



Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi

“Uzun Dönem Bakım”

BİLDİRİ KİTAPÇIĞI

26 - 28 Nisan 2018 | Antalya



ÖZEL ENGELLİ BAKIM MERKEZLERİ DERNEĞİ

Kongre Başkanları

Prof. Dr. Cevdet ERDÖL - Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Metin DOĞAN - Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Rektörü

Metin MEMİŞ Sağlık-Sen Genel Başkanı

Yürütme Kurulu Başkanı

Op. Dr. Orhan KOÇ - ÇSGB İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürü

Bilim Kurulu

Prof. Dr. Ahmet Çınar YASTI
Prof. Dr. Ahmet KIZILAY
Prof. Dr. Ahmet Yağmur BAŞ
Prof. Dr. Alper CİHAN
Prof. Dr. Tarık Tuncay
Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU
Prof. Dr. Ayişe KARADAĞ
Prof. Dr. Aysun Bay KARABULUT
Prof. Dr. Bernard CANAUD
Prof. Dr. Cevdet ERDÖL
Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Prof. Dr. Elizabeta ZISOVSKA
Prof. Dr. Emrah ŞENEL
Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAŞ
Prof. Dr. Goran İMAMOVIÇ
Prof. Dr. Gülümser AYDIN
Prof. Dr. Hamza MÜSLÜMANOĞLU
Prof. Dr. Halil ALIŞ
Prof. Dr. İrfan ŞENCAN
Prof. Dr. Mahmood ADİL
Prof. Dr. Mustafa PAÇ
Prof. Dr. Mustafa SOLAK
Prof. Dr. Mutlu DOĞANAY
Prof. Dr. Naci KARACAOĞLAN
Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN
Prof. Dr. Nurcan YABANCI
Prof. Dr. Özkan ÜNAL
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Prof. Dr. Sultan KAV
Prof. Dr. Üzeyir OK
Prof. Dr. Ercan OK
Prof. Dr. Robert WALKER
Doç. Dr. Ahmet Deniz UÇAR
Doç. Dr. Ayşegül ÇOPUR ÇİÇEK
Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK
Doç. Dr. Ebubekir ŞENATEŞ
Doç. Dr. Erdem GÜRKAY
Doç. Dr. Furkan Erol KARABEKMEZ
Doç. Dr. Gülçin ÖZALP ŞENEL
Doç. Dr. Halil İbrahim YAKUT
Doç. Dr. Ömer KARADAŞ
Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU
Doç. Dr. İsmayil YILMAZ
Doç. Dr. Kemalettin AYDIN
Doç. Dr. Mücahit AVCİL
Doç. Dr. Nihan KAFA
Doç. Dr. Recep BENTLİ
Doç. Dr. Ramiz Aliyev ASKEROĞLU
Doç. Dr. Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ
Doç. Dr. Turgut KARACA
Doç. Dr. Ümit KERVAN
Dr. Öğr. Üyesi Ali Ramazan BENLİ
Dr. Öğr. Üyesi Birgül ÖZKAN
Dr. Öğr. Üyesi Ebru Ere KAZAN
Dr. Öğr. Üyesi Güven BEKTEMUR
Dr. Öğr. Üyesi Harun KIRILMAZ
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet GÜNDÜZ
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YORULMAZ
Dr. Öğr. Üyesi Metin DİNÇER
Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
Dr. Öğr. Üyesi Murat KENDİRCİ
Dr. Öğr. Üyesi Nigâr ÜNLÜSOY DİNÇER
Dr. Öğr. Üyesi Sibel Nur AVCİL
Dr. Öğr. Üyesi Umut YANARDAĞ
Dr. Öğr. Üyesi Zahra ALI
Dr. Öğr. Üyesi Zümrüt GEDİK

Danışma Kurulu

Op. Dr. Murat KOÇ
Op. Dr. Onursal VARLIKLI
Uzm. Dr. Ali Kemal GÜLER
Uzm. Dr. Esra ALATAŞ
Uzm. Dr. Fatih GÖKSEL
Uzm. Dr. Kasım SEZEN
Uzm. Dr. Mehmet Ali BİLGİLİ
Dr. A. Oğuz BOYALI
Dr. Adem BİLGİN
Dr. Alper ÜNAL
Dr. Ayşe RONA
Dr. Engin PEHLİVAN
Dr. Esma RONA
Dr. Esra Ergün ALIŞ
Dr. Figen DUMAN
Dr. Fevzi Yavuz YILMAZ
Dr. Hakan GÜZEL
Dr. Halil AKAR
Dr. Hüseyin İLTER
Dr. Hüseyin YILMAZ
Dr. İbrahim DEMİREL
Dr. İsmail ŞEN
Dr. İsmail TEMİZ
Dr. Kanuni KEKLİK
Dr. Kemal AYDIN
Dr. Kemal SÜLEYMAN
Dr. Köksal HAMZAOĞLU
Dr. Levent AVCI
Dr. M. Kemal ÇETİN
Dr. Mevlut SÖNMEZ
Dr. Muhammed BAYRAM
Dr. Murat TÜRKİYILMAZ
Dr. Mustafa TEPE
Dr. Mustafa YEŞİLBAŞ
Dr. Mustafa YILMAZ
Dr. Muzaffer SARAÇ
Dr. Mümine Nurdan DOĞUKAN
Dr. Osman AÇIKGÖZ
Dr. Ömer Volkan GÖK
Dr. Özcan AKAN
Dr. Özlem KÖSEOĞLU
Dr. Refik ALTUN
Dr. Ünal HÜLÜR
Dr. Ünal KÜÇÜKYILMAZ
Dr. Yavuz Selim SILAY
Dt. Gülizar Demir DEMİROK
Dt. Necdet İMAC
Öğr. Gör. Dr. Neşe KARAKAŞ
Ali Rıza IŞIK
Musa ALTIN
Yeşim TUTUMLU

Yürütme Kurulu

Op. Dr. Gökhan DARILMAZ
Op. Dr. İdris KURTULUŞ
Uzm. Dr. Gazi ALATAŞ
Dr. Alper ÜNAL
Dr. Aylin ÇİFTÇİ
Dr. Hasan GÜLER
Dr. Murat YEŞİLBAŞ
Dr. Ünal KÜÇÜKYILMAZ
Uzm. Hurişah AKSAKAL
Uzm. Ecz. Rikki Norgaard Hansen
Ecz. Luc Besancon
Ecz. Paul Bennett
Adnan SEVGİLİ
Ahmet ÜNER
Ayfer BAYRAKTAR
Bayram DEMİR
Bircan PİLATİN
Cebail TOPRAK
Christian APEL
Coşgun GÜRBOĞA
Derya KARAKAYA
Engin UÇAR
Enver VEREP
Emine A. KURTLUK
Ergün HASGÜL
Esin ZAMAN
Figen AKAN
Hulusi Armağan YILDIRIM
Hüseyin KAHVECİ
İbrahim İRİŞ
M. Kürşat ALDEMİR
Mehmet PİRGON
Mine TUNÇEL
Name CANPOLAT
Nurcan DEMİRAL
Orhan KARAGÖZ
O. Gültekin BAYRAKTAR
Salih AKYÜZ
Selim ÇELENK
Şeref ŞIK
Vildan KANDEMİR
Yusuf ÖZTÜRK
Yasemin FIDAN

Kongre Sekreteryası

Derya KARAKAYA
Emine A. KURTLUK
Hurişah AKSAKAL
İlyas ARICAN
Orhan KARAGÖZ
Zeynep KÜÇÜK ACAROĞLU

İçindekiler

1- Mobil yara takip uygulaması	1
2- Evde sağlık hizmetleri birimi tarafından, evde palyatif bakım hizmeti sunulabilmesi için öneriler: ...	4
3- Bir yenileşim örneği olarak evde sağlık/bakım hizmetleri.....	8
4- Pediatrik olgularda evde sağlık hizmetinin değerlendirilmesi	11
5- Ev hemodiyalizi hastalarında ilaç gereksiniminde azalma	16
6- Ev hemodiyalizi ve konvansiyonel hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon karşılaştırılması.....	20
7- Ailesinde kronik hastalığa sahip bir birey olan hemşire öğrencilerin, ailelerinin ve hastalarının evde bakım sürecinde yaşadıkları sorunların incelenmesi.....	24
8- Kanserli hastalarda bakım yükü	28
9- Bir KOAH tanısı olan hastanın hemşirelik bakım hizmetleri tarafından anksiyetesinin değerlendirilmesi: bir vaka incelemesi.....	32
10- Motivasyonel görüşmenin yaşlı bakım öğrencilerinin anksiyete düzeyi ve ağız bakımı uygulama becerisine etkisi.....	37
11- Türkiye’de oksijen konsantratörü kullanan fakat pulmoner rehabilitasyon almamış olan KOAH hastalarının morbidite ve maliyet verileri	40
12- Çocuk ergen kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların ailelerinin hastalık ve ilaç uyumu konusundaki eğitim gereksinimlerinin incelenmesi	42
13- Evde informal bakım alan yaşlıların mahremiyet algısı.....	46
14- Palyatif hastalar için evde sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik.....	51
15 Basınç yaralanmalarının önemi ve önlenmesi.....	57
16- Hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımla ilgili görüşleri	61
17 - Terminal dönemdeki hastaların ihtiyaçlarının evde bakım profesyonelleri açısından değerlendirilmesi.....	66
18- Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesinin arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.....	70
19- Postarrest evde bakım hizmeti alan hastaların yakınları ile doktorlar arasındaki iletişim becerilerini nasıl geliştirebiliriz?	75
20- Stomalı hastaları evde telefonla takip edelim mi?	78
21- Türkiye’de evde sağlık hizmeti alan hastaların ve yakınlarının ihtiyaçlarının değerlendirilmesi – İstanbul çalışması	83
22- Ankara genelinde evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin evde bakım yapan aile üyelerinde gözlemledikleri psikolojik bozulmalara sebep olan etkenlere ilişkin algıları.....	87
23- Evde sağlık hizmetleri eğitiminde simülasyona dayalı tıp eğitiminin rolü:	94
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi örneği	94
24- Demans hastalarının günlük yaşam aktiviteleri ve nöropsikiyatrik belirtilerinin değerlendirilmesinde hasta yakınlarının bakış açısı	101

25- Aşırı prematüre bir bebeğin taburculuk sonrası klinik seyri; olgu sunumu ile yenidoğan yoğun bakım mezunu bebeklerde evde sağlık hizmeti	108
26- Rize’de evde sağlık hizmeti alan hastalarda karyola kullanımının faydaları ve karyola temininde yaşanan sıkıntılar	113
27- Ani bebek ölümü sendromunda hekimlerin bebek bakımında doğru bildiği yanlışlar: simülasyona dayalı tıp eğitimi ile iyileştirme çalışmaları	119
28-Çeşitli ülkelerde evde bakım ve yaşlı bakımı uygulamaları	126
29- Doğum sonu dönemde evde bakım	130
30- Evde sağlık hizmeti alan hastaların yaşam kalitesi ve duyulan memnuniyet.....	136
31- Sağlık okuryazarlığı ve etkileyen faktörler.....	141
32- Evde Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Uygulama.....	146
33- Evde bakım öğrencilerinin temel yaşam desteği bilgi düzeyi.....	150
34- Evde bakımda basınç yaralanmalarının önlenmesi	155
35- İzole travmatik sternum fraktürlerinde hospitalizasyon gerekli midir?	160
36- Hemşirelik öğrencilerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları	165
37- Psikiyatri hastalarında rehabilitasyon faaliyetleri	170
38- Kadın bakım personeli ve bakım verme yükü	173
39- Yaşlılara Bakım Hizmetinde En Uygun Rotanın Belirlenmesi	178
40- Hemodiyaliz hastalarında demografik ve hastalığa ait özellikler ile depresyon ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi	182
41- Böbrek hastalığında evde periton diyalizi; olgu sunumu	186
42- İnformal Bakım ve Sosyal Destek: “Mavi Ev” Deneyimi	189
43- Bir devlet hastanesi bünyesinde evde sağlık hizmeti alan hastaların profili: retrospektif analiz .	194
44- İzzet Baysal Devlet Hastanesi 2011-2017 yılları arası verilen evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.....	198
45- Evde bakım sağlık personelinin bakışıyla evde bakımın güçlü ve zayıf yanlarının, fırsatlarının, tehditlerini belirlenmesi: nitel araştırma	200

1- Mobil yara takip uygulaması

Metin Dinçer*, Derya Karakaya, Aysun Bay Karabulut***

*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Ankara Ulus Devlet Hastanesi

Giriş: Sağlık Bakanlığına göre evde sağlık hizmetlerinde amaç (1); ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi sağlık hizmetlerinden yaşadıkları ortamda faydalanmalarını sağlamaktır. Evde sağlık hizmetlerinin hastanelerde de sürdürülebilmesi için en az beş yatak kapasiteli, amaca uygun olarak donatılmış “Evde Sağlık Hizmet Ünitesi” oluşturulmuştur (1)

Günümüzde yaşlı nüfusun artması ve yataklı tedavi kurumlarının etkin kullanımı ihtiyacı evde bakım hizmetlerini çok önemli hale getirmiştir. Bunun yanı sıra gelişen teknolojik uygulamaların sağlık hizmetlerinde kullanımı giderek artmaktadır. Özellikle evde sağlık uygulamalarında, hizmet alanların konfor düzeyini ve memnuniyetini arttırmış, sağlık çalışanlarının iş gücü ve zaman planlamasına olumlu katkıları olmuştur.

Basınç yaraları evde sağlık hizmeti alan hastaların desteğe ve multidisipliner ekip yaklaşımına ihtiyaç duyduğu, önemli bir sağlık sorunudur. Yara takibini kolaylaştırmak ve hastalara daha iyi bir bakım sunmak üzere geliştirdiğimiz mobil uygulama; veri kaydı ve hastanın durumunda meydana gelen değişiklikleri yakından takip etmek için ihtiyaç duyulan hizmeti ve desteğin sağlanmasında önemli bir adımdır. Uygulama üzerinden takip, ihtiyaç halinde kullanılacak olan yatakların, yara tedavisi için gerekli müdahale de etkin kullanımını sağlar.

Amaç: Mobil uygulama da amaç, evde sağlık hastalarının ve yatan hastaların basınç yaralarının görsel, evre ve ebat olarak takibi, hasta başında online olarak verilerin sisteme eklenmesi ve Braden Risk Değerlendirme Ölçek grafiğini elde etmektir. Yara türünü (basınç yarası, cerrahi yara, inkontinans etkili dermatit) seçerek doğru veri kaydı sağlamaktır. Evre, ebat bilgilerini fotoğraf eşliğinde ekleyerek hata payını en aza indirmektir. Online olarak sistem üzerinden ilgili sağlık profesyonelleri tarafından yaranın izlenebilmesini sağlamak. Hasta bilgi yönetim sistemi üzerindeki grafik ile yara iyileşme sürecini izleyebilmek. Yeni yara açılma hızını online olarak takip edebilmektir. Mobil uygulama, Evde Sağlık Hizmetlerinin klinik hizmetleri ile desteklenerek etkinliğinin artırılmasını sağlar. Veri kayıt sistemini güçlendirir.

Yöntem: Düzenli yapılan hasta ziyareti sırasında yaranın öncelikle türü belirlenir (basınç yarası, cerrahi yara, inkontinans etkili dermatit), fotoğrafları mobil uygulamanın yüklü olduğu tablet bilgisayar ile çekilerek online olarak sisteme yüklenir. Basınç yarası ise evre, ebat tespiti yapılır. Böylelikle bir sonraki ziyarette yara iyileşmesi değerlendirilebilir. Cerrahi yara da drenlerin çekilmesi ve süturlar alınarak iyileşme tamamlanana kadar geçen süreç izlenir. İnkontinans etkili dermatit ise fotoğraf kaydı yanı sıra açıklama bölümü doldurularak takibe alınır. Exuda ve yara çevresi durumu not olarak eklenebilir. Yara kültürü alınmış ise antibiyogram sonucu ve tedavi süreci takibi yapılır. Bir sonraki ziyaretler de veri girişi sonrası

yara grafik olarak değerlendirildiğinde iyileşme söz konusu değilse tedavi planı değişikliği sağlanır. Eksiklikler gözden geçirilir.

Bulgular: Mobil uygulama, kronik yara, inkontinans etkili dermatit ve post op süreçte evde takibi yapılan hastaların/yakınlarının ev ortamında sağlık profesyonelleri tarafından yapılan takibi ile kendini güvende hissetmelerini sağlar. Mobil yara takip uygulaması ile erken evrede yakalanan basınç yaralarında, oluşum veya yaranın evre ilerlemesi engellenerek düşük maliyetli çözümlerle hasta iyileşme ve konforu en üst seviyede sürdürülebileceği düşünülmektedir.

Sonuç: Mobil yara takip uygulaması ile sağlık personeli iş gücü planlaması olumlu etkilenir ve sonuç odaklı çalışma imkanı verdiği için motivasyon artar. Yara iyileşme süreci ile ilgili olarak erken uyarı sistemi sağlayarak erken müdahale ile antibiyotik gideri gibi extra maliyetlerin önlenmesini sağlar. Dinçer ve arkadaşlarının basınç yaralı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada görüldüğü üzere antibiyotik maliyetleri yüksek tutarlarda sağlık harcamalarına neden olmaktadır.(2)Zamanında müdahale ve takip sistemi ile maliyet etkin bakım sağlanmış olur. Etkin risk değerlendirme ölçeği takibi ile yüksek risk grubunun belirlenmesini sağlayarak hastaya bakım verenlerde hassasiyeti arttırır. Oluşmuş olan yaralar da etkin ve zamanında müdahale sağlar. Uzman sağlık profesyonellerine kolay ulaşım sağlar. Hasta ve/veya yakınının bu konudaki mağduriyetini sona erdirir. Hasta yatış sürelerini kısaltarak yatak işgal sürelerini düşürür. Evde takibi kolaylaştırır. Hasta ve yakınlarının gerektiğinde müdahale edileceğini bilmeleri güven duygusu yaşamalarını sağlar. Teknolojik uygulamaların sağlığa uyarlanarak kronik hastaların mağduriyetinin giderilmesini sağlar. Evde sağlık hizmet grubunda yer alan bakım hastalarının önemli sağlık sorunlarından biri olan ve yüksek ilgi gerektiren yara bakım için katkıları yüksek bir uygulamadır. Kolay menü ve işlem basamakları ile tüm sağlık personellerince sahada uygulama zorluğu olmadan kullanılabilir bir yöntemdir. Evde sağlık ekiplerinin bağlı oldukları yataklı tedavi kurumlarındaki sağlık profesyonelleri hastaya ait verileri mobil yara takip uygulaması desteği ile bütüncül olarak değerlendirebilir. Mobil yara takip uygulaması koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğine katkı sağlar. Evde sağlık hizmet kalitesini arttırır. Uygulama verilerin sisteme eklenmesi ile tüm evde sağlık hizmeti alan, yara bakım ve tedavi ihtiyacı olan hastaların geriye dönük veri tabanı oluşturulabilmesini sağlar. Buna bağlı olarak bilimsel araştırmalara yol gösterecek veri tabanı elde edilmiş olur. Yarası olmayan hastaların düzenli yapılan risk değerlendirmesi ile koruyucu hizmetler desteklenmiş olur.

Anahtar Kelimeler: Mobil uygulamalar, basınç yarası, yara takibi, evde bakım

Kaynakça

1-Resmi Gazete Tarihi: 27.02.2015 Resmi Gazete Sayısı: 29280

Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik

2.Metin Dincer; Kadriye Kahveci; Sebahat Sen Tas; Derya Karakaya.''An analysis of the bacteria produced in pressure ulcers and the costs of antibiotherapy for patients in a long-term intensive care unit'' J Turgut Ozal Med Cent. 2017; 24(2): 181-186doi: 10.5455/ jtomc. 2017.03.035

Mobile wound tracking application

Abstract

Purpose

The purpose of this application is to track the pressure wounds of the home cared patient's and in patient's wounds in terms of visuality, phase and size, to enter the data online beside the patient and to obtain the Braden Risk Assessment Scale graphic. Furthermore to select the wound type (pressure wound, surgical wound, incontinence effected dermatitis) in order to provide correct data registry.

Method

During the periodical patient visit, first of all the type of wound is determined; the photographs are taken by the tablet PC which the application is installed and upload to the system. If it is a pressure wound, a stage and size determination is made. Therefore the healing of the wound can be assessed at the next visit. In case of a surgical wound, the period until recovery is tracked. Whereas the incontinence effected dermatitis is tracked by filling the description section by photographic registration.

Findings

The mobile application assures that, the patients / relatives who are in the process of incontinence effected dermatitis and post op, feel secure by the tracking of health care professionals at home. Ensures the prevention of extra cost such as antibiotic expenses, with early response by providing an early warning system regarding the wound healing process.

Result

With the mobile tracking system, the workforce planning of the health personnel is positively effected and an increase in motivation is obtained by providing a result oriented work opportunity. By ensuring the determination of the high-risk group, it raises the sensitivity of patient carers.

Keywords: Mobile applications, pressure wound, wound tracking, home care

2- Evde sağlık hizmetleri birimi tarafından, evde palyatif bakım hizmeti sunulabilmesi için öneriler:

Metin Dinçer

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi

Giriş: Bu çalışmanın amacı evde palyatif bakım (PB) hizmetlerinin evde sağlık hizmetleri (ESH) birimlerince verilmesini önermektir. ESH'nin ve PB'nin sunulmaya başlaması ile Ülkemizde var olan sağlık hizmetlerine yeni bir sağlık hizmetleri kazandırılmıştır. Ülkemizdeki nüfusun artışı ve bu artışla birlikte yaşı nüfusunda artması [1] PB hizmetleri ve ESH gibi yeni uygulamaların hayata geçirilmesini zorunlu kılmıştır.

Bulgular: Günümüzde yaşı hastaların giderek daha fazla PB'ye ihtiyaç duydukları görölmektedir[1, 2]. Dünya sağlık örgütüne göre tahminen dünyada görülen ölümlerin %40-60 PB'ye ihtiyaç duymaktadır. Türkiye istatistik Kurumu [3]verilerine göre 2016 yılında Ülkemizde 422.135 ölüm gerçekleşmiştir. Buna göre ülkemizdeki PB'ye ihtiyaç duyan kişı 168.854 ila 253.281kişı olacağı tahmin edilebilir. Ülkemiz genelinde 293 Merkezde 3779 yatak [4] ile PB verildiğı düşünölecek olursa, tüm çalışmalara rağmen bu merkezler ihtiyaca cevap verebilecek durumda olmadığı görölecektir.[5]

ESH Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Yönerge'ye göre sunulurken [6], verilen sağlık hizmet bedelleri, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliğı (SUT)'ne[7] göre ödenmektedir. PB hizmetleri ise çıkarılan Yönergesine göre hastanelerde verilmektedir[8]. SUT'a göre; PB hizmetlerinin ödenmesi esas olarak hastaneleri kapsamakla birlikte, SUT'a göre evde PB'ye ilişkin yapılmış bir tanım da yoktur[7]. Sağlık Bakanlığı düzenlemelerinde ise PB hizmetlerinin hastane sonrasında ESH ekipleri tarafından yürütölmesini öngörmektedir[6]. Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri açısından ESH veren ekiplerin evde PB hizmeti vermelerinin önünde bir engel yoktur. PB'de verilen sağlık hizmetlerinin amaçlarından bir tanesi; hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırmaktır [9]. Bunu da, hastayı rahatsız eden, başta ağrı olmak üzere, bulantı, kusma, huzursuzluk gibi şikayetlerin ortadan kaldırılmasına ve psikolojik ve manevi ihtiyaçların giderilmesine yardım ederek sağlamaktadır[9]. Ayrıca palyatif bakım hasta, hasta ailesini ve hastanın sosyal çevresini bir bütün olarak ele almakta, ihtiyaç duyulan manevi ve psikolojik desteğı sağlamaktadır[9]. Bu nedenle ESH sunan ekiplere psikolog ve manevi destek uzmanlarının da dahil edilmesi gerekmektedir. Tüm bunlara ilave olarak ailelere bu hasta ile nasıl yaşanacağını eğitimi de verilmektedir.

ESH'yi bireylerin kendisi talep edebileceği gibi taburculuk sırasında, hasta için müdavi hekimi de ESH'yi önerilebilmektedir. Bu durum pratik uygulamada hizmetlerin verilmesi sırasında bir standart oluşturmanın önündeki en önemli engeli oluşturmaktadır. Evde verilebilecek sağlık hizmetlerinin türlerinin belirlenmesi ve taburculuk sırasında müdavi hekimin bu hizmet tipleri arasından seçim yapması, eve giden sağlık ekiplerinin daha az sürprizlerle karşılaşmasına yardım edecektir.

ESH diğer sosyal politikalarla da desteklenmelidir. Yaşlı insanlar söz konusu olunca, ESH'yi verip oradan ayrılmak, o insanların sağlıklarını kazanmaları için tek başına yeterli olmayabilecektir. Yaşlılık nedeniyle gerek zihni gerekse fiziki kapasiteleri azalmış kişilere ek destek programları uygulamaya konulmalıdır. Örneğin iyi beslenemeyen ya da soğuktan kendini korumakta zorlanan yaşlıları ilaçlar tek başına tedavi edemeyecektir. Evde bakım hizmetleri ESH'yi de kapsayacak şekilde çok geniş bir ölçekte verilebilmektedir [10]. Bu hizmetlere, ev temizliği ve ev işleri, kişisel bakım, yemek hazırlama, arkadaşlık etme, sağlık hizmetlerinin yanı sıra örnek olarak verilebilir [10]. Ancak yukarıda sıralanan nedenlerden ötürü ESH yaşlı sağlığı hizmetlerine dönüştürülmemelidir. İhtiyaca göre ayrıca ve sadece yaşlı sağlığı hizmetlerinin verilmesine yönelik politikaların geliştirilmesi ve uygulamaya konulması uygun olabilir.

ESH kısa süreliğine verilebileceği gibi uzun süreliğine de verilebilmektedir. Evde sağlık hizmetindeki amaç hasatlığın yada yaralanmanın iyileşmesidir [11]. Evde sağlık hizmeti alan kişi, bir yandan alışıktığı sosyal ortamında, hastalığını ya da yaralanmasını atlatırken, diğer yandan hastane harcamalarını azaltmaktadır. Hastane harcamalarında ki azalma kişilerin cepten yaptıkları diğer sağlık harcamalarının azalması anlamına gelmemektedir. Özellikle uzun süre yatağa bağımlılığı olan hastalar için tutulan bakıcılar ya da yara bakım ürünleri gibi sosyal güvenlik kurumunun karşılamadığı pek çok tıbbi sarf malzemeleri ve hastanın kullanımına özel ihtiyaç maddeleri, hasta ve ailesinin ekonomisini zorlamaktadır.[12] Bu durumda evde sağlık hizmeti alan hasta için devletin yaptığı harcamalar azalırken, hasta ve ailesinin yaptığı cepten harcamalar artmaya başlamaktadır.

Ülkemizde ESH hastanelerde oluşturulan ekipler aracılığıyla verilmektedir. Her hastanenin dolayısı ile ekiplerin uzmanlığı değişebilmektedir. Ancak başka bir hastanenin uzmanlığından pratikte yararlanmak çok da mümkün olmaktadır. Hastanın bağlı bulunduğu hastanenin evde sağlık hizmeti ekibinden alamadığı bir hizmet için, bu hizmetin verildiği hastaneye nakli gerekmektedir. Ayrıca hastanın kullandığı ilaç, tıbbi sarf malzemeleri ve diğer nedenlerden ihtiyaç duyduğu sağlık kurulu raporları için de hastaneye nakli gerekmektedir. Hasta naklinin gerçekleşmesi sırasında bir dizi işlem gerekmektedir. Bu işlemler özellikle büyük şehirlerde

ESH alan hasta için ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Sorunu yerinde çözebilmek için mevcut ESH ekiplerinin uzmanlıklarından faydalanmak gerekmektedir. Bunun içinde ESH veren hangi ekibin hangi hizmet türünde uzmanlaştığı önceden bilinmelidir.

Yukarıda bahsedilen işlemlerin gerçekleştirilebilmesi için uygun yazılımlar geliştirilmelidir. Tüm ESH birimlerinin ihtiyaca göre ulaşabildiği ve yine ihtiyaca göre başka hastanelerin ESH birimlerinden konsültasyon isteyebileceği bir veri tabanının oluşturulması gereklidir. Ayrıca mevcut sistem içerisinde ESH alacak hastanın esas teşhisini bulmak oldukça zordur. Örneğin esas tanısı demans olan bir hastanın eşlik eden diğer hastalıkları var ise bu hastanın kayıtlarında esas tanı olarak karşımıza diğer tanılardan biri çıkabilmektedir.

Sonuç ve Öneriler: ESH'nin amacı Yönergesinde çok geniş bir yelpazede ele alınmıştır. Bu amaç PB de kapsar şekildedir. Buradaki güncel sorun evde verilebilecek olan PB hizmetlerinin tanımlanması ve ücretlendirilmesidir. Ayrıca, özellikle PB hastaları için ağrı yönetiminde, psikolojik ve manevi destek yönetiminde uzmanlaşmış ESH birimleri birbiri ile irtibata geçebilmeli ve karşılıklı olarak konsültasyon isteyebilmelidirler. ESH'den faydalanan diğer hastalar içinde ihtiyaç duydukları sağlık kurulu raporlarını, hastaların hastaneye taşınmadan alabilmeleri için gerekli yasla düzenlemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Palyatif Bakım Hizmetleri

Recommendations for the home healthcare services to be able to provide palliative care services at home:

Abstract

Aim of this study is to recommend providing home palliative care services by home healthcare services units. The Health Transition Program implemented in Turkey has enabled the implementation of new health care services. These new services include home healthcare services and palliative care services. The growth of elderly population in Turkey has increased the need of both home health care services and palliative care services. Palliative care is a service offered at hospitals. One of the aims of healthcare services provided within the scope of the palliative care is to increase the quality of life of patients and their families, which is achieved by helping eliminate complaints including particularly pain, nausea, vomiting, restlessness, which disturb the patients and meet their psychological and spiritual needs. For patients who are discharged from the palliative care center, the healthcare services required by them are provided by the departments of home healthcare services. The Ministry of Health regulations do not have any obstacles to palliative care at home. However, the implementations of Social Security Institution do not have any regulations for palliative home care.

The targets of home healthcare services are addressed in the Directive in a very broad range. The relevant aim includes palliative care. However, psychologists and spiritual support specialists should be included in the teams that provide health services at home. The current issue here is the identification and pricing of palliative care services to be provided at home. Moreover, home healthcare service providers who are specialized in pain management and psychological and spiritual support management particularly for palliative care patients should contact with each other and request consultation reciprocally. The necessary regulations should be made so that the health board reports needed by other patients benefiting from home healthcare services can be obtained without taking the patients to the hospital.

Key Word: Home Healthcare Services, Palliative Care Services

KAYNAKLAR

1. Metin DİNÇER, et al., Geriatrik Yaş Grubunun Palyatif Bakım Merkezindeki Yatiş Süresi Ve Taburculuğunda Etkili Faktörlerin İncelenmesi.
2. Metin Dincer, Kadriye Kahveci, and Cihan Doger, An examination of factors affecting the length of stay in a palliative care center. Journal of palliative medicine, 2018. 21(1): p. 11-15.
3. TUIK, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24649>. 01.04.2016.
4. Sağlık Bakanlığı. 12.01.2018 Tarihi itibari ile görüşme yoluyla elde edilmiştir.
5. World Health Organization, Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. 2016.
6. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge <https://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>. 01.04.2018.
7. Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık uygulama Tebliği ; Resmi Gazete Tarihi: 24.03.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28597. 01.04.2018.
8. Sağlık Bakanlığı. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge <http://hizmetstandartlari.saglik.gov.tr/TR,5016/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>. 01.04.2018.
9. Stephen R. Connor and Maria Cecilia Sepulveda Bermedo. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life Worldwide Palliative Care Alliance, The World Health Organization; 2014
10. NHS, NHS, <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support/home-care/>. 01.04.2018.
11. Medicare. <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/home-health-care/home-health-care-what-is-it-what-to-expect.html>. 01.04.2018.
12. Metin Dincer and Nazan Torun, Living with the patient who has persistence vegetative state: a qualitative study. Women. 2(11): p. 8.

3- Bir yenileşim örneği olarak evde sağlık/bakım hizmetleri

Pınar Avşar¹, Derya Karakaya²

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

²Ankara Ulus Devlet Hastanesi

Giriş: Evde bakım hizmetleri; sağlığı yükseltme, sürdürme, hastalık anında iyileştirme ve sakatlık/ hastalıkların etkisini azaltarak bağımsızlık seviyesini yükseltme amacıyla bireylere ve ailelere yaşadıkları ortamda da verilen sürekli ve geniş kapsamlı sağlık bakımının bir parçası olup kendi ev ortamın bakım almayı isteyen fakat yakınları tarafından verilemeyen tıbbi, hemşirelik ve sosyal bakım gereksinimi olan; kronik veya terminal hastalıklı, iyileşme sürecinde veya yetersizliği olan kişilere sağlık, ekonomik ve sosyal hizmetler gibi alanlarda çalışan meslek grupları tarafından sunulan hizmetlerdir (Ünsar ve ark.2007).

Evde bakım hizmetlerinin tarihi gelişimi incelendiğinde, hemşirelik hizmetleri şeklinde başladığı ve uzun yıllar bu şekilde yürütüldüğü görülmektedir. 1885'te Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin bazı eyaletlerinde evde hemşirelik bakımı sunmak üzere gönüllü kuruluşlar kurulmuş, ilerleyen yıllarda bunlar Ziyaretçi Hemşireler Birliği'ni oluşturmuştur. 1900'lü yılların başında, yaşam koşulları ve enfeksiyon hastalıkları, hemşirelerin evde düzenledikleri ziyaretleri artırmıştır. Bu dönemde ziyaretçi hemşirelerin yanı sıra, halk sağlığı hemşireleri ve diğer hemşireler serbest çalışarak, akut ve kronik hastalığı olan hastaların evlerinde günde 24 saat, haftada 7 gün süreyle bakım sunmaya başlamıştır. ABD'de evde bakım hizmetleri 1966 yılında kamu sigortası kapsamına alınmıştır ve bunu takiben evde bakım kuruluşları ile evde bakım hizmeti türleri hızla artmıştır. Multidisipliner ekip hizmeti şeklinde sunulmaya başlanan evde bakım hizmetleri, evde bakıma uygun teknik ekipmanların geliştirilmesiyle daha karmaşık bir hizmet şekline dönüşmüştür. Evde bakım teknolojisinin gelişimi, ventilator gereksinimi gibi yoğun bakım gerektiren hastaların bile erken taburculuğunu ve evde izlenimini beraberinde getirirken, evde bakım hemşiresinin bilgi ve becerilerinde değişimi zorunlu kılmıştır. Hastanelerde 1-3 yıl yoğun bakım gerektiren hastalara bakım vermiş ve evde bakım sertifikasına sahip hemşirelerin evde bakım hemşiresi olması koşulu getirilmeye başlanmıştır. Evde bakım hizmetlerinin çok uzun yıllardır verildiği ABD, Kanada gibi ülkelerde, 4 yıllık lisans eğitimini tamamlayarak evde bakım hemşireliği, geriatri hemşireliği gibi sertifika programlarından geçen hemşireler evde bakım kuruluşlarında görev yapmaktadırlar. Evde bakım hemşireliği sertifika programı genellikle dört saat olup, sağlık bakımı ortamı, evde bakım hemşiresinin rolü, vey toplama, bakım planı oluşturma ve uygulama, bakım sonucunu değerlendirme, etkili ekip iletişimi, enfeksiyon kontrolü, hasta/aile eğitimi,

hasta hakları ve etik ilkeler, dökümantasyon gibi konuları içermektedir. Bazı ülkelerde evde bakım hemşireliği ve geriatri hemşireliği master ve doktora programları da vardır (Pınar 2010). Ülkemizde ise, 1980’li yıllarda toplum talebi doğrultusunda çoğunlukla hemşireler tarafından ve hemşirelik bakımı ile destek personel hizmetleri sunan “evde yaşlı ve hasta bakım” kuruluşları açılmaya başlanmış ve 2000’li yıllarda bunların sayısında artış meydana gelmiştir. 10 Mart 2005’de çıkarılan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile özel evde bakım şirketlerinde hemşire ve destek personelin yanısıra 3 hekim çalıştırma zorunluluğu getirilmiştir. Aynı yönetmelik, koşulları uygun kamu hastanelerinin bünyesinde evde bakım birimleri açılabilceğini belirtmekte olduğundan, günümüzde hastanelerin bünyesinde evde bakım birimi kurulmuştur. Ülkemizde yaygınlaşarak devam eden evde bakım hizmetleri karşılığında halktan hiçbir ücret alınmamaktadır. Evde sağlık hizmetlerine ait giderlerin devlet bütçesinde karşılanması için sağlık uygulama tebliğinde gerekli düzenlemeler yapılmış ve Mart 2011 tarihinde bu düzenleme yürürlüğe girmiştir. Hizmete erişimi kolaylaştırmak için ülkenin her yerinden aranabilen 0312 444 38 33 telefon hattı hizmete açılmıştır. Evde bakım hemşireliği, lisans eğitimi programlarının Halk Sağlığı Hemşireliği dersinde konu olarak işlenmektedir. Ülkemizde evde bakım hemşireliğine yönelik master programı yoktur. Bazı hemşirelik yüksekokulları ve Evde Bakım Derneği evde bakım hemşireliği sertifika programı düzenlemektedir. 2006 yılında Evde Bakım Hemşiresi Sertifika Programı geliştirmiştir. Program 72 saatlik kuramsal bilgi ve teknik laboratuvar uygulamaları ile 24 saatlik klinik (evde) uygulamayı içermektedir. Programa en az 1 yıl mesleki deneyime sahip hemşire ve sağlık memurları kabul edilmektedir (Pınar 2010, Sugetiren 2011, Ünsar ve ark.2007).

Güney Afrika’daki durumu kötü AIDS hastalarına bakım vermek uğruna hastanedeki güvenli işini bırakan, hastaların durumuna çok endişe duyan Hemşire Mpho Seanyoni, her gün hastalara bakım vermek, hastaların yakınlarına ve arkadaşlarına eğitim vermek, AIDS hakkında onları eğiterek, nasıl bakım vereceklerini öğretmek için bir köyden diğerine 25 kilometre yürümüştür. Bu hizmetlerin yanında Mpho, çevredeki 78 köye hizmet veren, evde bakım temelli bir projesi yürütmüştür. Şimdi otuzun üzerinde gönüllü, AIDS hastalarının evde bakımında aile üyelerinin eğitimi için ona yardım etmektedir. Mpho’nın yaptığı işler fark edildiğinde, 2002 yılında Güney Afrika’da yılın kadını seçilmiştir (ICN 2009).

Peru’da iki profesörün önderliğinde son sınıfta okuyan dokuz hemşire öğrenciden oluşan bir ekip, Philadelphia Üniversitesi’nden uzak bir Peru köyüne gitmiştir. Bu ekibin hedefi, kişilerin sağlık ve yaşam standartlarını geliştirmek için sağlık konuları hakkında aileleri eğitmektir. Hemşireler günlerini sabahları ev ziyaretleri yapmak ve öğleden sonraları beslenme, hastalıkların önlenmesi, bağışıklama, sanitasyon, hijyen, besin hazırlama ve kendi kendine

meme muayenesini içeren kadın sağlığı konularında eğitim vererek geçirmişlerdir. Evlerde kan basıncı ölçmüş, yara pansumanı yapmış ve hastalara ilaçlarını nasıl alacakları ve hekimi ne zaman ziyaret etmeleri gerektiği konusunda açıklamalar yaparak, felç, diyabet, kalp defekti ve kanser hastalarına yardımcı olmuşlardır.

Sonuç olarak; hemşireler evde bakım hizmetlerini topluma sunarak toplum üyelerinin günlük yaşam rutinlerini iyileştirerek, kendi kendilerine daha iyi bakım vermelerine yardım etmesi açısından oldukça etkindirler.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım hizmetleri, Yenileşim, Hemşirelik

Home health care services as an example of innovation

When the historical development of home care services is examined, it is seen that it started as nursing services and it has been carried out for many years. In 1885, voluntary organizations were set up to provide home nursing care in some states of the United States (USA), and in the following years they created the Visitor Nurses Association. At the beginning of the 1900's, living conditions and infectious diseases increased visits the nurses held at home.

In Turkey, "home elderly and patient care" institutions, which mainly provide nursing care and support staff services by nurses in the direction of public request, started to be opened in the 1980s, and in the year 2000, their number increased.

Nurse Mpho Sebabyoni, who is very concerned about the situation of the patients, who left the safe work in the hospital for the care of the poor AIDS patients in South Africa, is a wanderer to teach the patients' relatives and friends daily, educate them about their AIDS, to another 25 kilometers. A team of nine nurse learners from the last class who led two professors in Peru went to a remote Peruvian village in Philadelphia University. As a result; nurses are very active in helping community members improve their daily life routines and help them to give better care to themselves by offering home care services.

Keywords: Home care services, Innovation, Nursing

KAYNAKLAR

1. Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanserli Hastalarda Evde Bakım ve Semptom Kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 5(2): 90-106.
2. Pınar R. Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum. Akademik Geriatri Dergisi 2010; 153-156.
3. Türk Hemşireler Derneği. ICN 2009 Teması. [24 Kasım 2013]. Elektronik adresi: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/meslegi-etigi/icn.aspx>
4. Sugetiren A. Eve Sağlık Hizmetler. I. Uluslararası Evde Sağlık Hizmetleri Kongresi. 2011.

4- Pediatrik olgularda evde sağlık hizmetinin değerlendirilmesi

Cihan Döđer¹

¹Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Eğitim ve Araştırma hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Giriş:Evde sağlık hizmeti sağlık kuruluşuna ulaşamayan kronik hasta gruplarında sağkalımı artıran özel bir hizmettir. Bu hizmet sayesinde aileler ve hastalar zaten maliyetli ve zor olan bu hastaların bakımında ciddi bir destek almaları sağlanmış olur. Palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların kanül değişimi, pansumanları yatak yarası bakımı aspirasyonu gibi nedenlerle hastaneye gelmeleri hem sağlık kuruluşlarının maliyetlerini arttırmakta, hastaların ve ailelerinin hastaneye gelip gitmeleri ailelerin stres yükünü arttırmaktadır (1). Hastaları ise yeni hastalıklara, travmalara açık hale getirebilmektedir. Erişkin yaş grubunda özellikle geriatrik hastalarda evde bakım ile ilgili çok sayıda yapılmış yayın bulunmaktadır. Pediyatrik grupta yayınlar daha kısıtlı ve hasta sayıları tek merkez yayınlarda az sayıda hasta üzerinden yapılmaktadır. Bizim bu geriye dönük araştırmamızda amacımız Dr. Sami Ulus Hastanesi olarak evde sağlık hizmeti verdiğimiz çocuk hasta profilinin ortaya konulmasıdır.

Metod:Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde sağlık birimince 2018 yılı 1 ocak – 15 Nisan tarihleri arasında ziyaret edilen 0-18 yaş arası çocuk hastalara ait dosyalar incelenmiştir. Hastaların yaşları, hastalıkları, genel durumları kayıt edilmiş, verilen hizmetler incelenmiştir. Elde edilen veriler vaka sayısı (yüzde), ortalama standart sapma olarak dağılımları belirlenmiş ve tablolar halinde sunulmuştur.

Bulgular:137 dosyaların incelendiğinde hastaların 126 (%91,8)sının nörolojik, 45(%32,8)inin genetik ve 9(%6,6)'sının metabolik hastalığı nedeni ile evde sağlık hizmeti aldığı tespit edilmiştir (Tablo 1). 3.5 aylık süreçte hastaların 24 (%17,5)inin 2 kez , 5(%3,6) sının 3 kez ve geri kalanların 1 kez ziyaret edildiği tespit edilmiştir. Hastaların.ortanca yaş 10 olarak tespit edildi. Hastaların 81(59,9%)u erkek 56 tanesi kız olduğu belirlendi. Ençok serebral palsi(33.6%), dirençli epilepsi (32.8%) ve motor mental gelişim geriliği (16.1%) nedeniyle evde sağlık hizmeti verdiğimizi saptadık. Evde sağlık hizmeti verilen çocukların 16 (11.7%)'sı trakeostomili ve bunların 6 sı ev tipi ventilatör ile takip ediliyordu. 11(%8) hastanın ise PEG ile 2 tanesinde kalıcı NG ile beslendiği görüldü.

Tablo 1.Evde bakım Hastaların branşlara göre dağılımı.

Hastalık	Yüzde	
Grubu	Sayı (n)	(%)
Nörolojik	126	92%
Genetik	45	33%
Metabolik	9	7%
Kardiyak	3	2%
Enfeksiyon	1	1%
Konjenital	1	1%
Postoperatif	1	1%
Travma	1	1%

Sonuç:

Yaşadığımız çağda sağlık hizmetlerinin ve ulaşılabilirliğinin artması ile birlikte kronik bakım hasta sayıları artmıştır. Bu hastaların yaşam süreleride uzamış hastanede yatış sürelerinin uzamasına neden olmuştur. Hastanelerin yataklarının bu hastalarca uzun süre kullanılması hem hastane yatak sayılarını azaltmakta hemde hastane masraflarını arttırmaktadır. Evde bakım bu nedenle ortaya çıkmış ve 2000’li yıllarda yaygınlaşmış bir sağlık hizmetidir. Evde bakım tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bir arada hastaya kendi ev ortamında sağlanmasıdır. Ciddi multidisipliner bir ekip çalışması gerektirir. Temel hizmetlerin neleri kapsayacağına dair bir liste yoktur. Hastanın ihtiyacına göre verilecek temel hizmetler belirlenmektedir. Evde bakım hizmeti genel olarak hemşirelik bakımı, sosyal destek hizmeti, özbakım hizmetleri, gıda ve beslenme desteği ve danışmanlık hizmetlerini kapsamalıdır. Ekibin her ziyaretinde hastanın bulunduğu ortamda incelenmelidir. Buna göre ekip tekrar gözden geçirilmelidir. Bir hastanın evine taburcu edilerek orada hizmete devam edilmesi hastanın sosyal olarak daha iyi hale gelmesini sağlar. Uzun dönem çalışmalar göstermiştir ki evde bakılan hastaların sağ kalım süreleri daha uzamaktadır (2).

Yapılan araştırmalara göre Avrupa’da %0,006 oranında evde mekanik ventilatöre bağımlı hasta bulunmaktadır (3). Ülkemizde bu hizmetler iler ilgili yapılmış kesin bir istatistik çalışması bulunmamaktadır. Bu sayının 500.000 in üzerinde olduğu tahmin edilmektedir.

Yapılan araştırmalara göre pediatrik grupta evde bakım hastalarının ortalama yaşı en çok 6-12 yaş arasındadır(4). Ayar ve ark. Yaptığı çalışmada ise ort yaş grubu 8 dir (5). Bizim

çalışmamızda hizmet alan ortalama yaş grubunun 10 olduğunu tespit ettik. Yine literatürle uyumlu olarak bizde de primer hastalıklar en çok serebral palsi ve eşlik eden epilepsilerdi.

Engelli ve sürekli medikal tedavi zorunluluğu olan bireylerin uzun dönem bakımları; yapılan tedaviler, kullanılan teknolojik aletler nedeniyle karmaşık ve zordur. Bu nedenle profesyonel yardım almadan bu bireyleri ailelerinin hayatta tutabilmeleri imkansızdır. Bu çocukların çoğunda NG sonda ya da PEG, trakeostomi kanülü, İV mayi almasını sağlayacak damar yolu idrar sondası bulunmakta bunların belli aralıklarla değiştirilmesi gerekmektedir. Evde bakım hizmeti ile kateter, kanül değişimi gibi küçük invaziv işlemler evde yatak başında yapılabilmektedir. Ancak bu konuda deneyimli personel sayısı sınırlıdır. Ayrıca pediatrik hasta grubunda deneyimli olan personel sayısı gerçekten çok azdır. Tüm dünyada bu çocukların doktor/diğer deneyimli sağlık personeli tarafından yılda 1-10 arası ziyaret edilmektedir. Bu ziyaretler ile hem çocuğun muayenesi yapılabilmekte hem gerekli minimal invaziv tıbbi girişimler yapılmakta hastaların bu işlemler için hastaneye gelme zorunluluğu ortadan kaldırılmaktadır.

Bu ziyaretler sadece tıbbi muayeneyi değil tıbbi gereksinimler hakkında bilgi vermeyi ve tedavinin yönünün çizilmesinde sağlamaktadır. Örneğin; bu hastalar yatağa bağımlı oldukları için bası yaralarının değerlendirilmesi bu sırada yapılmakta bası yarası konusunda bilgilendirmeler yapılabilmektedir. Hastaların yaptırılması gereken fizik tedavi egzersizleri konusunda bilgi verilip aileyebasit hareketler öğretilerek hastaların kas erimelerinin önüne geçilebilir. Ayrıca solunum fizyoterapileri ile hastanın sekresyonunun atılması ve staza bağlı gelişebilecek pnömonilerinin önüne de geçilebilir.

Sonuç olarak; Evde sağlık hizmeti aileleri ve hastaları rahatlatan hastanede kalış sürelerini azaltan ve hastaların aile içi yaşama daha çabuk dönmesini sağlayan çok özel bir hizmettir (1,3). Özellikle pediatrik grup hastaların bu bakımları ile yaşam süreleri ve kalitelerinin artmaları sağlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk hasta, evde bakım, kronik hastalık, yaşam kalitesi

Assessment of Home Health Care Services in Pediatric Patients

Introduction: Home health care is a special service that increases survival in chronic patient groups that can not reach the health care facility. In patients who need palliative care, cannula replacement, dressing, bed-wound care, aspiration, etc., increase the costs of health care institutions and increase the stress burden of their families (1). There are few articles published for the pediatric group. These are more limited and consist of single-center studies with fewer patients included. In our retrospective study, we aimed to determine the profile of a pediatric patient who was given home health care by Dr. Sami Ulus Hospital Home Health Care Team.

Methods: The records of 0-18 year-old child patients who visited between January 1 and April 15, 2018 by the Dr. Sami Ulus Maternity and Child Education and Research Hospital Home Health Care Team were examined. Patients' ages, diseases, general conditions and other data have been recorded and reviewed. The data are presented in tables as number of cases (percent), mean standard deviation. **Results:** When 137 files were examined, it was determined that 126(91.8%) of the patients were with neurological, 45 (32.8%) of them were genetic and 9 (6.6%) were with metabolic diseases recieved home health care service. 24 (17.5%) of the patients were visited 2 times, 5 (3.6%) were visited 3 times and the rest were visited 1 time. The median age of the patients was 10 years old. 81 (59.9%) of the patients were male and 56 were female. We found that we were providing home healthcare services mainly because of cerebral palsy (33.6%), resistant epilepsy (32.8%) and motor mental retardation (16.1%). 16 (11.7%) of the children at home were followed up with tracheostomy and 6 of them ventilated with home type ventilator. We also found that 11 (8%) patients were fed PEG and 2 of the patients were fed with NG. **Conclusions:** Home health care is a very special service that reduces the length of stay in the hospital, relieves the family and patients and allows the chronic patients to return to their family life more quickly (1,2).

Key Words: pediatrics, home health care, chronic disease, life quality

Kaynaklar:

1. Simpser E., Hudak M.L. et. all. Financing of Pediatric Home Health Care. Pediatrics 2017;139.
2. Özer Ö., Şantaş F. Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 3 • Sayı: 2 • Nisan 2012
3. Lloyd-Owen SJ, Donaldson GC, Ambrosino N, Escarabill J, Farre R, Fauroux B, et al. Patterns of home mechanical use in Europe: Results from the Eurovent survey. Eur Respir J 2005;25(6):1025-314

4. Willits KA, Platonova EA, Nies MA, Racine EF, Troutman ML, Harris HL. Medical home and pediatric primary care utilization among children with special health care needs. *J Pediatr Health Care* 2013;27:202-8.
5. AYAR G. , ŞAHİN Ş. Çocuk Hastalarda Evde Bakım Çocuk Hastalarında Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2015; 1: 12-17
4. Phillips C., Hawes C. The interRAI Pediatric Home Care (PEDS HC) Assessment: Evaluating the Long-term Community-Based Service and Support Needs of Children Facing Special Healthcare Challenges. *Health Serv Insights*. 2015; 8: 17–24.

5- Ev hemodiyalizi hastalarında ilaç gereksiniminde azalma

Cenk Demirci¹, Gülay Aşçı², Sinan Erten¹, Fatih Kırçelli¹, Ercan Ok²

¹Fresenius Medical Care (FMC) Diyaliz, Türkiye; ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, İzmir/Türkiye

Giriş: Konvansiyonel hemodiyaliz (merkezde haftada üç gün dört saat) olan hastalarda sık görülen anemi, hipertansiyon, kemik mineral bozuklukları, malnutrisyon ve yandaş hastalıklar nedeniyle kullanılan yüksek ve kompleks ilaç-yükü; yaşam kalitesini oldukça düşürmektedir. Serum fosfor düzeyinin yüksekliği hemodiyaliz hastalarında total ve kardiyovasküler mortalitenin bağımsız prediktörüdür. Bu yüzden, fosfor bağlayıcı ilaç kullanımı, konvansiyonel hemodiyaliz hastalarındaki günlük ilaç yükünün en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Çeşitli survey çalışmaları diyaliz hastalarının fosfor bağlayıcılar, antihipertansifler, eritropoetin, sinakalset, D vitamini ve beslenme preparatlarını içerebilen günlük ortalama 11-12 ilaç aldığını göstermektedir. Bu yüksek ilaç-yükü hasta uyumsuzluğu, yan etkiler, ilaç etkileşimleri ve yüksek doz kullanım gibi ilaç ilişkili medikal problemleri artırmakta aynı zamanda ciddi bir maliyet artışını da beraberinde getirmektedir. Konvansiyonel hemodiyaliz hastalarında medikasyon uyumsuzluğu yaklaşık %50 dolayında bulunmuştur. Kötü medikasyon uyumu artmış mortalite, kötü yaşam kalitesi ve artmış sağlık harcamaları ile ilişkilidir.

Evde uzun süreli (24-36 saat/hafta) hemodiyaliz tedavisi, merkezde standart hemodiyalize (12 saat/hafta) göre daha iyi kan basıncı kontrolü, sol ventrikül hipertrofisinde azalma, arteriyel kompliansta düzelme, daha iyi fosfat kontrolü, anemi sıklığında azalma, yaşam kalitesinde ve kognitif fonksiyonlarda düzelme sağlamaktadır. Ev hemodiyalizi hastalarındaki tüm bu klinik düzelmeler, ilaç kullanım oranlarını oldukça düşürmektedir. Her ne kadar geniş hasta sayılı ve randomize-kontrollü çalışmalar az olsa da, mevcut çalışmalarda ev hemodiyalizi hastalarında özellikle fosfor bağlayıcı ve antihipertansif ilaç kullanım oranlarının azaldığı bildirilmiştir. Yine gözlemsel çalışmalarda, merkezde standart hemodiyaliz yapan hastaların sıkça kullandığı ve maliyeti oldukça yüksek olan eritropoetin gereksiniminin ev hemodiyalizi hastalarında oldukça azaldığı gösterilmiştir. Tüm bu sonuçlar sağlık sistemi açısından değerlendirildiğinde, hasta başına yıllık total ilaç maliyetini oldukça düşürmektedir. Bir araştırmada, standart merkez hemodiyalizinde yıllık 9.468 dolar olan eritropoietin kullanımı maliyetinin, ev hemodiyalizinde 5.712 dolar olduğu, yine benzer bir şekilde kardiyovasküler grup ilaç kullanımının da yıllık 762 dolardan 191 dolara gerilediği gösterilmiştir.

Amaç: Biz bu eğilim skoru eşleştirilmiş kontrollü çalışmada evde uzun süreli hemodiyaliz yapan hastalarda kan basıncı, anemi ve kemik metabolizması kontrolünde merkezde konvansiyonel hemodiyaliz yapan hastalara göre ilaç gereksiniminin azalıp azalmadığını araştırdık.

Sınırlayıcılar: Çalışmanın retrospektif dizaynı, ilaç kullanım oranlarının sadece bilgisayar programındaki reçete edilen verilerle sınırlı olması bu nedenle ilaç uyumunun yeterince değerlendirilememesi sınırlayıcı yönlerini oluşturmaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada Türkiye’de Ağustos 2010’dan Nisan 2016’ya kadar evde hemodiyaliz tedavisine başlayan toplam 355 hasta çalışmaya alındı. Kontrol grubu için veri tabanından bu hastaların ev hemodiyalizine başlama tarihiyle aynı zamanlarda standart hemodiyaliz (3x4 saat/hafta) olan eğilim skoru benzer elli diyaliz merkezinden 1065 hasta (1’e 3 kontrol) otomatik olarak seçildi. Eğilim skorunu oluşturmak için bazaldeki yaş, cinsiyet, diyabet varlığı, damar yolu, diyaliz süresi, sistolik kan basıncı, vücut kitle indeksi, serum hemoglobin, albümin, fosfor ve c-reaktif protein değişkenleri kullanıldı. Çalışma için üniversiteden lokal etik komite onayı alındı ve tüm hastalar yazılı gönüllülük formunu imzaladı. İzlem boyunca hastaların tüm klinik, laboratuvar bulguları ve ilaç kullanımları otomatik olarak ilgili diyaliz merkezinin Euclid veri tabanı programından elde edildi. Ev hemodiyalizi haftada üç gün 7-8 saat olarak uygulandı. Konvansiyonel gruptaki hastalara ise haftada üç gün 4 saat merkezde standart hemodiyaliz yapıldı. Çalışma periyodu boyunca iki grup hastaya benzer şekilde diyalizat ve diyalizör kullanıldı. Eğilim skorlarına göre eşleme işlemi SPSS istatistik programında otomatik olarak yapıldı. Her iki grupta parametrik ve non-parametrik değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız t-testi ve ki-kare testi kullanıldı (SPSS software version 22). Bazal ve birinci yılın sonundaki değerler bağımlı örnek t-testi (paired t) ve Mc Nemar testi ile karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Her iki grupta bazalde yaş, cinsiyet, diyabet oranı, diyaliz süresi, sistolik kan basıncı ve serum fosfor, hemoglobin düzeyleri benzerdi. Hastalar ortalama 28 ± 15 ay izlendi. İzlem süresi sonunda ev hemodiyalizi grubunda fosfor bağlayıcı ilaç kullanım oranı %80,6 dan %13,7’ye düşmesine rağmen, serum fosfor düzeyleri de anlamlı düşüş gösterdi. Konvansiyonel grupta ise ilaç kullanım oranı aynı kaldı (%83 ve %78,6). Kemik-mineral metabolizma kontrolü için kullanılan D vitamini ve sinakalset kullanım oranları ev hemodiyalizi grubunda anlamlı olarak düşerken (sırayla; %40’dan %19,7’ye ve %7,1 den %0,9’a) konvansiyonel grupta değişmedi. Çalışma süresince ortalama kan hemoglobin düzeyleri her iki grupta benzerdi (11.3 ± 1.2 vs. 11.5 ± 1.2 g/dl sırayla, $p=0.25$). Çalışma sonunda ise kan yükseltici ilaç (eritropoetin) kullanım sıklığı ev hemodiyalizi hasta grubunda %55,4 ten %24,7’ye geriledi.

Konvansiyonel grupta ise aynı kaldı. Ortalama kan basıncı evde hemodiyaliz grubunda konvansiyonel hemodiyaliz grubuna göre daha düşüktü (125 ± 20 vs. 130 ± 16 mmHg, $p=0.02$). Benzer şekilde antihipertansif ilaç kullanım oranı da bir yılın sonunda %33,8 den %12,1'e anlamlı düşüş gösterdi. Konvansiyonel grupta ise herhangi bir değişiklik görülmedi (tablo).

Çıkarılma: Çalışmamızda, bir yıllık izlem süresi sonunda evde uzun süreli hemodiyaliz yapan hastalarda konvansiyonel hastalara göre fosfor bağlayıcı, kan yükseltici ajan (eritropoetin), antihipertansif ve mineral metabolizması düzenleyici ilaç gereksiniminde belirgin azalma saptanmıştır. Çalışma boyunca ev hemodiyalizi hastalarında ortalama kan basıncı ve serum fosfor düzeyi konvansiyonel gruba göre azalmış, hemoglobin düzeyi de benzer seyretmiştir. Evde uzun süreli hemodiyaliz yapan hastalarda az ilaç kullanımına rağmen, daha etkin diyaliz işlemi, toksin klirensi ve volüm kontrolü sağlanmaktadır. Elde edilen bu mükemmel klinik ve laboratuvar sonuçlar hastaların yaşam kalitesi ve süresini iyileştirdiği gibi ciddi bir maliyet azalmasını da beraberinde getirmektedir.

Anahtar kelimeler: ev, hemodiyaliz, ilaç kullanımı.

Tablo: Her iki grupta çalışma başlangıcı ve bitiminde ilaç kullanım oranlarının karşılaştırılması

	Ev HD (n =355)			Konvansiyonel HD (n =1065)		
	Bazal	Final	p değeri	Bazal	Final	p değeri
Fosfor (mg/dl)	5.1±1.4	4.5±1.3	<0.001	5.1±1.5	5.2±1.4	0.06
Fosfor bağlayıcı kullanımı (%)	83.9	13.4	<0.001	83.0	78.6	0.1
Hemoglobin (g/dl)	11.4±1.5	11.3±1.7	0.22	11.5±1.5	11.4±1.5	0.58
EPO use (%)	60.7	26.8	<0.001	58	58	0.9
Sinakalset kullanımı (%)	8.9	1.8	<0.001	8.0	10.7	0.41
D vitamini kullanımı (%)	33.0	25.9	0.25	37.5	39.3	0.73
SKB (mmHg)	130±19	125±20	0.03	130±17	130±16	0.42
Antihipertansif kullanımı %	33.8	12.1	<0.001	32.8	34.2	0,8

Kısaltmalar: HD:hemodiyaliz, SKB:sistolik kan basıncı, EPO: eritropoetin.

Reduction in medication requirement with nocturnal home haemodialysis

Aim: Hemodialysis (HD) patients have highly complex medication regimens and this is associated with medication-related problems, nonadherence and high total treatment cost. We investigated whether better control of blood pressure, anemia and mineral metabolism disturbances with nocturnal home HD reduces the requirement for antihypertensive, erythropoietin, phosphate-binders and vitamin D.

Methods: All 355 consecutive patients who initiated 3-times weekly HHD in 51 facilities during August 2010 and April 2016 were enrolled. We selected 1:3 propensity score-matched cohort of 1065 control patients on CHD at the same time frames of initiation of HHD counterparts, balancing to adjust for non-random treatment assignment. All home HD patients received three-times weekly 7-8 h dialysis. Laboratory and medication data were evaluated at the start of study and end of the follow-up in both groups.

Results: There were no differences in baseline characteristics between two cohorts, including age, gender, diabetes, dialysis duration, systolic blood pressure, laboratory parameters and use of antihypertensive medications, erythropoietin, phosphate-binders and vitamin D. At the end of the follow-up, phosphate, systolic blood pressure and use of all mentioned medications were markedly lower in-home HD group compared to conventional HD group; hemoglobin was similar. Use of anti-hypertensive medications from 33.8% to 12.1%, use of erythropoietin from 55.4 % to 25.7%, use of phosphate-binders from 80.6 % to 13.7%, use of vitamin D from 40.4% to 19.7%, cinacalcet use from 7% to 0.9% decreased at the end of the follow-up in home HD group. No change was observed in conventional HD group regarding the use of medication.

Conclusion: Home HD significantly reduced the need for erythropoietin, antihypertensive medications, phosphate-binders, vitamin D and sinacalcet. Mean hemoglobin remained stable; mean systolic blood pressure and serum phosphate levels decreased.

Key Word: home, hemodialysis, medication, regimen

6- Ev hemodiyalizi ve konvansiyonel hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon karşılaştırılması

Cenk Demirci¹, Gülay Aşçı², Gökçe Kaya¹, Fatih Kırçelli¹, Ercan Ok²

¹Fresenius Medical Care (FMC) Diyaliz, Türkiye; ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD, İzmir/Türkiye; İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Nefroloji BD, İzmir/Türkiye; ⁴Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri BD, İzmir/Türkiye

Giriş: Diyaliz popülasyonunun sağlığı tipik olarak mortalite ve hospitalizasyon oranları, klinik ve biyokimyasal veriler ışığında değerlendirilmektedir. Bununla birlikte diyaliz hastalarıyla yapılan anket çalışmalarında, kendini enerjik hissetme, ağrısız bir yaşam, seyahat edebilme, diyaliz harici zaman, çalışabiliyor olma, uyku düzeni, endişe-stres yokluğu, iştah artışı gibi parametreler; mortalite, hastaneye yatış ve fosfat seviyelerinden daha önemli sonuçlar olarak sıralanmıştır. Yaşam kalitesinde kötüleşme diyaliz hastalarında sık görülen bir durumdur ve morbidite ve mortalite riskini oldukça artırmaktadır. Hastalar hem fiziksel hem de zihinsel bakımdan kısıtlanma gösterebilmektedirler. Hareket güçlüğü, yaygın vücut ağrıları, uyku bozuklukları, huzursuz bacak sendromu, halsizlik, yorgunluk yaşam kalitesinin kötü fiziksel bulgularıdır. Depresyon, stres, anksiyete ve sosyal yalıtım duyguları gibi mental sorunlar da diyaliz hastalarında oldukça sık görülmektedir.

Daha uzun ve etkin bir hemodiyaliz uygulaması ile klinik sorunların düzeltilmesi, hastaların yaşam kalitesini yükseltme bakımından etkili bir strateji sunabilmektedir. Ev hemodiyaliz hasta grubunda yaşam kalitesi, psikiyatrik ve mental durum ile ilgili az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda hasta sayıları sınırlı ve sonuçlar tartışmalı olsa da, randomize klinik çalışmalardan elde edilen bazı veriler uzun seans süreleri ile yapılan hemodiyalizin hem fiziksel hem de mental anlamda yaşam kalitesini artırdığını desteklemektedir. Fiziksel yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkinin nedeni artmış toksin klirensi ile iştahın ve kas kitlesinin artması, bedensel ağrı ve yorgunluğun azalması ile açıklanabilir. Evde uzun süreli hemodiyaliz ile daha kontrollü ve yavaş ultrafiltrasyon nedeni ile kas krampları, hipotansiyon daha az gözlenmektedir. Yine yoğun hemodiyaliz ile artmış fosfor ve toksin klirensinin kas iskelet sistemi ağrısını hafiflettiği ve dolayısıyla kemik hastalığı ve kalsifikasyonların gelişmesini yavaşlattığı yönündeki teori de akla yatkındır. Yoğun hemodiyaliz, direkt olarak diyaliz sonrası halsizlik ve toparlanma süresini kısaltarak ve uyku yeterliliğini arttırmak suretiyle de daha az yorgunluğa neden olabilmektedir.

Amaç: Biz bu kontrollü, kesitsel çalışmada, evde uykuda uzun süreli hemodiyaliz tedavisi yapan ve konvansiyonel hemodiyaliz alan hasta grubunda yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon skoru ölçümlerini karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: En az 1 yıldır haftada üç gün 7 saatin üzerinde evde uykuda hemodiyaliz yapan 179 hasta arasından, yazılı olarak gönüllü “olur” formunu imzalayan, 100 hasta çalışmaya alındı. Bu hastaların ev hemodiyalizine başlama tarihleriyle aynı zamanda merkezde konvansiyonel hemodiyaliz (3x4 saat/hafta) tedavisi gören, eğilim skoru benzer 1:1 eşleştirilmiş 100 hasta kontrol grubu olarak seçildi. Eğilim skorunu oluşturmak için bazal değişkenler olarak yaş, cinsiyet, diyabet varlığı, damar yolu, diyaliz süresi, sistolik kan basıncı, vücut kitle indeksi, serum hemoglobin, albümin, fosfor ve C-reaktif protein düzeyleri kullanıldı. Eğilim skorlarına göre eşleme işlemi SPSS istatistik programında otomatik olarak yapıldı. Her iki grupta parametrik ve non-parametrik değişkenlerin karşılaştırılmasında bağımsız t-test ve ki-kare testleri kullanıldı (SPSS software version 22).

Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için “Kısa Sağlık Araştırma Formu” (SF-36) testi uygulandı. Tüm hastalar toplam 36 maddeden oluşan anket sorularını kendi kendilerine yanıtladı. Daha sonra testin ana komponentlerini oluşturan fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık-enerji, ağrı ve genel sağlık algılaması skorları standardize edilmiş hesaplama yöntemleri ile ölçüldü. Yüksek skorlar daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkilendirildi. Anksiyete ve depresyona eğilim ise toplam 14 sorudan oluşan “Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği” (HAD) ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Düşük skorlar daha iyi psikolojik durumu yansıtmaktaydı. Ayrıca hastaların sosyodemografik özellikleri, laboratuvar parametreleri ve klinik öyküleri incelendi.

Sınırlılıklar: Kesitsel bir anket çalışması olması, yaşam kalitesini ve mental sağlığı ölçmek için daha formal, psikiyatrik ve fiziksel ölçümlere dayalı objektif verilerin olmaması çalışmamızın sınırlayıcı yönlerini oluşturmaktadır. Ancak kullanılan anket modelleri güvenilir ve literatürde birçok çalışma ile valide edilmiştir.

Bulgular: Ev hemodiyalizi tedavisine başlama tarihinde bazal karakteristikler gruplar arasında benzerdi. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı), sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık-enerji, bedensel ağrı ve genel sağlık algılaması skorları daha iyi yaşam kalitesini gösterir şekilde ev hemodiyalizi grubunda daha yüksek bulundu (tablo). Vücut ağrı skorlarında ise her iki grupta farklılık yoktu. Anksiyete ve depresyon skorları ev hemodiyalizi hastalarında, konvansiyonel hemodiyaliz

hastalarına göre daha düşüktü (5.0 ± 3.9 vs 6.3 ± 4.7 , $p=0.04$ ve 4.7 ± 4.3 vs 6.7 ± 4.9 , $p=0.003$, sırayla).

Sonuç: Bu kontrollü çalışmada ev hemodiyalizi hastalarında konvansiyonel hemodiyaliz hastalarına göre daha yüksek yaşam kalitesi ve daha düşük anksiyete-depresyon skorları saptanmıştır. Evde uzun diyaliz seansları ile daha etkin bir diyaliz sağlanmakta (daha iyi kan basıncı ve hipervoleminin kontrolü, daha yüksek üremik klirens, daha iyi beslenme ve kas kitlesi artışı, asit-baz dengesinin korunması), sonuçta daha iyi fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon ortaya çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: ev, hemodiyaliz, yaşam, kalite, depresyon

Tablo: Her iki grupta yaşam kalitesi ölçümlerinin karşılaştırılması

	Ev HD (n=100)	Konvensiyonel HD (n=100)	p değeri
Yaşam kalitesi ölçümleri			
Fiziksel fonksiyon	69.0 ± 26.9	56.6 ± 26.2	0.002
Role kısıtlamaları, fiziksel	68.7 ± 41.0	51.7 ± 40.1	0.003
Role kısıtlamaları, emosyonel	75.3 ± 38.7	60.7 ± 41.9	0.01
Sosyal fonksiyon	74.0 ± 29.3	64.0 ± 27.0	0.01
Mental sağlık	75.0 ± 16.8	62.9 ± 23.2	<0.001
Canlılık	60.0 ± 21.9	52.7 ± 24.1	0.03
Bedensel ağrı	68.8 ± 24.7	63.6 ± 24.7	0.4
Genel sağlık algısı	57.6 ± 24.7	48.3 ± 20.4	0.004

Quality of life, anxiety and depression in home haemodialysis and conventional in-centre haemodialysis

Aim: In this controlled cross-sectional study, quality of life, anxiety and depression measures were compared in nocturnal home hemodialysis (HD) patients and conventional HD patients.

Methods: Among 179 patients on 3-times weekly home HD with session duration over 7 hours at least for a year, 100 patients from 30 centers giving written informed consent to participate the study were enrolled. We selected 1:1 propensity score-matched cohorts of 100 control patients on conventional HD (3-times weekly 4 hours) at the same time frames of initiation of home HD counterparts. Physical functioning, role limitations due to physical and emotional problems, social functioning, mental health, vitality, bodily pain and general health perceptions were examined by using “SF-36 Health Survey”. Higher scores represented better health. Anxiety and depression were evaluated by “Hospital Anxiety and Depression Scale”. Contrary, higher scores indicated greater anxiety and depression.

Results: At the initiation of home HD, baseline characteristics were similar between the groups. Except bodily pain all quality of life parameters were better in home hemodialysis patients compared conventional HD patients (table). Anxiety and depression scores were significantly lower in-home HD patients than conventional HD patients (5.0 ± 3.9 versus 6.3 ± 4.7 , $p=0.04$ and 4.7 ± 4.3 versus 6.7 ± 4.9 , $p=0.003$, respectively).

Conclusion: This controlled study shows that nocturnal home HD is associated with higher quality of life and lower anxiety and depression scores over conventional in-center HD.

Key words: home, hemodialysis, quality, life, depression.

7- Ailesinde kronik hastalığa sahip bir birey olan hemşire öğrencilerin, ailelerinin ve hastalarının evde bakım sürecinde yaşadıkları sorunların incelenmesi

Erdal Ceylan¹, Reyhan Eskiurt²

^{1,2,3} Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı.

Giriş: Yirmi birinci yüzyılda küresel olarak sağlık sistemlerini karşılayacak en büyük zorluklardan biri, kronik hastalıkların artan yükü olacaktır. Günümüzde tıp ve teknolojiye ilerlemeler ile tıp biliminde yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi insan ömrünün uzamasına ve beklenen yaşam süresinin artmasına yol açmıştır. İnsan ömrünün uzaması bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların görülme sıklığını yükseltmiş ve buna bağlı olarak hastane sonrası bakıma olan gereksinim artırmıştır. Bu gereksinimlerin karşılanmasında çok kabul gören model evde bakımdır. Türkiye’de güçlü aile ilişkileri nedeniyle yaşlıların büyük çoğunluğunun bakım gereksinimi aile bireyleri tarafından üstlenilmektedir. Bu da aileler için sosyal, fiziksel, ekonomik ve psikolojik açıdan çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı Ailesinde kronik hastalığa sahip bir birey olan hemşire öğrencilerin, ailelerinin ve hastalarının evde bakım sürecinde yaşadıkları sorunların belirlenmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip 1, 2, 3 ve 4. Sınıf hemşirelik öğrencileri içerisinde evde hastası olan ve hasta bakımında aktif rol alan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 8 hemşirelik öğrencisi araştırmamızın çalışma grubunu oluşturmuştur. Nitel bir çalışma olan bu çalışmanın verileri, yarı yapılandırılmış ve açık uçlu sorulardan oluşan bir görüşme formu kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmada nitel araştırmanın fenomenolojik (olgu inceleme) yöntemi kullanılmıştır. Veriler öğrencilerden yazılı görüş alınarak toplanmış, daha sonra ilginç olanlar konusunda gönüllü öğrenciler ile odak grup görüşmesi yapılmıştır. Bu görüşmede açılış, alternatif ve sonda soruları kullanılmıştır. Araştırmaya katılan gönüllü öğrencilerle yapılan odak grup görüşmesinde bazılarının ses kaydına izin vermemesi sebebiyle cevaplar yazılı olarak kaydedilmiştir. Daha sonra toplanan veriler temel ve derinlemesine analiz yapılarak irdelenmiştir. Veriler yazılı görüş alınırken aşağıdaki formatta toplanmıştır;

1. Ailenizdeki kronik hastalığa sahip olan bireye evde bakım verirken siz, aileniz ve hastanızın yaşadığı fiziksel sorunları belirtiniz.

2. Ailenizdeki kronik hastalığa sahip olan bireye evde bakım verirken siz, aileniz ve hastanızın yaşadığı sosyal sorunları belirtiniz.

3. Ailenizdeki kronik hastalığa sahip olan bireye evde bakım verirken siz, aileniz ve hastanızın yaşadığı maddi sorunları belirtiniz.

4. Ailenizdeki kronik hastalığa sahip olan bireye evde bakım verirken siz, aileniz ve hastanızın yaşadığı psikolojik sorunları belirtiniz.

Bulgular: Hemşirelik öğrencilerinin, ailelerinin ve hastalarının evde bakım sürecinde yaşadıkları sorunlar fiziksel sorunlar, sosyal sorunlar, ekonomik sorunlar, psikolojik sorunlar ve tedavi ile ilgili sorunlar olmak üzere 5 ana başlık altında toplanmıştır. Yapılan temel ve derinlemesine analiz sonucu bakım verenlerin ve öğrencilerin yaşadıkları fiziksel sorunlar olarak yatağa bağımlı hastalarının yatak içi hareketler, banyo ve tuvalet gibi gereksinimlerini karşılamada zorlanma; öğrenciler ve aile üyelerinde bel ağrıları, baş ağrıları, skolyoz, boyunda düzleşme, uykusuzluk, yorgunluk gibi fiziksel problemlerin ortaya çıkması gibi sorunların yaşandığı belirlenmiştir. Hastaların yaşadığı fiziksel sorunlar ise hareket, hijyen, boşaltım gibi ihtiyaçlarının karşılanamaması; yatak yaraları, enfeksiyon, ağızda yaralar, güç kaybı, bulantı, kas kaybı, yorgunluk ve kilo kaybı olarak belirlenmiştir. Ayrıca diyabete bağlı görme bozukluğu olduğu için ilaçlarını ayırt edememe, denge sorunları, yürürken desteğe ihtiyaç duyma ve düşme korkusu da bu kategorideki diğer sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan temel ve derinlemesine analiz sonucu öğrencilerin ve ailelerinin karşılaştığı sosyal sorunlar olarak "Ailecek dışarıda yapılan aktiviteler ve tatil planlarının kısıtlanması, evin bir odasının hastaya ayrılması sebebiyle aile fertlerinin düzeninin bozulması, Spor, gezi, arkadaşlarla buluşma gibi sosyal faaliyetlerin yapılamaması, Sürekli hastanın bakımını üstlenme sebebiyle arkadaş çevresinin kısıtlı olması, Evde sürekli olarak birinin bulunma zorunluluğu, İnsanlarla iletişimin azalması, Komşulara gidildiğinde akıllarının evdeki hastalarında kalması, Aile fertleri dışarıya gittiğinde hastanın bakımının eksik olacağı korkusu ile tepki göstermesi, evde misafir ağırlayamama, hastayı sağlık kurumlarına götürmesi sebebiyle bazen öğrencinin okulunun aksaması, hastanın bakımında yaşanan maddi sıkıntılar nedeniyle okulu bırakma ile devam etme arasında tereddüt yaşama" şeklinde ifade edilmiştir. Hastaların yaşadığı sosyal sorunlar ise "Ses ve kalabalıktan rahatsız olma, eve misafir gelmesini istememe, yalnız kalmak istemediği için sürekli yanında bir aile ferdinin olmasını isteme, Enfeksiyon riski olduğundan eve ziyaretçi alınmadığı durumlarda hastalarda sosyal izolasyon ve uykuya eğilim olması, tümör ve kemoterapiye bağlı bulantı-kusma sebebiyle sadece evde beslenebilme ve yemek için dışarıya gidememe, Henüz organ kaybı olmadığı için devletin sunduğu evde bakım hizmetinden yararlanamama, Hastanın ulaşım sıkıntıları sebebiyle sosyal aktivitelere dahil edilememesi" olarak belirtilmiştir. Öğrencilerin, ailenin ve hastalarının

karşılaştığı maddi sorunlar olarak "Hastane masraflarının çok olması, hastanın bakımı için sürekli araç gereç alınması, ilaçlar ve sağlığın sürdürülebilmesi için gerekli malzemelerin temininde sıkıntı yaşanması, pansuman ve dekübit bakımı için alınan malzemelerin fazlaca maddi yük oluşturmaması, bakım için gerekli olan malzemelerin azar azar alınması ve bu sebeple çabuk tükenmesi, hastaya bakmak için işten feragat etme sebebiyle gelir kaybının olması, hastanın gezdirilmesi için bütçenin ulaşım masraflarını karşılamaya yeterli olmaması, yabancı uyruklu olmaları sebebiyle sağlık sigortalarının olmaması ve bu sebeple tüm sağlık hizmetleri, ilaçlar ve bakım malzemeleri için ücret ödemeleri" şeklinde ifade edilmiştir. Çalışmamızda, öğrencilerin ve ailelerinin evde hasta bakımı sürecinde; yaşam enerjilerinin tükenmesi, sosyal izolasyon, kaygı, kaybetme korkusu, gerginlik, sinirlilik, depresyon, panik atak, üzüntü, baş edememe, çaresizlik ve çatışmaya eğilim gibi psikolojik sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların ise yalnızlık, yalnız uyuyamama, üzüntü, korku, birilerine muhtaç olma, ağlama, sitemkarlık, yük olma düşüncesi, umutsuzluk, kendini soyutlama ve duygu karmaşası gibi psikolojik sorunlar yaşadıkları ifade edilmiştir. Son olarak insülini ayarlama ve şekerini ölçmede yetersizlik, solunum cihazının bozulduğu durumlarda teknik bilgi eksikliği gibi evdeki ilaç ve tıbbi malzeme içerikli tedavi sürecini idare edememe gibi tedavi ile ilgili sorunların yaşandığı belirlenmiştir. **Sonuç:** Kronik hastalığı olan bireylerin evde bakımı hastalar için yaşamı kolaylaştırırken diğer taraftan bakım veren yakınları için değişik problemlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu sebeple hem hasta hem de hastaya bakım verenlerin yaşadıkları sorunların çözülebilmesi için günümüzde gittikçe yaygınlaşmaya başlayan evde bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve sürekliliğinin sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, Kronik hastalık, Hemşirelik öğrencileri

Determining the problems experienced during the home care process by the nursing students, their families and their patients who has a chronic illness.

Aim: This study was conducted to determine the problems experienced during the home care process by the nursing students, their families and their patients who has a chronic illness.

Method: The phenomenological method of qualitative research was used in the research. The data were gathered by written opinions from the students and then a focus group interview was conducted with 8 volunteer students. Collected data were analyzed by performing basic and in-depth analysis. **Results:** During home care process, patients were found to have physical problems such as bed sores, infection, mucositis and nausea, while caregivers were suffering

from low back pain, headache, scoliosis, fatigue and difficulty in meeting patients' self-care requirements. Family members had social problems such as social isolation, lack of social activities, working after school, school dropout and quitting their job to look after their patient. It was determined that treatment, medicines, hospital costs, transportation to the hospital and nutritional needs have been expressed as an extra financial burden on the whole family. It has also been determined that all family members had experienced psychological problems such as anxiety, fear of losing, depression, panic attacks, social isolation and sadness. Finally, there were problems with the treatment, such as not being able to manage the medicinal and home medical treatment process at home. **Conclusion:** While home care facilitates life for the patients, it may lead to different problems for caregivers. For this reason, it is necessary to increase the quality of the home care services and to ensure continuity.

KeyWords: Home care, Chronic illness, Nursing students

Kaynaklar

Nolte, McKee (2008), "Caring for people with chronic conditions: a health system perspective". McGraw-Hill Education (UK)

Sezer, Demirbaş, Kadioğlu (2015), "Evde bakım hemşireliği: mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları", Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23(2), 160-165

Mollaoğlu (2018), "Kronik hastalıklarda evde bakım", Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics, 4(1), 1-8.

Karakartal (2017), "Tedavi sürecindeki kanserli hastaya bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların incelenmesi". International Journal of Humanities and Education, 3(6), 96-109.

Stajduhar (2013), "Burdens of family caregiving at the end of life. Clinical & Investigative Medicine", 36(3), 121-126.

Osse, Vernooij-Dassen, Schadé, Grol (2006), "Problems experienced by the informal caregivers of cancer patients and their needs for support". Cancer Nursing, 29(5), 378-388.

8- Kanserli hastalarda bakım yükü

Diğdem LAFÇI¹, Ebru YILDIZ¹, Fadime TORU¹, Derya KARAKAYA²

¹Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Mersin/TÜRKİYE

²Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara/TÜRKİYE

Giriş ve Amaç: Kanser, dünyada ve ülkemizde morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen sağlık sorunudur. Yüzyılın başında ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında 7-8. sırada iken bugün birçok ülkede kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Dünyada her yıl %2 oranında artmakta ve her yıl ortalama 5 milyon insan bu nedenle hayatını kaybetmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2021 yılında dünyada 15 milyon yeni kanser olgusunun var olacağını öngörmektedir. Akciğer, meme ve mide kanserinin tüm dünyada en sık görülen kanser türleri olduğu, akciğer kanserinin ise kadın ve erkekte mortaliteye neden olan kanserler arasında ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir (1). Kronik hastalıklar kapsamında yer alan kanser, hastalık seyri ve tedavi şekli nedeniyle tanı konulan birey ve ailenin yaşam şeklini ve kalitesini etkilemektedir. Kanser tanı aşamasından terminal döneme dek, hastalar kadar hasta aileleri ve tedavi ekibi için de ciddi stres yaratan, tüm dengeleri ve uyumu zorlayan bir hastalıktır (2,3). Uzun süreli bakım verme sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurur. Kanserli hastalarda hastalık süreci ve uygulanan tedavilerden kaynaklanan istenmeyen fiziksel ve emosyonel semptomlar nedeniyle bakım verenlerin fizyolojik ve psikolojik sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir. Bakım vermenin psikolojik ve fizyolojik problemlerin gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bakım verenlerin bakım verme işinden dolayı sağlıklarının bozulabileceği bilinmektedir (4-7). Hastalara ve bakım verenlere hemşireler tarafından planlanan taburculuk eğitimlerinin, bakım verenlerin kaygı, endişe ve yapamama düşüncesini ortadan kaldıracak şekilde olması önemlidir. Bakım yükünde kanıt temelli uygulamalar geliştirmeye yönelik hemşireler tarafından lisansüstü tez çalışmaları yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, ülkemizde yürütülen lisansüstü hemşirelik tezlerinde kanserli hastalarda bakım yükü ve bakım verenlerde etkilerini tartışmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada, Ulusal Tez Merkezi resmi web sayfasında “bakım yükü” anahtar kelimesi ile yapılan taramada hemşirelik alanında yapılmış 74 lisansüstü tez çalışmasına ulaşıldı. Bakım yükü ile ilgili hemşirelik tezlerinin 1989-2018 yılları arasında yapıldığı ve en fazla çalışmanın 2015 yılında (13 tez) olduğu belirlendi. Çalışmalardan 60’ının yüksek lisans ve 14’ünün

doktora tezi olduğu saptandı. Tezlerin en çok hemşirelik anabilim dalı (27 tez), iç hastalıkları hemşireliği (15 tez) ve psikiyatri hemşireliği (13 tez) anabilim dalında olduğu belirlendi. Bu tezlerden “kanser” ve “onkoloji” ile ilgili olan 14’ü yüksek lisans tezi olmak üzere toplam 15 lisansüstü hemşirelik çalışması incelendi. Tüm tezlerin yılı, tez türü ve anabilim dalı kaydedildi. Tüm tezlerin yılı, tez türü, anabilim dalı, örneklem sayısı, çalışılan konu ve sonuçları kaydedildi. **Bulgular:** Kanserli hastalarda bakım yükü ile ilgili lisansüstü hemşirelik tez çalışmalarının yapıldığı anabilim dalları sırasıyla; hemşirelik, iç hastalıkları hemşireliği, psikiyatri hemşireliği, cerrahi hastalıklar hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve hemşireliği, hemşirelik esasları, evde bakım hemşireliği ve acil tıp hemşireliği olduğu belirlenmiştir. İncelenen tezlerden 14’ü yüksek lisans ve 1’i ise doktora düzeyinde yapılmış olup, büyük çoğunluğunun (67 tez) son beş yılda yapılmış olduğu tespit edilmiştir. Tezlerden hepsinin kesitsel ve tamamlayıcı türde olduğu saptanmıştır. Bakım yükünün ele alındığı kanserli hastalar arasında ayırım yapılmamış olup bütün kanser türleri ve kanserli hastalara bakım verenler üzerinde yapılmıştır. İncelenen tezlerde lisansüstü araştırma yapan hemşireler, kanserli hastalara bakım verenlerin bakım yükleri, bakım yükleri ile yaşam kalitesi, yaşam doyumu, algılanan sosyal destek, öfke, psikolojik sorunlar ve anksiyete arasındaki ilişkileri incelemiştir. Yapılan çalışmalarda, kanserli hastalara bakım verenlerin bakım vermeyi orta derecede yük olarak algıladığı, algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu, aileden algıladıkları sosyal destek arttıkça bakım yüklerinin azaldığı, bakım yükleri arttıkça yaşamdan aldıkları doyumlarının azaldığı saptandı. İncelenen çalışmalarda, bakım yükünün yaşam kalitesini, anksiyete ve öfke durumunu olumsuz etkilediği, algılanan sosyal desteğin bakım verenlerin bakım yükünü azalttığı saptanmıştır. **Sonuç:** Kanserli hastalara bakım veren aile üyeleri hastanın primer bakım vericileridir. Aile üyelerinin hastaların semptomlarını izleme ve kontrolünü sağlama, tıbbi tedavilerinin yapılmasını ve rahatlığını sağlama, problem çözme ve karar verme, emosyonel destek verme, bakımı koordine etme, hastalarının güvenliği ve fonksiyonlarının devamı için çevreyi düzenleme ve uygun araç-gereç donanımını sağlama gibi karmaşık görevleri bulunmaktadır (8). Lisansüstü hemşirelik tez çalışmaları, kanserli hastalara primer bakım veren aile üyelerinin hastaları için bu destekleyici rollerini yerine getirirken stres yaşayabilmekte, fiziksel, psikolojik, sosyal ve psikolojik sağlıkları, yaşam kaliteleri, anksiyete, öfke ve depresif semptomlarının olumsuz etkilendiğini, sosyal destek algısı iyi olanların bakım yüklerinin azaldığını göstermektedir. Bakım yüküne yönelik hemşirelik bakım uygulamalarını içeren çalışmaların artmasının, bu alanda kanıt temelli uygulamaların geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanserli hasta, bakım yükü, hemşire.

Care burden in cancer patients

Introduction and purpose: Caregivers have experienced physiological and psychological problems due to unfavorable physical and emotional symptoms resulting from disease process and treatments in cancer patients. It is important that discharge training planned by nurses to the patients and caregivers is such that the caregivers will be able to remove the worry, anxiety and disability. Postgraduate thesis studies is conducted by nurses to develop evidence-based applications on the burden of care. The aim of this study discuss the burden of care in cancer patients and the effects of caregivers in postgraduate nursing theses carried out in our country.

Materials and Methods: In the study, 129 theses studies in nursing field were reached in the scan made with the keyword "care burden" on the web page of the National Thesis Center. 15 graduate nursing studies related to "cancer" and "oncology" were studied. All the theses were recorded in the year, thesis type and department. **Results:** It was determined that nursing thesis studies related to care burden in cancer patients were 14 of master's and 1 of them was doctorate thesis. In the studies was determined that cancer patient caregivers was perceived as moderate care burdens and that they have a high level of perceived social support. It was determined that the care burden decreased as the perceived social support from the family increased and the care burden increased the satisfaction of life decreased. It was determined that the care burden negatively affected the quality of life, anxiety and anger and that perceived social support reduced caregivers' care burden. **Conclusion:** The postgraduate nursing thesis studies show that the quality of life and satisfaction of cancer caregivers, anxiety, anger and depressive symptoms are negatively affected and those with good social support perceptions reduced care burden. Increased involving nursing care practices for care burden is thought to contribute to the development of evidence-based practices in this area.

Key words: Cancer patient, care burden, nurse.

Kaynaklar

- 1.Yanık S, Yılmaz F, Özdemir TZ, Akkoca NA, Alkoy S, Aydın A, Sözütek D (2014). The analysis of 8-year data (2002-2010) of the tumor cases based on the pathology records of Abant İzzet Baysal University medical faculty department. Int J Clin Exp Med.7(8):2273-79.
2. Fadıloğlu Ç (2002). Kronik hastalıklara ilişkin genel bilgiler. Fadıloğlu Ç (Ed). Kronik hastalıklar. İzmir:İntertıp Tıbbi Yayıncılık ve Bilgisayar.pp 1-17.

3. Fadiloğlu Ç (2003). Kronik hastalıklar. Fadiloğlu Ç (Ed). Kronik hastalıklar.İzmir:İntertıp Tıbbi Yayıncılık ve Bilgisayar.pp 1-32.
4. Given BA, Given CW, Kozachik S (2001). Family support in advanced cancer. CA Cancer J Clin. 51:213-31.
5. Babaoğlu E, Öz F (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.2:24-33.
6. Elbi H (2006). Palyatif bakımda psikososyal sorunlar. In: Uyar M, Uslu R, KuzeyliYıldırım Y.Kanser ve p.alıatif bakım.İzmir:Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.pp 163-75.
7. Daly BJ, Douglas S, Lipson A, Foley H (2009). Needs of older caregivers of patients with advanced cancer. J Am Geriatr Soc. 57(Suppl 2):293-95.
8. Polat Ü (2011). İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri Türk Onkoloji Dergisi. 26(4):193-98.

9- Bir KOAH tanısı olan hastanın hemşirelik bakım hizmetleri tarafından anksiyetesinin değerlendirilmesi: bir vaka incelemesi

Şengül Mercan(1), Birgül Özkan(2), Şükran Yediel Aras(1)

1. Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi
2. Dr. Öğretim Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi SBF Hemşirelik Bölümü.

Amaç: Koah Tanısı Almış Klinikte Yatan Hastanın Solunum Sıkıntısına Bağlı Oluşan Anksiyete Duygu Durumunun Değerlendirilmesi

Giriş: Anksiyete evrensel bir duygu olup, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir. İnsanlar yaşamları boyunca farklı derecelerde anksiyete yaşayabilir. Bazıları normal sınırlarda, bazılarında durumsal ve kısa süreli, bazılarında ise uzun süreli yaşanabilmektedir. Pek çok hasta için hastalık, hastaneye yatma, tıbbi testlere ve prosedürlere maruz kalma gibi durumlar güvensizlik duygularını açığa çıkarabilir ve farklı derecelerde anksiyete yaşayabilmektedirler.

Anksiyete, daha önce belirtildiği gibi kişinin kendini güvende hissetmediği ve bir kayıp ya da tehdit olarak algıladığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bu durumlar; sağlığın sürdürülmesi ve korunmasında tehdit, Benlik saygısında azalma, Olumsuz benlik kavramı, Kendi ve yaşamıyla ilgili konularda kontrol kaybı gibi sorunlara sebep olabilmektedir. Bir diğer önemli konu ise korku ve anksiyetenin ayırtilmesinin önemidir. Korku daha kısa süreli ve şiddetli yaşanırken, anksiyete daha uzun süreli ve daha az şiddetli yaşanmaktadır.

Hastalarda gelişen korkuları şu şekilde sıralamamız mümkündür:

Hastanın ölüm korkusu, hasta bedeninde bir hasar oluşacağı korkusu ve ağrı duyacağı korkusu, hastaya uygulanacak tıbbi müdahaleyle ilgili sahip olduğu korkular olabilir.

KOAH(Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı); başlıca kronik bronşit ve amfizemin neden olduğu ilerleyici hava akımı obstrüksiyonu ile karakterize bir hastalıktır. KOAH bireylerin yaşamını fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyal ve ekonomik olarak çok yönlü etkilemekte, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklara neden olmaktadır. (KOAH hastalarında anksiyete belirtilerinin yaygınlığının %2-50 arasında değiştiği belirtilmektedir. KOAH hastalarda anksiyete'ye genellikle dispnenin ortaya çıkmasına ve solunum güçlüğü şiddetinin artmasına, hiperventilasyona neden olmaktadır. Anksiyete yaşayan hasta solunum güçlüğünün yarattığı rahatsızlık, işlevsellikte azalma ve ölüm tehlikesi nedeniyle kendini kötü hissettiği için ilaç kullanma ihtiyacı da artmaktadır. Solunum sistemi hastalıklarında anksiyete bozukluğundan sonra en yaygın görülen ruhsal bozukluk depresyondur. KOAH'lı hastalarda depresyonun yaygınlığını %2-42 arasında değiştiği belirtilmektedir. KOAH'lı hastalar ilerleyici fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler ve mesleğini yürütme güçlüğü gibi sorunlar yaşamakta, bu sorunlar hastanın benlik saygısını ve kendine güvenini azaltmakta depresyon gelişmesine neden olmaktadır. KOAH'lı hastaların soysal çevresindeki kişilerle ilişkileri azalmakta, yalnızlık duygusu, anlaşılma, yardım alma ve sosyal destek gereksinimi artmaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada Ankara'da bir devlet hastanesinde klinikte yatan KOAH hastasının solunum sıkıntısına bağlı hemşirelik tanısı olarak anksiyete duygu durumunun değerlendirilmesi ve hemşirelik girişimleri sunulmuştur.

Vaka öyküsü; yaklaşık 15 yıldır KOAH tanısı alan hasta 5 yıl önce eşini kaybetmiş evde yalnız yaşıyor. Hasta solunum sıkıntısı şikâyeti ile hastaneye başvurmuştur. Hastanın özellikleri aşağıda yer almaktadır.

Sosyo-demografik özellikleri; 80 yaşında ilköğretim mezunu boy 170 kilo 110 mesleği emekli

Vital bulgular; Vücut ısısı 37,4; Nabız 98; Solunum 28; Kan basıncı 130/80

Özgeçmiş; 15 yıldır KOAH hastası, 10 yıldır HT(Hipertansiyon) Hastası

Geçirmiş hastalıklar; Mide Kanaması, DM(Diyabetes Mellitus), HT, KOAH

Bilinen Alışkanlıkları; Sigara: 50 yıldır içiyor. Alkol: Kullanmıyor.

Fiziksel muayene bulguları; Genel Durum Orta, Bilinç Açık, Akciğer Sesleri; Biletaral Kaba, Ronkusleri Mevcut, Bazalda Sesler Azalmış, Deri normal, Kardiyovasküler sistem; normal, Kas iskelet sistemi; her iki ayak kullanımında zorluk, Üriner sistem; polüri, noktüri, Gastrointestinal normal, Beslenme kendi besleniyor. İşitme az duyuyor, Görme görüyor.

Duygusal durumu; endişeli

Tıbbi Tedavisi; TEOBAG 200mg 2x1, PULMİCORT 2x1mg, DESAL 2x1 tb, ALDACTONE 1x25mg, BELOC 1x50 MG, COMBİVENT 4x1mg, DESEFİN 2x1000mg, COVERSYL 1*5 mg, TAVANİC FLACON 1*1

Yukarıda özellikleri verilen hastada hemşirelik süreci basamakları bir hemşirelik tanısı üzerinden aşağıda yazılmıştır.

HEMŞİRELİK SÜRECİ BASAMAKLARI

1.HEMŞİRELİK TANISI: Anksiyete ile başetmede yetersizlik

2. PLANLAMA /SONUÇ KRİTERLERİ;

1. Anksiyeteye bağlı fiziksel belirtilerde azalma olduğunu ifade etmesi,
2. Yaşam Bulgularının fizyolojik durumuyla uygun parametrede olması

3. HEMŞİRELİK MÜDAHALESİ

Saptanan hemşirelik tanısı doğrultusunda, hasta için aşağıdaki hemşirelik girişimleri planlandı ve uygulandı.

1. Anksiyete Belirtilerini Azaltmaya Yönelik Girişimler

1. Hasta, ciddi düzeydeki anksiyetesi nedeniyle, hemşire bankosuna en yakın tek kişilik odaya alındı.
2. Hastaya özgü fiziksel, davranışsal ve sözel anksiyete belirtileri değerlendirildi.
3. Anksiyetenin objektif ve subjektif belirtileri hakkında bilgi verildi.
4. Mevcut sağlık durumu hakkında gün içerisinde sağlık ekibi tarafından bilgi verildi

2. Konsantrasyonu Geliştirmeye İlişkin Girişimler

1. Yavaş ve derin nefes egzersizleri öğretildi ve uygulaması sağlandı.
2. Gevşeme teknikleri öğretildi ve uygulaması sağlandı.
3. Hastanın yakınlarından, hastaya ya ait sevdiği bir objeyi getirmesi istendi ve odasına yerleştirildi.
4. Hastadan kendisini rahatlatacağı bir aktivite seçmesi istendi. Kitap okuma talebi üzerine, yakınlarından olgunun talep ettiği kitap istendi.
5. Hastaya, sevdiği tarzda müzik kayıtlarını 20- 30 dakika gözleri kapalı şekilde dinlemesi önerildi.

3. Sosyal Etkileşimi Arttırmaya İlişkin Girişimler

1. Tedavi ve bakım hizmeti sunan sağlık çalışanı; kendisini basit, öz ve net olacak şekilde tanıttı ve etkileşimin amacını açıkladı.
2. Hasta ile kurulan etkileşimde; varlığını kabullenici, empatik bir tutum sergilendi ve terapötik iletişim teknikleri kullanıldı.
3. Hasta ile yapılan görüşmelerde; kısa, basit ve anlaşılır tarzda açık uçlu sorular sorularak olgunun kendisini ifade etmesi sağlandı.

4. Bağımsızlığı Desteklemeye İlişkin Girişimler

1. Hastanın var olan baş etme becerisi sorgulandı ve etkili baş etme becerileri hakkında hastaya bilgi verildi.
2. Hastanın öz bakım gereksinimleri karşılanırken, klinik durumuna uygun şekilde, kendisinin de katılımı sağlandı.

5. Benlik Algısını Güçlendirmeye İlişkin Girişimler

1. Hastanın baş edemediği ya da kontrol edemediği sağlık sorunu ve hastane yatışı ile ilgili etkileri inkâr etmesi ve/veya bastırması üzerine ve sağlık ekibinin kendisine nasıl destek olabileceği konusunda görüşme yapıldı.
2. Hastada gözlemlenen olumlu değişimler ile ilgili geribildirim verildi.

6. Aile Eğitimine İlişkin Girişimler

1. Aile üyelerine; anksiyetenin korkudan farkı, anksiyetenin nedenleri, anksiyeteye neden olabilecek olası risk faktörleri ve anksiyete belirti ve bulguları hakkında bilgi verildi.
2. Aile üyeleriyle, vakada meydana gelen anksiyetenin nedenleri ile ilgili görüşüldü.

4.DEĞERLENDİRME Planlanan hemşirelik girişimleri sonucunda, vakada beklenen sonuç kriterlerine ulaşıldığı görüldü.

SONUÇ VE ÖNERİLER; Çalışmada KOAH'lı hastalara tedavi ve bakım veren hemşirelerin; hastaların fiziksel durumları gibi anksiyete ve depresyon durumunun da rutin olarak değerlendirmesi gerekir. Anksiyete, depresyon yönünden risk taşıyan hastaların erken dönemde belirlenmesi ve profesyonel yardım almalarının sağlanması, sağlık çalışanlarının, özellikle de hastayla 24 saat bakım veren hemşirelerin, hasta ve ailesinin sosyal destek kaynaklarını tanıması ve bu kaynakları etkin kullanmaya yönlendirmesi, fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal sorunlara duyarlı olmalarının sağlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Varcarolis E.M,R.N,M.A(2010); Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing Third Education, New York
2. M. Çalışkan,(2007); Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Elektrokardiyografilerindeki P-Dalga Dispersiyonu Ve Qt Dispersiyonu, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
3. F. Canan, A. Ataoğlu(2010); Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi,

4. Meriç M.(2013); Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Hemşirelik Uygulamasının Hastaların Tedaviyle İlgili Otomatik Düşünceleri Üzerine Etkisi Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(3):109-118
5. Erdem M, Çelik C, Yetkin S, Özgen F.(2008); Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9:203.7.
6. Meriç M.(2006); Anksiyolitik ve antidepresan kullanan bireylerin tedaviye uyumlarının incelenmesi. [GATA Sağlık Bilimleri Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi] Ankara
7. Öz F(2010); Sağlık Alanında Temel Kavramlar Ankara
8. Aras A, Tel H(2002); Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 25-29 Eylül 2002, Antalya
9. Çelik P, Esen A, Akın M. ve ark.(1998); Kronik obstrüktif akciğer olgularında Solunum Hastalıkları 9 (1):25-32.
10. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C et al.(2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. Nordic Journal of Psychiatry 58(1): 65-69. Norwood R(2006). Prevalence and impact of depression in chronic obstructive pulmonary disease patients. Current Opinion in Pulmonary Medicine(2):113-7.
11. Özkan S(1994). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche, İstanbul
12. Saryal B, Acıcan T(2003). Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara
13. Aydın İ(2000). Tüberküloz ve KOAH' da depresyon anksiyete ve yeti yitimi. Yayınlanmamış, Doktora Tezi, Hacettepe Üniv. Sağıl. Bil. Enst, Ankara

Assessment of anxiety in a patient with chronic obstructive pulmonary disease by the personnel providing nursing care services

Aim: This study aimed to assess anxiety due to respiratory distress experienced by an inpatient in a clinic with the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Method: The anxiety due to respiratory distress in a patient with COPD, hospitalized in the clinic of a public hospital in Ankara, was assessed, and appropriate nursing interventions were provided

Conclusion and Recommendations: Nurses who provide treatment and care to the patients with COPD should routinely assess the anxiety and depression of their patients as well as their physical conditions. Patients at a risk of anxiety and depression should be determined at an early period and provided with professional help. Health -care personnel, particularly those who provide care to the patients for 24 h, should know the social support sources of the family and direct them to effectively use these sources. Moreover , it should be ensured that patients are sensitive to the mental problems accompanying the physical diseases.

Keywords: anxiety, chronic obstructive pulmonary disease, nurse

Kaynaklar

14. Varcarolis E.M,R.N,M.A(2010); Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing Third Education, New York
15. M. Çalışkan,(2007); Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Hastaların Elektrokardiyografilerindeki P-Dalga Dispersiyonu Ve Qt Dispersiyonu, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
16. F. Canan, A. Ataoğlu(2010); Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi,
17. Meriç M.(2013); Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Hemşirelik Uygulamasının Hastaların Tedaviyle İlgili Otomatik Düşünceleri Üzerine Etkisi Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(3):109-118
18. Erdem M, Çelik C, Yetkin S, Özgen F.(2008); Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9:203.7.
19. Meriç M.(2006); Anksiyolitik ve antidepresan kullanan bireylerin tedaviye uyumlarının incelenmesi. [GATA Sağlık Bilimleri Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi] Ankara
20. Öz F(2010); Sağlık Alanında Temel Kavramlar Ankara
21. Aras A, Tel H(2002); Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 25-29 Eylül 2002, Antalya
22. Çelik P, Esen A, Akın M. ve ark.(1998); Kronik obstrüktif akciğer olgularında Solunum Hastalıkları 9 (1):25-32.
23. Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C et al.(2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. Nordic Journal of Psychiatry 58(1): 65-69. Norwood R(2006). Prevalence and impact of depression in chronic obstructive pulmonary disease patients. Current Opinion in Pulmonary Medicine(2):113-7.
24. Özkan S(1994). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche, İstanbul
25. Saryal B, Acıcan T(2003). Güncel Bilgiler Işığında Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara
26. Aydın İ(2000). Tüberküloz ve KOAH' da depresyon anksiyete ve yeti yitimi. Yayınlanmamış, Doktora Tezi, Hacettepe Üniv. Sağl. Bil. Enst, Ankara

10- Motivasyonel görüşmenin yaşlı bakım öğrencilerinin anksiyete düzeyi ve ağız bakımı uygulama becerisine etkisi

Şengül Akdeniz¹, Mehtap Pekesen¹, Hatice Acar¹, Mustafa Çoban¹, Özlem Kaştan²

1. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Bölümü Antalya

2. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Diyaliz Teknikerliği Bölümü Antalya

Giriş: Dünyada yaşlı bireylerin sayısı giderek artmaktadır. Son 30 yıldır, farklı disiplinlerden gelen akademisyenler ve profesyoneller, yaşlanan nüfusun hızla büyümesine daha fazla dikkat çekmişlerdir. Yaşlanma, modern toplumlarda temel bir konudur; çünkü bireylerin, kurumların, politikaların, bilim ve toplumun genel olarak karşılaşması gereken bir takım karmaşık zorluklarla bağlantılıdır. Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ] 2015 yılında %12 olan 60 yaş üstü birey sayısının 2050’de %22’lere ulaşacağını öngörmektedir. 2050 yılına kadar 60 yaş ve üzerindeki nüfusun 2 milyar, 80 yaş ve üzerindeki nüfusun ise 400 milyon civarında olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye’nin nüfusu hala genç nüfus yapısında olmasına karşın çok hızlı bir şekilde yaşlanmaktadır. Türkiye’de yaşlı nüfusu (65 yaş ve üzeri) 2016 yılında 6.5 milyondur. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 8.5’dir. Yaşlı nüfusunun 2023 yılında 8.6 milyona (%10.2), 2050 yılında 19.5 milyona (%20.8) ve 2075 yılında ise 24.7 milyona ulaşacağı (%27.7) öngörülmektedir. Bu projeksiyonlar, Türkiye’yi dünyadaki en hızlı yaşlanan nüfuslardan birisi olarak göstermektedir. Bu durum sağlıklı yaşlanma, kronik hastalıkların yönetimi ve yaşlı bakımıyla ilgili konularda araştırma ve tartışmaları tetiklemektedir. Yaşlıların sayı ve oranındaki keskin artışların demografik eğilimi ve tahmini, yaşlanma konusuna verilen önemi artırmaktadır. Sağlık bakım sistemindeki değişiklikler hastanın bakım standardını artıracak şekilde kullanıldığı ve bakım verecek sağlık personeli iyi yetiştirildiği takdirde temel sağlık hizmetlerinin başarısından bahsedilebilir. Bu hizmetlerin başarılı, düzgün ve özenli şekilde devamı için işin, alanında eğitilmiş profesyonel kişilerle yürütülmesi gerekmektedir. Yaşlı bireylerin hastanede bakımı ekonomik yük getirmekle beraber hastane ortamında olmak yaşlı birey için birçok fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Hem sağlıkta yaşanan gelişmeler hem de yaşlı bireylerin evlerinde kalmak istemeleri yaşlı bakımının evde yapılması fikrini ortaya çıkarmıştır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı yaşlı sağlığının evde sürdürülmesini desteklemekte ve çeşitli çalışmalar yürütmektedir. Sağlık personeline yardımcı olmak ve yaşlı bakımındaki kaliteyi artırmak için ara hizmet elemanlarına ihtiyaç duyulmuş ve yaşlı bakım teknikerliğinin sağlık sektöründe yer alması düşünülmüştür. Yaşlı bakım teknikerliği bölümünde okuyan öğrenciler, bakım ihtiyacı olan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin devam ettirilmesinde ve hastalıklar sonucu ortaya çıkabilecek sağlık problemlerinin önlenmesi ve azaltılmasına yardımcı olabilecek, yaşlı bireyi bütüncül ele alabilecek bir mesleki eğitim almaktadırlar. Yaşlı bakımı programının amacı; yaşlı bireylerin bakımını ve rehabilitasyonunu destekleyen, yaşam kalitelerini artırmak için çalışan ara eleman yetiştirilmesidir. Yaşlanma sonucu ortaya çıkan bakım ihtiyaçlarının başında ağız bakımı gelmektedir. Ağız hijyeni, bireyin en çok hijyenik bakıma ihtiyaç duyduğu uygulamalardan biridir. Ağız bakımının sağlanması ve ağız hijyeninin korunması, bireyin sağlıklı beslenmesini ve kendini iyi hissetmesini sağlayarak rahatını ve yaşam kalitesini yükseltir. Ağız bakımının yetersiz olması tüm bunları olumsuz etkileyebileceği gibi, ağız kuruluğu, diş çürükleri, periodontal hastalıklar, ağız kokusu ve

stomatitis gibi sorunların da ortaya çıkmasına neden olabilir. Yaşlılarda motor fonksiyonların kaybına bağlı olarak uygulama yeteneği azaldığı için, diş fırçalama işlemi gençlerdeki kadar iyi yapılamaz. Ayrıca, dişeti çekilmesi sonucu açığa çıkan kök yüzeyleri gıda birikimi için alanlar oluşturur. Yaşla birlikte tükürük akış hızının azalması da plak birikimini arttıran bir diğer faktördür. Bu nedenle yaşlılarda ağız sağlığını sürdürülmesi için, bireylerin ağız bakımlarını etkin bir şekilde yerine getirmesi gerekir. Günlük hayatta önemli etkisi olan anksiyetenin, eğitim hayatında da önemli bir yeri bulunmaktadır. Anksiyete ile benzer özellikler gösteren stres, öğrenme ve performansı engelleme potansiyeline sahip olduğu için eğitimde önemli bir konudur. Öğrenciler streslerini ve akademik ortamda başarılı olamamakla ilgili kaygılarını sık sık öğretmenler ile paylaşmaktadır. Anksiyete (kaygı) kişinin değer sistemi ya da güvenlik örüntüsüne bir tehditten dolayı yaşanan kişinin kendine yönelik hissettiği belirsiz bir endişe ve huzursuzluk duygusudur. Anksiyete duyuşsal eksiklik ve duygular aracılığıyla alınan bilgilerin yanlış yorumlanmasından dolayı çevreyle tam etkileşim kuramamaktan kaynaklanır. Spielberger ve arkadaşlarının kaygı envanterinde kullandığı durumluk kaygısı, kişilerde tehlikeli ve stres yaratan durumlarda gözlenen, öznel gerilim ve korku duygularıyla karakterize, geçici duyuşsal bir durumdur. Genellikle kişilerin geçici olarak yaşadığı durumlarda ve durumların sonuçlarına bağlı olarak oluşmaktadır. Sürekli kaygı ise, bireyin kendi içsel yapısı ve kişiliğine bağlı olarak gelişen, bireyde varolan kaygı eğilimini gösteren, durumluk kaygının yoğunlaşması ve süreklilik kazanması halidir. **Amaç:** Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmanın problem cümlesi yaşlı bakım programında eğitim-öğretim gören öğrenciler üzerinde yaşlı hastaya uygulanan yaşlı bakımı öz bakım uygulamaları beceri eğitimi konusunda motivasyonel görüşmenin yaşlı bakım öğrencilerinin anksiyete ve ağız bakımı uygulama becerisine etkisi nedir?" sorusu irdelenmiştir. **Yöntem:** Çalışmanın yürütüldüğü meslek yüksekokulundan izin, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden yazılı onam alınmıştır. Araştırma Ekim 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında bir yaşlı bakım beceri laboratuvarında yürütülmüştür. Çalışma ön test-son test yarı deneysel model kullanılarak yürütülmüştür. Araştırma deseninde katılımcılar, deneysel işlemten önce ve sonra bağımlı değişkenle ilgili olarak ölçülmektedirler. Verilerin toplanmasında öğrenci bilgi formu, ağız bakımı beceri uygulama kontrol listesi ve durumluk-sürekli kaygı ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde; statistical package for social science (SPSS) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Bulgular: Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamaları 19.37 ± 1.18 , % 60.5'i kız öğrenci ve %50.7'i sağlık meslek lise mezunlarından oluşmaktadır. Öğrencilerin % 62.5'i yaşlı bakım mesleğini severek yapmak istediğini belirtmişlerdir. Meslek seçimini çalışma grubunun %15.4'ü gönüllü olarak yapmıştır. Öğrencilerin sürekli-durumluk kaygı ölçek puanlarına ilişkin; durumluk kaygı ölçek puan ortalaması ön test 42.12 ± 10.48 , son test 40.87 ± 6.80 'dir. Sürekli kaygı puan ortalaması ön test 41.42 ± 7.68 , son test 44.72 ± 6.80 'dir. Çalışmada ön test ve son test kaygı puan ortalaması arasında fark yoktur, fakat son test durumluk kaygı ölçek puanı kız öğrencilerde daha düşüktür. **Sonuç:** Deneyimsel öğrenme öğrencilerin anksiyetesini artırmakta ve kritik düşünmesini engellemektedir. Klinik öğrenme ortamlarında öğrencilerin anksiyetesi tanımlanıp giderilmezse, beceri performansları olumsuz etkilenmektedir. Sağlık alanında diğer meslek grupları için olduğu gibi, yaşlı bakım eğitiminin de temel öğrenme hedefi psikomotor becerilerin geliştirilmesidir. Çalışma sonucunda; motivasyonel görüşmenin yaşlı bakım öğrencilerinin bakım uygulamaları sırasında endişe ve korku yaşayan öğrencilerin anksiyetesini azalttığı ve uygulama başarılarını artırdığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Yaşlı bakımı öğrencileri, motivasyonel görüşme, kaygı, ağız bakımı

The effect of motivational interview on anxiety and oral care skills of elderly care students

Aim: The number of elderly individuals in the world is increasing. The demographic trend and prediction of sharp increases in the number and proportion of the elderly increase the value given to aging. Changes in the health care system can be used to improve the standard of care of the patient and the success of primary health care provided that well-trained health personnel are trained. Students studying in the department of elderly care technicians receive vocational training in which the elderly individual can take a holistic approach, which can help the elderly individuals in need of care maintain the daily living activities and prevent and reduce the health problems that may arise as a result of illness. **Method:** What is the effect of motivational observation on elderly care skills training applied to elderly patients on education and training in the elderly care program for anxiety and oral care skills of elderly care students? . Permission from the vocational college where the work was carried out, written acknowledgment from the students who agreed to participate in the survey. The study was conducted between October 2017 and December 2017. The study was conducted using pre-test and post-test semi-experimental model. In the study design, participants were measured before and after the experimental procedure in relation to the dependent variable. Student information form and anxiety scale were used to collect the data. In the analysis of the data; statistical package for social science (SPSS) 23.0 package program. **Conclusion:**In the results of study; it has been found that the motivational approach reduces the anxiety of the students experiencing anxiety and fear during the care practices of the elderly care and increases the application success.

Key Words: Elderly care students, motivational interview, anxiety, oral care

Kaynaklar

Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk-Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi, Anadolu Psikiyatri Derg., 2014; 15: 39-44.

TÜİK (2016). Türkiye İstatistik Kurumu, istatistiklerle yaşlılar, 2016. Ankara 2017.

United-Nations (2015). World population ageing: Department of Economic and Social Affairs 2015; population division.

Karahan, A. ve Güven, S. Yaşlılıkta Evde Bakım. Türk Geriatri Dergisi, 2002; 5 (4): 155–159.

Ünsal B. Yaşlı Bireylerdeki Ağız ve Diş Sağlığı. GÜ. Diş Hek. Fak. Derg 2002; 19 (1): 45-49.

11- Türkiye’de oksijen konsantratörü kullanan fakat pulmoner rehabilitasyon almamış olan KOAH hastalarının morbidite ve maliyet verileri

Tarkan Özdemir

Ankara Onkoloji SUAM

Giriş : Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH) geri dönüşümlü olmayan hava akımı kısıtlaması ile tanımlanmış olmakla birlikte tedavi edilebilir ve önlenabilir hastalıklar arasında yer almaktadır. Halen dünyada ve ülkemizde önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Ölüm nedenleri sıralandığında dünya genelinde 2002 yılında 5. Sırada yer almaktadır. 2030 yılı itibariyle 4. Sıraya yükseleceği öngörülmektedir. Özellikle oksijen konsantratörü kullanan KOAH tanılı hastalar ileri evre hastaları temsil etmektedir. Biz de bu hastaların morbidite ve maliyet verilerini inceledik

Materyal-Metod: 2007-2016 arasında KOAH tanısı olup oksijen konsantratörü kullanan fakat pulmoner rehabilitasyon almamış olan hastalar tespit edildikten sonra bulunan rakamdan vefat edenler çıkarıldı. Geriye kalan hasta grubunun verileri 2016 yılı için çalışıldı ve analiz edildi.

Bulgular: Toplamda 2016 itibariyle 27.604’ü erkek 22.204’ü bayan olmak üzere 49.808 hastanın verisine ulaşıldı. Toplam ayaktan başvuru sayısı 146.585, yatarak tedavi gören hasta sayısı ise 57948’dir. Yataklı tedavi hizmetinin maliyeti ise 110.292.744

Sonuç: Oksijen konsantratörü kullanan KOAH tanılı hastalar önemli morbidite ve maliyet nedenidir. Aynı zamanda bu hastalar ‘Evde Sağlık Hizmetleri’nin kapsamında yer almaktadır. Bu grupta yer alan hastalarda yaşam kalitesinin artırılması, morbidite verilerinin azaltılması ve maliyetlerin düşürülmesi için hastane temelli evde bakım modelleri öncelikli olarak düşünülmeli ve planlanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Impact of a Hospital-Based Home-Care Program on the Management of COPD Patients Receiving Long-term Oxygen Therapy. CHEST 2001; 119:364–369
2. Long-term home care programs may reduce hospital admissions in COPD with chronic hypercapnia. Eur Respir J 1996; 9:1605–1610
3. Home treatment of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. Lancet 1998; 351: 1853–1855

Morbidity and cost in patients with copd that using oxygen concentrators

Introduction: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of treatable and preventable diseases, as defined by the non-reversible airflow limitation. It is still one of the major causes of morbidity and mortality in the world and in our country. When the causes of death are listed, it is ranked 5th in 2002 worldwide. It is predicted that it will rise to 4th place by 2030. Patients with COPD, especially those who use oxygen concentrators, represent advanced stage patients. We also examined the morbidity and cost of these patients.

Materials and Methods : Patients diagnosed with COPD who used an oxygen concentrator were identified between 2007-2016. Those who did not receive pulmonary rehabilitation were excluded from this patient group. The remaining patient group data were analyzed for 2016.

Results : 49,808 patient data were reached. 27,604 of them are males, 22,204 of them are females. The number of outpatients is 146,585. The number of inpatient is 57,948. The cost of inpatient treatment is 110,292,744.

Conclusion: Patients diagnosed with COPD using an oxygen concentrator are the major cause of morbidity and cost. At the same time, these patients are in the scope of 'Home Health Care'. Hospital-based home care models should be primarily considered and planned to increase quality of life, reduce morbidity data, and reduce costs in patients in this group.

References:

1. Impact of a Hospital-Based Home-Care Program on the Management of COPD Patients Receiving Long-term Oxygen Therapy. CHEST 2001; 119:364–369
2. Long-term home care programs may reduce hospital admissions in COPD with chronic hypercapnia. Eur Respir J 1996; 9:1605–1610
3. Home treatment of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. Lancet 1998; 351: 1853–1855

12- Çocuk ergen kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların ailelerinin hastalık ve ilaç uyumu konusundaki eğitim gereksinimlerinin incelenmesi

Şengül Mercan(1), Birgül Özkan(2)

1. Öğrenci, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Ankara/Türkiye

2. Dr. Öğretim Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara/Türkiye

GİRİŞ: Toplumların gelecekteki başarılarının sağlıklı kişilik özelliklerine sahip bu günün gençleri ile gerçekleştirilebileceği düşünüldüğünde gençlere önem verilmesinin ve onları desteklemenin önemli olduğu görülmektedir. Bu nedenle anne babalar; insanın en büyük gereksiniminin sevgi ve saygı olduğu düşüncesinden hareketle ergenle sağlıklı iletişim kurarak onu sevdiklerini ve güvendiklerini hissettirerek onu desteklemelidirler(1). Çocuğun sağlık durumundan, tedavisinin aşamasından ve hastalığın genel gidişinde haberdar olmak anne-babaların en önemli haklarıdır. Bu tür bilgiler sayesinde, anne babaların çocuğun içinde bulunduğu durumu anlamaları mümkün olacak, sorunlarla karşılaştıklarında bunlarla başa çıkma yetenekler gelişecek ve böylece ebeveynlerin endişe ve stresleri azalacaktır. Bunu sağlamak için sağlık personeli ailenin bilgi almak istediği durumlarda ailenin anlayabileceği düzeyde açıklamalar yapmalıdırlar. Sağlık kuruluşlarında, konunun uzmanları tarafından, hasta çocuk ve ailelerinin gereksinimleri ve onlara yaklaşımlar konusunda personele devamlılığı sağlanmış eğitim programları uygulanmalı ve bu konuda tüm personele danışmanlık verilmelidir. Sağlık kurumlarında, hasta çocuklara ve ailelerine psikolojik destek, sosyal yönlendirme, özel programlar uygulayacak uzman personel istihdam edilmelidir. Süreğen hastalığı olan çocuklar ve ailelerinin bu durumdan etkilenmeleri konusunda ülkemizde oldukça sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu konularda yapılan çalışmalar desteklenerek bu çocuklara ve ailelerine verilen hizmetlerde nitelik ve niceliğin artırılması sağlanmalıdır(3). Bir başka yapılan çalışmanın sonucunda psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç yönetimi konusunda eğitime gereksinimleri olduğu, klinikte yapılan bilgilendirmenin yeterli olmadığı, sistemli bir şekilde hasta eğitim programlarına gereksinim olduğu, aynı zamanda bu eğitimlerin yalnızca hastanede verilmesinin sorunu çözemediği, taburculuktan sonrada evde izlem ve danışmanlığın yapılmasına gereksinim olduğu, mevcut sistemin bu gereksinimi karşılama konusunda yetersiz kaldığı söylenebilir. Klinikte hasta ve ailelerin özelliklerine göre ilaç uyumlarını sağlama konusundaki eğitimlerin gözden geçirilmesi, taburculuk sonrasında hasta

izlemlerinin daha sık yapılması, evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesine ve telefonla hasta izleminin etkilerini belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması önerilebilir(4) Eğitimle insan davranışlarının değişebileceği bilinen bir gerçektir. Ancak psikiyatri hastalarının ilaç uyumlarını arttırmak için nasıl, ne sıklıkla, hangi yöntemle eğitim yapılacağı gibi önemli soruların yanıtlanmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir. Pussey-Murray ve ark.nın (2010) yaptıkları bir çalışmada da hastaların ilaç uyumunu arttırmak için eğitim yöntemlerinin ve içeriğinin geliştirilmesi gerektiği ve hastaların gereksinimlerine göre ilaç eğitimlerinin yapılması gerektiğinin önemi vurgulanmıştır. Diğer taraftan ilaçlarını kullanma, önemi, ilaç yan etkileri ile baş etme gibi konularda kapsamlı eğitimlerinin yapılmasının tedavinin önemli bir parçası olduğu da bilinmektedir. (5)**Amaç:** Bu araştırma Ankara ili Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çocuk ergen psikiyatri kliniğinde yatan çocuklara refakat eden ailelerin ilaç uyum düzeylerini etkileyen faktörlerini ve ailelerin eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.**Gereç Yöntem:Araştırmanın Yeri ve özellikleri:** Araştırmanın Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesinde 01.01.2016 -01.07.2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesinde çocuk ergen psikiyatri kliniğinde yatan ergenlerin aileleri oluşturmaktadır. 01.01.2016 ile 01.07.2016 tarihlerinde yatan ulaşılan 80 çocuğun bakım vericileri üzerinde yapılmıştır.**Veri Toplama formu:** Veri toplama aracı olarak çocuk ergen kliniğinde yatan hastaların ailelerine yönelik 27 sorudan oluşan bilgi toplama formu kullanılmıştır. **Verilerin Değerlendirilmesi:** Normallik varsayımının karşılanmadığı durumlarda ve grup sayılarının beşin altında olduğu durumlarda parametrik testlerin (t testi, varyans analizi vb.) alternatifi olarak non-parametrik testler (Mann Whitney U, Kruskal Wallis vb.) kullanılmaktadır. Kruskal Wallis H testinde gruplar arasında farklılık görüldüğünde farkın hangi iki grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 (anlamlılık düzeyi 0,05 $p<0,05$) olarak belirlenmiştir. t –testi, kikare ve anova testleri kullanılmıştır.

Bulgular:Çalışmada elde edilen bulgulara göre çocuk ergen psikiyatri kliniğinde yatan çocukların bakım vericilerinin tamamı annelerden oluşmuştur. Annelerin sorulara verdikleri yanıtlara göre %80'i çocuklarının hastalıklarının nedenini bilmediklerini, %79'u çocuklarının klinik tedavi sonrası evde bakım konusunda ne yapacaklarını bilemediklerini ifade etmişlerdir. Yine annelerin % 90'ı ilaç tedavisinin sürekliliğine, hastalığın tekrarlama ihtimaline, çocuklarının gösterdikleri davranışları kontrol etme ve hastalık nedenlerine ilişkin bilgilerinin

olmadığını ve bu konulara ilişkin eğitime gereksinimleri olduğu saptanmıştır.**Sonuç ve Öneriler:** Çocuk ergen psikiyatri kliniğinde yatan çocukların bakım vericilerinin çocuk ruhsal bozuklukları, ilaç uyumunun önemi konusunda psikoeğitim programlarının düzenlemesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Ergen ,İlaç uyumu,bilgi gereksinimi

Investigaion of the education requirements for disease and drug accordance to families of children patients which takes inpatient treatment

Şengül MERCAN (1), Birgül ÖZKAN (2)

1. Students, Ankara Yıldırım Beyazıt University Institute of Health Science Nursing Department, Ankara / Turkey

2. Dr. Lecturer, Department of Nursing Faculty of Health Sciences Ankara Yıldırım Beyazıt University, Ankara / Turkey

Aim: This investigation is carried on in a definitive way for the children that treated in psychiatry clinic for children's families to determine the needed education requirements for the complying effects that affect drug usage in Yıldırım Beyazıt University Yenimahalle Hospital.

Method: The investigation is carried on in Yıldırım Beyazıt University Yenimahalle Hospital in the dates between 01.01.2016 -01.07.2016. Investigation includes families of children patients who treated in psychiatry clinic of Yıldırım Beyazıt University Yenimahalle Hospital and 80 children patients caregivers.

Results: Investigation showed that every children patients caregivers consists only mothers. %80 percent of the mothers says that, they do not know the reason behind their children's illness and %79 percent said that they do not know the methods of home caring after the clinical treatment. %90 percent of the mothers says that they don't have any information about continuity of the drug treatment, re-occurring chance of the disease, controlling the behaviors of the children and the reasons behind the illness. These results clearly shows that families of the treated children needs a comprehensive education about these topics.

Conclusion: It is highly recommended to carry out an education program for the families of the children that is treated in psychiatry clinic about children mental disorders and the importance of compliance of medicine.

Key words: Children, Medicine Compliance, Need of information

Kaynaklar

1. **Gürsoy F. (2006).** Farklı Sosyo Ekonomik Düzeydeki Ergenlerin Benlik Tasarım Düzeyleri İle Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, . Cilt 15, Sayı 2, S.183-190 183
2. **Şimşek Z, Erol N, Öztop D, Özer Özcan Ö. (2008)** Kurum Bakımındaki Çocuk Ve Ergenlerde Davranış Ve Duygusal Sorunların Epidemiyolojisi; Ulusal Örneklemde Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi 19(3):235-246.
3. **Er M. (2006).** Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar Ve Kardeşler. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi
4. **Kelleci M, Doğan S, Ata E. E, Avcı D, Sabancıoğulları S, Başeğmez F, İşkey M. (2011)**Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Psikotrop İlaç Kullanma Hakkında Düşünceleri Ve Taburculuk Sonrası Telefonla İzlem
5. **Pusey-Murray Ae, Bourne Ap, Warren S, La Grenade J, Et Al. (2010)** Medication Compliance Among Mentally Ill Patients In Public Clinics In Kingston And St. Andrew, Jamaica. J. Biomedical Science And Engineering , 3, 602.
6. **Varcolis E. (1998).** Em, R.N, M.A Foundations Of Psychiatric Mental Health Nursing
7. **Tezel Şahin F, Özbey S. (2007).** Aile Eğitim Programlarına Niçin Gerek Sinim Duyulmuştur? Aile Eğitim Programları Neden Önemlidir? Aile Ve Toplum Yıl: 9 Cilt: 3 Sayı: 12

13- Evde informal bakım alan yaşlıların mahremiyet algısı

Mustafa Çoban⁽¹⁾ Hatice Acar⁽¹⁾ Mehtap Pekesen⁽¹⁾ Şengül Akdeniz⁽¹⁾

¹Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Antalya, Türkiye

Giriş: Artan yaşlı nüfus ile birlikte bakım modelleri ve hizmet sunum biçimlerinde çeşitlenme olmaktadır. Var olan bu değişimin alt yapısında, hasta odaklı özerkliğin geliştirilmesi, yarar sağlama, zarar vermeme, adalet gibi değersel unsurların yanı sıra sigorta kuruluşları bağlamında maliyetlerini düşürmek gibi ekonomik gerekçeler de yer almaktadır (1,2) Bu gerekçeler doğrultusunda “bakım veren kim olmalı?” ve “bakım nerede verilmeli?” şeklinde iki temel soruya verilecek yanıt önem kazanmıştır. Bakım veren profesyonel olandan profesyonel olmayana; bakım verilen kurum açısından profesyonel ve kamusal kurumdan bireyin yaşadığı mekana evrimsel bir dönüşüm yaşamıştır (1,2,3). İnfomal bakım vericiler, yatılı bakım kuruluşları gibi profesyonel bakım veren kuruluşlarda ve kişinin yaşadığı mekan olan evde, olmak üzere iki yapılanma içinde de görev almaktadırlar. Bu bağlamda evde bakım hizmetlerinde informal bakım vericilerin kullanımı yaygınlaşmış ve kamusal anlamda destek görmesi birçok ülkede ivmelenmiştir. Evde bakım hizmetlerinde informal bakım hizmetlerinin artması etik anlamda değersel tartışmaları da başlatmıştır (1,2,3). Bu değersel tartışmalardan bir tanesi de mahremiyetin korunması olup, hem hasta hem de ailesi açısından önem kazanmaktadır. Türk Dil Kurumu tarafından “gizlilik” olarak tanımlanan mahremiyet (4), Arapça ‘haram’ kelimesinden gelir ve ‘haram olma hali’ anlamına gelir, mahrem olan kişilere karşı gizli kalması gereken bütün bilgileri kapsamaktadır(5). Mahremiyet kavramının bilinen ilk kullanımı 1890 yılında Brandeis tarafından ‘yalnız bırakılma’ anlamında kullanılmıştır (6). Mahremiyet, süreç içerisinde değişmiş, özgürlük kavramı odağında kişinin evini, ailesini ve tüm bağlantıları ile gizlin korunmasını da kapsayacak biçimde dönüşüm yaşamıştır (7). Göle’ye göre (1991) Türk toplumuna ait sosyolojik bir olgu olan mahrem kelimesi, Avrupa ülkelerinde daha çok özel alan olarak kullanılır ve Türkiye’den farklı bir yapı gösterir. Modernleşmeyle değişime uğrayan bu kavram kültürler arası farklılık gösterir (8). Mahremiyet kavramı ile ilgili farklı tanımlar bulunmakla birlikte tanımlardaki ortak unsur gizleme ve saklamadır. “Gizlenmeye değer olan nedir?” sorusuna verilecek cevap mahremiyet kavramının kültürel, dini, etik ve ekonomik öğelerle ilişkisi açısından şekillenmektedir. Bu süreç hasta ve hastalık bilgilerinden, aile bilgilerine, bedenin gizlenmesini içeren geniş kavramsal bir çerçevedir. Bu kapsamda mahremiyet kişinin hizmet aldığı yer ve hizmet veren kişi bağlamında da değişiklik gösterebilir. Evde informal bakım alan yaşlılar, mahremiyetin

mekan ve kişi aısından değişiminin gözlemlendiği önemli gruplardandır. Bu alışma, Türkiye’de evde informal bakım alan 65 yaş ve üzeri kişilerin mahremiyet konusundaki görüşlerini belirlemeye yönelik niteliksel tasarımlı bir araştırmadır. **Amaç:** Araştırma kapsamında Türkiye’de evde informal bakım alan 65 yaş ve üzeri kişilerin mahremiyet konusunda görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Sınırlılıklar:** Araştırma, nitel araştırma metodolojisi kapsamında belirlenmiştir. İnformal bakım alan yaşlıların görüşleri ile sınırlıdır. Bir diğer sınırlılık yaşlının mahremiyeti algılayış biçimindeki kavramsal farklılıklarından oluşan bir sınırlılıktır. Ayrıca, bazı görüşmelerde ses kaydı tutulmasının istenmemesi nedeniyle görüşmelerin deşifresinde güçlük olmuştur. Ayrıca ses kaydında yaşlıların seslerinin az çıkması ve konuşma güçlüğü nedeni ile anlaşılabilirliğin az olması bir diğer güçlüktür. **Yöntem:** alışma kapsamında Türkiye istatistik Kurumu (TÜİK) İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması (İBBS- 2. Düzey) esas alınmıştır (9). Örneklem kapsamında İBBS 2.Düzey kapsamında 26 bölgeden birer il seçilmiştir. Yaşlı nüfus yoğunluğu dikkate alınarak İstanbul (3 kişi), Ankara (2 kişi), İzmir (2 kişi), Antalya (2 kişi), Bursa (2kişi) temsil edecek biçimde 26 farklı ilde 32 evde informal bakım alan 65 yaş ve üzeri kişiyle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmada “görüşmeci” kullanılmış, görüşmecilere görüşme öncesi eğitim verilmiştir. Görüşmede yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme yöntemi seçilmiştir. Tüm görüşmeler öncesi yapılan görüşmenin içeriği ve amacı katılımcılara anlatılarak ve soru sormalarına olanak verilerek onamları alınmış ve istedikleri anda görüşmeyi bırakabilecekleri ifade edilmiştir. Görüşmeler yüz yüze yöntemle informal bakım alan yaşlıların evlerinde gerçekleştirilmiştir. Analiz aşamaları üç aşamada gerçekleşmiştir. Bu aşamalar: (1) Analiz öncesinde, oluşturulan görüşme kayıtları okunmuş, araştırmanın temel tema başlıkları belirlenip sınıflandırılmış ve kodlanmıştır. (2) Araştırma öncesi hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formlarında öngörülen temalarla, görüşmelerde ortaya çıkan temalar arasındaki farklılıklar değerlendirilerek görüşme kayıtları tekrar okunmuş ve temalar yeniden sınıflandırılarak kodlanmıştır. (3) Birbiriyle bağlantılı olan temalar aynı başlık altında alt başlık olarak sınıflandırılmış, kodlamalar yeniden düzenlenmiş ve birbiriyle bağlantılı veya farklılaşan ifadeler aynı kod altında toplanmış ve yorumlanmıştır. **Bulgular:** Görüşmecilerin %53,1’i erkek (n=17), %46,9’u kadın (15), yaş ortalaması 72,5 ± 5,46’dır. Yapılan analizler sonucunda (1) mahremiyet tanımları, (2) mahremiyet kavramının dayanakları, (3) mahremiyetin örselenebileceği durumlar, (4) mahremiyetin korunma biçimleri olmak üzere dört (4) ana tema oluşmuştur. Mahremiyeti tüm gizlilikleri kapsayacak biçimde tanımlayan bütüncül yaklaşımlar ve sadece cinsel uzuvların saklanması biçiminde açıklayan iki farklı yaklaşım bulunmaktadır. Bilgilerin saklanması şeklinde mahremiyet tanımı yapan bir

görüşmeci bu durumu “...yavv ser verirsın sır vermezsın, işte mahremiyet budur” şeklinde ifade etmiştir. Mahremiyeti sır saklama ile ilişkilendiren başka bir görüşmeci ise “mahremiyet evin içi ya da arkadaşınızın veya herhangi birinin size verdiği bir sırrın sizde ölünceye kadar kalması” Cinsel uzuvların saklanması biçiminde mahremiyet tanımı yapan bir görüşmeci “mahremiyet namusla alakalıdır... Namuslu insanlar mahremiyetlerini korurlar... Bayan doktorun benim mahrem yerlerimi görmesini istemem” şeklinde ifade ederken”, kadın bir görüşmeci ise “benim için açıkta bir yerimin kalmaması, saçımın açıkta olmaması” biçiminde ifade etmiştir. Mahremiyetin dayanakları ana teması kapsamında (2a) din temelli, (2b) cinsiyet temelli, (2c) yaş temelli olmak üzere 3 alt tema oluşmuştur. Mahremiyeti din temeline oturtan bir görüşmeci bu durumu “ din yoksa mahremiyette yoktur” biçiminde tanımlamıştır. Mahremiyeti yaş temelli olmak üzere temellendiren bir yaşlı “benim saklanacak neyim kalmış ki...” Biçiminde tanımlarken başka bir yaşlı “yaş yetmiş iş bitmiş.... kim ne yapacak beni” biçiminde ifade etmiştir. Yaş temelli mahremiyet algısının temel dayanaklarından bir tanesi de cinsel çekiciliğin azalması ve bu nedenle gizin öneminin kalmadığına ilişkin yaklaşım olduğu görülmektedir. **Sonuç:** Evde informal bakım alan yaşlı açısından Mahremiyet olgusu hizmette sunulan mekan ve hizmet sunan kişi bağlamında değişim göstermektedir. Mahremiyet olgusunun farklı değerlendirilmesi hizmet veren kişinin bu değer sistemini bilerek bakım hizmetlerini yürütmesini gerektirmektedir. **Teşekkürler:** Desteklerinden dolayı Akdeniz Üniversitesi Yaşlı Bakımı Programı 2017 dönem öğrencilerine teşekkür ederiz.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, İnformal Bakım, Yaşlı Bakımı,

KAYNAKLAR

1. Çoban M., Esatoğlu A.E. (2017) "Flexibility and Paternalism in Home Care Services", 2017 International Health Conferance St Hugh's College- Oxford, Oxford, İngiltere, 29 Haziran - 1 Temmuz 2017, pp.52-52
2. Çoban M., Esatoğlu A.E., İzgi M.C. (2015) "Özerklik İçin Evde Bakım Hizmetleri", VIII. Türkiye Biyoetik Derneği Uluslar arası Kongresi, Ankara, Türkiye, 9-12 Nisan 2015, pp.69-69
3. Çoban M., Şanlıoğlu Bildirici S., Yalım N.Y. (2005) "Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri ve Olası Etik Sorunlar", 2.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi (Uluslararası Katılımlı), Ankara, Türkiye, 28-30 Eylül 2005, ss.292-295.
4. Türk Dil Kurumu (2018) Güncel Türkçe Sözlük, Erişim Adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5aa9c62c17e242.84256507, Erişim tarihi:05.03.2018.

5. Şen, Y (2015) “İslâm Hukukuna Göre Sağlık Hizmetlerinde Mahremiyet Hakkı, Ekev Akademi Dergisi; 19 (61): 425-450.
6. İzgi, C. (2009) Etik açıdan yaşlı mahremiyeti: Huzurevi örneğinde hizmet alanlar ve verenler açısından bir değerlendirme, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
7. Wolfgang B. (2014) İnsan Haklarını Anlamak, İnsan Hakları Eğitimi El Kitabı, Çeviren: Mehveş Bingöllü Kılıcı, Türkiye Adalet Akademisi Yayınları.
8. Göle, N. (1991) Modern Mahrem Medeniyet ve Örtünme.(12).İstanbul: Metis Yayınevi.
9. Türkiye İstatistik Kurumu (2018) Sınıflandırmalar, http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/GYKA_2014/turkce/metaveri/siiniiflamalar/index.html, Erişim tarihi:12.04.2018.

Perception of elderly people taking informal homecare

Introduction: Care models and the structure of care providing have been variations with the increase in population. Under the infrastructure of this variation, there are the values like improvement of autonomy focused on patients, providing benefit, giving no damage and justice etc. Moreover, there is also reasoning to decrease the costs of insurance institutions. Becoming prevalent of use of informal care giver in home care services and supporting of this by public institutions have been accelerating in most of the countries due to both values approaches and economical reasons. Increasing informal care in home care services have been make discussions on values in terms of ethics start. In this aspect, autonomy conservation is one of the important discussion on values.

Objective: The aim of this study is to evaluate the opinions of Turkish elderly people with 65 ages and over taking informal care at home.

Methodology: In the scope of this study, it was taken into consideration of Statistical Classification on Regions (İBBS-2 Level) of Turkish Statistical Institution and it was interviewed with 32 people from 26 different cities.

Findings: The interviewers are composed of 53,1 % of men (n=17) and 46.9% of women and the average is $72,5 \pm 5,4$ years old. It was found mainly four thema including (1) description of autonomy, (2) basis of autonomy concept, (3) the cases on autonomy neglecting, (4) structure of autonomy conservation.

Results: It was found that autonomy is perceived in different structures. This leads to requirements on planning that needs to take into considerations of these differentiations during the providing of standard care process.

Key Words: Home Care, Informal Care, Elderly Care

14- Palyatif hastalar için evde sağlık hizmetlerinde srdrebilirlik

Hurişah Aksakal

Ankara Ulus Devlet Hastanesi

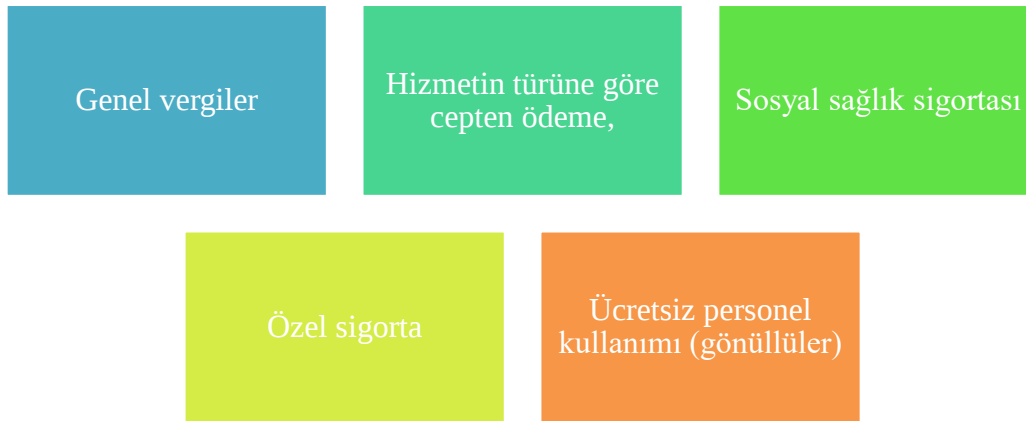
Genç, sağlığımız yerinde ve uzun yıllarda yaşayacağımıza inanıyorsak ölümün bize uzak bir olgu olduğunu düşünürüz. Ancak tedavisi mümkün olmayan bir hastalık nedeni ile yatağa bağımlı yatıyor, hastalığın semptomları ile mücadele ediyorsak ve aynı zamanda da vücudumuzun kontrolünü yavaş yavaş kaybetmeye başlamışsak, ölümün bize yakın olduğunu düşünerek son anlarımızı hastanede geçirmeyi tercih ederiz. Bu tercih ölüm sürecini hastalık gibi algılamamıza sebep olurken bizi rahat ve bağımsız hissettiğimiz ev ortamından mahrum ederek, hastanede yalnız ve acı içinde lmemize sebep olmaktadır. Palyatif hastasının böyle bir sona terkedilmemesi, saygınlığının korunabilmesi için yaşamının son anlarındaki gerekli bakımı nerede, nasıl alacağını ve yaşamını nerede sonlandıracağını belirleme hakkı bulunmalıdır. Bu nedenle ilk önceleri yalnızca yaşamın son dönemindeki onkoloji hastalarının tedavisine yönelik kurulan palyatif klinikler; günümüzde hayatı zorlaştırıcı ve süreğen hastalığı olan bireylerin, ağrı ve acısının hafifletilmesini amaçlarken, hasta yakınlarının da yaşam kalitesini artırmaya odaklanmıştır.

Günümüzde palyatif hizmetlere gereksinim duyan hasta sayısının artması bu konuda sistemli bir yapılanmayı zorunlu hale getirmiştir. Doğru hastaya uygun bakımı götürme, hastanın gereksinimleri doğrultusunda hasta yakınlarını bilinçlendirme yolu ile hastanın sürekli kontrolü ve takibine ihtiyaç duyulmaktadır. Bir taraftan hastaların şikyetleri giderilirken, diğer taraftan diğer kaygılar ve sorunlar topluca değerlendirilmekte ve czm üretilmeye calışılmaktadır. Dünyanın pek cok ülkesinde yaygınlaşarak tercih edilmeye başlayan evde sağlık hizmeti, palyatif hastalar için sağlığı korumanın ve yaşam kalitesini artırmanın en uygun yöntemlerinden birisidir.

Bireye özgü, kişiselleştirilmiş bir bakım sistemi olan evde sağlık hizmetleri, teknoloji ve farmakolojik alanda meydana gelen ilerlemeler sayesinde hasta izleminin ve tedavisinin evde yapılabilmesi ile giderek önem kazanmaktadır. Bu gelişmeler doğrultusunda hasta konforunu artırmak, uzun dönem hasta yatışlarından kaynaklı hasta yakınının yaşadığı sıkıntıları czmlleme isteği, eldeki kaynakları daha etkin kullanma ve artan maliyetleri azaltma arayışları gibi birçok sebepten kurumsal hasta bakımının alternatifini olarak evde sağlık ve bakım hizmetleri tercih edilir olmaktadır.

Evde sağlık ve bakım hizmetinden kimlerin, hangi kriterlere göre nasıl yararlanacağı, ekonomik kaynağının nereden sağlanacağı, evde sağlık ve bakım hizmetlerinin sağlık sistemi içine nasıl adapte edileceğı evde sağlık ve bakım hizmetleri finansman politikalarının oluşturulmasındaki temel sorunlardır. Ülkeler gelişmişlik düzeylerine göre evde sağlık ve bakım hizmetlerinin finansmanında farklı yöntemler benimsemektedirler. Sosyal sigorta prim ödemeleri, devletin katkı payı düzeyi ve özel sağlık sigortalarının rolü ülkeden ülkeye değışiklik göstermektedir. Dünya ülkelerinde evde bakım hizmetleri primli model, primsiz model, primli ve primsiz modelin birlikte uygulandığı karma model olmak üzere üç şekilde uygulanmaktadır. Primli modeli benimseyen ülkeler sosyal sağlık sigorta (primler yoluyla/Bismarck modeli) sistemleri içerisinde bakım sigortası adı altında prim kesmektedirler. Primsiz modeli benimseyen ülkeler bakım hizmetlerinin finansmanını genel vergiler (bütçeden/Beveridge modeli), cepten yapılan harcamalardan ya da özel sigortalardan karşılamaktadırlar. Karma prim modeli hem sağlık ve bakım sigortası aracılığı ile hem de kamusal sosyal yardım aracılığı ile yürütölmektedir. . Dünya Sağlık Örgütü uzun süreli evde sağlık ve bakım hizmetlerinin finansmanının beş yolla sağlanabileceğinden bahsetmiştir. Bunlar;

Şekil 1: Dünya’da Evde Sağlık Ve Bakım Hizmeti Finansmanını Sağlama Yolları



Primli modeli benimseyen ülkeler arasında Almanya, Japonya, İsrail, A.B.D ve Hollanda sayılmaktadır. Primli modeli benimseyen ülkelere Hollanda’da tüm bireyler, 1968 tarihli kamusal uzun süreli bakım sigortası sistemi içinde yer alan ‘İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası’’ (AWBZ) ile sigorta kapsamındadırlar. Bu yasa kronik hastaları, yaşlıları, engellileri ve kronik psikiyatri hastalarının bakımına yönelik evde sağlık ve bakım hizmetlerini kapsamaktadır (Mot,2010:9-12).

Hollanda’da uzun dönemli bakım hizmetleri, evde informal (aile bireyleri/komşular/gönüllüler tarafından sağlanan bakımı) bakım, evde formal bakım(profesyonel bakım vericiler tarafından sağlanan bakım) ve kurumda formal bakım şeklinde verilmektedir. İnformal bakım daha az yaygındır. Hollanda’da egemen olan bakım kültürü ebeveynlerin, çocukların ve kendi bakımlarını üstlenmesi, yaşlıların bakımından da devletin sorumlu olması şeklindedir (Mot,2010.11).

Uzun dönemli evde sağlık ve bakım hizmetlerinde bütün sorumluluk devlete aittir ve merkezi yönetimler bakım hizmetinin ulaşılabilir, ekonomik ve kaliteli sunulmasından yetkili kılınmıştır. Formal bakımın verilemediği durumlarda informal bakım vericiler tarafından bakım hizmeti sunulmakta ve bu bakım hizmetini gerçekleştiren bireylere de Hollanda hükümeti tarafından bakım parası düzenli olarak ödenmektedir. Hollanda’da evde formal bakım; hemşire ziyaretlerini, kişisel bakımı, ev işleri yardımını, gündüz ve gece bakımını, geçici bakımı, refakat hizmetleri ve yardımcı cihazların teminini kapsamasına rağmen kurumsal bakım daha yaygındır (AARP,2006:20).

AWZB ‘İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası’’ ev işleri yardımı hariç, evde bakıma ilişkin bütün hizmetleri kapsamaktadır, önceleri ev işleri yardımı hizmetleri de AWBZ’ nin çatısı altındayken, 2007’de ev işleri yardımı Sosyal Destek Yasası kapsamına alınmıştır. Sosyal destek yasası ile yerel yönetimler geniş yetkilere sahip olurken ev işlerinin yapılmasından da birincil derecede sorumlu tutulmuşlardır. Ev işleri yardımı; yemek hazırlama, ev içinde yapılması gereken düzenlemeleri ve ev içinde hareket sağlama gibi geniş kapsamlı olup belediyelerin kendi bütçe ve vergilerinden finanse edilmektedir (Mot, 2010:10).

Primsiz modelde, bakıma gereksinim duyan bireylerin güvencesi; genel vergilerden finanse edilerek sağlanan kamusal sosyal yardım ve devlet tarafından destek yöntemi ile karşılanmaktadır. Vergiye dayalı kamusal bakım güvence sisteminde kişinin bakıma gereksinim duyma derecesine ve ekonomisine göre ücretli, ücretsiz veya kısmi katılımlı bakım hizmetleri verilmektedir (Seyyar, 2008c:31; Seyyar, 2004:157).Bu modeli İsveç, Kanada ve İngiltere esas almıştır.

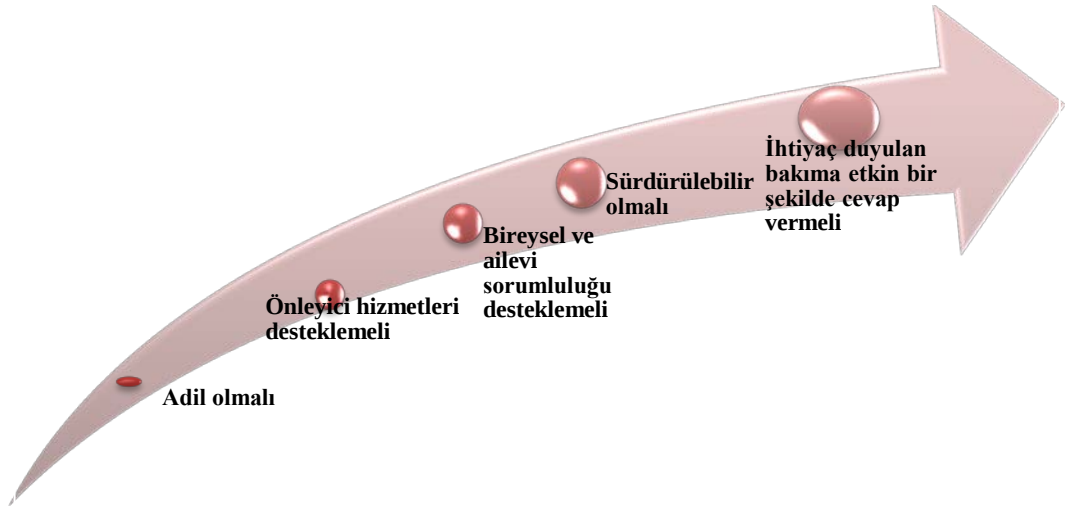
İngiltere ‘de 1993’te yürürlüğe giren Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Toplum Temelli Bakım Yasası ile bakıma ihtiyaç duyan yaşlılara sağlık ve sosyal hizmetlerin beraber sunulmasını öngörülmüştür (Davey and Patsios, 1999:274). Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health

Services)Yasası ile toplum temelli hemşirelik bakımı ve huzurevlerinin verdiği hizmetler bireylere ücretsiz bir şekilde sunulmakta ve sosyal hizmetler de ödeme güçlerine göre alınan makul bir katkı payı karşılığında yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Yasaya göre toplum temelli bakımın; sağlık bakımı kısmı Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin, sosyal bakım kısmı ise yerel yönetimlerin sorumluluğuna verilmiştir. Buna bağlı olarak, evde sağlık ve bakım hizmetlerini sunma sorumluluğu da sağlık ve sosyal hizmetler arasında bir ayırıma tabi tutularak belirlenmiştir. Buna göre; evde sağlık bakımı(ev ziyareti hemşireliği, fizyoterapi gibi tıbbi bakım) Ulusal Sağlık Sistemi tarafından karşılanmaktadır. Evde sosyal bakım(ayak terapisi, çamaşır yıkama, banyo) hizmetleri ise yerel yönetimler tarafından karşılanmaktadır (Davey and Patsios, 1999:274).

Büyük Britanya'da yerel yönetimler uzun süreli sağlık hizmetlerini koordine etmekten, hizmetlere erişimi sağlamaktan ve bakım hizmetlerini yönetmekten sorumludurlar. Hizmetler, kamu sektörü tarafından ya da yerel yönetimlerle sözleşme yapmış özel sektör firmaları tarafından sağlanmaktadır. Uzun süreli sağlık hizmetlerinin finansmanı öncelikle genel vergilerden, kısmen merkezi hükümet desteklerinden, kısmen de yerel vergilerden sağlanmaktadır (AARP, 2006:25).

Britanya'da 2000 yılında Bakım Standartları Yasası çıkarılmıştır. Yasa ile bakım evlerinde sunulan sağlık ve bakım hizmetlerinin standartları belirlenmiştir. Ayrıca evde sağlık hizmetlerinin maliyetinin daha düşük olması nedeni ile yerel yönetimler tarafından teşvik edilmiştir (Lethbridge, 2005:22).Birleşik krallık' ta oldukça itibarlı olan Joseph Rowntree Vakfı uzun süreli sağlık ve bakım finansmanı için altı temel ilkeye dayanan ulusal reform öngören bir öneri yayınlamıştır. Bu ilkelere göre sistem;

Şekil 2. Joseph Rowntree Vakfı Reform Maddeleri



Ülkemizde kişi başına düşen yatak sayısı sınırlıdır. Hastane yataklarını rahatlatmak, hastaların palyatif hastalıkla yaşam kalitesini artırmak ve hasta ailesine destek olmak için palyatif kliniklerin sayısından daha çok niteliği artırılmalıdır. Palyatif klinikte semptomatik tedavisi sonlandırılan hastaların evde sağlık hizmetine entegrasyonunun yapılması yönünde sağlık politika belirleyicilerinin acil eylem planlarına ihtiyaçları vardır. Gelişmiş ülkeler özellikle uzun süreli bakım gerektiren palyatif hastaların sağlık ve sosyal bakımına dair çözüm üretme yönünde ciddi adımlar atmaktadır. Bu adımlardan en önemlisi evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesidir.

Sustainability of home care for palliative patients

If we are young, of sound health and believe that we will live for many years, we think that death is a remote fact. However, if we are bedridden because of an incurable disease and fighting with the symptoms of the disease and have also slowly started to lose the control of our body, we think that death is near and choose to live out our days in a hospital. While this choice leads us to perceive the death process as an illness, it also deprives us of our home environment where we feel comfortable and free and causes us to die alone and in pain in a hospital environment. Palliative care patients must have the right to choose where and how they will receive the required care and where they will live out their days in order to prevent such abandonment in their final days and protect their honors. Therefore, palliative healthcare clinics which were first opened up for treating only terminal stage oncology patients have now focused on relieving the pains of patients who suffer from aggravating and chronic diseases and increasing the life quality of their relatives.

Today, increase in the number of patients in need of palliative care services has necessitated a systematic structuring regarding this issue. Within this frame, we need delivery of the right care to the right patient, constant control and follow-up of the patients through raising awareness among their relatives in line with patients' needs. We are trying to find solutions to the complaints of patients on one hand and to evaluate and try to solve their concerns and problems as a whole, on the other hand. Home health and care service which has become quite popular and preferable in a lot of countries in the world is one of the most favorable methods of keeping patients healthy and improving their life quality of life for palliative patients.

Keywords: Palliative patient ,Home health care, Financial sustainability

Kaynakça

Aksakal ,H. (2013), Palyatif Bakım Hastasına Yönelik Bakım Yeri Tercihi (Hasta Yakını Ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir İnceleme, Yüksek Lisans Tezi(ATılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü)

Addington-Hall J, Mccarthy M. (1995). "Dying from cancer: results of a national population-based investigation." Palliat Med.,9(4):295-305.

Anderson, Bl. (1994). "Surviving cancer." Cancer Supplement.,74:4, s-93.

Brown M, Colton T. (2001). "Dying epistemologies: an analysis of homedead and its critique." Environment and Planning., 33:799-821.

Hartman, Lacey, Stephanie L. JAROSEK, Beth A. VERNIG and Sara DURHAM (2007), "Medicare-Certified Home Health Care: Urban-Rural Differences in Utilization", The Journal of Rural Health, Vol. 23, No. 3, p. 254-257.

15 Basınç yaralanmalarının önemi ve önlenmesi

Asiye Gül¹, Birgül Özkaya²

1-Sağlık Bilimleri Üniversitesi

2-Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Sadi Konuk EAH

Giriş: Dokuların uzun süreli basınç altında kalması sonucu vücudun kemik çıkıntıları üzerinde daha fazla gözlenen iskemik doku kaybına basınç yaralanması denilmektedir (Yücel, 2008). Avrupa Basınç Ülseri Tavsiye Paneli (EPUAP) basınç yaralanmasını; “basınç, sürtünme, yırtılma ve diğer faktörlerin etkisiyle deri ve deri altındaki dokularda meydana gelen lokalize doku zedelenmesi” olarak tanımlamaktadır (Karadağ, 2003). Bu derlemede basınç ülseri, risk faktörleri ve koruyucu önlemler konusunda neler yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

Patofizyolojisi: Prekapiller arteriollerdeki kan basıncı 32 mmHg’dır, doku basıncı bu değeri aştığında kapiller yatağa kan akımı engellenir (Yücel, 2008). Bu basınç ortadan kaldırılmazsa nekroz ve ülserasyonlar oluşur (Akın ve Karan, 2011). Çeşitli pozisyonlarda iken vücudun maruz kaldığı basınç; sırtüstü yatar durumda sakrum, kalçalar ve topuklarda 40-60 mmHg, otururken iskiadik tüberküller üzerinde 75-100 mmHg’dır (Yücel, 2008).

Dokuların basınca karşı hassasiyetlerinin farklı olması ve basıncın farklı doku derinliklerine farklı yansması nedeniyle, basınçtan değişik dokular farklı oranlarda etkilenir (Yücel, 2008). Doku içi basınç ölçümleri basıncın kemiğe komşu derin dokularda yüzeylerden daha geniş bir alanda etkili olduğunu göstermektedir (Yücel, 2008). Doku duyarlılığı en fazla kaslarda olup, bunu subkütan yağ dokusu ve dermis izlemektedir (Akın ve Karan, 2011).

Sınıflandırma: Avrupa Basınç ülseri Danışma Paneli (EPUAP European Pressure Ulcer Advisory Panel) ve Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (NPUAP National Pressure Ulcer Advisory Panel) uluslararası genel bir basınç ülseri tanımı ve sınıflandırma sistemi geliştirmiştir (HBK). Ortak çalışma sonucunda deri–doku hasarının dört düzeyde olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır (European Pressure Ulcer Advisory Panel). Ulusal Basınç Ülseri Tavsiye Panelinde (NPUAP) 2007 yılında derin doku hasarı ve evrelendirilemeyen bası yaralarına dikkat çekilmekte ve yanlış evrelemeden kaçınılması vurgulanmaktadır (Akın ve Karan, 2011).

Risk Faktörleri: Gomes ve ark. (2011) hastanede 15 veya daha fazla gün kalan kritik hastalarda riskin olduğunu, basınç ülserinin en fazla duyuşsal algı (tamamen sınırlı), nemlilik (sürekli nemli), mobilite (tamamen hareketsiz), aktivite (yatalak), beslenme (yeterli) ve sürtünme / kayma (sorun) kategorilerinde bulunduğunu belirlemişlerdir. Bours ve ark. (2001)

enfeksiyon, yaş, kalma süresi, nem ve hareket gibi faktörlerin çoğunluğunun basınç yaralanması ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir.

Basınç: Basınç yaralanmalarının gelişmesinde rol oynayan en önemli etken basınçtır (Yücel, 2008, Akın ve Karan, 2011). Basınç altında kalan yumuşak dokuların sıkışmaları iskeleme neden olur, basınç devam ettiğinde nekroz ve ülserasyonlar meydana gelir (Yücel, 2008).

Makaslama etkisi: Belirli bir eğilim verilerek yatırılan hasta aşağı doğru kayarken, epidermis ve derminin dış yüzeyle teması sabit kalırken, derin dokuları aşağıya doğru çekilir. Bu durum kayan bir hastayı yukarı doğru çekerken de oluşur (Yücel, 2008).

Nem: Nem basınç yaralanmasına neden olan diğer bir faktördür (Sayar et al. 2008). Uzun süre nem olduğunda öncelikle epidermis tabakasının masere olmasına neden olur ve basıya uğrayan dokuda ülser gelişimini kolaylaştırır (Yücel, 2008). Hastada idrar ve dışkı inkontinansı, aşırı terleme veya yara drenajı nemli bir ortama yol açar. İdrar inkontinansı basınç yaralanmasını beş kat arttırmaktadır (Akın ve Karan, 2011).

İnfeksiyon: İnfeksiyon basınç yaralanmasında nekrozu artırır ve iyileşmeyi geciktirir.

Sürtünme: Sürtünme, cilt bütünlüğünün bozulmasını ve basınç yaralarının açılmasını hızlandırır (Yücel, 2008). Sürtünme genellikle evre 2 düzeyinde basınç yaralanmasını yaparken, evre 3-4 düzeyinde basınç yaralanması gelişimine katkıda bulunur (Akın ve Karan, 2011).

Basınç altında kalan bölgelerde bakterilerin yerleşerek lokal enfeksiyona neden olduğu ayrıca, kontamine yaralara basınç uygulandığında bakterilerin 100 kat daha hızlı çoğaldıkları bildirilmektedir (Yücel, 2008).

Yaş: Derimdeki vasküler yapıların bozulması ve kollejen sentezinin azalması yara iyileşmesini geciktirir. Subkütan yağ dokusunun azalması ile kemik ve deri arasındaki tabakanın azalması basıncın da etkisi ile yara açılmasını kolaylaştırır. Ayrıca steroid tedavisi alıyorsa, kollejen sentezinde azalmaya ve derinin incelmeye yol açar (Akın ve Karan, 2011).

Malnütrisyon: Beslenmenin basınç yaralanması gelişimine etkisi vardır (Sayar ve ark. 2008). Malnütrisyonu olan ve beden kitle indeksi 25 kg m² nin altında olan hastalar risk altındadır (Akın ve Karan, 2011).

Hipotansiyon, dehidratasyon, vazokonstriksiyon, kalp yetmezliği ve ilaçlar doku iskelemesine katkıda bulunup basınç yarası gelişimine katkı sağlar (Akın ve Karan, 2011). Fife ve ark. (2001), en sık sakrum koksiks (%25), topuk (%14.6) ve iskiüm (%10.4) bölgesinde basınç yaralanması geliştiğini saptamışlardır. Bours ve ark. (2001) yoğun bakım hastalarında en sık topukta (%39.4) ve sakrumda (%25.2) basınç yaralanması geliştiğini ve enfeksiyonu olan hastalarda (sepsis gibi) yüksek oranda oluştuğunu saptamışlardır (%56.9). Cox (2011) 347

hastada basın ülseri insidansını %18,7 olarak, çoğunun evre II ve en sık sakrumda (%58) geliştiğini belirlemiştir. ABD’de basınç ülserleri akut bakım alanlarında % 0.4-38, uzun süreli bakım gereksinimi olanlarda %2.2-23.9 ve evde bakımda %0- 17 olduğu bildirilmektedir (Karadağ, 2003).

Önleme: Bası yarasının önlenmesindeki temel ilke önceden riskli hastaların belirlenerek uygun tedbirlerin alınmasıdır (Akın ve Karan, 2011). Tedavide asıl amaç primer korunmadır. Yatağa bağımlı olan hastalarda iki saatte bir beş dakika basıncın kaldırılması yeterlidir (Tokgöz ve ark.2010). 30° ‘den fazla Fowler pozisyon ya da 90° yan yatış pozisyonu veya yarı oturur pozisyonlar basıncı daha fazla artırır. Önleyici bakım yeni ülserlerin gelişimini azaltmaya odaklanmalıdır, bununla birlikte bu önlemler pahalı olabilir (Fife ve ark. 2001). Döndürme ve pozisyon verme immobil hastalarda hemşirelik bakımının temel ilkesidir ve uygulama kılavuzlarında önerilmektedir. Kılavuzlar düzenli pozisyon vermenin önemli olduğunu belirtmektedirler. Bazı çalışmalar düşük hava basınçlı yatak kullanımının yoğun bakım hastalarında basıncı dağıttığını desteklemektedirler (Cox, 2011). Düşük hava basınçlı yataklar ve düzenli döndürme ve pozisyon verme yoğun bakım hastaları için basınç yaralanmasını önlemede iki önemli stratejidir (Cox, 2011).

Sonuç: Basınç yaralanmasının önlenmesi tedavisinden daha kolaydır. Hastanın risk faktörleri değerlendirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

Abstract

Pressure injury from the European Pressure Ulcer Advisory Panel; "Localized tissue injury that occurs in the skin and subcutaneous tissues under the influence of pressure, rubbing, tearing and other factors". Pressure is the most important factor in the development of pressure injuries. Compressed soft tissues are caused by ischaemia, when pressure continues necrosis and ulcerations occur. A pressure injury is usually the result of pressure on the bone protrusions resulting in reduced blood circulation resulting in damage to the skin or tissue. Pressure sores occur most frequently in the sacrum coccyx (25%), heel (14.6%) and ischium (10.4%) regions. The affected area may progress from mild redness to extensive tissue damage, which is affected by muscles and bones. There is more risk of developing in patients who need a bed for a long time or whose movement is restricted. For patients in need of home care, patients and their relatives should be warned about risk factors, pressure injuries, risk factors, and what needs to be done to prevent the occurrence of risk factors and pressure injuries. In this review, it is aimed

to emphasize what should be done about pressure ulcers, risk factors and preventive measures and the importance of this issue.

Kaynaklar

- Akın S, Karan MA. Bası yaraları. İç Hastalıkları Dergisi 2011;18:83-90.
- Bours GJJ, De Laat E, Halfens RJG, Lubbers M. Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units results of cross-sectional survey. Journal of Intensive Care Medicine 2001; 27:1599-1605.
- Cox J. Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. American Journal of Critical Care 2011;20(5):364-374.
- Fife C, Otto G, Capsuto EG, Brant K, Lyssy K, Murphy K, Short C. Incidence of pressure ulcers in a neurologic intensive care unit. Crit Care Med 2001 29 (2) 283–290.
- Gomes FS, Bastos MA, Matozinhos FP, Temponi HR, [Velásquez-Meléndez G](#).
- Risk assessment for pressure ulcer in critical patients. Rev Esc Enferm USP 2011;45(2):313-318.
- Karadağ A. Basınç ülserleri: Değerlendirme, önleme ve tedavi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu 2003, 7 (2):41-48.
- Yücel A. Bası yaraları tanı ve tedavi. Yara Bakımı ve Tedavisi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri sempozyum dizisi no:67.ed: Ş.K. Erdost, O. Çetinkale 2008;37-42.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. (Çev. Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği).
- Basınç Ülserlerini Önleme: Hızlı Başvuru Kılavuzu. Aralık 2010, Ankara.
- http://www.lhsc.on.ca/Health_Professionals/Wound_Care/dressing.htm
- Altay P, Başal G. Yara örtüleri. Tekstil Teknolojileri Elektronik dergisi 2010;4(1):109-121.
- Yepes D, Molina F, [León W](#), [Pérez E](#). Incidence and risk factors associated with the presence of pressure ulcers in critically ill patients. Med Intensiva 2009;33(6):276-281. (Özet).
- Theaker C, Mannan M, Ives N, Soni N. Risk factors for pressure sores in the critically ill. Anaesthesia 2000;55:221-224.
- Tokgöz OS, Demir O. Nöroloji yoğun bakım ünitesinde bası yara insidansı ve risk faktörleri. Selçuk Üniv. Tıp Derg 2010 26 (3):95–98.
- Türsen Ü. Ülser tedavisinde yara örtüleri. Turk J Dermatol 2013;7:61-71.

16- Hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımla ilgili görüşleri

Abdurrezzak Gültekin, Aysel Özdemir, Funda Kavak

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Giriş ve Amaç: Palyatif bakımda hasta ve ailesine multidisipliner bir ekip yaklaşımı gereklidir. Bakım ekibinin bir üyesi olan hemşire hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirleme ve gerekli bakım ve desteği sağlamada önemli bir role sahiptir. Bu çalışmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımla ilgili görüşlerini belirlemektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın verileri Şubat 2018-Mart 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini hemşirelik fakültesi öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmayı kabul eden tüm öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Öğrenciler basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, ortalama kullanılmıştır. **Bulgular:** Hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin % 71.7'si kadın, % 75.8'i çekirdek aileye sahip, % 79.2'sinin geliri orta düzeyde, % 33.3'ünün anne ve babaları ilköğretim mezunu, % 93.3'ü evde bakıma gereksinim duyan yakınları ile yaşamamakta, % 84.2'si palyatif bakımın ne anlama geldiğini bilmekte, % 92.5'i palyatif bakımın hasta bakımında gerekli olduğunu düşünmekte, % 42.5'i palyatif bakımın özel palyatif bakım merkezlerinde verilmesi gerektiğine inanmakta, % 68.3'ü evde verilen palyatif bakımı yetersiz bulmakta, % 92.5'i her ilde en az 1 palyatif bakım merkezi olması gerektiğine inanmakta ve öğrencilerin % 61.7'si palyatif bakımın ağrı yönetimini, % 58.3'ü semptom yönetimini, % 74.2'si spiritüel bakımı ve % 75.8 'i de palyatif bakım alan hastaların yakınlarına duygusal ve ruhsal desteği kapsamalı gerektiğine inanmaktadır. **Sonuç:** Araştırmada sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımı hastaların bakımı için gerekli buldukları ve palyatif bakımın özellikle kronik hastalıklarda duygusal ve ruhsal destek sağlamak için önemli olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Öğrenci, Palyatif Bakım

Opinions of nursing students about palliative care

Introduction and Aim: A multidisciplinary team approach to the patient and family is needed in palliative care. The nurse, who is a member of the care team, has an important role in determining the needs of the patient and his / her family and providing the necessary care and support. The aim of this study is to determine the views of nursing students regarding palliative

care. **Methods:** The data of the descriptive study were collected between February 2018 and March 2018. Students of the nursing faculty formed the universe of the research. All the students who accepted the research without selecting the sample in the survey were included in the survey. Students were selected by simple random sampling method. In the collection of the data, the questionnaire form prepared by searching the literature by the researcher was used. Also, percentage distribution, average was used in the evaluation of the data. **Results:** 71.7% of the students were nursing students, 75.8% had an elementary family, 79.2% had a moderate income, 33.3% had a primary school graduate and 93.3% , 84.2% knew what palliative care meant, 92.5% thought palliative care was necessary for patient care, 42.5% believed that palliative care should be given at special palliative care centers, 68.3% think that the palliative care given at home is inadequate, 92.5% believe that at least 1 palliative care center should be on each side and 61.7% of the students believe that palliative care is responsible for pain management, 58.3% for symptom management, 74.2% for spiritual care and 75.8% believed that the emotional and spiritual support for the relatives of palliative care patients. **Conclusion:** As a result, it was determined that nursing students needed palliative care for the care of the patients and that palliative care was important to provide emotional and psychological support especially in chronic diseases.

Key words: Nurse, Student, Palliative Care

Giriş

Son yıllarda tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler insan ömrünün uzamasını sağlamaktadır. İnsan ömrünün uzamasıyla tüm ülkelerde kronik hastalıkların görülme oranı da artmaktadır. Kronik hastalıklar içerisinde özellikle kanserin toplumda görülme oranında artış ve prognozunun kötü olması palyatif bakım ihtiyacını doğurmaktadır. İnsanlar uzun ve kaliteli mutlu bir yaşam sürmeyi isterler. Yaşam kalitesi, fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal yönden bireyin algıladığı iyi olma halidir. Tıbbi tedavinin mümkün olmadığı durumlarda, hastanın rahatlığının sağlanması ve yaşam kalitesinin korunması palyatif bakımla mümkün olmaktadır. Palyatif bakım “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlanmaktadır. Palyatif bakım hastanın kalan yaşamını anlamlı ve değerli kılmak için verilen tüm hizmetleri içermektedir. Palyatif bakım; acıların hafifletilmesini ve semptom kontrolünü içerir, dini değer ve inançlara, kültüre ve bireyselliğe duyarlı kalarak

biyeyin fonksiyonel kapasitesini en üst düzeye çıkarmayı amaçlar. Palyatif bakımda aile ve hasta her zaman merkezde yer alır. Hasta, ailesi ve yakınları ile acık ve duyarlı bir iletişimin sürdürülmesi palyatif bakımın temel ilkelerindendir. Palyatif bakım hemşireliğin odak noktası hastalık ve ölüm sürecinde hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ise ailenin yaşam kalitesini yükseltmektir. Palyatif bakımda hemşirelerin hastaya fiziksel bakım ve emosyonel destek sağlama, semptom yönetimi, hasta ve aile eğitimi ve hastanın içinde bulunduğu ortamın kontrol kaybını azaltma, hasta ve ailesini sağlık bakım hizmetleri ve diğer disiplinlere yönlendirebilme gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır

Palyatif bakımda hasta ve ailesine multidisipliner bir ekip yaklaşımı gereklidir. Bakım ekibinin bir üyesi olan hemşire hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirleme ve gerekli bakım ve desteği sağlamada önemli bir role sahiptir. Bu çalışmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakımla ilgili görüşlerini belirlemektir.

Metot

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri Şubat 2018-Mart 2018 tarihleri arasında Hemşirelik Fakültesi öğrencilerinde toplanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini hemşirelik fakültesi öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmayı kabul eden tüm öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir. Öğrenciler basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Çalışmaya Alınma Kriterleri

- Palyatif bakımla ilgili eğitim ya da ders almış olma
- Klinik alan uygulamasına çıkmış olma

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket formu; hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerini ve

palyatif bakımla ilgili görüşlerini içeren toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından fakülte yönetiminin izin verdiği saatlerde sınıflarda toplanmıştır.

Verilerin Toplanması

Anket formunu öğrenciler kendileri doldurmuş, öğrencilerin anlamadığı sorular açıklanmıştır. Öğrenciler her bir anketi yaklaşık olarak 10-15 dk doldurmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, ortalama kullanılmıştır.

Bulgular

Hemşirelik fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin % 71.7'si kadın, % 75.8'i çekirdek aileye sahip, % 79.2'sinin geliri orta düzeyde, % 33.3'ünün anne ve babaları ilkokul mezunu, % 93.3'ü evde bakıma gereksinim duyan yakınları ile yaşamamakta, % 84.2'si palyatif bakımın ne anlama geldiğini bilmekte, % 92.5'i palyatif bakımın hasta bakımında gerekli olduğunu düşünmekte, % 42.5'i palyatif bakımın özel palyatif bakım merkezlerinde verilmesi gerektiğine inanmakta, % 68.3'ü evde verilen palyatif bakımı yetersiz bulmakta, % 92.5'i her ilde en az 1 palyatif bakım merkezi olması gerektiğine inanmakta ve öğrencilerin % 61.7'si palyatif bakımın ağrı yönetimini, % 58.3'ü semptom yönetimini, % 74.2'si spiritüel bakımı ve % 75.8'i de palyatif bakım alan hastaların yakınlarına duygusal ve ruhsal desteği kapsaması gerektiğine inanmaktadır. Hemşirelik öğrencilerinde sınıflar arası palyatif bakımla ilgili görüşlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Hemşirelik öğrencilerinin sınıf düzeyi arttıkça palyatif bakımla ilgili bilgi düzeylerinde, palyatif bakımın önemini anlamada, palyatif bakımın uygulanması ile ilgili olumlu görüşlerde artış meydana gelmiştir.

Tartışma ve Sonuç

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin hastaların iyileşmesi ve kendini iyi hissetmesi için palyatif bakımın gerekli olduğu ve palyatif bakımın özellikle kronik hastalıklarda duygusal ve ruhsal destek sağlamak için önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Koç ve Sağlam (2008) hemşirelik öğrencilerinin ölümü beklenen hastalara karşı duygusal davrandıklarını, kendilerini çaresiz ve yetersiz hissettiklerini tespit etmiştir. Gürkan ve ark. ölümü yaklaşan hastalara yönelik bakımda hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakım verilmesini desteklediği ve bu bakımla hastaların duygusal ve ruhsal yönden rahatlatılabileceğini belirlemiştir. Kronik

hastalıkların son aşamasında ve ölmekte olan hastalara ve ailelerine bakım veren hemşirelerin palyatif bakımı hemşirelik bakımı içerisinde entegre etmede büyük görev düşmektedir. Bu yardımın ilk adımı hemşirelerin eğitimleri sırasında atılmalıdır. Hemşirelik eğitim müfredatında ölüm, ölüme ilişkin tutumlar ve palyatif bakım daha detaylı, sadece teorik ders olarak değil klinik uygulamalı biçimde yer almalıdır.

Kaynaklar

1. Graham F, Clark D. (2004). The changing model of palliative care. *Medicine* 2007; 36: 64-66.
2. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, et.al. A New International Framework for Palliative Care. *European Journal of Cancer* 40: 2192-2200.
3. Kuebler KK, Lynn J, Von Rohen J. (2005). Perspectives in Palliative Care. *Seminars in Oncology Nursing* 21: 2-10.
4. World Health Organization (www.who.int) and UNAIDS (www.unaids.org) websites. (2005). www.hospiceinformation.info/factsandfigures.asp.
5. Brecht JR, Murshed S, Homel P, Bookbinder M. (2006). Monitoring Symptoms in Patients with Advanced Illness in Long-Term Care: A Pilot Study. *J Pain Symptom Manage* 32:168-174.
6. Lagman R, Walsh D. (2005). Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. *Semin Oncol* 32:134-8
7. Akbayrak, N., Sekmen, K., Yıldız, D. (2002). Ölüm kavramı ve ölüm sürecinde hasta, aile ve sağlık personelinin kapsayan holistik yaklaşımı. *Sindrom Dergisi*, 14(7): 128-132.
8. Gürkan, A., Gümüş, A. B., Dodak, H. (2011). Öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşleri: Hemşirelik girişimleri, hasta hakları ve etik sorunlar kapsamında bir inceleme. *M. Ü. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 2-12.
9. Aydoğan F, Uygun K. (2011). Kanseri hastalarında palyatif tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24(3): 4-9.
10. Elçigil A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4):329-334.
11. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1): 1-6.
12. Koç, Z., Sağlam, Z. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1): 14-21.

17 - Terminal dönemdeki hastaların ihtiyaçlarının evde bakım profesyonelleri açısından değerlendirilmesi

Abdullah Emre Güner, Esra Şahin, Melike Çetin

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı hizmetleri Başkanlığı

Giriş: Bireylerin hayatlarının son dönemlerini, daha az acı duyarak saygınlık içerisinde geçirmelerini ve insan onuruna yakışır bir şekilde ölüme hazırlanmalarını sağlamak bir insanlık hakkıdır ve bu bireylerin yaşam kalitesinin mümkün olan en iyi seviyede tutularak son dönemlerini huzurlu geçirmeleri için kurumsal bir yapılanma içerisinde bu hizmetleri almalarını sağlamak oldukça önemlidir. Evde sağlık hizmetleri de bu kapsamda sunulan hizmet tiplerinden biri olarak, bu bireylerin ve ailelerinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel olarak ortaya çıkan ihtiyaçlarını tüm boyutları ile birlikte ve multidisipliner bir yaklaşım içinde dikkate almalıdır. **Amaç:** Yapılan bu araştırmada, evde bakılan terminal dönemdeki hastaların yaşamlarının son dönemlerini daha kaliteli geçirmelerine katkıda bulunacak bir ihtiyaç analizinin evde bakım profesyonellerin tecrübe ve gözlemleri üzerinden belirlenmesi ve uygulanan evde bakım kriterlerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. **Sınırlılıklar:** Araştırma İstanbul ilinde evde bakım hizmetlerinde görev yapan personele yönelik yapılmış ve araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayandığı için evde bakım ekibinde çalışan personelin tamamına anket uygulanamamıştır. **Yöntem:** 2016 yılında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün stratejik ortağı olarak yer aldığı bir Avrupa Birliği Projesi kapsamında, tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma, amaca uygun olarak, 31'i doktor, 44'ü yardımcı sağlık personeli, 3'ü psikolog ve 7'si sosyal çalışmacı olan 85 Evde Bakım Birim profesyoneline yönelik 15 sorudan oluşan anket yöntemi uygulanmış, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler uygulanmış ve SPSS 23.0 programı kullanılmıştır. **Bulgular:** 2016 yılında, İstanbul ili sınırları içerisinde ayda ortalama 8985 hastaya ev ziyareti yapan evde bakım profesyonellerinin hasta ve hasta yakınları ile geçirdikleri zamanlarda edindikleri tecrübeler ve gözlemleri doğrultusunda görüşlerinin alındığı araştırma bulguları şöyledir; Ankete katılan evde bakım profesyonellerinin % 49'u yaşamının son döneminde olan bir hastanın psikolojik rahatlamaya ihtiyacı olduğunu, %46'sı hastanın hissettiği güçlü fizyolojik acının giderilmesi gerektiğini, %32'si hastanın ihtiyaçlarının doğru tespit edilmesi gerektiğini ve bu ihtiyaçların dikkate alınması gerektiğini, %9'u ise hastaların inancıyla ilgili taleplerinin yerine getirilmesi gerektiğini (dini ihtiyaçlar) bildirmişlerdir. Ayrıca, profesyonellerin %35'i hastanın uzmanlık gerektiren bir sağlık yardımına, % 29'u daha konforlu bir bakım ortamına, %26'sı sosyal

desteğe ve %6'sı da ekonomik desteğe ihtiyacı olduğunu gözlemlemişlerdir. Yine tecrübeleri ve gözlemleri doğrultusunda profesyonellerin %12'i, yaşamının son evresinde bulunan hastaların kendilerine gösterilen saygının zayıfladığını ve hastanın kendisini oldukça kötü hissettiğini, %14'ü bakımı ile ilgili sorumluluk üstlenen kişilerin bilgisiz olduklarını ve %35'i de hastanın öz bakımının ve beslenmesinin kötü yönetildiğini bildirmişlerdir. **Sonuç:** Günümüzde terminal dönem hastalarının bakımı için çok yönlü yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Son dönem hastalarının bakımında hastalığa değil hastaya odaklanmak gerekmektedir. Yapılan bu çalışmada terminal dönemde evde bakım hastalarının fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden öncelikli ihtiyaçları belirlenmiştir. Hastaların fiziksel ihtiyaçlarının yanı sıra duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının da karşılanmasının önemli olduğu görülmüştür. Yaşlı nüfusun arttığı toplumumuzda evde bakım hizmetlerinin çok yönlü yaklaşımlarla genişletilmesi, hizmet sunumunda yer alan sağlık profesyonellerinin hastanın duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilecek gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Sağlık Profesyonelleri, Terminal

Home care professionals' evaluation of provident care needs of the patients have terminal diseases

Aim: The purpose of this study is, analyzing needs of patients have terminal diseases for making their recent times beter and improving criterias of home care. **Method:** On this study the survey method is used and 31 doctors, 44 auxiliary health staffs, 3 psychologists, 7 social workers paticipated. Percentage, arithmetic mean and standart deviation methodes are adopted and SPSS 23.0 programme is used. **Results:** According to the results, %49 of the participants of the survey support that the patients need psychological support on their recent times, %46 of them support to have patient's pain under control , %32 support to confirm patient's needs truly, %9 support to consider patient's religious needs, %35 supported specialization-required health support, %29 supported more comfortable care place, %26 supported social support, %6 supported economical support, %12 supported that the patients are not respected anymore and this makes them to feel unworthy, %14 supported nursing professionals are not home care qualified, %35 supported that home caring and nutritions processes are not managed well. **Conclusion:** The social and psycholocigal primary needs of patients that have terminal disease and have nursing at home are identified. It's seen that satisfying patient's not only physical needs but also emotional and social needs are important. It is required to enlarge home care

services and qualifying the health professionals better about patient's emotional and physical needs.

Key Words: Home Care, Health Care Professionals, Terminal

KAYNAKÇA

1. Işık O, Kandemir A, erişen M A, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(2): 171-186.
2. Bahar G, Bahar A, Savaş H A. Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; Cilt:4, Sayı:12 (2009):86-98.
3. Altuntaş M, Yılmaz T T, Güçlü Y A, Öngel K. Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 2010; 20(3): 153- 158.
4. Genç Y, Barış İ. Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2015; Yıl: 3, Sayı: 10, s. 36-57.
5. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanyılmaz D, Erdem S. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Dergisi, 2010;11(3):125-132.
6. Ay F, Gençtürk N. Ebe Öğrencilerin Ölüm, Terminal Dönem ve Palyatif Bakım ile İlgili Görüşleri: Odak Grup Çalışması F.N. Hem. Dergisi, 2013; Cilt 21 - Sayı 3: 164-171.
7. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer A M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2010; 1: 1-6.
8. Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi. 2012; 54: 329-334.
9. Graham F, Clark D. The Changing Model of Palliativecare. Med 2007; 36: 64-66.
10. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, et.al. A New International Framework for Palliative Care. European Journal of Cancer 2004; 40: 2192-2200.
11. Kabalak AA, Öztürk H, Çağır H. End of Life Care Organization; Palliative Care. Yoğun Bakım Dergisi. 2013;11(2):56-70.
12. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al. Evidence for Improving Palliative Care at The End of Life: A Systematic Review. Ann Intern Med 2008;148:147-59.

13. Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B, Uyar M, et.al. Case Management Based Multidisciplinary Care Protocol In The Palliative Care of Cancer Patients. AĞRI 2014;26(2):47-56.
14. Tanrıverdi Ö, Kömürcü Ş. Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma. http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612846-33_Bolum_32_Palyatif.pdf
15. Dhillon N, Kopetz S, Pei BL, Fabbro ED, Zhang T, Bruera E. Clinical Findings of A Palliative Care Consultation Team at A Comprehensive Cancer Center. J Palliat Med 2008;11(2):191-7.
16. Meier DE, Sieger C E. The Case For Hospital-Based Palliative Care, Center To Advance Palliative Care. Available at: <http://www.capc.org> Accessed February 05, 2009.
17. García-Pérez L, Linertová R, Martín-Olivera R, Serrano-Aguilar P, Benítez-Rosario MA. A Systematic Review of Specialised Palliative Care For Terminal Patients: Which Model Is Better? Palliative Med .2009;23(1):17-22.
18. Mete HE. Palyatif Bakımda Psikososyal Sorunlar. İçinde: Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y, editörler. Kanser ve Palyatif Bakım. İzmir:Meta Basım; 2006. s. 163-74.
19. Işıkhani V. Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri. Türk Onkoloji Dergisi 2008;23(1):34-44.
20. Fadiloğlu Ç. Palyatif Bakımda Hemşirenin Rolü. İçinde:Fadiloğlu Ç, Şenuzun F, editörler. Kanserde evde bakım. Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve uygulama Merkezi Yayını, 6, İzmir: Kongre Basım Evi; 2006. s. 5-16.
21. Durmaz A. Palliative Care In Patient With End Stage Renal Disease. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2013; 2(1):31-41.
22. Kahveci K, Gökçınar D. Palyatif Bakım. 2014 Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti. ISBN: 978-605-335-054-5.
23. Türk Ü, Alp R. Ölüm Öncesi Hasta Bakımı. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2001 Cilt XII 1,2,3.
24. Akçiçek F, Akbulut G, Fadiloğlu Ç. Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu.
25. Başgül Ç. Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı ANKARA. <http://www.palyatifbakim.org/images/palyatif/haber/hizmet-ici-egitim/evde-saglik-hizmetleri.pdf>
26. Uymaz F. Palyatif Bakım. http://istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/kanser_palyatif.pdf

18- Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesinin arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Ayşegül KOÇ ¹, Esra TAYAZ ¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara/Türkiye

Giriş: Engellilik doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük ihtiyaçlarını karşılamada güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi olarak tanımlanmaktadır. Engelli ve yaşlı hizmetleri genel müdürlüğünün 2016 (Mart) verilerine göre bakıma muhtaç engelli birey sayısı 469.305'dir. Rehabilitasyon hizmeti; temelde aile ve bireyi bağımlı hale getiren yetersizliklerin giderilmesine yönelik olarak, bireyin kapasitesinin devamını, iyileştirilmesini ve geliştirilmesini kapsayan multidisipliner bir ekip yaklaşımı ile çalışan birimlerdir. Bakım verme, hem bakım veren hem de hasta için oldukça zor ve sıkıntılı bir süreçtir. Bakım verme stresli olsa bile, bakım veren tarafından ödül olarak da algılanabilir. Ödül; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma olabilir. Coşkun ve Çelebioğlu'nun (2013) yaptıkları bir çalışmada bakım verenlerde fiziksel güçlükler, bakım verme nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetleri oluştuğunu bildirmişlerdir. Ayrıca kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu, giyim ve kuşamda dağınıklık ve bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma görülmektedir. Yaşlılık, engellilik ya da kronik hastalık nedeniyle bakıma gereksinim duyan kişi hem kendisinin hem de bakım veren bireyin günlük yaşamının düzenini ve yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum bakım veren bireyde yük oluşturmaktadır. Bakımda yaşanan yükün sürekli devam etmesi bakım verenin psikolojisini bozmakta ve kendine zaman ayırmasını engellemektedir. Bunun sonucu olarak bakım veren bireyin yaşam kalitesi düşmekte, mutsuzluk, anksiyete, huzursuzluk gibi psikolojik problemler yaşamakta ve yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilenmektedir.

Amaç: Bu araştırma %90 ve üzeri engelli bireylere bakım veren hasta bakıcılarında, bakım verme yükü ve yaşam kalitesini etkileyen değişkenleri belirlemek ve bakım verme yükü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları: Bu araştırma yalnızca gündüz vardiyasında ve tek bir merkezde çalışan bireylere uygulanmış ve ulaşılabilen, gönüllü 66 çalışandan 47 kişinin verileri doğru olarak değerlendirilmiş örneklem sayısı elde edilmiştir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular, genellenemez fakat araştırma kapsamına katılan bireylerin verilerinin sonuçlarını yansıtır.

Yöntem: Bu araştırma, aile ve sosyal politikalar bakanlığına bağlı 240 yatak kapasiteli bakım ve rehabilitasyon merkezinde, 47 hastanın primer bakım vericisi ile ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Verilerin toplanmasında, bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerini içeren demografik veriler formu, zarit bakım verme yükü ölçeği ve rolls royce modeli yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan formlar, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek bireysel görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmaya katılımda, gönüllülük esas alınmış, bakım vericiyle engelli bireyin ilişkisi doğrudan gözlenmiştir. Verileri istatistiksel değerlendirilmesinde, yüzdelik oranlar, bağımsız gruplarda T testi, ölçeklerin yordanmasında kolerasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma: Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin %63,8'i (n=30) erkektir, %36,2'si (n=17) kadındır. Öğrenim durumları incelendiğinde %59,5'i (n=28) ilköğretim, %38,3'ü (n=18) lise ve dengi okullar mezunudur, bireylerin %91,5'i (n=43) evlidir. Bakım vericilerin %72,3'ü (n=34) çocuğunun olduğunu ifade etmektedir. Bakım vericilerin %8,5'i evlerinde bir başka engellinin sorumluluğunu aldıklarını belirtmişlerdir. Bakım vericilerin mesleki deneyimleri incelendiğinde %87,2'sinin başka işlerle meşgul olduğu, %13,7'sinin ise nitelikli bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bakım vericilerin bakımıyla yükümlü olduğu engelli/yaşlı bireyin cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde kadın engelli/yaşlı bireye verilen bakımın yükü, erkek engelli/yaşlı bireye verilen bakımın yükünden fazla bulunmuştur ve ulaşılan sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r = -2,190$, $p = 0,029$). Engelli/yaşlı bireyin cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesi ölçeği puanı incelendiğinde, kadınlarda yaşam kalitesi puanı erkeklere göre yüksek olsa da istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Literatür ışığında bakım yükü ile engelli/yaşlı bireyin cinsiyeti arasında anlamlı fark olmadığı söylenmesine rağmen bu konu çok derinlemesine incelenmediği farkına varılmıştır. Araştırma dahilinde olan bakım vericilerin bakmakla yükümlü olduğu engelli/yaşlı bireyin öğrenim durumu ile yaşam kalitesi puanına bakıldığında ilkokul mezunlarının yaşam kalitesi puanı en yüksek grup bulunmuştur. Devamında sırayla okur yazar değil ve okur yazar grubu olarak sıralama devam etmektedir. Elde edilen bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı

bulunmuştur ($r = 9,640$, $p = 0,008$). Bakım verme yükü puanı ile öğrenim durumu değerlendirildiğinde okur yazar, okur yazar değil ve ilkokul mezunu olanlar arasındaki puan farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bakım vericinin engelli/yaşlı bireyin eğitim durumu ile ilişkili olarak yaşam kalitesi puanı incelendiğinde özellikle ilkokul mezunu engelli/yaşlı bireyin bakım vericisinin yaşam kalitesi puanı anlamlı derecede diğerler gruplara göre yüksektir. Engelli/yaşlı bireyin eğitiminin yüksek olması bireyin genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, esenlik, fonksiyonel duruma olumlu yönde etkisi olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar ışığında bakım alan bireyin yaşam kalitesinin yükselmesinin bakım vericinin yaşam kalitesinin yükselmesi ile doğru orantı mevcuttur. Araştırmamızda bakım verici bireyin bakımından sorumlu olduğu engelli/yaşlı bireyin sayısı yaşam kalitesi grubunda bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r = 8,601$, $p = 0,014$). Bakım verme yükü gurubunda bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bakım verilen engelli/yaşlı birey sayısının yaşam kalitesi bazında bakıldığında 3-5 kişiye bakan bireylerin yaşam kalitesi puanının en yüksek olduğu görülmektedir. Araştırmamızda ele alınan veriler ışığında, bakım vericilerin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi arasında literatürle uyumlu olarak negatif bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,303$, $p = 0,039$). Araştırmamız sonucunda engelli bireye bakım veren bakıcıların çoğunluğu erkek, 30-39 yaş aralığında ve çoğunluğu ilkokul mezunudur. Bakıcıların tamamına yakını evli ve çocuğu olduğu, 1/10'unun evde bakımından sorumlu olduğu engelli/yaşlı birey olduğu ve tamamına yakını ilave iş yapmaktadır. Araştırmamızda bakım verenlerin primer sorumluluğu perine bakımı, alt değişimi, yemek yedirme, banyo yaptırma ve transferdir. Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda bakım vericilerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk ve evde baktığı engelli/yaşlı durumu, çalışma durumu ile bakım verme yükü ve yaşam kalitesi arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Araştırmamızda engellinin yaşı, ilave hastalık durumu, reçeteli ilaç kullanımı, kullanılan ilaç sayısı, engelli bakım yılı gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu, engellinin cinsiyeti, engellinin öğrenimi, bakım vericinin sorumlu olduğu engelli yaşlı sayısı gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda, engelliye bakım veren bakıcıların bakım yükünü azaltmak ve yaşam kalitelerini arttırmak için Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu evde bakım hizmetlerinden destek alınabilir. Bakım verenlerin sorunlarını saptamaya yönelik çalışmalar bölgesel olarak yapılabilir ve saptanan sorunlar doğrultusunda eğitim programları düzenlenebilir. Sertifika programlarında verilen eğitim modülleri güncellenebilir. Bakım vericilerin kişisel faktörleri incelenerek bireyselleştirilmiş destek yaklaşımı sunulabilir. Engelli

bireylerin aile bireyleri ile belirli planlar çerçevesinde görüşmeleri arttırılarak engellinin ajitasyonu azaltılabilir.

Anahtar kelimeler: Bakım Verici; Bakım Verme Yüğü; Engelli; Rehabilitasyon; Yaşam Kalitesi

Evaluation of the Relationship Between Quality of Life and Care Giving Load of Disabled Individual Careers

Aim: This study was conducted to determine the variables that affect caregiving burden and quality of life and to assess the relationship between caregiving burden and quality of life in nursing caregivers of 90% and over disabled people.

Method: This study was conducted as a search for relationship with the primary care provider of 47 patients in a 240-bed-care and rehabilitation center affiliated to the Ministry of Family and Social Policies. In the collection of data, demographic data format including caregiver characteristics, burden interview and rolls royce model quality of life scale were used. In the statistical evaluation of the data, percentage ratios were used, T test was used in independent groups, and collation analyzes were used in evaluating the scales.

Results: The average age of the caregivers included in the study is 32.79 ± 6.59 . It was determined that 36,2% of the caregivers participating in the survey, 63,8% male, 59,5% primary school graduate and 8.5% home disabled person were in need of care. The average caregiver burden scale scores ranged from 6 to 47 and the total score average was 29.49 ± 9.83 . The quality of life scale scores ranged from 53 to 154 and the mean score was 118.85 ± 25.07 .

Conclusion: It has been determined that caregivers of handicapped individual caregivers have an increased burden of care and this is an effect on quality of life.

Key words: Caregiver, Care Load, Disabled, Rehabilitation, Quality of Life.

Kaynaklar

Akdemir N. & Birol L. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset Matbaacılık. Eylül 2011; 71-80.

Bilal E, Dağ İ. Eğitilebilir Zihinsel Engelli Olan Ve Olmayan Çocukların Annelerinde Stresi Stresle Başa Çıkma Ve Kontrol Odağının Karşılaştırılması. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2005, 12: 56-68.

Coşkun D, Çelebioğlu A. (2013) Fiziksel Engelli Çocuğı Olan Ebeveynlerde Bakım Yüğü Ve Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Mart 2016) Engelli Ve Yaşlı Bireye İlişkin İstatistik Veriler.

Işık K. (2013). Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.

Kaya M, Aslan D, Vaizoglu S. A, Doruk C, Dokur U, Biçici V, Ertekin Ö. (2008). Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri Ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal Of Geriatrics, 11(1), 12.

Öztürk M. (2011). Türkiye’de Engelli Gerçeği. Müstakil Sanayici Ve İşadamları Derneği Cep Kitapları, 30, 105.

Taşdelen P, Ateş M. (2012). Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, C/S, 9(3), 22-29.

19- Postarrest evde bakım hizmeti alan hastaların yakınları ile doktorlar arasındaki iletişim becerilerini nasıl geliştirebiliriz?

Faruk ÇİÇEKÇİ

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı,
Konya/Türkiye

Amaç: Biz bu çalışmada postarrest evde takip edilen hastanın yakınlarının iletişimine yönelik iletişim becerilerini ölçmeyi amaçladık.

Metod: Bu çalışma, Haziran 2013-2015 tarihleri arasında Konya Numune Devlet Hastanesi'nde kardiyopulmoner arrest (CPA) sonrası hayatta kalan 44 hastanın ilk yıllarında sağ kalan hastaların yakınlarını (n=76) içermiştir. Bilgilendirme, empati ve güven alt ölçekleri hastaların akrabalarının iletişimine yönelik tutumlarının 5-Likert ölçeğine göre ölçülmüştür. Veriler Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann Whitney U testi ve En Küçük Anlamlı Fark (LSD) testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 76 hasta yakınına 5'li likert ölçeği ile bir iletişim tutum ölçeği uygulandı. Hastanın akrabalarının cinsiyetleri arasında güven alt boyutunda istatistiksel fark vardı. Hasta yakınlarının eğitim düzeyleri arasında bilgilendirme, empati ve güven alt boyutlarında istatistiksel farklılıklar vardı (sırasıyla $p = 0.006$, $p = 0.015$ ve $p = 0.003$). Hasta yakınları tarafından hekimlerin tanımlarına göre (sırasıyla $p = 0.036$ ve $p = 0.041$) bilgilendirme ve empati alt boyutlarında ve aynı zamanda hasta yakınlarının yaş grupları arasında bilgilendirme ve empati alt boyutlarında da istatistiksel farklılıklar vardı ($p < 0.001$). Güven alt boyutunda akrabaların hasta yakınlığına göre bir istatistiksel fark vardı ($p = 0,043$). Ayrıca, hastaların yakınlarını yoğun bakım ünitesine alınmadan önce hasta yakınlarını görme sıklığı ile bilgilendirme, empati ve güven alt boyutlarında istatistiksel farklılıklar vardı (sırasıyla $p = 0.010$, $p = 0.007$ ve $p = 0.012$). Yoğun bakım ünitesindeki hastalara hasta yakınları tarafından yapılan ziyaret sıklığı ile empati ve güven alt boyutlarında istatistiksel farklılıklar oluştu ($p < 0.001$). Empati alt boyutunda hasta yakınlarının hekimlerle yaptığı sohbetler arasında bir istatistiksel fark vardı ($p < 0.001$). Hasta yakınlarının stresini hafifleten durumlara ilişkin olarak, “doktorla konuşmak” empati ve güven alt boyutlarında istatistiksel olarak istatistiksel farklıydı ($p = 0.002$ ve $p < 0.001$); Bilgilendirme ve empati alt boyutlarında “hastayla birlikte olma” istatistiksel farklıydı ($p = 0.001$ ve $p < 0.001$) ve “dua etmek” bilgi alt boyutunda da istatistiksel farklıydı ($p = 0.004$). Hasta yakınları için önemli olan YBÜ hekimlerinin özellikleri ile ilgili olarak “iyi haber verme” grubu bilgilendirici ve empati alt boyutlarında istatistiksel farklıydı (p

= 0.001 ve $p < 0.001$), “doğru bilgi vermek” grubu bilgilendirici, empati ve güven alt boyutlarında (sırasıyla $p = 0,042$, $p = 0,002$ ve $p = 0,009$) ve “sempatik bir tutuma sahip olma” grubunun farklı olması, bilgilendirme ve güven alt boyutlarında istatistiksel farklıydı ($p = 0.016$ ve $p = 0.003$).

Sonuç: Hasta yakını-doktor iletişimi temelde iki insan arasındaki bir iletişimdir ve karşılıklı bilgi desteği, saygı ve güven gerektirir. Doktorlar iyi bir iletişim yeteneğine sahip olarak doğmayabilirler ama bu iletişimde profesyonel taraf doktor olduğu düşünüldüğünde, iletişime de yön vermesi ve sorunları çözmesi gerekenin doktor olması gerekir. Hasta yakını ve doktor arasındaki iletişiminin, mevcut iletişim becerilerini çeşitli eğitim ve iyi iletişim örneği senaryoları ile geliştirerek arttırabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: İletişim, Evde bakım, Akraba, Anket

How can we improve the communication skills between the patients' relatives who receive postarrest home care services and physicians?

Aim: In this study, we aimed to measure and improve the communication skills toward to the communication of the relatives of the patient who were received postarrest home care.

Metod: This study included the relatives of patients ($n=76$) who survived at the end of the first year of 44 patients, survived after cardiopulmonary arrest (CPA) in Konya Numune State Hospital, between June 2013-2015. Informing, empathy and trust sub-scales were measured according to the 5-Likert scale of attitudes towards to communication of the patients' relatives. Data were evaluated with Kruskal-Wallis variance analysis, Mann Whitney U test and the Least Significant Difference (LSD) test.

Results: A total of 76 patients were administered a communication attitude scale with a 5-point Likert scale. There was a statistics difference in the trust sub-dimension between the genders of patients' relatives. There were statistics differences in the informing, empathy and trust sub-dimensions among the education levels of the patients' relatives ($p=0.006$, $p=0.015$ and $p=0.003$, respectively). There were also statistics differences in the informing and empathy sub-dimensions according to descriptions of physicians by patient relatives ($p=0.036$ and $p=0.041$; respectively) as well as the informing and empathy sub-dimensions among the age groups of patients' relatives ($p<0.001$). There was a statistics difference in the trust sub-dimension by the closeness of the relatives to the patient ($p=0.043$). Also, there were statistics differences within

the informing, empathy and trust sub-dimensions by the frequency of patients' relatives seeing the patients before they were taken to the ICU ($p=0.010$, $p=0.007$ and $p=0.012$; respectively), and in the empathy and trust sub-dimensions by the frequency of visits to the patients in the ICU by patient relatives ($p<0.001$). There was a statistics difference in the empathy sub-dimension by the duration patient relatives' conversations with the physicians ($p<0.001$). Regarding situations that relieved the stress of patient relatives, "speaking with the doctor" was different in the empathy and trust sub-dimensions ($p=0.002$ and $p<0.001$); "being with the patient" was different in the informing and empathy sub-dimensions ($p=0.001$ and $p<0.001$), and "praying" was different in the informing sub-dimension ($p=0.004$). Regarding the characteristics of ICU physicians that were important to the patients' relatives, the "giving good news" group was different in the informing and empathy sub-dimensions ($p=0.001$ and $p<0.001$), the "giving accurate information" group was different in the informing, empathy and trust sub-dimensions ($p=0.042$, $p=0.002$ and $p=0.009$, respectively), and the "having a sympathetic attitude" group was different in the informing and trust sub-dimensions ($p=0.016$ and $p=0.003$).

Conclusion: We believe that the informing, empathy and trust sub-dimensions that-underlie the communication between the physicians and the patients' relatives communication skills can be improved.

Keywords: Communication, Home care, Relatives, Questionnaire.

Kaynaklar

Chatterjee S, Choudhury N (2011), "Medical communication skills training in the Indian setting: Need of the hour", Asian J Transfus Sci, 5, 8-10.

[Curtis JR](#), [Engelberg RA](#), [Nielsen EL](#), [Au DH](#), [Patrick DL](#) (2004), "Patient-physician communication about end-of-life care for patients with severe COPD", 24(2), 200-5.

[Lautrette A](#), [Darmon M](#), [Megarbane B](#) et al (2007), "A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU", 356(5), 469-78.

[Molter NC](#) (1979), "Needs of relatives of critically ill-patients: a descriptive study", 8(2), 332-9.

Shukla AK, Yadav VS, Kastury N (2010), "Physicians-Patient Communication: An Important but Often Ignored Aspect in Clinical Medicine", JIACM, 11, 208-11.

Tates K, Meeuwesen L (2001), "Physicians-parent-child communication. A (re)view of the literature", Social Science and Medicine, 52, 839-851.

20- Stomalı hastaları evde telefonla takip edelim mi?

Dilek Aktaş¹, Sema Koçaşlı¹, Gülay Yazıcı¹, Derya Karakaya²

¹: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

²: Ankara Ulus Devlet Hastanesi

Günümüzde teknolojinin hızla gelişmesi ve teknolojinin sağlık sektöründe kullanımı ile birlikte farklı hizmet alanları ortaya çıkmıştır. Bu da hemşirelerin sağlık sorunlarının çözümünde etkili olabilmeleri için yaptıkları hasta bakım uygulamalarında değişim yapmalarını gerekli hale getirmiştir. Uygulanan hemşirelik bakımını daha kaliteli hale getirmek için gelişen bilgi teknolojilerini takip etmek ve hemşirelik uygulamalarına aktarmak gerekmektedir. Telefon da sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan teknolojiler arasında yer almaktadır. Hemşireler, telefon ile hastaların öz bakım becerilerini, günlük yaşam aktivitelerinde sosyal rollerini yerine getirebilme düzeyini, ilaçların etki ve yan etkilerini takip edebilir, telefon aracılığıyla verdiği danışmanlık hizmeti ile bireylere fiziksel ve psikolojik destek sağlayabilir, fizyolojik ve psikolojik yardıma ihtiyacı olan bireylerin erken dönemde ilgili bölümlere yönlendirilmelerini sağlayabilir, sorunları ile etkin baş etmelerine ve kaliteli bir yaşam sürmelerine yardımcı olabilir (Hintistan ve Çilingir, 2012).

Cerrahi girişim geçiren bireyler ameliyat sonrası evde bakımda çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. Cerrahi sonrası hastalara telefonla danışmanlık hizmeti verilmesi bu sorunların önlenmesinde yardımcı olabilecek bir yöntemdir (Dal ve ark., 2012). Hastaların psikolojik ve bilişsel ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan hemşire liderliğindeki telefon ile takip hizmeti, bakımın sürekliliğini sağlamanın yanı sıra taburcu olduktan sonra hastanın iyileşme sürecini izlemenin de uygun ve etkili bir yoldur (Taylor, 2008; Cox ve Wilson, 2003). Bilik 2006 yılında kalça protezi uygulanmış olan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada hastaların telefon ile danışmanlık almak istedikleri konuların başında ağrının olduğunu, daha sonra ameliyat olan bacakta şişlik, duyu değişiklikleri ve diğer konuların geldiğini saptamıştır ve telefon ile hasta izleminin kalça protezi olan bireylerin taburculuk sonrası izleminde etkili olduğunu belirtmiştir (Bilik, 2006).

Taburculuk sonrası ilk yetmiş iki saatte telefon ile izlem hastalarda gelişebilecek komplikasyonları en aza indirmeye yardımcı olacaktır (Baker 2010). Ameliyat sonrası telefon görüşmeleri, hemşirenin ameliyat sonrası öğretimini güçlendirmesini sağlamanın yanı sıra, hastalara güvence sağlayacak ve kaygıyı azaltmaya yardımcı olacaktır. Aynı zamanda ameliyat

sonrası telefon görüşmeleri ile iyileşme süreci için anında ve zamanında geri bildirim fırsatı sağlanırken hastaların da soru sorma ve geri bildirimde bulunma imkanı olacaktır (Godden, 2010).

Ameliyat sonrası hastalarla uygun bir iletişim sağlamak için telefon görüşmesi yapmadan önce hastaya uygulanan cerrahi prosedüre, ameliyata ya da anesteziye bağlı gelişen komplikasyonlara ilişkin bilgi sahibi olmak önemlidir. Aynı zamanda telefon görüşmeleri esnasında yöneltilen sorular, verilen cevaplar, yapılan müdahaleler (tedavinin gözden geçirilmesi, ilaçların kontrolü, sevk vb.) kağıt üzerinde ya da elektronik ortamda kayıt altına alınmalıdır (Godden, 2010).

Yunanca kökenli bir kelime olan stoma “açıklık” veya ağız anlamı taşımaktadır (Burch, 2008). Tıp alanında ise bağırsak ya da üreterlerin karın duvarına ağızlaştırılması ile oluşturulan açıklığa “ostomi”, karın duvarı üzerine çıkartılan bağırsak bölümüne ise stoma denilmektedir (Baykara, 2011). Stoma basit bir cerrahi işlem gibi algılansa da bireylerin yaşantılarını değiştirmektedir. Stomalı olmak bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel açıdan birçok sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Stomalı bireylerin fiziksel sorunları olarak; istemsiz gaz çıkışı, koku oluşumu, sızıntı, cilt problemleri, diyare, konstipasyon sayılabilir (Porrett ve Mcgrath, 2005). Bireyler fiziksel sorunlarının yanı sıra birçok psikososyal sorun da yaşamaktadırlar. Stoma ameliyatı sonrasında bireyler; toplum tarafından mahrem olarak kabul edilen ve gizlilik gerektiren bağırsak boşaltımlarının kendi kontrollerinde olmaması, gaz, koku kontrolünü kaybetmesi, karnında bir torba taşımak zorunda kalması nedeniyle benlik saygısında azalma, cinsel işlevlerde bozulma, vücuda yabancılaşma, sosyal ortamlardan kaçınma, zevk alarak yaptıkları aktiviteleri bırakma, işi bırakma, yaşam kalitesinde azalma, beden algısında değişim gibi birçok psikososyal sorun yaşayabilmektedir (Porrett ve Mcgrath, 2005; Burch 2005, Şelimen ve ark., 1998). Bireyler aynı zamanda , kanser ve kanser tedavisinin getirdiği sorunlar ile baş etmek zorunda da kalmaktadır. Bu nedenlerle stomalı bireylerin ameliyat sonrasında takibinin yapılması, bu bireylere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması önemlidir.

Stomaterapi hemşireleri tarafından yapılan telefon takibi, stomalı bireylerin ameliyat sonrası stoma komplikasyonları ile karşılaşmalarını azaltarak, stomaya uyum düzeyini, öz-yeterlilik ve bakım memnuniyet düzeyini artırmada etkili olmaktadır. Aynı zamanda bireyin stomaya yönelik öz bakım yeteneğini, kendine olan güvenini ve kendi stoması ile başa çıkma yeteneğini geliştirir, duygusal ve bilişsel yönden bireye destek sağlar.(Zhang ve ark, 2013) Bohnenkamp ve arkadaşları 2004 yılında yapmış oldukları çalışmada stomalı bireylerde

taburculuk sonrası telefonla takip ile yüz yüze görüşme yöntemini karşılaştırmışlardır. Araştırma sonucunda telefonla takibin bireylerin memnuniyetini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Bohnenkamp ve ark, 2004). Zheng ve arkadaşlarının 2013 yılında stomalı bireylerle ve stomaterapi hemşireleri ile yapmış olduğu çalışmada ise stomalı bireyler; telefon ile takibin kendilerini daha rahat ve güvende hissettirdiğini, problemlerini zamanında çözmelerine yardımcı olduğunu, normal yaşamlarına dönüşlerini hızlandığını, psikolojik destek sağladığını belirtmişlerdir (Zheng ve ark., 2013) Bu nedenle stomalı bireylere hastaneden taburcu olduktan hemen sonra telefonla yapılan bir müdahale, hastaların sorunlarını zamanında çözmesi, hastalara psikolojik destek sağlaması ve süreci kısaltması için uygun ve etkili bir yöntem olarak düşünülebilir. (Zheng ve ark., 2013)

Sonuç olarak; teknolojinin hızla ilerlediği çağımızda teknolojik gelişmelerden biri olan telefonun hasta takibinde kullanılması kaliteli ve sürekli bir hemşirelik bakımı için oldukça önemlidir. Fiziksel ve psikososyal birçok soruna neden olan stoma ameliyatı sonrası stomalı bireylerin takibinde stomaterapi hemşireleri tarafından sağlanan telefonla danışmanlık bireylerin bu sorunlarının önlenmesinde ya da erken dönemde saptanmasında önemli bir yer tutmaktadır. Aynı zamanda stomaterapi hemşireleri tarafından gerçekleştirilecek olan telefonla takip bireylerin stomaya uyumlarında ve evde kendi bakımlarını üstlenmelerinde, yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Stoma, Telefonla Danışmanlık, Evde Bakım

Do We Follow Ostomy Patients At Home By Telephone?

The widespread use of technology in the health sector has made it necessary for nurses to make changes in patient care practices. The telephone is one of the technologies used in the delivery of health services to ensure that nursing care is effective and sustainable. Post-surgery telephone counseling will help prevent problems patients face during home care after surgery. The telephone counseling facilitates the learning of the patients, reduces the level of anxiety, and allows the patient to ask questions and provide feedback.

Individuals who have ostomy are experiencing physical and psychosocial problems after surgery. Telephone counseling by the enterostomal nurse helps to prevent or early identify these problems and is effective in improving the level of adaptation, self-efficacy and care satisfaction. At the same time, telephone counseling improves the their ability to self-care for the ostomy self-confidence and ability to cope with their own ostomy, and provides emotional and cognitive support to them.

As a result, counseling by telephone with the enterostomal nurse is important in the home care of ostomy patients and improving the quality of life them.

Key Words: Ostomy, telephone counseling, home care

Kaynaklar

1. Baker S. J. (2010). Post-visit phone calls save lives, improve clinical outcomes, and reduce readmissions. *Journal of Emergency Nursing*, 36(3), 256-259.
2. Baykara Z. Ostomi bakımı. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A, editörler. *Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*. 1. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi; 2011.
3. Bilik Ö. Kalça protezi uygulanmış olan hastaların evde telefonla izlenmesinin iyileşmeye etkisi. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İzmir: 2006.
4. Bohnenkamp S. K, McDonald P, Lopez A. M, Krupinski E, Blackett A. (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. In *Oncology Nursing Forum* , 31(5), 1006-1010.
5. Burch J. (2005). Psychological Problems And Stomas: A Rough Guide For Community Nurses. *Br J Community Nurs*, 10: 224-227.
6. Burch J. Stoma Care. 1. Baskı. John Wiley- Blackwell Publishing Ltd, United Kingdom, 2008.
7. Cox K, Wilson E. (2003). Follow-up for people with cancer: nurse-led services and telephone interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 51-61.
8. Dal Ü, Bulut H, Demir S. G. (2012). Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1), 34-40.
9. Godden B. (2010). Postoperative phone calls: is there another way?. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 25(6), 405-408.
10. Hintistan S, Çilingir D. (2012). Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: Telefon kullanımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 9(1), 30-35.
11. Porrett T, Mcgrath A. Stoma Care. 1. Baskı, Blackwell Publishing Ltd, Oxford Uk, 2005.
12. Şelimen D, Akgün M, Erdim A. Stoma Bakımı. 1. Baskı. İstanbul: Marmara Üniversitesi Teknik Eğitim Fakültesi Döner Sermaye İşletmesi Matbaa Birimi; 1998.
13. Taylor C. (2008). Reviewing the follow– up care of colorectal cancer patients. *gastrointestinal nursing*, 6(5), 29-34.

14. Zhang J. E, Wong F. K. Y, You L. M, Zheng M. C, Li Q, Zhang B. Y et all. (2013). Effects of enterostomal nurse telephone follow-up on postoperative adjustment of discharged colostomy patients. *Cancer Nursing*, 36(6), 419-428.
15. Zheng M. C, Zhang J. E, Qin H. Y, Fang Y. J, Wu X. J. (2013). Telephone follow-up for patients returning home with colostomies: Views and experiences of patients and enterostomal nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 184-189.

21- Türkiye’de evde sağlık hizmeti alan hastaların ve yakınlarının ihtiyaçlarının değerlendirilmesi – İstanbul çalışması

Mehmet Akif Sezerol¹, Çağrı Emin Şahin¹, Muhammed Atak²

1- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara

2- Eyüpsultan İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul

Giriş: Evde Bakım hizmetlerinin tanımı bireyin sağlığını korumak, sağlığını geliştirmek ve sağlığını geri kazandırmanın yanında sosyal bakım olarak adlandırılan saç ve tırnak bakımı gibi kişisel temizliğinden, evinin boya-badanasına kadar kişinin sağlığını yakından uzaktan etkileyebilecek geniş bir yelpazede çok sektörlü ve çok paydaşlı olarak sunulması olarak yapılmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmaların derlemesinde Hartmann ve arkadaşları bakımı veren kişinin uzun erimde grup desteği ile bakıcılarının baş etme yeteneğinin, karşı karşıya olduğu durum ile ilgili bilgisinin artırılması ve psikososyal destek verilmesinin de depresyonu azaltmada pozitif bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Yine Türkiye’de yapılan kesitsel çalışmada, bakım veren kişinin ruhsal hastalık belirtisi göstermesi ile bakım verilene yakınlığı, bakım verenin yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyi, birlikte yaşadığı kişi sayısı ve ailenin geliriyle ruhsal belirti gösterme süreleri arasında istatistiksel düzeyde anlamlı farklar bulunmuştur. Evde sağlık hizmet sunumunda bulunan ekip; hekim, diş hekimi, hemşire, ebe, sağlık memuru, fizyoterapist, psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri mesleklerden oluşabilmektedir.

Amaç: Bu çalışmamızın amacı, hasta ve yakınlarına yaptığımız anket ile evde sağlık hizmeti alan hastaların ve yakınlarının ihtiyaçlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini İstanbul’da evde sağlık hizmeti alan vatandaşlar oluşturmaktadır. 2016 yılında İstanbul’da evde sağlık hizmeti sunan 15 ilçede Haziran-Ekim ayları arasında 139 hasta ve hasta yakını ziyaret edilmiştir. Ziyaret edilen 139 kişiden 89’u anket uygulamasını kabul etmiştir. Hastalara yapılan ziyaretlerin tarihleri merkez ekipte bulunan psikolog ve sosyal çalışmacıların uygunluk durumuna rastgele olarak belirlenmiştir. Ziyaretler ilçelerde yer alan evde sağlık ekiplerine eşlik edilerek yapılmıştır. Anketler psikolog ve sosyal çalışmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Araştırmanın verilerini 23 soruluk anket formu sonuçları oluşturmaktadır. Anketin ilk kısmında bakım alanlara yönelik 8 soru ve ikinci kısmında ise bakım verenlere yönelik 15 soru bulunmaktadır. Bakım alan kişiyle ilgili sorular sosyodemografik bilgiler ve kişinin hastalık durumu ile ilişkilidir. Bakım veren kişiye yönelik sorular ise sosyodemografik özellikler ile bakım verme durumuna ilişkin konulardan oluşmaktadır. Anket sonuçları İstanbul Sağlık Müdürlüğünden resmi izin alınarak kullanılmıştır. Sonuçlar elektronik ortamda oluşturulan veri tabanına aktarılarak SPSS 17.0 paket programıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Bakım alan hastaların 57’si (%64,0) kadındır. Ayrıca bakım alanların sosyal güvence durumları incelediğinde 83’ü (%93,2) sosyal güvenlik kurumu kapsamındadır. Hastaların sadece 17’sinin (%19,3) engelli raporu vardır. Engelli raporu olanların 3’ünün (%18,7) engel oranı %40-69 arasında, 13’ünün (%81,3) engel oranı ise %70 ve üzerindedir. Hastaların 55’inin (%61,8) kendine ait geliri ve mal varlığı vardır. 2022 sayılı engelli ve muhtaç vatandaşlara verilen maaştan hastaların 6’sı (%6,7) yararlanmakta 83’ü (%93,3) ise bu maaşı almamaktadır.

Bakım verilen kişilerde en fazla bulunan ilk üç hastalık ise sırasıyla; Alzheimer (%17,7), Hipertansiyon (%14,2) ve Kalp yetmezliği (%10,7) dir.

Anketin ikinci kısmında yer alan 15 soru bakım veren kişilere yönelik olarak sorulmuştur. Anket sonuçları incelendiğinde bakım veren kişilerin 14'ü(%15,7) erkek, 75'i(%84,3) kadındır. Bakım verenlerin 2'si(%2,3) 18-29 yaş arası, 16'sı (%18,3) 30-41 yaş arası, 25'i(%28,8) 42-53 yaş arası, 32'si(%36,8) 54-65 yaş arası ve 12'si(%13,8) 65 yaş üzerindedir. Bakım verenlerin öğrenim durumları incelendiğinde 6'sı(%6,7) okuryazar değil, 1'i(%1,1) okuryazar, 55'i(%61,8) ilköğretim mezunu, 19'u(%21,4) lise mezunu ve 8'i(%9,0) üniversite mezunudur. Bakım verme sürelerine ilişkin sonuçlarda ise en fazla bakım verme süresi 0-3 yıl (%64,8) arası en az ise 8-11 yıl (%5,7) arasındır. Bakım verenlerin 66'sı(%74,2) evli, 23'ü(%25,8) bekaardır. Ankete katılanların 13'ü(%14,8) çalışan, 75'i(%65,2) çalışmayanlardan oluşmaktadır. Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesi en fazla %48,9 ile çocuğudur. Bakım verenlerin büyük çoğunluğunun(%95,4) sosyal güvencesi mevcuttur. Bakım veren 4 kişinin(%4,6) sosyal güvencesi yoktur. Hanede kişi başı düşen gelire bakıldığında 0-784 TL geliri olan 47(%54,0) kişi, 785-1.569 TL geliri olan 36(%41,4) kişi, 1.570-2.354 TL geliri olan 3(%3,5) kişi ve 2.355 TL üzeri geliri olan 1(%1,1) kişi vardır. Bakım veren kişilerin 6'sı(%6,8) Aile Sosyal Politikalar Bakanlığının vermiş olduğu evde bakım ücreti desteğini alırken 82'si(%93,2) herhangi bir destek almamaktadır. Ayrıca bakım verenlerin %66,3'ü kendini tıbbi bakım konusunda yeterli hissetmemektedir. Bakım verenlerin eğitim alma durumları incelendiğinde ise %94,4'ü bakım verme konusunda eğitim almamıştır. Evde sağlık hizmeti alan hastaların tamamına yakınının(%98,9) kurum bakımına geçmeyi düşünmediği tespit edilmiştir. Bakım verenlerden 50(%56,2) kişi psikolojik desteğe ihtiyaç duyarken, 21(%23,6) kişi ise manevi desteğe ihtiyaç duymaktadır.

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre hastaların 4/5'inin engelli raporu bulunmamaktadır. Ayrıca evde sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilen hastaların %90'dan fazlası 2022 engelli maaşı almamaktadır. Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde evde sağlık hizmeti alan toplumun sosyal açıdan iyi bir şekilde değerlendirilmesi ve destek mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca hastaların yarısından fazlasının hanede kişi başına düşen gelir miktarı 0-784 TL olmasına rağmen bakım verenlerin sadece %6,8'i evde bakım verdikleri için Aile Sosyal Politikalar Bakanlığından hasta bakım ücreti almaktadır. Bu nedenle evde sağlık ekipleri içinde sosyal hizmet uzmanları daha fazla yer almalıdır. Sosyal hizmet uzmanlarının vereceği danışmanlık hizmeti ile hasta ve hasta yakınları doğru yönlendirilebileceklerdir.

Bakım verenlerin çok büyük bir bölümü(%94,4) bakım verme konusunda herhangi bir kurumdan eğitim almamıştır. Tıbbi bakım konusunda ise kendini yeterli görenlerin oranı 1/3'tür. Bakım verenlere yönelik verilecek destekler arasında sadece parasal destek değil aynı zamanda bakım konusunda eğitimlerin de olması gerekmektedir. Bakım veren kişilere tıbbi bakım konusunda yeterli düzeyde eğitim sağlanmalıdır.

Hastalara bakım verenlerin yarısından fazlasının psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca yaklaşık olarak 1/4'ünün de manevi desteğe ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir. Evde sağlık hizmeti alan hastalara ve yakınlarına hastalık süreçlerine uyum ve baş etme becerilerini geliştirmek açısından psikolojik destek verilmelidir. Evde sağlık hizmetlerinde verilecek manevi destek açısından ise ülkemize uygun bir model oluşturulması önceliklendirilmelidir.

Assessment of Turkey home care services' needs of patients and relatives - Istanbul study

Abstract

Home care services have been particularly developed in the 20th century. The service coverage of the Home Care Services according to the beneficiary may be different from each other. A general definition of home care services is to offer a multidisciplinary and multi-stakeholder approach in a broad spectrum that can remotely influence the health of a person, from personal cleanliness such as hair and nail care, which is called social care, as well as protecting the health of the individual, improving health and restoring health.

Psychologists and social workers which are working at the home health care center team surveyed the information and collected from 89 people. The 15 questions in the second part of the questionnaire were asked for the caregivers. The answers to the 8 questions asked to evaluate medical, psychosocial and moral support needs in care were analyzed. It has been observed that more than half of ill health caregivers need psychological support. It is also found that approximately 1/4 of them need spiritual support. Psychological support should be given to the patients receiving home health services and their relatives in order to improve their ability to cope with and cope with the disease process. In terms of spiritual support for home health services, priority should be given to establishing a model suitable for my country.

Key Words: Home Health Care, Psychosocial and Religious Support, Istanbul

KAYNAKLAR

1. Yılmaz, Mesut (2010), "Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı", İstanbul Tıp Dergisi, Cilt:11, No:3, sayfa 125-132
2. Houtven C H Van, Norton Edward C, (2004), "Informal care and health care use of older adults" Journal of Health Economics, Vol. 23, No:6, pp. 1159-1180
3. Altuntaş Murat, (2010), "Evde Sağlık Hizmeti Ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri" Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cilt:20, No:3, sayfa: 153-158
4. Özer, Özlem, Şantaş, Fatih (2012), "Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı" . Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 3, No: 2 sayfa: 96-103
5. Aksoy, H Kahveci R, Şencan İ, (2015), Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Uygulamaları. Türk Tıp Dergisi. Cilt: 7 No:1 sayfa: 118 – 123
6. Çatak, B, Öner, C (2012), "Yaşlılara Evde Bakım Verenlerde Ruhsal Hastalık Belirtisi Sıklığı ve Etkileyen Faktörler." Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi, Cilt: 2, No:3, sayfa:105-108
7. Çayır Y, (2013), "Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri", Konuralp Tıp Dergisi, Cilt:5 No:3, sayfa: 9-12
8. Hartmann M Lopez, Wens J, (2012), "The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review". International Journal of Integrated Care, Vol.12 No.1, August, pp. 1-12
9. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>, (15.10.2017)
10. <http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/evdesaglik/hizmettalebi.html>, (13.07.2017)

22- Ankara genelinde evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin evde bakım yapan aile üyelerinde gözlemledikleri psikolojik bozulmalara sebep olan etkenlere ilişkin algıları

Aynur Şahin, Özlem Tamer, Ahmet Çınar Yastı
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Nüfus içinde 65 yaş üstü nüfusun artışıyla birlikte evde bakım, tüm ülkeler için tercih edilen bir bakım seçeneği olarak yaygınlaşmaktadır(1). Bu değişim, sağlık hizmetlerinin yanısıra özellikle sosyal bakım politikalarını da önemli ölçüde etkilemektedir(2). Son yıllarda yapılan sağlıkta dönüşüm hizmetleri kapsamında mobilize sağlık hizmetlerinde büyük bir atılım gerçekleştirilmiştir. Bu atılımın en önemli unsurlarından birini evde sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Hastanede yatış endikasyonu olmayan birçok bakıma muhtaç hasta sağlık hizmetlerini kurumsal bir ortamda almaktansa evde almayı tercih etmektedir(3). Ancak bakım veren aile bireylerinin tıbbi konulardaki bilgi eksiklikleri ve kronik hastalıklarda ani gelişebilecek komplikasyonlar karşısında tedirgin oldukları aşikardır. Bunun yanı sıra evde bakıma muhtaç olan hasta nedeni ile birçok sosyal kısıtlamalara maruz kaldıkları ve zamanla fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklarının bozulduğu ortaya konmuştur(4-5). Evde sağlık hizmeti sunan ekibin bir parçası gibi çalışan ve bakımın %70-80'ini üstlenen evde bakım sunucularının bu durumu bakım hizmetinin kalitesinde düşüşe sebep olmaktadır.

Amaç: Evde sağlık hizmeti sunulan hastaların bakım veren aile bireylerinde zamanla ortaya çıkan psikolojik bozuklukların nedenlerini ve bunlara karşı alınabilecek önlemleri, evde sağlık hizmeti sağlayıcılarının perspektifinden ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Ankara ili genelinde evde sağlık hizmeti sunmakta olan ve sosyal medya ve elektronik posta yolu ile ulaşılabilen 158 sağlık personeline 15 soruluk bir anket gönderilmiştir. Anket sonucunda tüm sorulara cevap veren 65 (%41) personelin verileri toplanmıştır. Anketteki ilk 5 soru sağlık personelinin kendisi ile ilgili (görevi, cinsiyet, toplam hizmet süresi, çalıştığı kurumun niteliği, personelin yaşı) sorulardan oluşmaktadır. Takip eden 10 soru ise sağlık personelinin evde bakım hizmeti verirken yaptığı gözlemler sonucundaki algılarına yöneliktir. Bu algılamaları sonucunda verilen cevaplar doğrusal ölçekli bir skala yardımı ile değerlendirilmiş ve numerize edilmiştir. Bu skaladaki sorular 1 ile 5 arasında değişen rakamlarla ölçülmeye çalışılmıştır. Bir (1) kesinlikle katılmıyorum ifade ederken beş (5) kesinlikle katılıyorum anlamına gelmektedir.

Hastaya bakım veren kişilerin sosyal hayatlarında oluşan kısıtlamaların etkisi

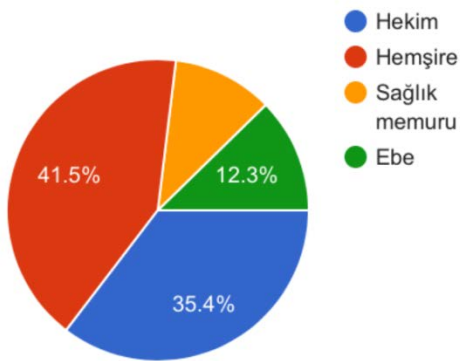


Bulgular: Ankete toplam olarak 65 sağlık personeli katılmıştır. Katılımcıların %41.5'i (27) hemşire,

%35.4'ü (23) hekim, %10.9'u (7) sağlık memuru, %12.5'i (8) ebe olarak görev yapmaktadır (Tablo-1). Ankete cevap verenlerin %82.8'i (54) kadın, %17.2'si (11) erkekti(Tablo-2). 65 sağlık personelinden %53.8'i (35) 20-29 yıl, %27.7'si (18) 1-9 yıl, %15.4'ü (10) 10-19 yıl, %3.2'si (2) 30 yıl ve üstünde süredir görev yapmaktadır. Bu personelin %49.2'si (32) sağlık bakanlığına bağlı devlet hastanelerinde, %50.8'i (33) eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapmaktadır.

Sağlık personelinin görevi

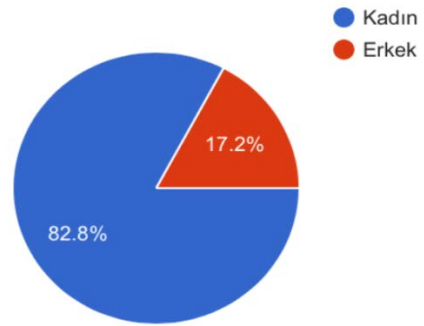
65 cevap



Tablo-1

Evde sağlık hizmeti sunan personelin cinsiyeti

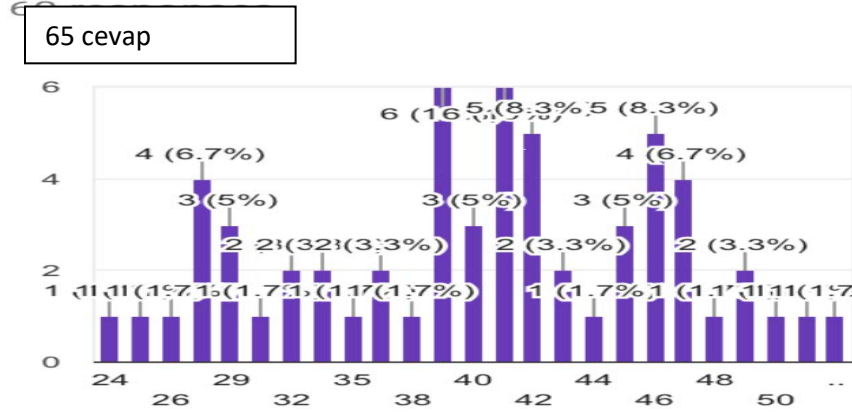
65 cevap



Tablo-2

Anket grubunun yaş ortalaması 41.6 olarak hesaplanmıştır. Ankete katılan personelin yaş aralığı ise 24 yaş ile 54 yaş arasında değişmektedir(Tablo-3).

Hizmet veren sağlık personelinin yaşı



Tablo-3

Sağlık personelinin evde bakım hizmeti sırasında yaptığı gözlemlere dayanarak aşağıda yer alan sorulara cevap vermeleri istenmiştir.

1. Arzu edilen düzeyde evde sağlık hizmeti alamamalarının etkisi
2. Ziyarete gidilen ailelerin sosyo-kültürel düzeylerinin düşük olması
3. Bakım veren aile bireylerinin hastalık hakkında yeterli bilgilerinin olmaması
4. Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek komplikasyon ve yandaş sorunlardan endişe edilmesi
5. Sosyal medyada yayınlanan sağlık programlarının etkisinde kalmaları
6. Hastaya bakım veren kişilerin sosyal hayatlarında oluşan kısıtlamaların etkisi
7. Bakım veren tek bir kişinin olması
8. Bakım veren kişinin bakım alacak hale gelme korkusu
9. İhtiyaç halinde hasta transferi ile ilgili kaygıları
10. Yaşadıkları psikolojik baskıyı paylaşmak için etraflarında kimseyi bulamamaları

Birinci soruda sorulan konuya verilen yanıtlara bakıldığında sağlık personelinin en çok 3 puan verdiği ve bu soruya verilen yanıtlarda homojen bir dağılım olduğu gözlemlenmiştir.

Ziyarete gidilen ailelerin sosyokültürel düzeylerinin irdelendiği ikinci sorudaki yanıtlarda da yine 19 kişi 3 puan üzerinden değerlendirme yapmış, bunu 17 kişi ile 4 puan ve 14 kişi ile 5

puan verenler takip etmiştir. Bu soruyu 1 veya 2 puan ile cevaplayanların toplam sayısı ise ancak 15 kişi olmuştur.

Bakım veren aile bireylerinin hastalık hakkında yeterli bilgilerinin olmaması hakkında sorulan soruya ise en çok 4 (19 kişi) puan verilmiştir. Bunu 16 kişinin 5 puan vermesi ve 13 kişinin 3 puan vermesi takip etmiştir. 1 ve 2 puan verenlerin sayısı ise yine ancak 17 olmuştur.

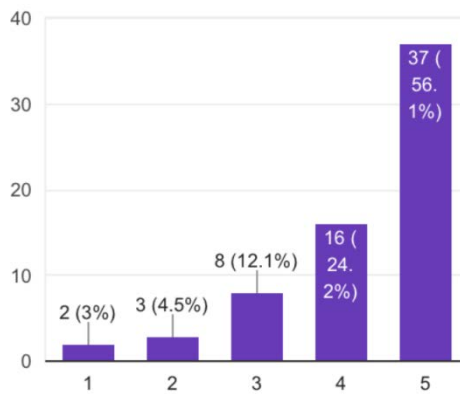
Hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyon ve yandaş sorunlardan endişe edildiğini gözlemleyen sağlık personellerinin 21'i 3 puan verirken 16 kişi 4 puan ve yine 16 kişi 5 puan vererek cevaplandırmıştır. 1 ve 2 puan veren personel sayısı ise 12 olmuştur.

Sosyal medyada yayınlanan sağlık programlarının büyük ölçüde etkisinde kaldığı görüşü verilen puanlamalara göre ortaya çıkmaktadır. Bu konuya 26 kişi kesinlikle katılıyorum cevabı verirken 18 kişi ise 3 puan vererek ikinci sırada yer almaktadır. Etkinin az olduğunu düşünenlerin sayısı ise sadece 8 kişi kadardır.

Hastaya bakım veren aile bireylerinin sosyal hayatlarında olan kısıtlamaların etkisini değerlendiren soruya ise personelin 37'si (%56.1) kesinlikle katıldığını belirtmiştir. Bunu 4 ve 3 puan verenler izlerken, 1 ve 2 veren sadece 4 kişi bulunmaktadır (Tablo-3).

Hastaya bakım veren kişilerin sosyal hayatlarında oluşan kısıtlamaların etkisi

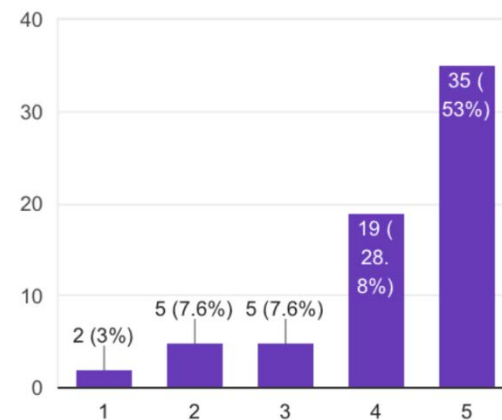
65 cevap



Tablo-3

Bakım veren tek bir kişinin olması

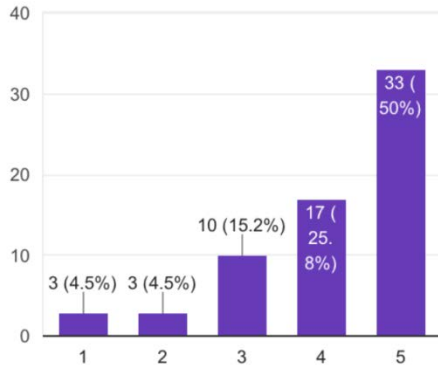
65 cevap



Tablo-4

İhtiyaç olduğunda
hasta transferi ile
ilgili kaygıları

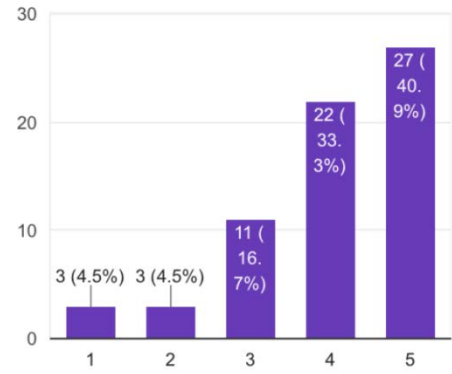
65 cevap



Tablo-5

Etraflarında
yaşadıkları psikolojik
baskıyı paylaşacak
kimse bulamamaları

65 cevap



Tablo-6

Bakım veren tek bir kişinin olması sorusuna da benzer şekilde 35 kişi (%53) 5 puan vererek kesinlikle katıldığını ifade etmiştir. Bunu 19 kişi ile 4 puan verenler takip ederken kalan 11 kişi 1 ile 3 arasında puanlama yapmıştır (Tablo-4).

Bakım veren kişinin bakım alacak hale gelme korkusu sorusuna ise 21'er kişi 3 ve 5 puan üzerinden değerlendirme yapmıştır. 15 kişi ise 4 puan vermiştir.

İhtiyaç olması durumunda hasta transferi ile ilgili kaygıları gözlemleyen personel sayısına bakıldığında 33 kişinin 5 puan verdiği görülmüştür (Tablo-5).

Hastalara bakım veren aile bireylerinin etraflarında yaşadıkları psikolojik baskıyı paylaşacak kimse bulamamalarının yıpratıcı bir faktör olduğunu düşünen sağlık personeli sayısı yine oldukça yüksektir. Bu soruya 27 kişi 5 puan verirken, 22 kişi 4 puan vermiştir (Tablo-6).

Sonuçlar: Sosyal bakım, bakıma muhtaç bireyin günlük yaşam aktivitesinin sağlanmasına yardım ve gözetimin sağlanmasına yönelik yapılan ve tıbbi bakım dışında kalan tüm psiko-sosyal faaliyetleri kapsamaktadır (1). Evde sağlık hizmeti veren sağlık personelinin

gözlemlerine göre hastalara bakım veren aile bireylerinin psikolojilerinin bozulmasındaki en önemli etken, bu kişilerin sosyal hayatlarında ortaya çıkan kısıtlamalardır(4). Anket sonucunda %56.1 personel bu soruya kesinlikle katıldığını belirten şekilde cevap vermiştir. Bunu evde bakım vermekte olan bireyin tek başına olması takip etmektedir(%53). İhtiyaç olduğunda hasta transferi ile ilgili duyulan kaygıların hasta yakınlarında oluşturduğu psikolojik baskının ise yaklaşık %50 personel tarafından gözlemlendiği görülmüştür.

Bu veriler ışığında aile bireylerinde zamanla oluşan psikolojik bozuklukların ve muhtemel tükenmişlik sendromunun önlenmesi için, sağlık hizmetlerinin sosyal bakım hizmeti şeklinde verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin sunumunda birbirinden bağımsız, kopuk ve zaman zaman tekrarlayıcı olan birtakım süreçlerin ortadan kaldırılmasının, USB hizmetlerinde elde edilmesi gereken kalitenin yükseltilmesinde en önemli etken olacağını ileri sürmektedirler(6). Hasta transfer işlemlerinde yapılacak iyileştirmelerin de evde sağlık hizmeti sunumuna pozitif yönde katkısı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler : Psikolojik bozulma, sosyal hayat, hasta transferi.

The perceptions of the health care staff related factors causing psychological impairments observed in the family members of the patients who are offered home health services in Ankara

Aim: We aimed to reveal the causes of psychological disorders occurring in the caregiving family members of the patients.

Method: Survey data of 15 questions were asked to the health personnel providing health services. The first 5 questions in the questionnaire are related to the health personnel themselves and the following 10 questions are related to the perceptions made by the observations made by the health personnel during home care.

Results: A total of 65 health personnel participated in the survey. 41.5% (27) of the participants were nurses, 35.4% (23) doctors, 10.9% (7) health officers and 12.5% (8) midwives. Of the respondents, 82.8% (54) were female and 17.2% (11) were male. The median age of the survey group was calculated as 41.6.

37 (56.1%) of the personnel definitely approved the question that assesses the effects of restrictions on the social life of the family members. Similarly, 35 people (53%) definitely

joined in the question of alone care provider at home. The number of personnel observing the concerns of patients' relatives in case of patient transfer situation was 33.

Conclusions: This demonstrates that health services should be given in a whole social and psychological supportive system, in order to prevent psychological disorders and possible burnout syndrome in the family members over time. It is thought that the improvements in the patient transfer process will also contribute positively to the provision of home health care services.

Key words: Psychological deterioration, social life, patient transfer.

Kaynaklar:

1. Oğlak Sema. Evde Bakımın İhmal Edilen Boyutu: Sosyal Bakım. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics 2016;2(3): 32-37.
2. Fernandez-Ballesteros R, Frensch PA, Hofer SM, Park DC, Pinquart M, Silbereisen RK, et al. Berlin declaration on the quality of life for older adults: closing the gap between scientific knowledge and intervention. European Journal of Aging 2009;6:49-50.
3. Doğan H, Değer M. Nursing care of elderly people at home and ethical implications: an experience from Istanbul. Nurs Ethics. 2004 Nov;11(6):553-67.
4. Stoltz P, Udén G, Willman A. Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. Scand J Caring Sci. 2004 Jun;18(2):111-9. Review.
5. Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. When the caregiver needs care: the plight of vulnerable caregivers. Am J Public Health. 2002 Mar; 92(3):409-13.
6. Leichsenring K, Billings J, Nies H. Joint Working between Health and Social Care, Long-Term Care in Europe, Improving Policy and Practice. London: Palgrave Mcmillan; 2013. p.81-5.

23- Evde sağlık hizmetleri eğitiminde simülasyona dayalı tıp eğitiminin rolü: **Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi  rneği**

Ayşegül  opur  i ek¹,   neyt Ardı ²,  zlem Bilir³

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Rize

³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Rize

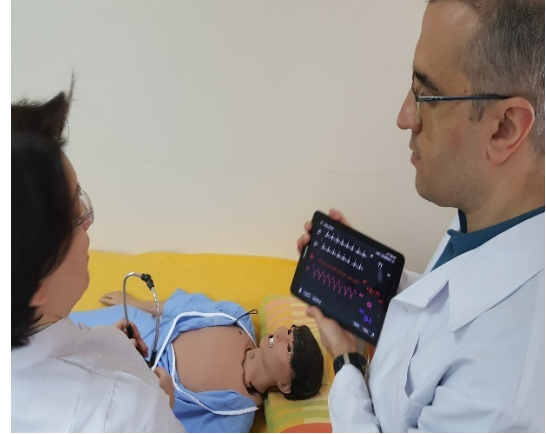
Giriş: Evde sağlık hizmetleri, çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiya ı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması olarak tanımlanmaktadır. Tıp fakültesi sonrası mecburi hizmet kurlarının %38'nin Toplum Sağlığı Merkezlerine verildiği ve hekimlerin büyük bir kısmının ilk görev yerlerinin evde sağlık hizmetleri birimi olduğu düşünülürse bu alanda mezuniyet öncesi eğitimin önemi ortaya çıkmaktadır. Sağlıkta bilgi yükünün katlanarak artması, teknoloji uygulamalarının çoğalması, bilginin ulaşılabilirliği ve paylaşım olanaklarının yaygınlaşması, sağlık alanındaki profesyonel değerlerin yeniden tanımlanması, hasta haklarına vurgunun artması gibi değişen ve gelişen durumlar hem sağlık hizmet sunumunu ve hem de sağlık alanındaki eğitimleri etkilemiştir. Bu nedenle tıp fakültesi öğrencilerine yaşam boyu öğrenme alışkanlıklarının kazandırılması gerekmektedir. Eğitimlerini gözden geçiren  niversiteler mezun edecekleri hekimin bilgi gereksiniminin yanında gerekli becerilerin de fakülte eğitimi sırasında kazanılması için müfredatlarına simülasyona dayalı uygulamaları yerle tirmektedirler. Simülasyonun gerçeklik düzeyi, öğrencilerin teorik ve laboratuvarında öğrendiklerini klinik ortama aktarabilmelerini etkileyen, öğrencilerin yaşadıkları gerçeklik  okunu azaltan en önemli belirleyicilerden birisidir. En sık kullanılan simülasyon yöntemleri arasında: anatomik modeller, görev eğiticileri, role-play, oyunlar, bilgisayar destekli eğitim, sanal gerçeklik, düşük-yüksek gerçeklik düzeyinde mankenler, standart hastalar yer almaktadır. Bu  e itlilik düşünülürse simülasyona dayalı tıp eğitiminin “klinik ortamda öğrenme”nin yerine önerilen bir yaklaşım olmadığını, aksine klinik ortamda öğrenmeye destek olma amacının güdüldüğünü bilmek ve programları bu çerçevede geliştirmek önemlidir. Bu nedenle eğitim programında yatay ve dikey entegrasyonu planlanmalı, geliştirilmeli, sınanmalı ve değerlendirilmelidir. Fakültemizde kurmuş olduğumuz simüle evde sağlık hizmetleri birimi hem mezuniyet öncesi hekimlere eğitim imkanı sunacak hemde yerinde eğitimde karşılaşılan çalışan sağlığı ve güvenliği açısından doğabilecek hukuksal sorunların önüne geçecektir.

Amaç: Yetkin birinci basamak hekimi yetiştirmek çabasında olan fakülteler arasında intörlük eğitimi ciddi farklılıklar gösterebilmektedir. Birçok hekimin ilk görev yeri olan evde sağlık hizmetleri eğitimi fakültemizde 2018-2019 öğretim yılından itibaren Aile Hekimliği stajı içerisinde simüle evde sağlık hizmetleri biriminde evde sağlık hizmetleri kliniği ile birlikte verilecektir. Ülkemizde devlet tıp fakülteleri içerisinde en kapsamlı simülasyon eğitim merkezi olan merkezimizde amacımız tıp öğrencilerini en yetkin biçimde sahaya hazır hale getirmektir. Bu çalışmanın amacı; öğrencilerin ev mimarisine uygun planlanmış ortamlarda, gerçeğe yakın stres altında, ekip sorumluluğu içerisinde, karmaşık durumlar ile nasıl baş edileceğine dair tutum ve davranış modelleri geliştirmeleri hedeflenerek simülasyona dayalı yeni nesil eğitim planlamasına dair deneyimleri paylaşmak ve evde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik düzenlemelerin okul döneminden itibaren her türlü fiziksel ve teknolojik imkanı kullanarak eğitimlerde nasıl verilebileceği konusunda rol model olmaktır.

Yöntem: Eğitici eğitimleri alınmış ve 2018-2019 eğitim döneminde müfredat programına entegrasyonu sağlanacak olan kısa adı @SİM olan RTEÜ klinik simülasyon eğitim merkezi fakültemiz dekanlık binasında yaklaşık 2000 metrekarelik alanda kurulmuştur. Acil, yoğun bakım, ameliyathane, doğumhane, standart hasta odası, Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav (Objective Structured Clinical Examination-OSCE) odaları, evde sağlık hizmetleri odası, temel beceri laboratuvarı, debriefing odaları, destek alanları (depo, teknik alan vs) olan ve ambulans da bulundurularak fiziki yapılandırılması tamamlanmış olan evde sağlık hizmetleri odasında mezuniyet öncesi hekimlere gerçeğe en yakın ortamda eğitim imkanı sunulacaktır.



Simülatör/mankenler: Evde sağlık hizmetleri birimi; ev ortamının oluşturulduğu ve oda içerisinde evde bakım hastasının tüm kronik sorunlarını simüle edebileceğimiz hem yüksek (Apollo, CAE Healthcare, ABD), hem düşük gerçeklikli simülatörlerin (Juno, CAE Healthcare, ABD) bulunduğu bir birimdir. Sadece ev içi müdahaleler, hasta bakımı değil aynı zamanda ambulans ile hastanın taşınması, sevki gibi ambulans içi eğitimlerde verilebilecektir. Ülkemizde 2017 yılında yapılan bir çalışmada evde sağlık hizmeti sunumunda görev yapan hekimlerin hizmet sunumunda ihtiyaç duydukları eğitim konuları incelenmiş ve hekimlerin %65,1'i temel kavramlar ve mevzuat konusunda, %54,8'i palyatif bakım hastasına genel yaklaşım, %54,8'i trakeostomi bakımı, %52,5 nöro-psikiyatrik hastalara yaklaşım konularında sıklıkla eğitim talebinde bulundukları görülmüştür. Evde sağlık hizmeti alanların çoğunlukla ameliyat sonrası ihtiyacı olanlar, ortopedi ve travmatoloji, onkoloji, kalp damar hastalıkları, tansiyon sorunu olan ve felçli hastaların oluşturduğu düşünülürse ve bu hizmetlerin hastane hizmetlerinden farklılık göstermesi nedeniyle, bu hizmeti sunacak sağlık personelinin diğer sağlık personeline kıyasla, daha özel ve sürekli hizmet içi eğitim alması gereklidir. Birimimizde kullanılan simülatörler ve mankenlerle, trakeostomi bakımı, yara bakımı, intramusküler ve intravenöz enjeksiyon uygulamaları, acil durum senaryoları (kardiak arrest, pulmoner emboli, ritim bozuklukları, kardiyojenik şok), ağız bakımı, nazal kanül uygulaması, nazogastrik tüp uygulaması gibi evde bakım hastası için gerekli tüm tıbbi girişim ve bakıma uygun eğitim verilebilecektir.



Simüle/standardize hasta/rol yapma: Birimimizde hasta yakını-hekim ve hasta-hekim ve hasta bakıcısı-hekim iletişiminin sağlanmasına yönelik eğitimlerin verilebileceği poliklinik ortamı sağlayan OSCE (Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınavının) odaları bulunmaktadır. Böylece öğrencilere simüle/standardize hastalarla iletişim, ekip çalışması, motivasyon, çalışan güvenliği gibi konularda eğitim verilmesi planlanmaktadır. Simüle hasta olacak sağlamlar için

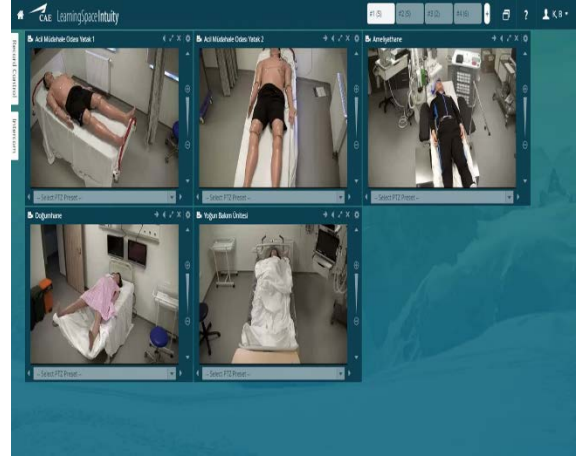
duyurular yapılmaya başlanmış olup, eğitimleri tamamlanıncaya kadar tiyatro oyuncularından destek alınacaktır.



Sanal hasta uygulamaları: Evde sağlık simülasyon merkezi sürekli eğitim için ideal bir ortam sağlayarak evde bakım hastaları için düzenlenmiş farkı tıbbi senaryoları simülatörler üzerinde uygulama imkanı vermektedir. Simülatör senaryoları dışında ayrıca sanal hasta uygulamaları (Bodyinteract, Take the Winds, Portekiz) ile de eğitim desteklenecektir. Ülkemiz gerçekliğine uygun senaryo yazılımları konusunda yazılım merkezinden (Portekiz) destek almak için çalışmalar başlatılmıştır.



Kayıt, ölçme, değerlendirme: Simülasyon merkezi yönetim ve işletim sistemi (Learning Space, CAE, ABD) ile öğrencilerin yaptıkları her türlü uygulama ve girişimin kamera ve ses kayıtları birlikte debriefing odalarında çözümlenerek öğrencilerin hatalarından öğrenmelerine fırsat verilecektir.



Hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları: Ayrıca yeni uygulamaya geçilen Sağlık Bakanlığı evde sağlık kalite standartlarının (SKS) karşılanması sağlanarak hasta ve çalışan güvenliğini hedefleyen uygulamalar öğrencilik yıllarından itibaren kazandırılmış olacaktır.

Eğitim planlamaları: Evde sağlık hizmetlerine yönelik simüle eğitimlerin sadece tıp fakültelerinde doktor adayları için değil, multidisipliner yaklaşımla meslekler arası işbirliği kapsamında huzurevleri personeli de dahil olmak üzere tüm paydaşlara verilmesi planlanmaktadır.

Sonuç: Simülasyona dayalı sağlık eğitimleriyle öğrencilere güvenli, destekleyici, yapılandırılmış öğrenme ortamı sağlanabilmekte, deneme yanılma yoluyla öğrenme, hastaya zarar verme riski taşımayan bir ortamda uygulama yapma ve becerilerini geliştirme fırsatı sunulmakta, deneyimleme ile öğrenmenin kalıcılığı artırılabilen, kazanılan becerilerin gerçek hasta bakımı ortamına aktarılabilmesine olanak sağlamaktadır. Evde sağlık hizmeti sunumunda hizmet sunucularının daha verimli çalışabilmeleri için, işin her türlü gerekliliklerinin yerine getirilmesi gerektiği gibi her bir çalışanın eğitim gereksinimlerinin de belirlenmesi ve eğitilmeleri birincil öncelik olmalıdır. Eğitim için ideal bir ortam sağlayan simüle evde sağlık birimi bu konudaki eksiklikleri gidererek özgüveni yüksek, bilişsel aktivitelerin en iyi şekilde yerine getirildiği beceri ve tutumların geliştiği bir ortamda alınan eğitimler daha kaliteli bir hizmetin ortaya çıkmasına neden olacaktır.

Anahtar kelimeler: evde sağlık, simülasyon, tıp eğitimi

The role of medical education based on simulation in home health services:

Recep Tayyip Erdoğan University Faculty of Medicine

Objective: The purpose of this study is; aiming to develop attitudes and behavioral models of how students will cope with complex situations under near-real stress, under team responsibility, in a planned environment suited to home architecture, and to share experiences with next-generation simulation-based education planning and to improve the health care at home to be a role model on how to be provided using technological means.

Method: Approximately 2,000 square meters of field trainings were taken in the dean of our faculty, and the RTEÜ clinical simulation training center with the short name ®SİM, which will be integrated into the curriculum during the 2018-2019 education period, was established. Home health care unit is a unit where the home environment is built in the room and simulators are simulated to simulate all the chronic problems of the home care patient. For home care patients such as tracheostomy care, wound care, intramuscular and intravenous injection applications, emergency scenarios (cardiac arrest, pulmonary embolism, rhythm disturbances, cardiogenic shock), oral care, nasal cannulation, nasogastric tube application with simulators and manikins used in our unit It is designed in accordance with all necessary medical intervention and care.

Conclusion: The simulated home health unit, which provides an ideal environment for education, will solve the deficiencies in this area and lead to a higher quality service with the self-confidence and the skills and attitudes developed in the best manner of the cognitive activities.

Key words: **home care, simülasyon, medical education**

KAYNAKLAR:

Bradley, 2006:254. Bradley P. The History of simulation in medical education and possible future directions. Med Educ 2006; 40: 254-262.

Karadağ M. Türk Silahlı Kuvvetlerinde görevli hekim öğretim üyelerinin evde bakım hizmetleri konusundaki görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, 2006.

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). To Err Is Human:: Building a Safer Health System (Vol. 627): National Academies Press.

McGaghie vd;2010:50) McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, Scalese RJ. A Critical review of Simulation-Based Medical Education research: 2003-2009. Med Educ 2010; 44: 50-63.

Mıdık Özlem, Kartal Mehtap. Simülasyona Dayalı Tıp Eğitimi. Marmara Medical Journal 2010;23(3);389-399.

Nehring & Lashley, 2009 Nehring, W. M., & Lashley, F. R. (2009). Nursing simulation: A review of the past 40 years. Simulation & Gaming, 40(4), 528-552).

Subaşı N. Ankara İli Çankaya ilçesinde evde bakım durumu araştırması. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2001.

SKS Evde Sağlık Sağlık Bakanlığı, 2017, ULR: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9783,sks-evde-saglik-kitap-2017pdf.pdf?0> (erişim tarihi: 06.04.2018)

Ziv A. Simulators and Simulation- Based Medical Education. In: Dent J, Harden RM, eds. A Practical Guide for Medical Teacher. London: Elsevier Limited, 2005: 211–220.

24- Demans hastalarının günlük yaşam aktiviteleri ve nöropsikiyatrik belirtilerinin değerlendirilmesinde hasta yakınlarının bakış açısı

Fatma ATKAN¹, Birgül Özkan²

^{1,2} Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara/Türkiye

Bireylerin ömür sürelerinin artmasıyla demans görülme sıklığı da artmaktadır. Demans nedeniyle kişinin bilişsel yeteneklerinde, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik oluşması, davranışsal, psikopatolojik bir takım değişikliklerin meydana gelmesi sonucu birey bağımlı hale gelmekte, bu da bakım veren kişilerin yükünün artmasıyla sonuçlanmaktadır. Demans hastasındaki bu değişikliklere bağlı olarak sağlık ekibi üyelerinden hastaya en sık bakım veren hemşirelere bireyde ve bakım vericilerinde ortaya çıkan bu sorunların fark edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılmasında önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu anlamda bu derleme makale ile demans hastasının günlük yaşam aktivitelerinde ve nöropsikiyatrik düzeyindeki değişikliklerin bakım verici tarafından algılanması, bu nöropsikiyatrik değişikliklerin bakım verici için yarattığı etkinin önemi ile ilgili yapılan çalışmalardan söz edilerek bu alanda duyarlılık ve farkındalığın artırılması yoluyla literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Demans, günlük yaşam aktiviteleri, nöropsikiyatrik belirtiler, bakım verici.

Dementia Caregivers' Perspective In The Evaluation of Activities of Daily Living and Neuropsychiatric Symptoms of People With Dementia

The frequency of dementia increases depending on the the increase in the lifespan of individuals. Due to dementia, person's intellectual abilities and activities of daily living are inadequate, also behavioral, and psychopathological changes, the resulting individual becomes addicted, resulting in an increase in the burden of caregivers. Depending on these changes in the patient with dementia, there are significant responsibilities to the nurses who have most care among the members of the health care to recognize these problems and to carry out the necessary interventions in the individuals and caregivers. In this sense, it is aimed to contribute to the literature by increasing sensitivity and awareness in this field by referring to the studies about the perception of the changes in the daily life activities, neuropsychiatric level of the dementia patient by the caregiver, and the effect of these neuropsychiatric changes on the caregiver.

Keywords: Dementia, activities of daily living, neuropsychiatric symptoms, caregiver.

GİRİŞ

Demans insidansı yaşla birlikte büyük miktarda artmakta ve 60 yaş üzerinde prevalansı her beş yılda bir ikiye katlanmaktadır (Karaman, 2005: 53-61; Akın vd., 2001: 33-39). Bireyin bilişsel yeteneklerinde meydana gelen bozulmalarla birlikte işlevselliğinde, kişilik yapısında, davranışlarında ilerleyici şekilde değişiklikler oluşmakta, bu değişiklikler bireyin yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Akdemir ve Birol, 2011: 839-843; Akça vd., 2014: 267-274; Şentürk ve Küçükgüçlü, 2015: 190-194; Gökteş ve Özkan, 2006: 30-37). İşlevselliğinde bozulma meydana gelen bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesine bağlı olarak önce yarı bağımlı daha sonra da tam bağımlı duruma gelmesiyle ve aynı zamanda bir takım nöropsikiyatrik değişikliklerin görülmesiyle bakım vericilerin yükü artmaktadır. (Akça vd., 2014: 267-274; Şentürk ve Küçükgüçlü, 2015: 190-194; Fuh vd., 2005: 1337-1341; Atagün vd., 2011: 513-552). Bilişsel yetenekleri bozulan hastaların iç görülerinin ve kendini değerlendirme durumlarının bozulmasından dolayı hastalar verdikleri tepkileri ve duygularını hatırlayamamaktadırlar. Bu durumda da sağlık profesyonelleri için bakım vericiler esas bilgi kaynağı olmaktadır (Kurban vd., 2010: 34-43). Bakım sürecinde aktif rol alan hemşireler için hastanın fonksiyonelliğinde ve nöropsikiyatrik yapısında meydana gelen değişimler, bunların hasta bakımında etkin rol alan bakım vericiler tarafından değerlendirilmesi ve meydana gelen değişikliklerin bakım vericiye verdiği etkiyi bilmek son derece önemli olmakla birlikte, bu anlamda demans, yaşam aktiviteleri, nöropsikiyatrik belirtiler ve bakım verici gibi kavramların literatür açısından irdelenmesi gereklilik arz etmektedir.

1. Demans

Demans birçok ülkeyi ilgilendiren, kronik hastalıklardan olan bir problem olmaya başlamaktadır (Abe vd., 2015: 14-17). Demans oranının her 20 yılda bir ikiye katlanacağı, 2030 yılında 65.7 milyon, 2050 yılında ise 115.4 milyon yaşlı bireyin demans tanısı alacağı tahmin edilmektedir (Şentürk ve Küçükgüçlü, 2015: 190-194). Demans düşünme, öğrenme, hafıza süreçlerinde ilerleyici bozulmalara neden olan, uzak ve yakın bellekte kayıplar meydana getiren, konuşma, algılama yeteneklerini değiştiren, kişilerin yaşam becerilerini yapmalarına engel olan ve sosyal ilişkilerinde bozulmaya yol açan bir sendromdur (Şentürk ve Küçükgüçlü, 2015: 190-194; Akpınar ve Küçükgüçlü, 2011: 141-143). Demans türleri içerisinde % 60'dan fazla olarak Alzheimer demansı (AD) görülmektedir (Abe vd., 2015: 14-17).

1.1. Demansta Günlük Yaşam Aktiviteleri

Yaşam aktiviteleri, temel günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA) olarak gruplandırılmakta; banyo yapma, kıyafetlerini giyinme, tuvalet yapma, bir yerden bir yere gitme, sfinkter kontrolü (kontinans), yemek yeme gibi işlevsel aktiviteler temel günlük yaşam aktiviteleriyken, daha kompleks olan enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ise telefon kullanabilme, alışveriş yapabilme, yemek yapabilme, ev işlerini yapabilme ve çamaşır yıkayabilme, yolculuk yapabilme, ilaçlarını kullanma, para işlerini yönetebilme gibi aktivitelerdir, bu aktiviteler bilişsel kontrol gerektirmekte ve hastaların fonksiyonellik düzeyi pek çok ölçekle belirlenebilmektedir. (Akyar, 2011: 79-88; Rasovska ve Rektorova, 2011: 279-282). EGYA, TGYA'ndan önce bozulduğu için EGYA'nın erken değerlendirilmesi bireylerde başlangıç düzeyindeki fonksiyonel azalmayı belirleyebilir böylelikle erken dönemde alınacak önlemler ile bakım vericilerde oluşacak yük azaltılabilir (Graf, 2008: 52-58).

1.2. Demansta Görülen Nöropsikiyatrik Değişiklikler

Demansta ajitasyon, anormal motor davranışlar, agresyon, anksiyete, depresyon, apati, disinhibisyon, sanrı, halüsinasyon, uyku veya iştahta değişiklikler, güneş batma sendromu gibi çeşitli duygu durum bozuklukları, psikotik semptomlar ve kişilik değişiklikleri görülmekte ve bu değişiklikler hastalığın evresi ilerledikçe daha sık ve şiddetli düzeyde görülmektedir (Şentürk ve Küçükgüçlü, 2015: 190-194; Bergh vd., 2012: 1956-1959; Kızıl vd., 2012: 24-29). Demans hasta yakınları ve bakım vericileri nöropsikiyatrik belirtilerin %50-90 sıklığında görüldüğünü ifade etmişlerdir (Akyar, 2011: 79-88). Yapılan çalışmalar AD' de depresyon en sık belirti olduğunu, daha sonra apati ve ajitasyon geldiğini ve demansa depresyonun eşlik etmesinin bilişsel bozulmayı hızlandırdığını göstermektedir (Çam ve Engin, 2014: 612-613; Cangöz vd., 2012: 284-291; Yacı, 2011: 69-70). Bir çalışmada hastaların % 96'sında en az bir nöropsikiyatrik belirti olduğu, en sık ajitasyon, apati, depresyon ve irritabilite görüldüğü, belirtilerin hastaların demans evresine göre değişebildiğini ve bakım verenin sıkıntı düzeyinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedirler (Khoo vd., 2013: 1991-1999). Çınar'ın çalışmasında hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık olmasının nöropsikiyatrik belirtilerle ilişkili olduğu ve NPE puanlarının EGYA, GYA, tanı süresi ve bakım süresi ile ilişkili olduğu gösterilmiş, ancak nöropsikiyatrik belirtilerin hasta yakını distress düzeyi değerlendirilmemiştir (Çınar, 2012: 70-71). Benzer biçimde Onofrio ve ark.'nın çalışmasında da sanırları olan AD hastalarının olmayan gruba göre temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde daha yüksek düzeyde yetersizlik gösterdiği ve beslenme sorunlarının bulunduğu,

önemli derecede NPE skorlarının daha yüksek olduğu, nöropsikiyatrik belirtilerin bilişsel ve fonksiyonel yetersizlikle ilişkili olabileceği görülmüştür. (Onofrio vd., 2016: 427-437).

1.3. Demans Hasta Yakını/Bakım Vereni Olmak

Demans hastaların sorumluluklarını yerine getirememesine, aile içinde rollerin değişmesine yol açmakta, bakım vericilerinin yükü önemli derecede arttırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Akpınar ve Küçükgüçlü, 2011: 141-143; Çetinkaya ve Karadakovan, 2012: 171-178). Bakımvericiler özellikle aile üyeleri iken, daha çok kız çocukları, eş ya da diğer kadın akrabalar (Tekin vd., 2011: 35-39). Aile üyeleri ve bakım vericileri anksiyete, duygusal stres, depresyon, birçok sağlık sorununa yol açan bağışıklık sisteminde zayıflama, iş kaybı ve beraberinde birtakım ekonomik sıkıntılar ile karşılaşmaktadırlar (Şentürk ve Küçükgüçlü, 2015: 190-194). Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin ve bakım verenlerin en fazla hastalarında meydana gelen davranışsal değişiklikler nedeniyle bakım vermekte zorlandıklarını göstermektedir (Şentürk ve Küçükgüçlü, 2015: 190-194; Özcan ve Kapucu, 2009: 167-172). Yapılan bir çalışmada AD hastalarının yaşam aktivitelerinden para hesabı, yemek hazırlama, ilaç sorumluluğu, ulaşım ve telefon kullanabilme yeteneklerinde meydana gelen değişikliklerin bakım yükünü en fazla artırdığı görülmekte ve apati, ajitasyon, anormal motor davranış, iştah ve agresyonun bakım veren yükünü en fazla artırdığını göstermektedir (Dauphinot vd., 2015: 907-916)

1.4. Demansta Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Demansta hemşirenin hasta bireye empati ile yaklaşması, var olan ihtiyaçlarına yönelik bakım hedefleri geliştirmesi, doğru iletişim tekniklerini kullanması, hasta birey, ailesi ve bakım verenine hastalığın bütün evrelerinde destek olması gerekmektedir. Hemşirenin gerekli uygulamaları yapabilmesi için de konu ile güncel bilgileri takip etmesi ve bunları bakım sürecine entegre etmesi gerekmektedir (Akyar, 2011: 79-88). Hemşirenin bakımvericiye hastalık sürecinde gelişebilecek değişiklikler, bunlarla baş etmede etkili olabilecek destek mekanizmaları ilgili eğitim vermesi, bakım verme işinin aile üyeleri içinde dönüşümlü olarak ayarlanması kişilerin yaşadıkları tükenmişliğin azalmasında etkili olacaktır. Aynı zamanda bakımvericiye hastayla kuracağı iletişim, hastanın yaşadığı uyku sorunlarına yönelik uyku düzenini sağlamak, kendini güvende hissedeceği şekilde çevresel düzenlemeleri yapma gibi konularda eğitim vermesi gerekmektedir. Hastaların belirtilerine yönelik farmakolojik tedaviler için ilaç yönetimi, aromaterapi, müzik terapi gibi çeşitli nonfarmakolojik yöntemler konusunda gerekli eğitimleri düzenlemeli, hasta ve yakınına sürece katmalıdır.

2. Tartışma ve Sonuç

Dünyada ve ülkemizde demans görülme sıklığı artmasıyla küresel bir hastalık haline gelmektedir. Literatür incelendiğinde demans hastasının bilişsel düzeyinde zaman içinde yetersizlikler oluştuğu, hastadaki bu değişikliklerin kişinin işlevselliğini etkilediği, bağımsız bir birey olan kişinin zamanla bağımlı hale geldiği görülmektedir. Bu durum aynı zamanda hasta bireyin anksiyete, depresyon gibi duygular yaşamalarına da yol açmaktadır. Hastadaki değişiklikler bakımvericide yük oluşturmakta, bakım sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Demans hastasının tanı alma sürecinden itibaren her aşamada bulunan hemşire için hastanın işlevsel düzeyi ve davranışsal değişiklikleri arasındaki ilişkiyi bilmek, buna yönelik hasta ve bakım vericiye yönelik gerekli girişimleri planlamak hemşirelik ve bakım süreci açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- Karaman, Y. (2005). Alzheimer Hastalığı-II. Actual Medicine Medical Network, 13(10), 53-61.
- Akın, B., Seviğ, Ü., Karataş, N. (2001). Türkiye’de Gerontoloji Hemşireliği Eğitimi (I): Bir Sertifika Eğitim Programı Geliştirme Çalışması Programın Dayandığı Temeller, Deneyimler Ve Eğitim Programı Önerisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(1), 33-39.
- Akdemir, N., Birol, L. (2011). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, 3.Baskı, Ankara.
- Akça, A., Saraçlı, Ö., Emre, U., Atasoy, N., Güdül, S., Barut, B., Şenormancı, Ö., Büyükuysal, Ç., Atik, L., Atasoy, H. (2014). Hastanede Yatan Yaşlılarda Bilişsel İşlevlerin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Depresyon, Anksiyete ve Klinik Değişkenlerle İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 51, 267-274.
- Şentürk, S.G., Küçükgüçlü, Ö. (2015). Aromaterapi Uygulamasının Demanslı Bireylerde Görülen Davranışsal Değişiklikler Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(3), 190-194.
- Göktaş, K., Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda Depresyon. Türkiye Psikiyatri Dizin, 8, 30-37.

Fuh, J.L., Wang, S.J., Cummings, J.L.(2005). Neuropsychiatric Profiles in Patients with Alzheimer's Disease and Vascular Dementia. *Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1337–1341.

Atagün, İ.A., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.

Kurban, N.K., Zencir, M., Kartal, A., Türker, Ş. (2010). Alzheimer Hastalığı Olan ve Olmayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1), 34-43.

Abe, K., Yamashita, T., Hishikawa, N., Ohta, Y., Dequchi, K., Sato, K., Matsuzono, K., Nakano, Y., Ikeda, Y., Wakutani, Y., Takao, Y. (2015). A New Simple Score (ABS) for Assessing Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of the Neurological Sciences*, 350 (1-2), 14–17.

Akpınar, B., Küçüküçlü, Ö. (2011). Demanslı Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçülebilir Mi? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 141-143.

Akyar İ. (2011). Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 79-88.

Rasovska, H., Rektorova, I. (2011). Instrumental Activities of Daily Living in Parkinson's Disease Dementia as Compared with Alzheimer's Disease: Relationship to Motor Disability and Cognitive Deficits: A Pilot Study. *Journal of the Neurological Sciences*, 310, 279–282.

Bergh, S., Holmen, J., Saltvedt, I., Kristian, T., Geir, S. (2012). Dementia and Neuropsychiatric Symptoms in Nursing-home Patients in Nord-Trøndelag County. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 132, 1956–1959.

Çam, O., Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, İstanbul Medikal Yayıncılık Hiz.Tic.Ltd.Şti, 1.Baskı, İstanbul.

Cangöz, B., Kutsal, Y.K., Kızıl, E.T., Baran, Z. (2012). Üç Farklı Yaşlı Hastalığı: Genel Bilişsel İşlevler, Bellek, Depresyon ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Açısından İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3), 284-291.

Yacı, Ö. (2011).Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Khoo, S.A., Chen, T.Y., Ang, Y.H., Yap, P. (2013). The impact of neuropsychiatric symptoms on caregiver distress and quality of life in persons with dementia in an Asian tertiary hospital memory clinic. *International Psychogeriatrics*, 25(12), 1991–1999.

Çınar, E. (2012). Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakıcı yükünün değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Onofrio, G., Panza, F., Sancarło, D., Paris, F.F., Cascavilla, L., Mangiacotti, A., Lauriola, M., Paroni, G.H., Seripa, D., Greco, A. (2016). Delusions in Patients with Alzheimer’s Disease: A Multidimensional Approach. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 51, 427–437.

Çetinkaya, F., Karadakovan, A. (2012). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(2), 171-178.

Tekin, N., Dişçigil, G., Altunbaş, E. (2011). Demans Hastalarının Bakımı, Toplumsal Bakış Açısı, Davranış ve Bilgi Kaynakları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(1), 35-39.

Özcan, M., Kapucu, S.S. (2009). Demanslı Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Akad Geriatri*, 1, 167-172.

Dauphinot, V., Delphin, C.F., Mouchoux, C., Dorey, A., Bathsavanis, A., Makaroff, Z., Isabelle, R., Salmon, P.K. (2015). Risk Factors of Caregiver Burden Among Patients with Alzheimer’s Disease or Related Disorders: A Cross-Sectional Study. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 44, 907–916.

25- Aşırı prematüre bir bebeğin taburculuk sonrası klinik seyri; olgu sunumu ile yenidoğan yoğun bakım mezunu bebeklerde evde sağlık hizmeti

Yasin Yıldız¹, Mehmet Kenan Kanburoğlu²

¹ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

² Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD
Yenidoğan Bilim Dalı

Giriş: Vücut ağırlığına bakılmaksızın 36. gestasyon haftasını tamamlamadan doğan bebekler preterm bebek olarak adlandırılıp, dünyada tüm neonatal ölümlerin %35'inin doğrudan sebebidir. Özellikle aşırı pretermelerde görülmek üzere bu hastalarda doğum sonrasında; hipotermi, hipoglisemi, apne, Nekrotizan Enterokolit, Respiratuvar Distress Sendromu gibi birçok klinik problem gözlenmektedir. Uzun hospitalizasyon süresi sonunda ise hasta ve ailelerini; solunum problemleri, **bronko pulmoner displazi (Kronik Akciğer Hastalığı), serebral palsy, prematür retinopatisi, gelişme geriliği gibi birçok sağlık problemi beklemektedir.** Son yıllarda yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin (YYBÜ) hem sayıca artışı hem de kalitelerinin yükselmesi, çok küçük doğan prematürelerin yaşama oranlarını artırmakla birlikte bu hastalarda taburculuk sonrası evde bakım oldukça önem arz etmektedir. Özellikle 32 haftanın altında doğan bebeklerde “uzun dönem bakım” ihtiyacı gerekebilmektedir. Preterm bebeklere taburculuk sonrası evde bakım hizmeti kapsamında, bebeğe ve ailesine günlük gereksinimlerine yönelik, ev ortamında, bütüncül bakım anlayışı ile teknik, psikolojik ve terapötik destek sunulması sağlanabilir. Preterm bebeklerin hastaneden ayrıldıktan sonra yeniden hastaneye yatışlarının azalmasında, komplikasyon belirtilerinin erken dönemde tespit edilmesinde, preterm bebeğin aile ortamının değerlendirilmesinde, ebeveynlerin preterm bebeğin evdeki bakımına yönelik kaygı durumlarının ve yeterliliklerinin değerlendirilmesinde, ebeveynlerin bakıma katılmalarının sağlanmasında, becerilerinin artırılması ve cesaretlendirilmelerinde, ebeveynlerin eksik oldukları konularda eğitim alabilecekleri bir fırsat oluşturulmasında, bebek ve ailesinin günlük hayata adaptasyonlarının sağlanmasında, gelişimsel izlem ve desteğin yapılmasında, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde evde bakım faaliyetleri oldukça değerli uygulamalardır

Olgu Sunumu: 28 yaşındaki preeklampsi tanılı anneden G2P2Y2 olarak 28. gebelik haftasında C/S ile 915 gr doğan erkek bebek, postnatal 97. gününde taburcu edildi ve taburcu olduktan 3 gün sonra solunum sıkıntısı ile acile servise getirildi. Aileye evde pulse oksimetre cihazı verilmesine ve eğitim verildikten sonra taburcu edilmelerine karşın bu cihazı evde kullanmadıkları öğrenildi. Bebeğin acile gelişinde spontan solunumu olmayıp arrest gelmesi nedeniyle entübe edilip kardiyo-pulmoner resüsitasyon uygulandıktan ve yanıt alındıktan sonra yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı. Laboratuarda, CBC; Hb: 11,9 mg/dl, Htc: %34,6, WBC: 11,5 x10³/uL, Plt: 281.000 x10³/uL Resusitasyon sonrası Kan Gazı: pH:6,9 pCO₂: 25 pO₂: 70 HCO₃: 8 BE: - 18 idi. Akciğer grafisinde sağ alt lobda aspirasyon pnömonisi ile uyumlu olabilecek infiltrasyon vardı. Hastaya pnömoni, apne tanıları ile kafein, sefotaksim, ampicilin başlandı. Servise yatışının 3. Gününde ekstübe edilip, kültürleri negatif olan hasta yatışının 14. gününde oksijen ihtiyacı olmazken ve tamamen ağızdan beslenilir bir şekilde taburcu edildi. Hasta bu yatışını takip eden 1 ay içerisinde 2 kez daha solunum sıkıntısı nedeniyle hastaneye yatırıldı, çok ayrıntılı yapılan hikayede evde sigara içildiği, baba işte çalıştığı için doktora götürülmek için babanın işten gelmesinin beklendiği, bebeğin yattığı

yatağın ani bebek ölümü açısından riskli olduğu ve ailenin bebeğin genel durumunu anlamakta eğitim verilmesine karşın zorlandıkları anlaşıldı.

Tartışma: Evde bakım hizmetleri özellikle aşırı prematür bebeklerin aileleri için önem arz etmektedir. Doğumundan itibaren uzun süre YYBÜ’ de yatmış olan bu hastalar; Kronik Akciğer Hastalığı, trakeostomi ile oksijen desteği veya spontan solunum olmaması nedeni ile ev tipi mekanik ventilatör gibi tıbbi cihazların ihtiyacı, Serebral Palsi’ye bağlı motor defisitler, işitme ve görme problemleri gibi birçok klinik durumla bir anda ailelerin himayesine verilebilmektedir. Bu nedenle taburculuk öncesi tıbbi cihazların temini ve taburculuk sonrası karşılaşılabilecek tüm riskler ailelere anlatılarak uygulama eğitimleri yapılması hastanın evde bakımı için oldukça önemlidir. YYBÜ’nden taburcu olurken ailelere; prematüre bebeklerin anne babalarına temel CPR eğitimi, eve pulse oksimetre ile gönderilen bebeklerde monitör takibi, eve oksijen desteği ile veya ev tipi mekanik ventilatörle gönderilen hastalarda tüpün ve cihazın kullanımı (ayrıca oksijen patlayıcı madde olduğundan bu ailelerin adresini itfaiyeye bildirmek gerekiyor), aspirasyon cihazı kullanımı ve aspirasyon işlemi, evde beslenmeyi nasıl yaptıkları (prematürelere protein supplement yapıyorsa uygun hazırlanıp hazırlamadıkları), evde sanitasyon koşullarına uygunluk, anne sütünün saklanma koşulları, bağışıklama programları gibi konularda bilgiler verilmelidir. Ayrıca evde “ani bebek ölümü sendromu” açısından ailelerin bilgilendirilmesi (Sırt üstü yatırılma, ortam ısısı, battaniye kullanmama, bere kullanmama, çarşafın sıkı olması, beşiğin veya yatağın uygun olması gibi) oldukça önemlidir. Eve hiçbir tıbbi cihaz verilme bile bebeklerin beslenmelerinin yeterli olup olmadığının takip edilebilmesi için bu bebeklerin evde çıplak olarak tartılması, emzirme eğitimlerinin ev ortamında takibi özellikle hastaneye başvurmada sıkıntı yaşayan ailelerde önemlidir. Özellikle eve mekanik ventilatörle gönderilmiş olan bebeklerin belli aralıklarla kan gazlarına bakılarak mekanik ventilatör ayarları değiştirilmelidir, sırf kan gazına bakılması için tüm cihaz donanımıyla bebeğin hastaneye gelmesi çok zahmetli olmakta hatta bazen bebeğin stabilitesini bozmaktadır. Bu tür analizlerin ev ortamında yapılabilmesi hastanın takibinin çok daha sağlıklı yapılmasını sağlayacaktır. Prematüre bebeklerin büyük kısmı ve term bebeklerin bazıları emzirilemediğinden evde süt sağlamak gerekmektedir. Bu ailelerin evde sütü doğru sakladıkları, hijyene dikkatleri, ev ve buzdolabının saklamaya uygunluğu, prematüre bebeklerde anne sütüne destek için süte eklenen güçlendiricilerin doğru kullanılıp kullanılmadığı ev ortamında denetlenmesi gereken faaliyetlerdir. Ayrıca evin sıcaklığının 25 derecenin üzerine çıktığı durumlarda bebeklerde apneler görülebilmektedir. Otizim ile ilişkili 2 yaşına kadar televizyon izletilmemesi, evde sigara içilmemesi, soba kullanan aileler için karbonmonoksit zehirlenmesi açısından evin ve bacanın durumu da tüm bebekler için evde incelenmesi gereken durumlardır.

Sonuç: Aşırı prematüre hasta grubu “uzun dönem evde hasta bakımı” gerekebilecek hasta gruplarından birini oluşturmaktadır. Bu hastaların evde bakım hizmetlerinden faydalanabildikleri bilgisi aileler ile paylaşılarak bu konuda sağlık profesyonellerinden yardım almaları sağlanmalıdır. Mevcut yönetmelik evde hangi hizmetlerin verilebileceği konusunda tam olarak netlik içermemektedir fakat muayene ve hasta başı kan alma mümkündür. Unutulmamalıdır ki; yaşamlarının henüz başlangıcından itibaren evde bakım hizmetlerine muhtaç olan bu hastalarda, evde bakım hizmetinin kalitesi hastanın morbidite sıklığında, mortalite riskinde ve yaşam süresinde oldukça önemli rol oynayacaktır.

Anahtar Kelimeler: prematürite, evde bakım, aile eğitimi

ABSTRACT:

Discussion of home-based health care system for NICU graduates, in the light of a case of a very low birth weight infant.

Yasin Yıldız¹, Mehmet Kenan Kanburoğlu²

¹ Recep Tayyip Erdogan University, Medical School, Department of Pediatrics, Rize, Turkey

² Recep Tayyip Erdogan University Medical School, Department of Pediatrics, Division of Neonatology, Rize, Turkey

Introduction

All infants below the gestational age of 36 weeks are premature, and 35% of mortality is caused by prematurity all over the world. Especially very low birth weight infants are prone to hypothermia, hypoglycemia, apnea, necrotizing enterocolitis, respiratory distress syndrome. After a very long journal in a neonatal intensive care unit, (NICU) some of them may face the complications of chronic lung disease, cerebral palsy, retinopathy of prematurity and developmental insufficiency. During the last fifteen years, Turkey has achieved a great momentum and decreased the rate of infant mortality rate by half. On the other hand, the number of NICUs increased as with the NICU graduates. This results in a quite large number of neonates under the need of long-term medical care. Psychological, therapeutical and technical support can be given in home setting with a holistic approach for the babies and their families who are under a great burden to keep their babies disease free. By examining the home settings of the neonate, we can enhance the quality of care of the baby and the family members can take responsibility easier by trusting themselves. This results in decreased medical need and re-admission to hospital, long-term complications, anxiety and unhealthy mother-baby attachment. Babies can be diagnosed earlier if they have a disease or in need of a therapeutical change. In this paper, we discuss what kind of implementations can be done in the home-care setting for the premature infants and present a case that this could not be done properly.

Case:

A male infant was born via cesarean section to a 28-year-old gravida 2, para 2 mother at 28 weeks of gestation. After giving an education for how to use pulse oximeter and routine feeding and care of the baby, he was discharged from NICU on the 97th day. Just 3 days later he was admitted to the pediatric emergency clinical with a very poor condition with a no respiratory effort and very poor quality of circulation. He was resuscitated and intubated and after he answered the resuscitation he was hospitalized again in the NICU. In his laboratory examination CBC; Hb: 11,9 mg/dl, Htc: 34,6 WBC: 11,5 Plt: 281.000, Blood gas analysis (after resuscitation): pH:6,9 pCO₂: 25 pO₂: 70 HCO₃: 8 BE: - 18. A consolidation area suspected of aspiration in the Chest x-ray. After treating with Caffeine, sephotaxim and ampicillin treatment for 14 days he was discharged from NICU again after a long discussions and education sessions with the family. The baby had admitted to the hospital two times in the following month. The very detailed medical history revealed that they were still smoking in the house, they were waiting for their father from returning job if the baby in need of going to the hospital, the

conditions of sleeping area is not suitable for the baby and family members are not qualified enough to recognize that the baby may be not well enough.

Discussion:

Home based medical care is very important for premature infants. Premature babies with chronic lung disease and cerebral palsy may be using a home-type mechanical ventilator, pulse oximeter or in need for tracheostomy care or may have difficulty with motor deficits, learning, hearing and vision deficits. A good education should be given to the family members who will be responsible of the baby at home. Education should include CPR, using oxygen tube, aspirator, pulse oximeter and mechanical ventilation. Local fire stations should be informed that there is an oxygen tube inside the house which is very explosive. Also, parents should learn how to make formula, how to add enhancers to the mother milk, how to use breast pumps, how to store milk in the refrigerator. Risk factors for sudden infant death syndrome (not lying supine, high room temperature, using blankets and beret) should be instructed to the parents.

Both term and preterm infants may have weighed, and breastfeeding quality can be examined at home. Blood gas analysis may be done for babies with mechanical ventilators and adjustments can be done by consulting to the neonatologist. Transferring a neonate from home to hospital is very troublesome especially if the baby is using ventilator, oxygen tube and aspirator. Sometimes babies may deteriorate just because of that transportation.

Parents can be examined how to pump, store and reheat milk, how to use breast milk enhancers and how to obey hygienic measures at home. Room temperature should be checked, and TV exposure should be examined as well as risk factors for carbon monoxide toxicity.

Conclusion:

Premature infants are one the main groups that are in need of home-based medical care. The instructions for this vulnerable population is not well addressed. We try to exemplify how home-based medical care for premature and term neonates can be achieved. These titles should be discussed and well organized to achieve a good quality of care. By achieving high standards both mortality and morbidity of neonates will be decreased and it will affect throughout their life.

Key Words: prematurity, home-care, family education

Referanslar:

Bayat, Erdem, Barık, ve Seviğ (2005). Yenidoğan servisinde yatan bebeklerin annelerinin yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-13) ve Yenidoğan Kongresi (Özet Kitabı). Kayseri. 13-17 Nisan, 499-500.

Baysoy N. 2011. Düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklerin taburculuk sonrasında izlemi ve rehospitalizasyon sıklığının ve nedenlerinin araştırılması. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sulatan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği: İstanbul.

Browne and Talmi. (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. Journal Of Pediatric Psychology, 30: 667-677.

Cox and Bialoskurski. (2001). Neonatal intensive care: communication and attachment. *British Journal Of Nursing*, 10(10): 668-76.

Erdeve Ö. (2009). Aile merkezli bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı ailenin yeri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 51: 199-203.

Erdeve, Atasay, Arsan ve Türmen. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51: 104-109.

Gullino S, Kaiser A, Khan H, et al. 2016. New mothers' experiences of the urban environment with their preterm infants involve complex social, emotional and psychological processes. *Acta Paediatr.* 1, 1-18.

Nyström and Axelsson. (2002). Mothers' experience of being separated from their newborns. *Journal Of Obstetric, Gynecologic And Neonatal Nursing*, 31(3): 275–282.

Poggioli, Minichilli, Bononi et al. 2016. Effects of a home-based family-centred early habilitation program on neurobehavioural outcomes of very preterm born infants: A retrospective cohort study. *Neural Plasticity*, 1, 1-11.

Taş ve Turgut R. 2013. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. *DEUHYO ED*, 6, 119-124.

Turan ve Bolışık B. (2003). Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1): 39-46.

Turan, Başbakkal, Özbek Ş. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of prematüre infants in neonatal intensive care unit. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(21): 2856-2866.

26- Rize’de evde sağlık hizmeti alan hastalarda karyola kullanımının faydaları ve karyola temininde yaşanan sıkıntılar

Mustafa TEPE¹, Gökhan Demiral², Hanife Ayfer Bayraktar³, Nazan Alev³,

Ayşegül Çopur Çiçek⁴,

¹Rize İl Sağlık Müdürü, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize

³Rize İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi, Rize

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

Giriş: Evde bakım hizmetleri sağlık ve kişisel bakımı kapsayan sosyal yardım, güvenlik ve sağlık sistemi bütünüdür. Pek çok ülkede farklı kuruluşlar tarafından farklı şekilde yürütülmektedir. Ülkemizdeki net tanımı; 10.Mart.2005 tarihinde 25751 sayılı ‘Evde Bakım Hizmetleri’nin Sunumu Yönetmeliği’ ne göre oluşturulmuştur. Bu yönetmelikte Evde Bakım Hizmetleri; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık bakımı ile sağlık hizmetlerinin sunulması şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca; “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.Şubat.2010’da Sağlık Bakanlığı’na yürürlüğe konulmuştur. Aynı yönergede belirtildiği gibi; Evde Sağlık Hizmeti kapsamında ilk aşamada yatağa bağımlı hastalara hizmet verilmesi, yandal hastanelerinde ise, alanlarının gerektirdiği (KOA, spastik çocuklar, palyatif onkolojik bakım, kas sistemi hastalıkları ve diğerleri) hizmetlerin götürülmesi planlanmıştır. Evde bakım hizmetleri, bir çok dış etkene karşı açık, detaylı bir eğitim programı ve yakın bir kontrol düzeneği gerektiren güç düzenlemelerdir. Bu bağlamda evde sağlık hizmeti ulaştırılan hastalara cihaz, malzeme temini de önem arz etmektedir. Özellikle yatağa bağımlı hastaların hareketleri kısıtlı olacağından bakım ve tıbbi tedavinin yanında hem hasta hem bakım veren kişi için en önemli ihtiyaçlardan birisi de hasta yataklarıdır.

Neden hasta yatağı kullanılmalıdır?

Hasta için yararları: Yatağa bağımlılık sürecini normal yataklarda sürdürmek zorunda kalan kişilerin yatak yaralarına maruz kalmaları ruhsal olarak kendilerini kötü hissetmelerine ve rahatsızlıklarının artmasına neden olmaktadır. Diğer yataklardan farklı kullanıma sahip olan hasta yatakları havanın dolaşımını mümkün kılarak hastanın vücudunun havasız kalmasını önler. Yatarak tedavi gören kişilerin yatak yaralarına maruz kalmalarını önleyen bir unsurdur. Konforlu bir uyuma ve dinlenme imkanı sunarak kişinin kendisini rahat hissetmesini sağlar. Demans ve diğer bilişsel bozukluklar yaşayan yatağa bağımlı hastalar ve özellikle yataktan düşme riski olan kişiler hasta karyolası kenarlarında bulunan korkuluklar sayesinde düşmekten korunmaktadırlar. KOA gibi solunum sistemi hastalıkları nedeniyle yatağa bağımlı olan hastalarda pozisyon verilerek sekresyonlarının azaltılmasına ve hastanın daha rahat nefes almasına yardımcı olmaktadır.

Bakım veren kişilere olan yararları:

- Hastanın kişisel bakım ve temizliğinin yapılmasında kolaylık sağlar.

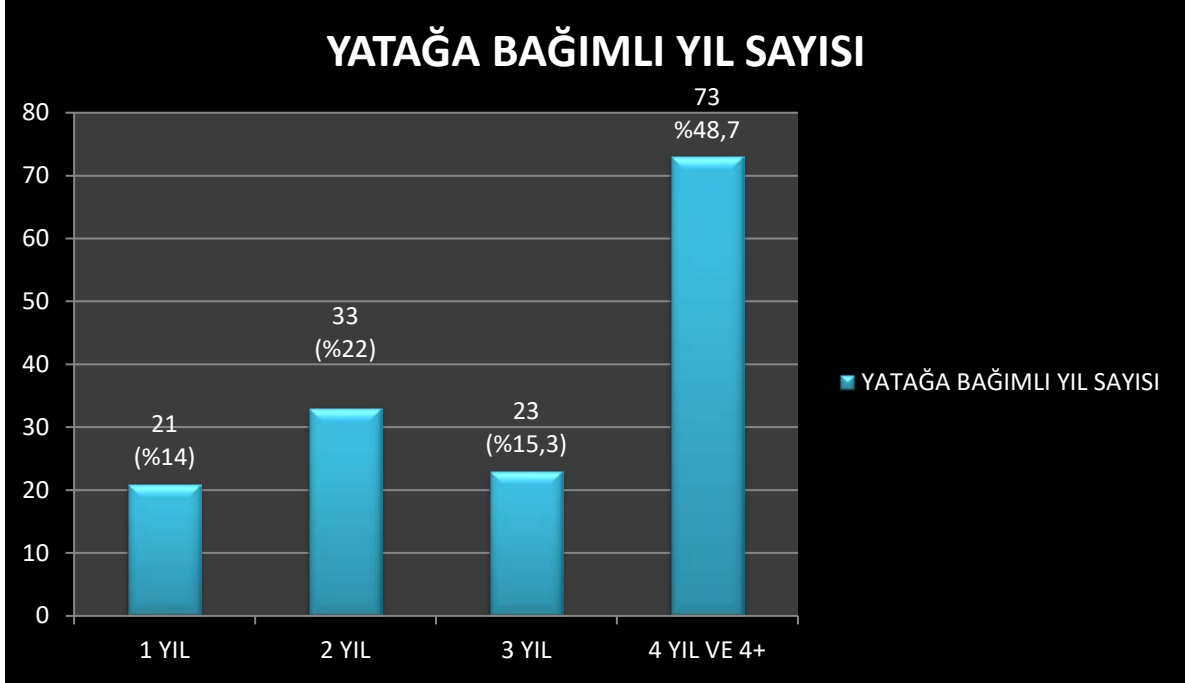
- Beslenme sorunu olan yada nazogastrik sonda ile beslenen hastalarda hastanın baş ve sırt bölgesinin ayarlanabilir yükseklikte olmasını sağlayarak rahat beslenmesini sağlar.
- Ergonomik açıdan hasta yakınının yaşadığı zorlukları ortadan kaldırır.
- Bakım veren kişiye güvenli pozisyon vermede kolaylık sağlar.
- Fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada kolaylık sağlar.
- Hastanın düşme risklerine karşı kenarlıklar sayesinde güven verir.
- Yarı mobil hastalarda hastanın tekerlekli sandalye vs. gibi yardımcı araçlardan alınarak yatağa yerleştirilmesinde ayarlanabilir yüksekliği sayesinde kolaylık sağlar.
- Sıradan kullanılan hasta yataklarına oranla hijyen ve temizliğinin kolay olması ve gerektiğinde dezenfektanların da kullanılabilir olmasını sağlar.

Fiyatları aileler için pahalı gelebileceğinden dolayı bazı firmalar hasta karyolası kiralama yöntemiyle hastaların bu ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik çalışmalar yapmaktadır. Kiralama uygulaması büyük kentlerdeki hastalar için bir imkan olurken, küçük şehirlerde karyola temininde sıkıntılar yaşanmasına neden olmaktadır. Rize ili olarak hasta ve yakınlarına destek verebilmek amacıyla gerek bakanlık imkanlarıyla gerekse çeşitli vakıf, dernek, kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde hasta ve yakınlarının mağduriyetleri giderilerek ihtiyaçlarının karşılanmasına çalışılmaktadır.



Amaç: Çalışmanın amacı Rize ilinde yaklaşık 6 yıldır evde sağlık hizmetleri koordinasyon birimince ihtiyacı olan hastalara hasta karyolası temin edilmesi şeklinde verilen hizmetin ülke genelinde ihtiyacı olan tüm hastaların yararlanmasında adına yaygınlaştırılması için yasal düzenlemelerde (SGK tarafından karşılanması gibi) dahil olmak üzere gerekli iyileştirmelerin yapılması hususunda dikkat çekmektir. **Yöntem:** Çalışma Şubat-Mart 2018 tarihleri arasında şu ana kadar 369 karyola 915 hastada kullanılmış ve bu hastaların randomize ulaşılabilen 150'sine karyola kullanımı ile ilgili telefonla anket yapılmıştır. Ankette demografik veriler yanında en çok talep ettikleri hizmet çeşidi, karyola kullanmadan önce hastanın en çok yaşadığı sorunlar, karyola kullanımının bakım veren kişiye ve hastaya sağladığı kolaylıkları ve yararları, yatak yaralarının iyileşmesinde karyola kullanımının sağladığı yararlar, karyola kullanımından sonra yatak yaralarının iyileşme süresi, kullanım öncesi ve sonrasında pansuman sıklığı, karyola temininde yaşadıkları sıkıntılar ve karyolaların temizliğinin nasıl yapıldığı ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 23.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde frekans/yüzde analizi, aritmetik ortalama ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan 150 hastanın 88'i (% 58,7) kadın, 62'si (%41,3) erkek ve yaş ortalaması 77 idi. Bunların 130'u (%86,7) nörolojik ve psikiyatrik hastalıklardan dolayı yatağa bağımlı hastalardı. Bu kişilere evinde bakım verenlerin evde sağlık hizmetlerinden en sık beklentileri 69 kişi ile (%46) genel muayene talebi ve 29 kişi (%19,3) ile tahlil-tetkik için kan istemi olarak saptanmıştır. Hastaların yatağa bağımlı oldukları süre 4 yıl ve üzeri olanlar %48,7 (73 kişi) iken, bunların %64,7 (97 kişi) 'si 1 yıldan uzun süreli karyola kullanmaktadır (Grafik 1).

Grafik 1: Karyola Kullanan Hastaların Yatağa Bağımlı Oldukları Yıl Sayısı



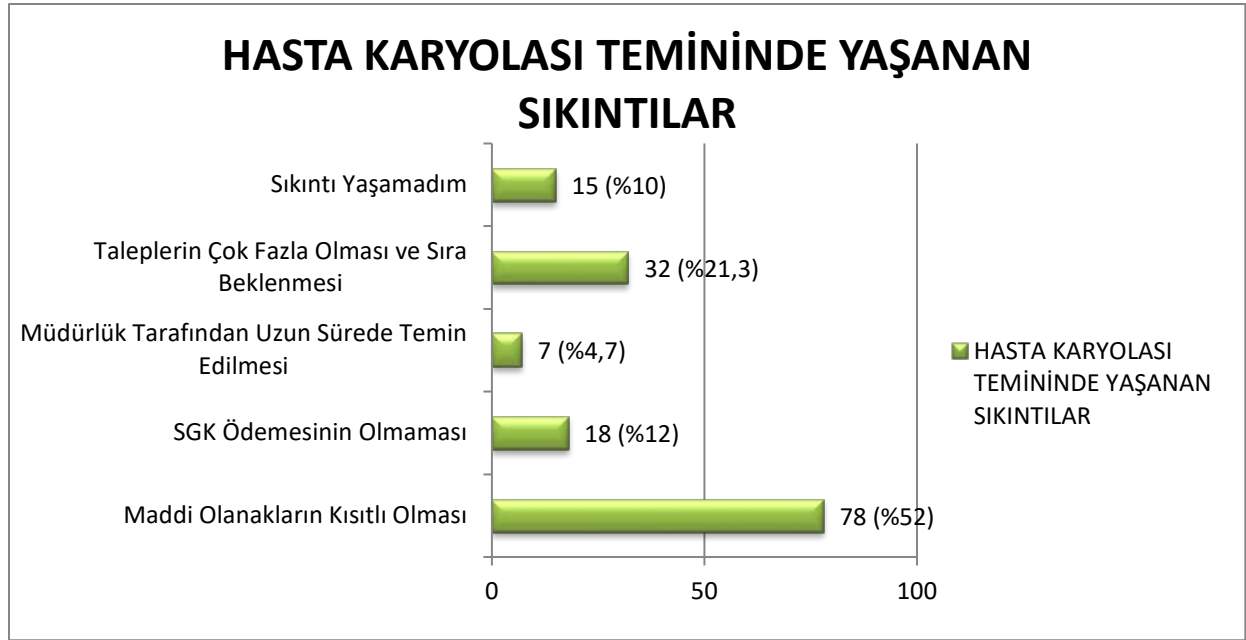
Bakım veren kişilerin yaş dağılımı 85 kişi (%56.7) ile en çok 45-60 yaş arası kişiler iken; bu kişilerin uzun süredir hastaya bakmakta oldukları (4 yıl ve 4 yıl üzeri %52), bu kişilerin hastalarının kişisel bakım ve hijyen ihtiyaçlarını karşılarken ergonomik açıdan zorlandıkları ve hasta karyolası kullanımının hastanın bakımında, hijyenini sağlamada, beslenmesinde, pozisyon değiştirmede ve normal yataktan düşme riskinin önlenmesinde kolaylık sağladığı belirlenmiştir. Karyola kullanımının bakım veren kişiye sağladığı kolaylıklar Grafik 2’de gösterilmiştir.

Grafik 2: Karyola Kullanımının Bakım Veren Kişiye Sağladığı Kolaylıklar



Çalışma yaptığımız evde sağlık hizmeti kapsamındaki karyola kullanan hastalarımızın % 63,3 (95 kişi)'de yatak yarası oluşmadığı, %17,3 'ünde (26 kişi) hijyen kolaylığı sağlandığı ve %15,3 'ünde (23 kişi) yatak yarası oluşumunun geciktiği tespit edilmiştir. Çalışma kapsamındaki 150 hastadan 55'inde (%36,7) yatak yarası oluşmuştur. Bu veriler doğrultusunda karyola kullanımından sonra yatak yarası oluşan hastaların %51'inde (29 kişide) 2 ay ve daha kısa sürede iyileşme olduğu saptanmıştır. Evde sağlık hizmeti alan hastalarımızdan karyola kullananlara karyola kullanımı öncesi ve sonrası yatak yaralarının pansuman yapılma sıklığı ile ilgili soru yöneltilmiş ve öncesinde pansuman ihtiyacı her gün diyen kişi sayısı 40 (%72,1) iken, karyola kullanımından sonra pansuman ihtiyacı 33 (%61,2) kişide 2 haftada bir olarak saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Karyola kullanımının yatak yaralarının iyileşmesinde ve yatak yaralarının oluşumunun gecikmesinde etkisinin olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının %52'si karyolayı temin ederken maddi olanaklarının kısıtlı oluşunu, %24'ü de karyola taleplerinin çok fazla oluşundan dolayı İl Sağlık Müdürlüğü tarafından uzun sürede temin edilmesi ve uzun süre sıra bekletilmesi şeklinde beyan etmişlerdir. Sadece %10' u sıkıntı yaşamadığını belirtmişlerdir (Grafik 3).

Grafik 3: Hasta Karyolası Temininde Yaşanan Sıkıntılar



Sonuçlar: Dünya genelinde koruyucu sağlık hizmetleri sağlığa ayrılan bütçenin önemli bir kısmına sahipken, evde sağlık hizmetlerinin de içinde bulunduğu rehabilite edici sağlık hizmetlerine de aynı düzeyde önem verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Hasta karyolası temin etmenin sağladığı faydaların ekonomik açıdan da analiz edilmesi gerekmektedir. İlimiz karyola temini için sırada bekleyen 48 hasta olduğu düşünülürse konuya sağlığın tüm paydaşlarının destek vermesi hatta SGK kapsamında temini konusunda gerekli yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: evde sağlık, hasta yatağı, sosyal güvenlik

THE BENEFITS OF THE USE OF BEDSTEAD IN THE HEALTHY HOSPITALS IN RIZE AND THE RESTRICTIONS RELATING TO BEDSTEAD

Aim: When home care services are given, there are complicated, intertwined applications. In this context, the illness device which supplies the health service at home in the frame of the relevant instruction is also important in the material structure. Particularly bedside dependent patients will have limited movement, and besides care and medical treatment, one of the most important needs for both the patient and the caregiver is the patient beds. It is aimed to draw attention to taking opinions about the service given in the form of providing patient bed and improving the beds. **Method:** A questionnaire survey was administered to 150 patients who provided beds. **Results:** Up to now, 369 beds have been used in 915 patients. Of the 150 patients who participated in the questionnaire, 86.7% were dependent on bed for neurological and psychiatric diseases, the most frequent requests for home health care were 46% general examination requests, 95 (63.3%) patients who used cots did not develop indentation, then the need for dressing was changed in 33 (61.2%) patients every 2 weeks. **Conclusion:** In the context of home health care, the cottage theme has been experienced for 8 years as an application that serves public health to a considerable extent. Legal arrangements and cost analyzes should be made on the provision of health services at home.

Key words: home care, patient bed (bedstead), social insurance

KAYNAKÇA

Çadırcı D, Tulay CM, Çakmak E. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde sağlık birimi değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 10(2): 2013.

Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Ankara, 10.03.2005; Resmi Gazete: Sayı 25751

<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-339/yonergeler>

Cook, A.: 1996, "Deflationist Views on Truth," University of Wisconsin-Milwaukee, Yüksek Lisans tezi.

27- Ani bebek ölümü sendromunda hekimlerin bebek bakımında doğru bildiği yanlışlar: simülasyona dayalı tıp eğitimi ile iyileştirme çalışmaları

Yasin Yıldız¹, Ayşegül Çopur Çiçek², Cüneyt Ardıç³, Mehmet Kenan Kanburoğlu¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Rize

ÖZET:

Amaç: Çalışmamızda, bebek ölümlerinde mortalitenin en önemli sebeplerinden olan ABÖS ile ilgili doktorların bilgi düzeylerini ve uygulama şekillerini saptamaya ve varsa hata kaynaklarını tespit edilmesi ve ABÖS sıklığının fazla olmasında doktorlara verilen eğitimdeki eksikliğin önemli bir faktör olarak vurgulanması gerektiği amaçlanmıştır ve Klinik Simülasyon Eğitim Merkezinde (@SİM) mezuniyet öncesi ve sonrası teorik bilgiyle kalmayıp simülatör ve mankenlerle beceri ve pratik uygulamaların kazandırılması ile eğitimlerin daha etkin hale getirilmesini sağlayan eğitim sisteminin önemi vurgulanmak istenmiştir. **Yöntem:** Veriler soru formu aracılığı ile birebir ve sosyal medya aracılığı ile gönüllü olan hekimler tarafından toplanmıştır. Anket formunda toplam 25 soru sorularak farklı branşlardaki doktorların ABÖS ile ilgili bilgi düzeyleri ölçülmüştür. **Bulgular:** Hekimlerin ani bebek ölümü sendromu ile ilişkin bilgileri yetersiz saptandı. Genel olarak ortalama yüz üzerinden 67.5 bilgi seviyesine sahip oldukları bulundu. Katılımcıların sadece %26' si tıp fakültesi eğitimleri boyunca ABÖS ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin yaşları ve hekimlik süresi arttıkça ABÖS bilgi düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. **Sonuç:** Mortalitenin en önemli sebeplerinden olan ABÖS ile ilgili hekimlere verilen eğitimdeki eksiklikler için fakültemizde hem mezuniyet öncesi pediatri stajı içerisinde hem mezuniyet sonrası asistanlık döneminde hem de aile hekimleri, pratisyen hekimler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanlarına bebek bakımına yönelik sadece teorik değil, hasta ve çalışan güvenliğini riske atmayacak şekilde uygulamalı eğitimler verilebilecektir.

Anahtar kelimeler: bebek bakımı, tıp eğitimi, simülasyon

Amaç ve kapsam: Ani bebek ölümü sendromu (ABÖS) tamamen sağlıklı olduğu düşünülen 1 yaş altındaki bir bebeğin, ani ve beklenmedik şekilde ölmesi ve ölüm sebebinin anamnez, olay yeri incelemesi, muayene, otopsi, toksikolojik ve mikrobiyolojik araştırmalarla açıklanamaması durumudur. ABÖS gelişmiş ülkelerde infant mortalite nedenleri arasında üçüncü ve

postneonatal (28 gün-1 yaş) ölüm sebepleri arasında ilk sıradadır. Ülkemizde ise geniş epidemiyolojik veriler bulunmamakla birlikte, otopsi bulgularına göre yenidoğan bebeklerin %33 ünün, postneonatal ölümlerin ise %31 inden ABÖS sorumlu tutulmaktadır. Çalışmamızda, bebek ölümlerinde mortalitenin en önemli sebeplerinden olan ABÖS ile ilgili doktorların bilgi düzeylerini ve uygulama şekillerini saptamaya ve varsa hata kaynaklarını tespit etmeyi amaçladık. Ayrıca çalışma ile toplum sağlığı açısından ABÖS sıklığının fazla olmasında doktorlara verilen eğitimdeki eksikliğin de önemli bir faktör olarak vurgulanması gerektiği amaçlanmış ve tıp fakültemiz bünyesinde kurulan Klinik Simülasyon Eğitim Merkezinde (@SİM) mezuniyet öncesi ve sonrası teorik bilgiyle kalmayıp simülatör ve mankenlerle beceri ve pratik uygulamaların kazandırılması ile eğitimlerin daha etkin hale getirilmesini sağlayan eğitim sisteminin önemi vurgulanmak istenmiştir.

Evde Sağlık Hizmetleri İle İlişkisi: Evde bakım esnasında uygulama hatalarından ya da eğitim eksikliğinden kaynaklanan sebepler söz konusu olabilmektedir. Bu bağlamda hem sağlık çalışanlarının hem de evde bakan kişilerin bebek bakımı ile ilgili bilgilendirilmesi ve bu bilgilerin doğru uygulanması hayati önem kazanmaktadır. Genellikle özel ve kamu kuruluşlarınca doğum sonrasında aileyi bilgilendirmeye yönelik bazı çalışmalar yapılmakta ve eğitim verilmektedir. Ancak etkinlik ölçülememektedir. Hatta hasta güvenliğini tehlikeye atan uygulamalarla karşılaşabilmektedir. Simülasyon kullanımı ile bebek hasta üzerinde henüz yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmayan öğrenciler tarafından gerçekleştirilecek olan uygulamalar engellenmiş olur. Böylece hasta güvenliğine uygun, hastanın risk almadığı bir eğitim ve tıbbi bakım hizmeti sağlanır.

Yöntem: Veriler anket formu aracılığı ile hekimler tarafından toplanmıştır. Toplam 25 soru sorularak farklı branşlardaki doktorların ABÖS ile ilgili bilgi düzeyleri, bilgiyi pratiğe aktarma durumları, bebekler için riskli olacak durumlarını tespit edip bunları değiştirebilme hususunda alınabilecek önlemler sorulmuştur. Anketteki sorular Amerikan Pediatri Akademisinin 2016 yılında revize edilen kılavuzu kullanılarak oluşturulmuştur. Anket verilerinin analizi için SPSS.21 programı kullanılmıştır. Tüm analizlerde anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. ABÖS skoru katılımcıların 100 üzerinden aldıkları puanı göstermektedir.

Bulgular: Çalışmaya kendi üniversitemiz başta olmak üzere 30 farklı üniversiteden 308 doktor katılmıştır. Yaş dağılımı en küçük 24; en büyük 55 yaş idi. Katılanların %22' si pediatri hekimiydi. Katılımcıların %22'sinin çocuğu yokken, %68' i anne, %10' u babaydı. Katılımcıların %40'ının ailesinde sigara kullanan bulunmaktaydı. Katılımcıların %54'ü bebeklerini anne sütü, %9'u sadece mama %37'si ise hem mama hem de anne sütü ile beslemekteydi. İstatistiksel olarak anlamlı kabul edilen değerlere baktığımızda; çocuk sahibi olan doktorların olmayanlara oranla daha fazla bilgi sahibi olduğu ve bunların arasından da annelerin ABÖS hakkında bilgi düzeylerinin

babalara göre anlamlı oranda fazla tespit edilmiştir ($p<0,01$). Yine ABÖS konusunda eğitim alanların, oto koltuğu kullananların bilgi düzeyleri anlamlı olarak fazladır ($P=0,023$; $p=0,008$). Amerikan Pediatri Akademisi 1 yaş altı bebeklerde uyku esnasında emzik kullanımını önermektedir. Hekimlerin yarısından azı (%43,9) emzik kullanımının ABÖS görülme oranını azalttığını bilmektedir. Pediatrist ve pediatrist olmayan hekimler arasında yapılan karşılaştırma sonucu ABÖS bilgi düzeyi açısından anlamlı bir farka rastlanamamıştır. Evlerinde bakıcı bulunan doktorların bulunmayanlara, yoğun bakımda bebeği yatmış olan doktorların yatmayanlara oranla bilgi düzeyleri arasında bir fark bulunamamıştır. Hekimlerin yaşları artıkça ABÖS bilgi düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir ($r=-0,226$ $p<0,01$).

Tablo 1. Uzmanlık Durumuna Göre Ani Bebek Ölümü Sendromu ABÖS Skoru

Uzmanlık Durumu	Katılımcı Sayısı	Ortalama Skor	Standart Sapma	p
<i>Pediatric Uzmanı</i>	69(%24)	66,96	$\pm 20,82$	<0,833
<i>Pediatric Dışı Branşlar</i>	217(%76)	67,74	$\pm 20,97$	
Toplam	286	67,55	20,90	

Tablo 2. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre ABÖS Skoru

Çocuk Durumu	Katılımcı Sayısı	Ortalama Skor	Standart Sapma	p
Anne	198(%68)	72,53	$\pm 19,711$	<0,001
Baba	31(%10)	51,61	$\pm 18,457$	
Çocuğu yok	59(%22)	60,17	$\pm 20,042$	
Toplam	288			

Tablo 3. Katılımcıların Gelir Dağılımına Göre ABÖS Skoru

Gelir Miktarı	Katılımcı Sayısı	Ortalama Skor	Standart Sapma	p
5.000 TL - 10.000 TL	92(%32)	63,91	±21,634	<0,028
10.000 TL – 15.000 TL	112(%39)	71,96	±19,398	
15.000 TL – 20.000 TL	56(%19)	68,93	±18,358	
20.000 TL – 30.000	18(%6)	66,11	±25,469	
30.000 TL üzeri	7(%4)	52,86	±32,514	
Toplam	285			

Tablo 4. Katılımcıların Medeni Haline Göre ABÖS Skoru

Medeni Hal	Katılımcı Sayısı	Ortalama Skor	Standart Sapma	p
Evli	245(%85)	69,27	±20,908	<0,009*
Bekar	42(%15)	60	±20,242	
Toplam	287			

Tablo 5. Tıp Fakültesinde Ani Bebek Ölümü Sendromu (ABÖS) için eğitim alma Durumuna Göre ABÖS Skoru

Eğitim durumu	Katılımcı Sayısı	Ortalama Skor	Standart Sapma	P
ABÖS Eğitimi Yok	95(%33)	72,11	±20,101	<0,023*
ABÖS Eğitimi Var	190(%67)	66,11	±20,768	
Toplam	285			

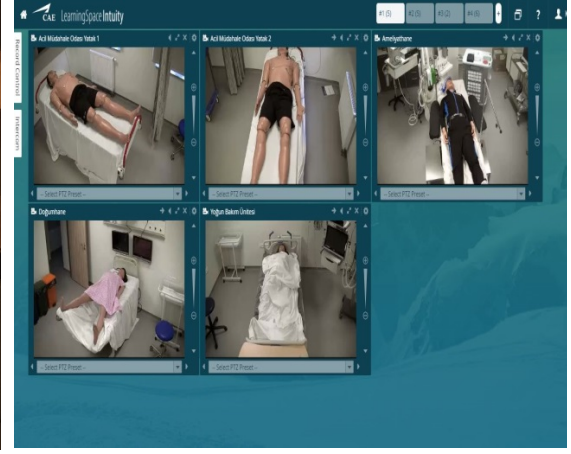
Sonuç ve öneriler:

Hekimlerin ani bebek ölümü sendromu ile ilişkin bilgileri yetersiz saptandı. Genel olarak ortalama yüz üzerinden 67.5 bilgi seviyesine sahip oldukları bulundu. Özellikle bazı konularda doktorların belirgin bilgi eksikliği olduğu görüldü. Tüm katılımcıların sadece %37'i bebeklerin sırtüstü yatırılması gerektiği bilgisine sahipti ve bu bilgi pediatrist olan ve olmayan doktorlar arasında aynı derecede az biliniyordu (Pediatrist olanlar %47,5, olmayanlar %46,8). Katılımcıların sadece %26'si tıp fakültesi eğitimleri boyunca ABÖS ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin yaşları ve hekimlik süresi arttıkça ABÖS bilgi düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bunun nedeni tıp fakültesi çekirdek eğitim müfredatında ABÖS konusunun bulunmamasından, verilen eğitimlerin beceri ve davranışa dönüşmemesinden ve güncel literatürü takip etmedeki eksiklikten olabilir. Bunun için yaklaşık 2000 metrekareselik bir alanda yapılandırılmış olan simülasyon merkezinde doğum salonu fiziki şartlarında, doğum simülatörü (Lucina, CAE, ABD), dünyanın en gelişmiş simülatörlerinden yenidoğan bebek simülatörü (Paul, SimCharacter, Avusturya) ile birlikte her türlü bakım malzemesi (açık yatak, tartı, acil müdahale arabası vs.) ve uygulamanın yapılabileceği koşullar sağlanmıştır.



Ayrıca merkezde simülasyon eğitimlerinde eğitimin her aşamasının sesli ve görüntülü takip edilebildiği, sınavların yapılabildiği ve tüm aşamalarında arşivlenebildiği, yetkilendirildikleri takdirde öğrencilerin uzaktan erişimle eğitim kayıtlarına geriye dönük olarak ulaşabildiği yaygın kullanılan yönetim ve işletim programı ile de (Learning-Space, CAE, ABD) her türlü veri kayıt altına alınabilmektedir.

Akreditasyona giden süreçte tıp ve uzmanlık öğrencilerimiz daha etkin ve verimli bir eğitim alarak, sadece teorik bilgi ile değil zor beceri uygulamaların da tekrar tekrar yapılarak risk almadan, standart bir eğitimle kalıcı olması sağlanacaktır. Muayene odası olarak kullanılan (OSCE) odalarda simüle hasta eğitimleri ile iletişim becerileri de kazanılmış olacaktır.



Evde bakım hizmetleri açısından bebeğin bulunduğu ortamın uygunluğunun simüle ev ortamı odasında senaryolar oluşturularak ve öğrencilerden simüle ailelerin hatalı davranışlarını bulmaları ve onlara doğru önerileri vermeleri istenilerek teorik bilgileri pratik hale geçirmeleri sağlanmış olacaktır.

Evde Sağlık Hizmetleri Üzerine Etkisi: Mortalitenin en önemli sebeplerinden olan ABÖS ile ilgili hekimlere verilen eğitimdeki eksiklikler için fakültemizde hem mezuniyet öncesi pediatri stajı içerisinde hem mezuniyet sonrası asistanlık döneminde hem de aile hekimleri, pratisyen hekimler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanlarına bebek bakımına yönelik sadece teorik değil, hasta ve çalışan güvenliğini riske atmayacak şekilde uygulamalı eğitimler verilebilecektir. Sağlığın baş aktörleri olan hekimlerde bile hasta açısından zararlı olabilecek bilgi eksikliği ve uygulama hataları olduğu düşünülürse özellikle son yıllarda, yeni nesil tıp eğitiminde simülasyona dayalı eğitim evde sağlık hizmetlerinde eğitim modeli olarak örnek bir uygulama olacaktır.

Referanslar

Asay S. (2015) Ani bebek ölümü sendromu. http://docs.neu.edu.tr/staff/semra.aslay/AN-%20BEBEK%20%20SENDROMU_5.pdf

Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death sendrom? A meta-analysis. *Pediatrics* 2005; 116: e716-23.

House S, Dowell S, Fox M, Vickers C, Hamilton M. (2016), Low-fidelity Simulation to Enforce Patient Safety. *Clinical Simulation in Nursing* 2016; 12:24-9.

Kathleen AK. (2007), Associate degree nursing students' perceptions of learning using a high-fidelity human patient simulator, *Teaching and Learning in Nursing*,(2;2): 46-52.

Weber MA, Hartley JC, Ashworth MT, Malone M, Sebire NJ. Virological investigations in sudden unexpected deaths in infancy (SUDI). *Forensic Sci Med Pathol*. 2010 Dec;6(4):261-7. •<http://www.sidscenter.org/>

28-Çeşitli ülkelerde evde bakım ve yaşlı bakımı uygulamaları

Arzu Ozsoy Suel

Giriş: Yaşlanma, tüm dünyada hızla büyüyen bir sorundur. Yaşlanmanın psikolojik ve sosyal etkileri tüm ülkelerde yaşanmaktadır. Tüm dünyada temel sağlık hizmetlerini ve özel eğitimli yaşlı-dostu iş gücü gerektirir. Yaşlı vatandaşların ihtiyaçları tüm dünyada benzerdir. Ülkeler, başka ülkelerde de çalışılabilecek ve uygulanabilecek farklı yaklaşımlara sahiptir.

Yetişkinlerin sadece daha uzun değil ama daha sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamak için, Mayıs 2016'da Dünya Sağlık Asamblesi (World Health Assembly) tarafından bir küresel strateji ile yaşlanma ve sağlık eylem planı kabul edildi. Bu strateji, beş stratejik hedefe odaklanmakta ve herkes için Sağlıklı Yaşlanma sağlamak için bir çerçeve oluşturulmasında önemli bir adımdır. Ülkelerin eyleme geçme çağrısı ve yaşlı dostu ortamlar geliştirmesini içerir. Ayrıca, sağlık sistemlerini yaşlı insanların ihtiyaçlarına ve uzun vadeli bakımın sürdürülebilir ve hakkaniyetli sistemlerin gelişimine hizalama gereğini de özetliyor. Geliştirilmiş verilerin, ölçümün ve araştırmanın önemini ve yaşlıları ilgilendiren tüm kararlara dahil etmenin önemini vurgular.¹

Amaç: Aileler; ebeveynler büyükanne ve büyükbabalarının uzun süreli bakımı için farklı zorluklarla karşı karşıyadır. Bu çalışmanın amacı, raporlarla kanıtlanmış, dünya çapında kabul görmüş en iyi evde bakım ve yaşlı bakım uygulamalarını kısaca inceleyerek, iyileştirmeye ihtiyaç olan ülkelerde çalışılabilir ve uygulanabilir olduğunu göstermektir.

Bulgular: Columbia Üniversitesi'nden araştırmacılar, dünyadaki ülkelerin yaşlıların topluma nasıl uyum sağladığını tahmin eden yeni bir barometre geliştirdi. Bu çalışma, çeşitli ülkelerdeki yaşlıların statüsünü ve refahını yansıtan sosyal ve ekonomik göstergelerden oluşmaktadır. Araştırma, verimlilik ve katılım, refah, eşitlik, uyum ve güvenlik konularını içeriyor. Bu çalışmaya göre Norveç en üst sırada yer alırken, İsveç, ABD, Hollanda ve Japonya ilk beş sırada gelmektedir.

Global AgeWatch sıralaması, Norveç'i yaşlılar için gelir güvenliğinde birinci sıraya yerleştirmiştir. Bunun nedeni, büyük ölçüde emekli maaşlarının 65 yaşın üstündeki herkesi kapsamakta olduğu içindir. Norveç'te 430 belediye yönetimi; aile hekimleri, rehabilitasyon ve

¹ WHO report: Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health

yaşlılar için hemşirelik gibi temel sağlık hizmetlerinden sorumludur. Hükümet, belediyelere büyük bağışlar sağlamış ve 2012 reformlarını takiben daha fazla verimlilik talep etmiştir.

İsveç'te tahmini ömür 79.9 ile dünyanın en yüksek ortalamaları arasındadır. Yaşlı bakımı çoğunlukla belediye vergileri ve devlet teşvikleri tarafından finanse edilmektedir. Daha fazla belediye, yaşlı bakımı bölümlerini özelleştirmeyi seçmekte ve özel bakım sağlayıcılarının faaliyetlerini yürütmelerine izin vermektedir. 2013 yılında, özel bakım hizmetleri yaşlıların %24'ü için ev yardımı yapmıştır. Tüm hizmet alıcılar, ev yardımlarının veya özel konutların ister kamu ister özel operatörler tarafından sağlanmasını isteyip istemediklerini seçebilmektedirler. Bununla birlikte, belediyenin her daim, genel yardım, maddi yardım ve konut yardımı ya da özel bir barınma tesisi gibi alanları bulunmaktadır.²

Raporlara göre, ABD'de (Amerika Birleşik Devletleri) Medicare ve özel sağlık planları yaşlı bakımı kapsamamaktadır. Yaşlıların çoğu, yetenekli bir bakımevi veya üst düzey yaşam merkezlerindeki ortak bir oda için 80.000 \$ civarında ödeme yapmaktadır.

ABD, genel olarak endekste 9. sırada yer alıyor. Dört alanın hepsinde sürekli olarak yüksek sıradadır. Bölgesel ortalamaların üzerindeki yaşlı insanlar arasında istihdam oranı (% 60,9) ve eğitim kazanımı (% 96) ile yetenek alanında (4) en üst sırada yer almaktadır. Ülke, güvenli yaşlı nüfusu (% 71) ve sosyal bağlılık (% 94) ile tatmin edici ortam alanında (17) yüksek yer almaktadır.³

Medicare, 65 yaşın üzerindeki çoğu Amerikalının tıbbi harcamalarının çoğunu ortadan kaldırmaya yardımcı olan bir federal sağlık sigortası programıdır. Medicare, bakıcı bakımı veya evde bakım için ödeme yapmaz. Bununla birlikte, hastaneye yatıştan sonra iyileşmenin bir parçası olarak bir bakımevinde 60 güne kadar kapsamaktadır. Medicaid ise düşük gelirli insanlar için ortak bir federal devlet sağlık programıdır. Program her bir eyalette farklı idare edilir ve kapsanan hizmetlerin türü farklıdır. Kesin gelir gereklilikleri vardır, bu nedenle kişinin hizmete uygun hale gelmeden önce tüm gelir ve varlıkların yoksulluk seviyelerine "harcanması" için gereklidir. Medicaid, bakımevi bakımının en önemli ödeyicisidir.⁴

Hollanda'da uzun dönem bakımın kapsamlı bir kapsamı vardır, hizmetleri nakit ve evde bakım hizmetlerinin yüksek bir kullanılabilirlik imkanı vardır. Böyle kapsamlı bir sistem yüksek kalite ve yüksek miktarda harcama gösterdiği için stres altındadır. Hollanda, GSYİH'nin (Gayri Safi Yurtiçi Hasıla) %3.7'sini uzun dönem bakıma harcar ki bu da OECD

² <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>

³ <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=United%2BStates%2Bof%2BAmerica>

⁴ <https://www.state.gov/m/dghr/flo/c23133.htm>

ülkeleri arasında en yüksektir. Uzun dönem bakımda kamu harcamalarındaki büyüme, 2000-10 döneminde reel olarak % 10'un üzerinde olmuştur. Projeksiyonlar harcamaların 2050 yılına kadar iki katı olabileceğini göstermektedir. 65 yaş ve üstü nüfusun yaklaşık %13'ü, OECD ortalaması olan % 4,9'a kıyasla evde bakım görmektedir. Bununla birlikte, 1 000 kişi başına 63 uzun dönem bakım işçisinin oranına göre, evde bakım çalışanlarının her 1000 kişiden 14'ü 65 yaşındadır. Hollanda, uzun süreli bakımda (örneğin bakım planları, özerklik, mahremiyet) bakım alan deneyimlerini izlemesinde, İngiltere ile birlikte birkaç OECD ülkesinden biridir.⁵

Sonuç: Özetle; 50 yaş üstü neslin sağlık, zenginlik ve haysiyeti büyüyen bir sorundur. İnsanların daha sağlıklı bir şekilde yaşlanmalarını sağlamalıyız. Farklı ülkelerde yaşayan yaşlı nüfusun benzer sorunlarına, daha iyi evde bakım ve yaşlı bakımı için farklı ülkelerde değişen yaklaşımlar ve aksiyonlar uygulanmaktadır. Ülkeler, sağlıklı yaşlanmayı teşvik etmek ve büyüyen yaşlı popülasyonları için daha iyi bir gelecek yaratmak için bilgi ve deneyimlerini paylaşabilirler. En iyi hizmet veren ülkelerin bu uygulamaları detaylı olarak incelenebilir ve uygun olduğu yerlerde ve zamanlarda kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, evde bakım, yaşlı bakımı, yaşlı nüfus

Abstract:

Introduction: Ageing is a rapidly growing problem. It demands primary healthcare and special trained age-friendly workforces in all countries. The senior citizens' needs are similar. Countries have different approaches and actions that can be studied and applied in other countries.

Findings: The global population of people aged 60 years and older will more than double, from 900 million in 2015 to about 2 billion in 2050.⁶

Over the next 15 years, the number of older persons is expected to grow fastest in Latin America and the Caribbean with a projected 71 per cent increase in the population aged 60 years or over, followed by Asia (66%), Africa (64%), Oceania (47%), Northern America (41%) and Europe (23%).

⁵ A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care, OECD Publishing, 2013 pg.1

⁶ WHO (World Health Organization) report : "World report on ageing and health 2015" pg 3

Globally, the number of older persons is growing faster than the numbers of people in any other age group. As a result, the share of older persons in the total population is increasing virtually everywhere⁷

Result: There are similar needs of senior citizens and diverse actions taken in different countries in the world to create better home care and elderly care. Countries may share their knowledge and experiences to promote healthy ageing and to create better future for their growing elderly populations.

Keywords: Ageing, home care, elderly care, seniors

Kaynaklar:

1. WHO (World Health Organization)report :“World report on ageing and health 2015” pg 3
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390)pg 2
3. WHO report: Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health
4. <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>
5. <http://www.helppage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=United%2BStates%2Bof%2BAmerica>
6. <https://www.state.gov/m/dghr/flo/c23133.htm>
7. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care, OECD Publishing, 2013 pg.1

⁷ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390)pg 2

29- Doğum sonu dönemde evde bakım

Emine Selda GÜNDÜZ¹, Esmâ GÜLTÜRK², Suna EROĞLU AYGÜL³

¹ Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Antalya / Türkiye,

² Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Antalya / Türkiye,

³ Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Antalya / Türkiye,

Giriş

Evde bakım, sağlık hizmetlerinde bakımın devamlılığını sağlayan önemli bir modeldir. Evde bakım hizmetleri; yaşlı, engelli, kronik hastalığı olan veya iyileşme sürecindeki bireyleri kendi ortamında destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içermektedir (Taşdelen, Ateş, 2012).

Evde bakım hizmetlerinin amaçları genel olarak, hastanın hastanede kalış süresini kısaltmak ve hastane dışında bakımın sürekliliğini arttırmak, hastane enfeksiyonu riskini erken taburcu ederek azaltmak, sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek, hastalık ve sakatlıkların olumsuz etkilerini en aza indirmek, hastanın bağımsızlığını arttırmak, sınırlı sayıdaki hastane yatak kapasitesini daha verimli kullanmak, hastanın aile ortamına kısa sürede dönmesi ile moral desteği sağlamak, ilerleyici ve sürekli hastalıkların komplikasyonlarını önlemek, günlük yaşam şartlarını en az etkileyecek şekilde doğru tedaviyi evde de sunmak, hastanın yaşam kalitesini en iyi seviyeye çıkarmak ve bireyin bağımsızlığını en üst seviyeye çıkarmak şeklinde özetlenmektedir (Aydın, 2005; Büyükkayacı, 2010).

Son yıllarda sağlık harcamalarındaki sürekli artış, buna karşın sağlık hizmetleri kaynaklarının sınırlı olması, sağlık hizmetinde risk ve maliyet azaltıcı yaklaşımları gündeme getirmiştir (Marchall, 2004). Bu nedenle, hastanede tedavi edilmesi gereken hastaların hastaneye yatırılması, hastanede yatarak tedavi edilmesi gerekmeyen hastalara birinci basamak hizmet alanlarında ve evinde bakım verilmesi gündeme gelmiştir (Yılmaz ve Çiftçi, 2010). Bu durum, bir çok ülkede evde yardım, evde hemşirelik hizmeti ve sıklıkla psikoterapi ve iş ve uğraş terapisini içeren entegre evde bakım programlarının gelişmesini sağlamıştır (Sayan, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanımlanan postpartum dönem doğumdan sonraki 42. güne kadar olan dönemin hem anneler hem de yenidoğanlar için kritik öneme sahip olduğunu vurgulamıştır (WHO, 2005). Günümüzde gebelik ve doğum olayları sağlıklı yaşam olayları olarak görülmekte ve “koruyucu sağlık hizmetleri” ailelere verilen sağlık bakımının odak noktasını oluşturmaktadır. Doğum sonu dönemde hastanede yatış süresinin kısalmasının temel felsefesi içinde de bu anlayış yer almaktadır (Margolis and Kotelchuck, 1999; Mandl and Homer, 2000; Koç, 2005).

Doğum sonu dönemde erken taburcu olacak bireylerin, doğum öncesi dönemde uygun bir aday olup olmadıklarının belirlenmesi ve erken taburculuğa hazırlanması gerekmektedir. Bunun için doğum sonu evde bakım hizmetlerinin doğum öncesi dönemde başlatılması ve ailenin bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Gölbaşı, 2003). Doğum sonu taburculukta hem anne hem de bebeğin hazır oluşluğu AAP (American Academy of Pediatrics) ve ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists) komiteleri tarafından belirlenen kriterlere göre değerlendirilir (AAP/ACOG, 1997; http://www.rcp.gov.bc.ca/List-of_guidelines.html).

Anne ve bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakımına ne zaman başlanacağı ve bakımın ne sıklıkta verileceğine ilişkin farklı uygulamalar bulunmaktadır. Anneler ve bebekler için sağlık sorunları genellikle doğumdan sonraki haftalarda ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde yaygın olarak görülen anne sağlığı sorunları arasında doğum sonu kanama, ateş, karın ve sırt ağrısı, anormal akıntı, genital enfeksiyon, tromboembolik hastalık ve postnatal psikolojik ve ruhsal sağlık sorunları sayılabilir (Yonemoto ve ark., 2014).

Doğum sonrası dönem, yenidoğanlar için de önemlidir. Her yıl yaklaşık 3.7 milyon bebek hayatının ilk dört haftasında ölmektedir (WHO/UNICEF 2009). Ayrıca, doğum sonrası dönem, kadın ve ailesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal düzeylerde uyum sağlamak için bir geçiş dönemidir (Yonemoto ve ark., 2014). Obstetrik ve Neonatal Hemşireler Birliği (Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses Association-AWHONN) ve Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association- ANA) doğum sonu ev ziyaretleri için bazı ulusal standartlar geliştirmişlerdir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) anne ve bebeğin ihtiyaçlarının karşılanması, komplikasyonların önlenmesi ve maliyet etkin olması açısından doğum sonu izlem ve ziyaretlerin doğum sonu ilk 24 saat içinde, 7-14. günler arasında ve doğumdan 6 hafta sonra yapılmasını önermektedir (WHO, 2013). Ayrıca AAP ve ACOG, erken taburcu edilen yenidoğanın, taburcu olduktan sonra ilk 48 saat içinde ziyaret edilmesini önermektedir (Galbraith and Egerter, 2003). Ülkemizde bu durum Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi’nde (2008) kadınların doğum sonu ilk 24 saat hastanede, ikinci ve beşinci günlerde, ikinci ve

dördüncü haftada, sekizinci haftada olmak üzere en az üç kez evde ya da sağlık kuruluşlarında izlenmesi gerektiğini önermektedir (Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi, 2008). Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi (2010) ise kadının doğum sonrası hastanede üç, evde üç olmak üzere evde izleminin yapılmasını, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede yatırılmasını önemle vurgulamıştır. Rehberlerde bu izlemlerde neler yapılması gerektiği, danışmanlık ve bilgilendirme konuları ile sevk kriterleri ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetimi Rehberi, 2010). TNSA 2008'e göre Türkiye'de kadınların doğum sonu ilk dört saatte bakım alma oranı %63.4 iken, bu oranın ilk 24 saatte %12.2'ye düştüğü, TNSA 2013'e göre kadınların % 74'ünün doğumdan sonraki dört saat içinde ilk bakımlarını aldıklarını göstermektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013). Bu çalışmaların bulgularına göre, Türkiye'de doğum sonu dönemde kadınların evlerinde yeterince izlenmedikleri ve doğum sonu dönemde izlemlerin yetersiz yapıldığı sonucuna varılmaktadır. Doğum sonu evde bakım uygulamaları, anne ve yenidoğanın sağlığını değerlendirme, aileye rehber olma ve eğitim ve danışmanlık hizmetleridir (Parsons and Mahoney, ; Koç, 2005; Duman ve Karataş, 2011).

Günümüzde erken taburculuğun önem kazanması ile birlikte doğum sonrası hastanede kalış süresi de kısalmıştır. Dolayısıyla kadın ve ailesi için hastanede kaldıkları bu kısa süre çok yoğun ve sıkıntılı geçebilmektedir. Erken taburculukla birlikte doğum yapan kadın ve ailesine hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin taburculuk sonrası evde de devam etmesinin gerekliliğini vurgulamıştır (Duman ve Karataş, 2011). Evde sağlık bakım hizmetleri kapsamında hemşirelerin, doğum sonu dönemdeki kadınların fonksiyonel durumlarını değerlendirmesi, normal ve normalden sapmaları belirlemesi, gerekli girişimlerde bulunabilmesi, önlem alabilmesi ve gereksinimleri doğrultusunda kadınları bilgilendirip destek olabilmesi gerekmektedir. Postpartum dönemde etkili ve planlı evde bakımın anne bebek morbidite ve mortalitesinin azaltılmasına, doğum sonu depresyonun önlenmesi veya erken fark edilmesine ve ailenin doğum sonu uyum sürecini daha iyi yönetmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, Doğum sonu dönem, Doğum sonu evde bakım

Home care in postpartum period

Home care is the provision of multiple health and social services at the professional level of the individual in order to restore, restore and protect the health of people with chronic illness or disability, or who need to be treated at home after discharge or in the terminal period. Today, pregnancy and childbirth are regarded as healthy life events and in this context, the focus of

health care given to their families is "preventive health services". This understanding is also included in the basic philosophy of shortening the length of hospitalization in the postnatal period. The Obstetric and Neonatal Nurses Association (AWNN) and the American Nurses Association (ANA) have developed some national standards for postnatal home visits. There are different applications for when the mother and the baby are discharged from the hospital and then at home and how often the care is given. Despite the lack of consensus on the purpose, frequency and timing of postpartum follow-up in developed and developing countries, postpartum surveillance and visits are needed within the first 24 hours of delivery in order to meet the needs of the mother and baby in the postpartum period, to avoid complications and to be cost effective. days, 6th week and 6th month. AAP and ACOG recommend that early-discharge newborns be visited within the first 48 hours after discharge. Nurses should be able to inform and support women in the postpartum period to evaluate the functional status of women, determine normal and normal deviations, take necessary initiatives, take precautions and meet their needs. Nowadays, with the importance of early discharge, the duration of hospitalization after birth is also shortened. Therefore, for women and their families, this short period of stay in the hospital can be very intense and troublesome.

Key Words: Home care, Postnatal period, Postnatal home care

KAYNAKLAR

American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum and Follow-up care. In: Guidelines for Perinatal Care, Fourth edition, Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists 1997:147-182.

Aydın, D. (2005). Evde Bakım Hizmetleri Kitabı, Sağlıklı Nesiller Derneği, Sağlık ve Eğitim Yayınları:1, Basak Matbaası. ss 12-15.

Büyükkayacı, N. (2010). Sezaryen Sonrası Erken Taburcu Olan Kadınlara Verilen Evde Bakım Hizmetinin Anne Sağlığına ve Öz Bakım Gücüne Etkisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara Aralık 2008; ss 1-17.

Duman, N.B., Karataş, N. (2011). Sezaryen Sonrası Erken Taburcu Olan Kadınlara Verilen Evde Bakım Hizmetinin Anne Sağlığına ve Öz Bakım Gücüne Etkisi, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 20(1) 54-67,

- Galbraith, A.A., Egerter, S. (2003). Newborn Early Discharge Revisited: Are California Newborns Receiving Recommended Postnatal Services”, *Pediatrics, Evanston*, 111(2):364-371.
- Gölbaşı, Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde bakım Hizmetleri ve Hemşirelik, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2): 15-22.
- Koç, G. (2005). Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi Ankara Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Mandl, K. D., Homer, C.J. (2000). Effect of a Reduced Postpartum Length of Stay Program on Primary Care Services Use by Mothers and Infants, *Pediatrics*, 106(4):937-941.
- Marchall, T. (2004). Koroner Kalp Ameliyatı Önlenmesi Artan Maliyet Yararlılık Örneklemelerinden Çıkarılan Dersler, *BMJ Türkiye*, 9(1):41-44.
- Margolis, L. H., Kotelchuck, M. (1997). Factors Associated With Early Maternal Postpartum Discharge From the Hospital, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 151:466-472.
- Parsons, T. M., Mahoney, C. (1999). Family Suite: An Innovative Method to Provide Inexpensive Postpartum Care, *Health Care Management Review*, 24(4):65-69.
- Pınar, R. (2010). Türkiye ’de Evde Bakımda Mevcut Durumu. Akademik Geriatri. 26 - 30 Mayıs 2010, Kaya Artemis Otel, Gazimağusa, KKTC
- Sayan, A. (2004). Günümüzde Evde Bakım, Atatürk Üniv.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 7:3:91-95.
- Taşdelen, P., & Ateş, M. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi, 9(3), 22-29.
- TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2001). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara.
- TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Ankara.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara 2008.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara 2014.

Yılmaz, M., Çiftçi, E.S. (2010). Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi;18(3):183-189

Yonemoto, [N.](#), Dowswell, [T.](#), Nagai, [S.](#), Mori, [R.](#) (2014). Schedules for home visits in the early postpartum period. Evid.-Based Child Health 9:1: 5–99.<https://doi.org/10.1002/ebch.1960>

WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn 2013. <http://apps.who.int> World Health Organization. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide 2005;WHO/RHT/MSM 98/3.

WHO/UNICEF (2009) WHO/UNICEF. Joint statement. Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. WHO/FCH/CAH/09.02 2009. http://www.rcp.gov.bc.ca/List-of_guidlines.html

30- Evde sağlık hizmeti alan hastaların yaşam kalitesi ve duyulan memnuniyet

Uzm. Hem. Ayşeg l Tekin, Tülay Aytekin Aktaş , Dr. Figen Yılmaz, Dr. G lişah Molla, Dr. Muzaffer Saraç
İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Sağlık Daire Başkanlığı, İstanbul

Giriş:

Sübjektif bir hasta/hasta yakını algısı olan memnuniyet, sağlık hizmeti kalitesinin en önemli göstergesi olarak kabul edilmektedir(6,7).Hastalar profesyonel sağlık personeli tarafından ziyaret edilmekten ve gerektiğinde danışmanlık hizmeti almaktan memnun olduklarını belirtmişlerdir(8).Gösterilecek nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağlayabilecektir(5).Çünkü sağlık hizmeti sunan sağlık personellerinin hastalarla iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır (9).

Bir diğer husus ise; Yaşam kalitesi “subjektif iyilik hali” veya diğer bir ifadeyle “kişinin kendi yaşamından memnun olma” durumu için kullanılan bir terimdir (4).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve değerlendirilmesinde önemli bir yeri olan yaşam kalitesi bireyden bireye değişiklik göstermekle birlikte, bireyin yaşı, eğitim durumu, cinsiyeti, çalışma durumu, sağlık düzeyi, sahip olduğu kronik hastalıklar, sosyo-demografik özellikler, kültürel ve ekonomik koşullar, yaşanılan mek n gibi  evre koşulları, engellilik gibi özellikleri yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (1,2).

Yaşam kalitesini; bireyin isteklerini gerçekleştirmesi, etkinliklere katılması, kişisel gelişim olanaklarından yararlanması, nitelikleri bakımından yeterli kaynaklara sahip olması ve bu kaynakların sosyal karşılaştırmalar yoluyla yeterli bulunması şeklinde ele almişlardır (3).

Amaç: Evde sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyeti ve yaşam kalitesi belirlemesi.

Yöntem:şubat-Mart 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nden Evde Sağlık Hizmetleri alan hastalar çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem, hastaların bağlı oldukları merkezlerden hemşirelik bakımı hizmeti alan hastalardan rastgele yöntemiyle belirlenmiştir. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

Veriler, önceden yapılan ‘‘ Evde Sağlık Hizmetinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti’’ çalışmasında kullanılan 15D /Harri Sintonen Yaşam Kalitesi Anketi olarak, geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş memnuniyet anketi kullanılarak toplanmıştır. Veriler, bağımsız

örneklem t testi, Mann-Whitney U testi, Tek Yönlü ANOVA ve çoklu karşılaştırma testleri, korelasyon ve regresyon testleriyle değerlendirilmiştir.

Bulgular:



Şekil1: Evde Bakım Hastalarının Cinsiyet Dağılımı

Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyet dağılımına bakıldığında çoğunluğun erkeklerden oluştuğu (%58,5) belirlenmiştir(Şekil1).Çalışmaya katılanların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde (n:53); çoğunluğun ilköğretim mezunu (%71,7) ve 58 yaş ve üzeri (%45,3) olduğu görülmektedir.

Tablo1. Evde Sağlık Hizmetleri Alan Kişilerin Hasta Memnuniyet Dağılımı

Hasta Memnuniyeti	Kesinlikle kabul etmiyorum		Kabul etmiyorum		Emin değilim		Kabul ediyorum		Kesinlikle kabul ediyorum		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hemşire hastalığım hakkında yeterince bilgi verdi.	3	6	5	9	1	2	36	68	8	15	53
Bana uygulanan bakım hizmeti mükemmeldi.	-	-	1	2	1	2	37	70	14	26,4	53
Bana uyguladıkları bakım doğru mu diye şüphe ediyorum.	16	30	24	45	5	9	6	11	2	4	53
Bakım veren hemşire son derece dikkatliydi.	1	2	2	4	3	6	31	59	16	30	53
Beni vazife icabı çok sıradan bir şekilde bakım yapıyor.	9	17	31	59	2	4	8	15	3	6	53
Son derece dostça ve nazik davrandı.	-	-	3	6	-	-	30	57	20	38	53
Beni tedavi ederken çok acele etti.	4	8	6	11	4	8	27	51	12	23	53
Benim onlara anlattıklarımı dinlemedi.	12	23	25	47	2	4	9	17	5	9	53
Bakım veren hemşirenin bilgisinden ve becerisinden şüphe duyuyorum.	20	38	27	51	1	2	4	8	1	2	53
Bana yeterince zaman ayırıyorlar.	5	9	5	9	2	4	32	60	9	17	53
Aldığım bakım hizmetinden beni mutlu etmeyen yönler var.	9	17	25	47	5	9	13	25	1	2	53
Şu anki rahatsızlığım ile ilgili, ne zaman ihtiyacım olsa, bu sağlık kuruluşuna kolayca ulaşabilirim.	-	-	5	9	2	4	27	51	19	36	53
											153

Hasta memnuniyet dağılımına bakıldığında; hizmet alanların çoğunluğu (%70) uygulanan bakımın mükemmel olduğunu ifade etmişlerdir. %60'ı hemşirelerin bakım için yeterince zaman ayrıldığını ve % 59'u ise bakım sırasında son derece dikkatli olduğunu belirtmiştir. ‘‘Son derece dostça ve nazik davrandı’’ seçeneğini ifade edenler ise %57'dir. Ters yönde sorulmuş soruların yanıtlarına bakıldığında ise; %51'i bakım verenin bilgisinden ve becerisinden şüphe etmediğini, %47'si anlatılanların hemşireler tarafından dinlendiğini ve bakım hizmetinde mutlu eden yönlerin olduğunu ve %45'i ise uygulanan bakımın doğruluğundan şüphe etmediğini ifade etmiştir.

Hasta memnuniyet anketinin genel ortalamasının 12 olduğu belirlenmiştir. Hasta memnuniyeti 12-60 değerleri arasında değişir, 12 en iyi düzeydir. Hastaların memnuniyet düzeylerinin oldukça iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Yaşam Kalitesinin alt kategorilerinin dağılımına bakıldığında (n:53); %53'ü yatağa bağımlı olduklarını ve %49'u ise normal aktivitelerini yerine getiremediğini ifade etmiştir. Diğer seçeneklere bakıldığında ise; görme yeteneği (%50,9), işitme yeteneği (%83), solunum (%60,4), uyku durumu (%41,5), yemek yeme durumu (%67,9), zihinsel fonksiyonların (%69,8) oldukça iyi olduğunu ancak depresyon (%38), sıkıntı (%32) ve canlılık (%40) gibi seçeneklerde ise hafif belirtiler yaşandığı görülmektedir.

Yaşam kalitesi puanlamasının 15-75 değerleri arasında değiştiği göz önünde bulundurulursa, yaşam kalitesi medyan değerinin 28 olması ile hastaların yaşam kalitelerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Anketleri cevaplayan kişilerin Yaşam Kalitesi puanları ile Hasta Memnuniyeti puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yaşam Kalitesi puanları ile Hasta Memnuniyeti puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti puan ortalamaları, cinsiyet bakımından karşılaştırılmıştır. Cinsiyet bakımından yaşam kalitesi ve hasta memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Sonuç:

Bakım hizmetleri, bakıma muhtaç bireyin yaşam kalitesinin sağlanması ve yükseltilmesi ve hastanın memnuniyeti ile ilgili temel hizmetlerin verilmesini kapsamaktadır.

Hastanın iyileşmesini hızlandırma, enfeksiyon riskini azaltma, stresi azaltma ve aileyi bir arada tutma daha kaliteli yaşam sağlama gibi birçok yararları olan evde sağlık hizmetleri sağlık sektöründe önemli bir yere sahip olacaktır.

Yaşam kalitesi puanı ile hasta memnuniyeti puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında; araştırmaya katılan kişilerin yaşam kalitesi ile hasta memnuniyeti arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hasta memnuniyeti ile yaşam kalitesi birbirinden bağımsız iki faktör olarak karşımıza çıkmıştır. Evde sağlık hizmetlerinden memnun olan hastaların yaşam kalitesinin de artması beklenirdi oysa yaşam kalitelerinde herhangi bir değişiklik tespit edilmediği gibi düzeyi de oldukça düşüktür. Bu nedenle bu yöndeki çalışmaların ve eğitimin arttırılması gerektiğini önermekteyiz. Yeni araştırmaların işaret edeceği hizmet sunumu doğrultusunda değişikliklerin farkına varacak olan hastaların hem yaşam kalitelerinde bir iyileşme hem de evde sağlık hizmetleri memnuniyetlerinde bir artış olacağını düşünmekteyiz.

Bu çalışmanın sonuçları ile, hastaların sadece sağlık ya da bakım hizmetleri ihtiyacının olmaması bunların yanında psikolojik yönden de desteklenmesi gerektiği gereksinimi belirlemektir. Bu nedenle kendi alanında uzman olan personelin sunacağı bu hizmetler multidisipliner ekip anlayışı ile evde bakım hizmetleri içerisine entegre edilerek sunulması açısından önemlidir. Çalışmanın işaret edeceği hizmet sunumu doğrultusunda hastaların hem yaşam kalitelerinde bir iyileşme hem de evde sağlık hizmetleri memnuniyetlerini arttırmaya yönelik model olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Yaşam Kalitesi, Evde Sağlık

Quality of Life and Satisfaction of Patients Receiving Home Care

Aim: To determine the area of home health care patient satisfaction and quality of life.

Method: conducted between February-March 2018. Patients who receive Home Health Care Services from Istanbul Metropolitan Municipality constitute the universe of working. The sample, was determined from patients receiving nursing care services. **Results:** The majority (58.5%) were men. When the distribution of descriptive properties was examined (n: 53); (71.7%) and 58 years and over (45.3%) in primary school graduates. When the distribution of patient satisfaction; The majority of clients (70%) stated that the implementation of care was excellent. 60% stated that nurses had enough time to look at them and 59% said they were extremely careful during care. When the responses of the questions asked in the reverse direction are examined; 51% stated that they did not doubt the caregiver's knowledge and skill, 47% reported that they were rested by the nurses and were happy with their care, and 45% did not doubt their care. When we look at the distribution of subcategories of Quality of Life; 53% were bedridden and 49% were unable to perform their normal activities. When you look at other options; sighted ability (50.9%), hearing ability (83%), respiration (60.4%), sleeping state (41.5%), eating habits (67.9%) and mental functioning (69.8%). There is no significant relationship between Quality of Life scores and Patient Satisfaction scores ($p > 0,05$).

Conclusion: The results of this study should determine the need for patients not only to have the need for health or care services but also to be supported psychologically.

Key Words: Patient Satisfaction, Quality Of Life, Home Care

Kaynaklar:

Beliner A S (2014). Birinci Basamakta Ev Ziyareti İle Yaşlıların Düzenli İzleminin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Çınarlı T & Koç Z (2015). 65 Yaş ve Üzeri Yaşlılarda Düşme Risk ve Korkusunun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences;4(4): 660-679

Çoşkun N. (2011) Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti

Rençber E.,(2017) Samsun İli Merkez İlçelerinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,Samsun.

Söyleyici, T. (2010), ‘Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması’, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli

Şahin T. K., Bakıcı H., Bilban S., Dinçer Ş., Yurtçu M., Günel E., (2005), Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması, Genel Tıp Dergisi, 15:137-142.

Yeşiltaş A. (2014) Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hasta Yakınlarının Memnuniyeti: Isparta Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.

Yılmaz, M. Ve Çifçi, E. S. (2005), ‘Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri’, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi,18(3):183-189.

Yılmaz, M. (2001), ‘Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti’, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2):69-74.

31- Sağlık okuryazarlığı ve etkileyen faktörler

Tuğba Duzcu¹ Yasemin Özel²

¹Kastamonu Üniversitesi Tosya MYO Sağlık Bak. Hizm. Bölümü, Kastamonu/Türkiye

²Kastamonu Üniversitesi Tosya MYO Tıbbi Hizm. ve Tek. Bölümü, Kastamonu/Türkiye

Giriş: Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını iyi yönde geliştirmesi ve sürdürmesi için bilgi edinme, anlama ve kullanma becerileri yoluyla motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler şeklinde tanımlanmaktadır. Bireye sağlık ve sağlıkla ilgili terimler hakkında bilgi vermek istenildiğinde, kişinin verilen bu bilgiyi anlayabilmesi, yorumlayabilmesi ve bu bilgi doğrultusunda uygun davranış göstermesi anlamına da gelmektedir. Bu şekilde tanımlandığında, Sağlık okuryazarlığı dar bir sağlık eğitimi ve bireysel davranışa dayalı iletişim kavramının ötesine geçerek sağlığı belirleyen çevresel, politik ve sosyal faktörleri de ele almaktadır. Bu daha kapsamlı bir anlayışla sağlık eğitimi, yalnızca bireysel yaşam tarzı kararlarını etkilemeyi değil, aynı zamanda sağlığın belirleyicileri hakkında farkındalık yaratmayı ve bu belirleyicilerin bir değişikliğe yol açabilecek bireysel ve kolektif eylemleri teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Bireylerin sağlık bilgilerine erişimini ve bunları etkin kullanma kapasitelerini geliştirerek, sağlık okuryazarlığını güçlendirmek çok önemlidir. Kavram aynı zamanda günlük tedavi prosedürlerini anlayıp uygulayabilmek, sağlığın sürdürülmesinde önemli olan yaşam tarzındaki değişiklikleri planlamak, sağlığı geliştiren ve geliştirmeyen aktiviteleri birbirinden ayırt edebilmek gibi bilgi ve yetenekleri de kapsamaktadır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 yılında yayınladığı 'Health Literacy Around the World' raporuna göre, Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin genel sağlık okuryazarlık düzeyleri; %29 ile %62 arasında yetersiz ve sorunlu, %2 ile %27 arasında yetersiz olduğu bildirilmiştir. Raporun içeriğinde aynı zamanda üye olan ülkelerin sınırları içerisindeki sağlık okuryazarlık düzeyleri de yayınlanmıştır. Bu rapora göre, Almanya'nın yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi yaklaşık olarak %54, İspanya'nın ise %41'dir. Tanrıöver ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, Türk toplumunun 'Yeterli ve mükemmel' sağlık okuryazarlık düzeyi yaklaşık olarak %35'tir. Hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin yetersiz olması, tıbbi teşhis ve tedavi için ciddi bir engel oluşturabilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmak, uygulanması gerekli olan tedavinin geciktirilmesine neden olabilmektedir. Bu durum, hastaneye yatırılma ile ilişkili diğer faktörler eşitlense bile, sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin yüksek olanlara göre hastaneye yatırılma ihtimalinin neden daha fazla olduğunu açıklayabilmektedir. Sağlık okuryazarlığını iyi kavrayabilmek için

bunu etkileyen durumları bilmek önemlidir. Sağlık okuryazarlığı genel itibari ile okuryazarlık düzeyinden, kişisel özelliklerden, daha önceki hastalık deneyimlerinden, psikososyal ve kültürel faktörlerden ve mevcut sağlık sistemi faktörlerinden etkilenir. Aynı şekilde sağlık okuryazarlığını, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim gibi sosyodemografik faktörler de etkilemektedir. Genel olarak evli olmayanlarda, kadınlarda, ekonomik durumu düşük olan kişilerde sağlık okuryazarlığı düşüktür. Kültürel faktörler kapsamındaki dil farklılığı, etnik grup gibi durumlar sağlıkla ilgili bilgiyi anlayıp okumayı engelleyebilir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen psikososyal faktörler sosyal destek, hastalığı anlama gibi konuları kapsar. Sağlık okuryazarlığı ile genel okuryazarlık da bağlantılıdır. Ancak genel okuryazarlığın yüksek olması sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu anlamına gelmez. Genel okuryazarlık düzeyi yüksek bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olabilir. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığını, hastalık tipi, hastalık deneyimleri, hastalığın şiddeti ve komplikasyonları da etkilemektedir. Buna bağlı olarak hastalığın süresi şiddeti ve karmaşıklığının artmasıyla sağlık okuryazarlığı düzeyi de etkilenir. Sağlık okuryazarlığının yetersizlik sorunu, dünyada yüksek oranda devam etmektedir. Bu konu ile ilgili yapılması hedeflenen çalışmalarda bilgiye erişim, anlama ve uygulama konularına öncelik gösterilerek önem verilmesi gerekmektedir. Yapılan araştırmalarda, sağlık okuryazarlık düzeyi düşük kişilerin sağlık bilgisine erişiminin fiziksel boyutuna daha fazla dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Sağlık hizmeti veren kişilere ulaşabilme durumlarının az oranda olmasından dolayı sağlık okuryazarlık seviyesi düşük bireylerin bilgi boşluğu büyüdükçe risk altında olmaya devam edeceklerdir. Sağlık çalışanları olarak, sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz bireylere önemli sağlık bilgileri verirken, bireylerin ulaşip anlayabileceği şekilde sunmak için farklı alternatif yolların araştırılması gerekmektedir. Aynı zamanda sağlık okuryazarlığının tek yönlü değildir. Hastalar, çeşitli yollardan nasıl güvenilir sağlık bilgisine ulaşması gerektiğini öğrenmek zorundadır. Güvenilir sağlık bilgisine ulaşamaz ise sağlık sistemi, yanlış anlama zincirine de dönüşebilmektedir. Sağlık hizmeti verenlerin görevi arasında bilgiyi iletme yer alıyorsa bilgiyi edinmek de sağlık hizmetini alan kişilerin sorumluluğundadır. **Sonuç:** Her sağlık bilgisi, her hastaya uymayabileceğinin farkına varmak hastanın da sorumluluğu dahilindedir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için bir takım halkla sağlığı politikaları büyük önem taşımaktadır. Sivil toplum kuruluşları, profesyonel gruplar, ve hükümetin çeşitli projelerle medyanın da sağlıkla ilgili bir eğitim sürecinden geçmesi ile bireyleri bilinçlendirmek mümkün olabilir. Sağlık okuryazarlığının yaygınlaşması için ne tür bir iletişim sistemi geliştirebileceği, her toplum için değişiklik gösterse de tamamı ile farklı olmayacaktır. Medyada sağlık okuryazarlığına ulaşmaya yönelik faaliyetlerin eleştirel yönde yapılması topluma fayda

saplayacaktır. Bunun sayesinde ilgili kamu politikalarının ve kurumsal uygulamaların değiştirilmesine olanak tanıyacaktır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükselmesi, sağlıkla ilgili kaynakların doğru kullanılmasını sağlayarak, sağlıkla ilgili bir kültürün gelişmesine ve aynı zamanda hem bireylerin kendi sağlığı hem de toplum sağlığı konusunda daha belirleyici olmasına olanak sağlayacaktır. Bu nedenle yazı sağlık okuryazarlığı kavramı ve önemi ve etkileyen faktörlerin önemine vurgu yapmak, sağlık alanında çalışan ve bu alanda araştırma yapmak isteyen akademisyenlere rehberlik etmek amacı ile yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: okuryazarlık, sağlık

ABSTRACT

Introduction: Health literacy is defined as cognitive and social skills that determine motivation and ability through knowledge, understanding, and using skills for the development and maintenance of well-being of individuals. When it is desired to give information about health and health related terms, it means that one can understand and interpret this given information and do not behave appropriately in accordance with this information. The health literacy levels within the borders of countries that were members at the same time were also published in the report. According to this report, the level of adequate health literacy in Germany is approximately 54% and in Spain 41%. In the study conducted by Tanrıöver and colleagues (2014), the "adequate and perfect" health literacy level of Turkish society is approximately 35%. The inadequacy of the health literacy levels of patients can constitute a serious obstacle to medical diagnosis and treatment. Having a low level of health literacy can cause delayed treatment to be administered.. To understand health literacy well, it is important to know the conditions that affect it. Health literacy is generally influenced by the level of literacy, personal characteristics, previous disease experiences, psychosocial and cultural factors, and current health system factors. Likewise, socio-demographic factors such as age, gender, marital status, education influence health literacy. In general, unmarried women have low health literacy in those with low economic status. Language differences within cultural factors, such as ethnic groups, may prevent health-related knowledge from being read. **Result:** This will allow the related public policies and institutional practices to be changed. Increasing the level of health literacy will enable the development of a health-related culture by ensuring the correct use of health-related resources and at the same time enabling individuals to be more decisive about their own health and community health. For this reason, it is written with the aim of emphasizing the importance of the concept of health literacy and the factors affecting it, as well as guiding academicians working in health field and doing research in this area.

Key words: literacy, health

KAYNAKLAR

1. Agency for Healthcare Research and Quality Health Literacy Interventions and Outcomes, 2011, *An Updated Systematic Review*. Rockville; AHRQ Publication, 212-220.
2. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. 2002, Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*; 92(8):1278-1283.
3. Chiarelli L, 2006, The Impact of Low Health Literacy on Chronic Disease Prevention and Control. *Canadian Public Health Association Publication*, 223-230
4. Cho YI, Lee SYD, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of Health Literacy on Health Status and Health Service Utilization Amongst The Elderly, 2008, *Social Science & Medicine*, 66: 1809-1816.
5. Çopurlar C.K, Kartal M, 2010, ‘‘ Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli’’, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1): 42-47
6. Inoue M, Takahashi M, Kai I, 2013, Impact Of Communicative And Critical Health Literacy On Understanding Of Diabetes Care And Self-Efficacy in Diabetes Management: Across-Sectional Study Of Primary Care in Japan, *BMC Family Practice*, 14(40);1-9.
7. Mitic W, Rootman I, 2012. *An inter-sectoral approach for improving health literacy for Canadians*. Ottawa, Public Health Agency of Canada;222-230
8. Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults with Diabetes, 2013, *The Diabetes Educator*, 39(5): 638- 646
9. Nielsen BL, Panzer AM, Kindig DA. 2004. *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, D.C.: National Academies Pres; 119-130
10. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. MS. 2005, The Prevalence of Limited Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20:175-184Sezgin D, 2013, Sağlık okuryazarlığını anlamak, <http://www.dergipark.gov.tr/download/article-file/82916>, 37-39
11. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonsk, Z, Brand H. 2012, Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*. 12(80): 1-13.

12. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE , 2014 Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları* 25, Ankara, Altan Özyurt Matbaacılık, 23-27
13. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2004, The Plurality of Literacy and its Implications for Policies and Programs. Paris: *UNESCO Education Sector*; 254-260.
14. WHO, Health Promotion Glossary, 1998, <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> erişim: 30.11.2015

32- Evde Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Uygulama

Tanju Çelik, Sevil Uysal, M. Salih Temel

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir/Türkiye

Giriş: Geliştirdiğimiz uygulama ile Evde Sağlık Hizmetlerinde takipli mekanik ventilatöre bağlı hastaların engelli sağlık kurulu raporu, uzman hekim raporu, ilaç kullanım raporu, tıbbi malzeme raporu gibi heyet raporlarının çıkarılmasının kolaylaştırılması, sürecin hızlandırılması, maliyetin düşürülmesi, ihtiyaçların minimize edilmesi hedeflenmektedir. Maddi ve manevi olarak yıpratıcı olan bu sürecin kısaltılması ve kolaylaştırılmasına yönelik Sağlık Bakanlığımızın bize sağladığı ekipman, teknolojik ve lojistik imkânlar çerçevesinde, hastanemiz bünyesinde mevcut olan BUCH (Behçet Uz Çocuk Hastanesi) İntranet sistemini kullanılarak oluşturulmuş bir sistemdir.

Amaç: Uygulamamız ile Evde Sağlık Hizmetlerinde takipli mekanik ventilatöre bağlı hastaların engelli sağlık kurul raporu, uzman hekim raporu, ilaç kullanım raporu, tıbbi malzeme raporu gibi heyet raporlarının çıkarılma sürecinin kısaltılması (haftalar süren süreç günlere indirildi), kolaylaştırılması (süreç bazı basamaklar atlanarak komplike halden daha basite indirildi), maliyetinin düşürülmesi (akaryakıt, ekipman gibi harcamalar azaldı), iş ve güç kaybının azaltılması (nakil, yatak işgali olmadı), hastanın konforunun artırılması (hasta evinden çıkmadı) , enfeksiyon riskinin azaltılması (temas ettiği kişi sayısı azaldı ve hastane ortamına girmede), yer ve zaman kaybının önlenmesi (yatak, ambulans işgali olmadı, algoritma da basamaklar atlandı) hedeflenmektedir.

Yöntem: Evde Sağlık Hizmetlerinin uygulaması öncesi mekanik ventilatöre bağlı hastalara engelli sağlık kurul raporu, uzman hekim raporu, ilaç kullanım raporu, tıbbi malzeme raporu gibi heyet raporu çıkarmak ve/veya yenilemek için hasta yakınları önce sağlık kuruluna başvuruyorlar, daha sonra randevu alarak randevunun verildiği tarihte 112 Acil Sağlık Hizmetleri ambulansını arayarak ambulans istiyorlardı.112 Acil Sağlık Hizmetleri ambulansı ile hastanemize geldikleri için 112 Acil Sağlık Hizmetleri meşgul ediliyor, ambulansa daha çok ihtiyacı olan acil vakalar dolaylı olarak mağdur oluyorlardı. Bilindiği üzere sağlık kurulu muayeneleri için farklı branşlarda birçok hekimin hastayı polikliniklerde değerlendirmesi gerekmektedir. Mekanik ventilatöre bağlı bu hastalarımız tıbbi durumları nedeniyle polikliniklerde ilgili hekimlere diğer hastalar gibi poliklinik hizmeti düzeninde başvuramıyorlardı. Hastanemize gelen hastalar yer durumuna göre yoğun bakım ya da acil

serviste yatak işgal ederek bir gün süreyle izlenmek zorunda kalıyordu. Heyetteki doktorların hepsi hâlihazırda görevli oldukları yerlerinden ayrılarak hastayı değerlendirmek üzere hastanın yanına geliyorlardı. Bu sırada görevli oldukları birimlerden kısa süreliğine de olsa ayrıldıkları için işler aksayabiliyor, problemler yaşanabiliyor, poliklinikte muayene için sıra bekleyen hastalar mağduriyet yaşayabiliyordu. Mekanik ventilatöre bağlı heyet raporu çıkarılacak hastalar da, nakil sırasında ve bir gün boyunca hastanede kaldıklarından beslenmeleri, ilaç saatleri, bakımları aksadığı için, sıkıntı yaşayabiliyordu. Hastaları ilgili tüm doktorlar gördükten sonra hasta 112 Acil Sağlık Hizmetleri ambulansı ile evine naklediliyordu. Heyet günü hasta tekrar 112 Acil Sağlık Hizmetleri ekibi eşliğinde portabl monitör ve mekanik ventilatör ile hastanemize getirilip heyete sunuluyor ya da 112 Acil Sağlık Hizmetleri ekibiyle getirilen hasta acil servise alınıp heyetten görevli bir kişi tarafından görülüp tekrar evine naklediliyordu. Bazı durumlarda da heyet hastanın evine gidiyordu. Yeni uygulamamız ile hasta Evde Sağlık Hizmetlerine ve Sağlık Kuruluna eş zamanlı başvuru yapmaktadır. Evde Sağlık Hizmetleri ekibi başvuruya istinaden en kısa zamanda hastayı ziyaret planına alarak hastayı evinde ziyaret etmektedir. Hastanın veli/vasisinin izni üzerine Evde Sağlık Hizmetleri Aydınlatılmış Onam Formu imzalatılarak videosu çekilmektedir. Evde Sağlık Hizmetleri ekibi tarafından çekilen video BUCH İntranete yüklendikten sonra hasta yakını sağlık kurulunun verdiği evrakları, ilgili doktorların değerlendirmesine sunmaktadır. İlgili doktorlar kendilerine özel şifre ile BUCH İntranet sistemine girip videoyu izlemekte ve hastanın muayene bulguları, tetkik sonuçlarına göre değerlendirmesini tamamlamaktadır. Hasta yakını evraklarını sağlık kuruluna verdikten sonra heyet randevusu alarak heyet gün ve saatinde hazır bulunmaktadır. Heyete sunulan hastalar heyete giren hekimlerin takibinde ve bilinen hastalar olup heyet sistemden videoyu izleyerek nihai kararı vermektedir.

Bulgular: Mart 2017 ile Mart 2018 tarihleri arasındaki Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı olan primer hastalıklarına yönelik takip, tetkik ve tedavilerinin hastanemizde sürdürülen daha öncesinde heyetteki ilgili branşlar tarafından muayene edilmiş olan ev tipi mekanik ventilatöre bağlı tüm hastalarımız (11 kız 13 erkek olmak üzere toplam 24 hasta) çalışmaya dahil edilmiştir. Bu süreçte yaşları 1-12 arasında değişen toplam 7 ev tipi mekanik ventilatöre bağlı hastaya (%33) video sistemi ile engelli sağlık kurulu raporu verilmiştir. Bu sekiz olgunun tanı ve yaşlarına göre dağılımı aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

YAŞI	TANISI
2	ARNOLD CHIARI SENDROMU
2	MEKONYUM ASPİRASYONU BAĞLI ASFİKSİ
1	SPİNAL MUSKÜLER ATROFİ
1	NÖROMUSKÜLER HASTALIK
12	SPİNAL MUSKÜLER ATROFİ
5	ULRİCH TİP MUSKULER DİSTROFİ
10	NÖROMETABOLİK HAST.

Sınırlılık: Sistem sadece Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kurulduğu için hastanemizin Evde Sağlık Hizmetlerinde takipli mekanik ventilatöre bağlı hastalar ile sınırlıdır. Hastaların videoları alt yapı desteklemediği için hastanemizde kullanılan hastane bilgi yönetim sistemine (HBYS) yüklenememiştir. Bu nedenle BUCH İntranet sistemi ile sınırlıdır. Personel ve ekipman yetersizliği nedeniyle çıkartılan raporlar sadece engelli sağlık kurulu raporu ile sınırlı kalmıştır.

Sonuç: Sistemde hasta nakline ihtiyaç olmadığı için maliyet düşmekte, nakil sırasında oluşabilecek riskler önlenmiş olmakta, 112 Acil Sağlık Hizmetleri meşgul edilmemekte, acil servis veya yoğun bakımda yatak işgal edilmediği için bu birimleri kullanacak diğer hastaların mağduriyeti engellenmekte, enfeksiyon gelişmesine yatkın olan hastalarımız hastane ortamına girmemekte ve mekanik ventilatöre bağlı hastalarımızın ve hasta yakınlarımızın konforu sağlanmakta, hekimler primer görev yerlerinden ayrılmadığı için diğer hastalarının mağduriyeti engellenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Heyet Raporu, Video

Abstract: In this application , we aim to reduce the work and power loss, increase the comfort of the patient, reduce the risk of infection, and prevent the loss of time and place by reducing the processing time and the cost of the delegation report of the patients dependent to mechanical ventilation at Home Health Care Services. With this new study, the Home Health Care Team will take the video of the patient at their homes. Related doctors will watch the video with the private passwords provided to them. The ultimate decision will be taken by evaluating the examination findings of the patient and laboratory test results. The reports for 8 out of 24 patients who met our criteria were constructed successfully by using our new methodology. Because there is no need to transfer the patient, the cost to the health insurance is reduced, the

negative risks during transfers are eliminated, and 112 Emergency Health Services will not be engaged unnecessarily. The comfort of our patients and their companions is ensured.

Key Words: Home Health Care Services, Delegation Report, Video

Kaynaklar:

- 1- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge
2. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete Tarih: 10.03.2005 Sayı: 25751)
3. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (Resmi Gazete Tarih:27.02.2015 Sayı: 29280)
4. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (Resmi Gazete Tarih: 25.03.2010 Sayı:27532 (mükerrer))
5. Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması Ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete Tarih: 30 Mart 2013 Sayı: 28603)

33- Evde bakım öğrencilerinin temel yaşam desteği bilgi düzeyi

Tuğba Duzcu¹

¹Kastamonu Üniversitesi Tosya MYO Sağlık Bak. Hizm. Bölümü, Kastamonu/Türkiye

Giriş; Temel Yaşam Desteği; Kişinin hayatını kurtarmak amacı ile havayolu açıklığı sağlayıp, kalp masajı da yapark akciğerlere oksijen gitmesi ve kalpten kan pompalanmasını sağlamak üzere yapılan ilaçsız müdahalelerdir. Türkiye’de yılda ortalama 430.000 trafik kazası meydana gelmekte, 110.000 kişi yaralanmakta ve 4.000 kişi hayatını kaybetmektedir. Bilinçli ilk müdahale ile trafik kazalarında ölümlerin %15-18 i, hızlı ve bilgili bir müdahale ile ise %20-25’i önlenmektedir. Kazalardaki ölümlerin %10’u ilk 5 dakikada, %50’si ise ilk 30 dakikada meydana gelir. Bundan dolayı olay anında sağlık ekibi hemen gelemeyeceğinden kişilere ilk müdahalenin çevredeki kişiler tarafından yapılması gerekir. İngiltere’de 1.200 kişi ile yapılan bir çalışmada kalp durmasının %80’ninin evde, %20’sinin sokakta meydana geldiği belirlenmiş bundan dolayı eş ve akrabaların kardiyo-pulmoner resüsitasyon (KPR) eğitimi almasının gereğinden söz edilmiştir. İlk yardımın temel taşlarından en önemlisi de KPR ve temel yaşam desteğidir (TYD). Türkiye’de ve dünyada kalp damar hastalıklarından dolayı ölüm oranı yüksektir. Amerika’da her yıl 930 .000 kişi kalp damar hastalıklarından dolayı hayatını kaybetmektedir .

Kişinin herhangi bir sebepten dolayı solunum ve/veya dolaşımının aniden durmasına Kardiyo Pulmoner Arrest (KPA) denir. 5 dakikadan fazla sürerse irreversible beyin hasarına sebep olur. KPA’ya KPR ile müdahale etmek gerekir. Resüsitasyon; yeniden canlandırma demektir. KPR, KPA meydana geldiğinde dolaşımı ve solunumu yeterli düzeyde devam ettirmek için uygulanan acil müdahalelerin tümüdür. Amaç; kalbin normal işlevini kendisi görebileceği konuma gelene kadar ki zaman diliminde organların ihtiyacı olan kan ve oksijeni ulaştırmaktır.

Amaç; Evde bakım sisteminde çalışacak olan evde bakım eğitimi alan öğrencilerin her zaman karşılaşılabilecekleri KPA durumunda KPR çok önemlidir. Bu çalışmada evde bakım öğrencilerinin KPR bilgi düzeylerini ölçmek amacı ile yapılmıştır.

Materyal- metod; Araştırmanın evrenini 01.09.2017-01.12.2018 tarihleri arasında Kastamonu Üniversitesi Tosya Meslek Yüksekokulu Sağlık Hizmetleri Bölümü Evde Bakım bölümünde öğrenim gören 59 öğrenciden oluşmuştur. Araştırmaya çalışmaya katılmaya istekli, sorulara cevap verebilen, herhangi bir iletişim problemi veya mental retardasyonu olmayan, okuma ve yazma bilen, müfredatta geçen ilk yardım dersini almış öğrenciler alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra,

öğrenci tanıtıcı bilgi formu temel yaşam desteği bilgi formu (10 soru) öğrencilere uygulanmıştır. Amerikan Kalp Derneği'nin 2015 yılında güncellenen kılavuzu kaynak alınarak hazırlanan 10 sorudan oluşmaktadır. Sorular çoktan seçmeli olarak hazırlanmış olup, verilen her doğru cevap 1 puan olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular; Çalışmaya katılan öğrencilerin %50'si 18-20 yaş arası, %36,1'i 21-22 yaş arası, %13,9'u 23-30 yaş arasıdır. Araştırmaya alınan öğrencilerin % 66,7'si kadın, % 33,3'ü erkektir. Araştırmaya alınan öğrencilerin cinsiyetlerine göre Temel Yaşam Desteği Bilgisi toplam puanları açısından aralarındaki farklara ait t değerleri $p < 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu öğrencilerin cinsiyetlerine göre Temel Yaşam Desteği Bilgisi toplam puanları açısından aralarında fark olduğunu göstermektedir kadınların Temel Yaşam Desteği Bilgisi toplam puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuçta, kadınların erkeklere göre Temel Yaşam Desteği Bilgisinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Araştırmaya alınan öğrencilerin yaşlarına göre Temel Yaşam Desteği Bilgisi toplam puanları açısından aralarındaki farklara ait F değerleri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu öğrencilerin yaşlarına göre Temel Yaşam Desteği toplam puanları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Araştırmaya alınan öğrencilerin yaşadıkları yere göre Temel Yaşam Desteği Bilgisi toplam puanları açısından aralarındaki farklara ait F değerleri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu öğrencilerin yaşadıkları yere göre Temel Yaşam Desteği Bilgisi toplam puanları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Araştırmaya alınan öğrencilerin temel yaşam desteği konusunda kendini yeterli hissetme durumuna göre Temel Yaşam Desteği Bilgisi toplam puanları açısından aralarındaki farklara ait F değerleri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu öğrencilerin temel yaşam desteği konusunda kendini yeterli hissetme durumuna göre Temel Yaşam Desteği toplam puanları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Araştırmaya alınan öğrencilerin temel yaşam desteği konusunda güncel bilgileri takip etme durumuna göre Temel Yaşam Desteği Bilgisi toplam puanları açısından aralarındaki farklara ait t değerleri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu öğrencilerin temel yaşam desteği konusunda güncel bilgileri takip etme durumuna göre Temel Yaşam Desteği toplam puanları açısından aralarında fark olmadığını göstermektedir. Araştırmaya alınan öğrencilerin temel yaşam desteği konusunda güncel bilgileri nasıl takip ettiğine göre Temel Yaşam Desteği toplam puanları açısından aralarındaki farklara ait F değeri $p > 0.05$ önem düzeyinde anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu öğrencilerin temel yaşam desteği konusunda güncel bilgileri nasıl takip ettiğine göre Temel Yaşam Desteği toplam puanları açısından ise aralarında fark olmadığını göstermektedir.

Sonuç ve öneriler; Araştırmaya alınan öğrencilerin % 38'inin bilgi düzeyi "Düşük", % 60,2'sinin bilgi düzeyi "Orta", % 1,9'unun bilgi düzeyi "Yüksek" bulunmuştur. Araştırma sonucu ulaşılan bilgiler doğrultusunda öğrencilerin ders müfredatındaki ilk yardım ders satine daha fazla yer ayrılmalı, güncel resüsitasyon kılavuzları kaynak alınarak müfredat hazırlanmalı, okullarda belli aralıklarla KPR eğitimi tekrarlanmalı, öğrencilerin bu konuyla ilgili güncel bilgileri takip etmeleri teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler; Temel Yaşam Desteği, Evde Bakım, Öğrenci

ABSTRACT

Introduction; Basic life support; It is medication-free interventions aimed at saving the person's life and providing airway patency, heart massage, oxygenation to the lungs and pumping blood from the heart.

Aim; CPR is very important in the case of CPA, where home-care education students who will work in home care system can always meet. In this study, it was aimed to measure CPR knowledge levels of home care students.

Material method; The universe of my research was formed from 59 students who attended the Home Care Department of Health Services Department of Kastamonu University Tosya Vocational School between 01.09.2017-01.12.2018.

Results; As a result, it can be said that women have higher Basic Life Support Knowledge than men. According to the age of the students, the F values of the differences between them in terms of total points of Basic Life Support Knowledge were found meaningless at $p > 0.05$ significance level. This finding suggests that there is no difference in terms of the total points of Basic Life Support according to the age of the students. The F values of the differences between the surveyed students in terms of the total points of Basic Life Support Knowledge according to the place they lived were found meaningless at $p > 0.05$ significance level. This finding suggests that there is no difference in terms of the total scores of Basic Life Support Knowledge according to where students live.

Conclusions and recommendations; The knowledge level of 38% of the students surveyed was found as "Low", 60,2% of them were found as "Moderate" and 1,9% of them were found as "High".

Keywords; Basic Life Support, Home Care, Student

KAYNAKLAR

Baskett P, Nolan J, Parr M. Tidal volumes which are perceived to be adequate for resuscitation. *Resuscitation*. 1996; 31(3): 231-4

Berg R.A, Hemphill R, Abella B.S ve ark. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines For Cardiopulmonary Resuscitation An Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;(18supp3): 685-705

Bilir Ö, Acemoğlu H, Aslan Ş, Çakır Z, Kandış H, Türkyılmaz Ş.E. Tıp doktorlarının temel yaşam desteği konusundaki bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk J. Emerg Med*. 2007; 7(1): 18-24

Bölükbaşı N, Kahraman A, Kalaycı G, Karaman Y. Ordu ili kız meslek lisesi çocuk gelişimi son sınıf öğrencilerinin çocuklara yönelik ilk yardım uygulamaları ile ilgili bilgi düzeyleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 10:3

Carney C.J. Prehospital care a UK perspective. *British Medical Bulletin* 55. 1999 (no:4) ; 757-766

Centers For Disease Control And Prevention. Heart Disease And Stroke.2004.(http://www.cdc.gov/nccd.php/aag/pdf/aag_cuh2004.pdf). Erişim Tarihi: 20.10.2016

Dinçer Ç, Atakurt Y, Şimşek I. Okul öncesi eğitimcilerinin ilk yardım bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2000(1);31-38

Dracup K, Moser D.K, Guzy P.M, Taylor S.E, Morsdan C.İ. Cardiopulmonary resuscitation training deleterious for family members of cardiac patients?. *Ann J. Public Health*. 1994;84; 116-

Filho N.M.F, Banderia A.C, Delmandes T, Oliveria A, Junior A.S.L, Cruz V. ve ark. Assessment of the general knowledge of emergency physicians from hospitals of the city of Salvador(Brazil) on the care of cardiac arrest patients. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87: 579-585

Kakillioğlu T, Kurt Z, Dalkılıç M. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı. Ankara. 2002; 3-7

Koenraad G.M , Jerry P.N, Lea L.B ve ark. European Resuscitation Council Guidelines For Resuscitation. Section 6: Pediatric Life Support. 2015(95): 223-48

Kleinman M.E, Brennan E.E, Brennan E.E, Goldberg Z.D ve ark. 2015 American Heart Association Guidelines Update For Cardiopulmonary Resuscitation And Emergency Cardiovascular care, *Circulation*. Part 5: Adult Basic Life Support And cardiopulmonary Resuscitation Quality. 2015(132); 414-435

Şahin A. Karaman il merkezindeki beden eğitimi öğretmenlerinin ve sınıf öğretmenlerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Beden Eğitimi Ve Spor Öğretmenliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2011; 54-55

34- Evde bakımda basınç yaralanmalarının önlenmesi

Pınar Avşar¹, Derya Karakaya²

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

²Ankara Ulus Devlet Hastanesi

Basınç yaralanması tek başına, basınç ya da yırtılma ile basıncın bir arada neden olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarıdır (NPUAP, 2014). Ülkemizde evde bakımda basınç yaralanmaları insidansı ve prevelansına ilişkin veriler olmamakla birlikte Ayello ve Braden'in (2001) 2001'de yaptığı çalışmaya göre, basınç yaralanmasının Amerika'da prevelans hızı akut bakımda %10.1-%17, uzun süreli bakımda %2.3-%28, evde bakımda %0-%29; %0.4-%38, uzun süreli bakımda %2.2-%23.9, evde bakımda %0-%17 arasında değiştiği belirtilmiştir. Basınç yaralanması yaşlı bakımevlerinde de önemli bir sorundur. Paquay ve diğ. (2008), yaşlı bakımevlerinde basınç yaralanması prevelansının %6-%21.3 arasında değiştiğini bildirilmiştir (Paquay, Wouters, Defloor, Buntinx, Debaille ve Geys, 2008). Basınç yaralanması, toplumdaki hastaların yaklaşık %30'unda görülür ve hastalar ve bakıcıları için yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilir (Jenkins ve O'Neal, 2010; Gunningberg, Hommel, Bååth ve Idvall, 2012). Queiroz ve ark.nın Brezilya'da evde bakımda basınç yaralanması prevelansını incelediği tanımlayıcı, kesitsel çalışmasında evde basınç yaralanması gelişimi %47.4 olarak bulunmuştur (Queiroz ve diğ., 2014). Ferrel ve ark. kesitsel çalışmasında evde bakımda toplamda 3.048 hastanın %9.12'sinde basınç yaralanması gelişirken %37.4'ünde birden fazla basınç yaralanması gelişmişken % 14.0'ünde üç veya daha fazla basınç yaralanması gelişmiştir. Basınç yaralanması ile ilişkili risk faktörleri ise fonksiyonel bozukluk, inkontinans ve daha önce basınç yaralanması varlığı olarak belirlenmiştir. Hastaların yaklaşık% 30'unun yeni bası yaralanması gelişimi açısından risk altında olduğu bulunmuştur (Ferrel ve diğ., 2000). Casimiro ve diğ. (2002) İspanya'da bakımevlerinde yaşlı popülasyonda basınç yaralanması prevelansını ve ilişkili risk faktörlerini incelemek amacıyla yaptıkları kesitsel çalışmada basınç yaralanması prevelansı %35.7 olarak bulunmuşken yaş, beslenme durumu, hareket ve işlevselliğin bozulması basınç yaralanması oluşumunda risk faktörü olarak belirlenmiştir (Casimiro, Lorenzo, Usa'n, 2002).

Basınç yaralanmaları evde sağlık bakımında önemli ve maliyetli bir sorundur. Evde bakımda basınç yaralanmalarını önlemek zor olabilir ve çoğu zaman eğitim ve kaynaklara erişim eksikliği nedeniyle hastalar risk altındadır. Hastanın ve bireysel risklerinin değerlendirilmesi, hastaların ihtiyaçlarını karşılayan tutarlı bir bakım planının sunulması ve eksikliklerin tespit

edilmesi için düzenli değerlendirme de dahil olmak üzere, basınç yaralanmalarını önlemede iyileştirici sonuçlara sahiptir. Evde bakımda basınç yaralanmalarını önleme girişimleri risk değerlendirilmesi, derinin değerlendirilmesi, derinin bakımı, beslenme durumunun değerlendirilmesi, pozisyon değiştirme ve destek yüzeyi kullanımını içermektedir (NPUAP-EPUAP, 2014).

Risk değerlendirilmesi

Basınç yaralanması önlenmesinde izlenecek ilk adım; basınç yaralanması oluşma riski altındaki bireylerin belirlenmesidir. Hemşirelerin BÜ gelişme riski olan hastaları belirlemesi doğrudan bakım maliyetini azaltmakta ve bakım gereksinimi olan hastalara bu bakımın daha iyi verilmesine olanak sağlamaktadır (Ayello ve Braden, 2002). Bu amaçla kullanılabilecek pekçok risk değerlendirme aracı mevcut olup en yaygın kullanılanları; Braden, Norton, Waterlow basınç yaralanması risk değerlendirme ölçekleridir. Risk değerlendirme ölçeklerinin uygulanma sıklığının hemşirenin her ev ziyareti boyunca gerçekleştirilmelidir.

Derinin değerlendirilmesi

Deri değerlendirmesi her hasta ziyaretinde yapılmalıdır. Deride bulunan renk değişiklikleri, kabarcıklar, yanık alanlarının varlığı, şişlik, sivilce, morluk, çürüme, kesik gibi oluşumlar dikkatlice gözlenmeli ve hastanın değerlendirme bulguları kaydedilmelidir (Harrison, Kindred ve Marks, 2013; Karadağ ve Gül, 2013:186-202).

Derinin bakımı

Deri bakımı; derinin her türlü mekanik kirlerden ve mikroorganizmalardan arındırılmasını, kuru tutulmasını ve nem dengesinin korunmasını içerir (Beeckman ve diğerleri, 2015).

Beslenme durumunun değerlendirilmesi

Deri bütünlüğünün sürdürülmesinde, basınç yaralanmalarının gelişiminin önlenmesinde ve ülserin iyileşmesinde beslenme önemli rol oynamaktadır. Beslenme durumu, hasta ilk hastaneye yattığı zaman ve daha sonra hastanın durumu değiştikçe değerlendirilmelidir.

Pozisyon değiştirme

Düzenli pozisyon değişiklikleri dokuların basınç altında kalma süresini ve basınç yaralanması gelişme olasılığını azaltmaktadır (Deflor ve diğerleri, 2010). Kanıtlara dayanarak hazırlanan rehberlere göre; hasta yatağa bağımlı ise en fazla iki saatte bir, tekerlekli sandalyeye bağımlı ise saat başı pozisyonu değiştirmek ve 15 dakikalık aralıklarla küçük vücut hareketleri yaptırmak; sırt üstü ve 90° lateral pozisyonunda sakrum ve torakanterlerdeki oksijen düzeyi sıfıra düştüğü için basıncı dağıtan 30° lateral pozisyon vermek önerilmektedir.

Destek yüzeyi kullanımı

Destek yüzeyler, kapiller kapanma basıncı üzerine olan etkilerine dayanılarak basınç azaltıcı (basınç standart yataklarinkine göre daha az ancak 32 mmHg'ın altına düşürmezler) veya basınç giderici (basıncı 32 mmHg'ın altına düşürürler) olmak üzere iki temel kategoriye ayrılır. Bu nedenle basınç yaralanması riski olan hastalar destek yüzeyleri üzerine yatırılmalı, hasta sandalye veya koltuktayken oturma minderleri kullanılmalıdır (Lewis ve diğerleri, 2003; NPUAP-EPUAP, 2014).

Risk altındaki bireylerde basıncı azaltıcı destek yüzeyler kullanılmalıdır. Yüksek riskli hastalar için basıncı giderici yataklar kullanılmalı, standart hastane yataklarında yatırılmamalıdır. Tekerlekli sandalyeye bağımlı bireylerde jel köpük, sünger ve hava içeren minderler kullanılmalıdır. Simit şeklindeki minderler kan akımını azaltacağından kullanılmamalıdır. BÜ gelişmesi için yüksek ve orta riske sahip bireyler için dinamik destek yüzeyleri (örneğin basınç dağıtıcı yataklar, düşük hava kaybı veya hava akışkanlı yataklar) kullanılabilir (Lewis ve diğerleri, 2003) .

Sonuç olarak evde bakımda basınç yaralanmalarının oluşmadan önlenmesi, riskli hastaların tanınması ve uygun müdahalelerin planlanması gerekmektedir. Bası yaralarının önlenmesi ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmekte ve bu yaklaşımda hastaya kesintisiz 24 saat bakım veren hemşirelerin basınç yaralanmalarını önlemede rol ve sorumlulukları son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: Basınç yaralanması, Evde Bakım, Basınç Yaralanmasını Önleme

Prevention of pressure injuries in home care

Pressure injury is localized skin and / or subcutaneous tissue damage (NPUAP, 2014), usually caused by pressure or tearing together with pressure on the bony prominences. The prevalence rate of pressure injury in America is 10.1% -17% in acute care and 2.3% -28% in long-term care, according to the study by Ayello and Braden (2001) in 2001, with no evidence of incidence and prevalence of pressure injuries in our country , 0% -29% at home care; From 0.4% to 38% for long-term care, from 2.2% to 23.9% for long-term care and from 0% to 17% for home care. Pressure injury is also an important problem in elderly care homes. Pressure injuries are an important and costly problem in health care at home. Pressure injuries in home care can be difficult to prevent and often patients are at risk because of lack of access to education and resources. Assessment of the patient's and individual risks has therapeutic implications for preventing pressure injuries, including regular assessment to determine a lack of a consistent care plan that meets the needs of the patients. Attempts to prevent pressure

injuries in home care include risk assessment, deep assessment, deep maintenance, assessment of nutritional status, position change and use of support surface (NPUAP-EPUAP, 2014).

Prevention of pressure injuries in home care, identification of risky patients and appropriate interventions are required. Prevention and treatment of other wounds requires a multidisciplinary approach, and the role and responsibilities of nurses who provide 24-hour care to the patient in preventing pressure injuries are of paramount importance.

Keywords: Pressure injury, Home care, Prevention of pressure injury

KAYNAKLAR

1. NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel). (2014). "Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide". <http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>. Erişim: 26.12.2017.
2. Ayello, A.E., Braden, B. (2001). Why Is Pressure Ulcers Are So Important. *Nursing*, 31(11), 74-77.
3. Paquay, L., Wouters, R., Defloor, T., Buntinx, F., Debaillie, R., Geys, L. (2008). Adherence to Pressure Ulcer Prevention Guidelines in Home Care: A Survey of Current Practice. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 627–636.
4. Jenkins, M.L., O'Neal, E. (2010). Pressure Ulcer Prevalence and Incidence in Acute Care. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(12), 556-559.
5. Gunningberg, L., Hommel, A., Bååth, C., Idvall, E. (2012). The First National Pressure Ulcer Prevalence Survey in County Council and Municipality Settings in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(5), 862-867.
6. Queiroz AC Mota DD, Bachion MM, Ferreira AC. (2014). Pressure ulcers in palliative home care patients: prevalence and characteristics. *Rev Esc Enferm USP*. 48(2):264-71.
7. Ferrell BA, Josephson K, Norvid P, Alcorn H. (2000). Pressure ulcers among patients admitted to home care. *J Am Geriatr Soc*. 48(9):1042-7.
8. Casimiro, C., Lorenzo, A.G., Usá'n, L. (2002). Prevalence of Decubitus Ulcer and Associated Risk Factors in An Institutionalized Spanish Elderly Population. *Nutrition*, 18:408–414.
9. Lewis, M., Pearson, A. and Ward, C. (2003). Pressure ulcer prevention and treatment: transforming research findings into consensus based clinical guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 9(2), 92-102.

10. Beeckman, D., Schoonhoven, L., Fletcher, Furtado, K., Heyman, H., Paquay, L., Bacquer, D. and Defloor, T. (2010). Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. *Journal of Quality & Safety in Health Care*, 19 (5), 1-4.

35- İzole travmatik sternum fraktürlerinde hospitalizasyon gerekli midir?

Yusuf Velioglu¹, Ahmet Yüksel²

¹ Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Bolu/Türkiye

² Bursa Devlet Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Departmanı, Bursa/Türkiye

Giriş: Sternum fraktürleri künt göğüs travmalı olgularda %3 ile %8 oranında izlenmektedir. Araç içi trafik kazaları sırasında sıklıkla ön koltuklarda bulunan kişilerde gözlenen bu fraktürlerin sıklığı, emniyet kemeri kullanımının zorunlu hale getirilmesiyle son yıllarda gittikçe artmıştır. Sternal lokalizasyonda tariflenen ağrı ile birlikte palpasyonda ciddi derecede hassasiyet varlığı en sık görülen semptomlardır ve bu bulgular varlığında sternum fraktörü düşünülmelidir. Sternum fraktürleri tipik olarak transvers düzlemde izlenmekte olup, sternumun üst ve orta kısımlarında daha sık meydana gelir. Fizik muayenede; fraktür lokalizasyonundaki hassasiyet ile birlikte ekimoz varlığı ve palpasyon ile krepatasyon alınması diğer önemli işaretlerdir. Lateral akciğer grafisi ile çoğunlukla bu patolojinin radyolojik tanısı konulur. Daha hassas bir görüntüleme yöntemi olan bilgisayarlı göğüs tomografisi, şüpheli durumlarda tanıyı kesinleştirmek ve beraberinde meydana gelebilecek diğer yaralanmaların teşhisi için kullanılır. Sternumun vücuttaki yeri ve yapısından ötürü göğüs içerisindeki kalp, ana vasküler yapılar ve akciğerler gibi vital organlar için önemli bir bariyer işlevi görmektedir. Bundan dolayı sternum fraktürlerinde fraktürün kendisinden ziyade bu fraktürlere bağlı gözlenebilecek vital organ yaralanmaları önem arz etmektedir. İzole travmatik sternum fraktörü ise kafatası kırığı, intrakranial kanama, hemotoraks, pnömotoraks, batın içi organ yaralanması, vb başkaca major yaralanma olmaksızın travma sonrası meydana gelen sternum fraktörü olarak tanımlanabilir. İzole travmatik sternum fraktürlü olguların değerlendirilmesi ve tedavi algoritması ile ilgili genel kabul görmüş bir konsensus bulunmamaktadır ve genellikle bu olguların takip ve tedavileri başvuru merkezin deneyimleri ve imkanları doğrultusunda gerçekleştirilip merkezden merkeze çeşitlilikler göstermektedir.

Amaç: Bu çalışmada izole travmatik sternum fraktörü ile acil servise başvuran ve hospitalize edilen hastaların klinik ve demografik özellikleri, takip ve tedavi sonuçları sunularak bu hasta grubundaki klinik deneyimlerimiz paylaşıldı. Ayrıca hospitalize edilen bu hasta popülasyonundaki deneyimlerimiz ışığında hospitalizasyonun gerekli olup olmadığı da sorgulandı.

Yöntem: Retrospektif olarak gerçekleştirilen bu gözlemsel kohort çalışmasına Ocak 2010 ve Aralık 2017 tarihleri arasında izole travmatik sternum fraktürü nedeniyle acil servise başvuran ve hastaneye yatırılarak takip edilen 87 hasta dahil edildi. Acil serviste yapılan fizik muayeneler, laboratuvar ve radyolojik görüntüleme çalışmaları sonucunda izole travmatik sternum fraktürü tanısı alan hastalar Kalp ve Damar Cerrahisi bölümü tarafından hospitalize edildi, takip ve tedavileri yapıldı. Acil servis kayıtları, adli kayıtlar ve klinik kayıtlarımızdan hastaların yaş, cinsiyet, travmanın oluş şekli, fraktür lokalizasyonu, semptomlar, uygulanan tetkik ve tedaviler, tedavi sonuçları, hastanede yatış süreleri ve travmaya bağlı sternum fraktürüne eşlik eden diğer minör patolojiler belirlendi. Bu hastaların izleminde arteryel kan basıncı, kalp hızı gibi hemodinamik parametrelerin monitörizasyonu ile birlikte elektrokardiyografi (EKG) takibi ve periyodik olarak çalışılan kreatin kinaz (CK), kreatin kinaz myokardial band (CK-MB) ve troponin-I gibi kardiyak hasar belirteçlerinin düzeylerinin takibi gerçekleştirildi. Kardiyak yaralanma şüphesi olan hastalar ekokardiyografi ile değerlendirildi. Tedavide ise esas olarak ağrı kontrolü, yatak istirahati ve varsa ilave rahatsızlıkların tedavileri uygulandı. Başvuru anında hipovolemik veya hemorajik şok tablosunda olanlar, multitravmalı hastalar, koroner arter hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyak hastalık öyküsü bulunanlar ve beraberinde ciddi komorbid durumları (malignite, karaciğer ve böbrek yetmezliği, vb) olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmamızın istatistiksel analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) programı (version 18.0, SPSS, Chicago, Illinois, USA) kullanılarak gerçekleştirildi. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma olarak gösterilirken, kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak ifade edildi.

Sınırlılıklar: Çalışmamızın en önemli sınırlılıkları; retrospektif olarak veri toplama şeklinde dizayn edilmiş olması ve göreceli olarak küçük örneklem genişliğine sahip olmasıdır.

Bulgular: Hastaların 65'i (% 74.7) erkek ve 22'si (% 25.3) kadındı. Ortalama yaş 42.4 ± 13.7 yıl ve yaş aralığı 17-83 idi. Hastalardaki travmanın oluş şekli ve sternum fraktürüne neden olan etiyolojik faktörler irdelendiğinde; en sık gözlenen sebebin 44 olgu (% 50.6) ile araç içi trafik kazası olduğu tespit edildi. Bunu 30 olgu (% 34.5) ile yüksekte düşme, 5 olgu (% 5.7) ile iş kazası, 4 olgu (% 4.6) ile hayvan tepmesi, 2 olgu (% 2.3) ile araç dışı trafik kazası ve 2 olgu (% 2.3) ile darp izlemekte idi. Hastaların tümünde sternum üzerinde hassasiyet mevcut iken, sadece 19 hastada (% 21.8) sternum üzerinde ekimoz ve/veya palpasyonla krepitasyon mevcuttu. Hastalar radyolojik olarak değerlendirildiğinde; 64 hastada (% 73.6) corpus sternide, 23 hastada (% 26.4) ise manibrium sternide fraktür olduğu tespit edildi. Hastalarda sternum fraktürüne en sık eşlik eden patoloji % 23 oranıyla (20 hasta) kosta fraktürü idi. Hastaların ortalama hastanede yatış süresi 3.1 ± 0.8 gün idi. Hastanede yatış süresi boyunca hiçbir hastada kardiyak yaralanma

düşündürecek hemodinamik unstabilite, EKG ve kardiyak enzim değişikliği veya ekokardiografi bulgusu gözlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre izole travmatik sternum fraktürünün bening bir antite olduğu görülmektedir. Gittikçe artan sağlık maliyetleri ile birlikte hastane ve yoğun bakım yataklarına olan talep artışı da göz önüne alındığında, travmatik sternum fraktürü ile acil servise başvuran olgular için hastaneye yatış kriterlerinin belirlenmesi büyük önem arz etmektedir. Acil serviste yapılan değerlendirmeler sonucunda başka bir major yaralanmanın olmadığı tespit edilen izole travmatik sternum fraktürlerinde hospitalizasyonun gerekli olmadığı düşünüyoruz. Bu hasta grubunda medikal önerilerle birlikte ev tedavisinin düzenlenmesinin yeterli olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: İzole Travmatik Sternum Fraktürü, Tedavi, Hospitalizasyon.

Is hospitalization necessary in isolated traumatic sternal fractures?

Aim: In this study, the clinical and demographic characteristics, follow-up and treatment outcomes of patients with isolated traumatic sternal fracture were presented and our clinical experiences in this patient group were shared. We also questioned whether the hospitalization is necessary in cases of isolated traumatic sternal fracture in lights of our experiences.

Method: Between January 2010 and December 2017, a total of 87 patients with isolated traumatic sternal fracture who were admitted to the emergency department and were hospitalized, were included in this observational cohort study. Medical data of these patients were collected from hospital records and then were retrospectively reviewed.

Results: There were 65 male (74.7%) and 22 female (25.3%) patients. The mean age was 42.4±13.7 years (range: 17-83). The most common etiological reason was traffic accident in vehicle. Sternal fractures were localized at corpus in 64 patients (73.6%) and at manubrium in 23 patients (26.4%). The most common concomitant pathology was rib fracture with a ratio of

23% (20 patients). The mean length of hospital stay of patients was 3.1 ± 0.8 days. During the hospitalization period, no evidence of cardiac injury was observed in any patient.

Conclusion: Isolated traumatic sternal fracture appears to be a benign entity. In view of rising healthcare costs and increasing demand for acute hospital and intensive care beds, it is crucial to determine hospitalization criteria for cases with traumatic sternal fracture. We believe that the hospitalization is not necessary in isolated traumatic sternal fractures where there is no other major injury.

Key Words: Isolated Traumatic Sternal Fracture, Treatment, Hospitalization.

Kaynaklar

Acıpayam A. Travmatik sternum fraktürleri ve tedavisinde deneyimlerimiz. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2016;11:33-5.

Athanassiadi K, Gerazounis M, Moustardas M, Mataxas E. Sternal fractures: retrospective analysis of 100 cases. World J Surg 2002;26:1243-6.

Brookes J, Dunn R, Rogers I. Sternal fractures: a retrospective analysis of 272 cases. J Trauma 1993;35:46-54.

Guska S, Pilav I, Musanovic S. Clinical significance of isolated sternal fracture. Med Arh 2010;64:17-21.

Hossain M, Ramavath A, Kulangara J, Andrew JG. Current management of isolated sternal fractures in the UK: time for evidence based practice? A cross-sectional survey and review of literature. Injury 2010;41:495-8.

Karangelis D, Bouliaris K, Koufakis T, Spiliopoulos K, Desimonas N, Tsilimingas N. Management of isolated sternal fractures using a practical algorithm. J Emerg Trauma Shock 2014;7:170-3.

Kumbasar U, Tokat AO, Karasu S, Çakmak H, Tokat S, Uzun HA, Karakaya J. Sternum fraktürleri: 55 olgunun retrospektif analizi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2012;65:125-8.

Majercik S, Pieracci FM. Chest wall trauma. Thorac Surg Clin 2017;27:113-121.

Recinos G, Inaba K, Dubose J, Barmparas G, Teixeira PG, Talving P, Plurad D, Green D, Demetriades D. Epidemiology of sternal fractures. Am Surg 2009;75:401-4.

Sadaba JR, Oswal D, Munsch CM. Management of isolated sternal fractures: determining the risk of blunt cardiac injury. Ann R Coll Surg Engl 2000;82:162-6.

Turhan K, Çakan A, Özdil A, Çağırıcı U. Travmatik sternum fraktürleri: tanı ve tedavi. Ege Tıp Dergisi 2010;49:107-11.

Velissaris T, Tang AT, Patel A, Khallifa K, Weeden DF. Traumatic sternal fracture: outcome following admission to a Thoracic Surgical Unit. Injury 2003;34:924-7.

36- Hemşirelik öğrencilerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları

Neşe Uysal¹, Erdal Ceylan², Ayşegül Koç³

^{1,2,3} Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Milli İrade Binası, Ayvalı Mahallesi, Gazze Caddesi No: 7 Etlik-Keçiören/ANKARA

Giriş: Ölümün genellikle sağlık kurumlarında olması, özellikle hasta ile daha çok zaman geçiren hemşireler ve hemşirelik öğrencileri olmak üzere sağlık profesyonellerine büyük sorumluluklar yüklemektedir (Koç ve Sağlam, 2008). Ölmekte olan hastaların bakımının zor olması, tedavi şansının kalmaması, durumlarının giderek kötüye gitmesi ve anormal bulguların tedavi edilememesi gibi nedenlerle ölmekte olan hastaya bakımda başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar (İnci ve Öz, 2009; Şahin ve ark., 2016). Hemşirelik öğrencileri de eğitimleri süresince ölmekte olan hastalarla karşılaşmakta ve bakım vermektedirler. Ölmekte olan hastaları hayatlarının son döneminde rahat ettirmek, desteklemek, bakım vermek ve onurlu bir şekilde ölmelerine yardımcı olmak gibi rolleri hemşirelik öğrencilerinde kaygı ve istenmeyen tutumlar gibi psikososyal sorunlara neden olmaktadır (Youssef, 2016; Henach ve ark, 2017). Buna ek olarak, ölmekte olan hastalara bakmak ve ölüm süreçlerine şahit olmak öğrencilerin kendi ölüm gerçeğiyle yüzleşmelerine ve ölüme karşı davranışlarını ve tutumlarını etkileyebilecek duygu ve düşüncelerin oluşmasına neden olabilmektedir (Şahin ve ark., 2016; Sharour ve ark, 2017; Abu-El-Noor, 2016). **Amaç:** Ölmek üzere olan hastayla çalışan hemşireler, klinik hizmetlerde, aynı zamanda evde bakım hizmetlerinde hem kendi ölüm gerçeğiyle yüzleşmekte, hem de ölmekte olan hastanın ve yakınlarının bakım ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadır. Ölüme yaklaşan hasta ve yakınlarına kaliteli bakım ve psikososyal destek sağlayabilmeleri için, ölmekte olan hastaya bakım vermeye yönelik tutumlarının belirlenmesi önemlidir. Bu çalışma hemşirelik bölümü öğrencilerinin ölmekte olan hastalara bakım vermeye yönelik tutumlarını araştırmak için yürütülmüştür. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırma bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini hemşirelik bölümünde okuyan 520 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise hemşirelik bölümü öğrencileri içerisinde en az bir dönem hastane stajına çıkan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 161 ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu ve Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakıma İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD)’nden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için

etik kurul izni ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı-yüzde, ortalama, minimum-maksimum, ortanca), Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. **Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması 20.6 ± 2.13 , %78'i kadın, %96.3'ü bekar, %41.6'sı 2. sınıf düzeyindedir. Öğrencilerin %59.6'sı yaşam sonu bakıma ilişkin bilgi aldığını, %82.3'ü bu eğitimi lisans eğitiminde aldığını belirtirken, üniversite eğitimi sırasında bu eğitimi alan öğrencilerin %63.5'i bu eğitimi kısmen yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %40.7'si ölmekte olan hastaya bakım verirken %48.1'i bu dönemde hasta ve yakınları ile iletişim kurarken kendini yetersiz hissettiğini bildirmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin %45.9'u ölüme karşı tutumun evrensel olduğunu ve ölümün doğal karşılanması gerektiğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Yaşam sonu bakımı veren hemşirelerin sahip olması gereken özelliklere öğrencilerin %90.7'si iyi bakım verme yeteneği ve bilgisinin olması, %74.5'i iletişim yeteneğinin iyi olması, %67.7'si kültürel farklılıklara saygı ve farkındalık, %68.3'ü etik davranması ve bu konuda hassas olması, ve %55.9'u ağrı yönetimi yeteneğinin iyi olması olarak ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan öğrencilerin ölmekte olan bir hastaya bakım vermek istemeye karşı tutum ölçeği ortalama puanı 114.05 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin yaşları ile ölümden kaçma davranışları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu, cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Sınıf düzeylerine göre yapılan karşılaştırmada ölümden kaçınma alt boyutunda 2. ve 3. Sınıf düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğu ($p=0.034$) ($2>3$), kabul edici yaklaşım alt boyutunda 3. ve 4. Sınıf düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğu ($p=0.008$) ($4>3$) ve ölümü kabullenme alt boyutunda 3. sınıf öğrencilerinin diğer sınıflardaki öğrencilere göre daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Yaşam sonu bakıma ilişkin bilgi alan öğrencilerin ölüm korkusu puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0.47$). Daha önce ölüm deneyimi ile karşılaşma durumu ve ölmekte olan hastaya bakım vermek isteme durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca daha önce ölümcül hastaya bakım verme deneyimi olmayan öğrencilerin tarafsız kabullenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.35$). **Tartışma:** Hastanın genel durumunun bozulduğu yaşam sonunda hem hasta hem aile ölüm fikri ile istemese de yüzleşmek zorunda kalmaktadır (Çavdar, 2011). Bu dönemde artık tedavi ekibi, aile ve hastanın birlikte, yaşam kalitesi kadar “iyi ölümü”de konuşmasının gerektiği düşünülmelidir. Çalışmamızda öğrencilerimizin yarısından fazlası (%65.5) bu kavramı destekler nitelikte yaşam sonuna ilişkin hastalarla konuşulması gerektiğini düşünmektedir. Literatürde daha önce kliniklerde terminal dönemdeki hastalara bakım veren öğrencilerin FATCOD ölçek puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu ve hemşirelik

öğrencilerinin FATCOD puanlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Arslan ve ark, 2014). Çalışmamızda ise 3. Sınıf öğrencilerinin ölümü kabullenme ve kabul edici yaklaşım ortalama puanları daha düşük bulunmuştur. Cerit çalışmasında (2017) eğitimin ölüme karşı olumlu öğrenci tutumlarının oluşturulmasında ve ölmekte olan hastalara bakılmasında etkili olduğunu belirlemiştir. İnci ve Öz çalışmalarında, ölüme ilişkin eğitim programının eğitime katılan hemşirelerin ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon ölçeklerinden aldıkları puanların anlamlı düzeyde azaldığını belirtmiştir. Literatüre benzer şekilde çalışmamızda bu konuda bilgi alan öğrencilerin ölüm korkusu puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Araştırma sonucunda öğrencilerin yarısından fazlasının yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim aldığı, yarıya yakınının ölmekte olan hastaya bakım verdiği ve yarısından fazlası ölmekte olan bir hastaya bakım vermek isteyebileceğini ifade etmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin ölmekte olan bir hastaya bakım vermek istemeye ilişkin tutumları orta seviye olarak bulunmuştur. Sağlık politikası oluşturucuları ve hemşirelik eğitimcileri için, hemşirelik öğrencilerine hayat sonu bakımı hakkında daha fazla bilgi edinme ve ölmekte olan hastalara ve ailelerine bakma becerilerini geliştirmeleri için daha fazla fırsat sunmaları önemlidir. Bu tür fırsatlar, öğrenci hemşirelerinin kaygı düzeyini azaltacak ve ölmekte olan hastalar ile ailelerine bakmaya yönelik tutumlarını olumlu yönde geliştirecektir.

Anahtar Kelimeler: Tutum, Bakım, Ölmekte Olan Birey

Determination of nursing students' attitudes toward care of dying individuals

Aim: This cross-sectional study was conducted to determine nursing students' attitudes towards care of dying individuals. **Method:** The research sample consisted of 161 students at the 2nd, 3rd and 4th grade level among the health science faculty nursing department students of a university. Data were collected using the descriptive information form and the Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale (FATCOD). **Results:** Sixty percent of the students stated that they are trained in end-of-life care. Forty six percent of nursing students stated that the attitude towards death is universal and that death should be regarded as natural phenomenon. There was a significant negative correlation between students' age and their death-avoidance behavior. It has been determined that acceptance approach and death acceptance sub-dimensions of third grade students were lower than the other classes. In addition, scores of fear of death subscale were found higher than the other groups. Furthermore, those who did not have previous care experience in dying patients were found to have higher levels of impartial acceptance subscale scores than the other

groups. **Conclusion:** The attitudes of the students towards the care of the dying individual were found to be moderate. It is important for health policy makers and nursing educators to offer nursing students more opportunities to learn more about end-of-life care and to develop skills in looking after dying patients and their families. Such opportunities will reduce the level of anxiety of student nurses and improve their attitudes toward dying patients and their families in a positive way.

Keywords: Attitude, Care, Dying Individual

Kaynaklar

Abu-El-Noor, Abu-El-Noor (2016),“Attitude of nursing students toward caring for dying patients: A call for change in health education policy”. *Journal of Holistic Nursing*, 34(2), 193-199.

Arslan D, Kilic Akça N, Simsek N, Zorba P (2014), “Student nurses’ attitudes toward dying patients in central anatolia”. *Int Nurs Knowledg*, 25(3):183-188.

Cerit B. (2017). “Influence of training on first-year nursing department students’ attitudes on death and caring for dying patients: a single-group pretest–posttest experimental study”. *Journal of Death and Dying*, 17.

Çavdar İ (2011), “Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı.” *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(3):142-147.

Henoch, Melin-Johansson, Bergh, Strang, Hammarlund, ... &Browall (2017), “Undergraduate nursing students' attitude and preparedness toward caring for dying persons–A longitudinalstudy”,*Nurse Education İn Practice*, 26, 12-20.

İnci F, Öz F (2009),“Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,10, 253-260.

Koç, Sağlam (2008),“Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi”, *C. Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1).

Sharour, Suleiman, Yehya, AL-Kaladeh, Malak, Subih, Bani Salameh (2017),“Nurses' students' attitudes toward death and caring for dying cancer patients during their placement”,*Euro mediterranean Biomedical Journal*, 12(40), 189–193.

Şahin, Demirkıran, Adana (2016),“Hemşirelik öğrencilerinde ölüm kaygısı, ölmekte olan bireye bakım verme isteği ve etkileyen faktörler”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 7(3), 135–141

Youssef (2016),“Nursing students' perception of dying and their contextualizing end of life and palliative care in nursing curriculumat Taif University” European Journal of Academic Essays, 3(5), 193-199.

37- Psikiyatri hastalarında rehabilitasyon faaliyetleri

Selma KAÇAR¹, Ömer Faruk DEMİREL², Tuba ÇÖMEZ³, Leyla KÜÇÜK⁴

¹ İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul/Türkiye

² İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul/Türkiye

³ İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD, İstanbul/Türkiye

⁴ İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği AD, İstanbul/Türkiye

Giriş: Psikiyatrik bozukluklar; toplumda yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimi göstermeleri, yetiyitimine sebep olmaları ve işlevselliği düşürerek yaşam becerilerinde önemli kayıplara yol açmaları sebebiyle öncelikli ve çok boyutlu olarak ele alınması gereken hastalıklar arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (2011) raporlarına göre, Dünyada her 4 kişiden biri yaşamı boyunca bir ya da daha fazla psikiyatrik bozukluk yaşamakta olup, yetiyitimi ve erken ölüme en sık yol açan 10 hastalıktan 5’inin depresyon, şizofreni, duygu durum ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar olduğu belirlenmiştir (Ocaktan ve ark. 2004; Chowdur 2011; Çam ve Bilge 2014). Yetiyitimi yaşayan, inatçı belirtilerle baş etmeye çalışan ve işlevselliği bozulmuş olan bireylere, ruhsal ve toplumsal açıdan destek sağlamak ve güçlendirmek için kapsamlı, ve eşgüdümlü psikiyatrik rehabilitasyon programları uygulanmaktadır (Yıldız 2011). Psikiyatrik rehabilitasyon da temel hedef, süregelen psikiyatrik bozukluğu/yetiyitimi olan bireylerin toplum içerisinde, bağımsız ya da en az destekle toplumsal, mesleki, eğitimsel ve ailevi rollerini sürdürebilmeleri için gerekli becerilerle donatılması ve bireylere yeterli toplumsal desteklerin sağlanmasıdır (Yıldız 2004; McGurk et al 2017). Rehabilitatif çalışmalar ile hastaların kendilerine dair farkındalıklarının artırılması ve işlevselliklerinin geri kazanılması hedeflenmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, psikiyatri kliniğinde tedavi gördükten sonra taburcu olan hastaların, psikiyatrik rehabilitasyon faaliyetleri hakkındaki düşüncelerini ve kazanımlarını belirlemektir.

Yöntem: Çalışma, niteliksel araştırma yöntemlerinden “hermeneutik” yöntem kullanılarak gerçekleştirildi. Veriler, katılımcıların bireysel özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ve yarı yapılandırılmış açık uçlu sorulardan oluşan görüşme formu ile toplandı. Araştırmanın örneklemini İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında tedavi görmüş ve taburcu olmuş, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 5 hasta oluşturdu. Çalışmanın verileri, "içerik analizi" yöntemi kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu kadın olup, yaş ortalaması 50.25’tir. Katılımcılardan elde edilen veriler incelendiğinde 5 farklı tema belirlenmiştir;

“Boş Zaman Aktivitesi”

“Haftanın 5 günü yapılan bu çalışmalar boş zamanlarımı değerlendirmek için çok anlamlı ve faydalı olmuştur” (Hastanın yaşı: 70, M.E.M).

“Tedavinin Parçası / Tedaviye Uyum”

“Bu üniteye başladıktan beri ilaçlarımı muntazam, erken içip erken yatıp dinleniyorum. Doktor kontrolüne devam ediyorum ve problemleri, problem haline getirmektense yarınımı düşünerek bugünümü yaşıyorum. Beş senedir hiç atak geçirmedi. Uğraşı ünitesinin tedavinin bir parçası olduğunu düşünüyorum” (Hastanın yaşı: 52, N.U).

“Özgüven”

“Buraya geldiğimden beri kendime güvenim geldi. Ellerim aşırı titriyordu, şimdi titremiyor. Kendimi daha iyi ifade edebiliyorum” (Hastanın yaşı: 52, N.U).

“Çok sıkılgan, çok cesaretsizdim. Burada kendimi rahat ifade etmeye başladım. Çok şey öğrendim. Önceden “Ben bunları yapamam” dediğim şeylerin şimdi üstesinden gelmeye başladım” (Hastanın yaşı: 37, G.F).

“Gelir Kaynağı”

“Bu ünite de öğrendiklerimi hayatıma aktarıyorum. Yaptığım el işlerimi satıp para kazanıyorum. Ayaklarımın üzerinde durabildiğimi fark ediyorum” (Hastanın yaşı: 52, N.U).

“İşlevsellik”

“Buraya gelmek beni rahatlatmış. Sürekli hayaller görüp, işin içinden çıkamıyordum. Dışarıdaki insanlarla konuşamıyor, alışverişe gidemiyordum. Buradaki meşguliyet kendime güvenimi artırdı. Çok beceriksizdim anneme göre. Şimdi hem ellerim hem ruhum çalışır duruma geldi” (Hastanın yaşı: 42, H.A).

Sonuç: Sonuç olarak temalar incelendiğinde; psikiyatrik rehabilitasyon çalışmalarının, hastaların taburculuk sonrasında tedaviye uyumu ve işlevselliklerini artırdığı, sosyal yaşama uyumu kolaylaştırdığı, özgüvenlerini desteklediği ve boş zamanlarını daha verimli geçirmelerini sağladığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psikiyatri hastası, psikiyatrik rehabilitasyon, işlevsellik

“ACTIVITIES OF REHABILITATION IN PSYCHIATRY DISEASES”

Aim: The aim of this study is to determine the thoughts and achievements of psychiatric rehabilitation activities of patients who are discharged after being treated in a psychiatric clinic.

Method: The study was carried out using the "hermeneutic" method of qualitative research methods. The data were collected with a personal form of information including the individual characteristics of the participants and an interview form consisting of semi-structured open-ended questions. The data of the study were analyzed using the "content analysis" method.

Results: The majority of the individuals participating in the study are women and the average age is 50.25. When examining the data obtained from the participants, 5 different themes were determined;

"Leisure Time"

“These rehabilitations studies, which were held 5 days a week, are very meaningful and useful for evaluating my free time”

"Parts of Therapy / Therapy Compliance"

"Since I started this unit, I drink my medicines regularly, drink early and rest early."

"Self-reliance"

“Since I came here, I have come to trust myself.”

"Revenue Source"

“I learn in this unit and transferring them to my life.”

“Functionality”

“Now both my soul and my hands begun to work”

Conclusion: In conclusion, when examining the themes; psychiatric rehabilitation studies have found that patients improve their therapy compliance and functioning after discharge, facilitate adaptation to social life, support their self-reliance and enable them to spend their free time more efficiently.

Keywords: Psychiatric patients, psychiatric rehabilitation, functionality.

Kaynaklar

Chowdur, R., Dharitri, R., Kalyanasundaram, S., & Suryanarayana, R. N. (2011), ‘Efficacy of Psychosocial Rehabilitation Program: The RFS Experience’, *Indian Journal of Psychiatry*, 53(1), 45.

Çam O., Bilge A. (2014) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı, Ed. Olcay Çam, Esra Engin, ‘Psikiyatrik Rehabilitasyon/ İyileştirim ve Evde Bakım. İstanbul Tıp Kitapevi; 1049-1072.

Liberman R.P (2008) Yetiştiriminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı, American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, (Çeviri: M. Yıldız, 2011), Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği; Ankara.

McGurk, S. R., Mueser, K. T., Watkins, M. A., Dalton, C. M., & Deutsch, H. (2017). The feasibility of implementing cognitive remediation for work in community based psychiatric rehabilitation programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(1), 79.

Ocaktan, M.E., Özdemir, O. ve Akdur, R. (2004), ‘Birinci Basmakta Ruh Sağlığı Hizmetleri’, *Kriz Dergisi*, 12(2), 63-73.

Yıldız M.,Tural Ü.,Önder E. (2004), ‘Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütülen Bir Kulüp Ev Denemesi’, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 281-287.

38- Kadın bakım personeli ve bakım verme yükü

Vedat Işıkhani¹, İhsan Esen²

1(H.Ü. İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi 06800 Beytepe-Ankara)

2(Selçuk Üniversitesi, Uluslararası İlişkiler Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi)

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, 10 yıl içinde kronik hastalıklar nedeni ile 388 milyon kişinin öleceğini tahmin etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun %50'sinde bir ya da daha fazla kronik hastalık bulunurken, ülkemizde kronik hastalıklar bütün ölüm nedenlerinin %49.5'ini oluşturmaktadır (Gülbüz, 2009; World Health Organization, 2011).

Kronik hastalıklar arasında yer alan Alzheimer hastalığının maddi ve manevi olarak bakım verene yükü çok büyüktür. Özellikle hastaya bir yakını tarafından bakım veriliyorsa bu durum bakım veren için durum daha zordur. Tanıdıkları, sevdikleri birinin gözleri önünde erimesi, kendilerine karşı yabancılaşması, bağışıklık sisteminin zayıflayarak hastalıklara açık bir hale gelmesi duygusal olarak üstesinden kolaylıkla gelinemeyecek bir durumdur.

Cinsiyet, bakım veren yükünü etkileyen önemli faktörler arasındadır. Toplumumuzda yaygın olan yaklaşım ve uygulamalara göre kadınlar, bakım verme işini her yönüyle üstlenir ve sorumluluk alırlar. Ancak erkekler bu konuda kadınlar kadar özverili değildir. Bu durum kadın bakım verenlerde toplumsal yaşamda üstlendikleri diğer görevlerle birleşince (annelik, çocuk yetiştirme, para kazanma, ev işleri, vb.) erkek bakım verenlerden daha fazla anksiyete, depresyon, duygusal stres görülmesine neden olur (Çiçek, 2012). Zarit ve Diğr., (1980), bakım veren erkeklerin kadınlardan daha yaşlı olmalarına rağmen bakım veren statüsünde iken çevrelerinden ve çocuklarından daha fazla yardım talep ettiklerini ve aldıklarını, fakat kadınların bu alanda daha yalnız olduklarını ifade etmiştir. Bu durum aynı zamanda erkeklerin kadınlara oranla aktif başa çıkma mekanizmalarını daha fazla kullandıklarını bildiren sonuçları da desteklemektedir (Yacı, 2011).

Ülkemizde demans hastalarına yönelik profesyonel bakım ve destek sistemleri yetersizliğinden ya da yüksek ücretlerinden dolayı çoğu aile de profesyonel bakım sistemlerine ulaşamamaktadır. Özellikle evde bakım hizmetleri yeni yeni gelişmekte olduğundan organizasyonel yapılanması çok sınırlıdır. Ülkemizdeki bu kısıtlılıkların, demanslı hastalara bakım verenlerinin, özellikle kadınların, diğer ülkelerdekilere göre daha fazla bakım yükü, psikolojik stres ve duygusal problem yaşamalarına sebep olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle

demans hastalarının bakım verenlerinin yaşadığı sıkıntıları belirleyen faktörler üzerinde çalışma yapmak büyük önem taşımaktadır. Türkiye’de kuruluşlarda çalışan kadın bakım verenler konusunda yapılmış çalışmalar ise oldukça az sayıdadır. Özellikle bu kurumlarda bakım veren kadınların bakım yükü konusunun incelenmesine daha çok ihtiyaç duyulmaktadır.

YÖNTEM

Araştırmanın evreni, Türkiye’de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı olan Huzurevleri ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri’nde sözleşmeli olarak çalışan kadın bakım verenlerdir. Araştırmanın çalışma nüfusu ise, Ankara’da bulunan Huzurevi ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde (7 huzurevinde) çalışan toplam 141 kadın bakım verendir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veriler iki farklı araç kullanılarak toplanmıştır. Bu araçlar, Görüşme Formu ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ)’dir.

- **Görüşme Formu**

Görüşme Formu, literatür taraması sonrasında kadın bakım verenlerin yükünü etkileyebilecek olan kişisel, sosyo-demografik ve çalışma hayatına ait değişkenlerden oluşmuştur. Bu değişkenler, çalışılan kuruluş, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, kıdem, haftalık çalışma saatleri ve işlerinden doyum alıp almamalarıdır. Araştırmada, kadın bakım verenlerin bakım yükü nedeniyle işlerini zorlaştıran faktörler ve onları etkileyen sağlık sorunları da belirlenmeye çalışılmıştır.

- **Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ)**

Bakım Verme Yükü Ölçeği Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ölçekten **en az 0, en fazla 88 puan** alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (İnci, 2006).

BULGULAR

Araştırmanın hedef grubunu oluşturan kadın bakım verene ait elde edilen önemli sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Kadın bakım verenlerin yaş ortalaması 37, en düşük yaşı 21 ve en yüksek yaşı 54 olduğu ve kadın bakım verenlerin büyük bir kısmı (%43.1)’nin 29-38 yaş arasında olduğu,
- Kadın bakım verenlerin büyük bir kısmı (n: 101)’nin evlilerden oluştuğu ve

- Kadın bakım verenlerin büyük bir kısmı (n: 128)'nın okur yazarlardan oluştuğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki kadın bakım verenlerin ortalama 6 yıldır bu alanda çalıştığı, en düşük çalışma yılının 1 ve en yüksek çalışma yılının 15 yıl olduğu,
- Kadın bakım verenlerin büyük bir kısmı (n: 80)'nın 5 yıl ve daha üstü bir zamandır yaşlılara hizmet sunduğu,
- Kadın bakım verenlerin haftalık bakım saati ortalamalarının 48 saat, en az çalıştıkları sürenin 40 saat ve en fazla çalıştıkları zamanın ise haftada 60 saat olduğu,
- Kadın bakım verenlerin büyük bir kısmı (n: 120)'nin şu anki gelirlerini yetersiz buldukları,
- Kadın bakım verenlerin büyük bir kısmı (n: 117)'nin şu anki işlerini çok fazla sevdiğini ve başka bir iş yapmak istemediği ve
- Kadın bakım verenleri strese bağlı olarak etkileyen en önemli sağlık sorunlarının; uyku düzensizliği, baş ağrısı ve ülser ve gastrit türü rahatsızlıklar olduğu belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamındaki bakım veren kadınların ZBVYÖ'nden aldıkları ortalama puanın 43, en düşük puanın 22 ve en yüksek puanın 87 olduğu saptanmıştır. ZBVYÖ'ne göre ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 88'dir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bu sonuç, kadın bakım verenlerin bakım yüklerinin **orta düzeyde** olduğunu göstermiştir.
- Kadın bakım verenlerin bakım yükü üzerinde yaş, işinden doyum alma durumunun, medeni durumun, eğitim durumunun, kıdemin ve gelirin etkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Sonuç olarak yaşlı bakımı tüm boyutları ile incelendiğinde bakım vermenin, sadece sevgi ve iyi niyet ile yürütülemeyecek kadar çok boyutlu bir hizmet olduğu anlaşılmaktadır. Bakım verme yükü kişilerin sosyal psikolojik sağlığını tehdit etmektedir ve psikiyatrik hastalıklara neden olabilmektedir. Yaşlı bakımı multidisipliner bir konu olduğu için sosyal hizmetin de diğer mesleklerle işbirliği içinde yaşlı, yaşlı yakınları, bakım verenler ve diğer profesyonel ile etkileşime girerek ekip çalışması anlayışı içinde tüm grupların maksimum yararı elde edebilmesi yönünde çalışmalarda da bulunmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonunda elde edilen veriler ışığında aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Bakım verenlerin sağlık durumları yaşlı bakım sürecinden etkilendiğinden belirli aralıklarla bütüncül olarak check-up kontrollerinden geçmesi sağlanmalıdır. Uzun süre yaşlı bakımından sorumlu kadın bakım verenlerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerden desteklenmesi gereklidir.
- Cinsiyete özgü bakım veren yükü ve alt boyutlarının derinlemesine incelendiği nitel araştırmaların planlanması ve yürütülmesi önerilmektedir.
- Çalışanlara kurumun değerli bir bireyi olduğu hissettirilmesi, işlerinin uzmanı ve işlerinde yetkili olduklarını bilmeleri onların kuruluş ile olan ilişkilerinde gelişmelere olanak sağlayacak böylece çalışanlarda beklenen tükenmişlik hissi azaltılacak hatta ortadan kaldırılacaktır. Bu sorunların giderilmesinde en basit işlem **kadın personelin güçlendirilmesidir**. Personel güçlendirme kuruma maddi açıdan, zaman ve enerji açısından bir kayıp oluşturmaz. Bu sayede, gerek kadın personelin, gerekse de yaşlı ve yaşlı yakınlarının da kuruma bağlılığının artması mümkün olacaktır. Kadın personelin güçlendirilmesi, işi hakkında karar verebilen, sorumluluk alabilen personelin işe karşı tutumunu olumlulaştıracak, kendini değerli hisseden personelin tükenmişlik hissi dolayısıyla bakım yükleri de azalmış olacaktır.

Women care staff and **care burden**

ABSTRACT

The elderly population is rapidly increasing in Turkey as well as in the whole world. Care for the elderly, care provided by family members, close friends and relatives, and institutional care are also important. The feelings, thoughts and problems experienced by the professional who provides the institutional care service can affect the quality, structure and content of the service offered to the elderly. This research is about the women caregivers burden and problems who provide services to the elderly in institutional care which is a subject that is not studied much in the literature.

AIMS: The research was conducted to determine the factors that affect the caregivers burden of the elderly women care providers in Seven Nursing Homes and Geriatric Care and Rehabilitation Centers in Ankara. The research was conducted in 2014 on 141 women caregivers working in the Nursing Home and Elderly Care and Rehabilitation Center in Ankara. As a data collection tool in the research; (SPSS - Version 20.0) was used for the interview form and the Zarit Caregivers Burden Scale (ZCBS) and for the analysis of the data.

METHODS: It was determined that the average score of the women caregivers in the study was 44, the lowest score was 23 and the highest score was 87 (Range: 0-88). This result shows that the care load of women caregivers is moderate. No statistically significant difference was found between the socio-demographic and occupational characteristics of the women caregivers and the average of the points they got from the care burden ($p > 0,05$). It has been determined that they lived too much sleep disturbance, physical fatigue, back pain, headache, ulcer and gastritis.

CONCLUSION: Elderly care is a difficult task. Caregivers are faced with various problems in terms of psychological, social, economic and health aspects. To improve the quality of elderly care services, it is necessary to eliminate the problems experienced by caregivers. Supporting and strengthening the care process of caregivers can play an active role on the quality of care provided to the elderly.

Key Words: Women, Older Welfare, Old Care Personnel, Care Burden, Caregiver, Burnout.

KAYNAKÇA

- Çiçek, Z. (2012). Parkinson Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Bakım Yüğü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir s: 12-28.
- Gürbüz D., Erdem E.(2009). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocukların Ebeveynlerinin Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tazrları, 2. *Ulusal ve 1.Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı*.
- İnci, F. H. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- World Health Organization (2011). *Alzheimer's Disease: Some facts and figures*. World Health Organization.
- Yacı, Ö. (2011). Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yüğü ve Depresyonun Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul, ss: 7-51.
- Zarit S, Reeve K, Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist*. 20: 649–655

39- Yaşlılara Bakım Hizmetinde En Uygun Rotanın Belirlenmesi

Cemre Taş¹, Neşet Bedir², Kevser Yurdakul³, Hacı Mehmet Alağaç⁴, Tamer Eren⁵

, Suna Çetin⁶

^{1,2,3,4,5,6}Endüstri Mühendisliği Bölümü, Fen Bilimleri Enstitüsü, Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale, Türkiye,

Giriş: İçinde bulunduğumuz yüzyılda dikkat çeken en önemli konulardan biri, dünya nüfusundaki yaşlılık oranında görülen önemli artıştır. Bu artış ile birlikte çeşitli sağlık sorunlarının oluşması sebebiyle kendi ihtiyaçlarını yerine getiremeyen yaşlıların sayısı artmıştır. Böyle bir durumla karşılaşan belediyeler ve çeşitli şirketler yalnız yaşayan yaşlıların refah içinde yaşamlarını sürdürebilmesi için evde bakım hizmetleri vermektedirler. Bu hizmetler daha çok sağlık alanında öne çıkmaktadır. Evde bakım hizmetleri, yaşlılara kendi evlerinde mümkün olduğunca bağımsız yaşama yardımcı olmak için gereken bakım ve desteği sağlamaktır. Evde bakım hizmeti verilen hastaların ziyaretlerinin rotaları manuel olarak çıkartılmaktadır. Ancak her bir hasta için ne zaman, hangi aracın ziyaret edileceğini belirlerken uygun rotaların bulunması oldukça güçtür. Bu sebeple evde bakım hizmetlerinde araç rotalama problemi büyük önem teşkil etmektedir. Evde sağlık hizmetlerinde araç rotalama problemi hem personelin mesaisini verimli kullanmasını hem de maliyetlerin en aza indirilmesini sağlamaktadır. Genel bir ifadeyle araç rotalama probleminin amacı belirli sayıda araç için uygun rotaların oluşturulmasıdır. Bu rotalar depodan başlayarak ve müşterileri en uygun sırayla gezerek tekrar depoya dönmesinden oluşmaktadır. Her bir müşteri oluşturulacak olan rotalardan birinde mutlaka yer almalıdır. Araç rotalama probleminin içerdiği bütün kısıtları sağlarken maliyet fonksiyonunu veya toplam kat edilen mesafeyi minimize etmesi ana amaç iken müşteri memnuniyetini maksimize etmek yan amaçtır. Amaç: Bu çalışmanın amacı, Ankara’da faaliyet gösteren, kamu kurumuna bağlı evde bakım hizmeti veren bir şirketin toplam kat edilen mesafesinin minimize edilmesi amacıyla araç rotalamasının yapılmasıdır. Yöntem: Lojistik yönetiminde en önemli faaliyetlerden biri ürün veya hizmetin belli bir noktadan talep edilen noktalara taşınmasıdır. Taşımacılık faaliyetlerinde birden fazla araç, depo veya hizmet noktası olması durumunda sürecin planlanması oldukça zorlaşmaktadır. Araçların geleneksel yöntemlerle planlanması gereksiz mesafelerin kat edilmesine ve bunun sonucunda maliyetlerin artışına sebep olmaktadır. Taşımacılık problemleri sistematik bir şekilde ele alınarak bu maliyetlerde iyileştirmeler gerçekleştirilebilir. Taşıma maliyeti azaltmak ve sistematik bir planlama gerçekleştirmek amacıyla yöneylem araştırması tekniklerinden araç rotalama

problemleri sıklıkla kullanılmaktadır. Araç rotalama probleminde tek depo ya da firma merkezi bulunması ve birden fazla müşteriye hizmet verilmesi durumunda bu problemler tek depolu çok müşterili araç rotalama problemi olarak ele alınmaktadır. Problemde birden fazla aracın kullanılması durumunda da tek depolu çok araçlı rotalama problemi olarak tanımlanmaktadır. Araç rotalama probleminde ele alınan değişkenlerin tamsayılı olduğu için tamsayılı programlama modeli olarak modellenmektedir. Tamsayılı programlama, değişkenlerden bazılarının ya da tümünün tamsayılı değerler aldığı bir programlama problemidir. Matematiksel programlama modellerinde kısıtlara bağlı olarak amaç fonksiyonunu en iyileyen çözümler aranır. Tamsayılı programlamanın matematiksel modeli, doğrusal programlama modeline, değişkenlerin tamsayılı olma kısıtının eklendiği model olarak tanımlanabilir. Tamsayılı programlama problemlerinin çoğunda değişkenler bir veya sıfır olarak seçilir. Bunun sebebi değişkenlerin bir işin yapılması veya yapılmaması olarak tanımlanmasıdır. Doğrusal programlama problemlerinde sonuçlar genellikle tam sayı olmayan rastgele pozitif sayılardır. Ancak gerçek hayat problemlerinde sonuçların tam sayı olmasını gerektiren durumlar mevcuttur. Tüm değişkenlerin tamsayı olduğu bir programlama, tamamen tamsayılı programlama olarak isimlendirilir. Eğer değişkenlerin bazıları tamsayı, bazıları kesirli ise söz konusu sorun karma tamsayılı programlama adını alır. Bazı durumlarda tamsayı değişkenler sadece 0 veya 1 değerlerini alabilir. Bu tip sorunlar da karma 0-1 programlama veya karma ikili tamsayı programlama olarak isimlendirilir. Bulgular: Ankara'da faaliyet gösteren, kamu kurumuna bağlı evde bakım hizmeti veren bir şirketin talebe göre ekiplerin temizlik ve kişisel bakım hizmetini vereceği evlerin rotalarının belirlenmesinde uygulanmıştır. Kimsesiz ve hiç geliri olmayan yaşlılara öncelikli olarak hizmet sağlamayı amaçlayan bir merkezdir. Bu hizmetten 60 yaş ve üzeri yalnız ve ya eşi ile yaşayan ve yanında gelini ya da kızı yaşamayan şartı ile hizmet merkezindeki vatandaşlar yararlanabilmektedirler. Bu amaçlar doğrultusunda verilen hizmetler; temizlik ve kişisel bakım hizmetleri, bakım onarım hizmetleri, bakım hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri, cami temizliği hizmetleridir. Çalışmamızda temizlik ve kişisel bakım hizmeti üzerinde durulmuştur. Bu hizmeti verebilmek için şirkette çok sayıda belirli vasıflara sahip personel ve ekipler bulunmaktadır. Modelin uygulanması aşamasında şirketin 1 günlük verisi baz alınarak gün içinde ekiplerin yapmış olduğu ziyaretler göz önüne alınmış ve bu adreslere yapılabilecek en uygun rotalar belirlenerek en iyi ziyaret planı oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu işlemi gerçekleştirecek 5 ekip(aracı) şirketten çıkacak ve 25 adres ekipler tarafında ziyaret edilecektir. Sonuç: Ortalama yaşam süresinin giderek uzamasıyla, bireylerde fiziksel mobilitede bozulma, fonksiyon kaybı gibi nedenlerden dolayı yaşam kalitesinde azalma ve bakım ihtiyacı duyma gereksinimleri ortaya çıkmış ve yaşam

kalitesinde iyileştirme konusu ön plana çıkmıştır. Vatandaşlarının bu gereksinimi gidermek isteyen belediyelerde şirketler aracılığıyla gereksinimlere evde bakım hizmetleri ile destek vermektedirler. Bu hizmette belediyelerin ve hastaların aynı anda fayda görmelerine ilişkin maliyet iyileştirme çalışması yapılmıştır. Modelin çözümünde “Intel (R) Core (TM) i5-5200 U CPU@2.2 GH” işlemcisi, 8 GB belleği ve Windows 10 işletim sistemine sahip bilgisayar kullanılmıştır. Modelin çözümünde 0-1 tamsayılı matematiksel programlama modeli IBM ILOG CPLEX Optimization Studio 12.6.2 paket programıyla çözülmüştür. Yapılan uygulama sayesinde minimum maliyet ile her ekibin minimum izleyeceği rotaların oluşturulması sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım hizmetleri, Tamsayılı programlama, Araç rotalama problemi

DETERMINING THE MOST SUITABLE ROUTE FOR ELDERLY CARE SERVICE

In recent years there has been a significant increase in world elderly population. This means that the number of people who cannot meet their needs is increasing. In this context, municipalities and various companies provide home-care services so that elderly living alone can survive in a prosperous life. Timely provision of this important service is critical and at this point the importance of vehicle routing problem is increasing even more.

Aim of this study: The purpose of this study is to carry out vehicle routing in order to minimize the total distance traveled by a home care service company affiliated with public institution in Ankara. Method: For solving the vehicle routing problems, integer programming models are frequently used because the variables involved are integer. From this point of view in this study, an integer programming model was proposed that minimizes the distance traveled by vehicles carrying the medical staff providing home care services for elderly living alone. Results: In the study, 5 vehicles (medical staff) belonging to the company and 25 points of visit were taken into consideration. With the model solution, routes are obtained that minimize the distances the vehicles will follow. By this means, the elderly will be able to take home health care services as soon as possible and also it can be provided a cost advantage for the company.

Key Words: Home care services, integer programming, vehicle routing problem

Kaynaklar

Bachouch, Rym Ben, Alain Guinet, and Sonia Hajri-Gabouj (2011), "A decision-making tool for home health care nurses' planning", Supply Chain Forum: an International Journal, 12.(1), 124-136.

Cappanera, Paola, and Maria Grazia Scutellà (2014), "Joint assignment, scheduling, and routing models to home care optimization: A pattern-based approach", 49.(4), 830-852.

Liu, Ran, Biao Yuan, and Zhibin Jiang (2017), "Mathematical model and exact algorithm for the home care worker scheduling and routing problem with lunch break requirements", International Journal of Production Research, 55.(2), 558-575.

Mısıır, Mustafa, Pieter Smet, and Greet Vanden Berghe (2015), "An analysis of generalised heuristics for vehicle routing and personnel rostering problems", Journal of the Operational Research Society, 66.(5), 858-870.

Mısıır, Mustafa, Pieter Smet, and Greet Vanden Berghe (2015), "An analysis of generalised heuristics for vehicle routing and personnel rostering problems", Journal of the Operational Research Society, 66.(5), 858-870.

Milburn, Ashlea Bennett, and Jessica Spicer (2013), "Multi-objective home health nurse routing with remote monitoring devices", International Journal of Planning and Scheduling, 1.(4), 242-263.

Redjem, Rabeh, and Eric Marcon (2016), "Operations management in the home care services: a heuristic for the caregivers routing problem", Flexible Services and Manufacturing Journal, 28.(1-2), 280-303.

Trautsamwieser, Andrea, and Patrick Hirsch "Optimization of daily scheduling for home health care services", Journal of Applied Operational Research, 3.(3), 124-136.

Yuan, Biao, Ran Liu, and Zhibin Jiang (2015), "A branch-and-price algorithm for the home health care scheduling and routing problem with stochastic service times and skill requirements", International Journal of Production Research, 53.(24), 7450-7464.

40- Hemodiyaliz hastalarında demografik ve hastalığa ait özellikler ile depresyon ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi

Semra Gündoğdu¹, Fatma Arıkan¹, Mehtap Pekesen², Yasemin Yıldırım³, Fisun Şenuzun Akyar³

1. Akdeniz Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Fakültesi Antalya, Türkiye

2. Akdeniz Üniversitesi Yaşlı Bakım Programı, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Antalya, Türkiye

3. Ege Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye

Giriş: Tıptaki ilerlemelerle birlikte kronik hastalığı olan kişilerde yaşam süresi uzamıştır ancak bu durum aynı zamanda hastaların uzun süre hastalığı ve tedavinin yükünü taşımasına neden olmaktadır. Kronik hastalığa bağlı gelişen sosyal izolasyon, yaşam tarzı değişikliği, bağımsızlığın kaybı, benlik algısında düşme depresyon gelişime neden olur. Sosyal desteğin kronik hastalıklarda duygusal ve fonksiyonel desteği artırarak, depresif semptomları azalttığı ayrıca izole olmayı veya yalnızlığı önleyerek koruyucu olduğu bildirilmektedir. Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalar hem bedensel hem de ruhsal düzeyde kayıp yaşamaktadırlar. Bu kayıplarla beraber tedaviye bağımlılık, kontrol kaybı ve yetersizlik duygularını tetiklemektedir. Hemodiyaliz uygulamasının invazif girişimi içermesi, hastayı sürekli sağlık kurumlarına bağımlı kılması, sosyal destek ağlarını zayıflamasına depresyon gibi hemodiyaliz hastalarında sık görülen semptomların oluşmasına neden olmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek algısı ve depresyon düzeylerinin belirlenmesine, bu durumlar arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin tanımlanmasına ihtiyaç vardır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemodiyaliz hastalarında demografik özelliklerin ve hastalığa ait faktörlerin depresyon ve algılanan sosyal desteğe etkisini incelemektir. Araştırma Şubat 2015- Temmuz 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu çalışmanın katılımcıları Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Olbia Hemodiyaliz Kliniği olmak üzere iki ayrı hemodiyaliz ünitesindeki hastalardan oluşmuştur. Araştırmaya 18 yaş ve üstü en az 6 aydır hemodiyaliz almaya devam eden hastalar dahil edilmiştir.

Sınırlılıklar: Çalışmada tanı konulmuş psikiyatrik hastalığı olan, konuşma ve anlama yeteneği bozulmuş, duyma kaybı olan hastalar çalışma dışı tutulmuştur.

Yöntem: İki ayrı klinikten toplam 182 hasta ile görüşüldü, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterini karşılayan 123 ayaktan hemodiyaliz hastası ile çalışma tamamlandı.

Çalışmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bilgileri içeren hasta tanıtım formu, Beck depression inventory (BDI) ve Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSSP) kullanılmıştır. Verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 22 istatistik programı kullanılmıştır. Hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerinin değerlendirilmesinde yüzdelik ve ortalama standart sapma değerleri kullanıldı. Diyaliz hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre algıladıkları Sosyal Destek ve Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılıklar analiz etmek için Mann Whitney U-testi ve Kruskal- Wallis testi kullanılmıştır. Depresyon ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel açıdan 0.05’den küçük p değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Bu çalışmaya toplam 123 hemodiyaliz hastası dahil edilmiştir. Hemodiyaliz hastalarının %62.6’sı erkek, %37.4’ü kadın, %53.7’si ise 60 yaş üzerindedir. Hemodiyaliz hastalarının %69.9’u evli, % 52.0’si ilköğretim mezunu ve %11.4’ü üniversite mezunu ve %89.4’ü çalışmıyor. Hemodiyaliz hastalarının %14.6’sı yalnız, %72.4’ü eş ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Bu hastaların %79.7’ü şehir merkezinde yaşamaktadır. Hemodiyaliz tedavisinden önce hastaların %8.9 periton diyaliz yapmakta idi. Hemodiyaliz hastalarının %17.1’i böbrek nakli olmuş ve rejeksiyon yaşamışlardır. Hemodiyaliz hastalarının % 49.6’sında ikinci bir kronik hastalık vardır. Hemodiyaliz hastalarının %58.5’i hemodiyaliz ve böbrek yetmezliği hakkında eğitim almıştır. Hemodiyaliz tedavi süresi ise ortalama 6.10 ± 5.28 olup, %50.4’ü 5 yıldan daha az sürede hemodiyaliz hastasıdır. Hemodiyaliz hastalarının BDI puan ortalaması 12.18 ± 16.41 ve hastaların %40.7’sinin hafif düzeyde, %20.4’ünün orta düzeyde, %1.6’sının şiddetli düzeyde depresyon yaşadığı belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarının MSSP puan ortalamaları 63.91 ± 14.2 bulunmuştur. Hemodiyaliz hastalarının cinsiyetine göre Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Kadın hastaların depresyon düzeyleri erkek hastalardan daha yüksektir. Hemodiyaliz hastalarının eğitim düzeyi ile Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı ($p < 0.05$) aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Üniversite mezunlarının depresyon puan ortalamaları düşük olduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarının çalışma durumuna göre depresyon durumları incelendiğinde çalışmayan hastaların çalışanlara göre Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması yüksek ($p < 0.01$) bulunmuştur. Hemodiyaliz tedavi süresi ile Beck Depresyon Ölçeği toplam skorundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Hemodiyaliz süresi 5-9 yıl arasında olanlarda depresyon puan ortalamaları daha yüksek

bulunmuştur. Başka bir kronik hastalığın olması depresyon puan ortalamasını oranını artırmaktadır ($p<0.05$). MSSP aile desteği alt boyutu puan ortalaması kadınlarda daha yüksektir, erkekler de ise arkadaş desteği alt boyutu kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ancak bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. 60 yaş üzerindeki hastaların MSSP arkadaş alt boyutu puan ortalaması diğer yaş gruplarından daha düşük bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.05$). Hemodiyaliz hastalarının medeni durumları ($p<0.01$) ve birlikte yaşadığı kişilere göre ($p<0.01$) MSSP aile alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Evli olan, eşi ve çocukları ile yaşayan hastalar da aile desteği algısı puan ortalaması daha yüksektir. Hemodiyaliz hastalarının eğitim düzeyi ile MSSP arkadaş alt ölçeğinden ($p<0.01$) aldıkları puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Üniversite mezunlarının, arkadaş destek algısı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hemodiyaliz hastalarının çalışma durumuna göre sosyal destek durumları incelendiğinde çalışmayan hastaların çalışanlara göre arkadaş desteği alt ölçeği puan ortalaması düşük bulunmuş olup aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ayrıca başka bir kronik hastalığı olanların MSSP arkadaş alt ölçeği puan ortalaması ($p<0.01$) ve MSSP toplam puan ortalaması ($p<0.05$) anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Beck Depresyon toplam ve sosyal destek ölçeğinin toplam puanı alt boyutları arasındaki korelasyon tablo 3’de verilmiştir. Beck toplam puanı ile sosyal destek ölçeği toplam puanı ($r=-0.225$, $p=0.000$) ve arkadaş ($r=-0.228$, $p=0.001$), özel bir kişi ($r=-0.166$, $p=0.013$) alt boyutları puanı arasında anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Depresyon, Algılanan Sosyal Destek

The Impact of Hemodialysis Patients’ Demographic Characteristics and the Factors Related to the Disease on Depression and Perceived Social Support

Abstract : The social isolation, the change in life style, the loss of freedom and the decrease in self-perception, associated with the chronic diseases, induce the progress of depression. The aim of this study is to examine the impact of hemodialysis patients’ demographic characteristics and the factors related to the disease on depression and perceived social support. It was determined that the BDI score average of hemodialysis patients was 12.18 ± 6.41 . In our study, it was found that 44.7% of the patients experienced lower level of depression and 20.4% of them experienced medium level of depression. It was also identified that the MSSP score average of hemodialysis patients was 63.91 ± 14.2 and particularly the familial support was found to be at higher levels. The existence of another chronic disease increases the depression score average and decreases the total MSSP score average meaningfully. In our study, a

significant negative correlation was identified between the total BDI score and the total MSSP scale score and friend, significant other subscale score.

Key Words: Hemodialysis, Depression, Perceived Social Support

Kaynaklar

- 1- Atik, D., Atik, C., Asaf, R., Çınar, S. (2015). The effect of perceived social support by hemodialysis patients on their social appearance anxiety. *Medical Sciences*, 4 (2), 2210-2223.
- 2- Chen, S.F., Wang, I.J., Lang, H.C. (2016). Risk of major depression in patients with chronic renal failure on different treatment modalities: A matched-cohort and population-based study in Taiwan. *Hemodialysis International*, 20 (1), 98-105.
- 3- Clark, S., Farrington, K., Chilcot, J. (2014). Nonadherence in dialysis patients: Prevalence, measurement, outcome, and psychological determinants. [Seminars in Dialysis](#), 27(1), 42-49.
- 4- Davaridolatabadi, E., Abdeyazdan, G. (2016). The relation between perceived social support and anxiety in patients under hemodialysis. *Electronic Physician*, 8(3), 21-44.
- 5- Gomez, A.T., Kiberd, B.A., Royston, J.P., Alfaadhel, T., Soroka, S.D., Hemmelgarn, B.R., Tennankore, K.K.(2015). Comorbidity burden at dialysis initiation and mortality: A cohort study. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 2(1), 2-9.
- 6- Ibrahim, N., Teo, S.S., Din, N.C., Gafor, A.H.A., Ismail, R. (2015). The role of personality and social support in health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *PloS One*, 10(7), 1-11.
- 7- Kocaman Yıldırım, N., Okanlı, A., Yılmaz Karabulutlu, E., Karahisar, F., Özkan, S. (2013) Effects of illness perception on anxiety and depressive symptoms in hemodialysis patients: A multi-center study. [Anatolian Journal of Psychiatry](#), 14(3), 252-259.
- 8- Loosman, W.L., Rottier, M.A., Honig, A., Siegert, C.E. (2015). Association of depressive and anxiety symptoms with adverse events in dutch chronic kidney disease patients: A prospective cohort study. *BMC. Nephrology*, 16(1), 1-8.
- 9- Siedlecki, K.L., Salthouse, T.A., Oishi, S., Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research*, 117(2), 561-576.

41- Böbrek hastalığında evde periton diyalizi; olgu sunumu

Şengül Akdeniz¹, Nilüfer Bozkurt², Özlem Kaştan¹, Mehtap Pekesen¹, Türkan Şanlı²

1. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Bölümü Antalya

2. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji B.D., Periton Diyaliz Ünitesi

Giriş: Son Dönem Böbrek Yetmezliği dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sıklığı, yüksek morbidite ve mortalitesi ve pahalı tedavileri nedeniyle toplumsal yükü giderek artan bir hastalıktır. Bu hastalığın tedavisinde kullanılan renal replasman yöntemleri; organ nakli, hemodiyaliz (merkez ve ev hemodiyalizi) ve periton diyalizidir. Peritonu bir diyaliz membranı olarak kullanma fikri 1922 yılında Putnam tarafından ortaya atılmıştır. Periton diyalizi 1990' lı yıllardan beri ülkemizde başarı ile uygulanmaktadır. Periton diyalizi alanındaki bilgi birikimi ve teknolojik gelişmeler bu tedavinin etkinliğini artırıp, komplikasyonların azalmasına yol açmıştır. Ülkemizde 2016 yılı Türk Nefroloji Derneği kayıtlarına göre böbrek yetersizliği nedeniyle tedavi olan hastaların % 9'u bu yöntemi uygulamaktadır. Periton diyalizi, hastanın karın boşluğuna küçük bir ameliyat ile yerleştirilen, ince, yumuşak, silikondan yapılmış kalıcı bir tüp (kateter) aracılığı ile verilen özel olarak hazırlanmış bir solüsyon ile, hastanın kendi karın zarı (periton) kullanılarak hastanın kanının zararlı maddelerden arındırılması ve vücuttaki sıvı dengesinin sağlanması işlemidir. Periton diyalizi esnasında hazırlanmış olan bu özel solüsyon karın boşluğunda 4 ila 6 saat arası bekletildikten sonra yeni ve temiz solüsyonla değiştirilir. Bu bekleme süresi boyunca hastanın kanında bulunan üre, kreatin gibi vücuttan atılması gereken maddeler ve vücutta biriken fazla sıvı solüsyona geçer. Bu solüsyonun karın boşluğu içine verilmesi ve tekrar geri alınması işlemi herhangi bir makine aracılığı ile değil yer çekimi kuvveti kullanılarak yapılır. Bu tip diyaliz işlemine sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) denir. Periton diyalizi elle veya aletli olarak uygulanır. Elle yapılan şekilde genellikle gündüz 4-6 saatlik 3 değişim ve gece 8-10 saatlik bir değişim yapılır. Kullanılan sıvılar 1 ile 2½ litre arasında değişir. Çiftli torba kullanılır. Her değişim sonrası transfer seti yeni bir mini kapakla kapatılır. Aletli periton diyalizinde alet önceden programlanır. Hasta gece alete bağlanır. Genellikle 5-6 litrelik tekli torbalı sıvılar kullanılır. Alet gece 4-6 değişim yapar. Gündüz karın boş bırakılır veya 1-2 değişim yapılabilir. Tedavi sonrası transfer seti yeni bir mini kapakla kapatılır. Tedavinin etkinliği ve karın zarının özellikleri belli aralıklarla yapılan özel testlerle değerlendirilir ve tedavi dozu ayarlanır. SAPD' nin en önemli avantajı, evde, işyerinde ve okulda yani hemen hemen her yerde temiz bir ortamda rahatlıkla torba değişimi yapılmasını sağlamasıdır. Torba değişiminde yine de bir takım tedbirlerin alınması gerekir. Bunlar; *Evde;* Diyaliz işlemi SAPD hemşiresinin önermiş olduğu bir alanda yapılabilir. Temizliğinden emin olunan ve en az kullanılan odalardan biri olması daha uygundur. SAPD işlemine yeni başlayanlar için buna riayet edilmesi yararlı olacaktır. Hatta, bir odanın bu iş için ayrılması ve de yakınında ellerin yıkanabilmesi için bir lavabonun da bulunması çok daha iyi olur. *İş yerinde;* SAPD, iş yaşantısına engel olmayan en iyi ve en etkili diyaliz tedavisi yöntemidir. Hasta iş yerinde periton diyalizi değişimi yapacaksa kendine uygun bir yer belirlemelidir. *Yolculuklarda;* SAPD, herhangi bir cihaza ya da hastaneye bağımlı olmanın önüne geçer. Bu nedenle tatile gitmede veya yurt dışına geziye çıkmada bir sorun oluşturmaz. **Amaç:** Bu olgu sunumu, bir üniversite hastanesinde tedavi gören böbrek hastasının periton diyalizi ve bakımına yönelik geliştirilen hemşirelik bakım planı uygulamalarını ve değerlendirilmesini içermektedir. Periton diyalizi uygulaması planlanmış bir hastamızda periton diyaliz yönetimi ve iletişim sürecini paylaşmayı hedefledik. **Yöntem:** Çalışmamızda, olgu çalışması yöntemi kullanılmıştır. **Bulgular:** Olgu sunumunda 29 yaşında olan bayan hasta lise mezunudur. Sağlık sorunları nedeniyle üniversite eğitimini 2. sınıfta

sonlandırmak zorunda kalmıştır. 12 yaşından beri TIP 1 DM hastası ve insülin tedavisi almaktadır. 2015 yılında diyabetik nefropati+uygunsuz nonsteroid antienflamatuar kullanımı sonucu KBY tanısı almıştır. 1,5 yıldır medikal tedavi+uygun diyet düzenlemesini içeren diyaliz öncesi eğitim programda düzenli kontrolleri yapılmaktadır. GFR %22 iken başlanan bu takipler sırasında GFR%11' e düşünce periton diyalizi (pd) kateteri laparoskopik olarak yerleştiriliyor ve periton diyalizi tedavisi başlanıyor. Hastada var olan diyaliz öncesi semptomlar; nefes darlığı, tansiyon yüksekliği, halsizlik, göz altında ve bacaklarda ödem, sırt, ağrısı, kramplar, iştahsızlık, bulantı, kusma, kaşıntı, uykusuzluk, saç dökülmesi, ten renginde solukluk, günlük yaşam aktivitelerinde aksama, sosyal izolasyonu içermektedir.

Hastanın tedaviye uyum için verilen eğitimler:

1- Periton diyalizi eğitimleri

- Evde periton diyaliz tedavisi için uygun oda ve ortam düzenleme eğitimi
- Uygulamalı olarak hijyenik el yıkama eğitimi
- Hipovolemi için sıvı yönetim eğitimi
- Hipervolemi için sıvı yönetim eğitimi
- Periton diyalizinde sık karşılaşılan peritonit, katater çıkış yeri enfeksiyonu, tünel enfeksiyonu eğitimi
- Uygulamalı katater çıkış yeri bakım ve pansuman eğitimi
- Periton diyaliz katateri ile banyo eğitimi
- Periton diyalizi ile cinsel yaşam eğitimi
- Periton diyalizinde beslenme eğitimi
- Uygulamalı periton diyalizinde ilaç uygulama ve kullanma eğitimi
- Periton diyaliz yeterlilik testinin hazırlık ve uygulama eğitimi
- Periton diyaliz Ünitesinde genel uyulması gereken kurallar eğitimi
- Periton diyalizinde psiko-sosyal bakım eğitimi
- Periton diyalizinde üre, kreatin, protein, fosfor, potasyum, kalsiyum, albumin terim anlamları ve denetim eğitimi

2- Uygulama sürekli ayaktan periton diyaliz eğitimi

3- Uygulama aletli periton diyaliz cihaz eğitimi

Olguda periton diyalizi tedavisi: Olguya diyaliz tedavi yöntemi aletli periton diyalizi şeklinde başlandı. 8 saat, 5 döngü, 1500 ml volümle yapıldı. Orta glukoz konsantrasyonlu ,biyo uyumlu pd solusyonu kullanıldı. Tedavi seyri: Hasta halen Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Periton Diyalizi Ünitesi'nde tedavisine devam etmektedir. Ayda sadece bir kez poliklinik kontrolü ve rutin kan testleri için üniteye başvurmaktadır. Diyaliz öncesi yaşadığı tüm semptomlardan kurtulmuş, kan basıncı ve sıvı elektrolit kontrolü sağlanmıştır. Düzenlen sağlık profiliyle birlikte sosyal yaşama tekrar dönmüş, eğitim hayatına yeniden devam etme kararı almıştır. **Sonuç:** Evde hemodiyaliz ve periton diyalizi gibi evde tedavi seçenekleri, özellikle genç veya kariyerlerine devam etmek isteyen hastalar için pek çok avantaj sunar. Hastalar düzenli olarak merkeze gitmek yerine evde tedavi uygulamayı öğrenir. Her ne kadar bu seçenek kişisel yükün artacağı anlamına gelse de, çoğu hastamız buna degeceğini düşünmektedir. Kronik böbrek yetmezliği olan birçok hasta, kendi evlerinin rahat, güvenli ve tanıdık ortamında diyaliz olmayı tercih etmektedir. Bu hastaların diyaliz merkezine gitmeleri gerekmediğinden, günlük hayatlarında daha az kesinti olmasının yanı sıra, kendi tedavilerini uygulamaları, daha iyi bir yaşam kalitesine ve yaşamları üzerinde daha fazla kontrole sahip olmalarını sağlar. Periton diyalizi hemşiresinin hemşirelik tanımlarını belirleyip, bakım sürecini yönetirken etkili iletişim yöntemlerini kullanmasının, tedavinin başarısında ve hasta yaşam kalitesinin artmasında yadsınamaz bir etkisi vardır.

Anahtar kelimeler: periton diyalizi, hemşirelik bakımı, evde bakım

Peritoneal dialysis at home in renal disease; Case report

Objective: This case report describes the application and evaluation of the nursing care plan developed for peritoneal dialysis and care of a kidney patient who is treated in a university hospital. We aimed to share the peritoneal dialysis management and communication process in a planned patient with peritoneal dialysis. **Method:** Case study method was used in our study.

Findings: A 29 year old female patient is a high school graduate in the case report. Due to health problems, university education had to be terminated in the second semester. Since the age of 12, she has been suffering from TIP 1 DM and insulin treatment. In 2015, diabetic nephropathy + the use of inappropriate nonsteroidal anti-inflammatory drugs has resulted in a cognitive diagnosis of CKD. Regular controls are being conducted in the pre-dialysis training program, which includes medical treatment + appropriate diet regulation for 1.5 years. During these follow-up visits with GFR 22%, peritoneal dialysis (PD) catheter is placed laparoscopically and peritoneal dialysis therapy is started. Pre-dialysis symptoms present in the patient; drowsiness, loss of appetite, nausea, vomiting, itching, insomnia, hair loss, paleness in skin color, disruption in daily life activities, social isolation.

Conclusion: Home treatment options such as hemodialysis and peritoneal dialysis at home provide many advantages, especially for young people or those who want to continue their careers. Patients learn to treat at home instead of going to the center regularly. Although this option means that the personal burden will increase, most of our patients think that it will be worth it. Many patients with chronic renal failure prefer to have dialysis in their comfortable, safe and familiar setting. Because these patients do not need to go to the dialysis center, they have less interruption in their daily lives, as well as practice their own care, to have a better quality of life and more control over their lives. There is an undeniable effect of the peritoneal dialysis nurse identifying nursing diagnoses and using effective communication methods while managing the care process, improving the success of the treatment and increasing the patient's quality of life.

Key Words: peritoneal dialysis, nursing care, home care

Kaynaklar:

Ersoy,F.F., (2013), Periton diyalizi başvuru kitabı, Güneş tıp kitabevleri

Ertürk, J., (2009), Periton diyaliz el kitabı, TND yayınları

Matthews D, West K, Rescorla F et al: Peritoneal dialysis in the first 60 days of life. J Pediatr Surg 25:110-116, 1990

42- İnfomal Bakım ve Sosyal Destek: “Mavi Ev” Deneyimi

(Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Kurulu tarafından desteklenmiştir.)

Nilüfer Korkmaz Yaylagül¹- Levent Yaylagül² - Ahmet Melik Baş³

¹ Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Bölümü

² Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Radyo Televizyon ve Sinema Bölümü

³ Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Bölümü

Bildiri Geniş Özeti

Giriş

Demans hastalığı ve onun özel bir türü olan Alzheimer, hasta ve hasta yakınları için bedensel, ruhsal, sosyal ve ekonomik pek çok yıkıcı sonucu olan bir hastalıktır. Yaşlılıkta sık rastlanan bu hastalıklar, kırılgan olan yaşlılık dönemini daha da dezavantajlı hale getirmektedir. Yaşlılıkta sosyal destek önemli ve birçok bileşeni olan bir konu olmasına karşılık, Alzheimer hastalığı ile ilişkisi henüz çok fazla tartışılan bir konu değildir. Oysa yaşlı ve yakını hastalığın semptomları ile baş etmeye çalışırken, bireylerarası ve kurumsal sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bakım yükünün hafifletilmesinde kurumsal sosyal destek, ekonomik destekten, psikolojik desteğe kadar çeşitlenmektedir.

Türkiye’de sosyal bilimler alanında Demans ve Alzheimer hastalığına yönelik araştırmalar, son derece sınırlıdır ve genellikle bakıcıların bakım yükü ve iyi olma durumu konularında yapılan nicel araştırmalardır (Bkz. Akpınar, Küçükgüçlü, Yener, 2009; Akyar ve Akdemir, 2009). Örneğin, Ayrancı, 2015 yılında yaptığı araştırmasında demans hastasına bakım veren bireylerde sosyal desteğin baş etme stratejilerine etkisini ele almıştır. Kırıl, (2011) araştırmasında demanslı hasta yakınlarında depresyon ve yaşam doyumu konusunu ele almıştır. Bu konuda yapılmış nitel araştırmalara en önemli örnek 2013 yılında yapılan Alzheimer Hastalığının Antropolojisi adlı doktora tezidir. Polat (2013), hastalığı ve bakımını deneyimleyen aile bireyleri ile görüşmüş ve etnografik bir araştırmayla bu deneyimi derinlemesine analiz etmiştir. Alzheimer hastalığı ve bakımı konusunda ele alınması gereken önemli bir konu da hastalık ve bakım sürecinin deneyimlenmesinde destek ihtiyacı ve buna yönelik deneyimlerdir.

Antalya Büyükşehir Belediyesinin hizmete açtığı Mavi Ev, Alzheimer Hasta ve Hasta Yakınları Buluşma Merkezi olarak hizmet vermektedir. Hizmetin temel prensibi, Alzheimer hastası yaşlı bireylere gününbirlik rehabilitasyon ve bakım hizmeti sunarken, ailelerinin de bu merkeze katılımını sağlamaktır. Bu yönüyle merkez, farklı bir konsept oluşturmaktadır. Mavi Ev, sınırlı bir kapasiteye sahip olup, hastaların haftanın iki ya da üç günü evlerinden alınıp merkeze getirilmesi, hastalarla çeşitli rehabilitasyon faaliyetleri yapılması, gün sonunda hastaların

evlerine bırakılması ve çeşitli seminerler ve faaliyetler kapsamında hasta yakınları ve uzmanların buluşmasına olanak sağlanmasını hedeflemiş bir merkezdir ve 2016 yılından beri faaliyetleri devam etmektedir.

Amaç

Bu araştırmada “Alzheimer hastası yaşlı bireye bakım veren aile bireylerinin sosyal dışlanmaya ve sosyal desteğe yönelik deneyimleri nasıldır?” sorusundan hareket edilmiştir. Araştırmada bakım verenlerin sosyal destek yönündeki tecrübelerinin ortaya konması ve yaşamlarının bir parçası haline gelen Mavi Ev’in bu süreçteki etkisinin ele alınması amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırmada nitel araştırma deseni kullanılarak bir durum çalışması yapılmış, Alzheimer hastası yaşlısına bakan aile bireylerinin sosyal dışlanmaya ve sosyal desteğe yönelik deneyimleri ortaya konmuştur. Araştırmada yarı yapılandırılmış soru formu ile 30 aile üyesi bakıcı ile derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Alzheimer hastası yaşlısı haftanın iki ya da üç günü Mavi Ev’e gelen bakıcılarla görüşülmüştür. Katılımcılardan yazılı onayları alınmıştır. Katılımcılara, hastalıkla karşılaşma ve baş etme hikayeleri, bakım sürecinde hayatlarında nelerin değiştiği, bakım sürecinin sosyal ilişkilerine etkisi ve Mavi Ev ile ilgili deneyimlerine ilişkin sorular sorulmuştur. Veriler, betimsel nitel analiz tekniği analiz edilmiştir.

Bulgular

Araştırmanın bulgularına göre, Alzheimer hastası aile bireyine bakım veren bakıcılar genellikle hastaların eşlerinden (8 katılımcı) ve kız çocuklarından (22 katılımcı) oluşmaktadır. Bakım süreci ile ilgili olarak katılımcıların büyük çoğunluğu bakım sürecinin hayatlarını tamamen değiştirdiğini ifade etmişlerdir. Ancak bazı katılımcılar (4 katılımcı) bakımın hayatlarını değiştirmediklerini düşünmektedirler. Bu katılımcılar ise genellikle hastasına kardeşleriyle / çocuklarıyla dönüşümlü olarak bakan katılımcılardır. Bakım verilen bireylerden en yaşlısı 103, en genci 60 yaşındadır. Aile bireyi bakıcıların ise en genci 40, en yaşlısı 82 yaşındadır. Bakım veren aile bireylerinden kurumsal destek olarak yalnızca iki katılımcı bakım parası aldığını belirtmiştir. Diğerleri bakım masraflarını kendileri karşılamaktadır.

Katılımcılar genellikle aile bireyinin bakım süreci ile birlikte, sosyal ilişkilerinin zayıfladığını belirtmişlerdir (28 katılımcı). Diğer aile bireylerinden destek almama ya da bakım sorumluluğunu eşit üstlenmeme aile ilişkilerinde gerilimler yaratmaktadır. Komşuluk arkadaşlık ilişkilerinde ise katılımcılardan bazıları, Alzheimerlı hastaları olmasından dolayı evlerine gelen arkadaşlarının azaldığını, dolayısıyla ilişkilerinin zayıfladığını belirtmişlerdir.

Bakım sürecinde en çok zorlanılan konulardan biri hastalıkla birlikte yaşlıların tuvalet ve temizlik alışkanlıklarındaki değişimlerdir. Katılımcılardan bazıları, hastalıktan sonra evde tuvalet alışkanlıklarında değişimler olduğunu, uygunsuz yerlere yapma ya da uygun temizlik yapamama ya da tuvalete gitme isteksizliği gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ancak hastalarının Mavi Evde düzenli olarak tuvalet alışkanlıklarını yerine getirdiklerini belirtmektedirler. Ancak bu durum yine de evde süreklilik arz etmemektedir.

Mavi Ev ile birlikte Alzheimer hastası yaşlı bireylerde görülen diğer bir değişim hareket ihtiyacının azalması ve fiziksel hareketlerinin artmasıdır. Çoğunlukla katılımcılar hastaların hareket ihtiyaçlarının karşılanmasında bu merkeze gelmelerini faydalı bulmaktadırlar. Öte yandan, katılımcılardan üçü hastaların yaşadıkları huzursuzluğun ve ajitasyonların azaldığını belirtmektedirler. Burada temel etken, Mavi Ev ile birlikte günlük rutinlerinin düzene girmesi ile ilgilidir. Sürekli uyumak ya da hareket etmek istemeyen hastalar, Mavi Ev'e gelmek için düzenli bir saatte kalkmakta ve günlük aktivitelerini gerçekleştirmektedir.

Alzheimerlı aile bireyinde görülen bu değişimler bakım sürecine de yansımaktadır. Bakıcılar hastalarının haftanın belli günleri de olsa düzenli bir faaliyette bulunmalarının (evden dışarı çıkma, fiziksel hareketler yapma, el becerilerine yönelik aktiviteler yapma ve oyunlar oynama, yürüyüş yapma) da hastalarında yukarıda sözü edilen fiziksel ve psikolojik değişimlere neden olduğunu belirtmektedir.

Alzheimer Hasta ve Hasta Yakınları Buluşma Merkezine haftanın iki ya da üç günü gelen hasta bakıcıları, merkeze gelmeden önce bakım yükünü daha fazla hissederken, merkeze geldikten sonra bu yükün biraz daha hafiflediğini ifade etmişlerdir. Çünkü bakım yükünün hafifletilmesinde temel faktör, bakıcılara bakım dışında bir zaman yaratılabilmiş olmasıdır. Zira bakım süreci özellikle Alzheimerlı hastalarda neredeyse 24 saati kapsamaktadır. Bu zamanı katılımcılardan bazıları, günlük ev içi işlerin yürütülmesi için kullanırken büyük çoğunluğu dışarıda alış veriş, arkadaş ziyareti vb. faaliyetler için kullanmaktadır. Bu ise katılımcıların sosyal ilişkilerini sürdürebilmelerine imkan sağlamıştır.

Mavi Ev'in bakım verene sağladığı diğer bir destek bakım verenin sağlık profesyonelleri ve uzmanlarla ve diğer bakımcılarla buluştuğu etkinliklerdir. Düzenlenen seminerlerle bakıcılara hastalık ve bakım hakkında bilgiler verirken, bakıcılar bakımda karşılaştıkları problemlerle ilgili bilgi alışverişinde bulunabilmektedirler. Katılımcılar, bu tür buluşmalardan memnuniyetlerini dile getirmişlerdir. Çoğunlukla yalnızlık ve çaresizlik hissi ile baş etmede bu tür etkinlikleri yararlı bulmaktadırlar.

Sonuç

Alzheimerlı hasta bakıcıların, bakım sürecini deneyimleyen bireylerle ve bakım ve sağlık profesyonelleriyle karşılaşmaları, yalnız olmadıklarını düşünmelerine ve bu yönüyle bakımın getirdiği psikolojik stresin hafiflemesine neden olmaktadır. Bu merkezin faaliyetleri de bakım verenlerin bilgilenmesi açısından çaresizlik hissinin daha az yaşanmasına yol açmaktadır.

Mavi Ev, Alzheimer hastası yaşlının haftanın belli günlerinde düzenli günlük aktivite yapmasına katkı sağlamakta, bunun yanında rehabilite edici faaliyetleri yaşlının fiziksel ve bilişsel kayıplarının yavaşlatılmasına imkan sağlamaktadır.

Katılımcıların şikayet ettiği nokta, mekanın ve merkezde geçirilen sürenin yetersizliğidir. Temel talep, bu hizmetlerin daha kapsamlı olması ve haftanın her gününe yayılması yönündedir. Alzheimerlı hasta bakıcıları için gündüzlü bakım evleri önemli olsa da bakım sürecinde en önemli problem gece huzursuzluklarıyla baş etme problemi olarak hala yerinde durmaktadır. Bu noktada araştırmanın bulguları, Alzheimer hastalığı bakımında bakım yükünü hafifletecek sosyal projelerin, bakıcıların sosyal dışlanmasını azaltacak projeler olabileceği, ancak henüz yolun çok başında olduğumuzu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: sosyal destek, informal bakım, Alzheimer

Kaynakça

Akpınar, B., Küçükgüçlü, Ö., Yener, G. (2009). *Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakımverenlerin Cinsiyetinin, Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi*, Geriatri Derneği, http://www.geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJK_493.PDF

Akyar, İ. ve Akdemir N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32–49.

Ayrancı, E. (2015). The Predictive Roles Of Perceived Social Support, Early Maladaptive Schemas, Parenting Styles, And Schema Coping Processes In Well-Being And Burnout Levels Of Primary Caregivers Of Dementia Patients (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ortadoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara.

Kıral, K. (2011). Demans Hasta Yakınlarında Depresyon Ve Yaşam Doyumu: Bilişsel Duygu Ayarlama, Sosyal Destek Ve Adil Dünya İnancı İlişkisi. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Mersin: Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Polat, G.D. (2013). Alzheimer Hastalığının Antropolojisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Informal Care and Social Support: The “Blue House” Experience

Abstract

The commonly observed Alzheimer’s disease, causes fragility in old age and creates further disadvantages within the aging process. Both the elderly and their relatives suffer from the symptoms of this disease and need interpersonal and institutional social support.

This research focuses on social support needs during the caring process of Alzheimer’s patients by conducting a case study which is based on qualitative research. Data has been obtained from Alzheimer’s Patient and Patient’s Relatives Meeting Centre (Blue House) which was opened by Metropolitan Municipality of Antalya and interviewed with 30 informal caregivers about the need for social support during the caring process to understand whether relevant service utilization needs have been fulfilled.

Findings show that interviewees felt the burden of care was higher before the utilizing the services of the centre, however, that burden was alleviated after arriving at the centre. Furthermore, upon utilizing centre services, Alzheimer’s patients reported an increase in physical strength and decreased night restlessness. In conclusion, the types of services available at Blue House are crucial for family members of Alzheimer patients, pointing to the need for widespread availability in Turkey.

Key Words: social support, informal care, Alzheimer’s Disease

43- Bir devlet hastanesi bünyesinde evde sağlık hizmeti alan hastaların profili: retrospektif analiz

Mehmet Baki Yıldız¹, Bircan Pilatin¹

¹Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi, Diyarbakır/Türkiye

Giriş: Evde bakım hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmesine ilişkin yönerge 1 Şubat 2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Diyarbakır'da evde sağlık hizmetleri Aralık 2010 tarihinde başlamış olup, 2017 yılında Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı Hastanelerce koordine edilmeye başlanmıştır. Gümüş ve Sarıbaş'ın (2017) yaptıkları çalışmada evde bakım hizmetlerinin devlet hastanelerinde zorunlu hale getirilmesinin olumlu sonuçları olduğu, yararlanan hasta sayısının her yıl katlanarak arttığı belirtilmiştir. Evde bakım hizmetleri ile yaşlı, yatağa bağımlı, engelli, eklem-kas hastalıkları gibi kronik hastalığı olanlar, ameliyat sonrası bakıma ihtiyacı olanlar, kanser hastaları gibi tanısı konulmuş bu tür hastalara kendi ev ortamında uzman bir sağlık ekibi tarafından düzenli ve nitelikli sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmıştır. Işık ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2016), evde sağlık hizmetlerinin hastaların ihtiyaçlarını karşıladığı tespit edilmiştir. Hasta bireyin sağlık durumu ve bakım ihtiyaçlarına göre hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist, konuşma terapisti, uğraşı terapisti, ev ekonomisti, eczacı gibi farklı meslek grupları bu bakım sürecinde yer alabilmektedir. Bu süreçte ise aile bireyleri de tedavinin bir parçası olarak önemli rol oynamaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve aldıkları hizmetlerin değerlendirilmesi amacıyla Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerinden yararlanan hastaların Ocak 2012- Mart 2018 yıllarına ait verileri retrospektif olarak incelendi. Verilerin birebir araştırmacılar tarafından takibinin yapıldığı yıl olan 2017 yılında (son 1 yıllık verilerin değerlendirilmesi amacıyla) evde yapılan tedavi ve hizmetler ile hastaların demografik yapısını araştırarak ileride yapılacak evde bakım hizmet planlamalarına katkıda bulunmaktadır.

Yöntem: Çalışma kapsamına 01 Ocak 2012– 31 Mart 2018 tarihleri arasında hizmet alan tüm hastalar dahil edildi. Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde 1 genel cerrahi uzman hekimi, 1 dahiliye uzman hekimi, 1 pratisyen hekim, 4 hemşire, 1 psikolog, 1 fizyoterapist, 1 diyetisyen, 1 tıbbi sekreter ve 2 şoför bulunmaktadır. Birimin hizmet için 2 adet ekip aracı bulunmaktadır. Hasta verilerine ESHB veri tabanına bağlı kayıtlardan ve yazılı dökümanlardan ulaşılmıştır.

Bulgular: Hasta kayıtlarına ait veriler incelendiğinde; 01 Ocak 2012 ile 31 Mart 2018 tarihleri arasında evde sağlık birimine başvuran ve ulaşılan hasta sayısı 2118 olup bunların 851'ini erkek, 1267'sini kadın hastaların oluşturduğu görüldü. 6 yıllık verilere göre; toplam 1036 hastaya hizmet başlatılmış olup, 1102 hastanın ise evde bakım hizmeti çeşitli nedenlerle (iyileşme, sonlandırma talebi, ikamet değişikliği, vefat, diğer ESHB'ne devir ya da tedavinin ESHB personeli gerektirmemesi) sonlandırılmıştır. Tedavi hizmeti alan hastaların hastalık grupları incelendiğinde; Akciğer ve solunum sistemi (bronşiyal astma, KOAH, diğer hastalıklarla gelişen solunum yetmezliği, TBC sekelleri), Hematolojik ve Onkolojik (akciğer ca, beyin tümörü, cilt ca, glioblastoma, karaciğer ca, kemik ca, kolon ca, meme ca, mide ca), Kardiyovasküler (aritmî, hipertansiyon, kalp kapak hastalığı, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı), Kas hastalıkları (yataga bağımlı hastalarda) (kas atrofisi, müsküler distrofi), Kronik ve Endokrin (diyabet, hipertermi, hipertiroidi, obezite), Ortopedi ve Travmatoloji (diskopati, ekstremitelerde amputasyon, ekstremitelerde gonartroz, kalça fraktürü, koksartroz, omurga fraktürü, opere edilmiş veya mobilizasyonu kısıtlayan kırıklar, osteoporoz), Nörolojik ve Psikiyatrik hastalıkların (Amyotrofik lateral skleroz (ALS), Alzheimer, atipik psikoz, bipolar bozukluk, demans, depresyon, ensefalopati, epilepsi, hemipleji, kuadripleji, mental retardasyon, miyelit, motor nöron hastalığı, multipl skleroz, nöropatik ağrı, parapleji, parkinson, polio sekeli, psikoz, subakut sklerozan panensefalit (SSPE), serebrovasküler hastalık (SVO), şizofreni, tetrapleji) yer aldığı görülmüştür. Evde Sağlık ve Hizmet Biriminin verdiği hizmetler; muayene, gereğinde konsültasyon, tetkik için kan alma, mesaneye sonda uygulama, yara pansumanı ve eğitim uygulamalarından oluşmaktadır. 2017 verileri incelendiğinde 12 aylık toplam ziyaret sayısının 2834 olduğu, aynı yıl içerisinde kayıtlı ve aktif hizmet alan hasta sayısının 894 olduğu ve yıl içinde takibi başlatılan hasta sayısının 559 olduğu tespit edildi. Aynı yıl içinde takipten çıkarılan hasta sayısının 999 (257'si vefat) olduğu belirlenmiştir. 2017 yılı verilerine göre toplam 2834 ziyaret gerçekleştirildiği, toplam 1893 hastaya hizmet verildiği, toplam 559 yeni hasta başvurusunun aynı yıl içerisinde yapıldığı ve bu hastalara hizmet başlandığı, hastalara ve bakım vericilerine toplam 785 eğitim verildiği, hastaların toplam 2629 kez muayene edildiği, 176 konsültasyon yapıldığı, 358 tetkik, 261 mesane içi sonda uygulandığı ve toplamda 785 yara pansumanı yapıldığı belirlenmiştir. Diyarbakır il geneli evde sağlık hizmeti alma durumları incelendiğinde ise; ekim 2017 yılında ulaşılan toplam hasta sayısının 8519 olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Çalışma sonuçlarından görülmüştür ki evde bakım hizmeti alan hastaların çoğunluğu kadınlardan oluşmaktadır. Hastaların mevcut hastalık grupları incelendiğinde hipertansiyon ilk sırada yer almakta ve bunu demans, mental retardasyon ve SVO takip

etmektedir. Evde bakımda en fazla uygulanan işlemler, hasta muayenesi, yara bakımı, tetkik alma ve mesane içi sonda uygulamadır. Evde bakım hizmeti sonlandırma ve hastayı takipten çıkarma nedenlerinin başında hastanın vefatı yer almaktadır. Mevcut veriler ve ESHB faaliyetleri göz önünde bulundurulacak olursa verilen hizmetin önemi, gerekliliği, evde sağlık hizmeti alma gereksinimine sahip hasta potansiyelinin fazlalığı, birimlerin çalışma ve hizmet sunumlarındaki önemini göstermekte ve bu birimlerin faaliyetlerine yönelik desteklerin artırılması ihtiyacı doğurmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık hizmeti, devlet hastanesi, hasta

KAYNAKLAR

1. Gümüş R., Sarıbaş S. (2017) Diyarbakır İli Ve İlçelerinde 2015 Yılında Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerin Sunduğu Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, 3(1)
2. Işık O., Kandemir A., Erişe M., Fidan C.(2016) Evde sağlık Hizmeti alan hastaların profilleri ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 171-186
3. Işık O., Kandemir A., Erişen M. A., Fidan C. (2016) Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2): 171-186
4. Enginyurt Ö. ve Öngel K. (2011) Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. Smyrna Tıp Dergisi 45-48.
5. Sağlık Bakanlığı, Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/2665,evde-saglik.pdf?0> Erişim Tarihi: 29.06.2014.

THE PROFILE OF PATIENTS WHO ARE RECEIVING HOME CARE AT A STATE HOSPITAL: A RETROSPECTIVE ANALYSIS

SUMMARY

Objective: The aim of this research is to examine the rates of home care services provided by the Home Health Care Unit (HHCU) affiliated to Diyarbakır Selahaddin Eyyubi State Hospital between January 01, 2012 and March 31, 2018 and to examine the demographic structure of the patients and services and therapies made at home in 2017, the year of follow-up of data by individual researchers (for the purpose of evaluating the last 1 year data) contributing to home care service planning.

Method: All patients who received services from HHCU between January 01, 2012 and March 31, 2018 were included in the survey. Patient data was obtained from records linked to the HHCU database.

Results: Between January 01, 2012 and 31 March 2018, the number of patients admitted to the unit and achieved 2118, 1267 are female, 851 male. 1036 new patient care service starts, a total of 1102 patient home care service has been discontinued for a variety of reasons. Patients with hypertension were most frequently seen (22%).According to the data of the year 2017; there were 2834 visits, a total of 1893 patients were serviced, 559 new applications were made, 785 were delivered, 2629 were examined, 176 consultations, 358 examinations, 261 intrabladder catheter and a total of 785 wound dressings were performed.

Conclusions and recommendations: The majority of home care service areas consist of women. Hypertension, dementia, mental retardation and cerebrovasculer accident (CVA) are observed in most patients. The most common procedures are patient examination, wound care, examination and bladder catheter application. The most important factor in terminating the service is the death of the patient. Existing data demonstrate the importance of the service provided, the need for service, the height of the patient potential, the importance of units in work and service delivery, and the need to increase existing support for the development of these units.

Key Words: State hospital, patient, home care servises

44- İzzet Baysal Devlet Hastanesi 2011-2017 yılları arası verilen evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi

M.Emin DEMİRKOL¹, M.Mustafa GÜRDAL² Ferhan YILMAZ³, Emel TEKİNALP⁴, Yasemin ÇİMEN⁵,

¹Bolu İl Sağlık Müdürlüğü, Bolu/Türkiye

^{2,3,4,5}Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Bolu/Türkiye

Evde sağlık hizmetlerinde ihtiyacı olan bireylere verilecek tıbbi hizmetlerin aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi gerekmektedir.

Amaç: Bu çalışma ile bir devlet hastanesinde verilen evde sağlık hizmetlerinin ve hastaların tıbbi özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmada 2011- 2017 yılı verileri kullanılmıştır. Bu yıllar arasında sunulan hizmetlerin kapsamı, hizmet sunucularının mesleki dağılımı ve bireylerin hastalık özellikleri belirlenmiştir.

Bulgular: 6 yıllık süreçte yılında evde sağlık hizmetleri kapsamında toplamda 8142 (4902 kadın, 3240 erkek) hasta ziyaret edilmiştir. 46-80 yaş arası hasta sayısı 7676'dır.

Yıllar içindeki ekip sayısı 1-5 arası değişmektedir. Ekipte hekim (bir ekipte), hemşire, ebe, sağlık memuru, şoför bulunmakta iken hastanın ihtiyacı doğrultusunda beslenme uzmanı, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, psikologda yer almaktadır. Birimde ayrıca sekreter görev almaktadır. Her ekibin bir evde sağlık aracı bulunmaktadır.

Hastaların tanı sınıflamasına bakıldığında ağırlıklı olarak kronik hastalıklar olup özellikle Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon, hemipleji olduğu görülmektedir.

Birim tarafından en fazla sunulan beş hizmet arasında muayene (%10), ilaç uygulamaları (%24,4), sonda uygulaması (%7,4), kan alma (%9,8), pansuman (%42) ve rapor çıkartma (%2,5) işleminin yer aldığı bulunmuştur.

Bireylere verilen hizmetlerin vefat(%47,2), iyileşme(%31,5), ikamet değişikliği(%9,8), tedavinin sağlık personeli gerektirmeden uygulanacak hale gelmesi (%9,8) nedenlerle sonlandırıldığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Ülkemizde yaşlı nüfus ile birlikte kronik hastalık sıklığı da artmaktadır. Ayrıca bireylerin tıbbi hizmetlerin yanında psikososyal destek ihtiyacı da göz önünde

bulundurulmalıdır. Bu nedenle evde sağlık hizmetlerinin önemi giderek artmakta, kapasite ve kapsam açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık, değerlendirme, ekip

Izzet Baysal State Hospital evaluation of health services at home from 2011-2017 years

ABSTRACT

It is necessary that the medical services to be given to the individuals who need at home health services are done in the family environment and social and psychological support services to these persons and family members should be given together as a whole.

Aim: The aim of this study was to evaluate the medical characteristics of home health care and patients given in a state hospital.

Method: This descriptive study used 2011-2017 data. The scope of the services offered, the occupational distribution of service providers and the characteristics of the illnesses of the individuals were determined during these years.

Results: A total of 8142 (4902 female, 3240 male) patients were visited during the year during the 6-year period. The number of patients between the ages of 46-80 is 7676.

The number of teams in years varies from 1-5. While the physician (in a team), nurse, midwife, health officer, driver are in the team, nutrition specialist, physiotherapist, social worker, psychologist takes place in the direction of the patient's need. The unit also has a secretary. Each team has a health car in a house.

When the diagnosis classification of the patients is considered, it is seen that they are predominantly chronic diseases, especially diabetes mellitus, hypertension, hemiplegia.

Among the five services most offered by the unit were examinations (10%), drug applications (24,4%), catheterization (7,4%), blood collection (9,8%), dressing (42% 2.5%) was found to be involved.

It has been determined that the services given to individuals are terminated due to death (47.2%), healing (31.5%), residence change (9.8%) and treatment becoming unnecessary by health personnel (9.8%).

Conclusion: The elderly population and the frequency of chronic diseases increase in our country. In addition, the need for psychosocial support as well as medical services for individuals should be considered. For this reason, the importance of home health services is increasing and needs to be improved in terms of capacity and scope.

Keywords: Home health, evaluation, team

45- Evde bakım sağlık personelinin bakışıyla evde bakımın güçlü ve zayıf yanlarının, fırsatlarının, tehditlerini belirlenmesi: nitel araştırma

Fadime Tekin, Rumeysa, YıldızNigar Ünlüsoy Dinçer

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Giriş: Ortalama yaşam süresinin uzaması ile yaşlı nüfusunda ve buna bağlı olarak kronik hastalıklarda meydana gelen artış, nitelikli uzun dönemli bakım hizmetlerinin gerekliliğini doğurmuştur (1,2). Bu gereklilik sonucu ortaya çıkan evde sağlık hizmetleri kavramı; çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır (3). Evde sağlık hizmetleri bakıma muhtaç bireylerin ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için çok geniş ve çeşitli bir hizmet yelpazesine sahiptir. Hasta bireyin ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile incelenmesini gerektirdiği için interdisipliner bir ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır (4). Evde sağlık hizmet birimlerinde kayıt ve arşivleme işlemleri ile iletişim ve haberleşme işlemleri için var ise bir tıbbi sekreter, bulunmaması halinde uygun nitelikte bir personel, evde sağlık hizmetleri ekibinde ise asgari bir diş tabibi, bir hemşire/sağlık memuru veya tercihen bir acil tıp teknisyeni ile bir diş protez teknisyeni ve bir şoför görevlendirilir. Bu süreçte aile bireyleri de tedavinin bir parçası olarak önemli rol oynamaktadır (3,4). Evde sağlık hizmetleri ekibinde görevli personeller görev, yetki ve sorumluluklarını yerine getirirken evde sağlık hizmetlerinin güçlü ve zayıf yönleri etkilerken fırsatları ve tehditlerinden etkilenmektedir. Evde sağlık hizmetleri için daha önce benzer bir çalışma yapılmamış olması ve ayrıca pek çok kurum ve kuruluştaki yapılmış olan SWOT Analizi çalışmalarına yeni bir örneklem alanı eklemesi bakımından çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Amaç: Evde bakım sağlık personelinin bakışı ile evde sağlık hizmetlerinin güçlü ve zayıf yanlarının, fırsatlarının, tehditlerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Ankara ilinde ikamet eden evde bakım personeli evreni oluşturmaktadır. Herhangi bir örneklem seçim yöntemine gidilmemiş olup, kartopu yöntemiyle evde bakım personeline ulaşılmıştır. Veriler tekrar edene kadar örnekleme birey alınmaya devam edilmiştir. Evde bakım personelinin öncelikle yazılı görüşleri alınmış ve ardından görüşmeyi kabul eden personelle derinlemesine görüşme yapılmıştır. Görüşme sırasında ses kaydı ve bir repörter tarafından

notlar alınmıştır. Araştırmacı tarafından veri toplama aracı olarak hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Evde Sağlık Hizmetlerinin Güçlü ve Zayıf Yanlarının, Fırsatlarının, Tehditlerinin Belirlenmesine Yönelik Görüş Formu” evde bakım personeline uygulanmıştır. Anketleri uygulama süresi 20 dk. görüşme ise yaklaşık 45 dk. sürmüştür. Çalışmamızda veriler üç araştırmacı tarafından okunmuş ve tematik analizi yapılmıştır. SWOT analizindeki 4 kategori ve katılımcıların önerileri için ayrı temalar oluşturulmuştur. Bu temalar, evde bakım hizmetinin güçlü yönleri, zayıf yönleri, fırsatları ve tehditleridir. Öneri için oluşturulan temalar ise evde bakım hizmetinin güçlendirilmesi, fırsatlarının arttırılabilmesi ve tehditlerinin ortadan kaldırılabilmesi için öneriler olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden evde bakım personellerinden yazılı onam ve etik kurul izni alınmıştır.

Bulgular: Çalışmada veriler iki özel ve iki devlet kurumundan toplanmış olup; çalışmaya katılan evde sağlık hizmetleri personelinin 1’i hekim, 3’sü ebe ve 3’ü hemşiredir. Katılımcıların %57,1 (n:4)’i 21-40 yaşları arasında, %71,4 (n:5)’ü lisans mezunu, %71,4 (n:5)’ü 1-6 yıl arasında evde sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde çalışmaktadır. Çalışmaya katılan evde sağlık hizmetleri personelinin %71,4 (n:5)’ü günlük ortalama 2-6 hastaya bakım vermektedir. Evde sağlık hizmeti sunan personelle yapılan odak grup görüşmeleri sonrasında; elde edilen veriler dört ana tema ve 33 alt temada toplanmıştır. Ana temalar SWOT analizinin parçaları olan evde sağlık hizmetlerinin güçlü yönleri, zayıf yönleri, fırsatları ve tehditleridir. Birinci ana tema olan evde sağlık hizmetlerinin **güçlü yönleri**; “kaliteli bakım ve hizmet sunumu”, “terapötik iletişim”, “hasta ve hasta yakını eğitimi”, “hastanın bir bütün olarak ele alınması”, “sağlık hizmetlerine artan erişim”, “sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında SGK’nın etkin rolü ve etkisi”, “bulunulan ortamın hastaya olumlu etkisi” olmak üzere yedi alt temaya ayrılmıştır.

İkinci ana tema olan evde sağlık hizmetlerinin **zayıf yönleri**; “bilgi eksikliği”, “personel yetersizliği”, “evin fiziksel altyapısı”, “multidisipliner çalışma ortamının olmaması”, “kaynakların etkin kullanılamaması”, “kurumlar arasında kalite dengesizliği”, “ulaşım sorunları”, “yasal süreçlerle ilgili yetersizlikler” ve “tedavi sürecine hasta yakını müdahalesi” olmak üzere dokuz alt temada incelenmiştir.

Üçüncü ana tema olan evde sağlık hizmetlerinin **fırsatları**; “nöbetlerinin fazla olmaması”, “hastane ortamı dışında çalışılması”, “eleştirel düşünme ve karar verme yeteneğini geliştirmesi”, “nüfusun yaşlanıyor olması”, “bakımda teknolojinin kullanılması”, “kamu sağlık harcamalarını azaltması”, “bilgi ve tecrübe transferi”, “istihdam olanakları” ve “ekonomik kazanımlar” olmak üzere dokuz alt temada değerlendirilmiştir.

Dördüncü ana tema olan evde sağlık hizmetlerinin **tehditleri** ise; “malpraktis”, “çalışan güvenliği sorunları”, “daha az ücretle yabancı uyruklu kişilerin çalıştırılması”, “personelin eğitimi ve özlük haklarında yetersizlikler”, “toplumun sağlık bilincinde yetersizliğin devam etmesi”, “kamu sosyal güvenlik kurumlarının uyguladıkları değişik politikalar”, “denetimde yetersizlikler” ve “özel sağlık hizmet sunucularının yeterli kaynak bulamaması nedeniyle el değiştirmeleri sonucu bakımın kalitesinin azalması” olmak üzere sekiz alt temada toplanmıştır. Evde sağlık hizmetleri personeli ile yapılan görüşme sonucunda evde sağlık hizmetlerinin zayıf yönlerinin güçlendirilmesine ve tehditlerin önlenmesine yönelik önerilerden bazıları şunlardır: “Çalışan hemşirelerin deneyimi artırılmalı”, “personelle eğitim verilmeli”, “multidisipliner çalışma ortamı sağlanmalı”, “yazılı görev tanımları olmalı”, “birimin fiziki koşulları iyileştirilmeli”, “birim özellikli birim olarak değerlendirilmeli”, “evde sağlık hizmetleri politikaları oluşturulmalı”, “hastaların farkındalığı artırılmalı”, “iş güvenliği sağlanmalı”, “personelin artırılmalı”, “yönetmeliğin düzenlenmeli”, “evin düzeni sağlanmalı”.

Sonuç: Yapılan swot analizi sonucunda evde sağlık hizmetlerinin güçlü ve zayıf yönleri, fırsatları ve tehditleri belirlenmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin gelişimi açısından çalışmada belirtilen güçlü yönlerin ve fırsatların geliştirilmesi, zayıf yönlerin güçlendirilmesi ve tehditlere yönelik önlem alınması önerilebilir. Çalışmanın daha geniş bir örnekleme yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelime: Evde sağlık hizmetleri, SWOT analizi, sağlık personeli

Kaynaklar

1. Işık, O., Kandemir, A., Erişen, MA., Fidan, C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(2): 171-186.
2. Sayan, A. Günümüzde Evde Bakım, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004;7(3):91-96.
3. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. Erişim: 13 Mart 2018. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglikbakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html>.
4. Karahan, A., Güven, S. (2002) Yaşlılıkta Evde Bakım. Geriatri 5(4): 155-159.

Abstract

Purpose: The study was carried out to analyze the strengths, weaknesses, opportunities and threats that define the current situation of medical home care services.

Method: This study was carried out with the medical homecare staff working in Ankara between March and April 2018. Home care staff have been reached with the snowball sampling method. Sampling continues to be taken until individuals repeat the data. An in-depth interview was held with the home care staff who accepted. Data were collected by instruments include self-reporting tools which “Personal Information Form” and “Semi-Constructed Interview Form”. The thematic analysis was used for data evaluation.

Results: The data were collected from private and state institutions; home care staff participating in the study are one physician, three midwives and three nurses. Four of the participants (57,1%) are between the ages of 21-39, 71,4% (n:5) are undergraduate and 71,4% (n:5) are working in home care for 1-6 years. The staff care for 2-6 patients on average per day. The obtained data were collected in four main themes and 33 sub-themes. The main themes are the strengths, weaknesses, opportunities and threats of home care that are part of the SWOT analysis.

Conclusion: As a result of the SWOT analysis, strengths and weaknesses, opportunities and threats of home care have been identified. It is important to develop strengths and opportunities, and to strengthen weaknesses and to take measures against threats in the development of home care services. It is recommended that the study be conducted in a wider sample.

Key Words: Home Care Services, SWOT Analyze, Healthcare Staff