8	26	18.6
Sözel	176	97.2	57	40.7
Taburculuğa hazırlık ile ilgili eğitim verilme durumu				
Verildi	118	65.2	-	-
Verilmedi	63	34.8	-	-
Taburculuğa hazırlık ile ilgili eğitim veren sağlık profesyoneli				
Doktor	66	36.30	39	27.9
Öğrenci hemşire	41	22.70	22	15.7
Doktor ve Hemşire	6	3.30	13	9.3
Hemşire	5	2.80	9	6.4
Bakımverene taburculuğa hazırlık ile ilgili bilgi verilme durumu				
Bilgi verildi	123	68	83	59.3
Bilgi verilmedi	58	32	57	40.7
Hastaların bakım verenlerine bilgi verilmesini isteme durumu				
Yakınıma bilgi verilsin	138	76.20	-	-
Yakınıma bilgi verilmesin	43	23.80	-	-
Hastalarınve bakım verenlerin bilgi verilmesini yararlı bulma durumu				
Yararlı bulmuyorum	51	28.20	8	5.7
Yararlı buluyorum	130	71.80	132	94.3
Hastaların ve bakım verenlerin bilgi verilmesini yararlı bulma nedenleri				
*Hastaya daha bilinçli yaklaşır	88	48.60	-	-
*Hastayı anlama becerisi kazanır	25	13.80	-	-
*Taburculuk sonrası planlı ve düzenli yaşama geçişe yardımcı olur	12	6.60	-	-
*Hastaya pozitif bakış açısı yaklaşma ve hastalığı kabullenme sağlar	6	3.30	-	-
*Bilgi sahibi olmazsam taburculuk sonrası hastama yardımcı olamam	-	-	78	55.7
Diğer	-	-	47	33.6
*Hastam tedavisi ile ilgili durumları unutabilir, benim de bilmem tedavi takibine yardımcı olur	-	-	7	5
Toplam	181	100	140	100

*Diğer (Hastanın öfke kontrolünü sağlamasına yardımcı olma, acil durumlara müdahale edebilme, hasta ile ilgili endişeden kurtulma, bakım verme stresi ve yükü ile daha kolay baş edebilme, beklenmedik bir durumla karşılaşıldığında başvurulacak yerleri bilme, hastalık ile ilgili daha bilinçli olma, ilaç tedavisinin kontrolünü sağlama, ilaç etki ve yan etkilerini bilme.

Tablo 2. Hastalara taburculuğa hazırlık planlama konuları ile ilgili bilgi verilme durumu ve memnuniyet düzeyleri (n=181)

Konular	Memnuniyet düzeyleri													
	Bilgi verildi		Bilgi verilmeydi		Hiç memnun değilim		Memnun değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yasal haklar hakkında bilgi	70	38.7	111	61.3	0	0	2	1.1	12	6.6	35	19.3	21	11.6
Hastalık ile ilgili ulaşılabilecek kaynaklar hakkında bilgi	71	39.2	110	60.8	2	1.1	3	1.7	17	9.4	28	15.5	21	11.6
Stresörlerin hastalığa etkisi hakkında bilgi	72	39.8	109	60.2	2	1.1	3	1.7	17	9.4	28	15.5	21	11.6
Günlük yaşamı sürdürmenin hastalık sürecine etkileri hakkında bilgi	72	39.8	109	60.2	0	0	11	6.1	13	7.2	58	32	27	14.9
Taburculuktan sonra başvurulacak kurum, dernek hakkında bilgi	77	42.5	104	57.5	2	1.1	4	2.2	18	9.9	58	32	22	12.2
Boş zamanları değerlendirme ve hobi, aktivite artırma yöntemleri hakkında bilgi	102	56.4	79	43.6	2	1.1	10	5.5	18	9.9	25	13.8	24	13.3
Taburculuk sonrası görüşülecek kişi hakkında bilgi	155	85.6	26	14.4	0	0	1	0.6	13	7.2	93	51.4	48	26.5
Taburculuk sonrası kontrole geliş sıklığı	155	85.6	26	14.4	0	0	1	0.6	16	8.8	92	50.8	46	25.4
Hastalığın belirti bulguları hakkında bilgi	145	80.1	36	19.9	2	1.1	7	3.9	25	13.8	88	48.6	23	13.7
Hastalığın erken haberci belirtileri hakkında bilgi	147	81.2	34	18.8	1	0.6	5	2.8	31	17.1	78	43.1	32	17.7
Hastalık belirtileri ile baş etme hakkında bilgi	159	87.8	22	12.2	2	1.1	10	5.5	31	17.1	77	42.5	39	21.5
Hastalığın nedenleri hakkında bilgi	97	53.6	84	46.4	1	0.6	6	3.3	16	8.8	47	26	27	14.9
İlaç tedavisinin yan etkileri hakkında bilgi	112	61.9	69	38.1	0	0	6	3.3	20	11	49	27.1	37	20.4
Taburculuk sonrası ilaç tedavisi dışındaki diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi	133	73.5	48	26.5	0	0	3	1.7	33	12.7	83	45.9	24	13.3
Stresörlerle etkili baş etme yöntemleri hakkında bilgi	101	55.8	80	44.2	2	1.1	5	2.8	14	7.7	27	14.9	32	17.7
Yakınlar ve diğer kişilerle ilişki geliştirme yöntemleri	110	60.8	71	39.2	5	2.8	4	2.2	11	6.1	24	13.3	27	14.9

Tablo 3. Bakımverenerlere taburculuğa hazırlık planlama konuları ile ilgili bilgi verilme durumu ve memnuniyet düzeyleri (n=140) devamı

Konular	Memnuniyet düzeyleri													
	Bilgi verildi		Bilgi verilmedi		Hiç memnun değilim		Memnun değilim		Kararsızım		Memnunum		Çok memnunum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Taburculuk sonrası kontrole geliş sıklığı	128	91.4	12	8.6	0	0	3	2.1	4	2.9	74	52.9	47	33.6
Taburculuk sonrası görüşülecek kişi hakkında bilgi	128	91.4	12	8.6	8	5.7	7	5	0	0	68	48.6	45	32.1
Hastaya uygulanan ilaç tedavisinin etkileri hakkında bilgi	125	89.3	15	10.7	1	0.7	3	2.1	7	5	84	60	30	21.4
Hastalığın belirti bulguları hakkında bilgi	113	80.7	27	19.3	1	0.7	7	5	14	10	77	55	14	10
Hastalık belirtileri ile baş etme hakkında bilgi	111	79.3	29	20.7	0	0	1	0.7	12	8.6	79	56.4	19	13.6
Hastalığın erken haberci (uyku değişiklikleri, içe kapanma, sosyal ilişkilerde bozulma, iştahta değişikliklik) belirtileri hakkında bilgi	110	78.6	30	21.4	1	0.7	3	2.1	13	9.3	71	50.7	22	15.7
Acil durumlarda yardım istenecek kurumlar hakkında bilgi (polis, acil servis, karakol)	99	70.7	41	29.3	2	1.4	1	0.7	12	8.6	63	45	21	15
Hastaya uygulanan ilaç tedavisinin yan etkileri hakkında bilgi	87	62.1	53	37.9	26	18.6	49	35	0	0	4	2.9	8	5.7
Bakım verme sürecinin zorlukları (saldırgan davranışlar, intihar girişimleri) ile baş etme yöntemleri hakkında bilgi	84	60	56	40	0	0	42	30	12	8.6	4	2.9	26	18.6
Taburculuk sonrası ilaç tedavisi dışındaki diğer tedavi (grup terapisi, sosyal yardımlaşma kurumları) seçenekleri hakkında bilgi	82	58.6	58	41.4	49	35	2	1.4	12	8.6	1	0.7	18	12.9
Yasal haklar hakkında bilgi	58	41.4	82	58.6	40	28.6	4	2.9	0	0	9	6.4	5	3.6
Taburculuktan sonra başvurulacak kurumlar (dernekler, gündüz hastanesi, toplum ruh sağlığı merkezleri) hakkında bilgi	57	40.7	83	59.3	38	27.1	3	2.1	8	5.7	0	0	8	5.7
Hastalığın nedenleri hakkında bilgi	62	44.3	78	55.7	31	22.1	4	2.9	7	5	2	1.4	18	12.9
Hastaya uygulanan ilaç tedavisinin yan etkileri ile baş etme hakkında bilgi	39	27.9	101	72.1	24	17.1	2	1.4	1	0.7	0	0	12	8.6
Hastanın ilaçları reddetmesi durumunda ne yapılacağı ile ilgili bilgi	47	33.6	93	66.4	0	0	5	3.6	6	4.3	22	15.7	14	10
Taburculuk sonrası ev ortamının hastanın durumuna göre nasıl düzenleneceği hakkında bilgi	43	30.7	97	69.3	2	1.4	2	1.4	6	4.3	16	11.4	17	12.1
Stresörlerin ve stresör ile baş edememenin hastalığa etkisi hakkında bilgi	33	23.6	107	76.4	0	0	5	3.6	5	3.6	12	8.6	11	7.9
Hasta ve bakımverenerleri için sosyal ilişkileri geliştirme yöntemleri	37	26.4	103	73.6	0	0	4	2.9	8	5.7	14	10	11	7.9
Zamanla çaresizlik, tükenmişlik duyguları yaşamıldığına başvurulabilecek sağlık hizmetleri konusunda bilgi	35	25	105	75	1	0.7	0	0	11	7.9	13	9.3	10	7.1
Hastalık ile ilgili ulaşılabilir kaynaklar ve dokümanlar (internet, kitap, dergiler, taburculuk kataloğu, sağlık personeli) hakkında bilgi	32	22.9	108	77.1	0	0	1	0.7	7	5	14	10	10	7.1

lediği düşünülen diğer bulgu, öğrenci hemşirelerin (intörn) kendilerine eğitim verdiklerini belirten hasta sayısı (%22.7), doktor tarafından eğitim verildiğini belirten hasta sayısından hemen sonra gelmesidir (Tablo 1). Son sınıf intörn hemşirelik uygulaması, hemşirelik eğitiminin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Psikiyatri hemşireliği intörnlüğü sürecinde öğrenci hemşirelerin, iletişim becerilerinin gelişmesi, hastaların ve bakım verenlerin duygularını, güçlüklerini anlayabilmeleri, gereksinimlerini belirleyebilmeleri ve bu gereksinimlere yönelik eğitimler uygulayabilmeleri, iyileşmeyi etkileyen faktörleri tanıyabilme becerileri kazanmaları hedeflenmektedir.^[30-32] Bu çalışmada, intörn hemşirelik uygulamasının sonuçlara yansıdığı görülmektedir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı birimde ve hastanenin genelinde ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde uygulanmaya başlanan hemşirelik süreci uygulamasının olumlu, istendik etkilerinin olduğu düşünülmektedir. Bu uygulama kapsamında hastayı ve ailesini bütüncül değerlendirme, tanılama, girişimleri uygulama ve bu girişimler kapsamında taburculuk eğitimi yapma uygulamaları yer almaktadır.^[33-35]

Çalışmamızda hastaların yarısından fazlası, bakım verenlerine taburculuğa hazırlıkları ile ilgili bilgi verildiğini ve bilgi verilmesini yararlı bulduğunu belirtmiştir. Duran ve Gürhan'ın (2012) yaptıkları çalışmada, hastaların yalnızca %39.8'i, bakımıyla ilgilenen kişiye eğitim verildiğini, Perreault ve ark.nın (2005) yapmış olduğu çalışmada, bakım verenlerin %84'ü, sağlık profesyonellerinin kendileriyle iletişime geçemediklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışmanın yürütüldüğü psikiyatri kliniğinde yatan hastaların gereksinimleri doğrultusunda refakatçi (primer bakım veren) uygulamasının sonucu etkilediği düşünülmektedir. Çalışmanın yapıldığı hastanenin yetişkin psikiyatri servisi ve diğer birçok yataklı servisinde refakatçi uygulaması olmaktadır. Çalışmamızın yapıldığı psikiyatri servisinde yapılan başka bir çalışmada serviste çalışan sağlık ekibinin yarısı (%52.2) refakatçi olarak klinikte olan hasta yakınlarının hastalık, hastaya yaklaşım ve hastalık süreci ile baş etmede güçlük yaşadıklarını belirtmiştir. Servisteki çalışan sağlık çalışanlarının bakım verenlerin gereksinimlerinin farkında olduğunu gösteren bu sonuç bu çalışmanın bulgusunu da desteklemektedir.^[33]

Çalışmanın sonuçları, en büyük güçlüğün taburculuk sonrası bakım dönemi ile ilgili olduğunu ve taburculuk planlaması için gerekli olan multidisipliner bir ekip çalışmasının olmadığını göstermektedir. Hasta, hastaneden ayrılmadan önce mutlaka bir bakım toplantısı düzenlenmeli ve bir koordinatör belirlenmelidir. Bu toplantının hasta, bakım veren, hemşire, hekim ve diğerlerinin (sosyal çalışmacı, evde bakım çalışanı) katılımı ile gerçekleştirilmesi gerekmektedir.^[1,11,14,17,18,19,23,24] Bu çalışma bu alanda ciddi bir eksikliğin olduğunu göstermektedir.

Sonuç

Bu çalışmada hastaların yarısından fazlasına taburculuğa hazırlık ile ilgili eğitim verildiği, fakat verilen eğitimin taburculuk sonrası dönemde hastalığın belirti ve bulgularının yarattığı stres ile baş etmede yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Hastaya, hastaneye yatışın ilk gününden itibaren taburculuğa hazırlıkla ilgili planlama yapılmaya başlanması ve bu planlama sürecine bakım verenin de dahil edilmesi önemli bir hizmettir.

Taburculuğa hazırlık planlaması yapılırken hastalara verilecek eğitim konularının; hastanın yasal hakları, hastalıkları ile ilgili ulaşabilecekleri kaynakları, stresörlerin hastalığa etkisini, günlük yaşamı sürdürmenin hastalık sürecine etkisi, taburculuk sonrası başvurulabilecek kurum, dernek hakkında bilgiyi kapsamalıdır. Bakım verenlere verilecek eğitim konularının; hastalık ile ilgili ulaşabilecek kaynaklar ve dokümanlar, stresörlerin ve stresör ile baş edememenin hastalığa etkisi, çaresizlik, tükenmişlik duyguları yaşanıldığında başvurulabilecek sağlık hizmetleri, sosyal ilişkileri geliştirme yöntemleri, hastalarına uygulanan ilaç tedavisinin yan etkileri, taburculuk sonrası ev ortamının hastanın durumuna göre nasıl düzenleneceği, hastanın ilaçları reddetmesi durumunda ne yapılacağı, taburculuktan sonra başvurulacak kurumlar, hastanın yasal hakları, hastalığın nedenleri hakkında bilgiyi içermesi önerilir. Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ve bakım verenlerin taburculuk sonrası dönemde, karşılaştığı zorlukları belirlemeye yönelik çalışmalar yapılması, taburcu olan hastaların izlenmesini sağlayacak hizmetlerin oluşturulması ve bu hizmetlerin etkinliğinin incelenmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilir. İleriki çalışmalarda, psikiyatrik tanılı bireyin klinikte yatışları sırasında bakım verenin taburculuğa hazırlık sürecine ve işbirliğine dahil edilememesinin nedenlerinin incelenmesi, bakım verenlere yönelik hizmetleri geliştirmede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – Z.Ç.D., G.G.G.; Dizayn – Z.Ç.D., G.G.G.; Denetim – Z.Ç.D., G.G.G.; Finansman – G.G.G.; Materyal – Z.Ç.D., G.G.G.; Veri toplama veya işleme – G.G.G.; Analiz ve yorumlama – Z.Ç.D., G.G.G.; Literatür arama – Z.Ç.D., G.G.G.; Yazan – G.G.G.; Kritik revizyon – Z.Ç.D.

Kaynaklar

1. Hegedüs A, Kozel B, Richter D, Behrens J. Effectiveness of transitional interventions in improving patient outcomes and service use after discharge from psychiatric inpatient care: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2020;10:969.
2. Duran, S., Eroğlu, S. Determination of educational needs of psychiatric disease diagnosed patients and their families. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg* 2016;13:237-47.
3. Maree GE. Hospital-based Psychiatric Nursing Care. In: Stuart WG, editor. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 10th ed. St. Louis: Mosby Elseiver; 2013. p. 639-51.
4. Jensen E, Chapman P, Davis A, Forchuk C, Seymour B, Health B, et al. An evaluation of community-based discharge planning in acute mental health care. *Can J Community Ment Health* 2010;29(Suppl):111-24.
5. Steffen S, Kösters M, Becker T, Puschner B. Discharge planning in mental health care: a systematic review of the recent literature. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:1-9.
6. Maramba PJ, Richards S, Myers AL, Larrabee JH. Discharge planning process: applying a model for evidence-based practice. *J Nurs Care Qual* 2004;19:123-9.

7. Stuart WG. Community-based psychiatric nursing care. In: Stuart WG, editor. Principles and practice of psychiatric nursing. 10th ed. St Louis: MosbyElsevier; 2013. pp.651–60.
8. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev 2013;CD000313.
9. Perreault M, Tardif H, Provencher H, Paquin G, Desmarais J, Pawliuk N. The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: the perspective of patients and their relatives. Psychiatr Q 2005;76:297–315.
10. Cleary M, Horsfall J, Hunt GE. Consumer feedback on nursing care and discharge planning. J Adv Nurs 2003;42:269–77.
11. Duran S, Gürhan N. Evaluation of state of acquiring discharge education in psychiatric patients. Firat Üniversitesi Health Sci Med J 2012;26:39–44.
12. Gümüş AB. Difficulties of patients and their families in schizophrenia, psychoeducation and nursing. Anadolu J Psychiatry 2006;7:33–42.
13. Duman ZÇ, Aşti N, Uçok A, Kuşçu MK. The social and independent living skills, the community re-entry program for and follow-up of patients with schizophrenia and their families. Anadolu J Psychiatry 2007; 8:91–101.
14. Gerson LD, Rose LE. Needs of persons with serious mental illness following discharge from inpatient treatment: patient and family views. Arch Psychiatr Nurs 2012;26:261–71.
15. Marshall T, Solomon P. Confidentiality intervention: effects on provider-consumer-family collaboration. Res Soc Work Pract 2004;14:3–13.
16. Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, Haaramo P, Amaddeo F. Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. BMC Psychiatry 2016;16:449.
17. Çakır F, İlhem C, Yener F. Compliance to follow-up and treatment after discharge among chronic psychotic patients. Dusunen Adam 2010;23:50–9.
18. Anlar L, Doğan S, Doğan O. The mental status, functional levels, and related factors of patients discharged from a psychiatric clinic in Sivas, Turkey. Anadolu J Psychiatry 2009;10:293–300.
19. Kelleci M, Doğan S, Ata EH, Sabancıoğulları S, Avcı D, Başeğmez F, et al. Bir Psikiyatri Kliniğinde Hasta ve Ailelerin Psikotrop İlaçlarla İlgili Eğitim Gereksinimleri ve Taburculuk Sonrası İlaç Kullanma Durumları. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. Düzce: Psikiyatri Hemşireleri Derneği-Düzce Üniversitesi S.Y.O; 2009. p. 171–2.
20. Uçok A. Şizofreninin erken döneminde klinik özellikler ve tedavi ilkeleri. Klinik Psikiyatri 2008;11:3–8.
21. Alghzawi MH. Psychiatric process international scholarly research. Network Psychiatry 2012:1–7.
22. Avşar G, Kaşıkçı M. The condition of patient education in our country. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12:67-73.
23. Ayhan F. Psikiyatri hastalarının taburculuğu. Gürhan N, editor. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2016 p. 289–323.
24. Niimura J, Tanoue M, Nakanishi M. Challenges following discharge from acute psychiatric inpatient care in Japan: patients' perspectives. J Psychiatr Ment Health Nurs 2016;23:576–84.
25. Nordby K, Kjønnsberg K, Hummelvoll JK. Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. J Psychiatr Ment Health Nurs 2010;17:304–11.
26. Umuroğlu İ, Perçin Ü, Tilki E. Rusihak İhtiyaç Analizi. In: Dağıdır FZ, editor. Toplum İçinde Yaşamak Herkesin Hakkı: Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Kişiler İçin Toplum Temelli Hizmetler. İstanbul: Karika Matbaacılık; 2010. p. 46–50.
27. Drapalski AL, Marshall T, Seybolt D, Medoff D, Peer J, Leith J, et al. Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. Psychiatr Serv 2008;59:655–62.
28. Saunders JC. Families living with severe mental illness: a literature review. Issues Ment Health Nurs 2003;24:175–98.
29. Hätönen H, Kuosmanen L, Malkavaara H, Välimäki M. Mental health: patients' experiences of patient education during inpatient care. J Clin Nurs 2008;17:752–62.
30. Evli M, Şimşek N. The effect of psychiatric nursing education on student communication satisfaction: path analysis. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2020;17(Suppl):45–52.
31. Evli M, Şimşek N, Bektaş O. The feedback of senior nursing students about intern psychiatric clinical practice: qualitative study. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019; 6:1–17.
32. Günüşen NP, Duman ZÇ, İnan FŞ, İnce SÇ, Sari A, Aksoy B. Exploration of the factors affecting the choices of nursing students who choose psychiatric nursing as the first and last choice. Issues Ment Health Nurs 2017;38:837–44.
33. Duman ÇZ, İnan ŞF, Moursel G, Çakar H. Opinions of patients' relatives and health professionals regarding patient accompaniment in the department of psychiatry. J Psychiatric Nurs 2015;6:79–84.
34. Olmaz D, Karakurt P. The extent to which nurses knowledge and apply the nursing process when giving care. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2019;12:3–14.
35. Avşar G, Ögünç EA, Taşkın M, Burkay FÖ. Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. Evaluation of the applications nursing process used in patient care by the nurses. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17:216–21.

* Bu çalışma 20-23 Kasım 2018 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Fakültesi 2016, Hemşirelik Yüksek Lisans tezi.