

# 5.

## Uluslararası Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kongresi

*“Uzun Dönem Bakım”*

### BİLDİRİ KİTAPÇIĞI

26 - 28 Nisan 2018 | Antalya

## 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 GÜRKAŞ  
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 VARLIKLİ  
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. Esmâ RONA  
Dr. Esma 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 PİLATIN  
Cebrail 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 FİDAN

## 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 İçin Öneriler: .....	4
3- Bir Yenileşim Örneği Olarak Evde Sağlık/Bakım Hizmetleri.....	8
4- Pediatrik Olgularda Evde Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesi .....	11
5- Ev Hemodiyalizi Hastalarında İlaç 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 İncelenmesi .....	24
8- Kanserli Hastalarda Bakım Yükü .....	28
9- Bir KOAH Tanısı Olan Hastanın Hemşirelik Bakım Hizmetleri Tarafından Anksiyetesinin Değerlendirilmesi: Bir Vaka İncelemesi .....	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 İlaç Uyumu Konusundaki Eğitim Gereksinimlerinin İncelenmesi .....	42
13- Evde İnfomal Bakım Alan Yaşlıların Mahremiyet Algısı .....	46
14- Palyatif Hastalar İçin Evde Sağlık Hizmetlerinde Sürdürebilirlik .....	51
15- Basınç Yaralanmalarının Önemi Ve Önlenmesi .....	57
16- Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakımla İlgili Görüşleri .....	61
17- Terminal Dönemdeki Hastaların İhtiyaçlarının Evde Bakım Profesyonelleri Açısından Değerlendirilmesi .....	66
18- Engelli Bireye Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi .....	70
19- Postarrest Evde Bakım Hizmeti Alan Hastaların Yakınları İle Doktorlar Arasındaki İletişim Becerilerini Nasıl Geliştirebiliriz? .....	75
20- Stomalı Hastaları Evde Telefonla Takip Edelim Mi? .....	78
21- Türkiye’de Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Ve Yakınlarının İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi – İstanbul Çalışması .....	83

22- Ankara Genelinde Evde Sağlık Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Evde Bakım Yapan Aile Üyelerinde Gözlemledikleri Psikolojik Bozulmalara Sebep Olan Etkenlere İlişkin Algıları .....	87
23- Evde Sağlık Hizmetleri Eğitiminde Simülasyona Dayalı Tıp Eğitiminin Rolü: 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 İle 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 İle İyileştirme 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 İlişkin 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 İle Depresyon Ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	182
41- Böbrek Hastalığında Evde Periton Diyalizi; Olgu Sunumu .....	186
42- İnfomal 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
46- İlçe Devlet Hastanesi Evde Bakım Birimince Vakumlu Pansuman Sistemleri Kullanılarak Ev Koşullarında Yapılan Zorlu Yara Yönetimi Deneyimi.....	204
47- Yaşlıların Sağlık, Sosyal Ve Duygu Durumunda Gaziemir Örneği.....	211
48- Üçüncü Basamak Bir Çocuk Hastanesinin “Evde Sağlık Hizmetleri” Konusundaki Yedi Yıllık Deneyimi.....	219
49- Konsültasyon Sürecinin Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetlerindeki Etkinliği.....	223
50- Evde Bakım Hizmetlerinde Memnuniyet: Kocaeli Devlet Hastanesinde Bir Araştırma.....	230
51- Evde Nokturnal Hemodiyaliz İle Gebelik Sıklığı Ve Sonuçları.....	235
52- Evde Bakım Hizmeti Veren Hemşirelerin Hizmeti Sunarken Yaşadıkları Güçlükler, Bakımdaki Zorluklar Ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi.....	242
53- Ankara İli Keçiören Belediyesi Yatağa Bağımlı, Engelli ve Yaşlı Bireylere Evde Sunulan Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetinin Tipi Ve Sıklığı.....	248
54- Evde Bakım Hastalarının Demografik Değerlendirilmesi.....	253
55- Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Empatinin Gücü.....	259
56- Dijital Sağlık Ve E-Nabız Farkındalık Düzeyi Belirleme Çalışması.....	263
57- Ülkemizde Evde Sağlık Hizmeti Alan Kanser Hastalarının 2011-2017 Yılları Arası Sayısal Olarak Değerlendirmesi .....	266
58- Rize Bölgesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalarda Mikrobiyolojik Kültür Ve Antimikrobiyal Duyarlılık Sonuçları: 5 Yıllık Değerlendirme .....	271
59- Malatya’da Evde Bakım Alan Hastaların Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi.....	275
60- Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının Değerlendirilmesi.....	279
61- Evde Sağlık Hizmeti Sırasında Tespit Edilen Pnömoniye Bağlı Deliryum Olgusu.....	289

## **Posterler**..... 291

1- Ergani Devlet Hastanesi Sağlık Personeli Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri.....	292
2- Evde Bakım Gereksinimi Olan Yaşlılarda Sosyal Destek İle Özbakım Gücü Arasındaki İlişki.....	295
3- Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Ruh Sağlığına Etkisi.....	299
4- Şizofreni Hastalarında Evde Bakım Hizmetleri.....	304
5- Herediter Mide Kanseri.....	309
6- Evde Bakımda Basınç Yaralanmaları: Hastalar Risk Altında Mı?.....	314
7- Malpraktis Türleri Ve Hukuki Boyutu.....	320

8- Tele Hemşirelik Ve Tele Sağlık.....	325
9- Evde Bakım Ve Omaha Sistemi.....	329
10- Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kullanım Tarafının En Önemli Bileşeni: Sağlık Okuryazarlığı.....	334
11- Evde Bakım Ve Etik.....	339
12- Evde Sağlık Hizmetlerinde Aile İçi Şiddete Psikososyal Yaklaşım.....	343
13- Prostat Tümörlü Hastaların Yaşam Kalitelerinde Evde Bakımın Önemi.....	348
14- Gaziemir Malnütrisyon Çalışması (Gaz -Man) İkinci Yıl Sonuçlarımız.....	354
15- Evde Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Değerlendirilmesi: Literatür İncelenmesi.....	362
16- Ağrılı Bireye Yaklaşımında Hemşirenin Rolü.....	367
17- Kayıp-Yas Yaşayan Bireye Psikososyal Yaklaşım.....	371
18- Evde Sağlık Hizmetlerinde Kronik Dekübit Ülseri İle Başetme Yöntemi Ve Tedavisi.....	375
19- Evde Sağlık Birimine Başvuran Bir Demans Hastasının Hemşirelik Değerlendirilmesi: Vaka Sunumu.....	379
20- Doğum Sonu Dönemde Yenidoğan Ve Annenin Evde Bakım Hizmeti Gerekliği.....	383
21- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Evde Sağlık Birimine Kayıtlı Hastaların Hastalık Profiline İncelenmesi.....	386
22- Diyabetik Ayak Yarasında Kullanılan Yara Bakım Ürünlerinin Yara İyileşmesine Etkisi.....	390
23- Sağlık Sistemlerinde Sosyal Hizmetin Rolü.....	394
24- Kardiyovasküler Hastalıkların Risk Faktörlerini Ne Kadar Biliyoruz?.....	400
25- Uzun Süreli Bakım Sigortası: Kapsamı Ve Önemi.....	406
26- Osteoporoz Başlangıcı Geciktirmek Ve Kemik Yapılarını Güçlendirmek İçin Hücre Kültürü.....	412
27- Yaşlı Bireylerde Ağız (Cavitas Oris) Anatomisini Bilmenin Ağız Bakımı Yapmadaki Rolü.....	415
28- Demans Ve Alzheimer'ı Olan Hastalarda Kullanılan İnovatif Yaklaşımlar.....	420
29- İnfomal Bakım Vericinin Demans Yönetimi: Olgu Sunumu.....	425
30- Diyabet Hastalarında Özbakım Bilincinin Gelişmesi.....	429
31- Hemodiyalize Giren Hastalarda Semptom Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı Ve Bütünleşik Terapi Yaklaşımları.....	434
32- Evde Bakımın İnfomal Yönü: Engelli Birey Ve Ailesi.....	439
33- Stomalı Bireyin Evde Yaşadığı Sorunlar.....	444
34- Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Uzun Dönem Bakım.....	447
35- Sağlık Meslek Yüksekokulunda Evde Hasta Bakımı Okuyan Öğrencilerin Mesleklerinden Beklentileri Nelerdir?.....	451
36- Evde İntervenöz Tedavi Ve Kateter Enfeksiyonları: Nelere Dikkat Edelim?.....	456

37- Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Düşmeleri Önlemeye Yönelik Çalışmalar.....	459
38- Yaşlı Bakım Programı Öğrencilerinde Uygulama Alanlarında Kazandıkları Deneyim İle Oluşan Bakım Algıları.....	465
39- Evde Sağlık Hizmetlerinde Verilerin Yazılım Entegrasyonu.....	469
40- Anne Sütü Ve Emzirmenin Devamlılığında Sağlık Kuruluşun Sağladığı Evde Sağlık Hizmetlerinin Rolü.....	473
41- Sağlık Meslek Lisesinde Eğitim Görmekte Olan Öğrencilerin Diyabet Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi: Özel Başer Sağlık Meslek Lisesi Uygulaması.....	478

## 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 artırır. 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 artırır. 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-Resmî Gazete Tarihi: 27.02.2015 Resmî 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 visibility, 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 Fakültesi

**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 yaşlı nüfusunda artması [1] PB hizmetleri ve ESH gibi yeni uygulamaların hayata geçirilmesini zorunlu kılmıştır.

**Bulgular:** Günümüzde yaşlı hastaların giderek daha fazla PB'ye ihtiyaç duydukları görülmektedir[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 kişi 168.854 ila 253.281kişi olacağı tahmin edilebilir. Ülkemiz genelinde 293 Merkezde 3779 yatak [4] ile PB verildiği düşünülecek olursa, tüm çalışmalara rağmen bu merkezler ihtiyaca cevap verebilecek durumda olmadığı görülecektir.[5]

ESH Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Yönerge'ye göre sunulurken [6], verilen sağlık hizmet bedelleri, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği (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 yürütülmesini 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 desteği 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 alışık olduğu 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 Yatış 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. TÜİK, <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 Avşar<sup>1</sup>, Derya Karakaya<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Ankara 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 yanısıra, 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 Sebanoni, 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’nun 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 Döğer<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Dr. 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 ortalanca 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 received 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 Hastalarda 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 Demirci<sup>1</sup>, Gülay Aşçı<sup>2</sup>, Sinan Erten<sup>1</sup>, Fatih Kırçelli<sup>1</sup>, Ercan Ok<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fresenius Medical Care (FMC) Diyaliz, Türkiye; <sup>2</sup>Ege 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 kompliyansa 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  $28 \pm 15$  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 ( $11.3 \pm 1.2$  vs.  $11.5 \pm 1.2$  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
<b>Fosfor (mg/dl)</b>	5.1±1.4	4.5±1.3	<0.001	5.1±1.5	5.2±1.4	0.06
<b>Fosfor bağlayıcı kullanımı (%)</b>	83.9	13.4	<0.001	83.0	78.6	0.1
<b>Hemoglobin (g/dl)</b>	11.4±1.5	11.3±1.7	0.22	11.5±1.5	11.4±1.5	0.58
<b>EPO use (%)</b>	60.7	26.8	<0.001	58	58	0.9
<b>Sinakalset kullanımı (%)</b>	8.9	1.8	<0.001	8.0	10.7	0.41
<b>D vitamini kullanımı (%)</b>	33.0	25.9	0.25	37.5	39.3	0.73
<b>SKB (mmHg)</b>	130±19	125±20	0.03	130±17	130±16	0.42
<b>Antihipertansif kullanımı %</b>	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 Demirci<sup>1</sup>, Gülay Aşçı<sup>2</sup>, Gökçe Kaya<sup>1</sup>, Fatih Kırçelli<sup>1</sup>, Ercan Ok<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fresenius Medical Care (FMC) Diyaliz, Türkiye; <sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji BD, İzmir/Türkiye; İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Nefroloji BD, İzmir/Türkiye; <sup>4</sup>Ege 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 ( $5.0 \pm 3.9$  vs  $6.3 \pm 4.7$ ,  $p=0.04$  ve  $4.7 \pm 4.3$  vs  $6.7 \pm 4.9$ ,  $p=0.003$ , 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**

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

## **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 ( $5.0 \pm 3.9$  versus  $6.3 \pm 4.7$ ,  $p=0.04$  and  $4.7 \pm 4.3$  versus  $6.7 \pm 4.9$ ,  $p=0.003$ , 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 Ceylan<sup>1</sup>, Reyhan Eskiuyurt<sup>2</sup>

<sup>1,2,3</sup> 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 oluşturması, 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 LAFÇI<sup>1</sup>, Ebru YILDIZ<sup>1</sup>, Fadime TORU<sup>1</sup>, Derya KARAKAYA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Mersin/TÜRKİYE

<sup>2</sup>Ankara 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  (2003). Kronik hastalıklar. Fadiloğlu  (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, z 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.alyatif 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  (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 ilkökul 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, Gastrointe normal ,Beslenme kendi besleniyor.işitme 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 üleriyle, 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 Psikyatrisi. 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. Sağl. 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 Akdeniz<sup>1</sup>, Mehtap Pekesen<sup>1</sup>, Hatice Acar<sup>1</sup>, Mustafa Çoban<sup>1</sup>, Özlem Kaştan<sup>2</sup>

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 arttırmaktadır. 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 işlemde 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  $19.37 \pm 1.18$ , % 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  $42.12 \pm 10.48$ , son test  $40.87 \pm 6.80$ 'dir. Sürekli kaygı puan ortalaması ön test  $41.42 \pm 7.68$ , son test  $44.72 \pm 6.80$ '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:** Deneysel 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 önlenebilir 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 düşünölmeli 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 geliyecek 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 çözmediği, 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 Gereksinim 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<sup>(1)</sup> Hatice Acar<sup>(1)</sup> Mehtap Pekesen<sup>(1)</sup> Şengül Akdeniz<sup>(1)</sup>

<sup>1</sup>Akdeniz 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 gizli 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 açısından 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. İnfomal 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 İstatistik Kurumu (TUİK) 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 verirsin sır vermezsin, 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, İnfomal 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](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](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 sürdürebilirlik

Hurişah Aksakal

Ankara Ulus Devlet Hastanesi

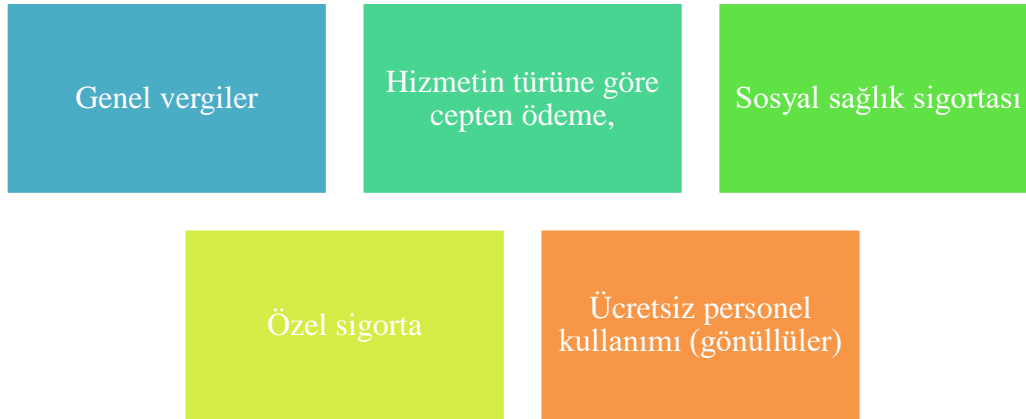
Genç, sağlığımız yerinde ve uzun yıllarda yaşayacağımıza inanıyorsak ölümün bize uzak bir olgu olduğunu düşünürüz. Ancak tedavisi mümkün olmayan bir hastalık nedeni ile yatağa bağımlı yatıyor, hastalığın semptomları ile mücadele ediyorsak ve aynı zamanda da vücudumuzun kontrolünü yavaş yavaş kaybetmeye 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 şikâyetleri giderilirken, diğer taraftan diğer kaygılar ve sorunlar topluca değerlendirilmekte ve çözüm üretilmeye çalışılmaktadır. Dünyanın pek çok 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 sıkıntılıarı çözümlenme 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 edileceği 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 değişiklik 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 yürütülmektedir. . 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. İnfomal 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 kapsamına 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.

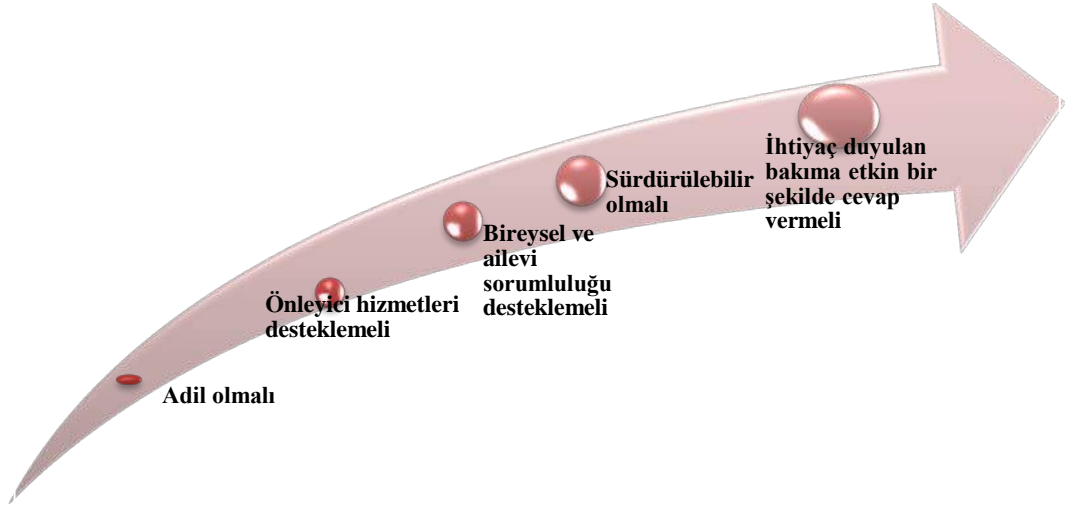
İngiltere ‘de 1993’te yürürlüğe giren Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Toplum Temelli Bakım Yasası ile bakıma ihtiyaç duyan yaşlılara sağlık ve sosyal hizmetlerin beraber sunulmasını öngörülmüştür (Davey and Patsios, 1999:274). Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health

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 homedeath 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 Gül<sup>1</sup>, Birgül Özkaya<sup>2</sup>

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 duyusal algı (tamamen sınırlı), nemlilik (sürekli nemli), mobilite (tamamen hareketsiz), aktivite (yatalak), beslenme (yeterli) ve sürtünme / kayma (sorun) kategorilerinde bulunduğunu belirlemişlerdir. Bours ve ark. (2001)



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

**Basınç:** Basınç yaralanmalarının gelişmesinde rol oynayan en önemli etken basınçtır (Yücel, 2008, Akın ve Karan, 2011). Basınç altında kalan yumuşak dokuların sıkışmaları iskemiye 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 dermisin 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:** Dermisteki 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 m<sup>2</sup> nin altında olan hastalar risk altındadır (Akın ve Karan, 2011).

Hipotansiyon, dehidratasyon, vazokonstriksiyon, kalp yetmezliği ve ilaçlar doku iskemisine 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 infeksiyonu 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](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 yüzdeler dağılımı, 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

bireyin 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 Örnekleme**

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 yüzdeler dağılımı, 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 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](http://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. *Sendrom 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). Kanser 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 alınmalıdır. **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 trully, %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 psychologigal 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, Doğanılmaz 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, Çağıl 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 İn 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](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](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<sup>1</sup>, Esra TAYAZ<sup>1</sup>

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

**Giriş:** Engellilik doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşal 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  $32.79 \pm 6.59$ . 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  $29.49 \pm 9.83$ . The quality of life scale scores ranged from 53 to 154 and the mean score was  $118.85 \pm 25.07$ .

**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 Çocuğu Olan Ebeveynlerde Bakım Yükünün 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, Vaizoğlu 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 Aktaş<sup>1</sup>, Sema Koçaşlı<sup>1</sup>, Gülay Yazıcı<sup>1</sup>, Derya Karakaya<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>: 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 hızlandırdığını, 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 sağlanması 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 al. (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 Sezerol<sup>1</sup>, Çağrı Emin Şahin<sup>1</sup>, Muhammed Atak<sup>2</sup>**

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) bekarıdır. 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 verene 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 gözlemedikleri 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.

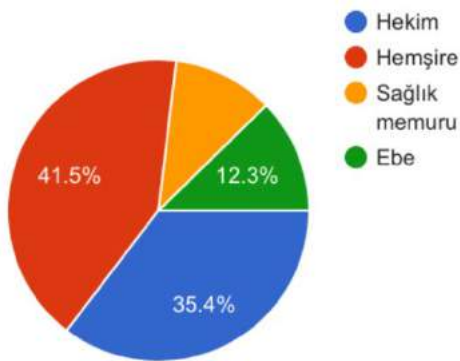
### Hastaya bakım veren kişilerin sosyal hayatlarında oluşan kısıtlamaların etkisi



**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

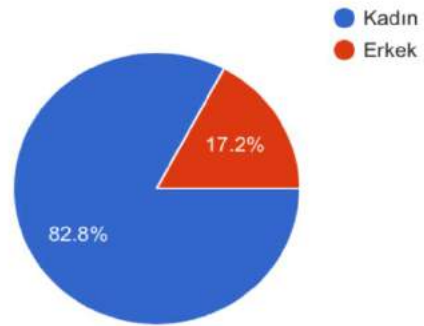
65 cevap



Tablo-1

### Evde sağlık hizmeti sunan personelin cinsiyeti

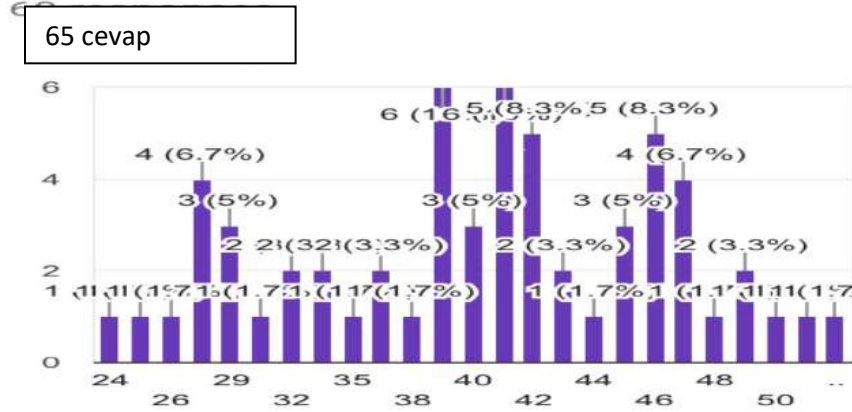
65 cevap



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.

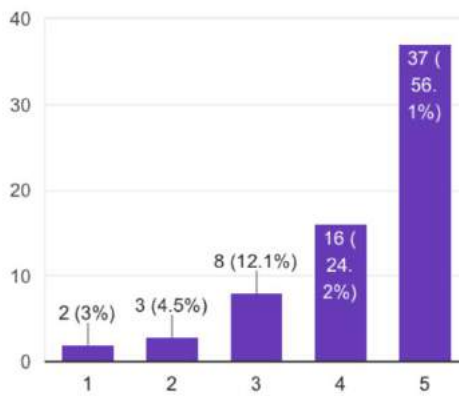
Hastalığa bağlı gelişebilecek komplikasyon ve yandaş sorunlardan endişe edildiğini gözlemleyen sağlık personellerinin 21'i 3 puan verirken 16 kişi 4 puan ve yine 16 kişi 5 puan vererek cevaplandırmıştır. 1 ve 2 puan veren personel sayısı ise 12 olmuştur.

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

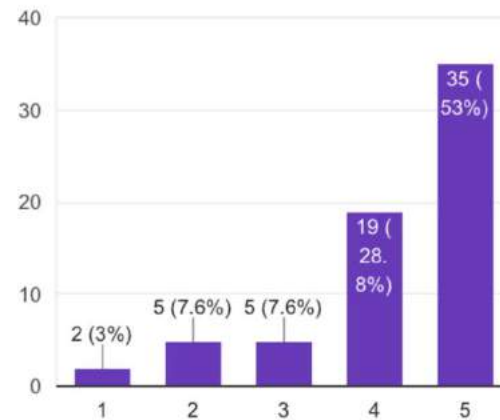
65 cevap



Tablo-3

### Bakım veren tek bir kişinin olması

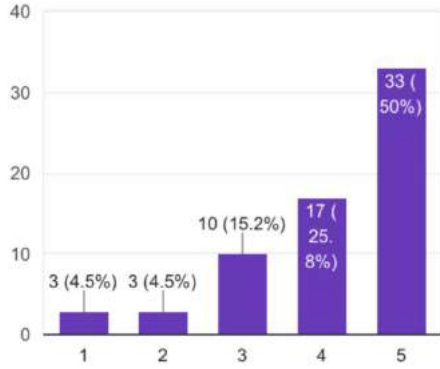
65 cevap



Tablo-4

### İhtiyaç olduğunda hasta transferi ile ilgili kaygıları

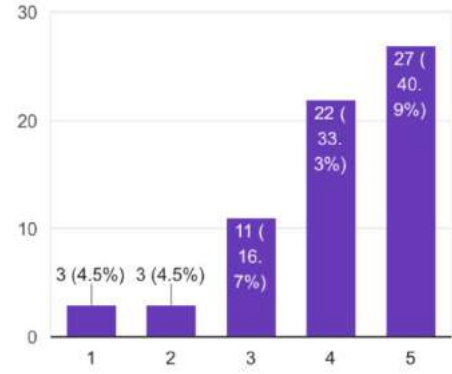
65 cevap



**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 örneği**

**Ayşegül Çopur Çiçek<sup>1</sup>, Cüneyt Ardıç<sup>2</sup>, Özlem Bilir<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

<sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Rize

<sup>3</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Rize

**Giriş:** Evde sağlık hizmetleri, çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya 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 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 ulaşılabirliği 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 üniversiteler mezun edecekleri hekimin bilgi gereksiniminin yanında gerekli becerilerin de fakülte eğitimi sırasında kazanılması için müfredatlarına simülasyona dayalı uygulamaları yerleştirmektedirler. Simülasyonun gerçeklik düzeyi, öğrencilerin teorik ve laboratuvarında öğrendiklerini klinik ortama aktarabilmelerini etkileyen, öğrencilerin yaşadıkları gerçeklik şokunu 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 çeşitlilik düşünülerek 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.



**Simülator/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 simülörlerin (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 buldukları 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 simülörler 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 tamamlanincaya 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 ATKAN<sup>1</sup>, Birgül Özkan<sup>2</sup>**

**<sup>1,2</sup> 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; Göktaş 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 duyu 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 sanrılı 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 akrabalarıdır (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., Küçükgüçlü, 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., Sancarolo, 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 Yıldız<sup>1</sup>, Mehmet Kenan Kanburoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

<sup>2</sup> 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 palsi, 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. Laboratuvarında, CBC; Hb: 11,9 mg/dl, Htc: %34,6, WBC: 11,5 x10<sup>3</sup>/uL, Plt: 281.000 x10<sup>3</sup>/uL Resusitasyon sonrası Kan Gazı: pH:6,9 pCO<sub>2</sub>: 25 pO<sub>2</sub>: 70 HCO<sub>3</sub>: 8 BE: - 18 idi. Akciğer grafisinde sağ alt lobda aspirasyon pnömonisi ile uyumlu olabilecek infiltrasyon vardı. Hastaya pnömoni, apne tanıları ile kafein, sefotaksim, ampisilin 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 paylaşarak 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 Yıldız<sup>1</sup>, Mehmet Kenan Kanburoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Recep Tayyip Erdogan University, Medical School, Department of Pediatrics, Rize, Turkey

<sup>2</sup> 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-yearold 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 pCO<sub>2</sub>: 25 pO<sub>2</sub>: 70 HCO<sub>3</sub>: 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 tasarımında 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 Bolşık 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 TEPE<sup>1</sup>, Gökhan Demiral<sup>2</sup>, Hanife Ayfer Bayraktar<sup>3</sup>, Nazan Alev<sup>3</sup>,

Ayşegül Çopur Çiçek<sup>4</sup>,

<sup>1</sup>Rize İl Sağlık Müdürü, Rize

<sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize

<sup>3</sup>Rize 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 yürütölmektedir. 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’nce yürürlüğe konulmuştur. Aynı yönergede belirtildiği gibi; Evde Sağlık Hizmeti kapsamında ilk aşamada yatağa bağımlı hastalara hizmet verilmesi, yandal hastanelerinde ise, alanlarının gerektirdiği (KOAİ, spastik çocuklar, palyatif onkolojik bakım, kas sistemi hastalıkları ve diğerleri) hizmetlerin götürölmesi 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 arzetmektedir. 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. KOAİ 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.



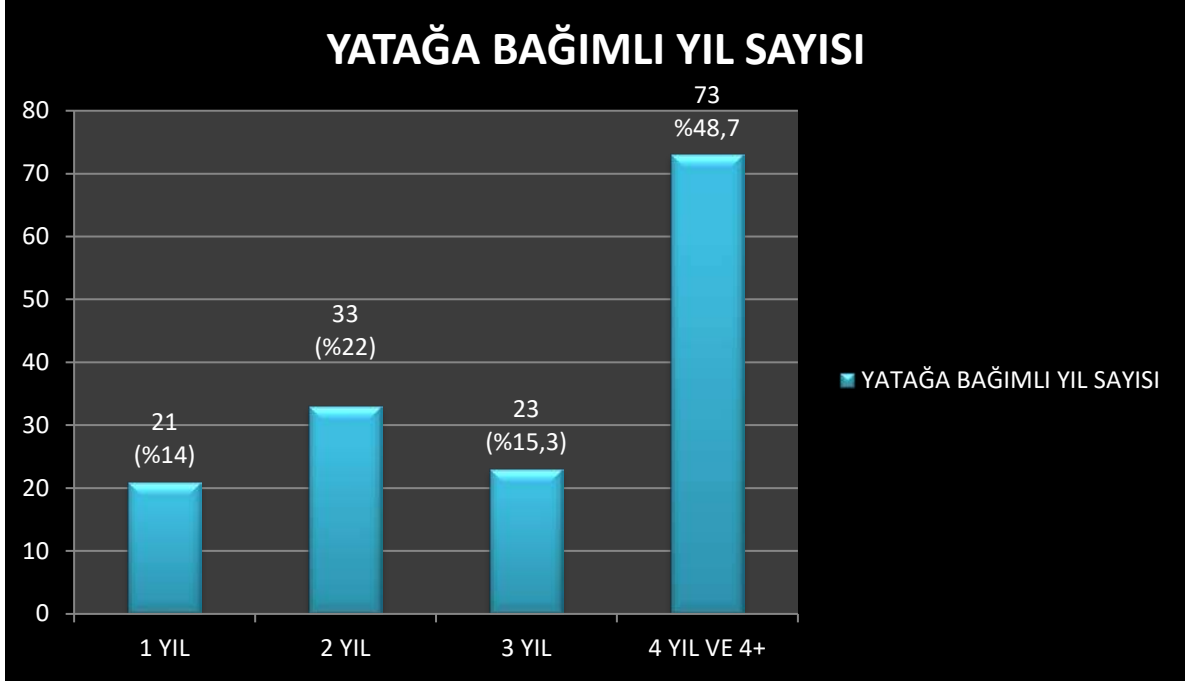
- Beslenme sorunu olan yada nazogastrik sonda ile beslenen hastalarda hastanın baş ve sırt bölgesinin ayarlanabilir yükseklikte olmasını sağlayarak rahat beslenmesini sağlar.
- Ergonomik açıdan hasta yakınının yaşadığı zorlukları ortadan kaldırır.
- Bakım veren kişiye güvenli pozisyon vermede kolaylık 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 yararlanması 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

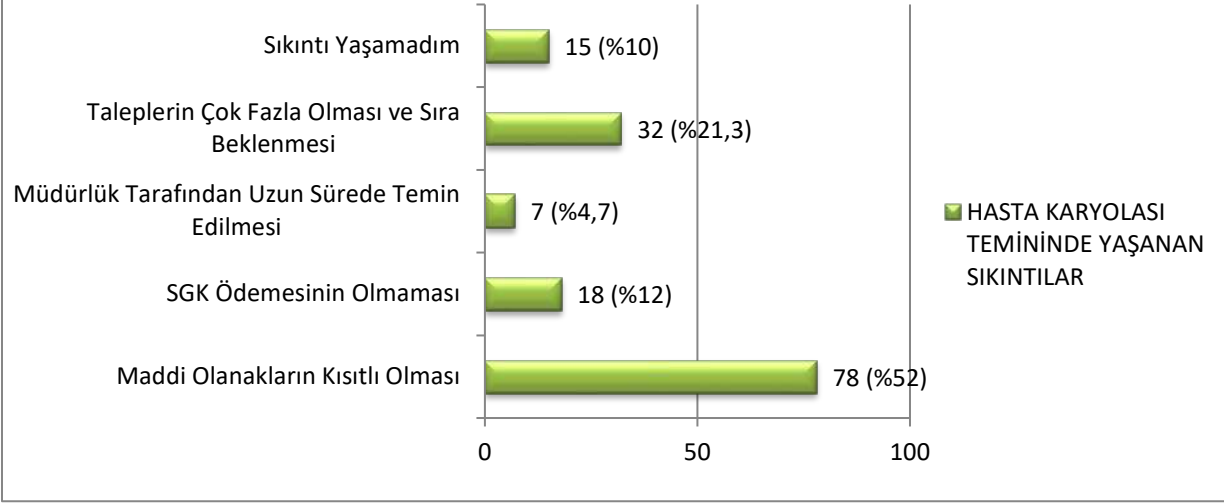
## KARYOLA KULLANIMININ BAKIM VEREN KİŞİYE SAĞLADIĞI KOLAYLIKLAR



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

## HASTA KARYOLASI TEMİNİNDE YAŞANAN SIKINTILAR



**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 Yıldız<sup>1</sup>, Ayşegül Çopur Çiçek<sup>2</sup>, Cüneyt Ardıç<sup>3</sup>, Mehmet Kenan Kanburoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize

<sup>2</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Rize

<sup>3</sup>Recep 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	$\pm 20,97$	
<b>Toplam</b>	<b>286</b>	<b>67,55</b>	<b>20,90</b>	

Tablo 2. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre ABÖS Skoru

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

Tablo 3. Katılımcıların Gelir Dağılımına Göre ABÖS Skoru



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

Tablo 4. Katılımcıların Medeni Haline Göre ABÖS Skoru

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

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

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

**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 metrekarelik 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. Sağlıkın 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](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 eğitilmiş yaşlı-dostu iş gücü gerektirir. Yaşlı vatandaşların ihtiyaçları tüm dünyada benzerdir. Ülkeler, başka ülkelerde de çalışılabilecek ve uygulanabilecek farklı yaklaşım ve eylemlere 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.<sup>1</sup>

**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

---

<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

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.<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup>

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

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

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

<sup>4</sup> <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 14ü 65 yaşındadır. Hollanda, uzun süreli bakımda (örneğin bakım planları, özerklik, mahremiyet) bakım alan deneyimlerini izlemesinde, İngiltere ile birlikte birkaç OECD ülkesinden biridir.<sup>5</sup>

**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.<sup>6</sup>

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%).

---

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

<sup>6</sup> 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 everywhere<sup>7</sup>

**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.helpage.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

---

<sup>7</sup> 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 GÜNDÜZ<sup>1</sup>, Esmâ GÜLTÜRK<sup>2</sup>, Suna EROĞLU AYGÜL<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Antalya / Türkiye,

<sup>2</sup> Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Antalya / Türkiye,

<sup>3</sup> 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 oluşu AAP (American Academy of Pediatrics) ve ACOG (American Congress of Obstetrician and Gynecologists) komiteleri tarafından belirlenen kriterlere göre değerlendirilir (AAP/ACOG, 1997; [http://www.rcp.gov.bc.ca/List-of\\_guidlines.html](http://www.rcp.gov.bc.ca/List-of_guidlines.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](http://www.rcp.gov.bc.ca/List-of_guidlines.html)

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

Uzm. Hem. Ayşegöl Tekin, Tölay Aytekin Aktaş , Dr. Figen Yılmaz, Dr. Gölüşah Molla, Dr. Muzaffer Saraç  
İstanbul Bölükşehir Belediyesi, Sağlık Daire Başkanlığı, İstanbul

#### **Giriş:**

Sölbjektif 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 mekân gibi çevre koşulları, engellilik gibi özellikleri yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (1,2).

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

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

**Yöntem:**şubat-Mart 2018 tarihleri arasında yürütölmüştür. İstanbul Bölükşehir Belediyesi’nden Evde Sağlık Hizmetleri alan hastalar çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Örnekleme, 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	<b>37</b>	<b>70</b>	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	<b>31</b>	<b>59</b>	16	30	53
Beni vazife icabı çok sıradan bir şekilde bakım yapıyor.	9	17	31	<b>59</b>	2	4	8	15	3	6	53
Son derece dostça ve nazik davrandı.	-	-	3	6	-	-	30	<b>57</b>	<b>20</b>	<b>38</b>	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	<b>32</b>	<b>60</b>	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	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 artırılması 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 Duzcu<sup>1</sup> Yasemin Özel<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Kastamonu 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 ulaşım 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) İtranet 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 İtranet 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 Duzcu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kastamonu 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 Ő, akır Z, Kandıő H, Türkyılmaz Ő.E. Tıp doktorlarının temel yaşam desteği konusundaki bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk J. Emerg Med*. 2007; 7(1): 18-24

Bölükbaőı 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](http://www.cdc.gov/nccd.php/aag/pdf/aag_cuh2004.pdf)). Erişim Tarihi: 20.10.2016

Dinçer , 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, Dalkılın 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 Avşar<sup>1</sup>, Derya Karakaya<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Ankara 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 prevalansına ilişkin veriler olmamakla birlikte Ayello ve Braden'in (2001) 2001'de yaptığı çalışmaya göre, basınç yaralanmasının Amerika'da prevalans 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 prevalansının %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 prevalansını 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 prevalansını ve ilişkili risk faktörlerini incelemek amacıyla yaptıkları kesitsel çalışmada basınç yaralanması prevalansı %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 kullanılabilir 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 kirlere 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 pozisyonda 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. Beekman, 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 Velioglu<sup>1</sup>, Ahmet Yüksel<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> 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 fraktürü 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 fraktürü ise kafatası kırığı, intrakranial kanama, hemotoraks, pnömotoraks, batın içi organ yaralanması, vb başkaca major yaralanma olmaksızın travma sonrası meydana gelen sternum fraktürü 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 merkezinin deneyimleri ve imkanları doğrultusunda gerçekleştirilip merkezden merkeze çeşitlilikler göstermektedir.

**Amaç:** Bu çalışmada izole travmatik sternum fraktürü 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  $42.4 \pm 13.7$  yıl ve yaş aralığı 17-83 idi. Hastalardaki travmanın oluş şekli ve sternum fraktürüne neden olan etiyojik faktörler irdelendiğinde; en sık gözlenen sebebin 44 olgu (% 50.6) ile araç içi trafik kazası olduğu tespit edildi. Bunu 30 olgu (% 34.5) ile yüksekten 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  $3.1 \pm 0.8$  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  $3.1\pm 0.8$  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 Uysal<sup>1</sup>, Erdal Ceylan<sup>2</sup>, Ayşegül Koç<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> 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  $20.6 \pm 2.13$ , %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 KAÇAR<sup>1</sup>, Ömer Faruk DEMİREL<sup>2</sup>, Tuba ÇÖMEZ<sup>3</sup>, Leyla KÜÇÜK<sup>4</sup>

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

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

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

<sup>4</sup> 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 geçirmedim. 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 rahatlattı. 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.

Lieberman R.P (2008) Yetiyitiminden 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 Işıkhani<sup>1</sup>, İhsan Esen<sup>2</sup>**

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 (Gürbüz, 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 ülkelere 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 verenlere ait elde edilen önemli sonuçlar aşağıda sunulmuştur:**

- Kadın bakım verenlerin yaş ortalaması 37, en düşük yaşın 21 ve en yüksek yaşın 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)'nin 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)'nin 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 durumunun, 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 tsleep 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 Yükü 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 Tarzları, 2. *Ulusal ve 1.Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı*.
- İnci, F. H. (2006). Bakım Verme Yükü 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 Yükü 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 Taş<sup>1</sup>, Neşet Bedir<sup>2</sup>, Kevser Yurdakul<sup>3</sup>, Hacı Mehmet Alağaç<sup>4</sup>, Tamer Eren<sup>5</sup>

, Suna Çetin<sup>6</sup>

<sup>1,2,3,4,5,6</sup>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. Problemden birden fazla aracın kullanılması durumunda da tek depolu çok araçlı rotalama problemi olarak tanımlanmaktadır. Araç rotalama probleminde ele alınan değişkenlerin tamsayı olduğu için tamsayı programlama modeli olarak modellenmektedir. Tamsayı programlama, değişkenlerden bazılarının ya da tümünün tamsayı değerler aldığı bir programlama problemidir. Matematiksel programlama modellerinde kısıtlara bağlı olarak amaç fonksiyonunu en iyileyen çözümler aranır. Tamsayı programlamanın matematiksel modeli, doğrusal programlama modeline, değişkenlerin tamsayı olma kısıtının eklendiği model olarak tanımlanabilir. Tamsayı 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 tamsayı programlama olarak isimlendirilir. Eğer değişkenlerin bazıları tamsayı, bazıları kesirli ise söz konusu sorun karma tamsayı 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 tarafından 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.

MısıR, 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.

MısıR, 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 Gündoğdu<sup>1</sup>, Fatma Arıkan<sup>1</sup>, Mehtap Pekesen<sup>2</sup>, Yasemin Yıldırım<sup>3</sup>, Fisun Şenuzun Akyar<sup>3</sup>

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 Şubat2015- 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 yüzdeler 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  $6.10 \pm 5.28$  olup, %50.4'ü 5 yıldan daha az sürede hemodiyaliz hastasıdır. Hemodiyaliz hastalarının BDI puan ortalaması  $12.18 \pm 16.41$  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  $63.91 \pm 14.2$  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  $12.18 \pm 6.41$ . 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  $63.91 \pm 14.2$  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 Akdeniz<sup>1</sup>, Nilüfer Bozkurt<sup>2</sup>, Özlem Kaştan<sup>1</sup>, Mehtap Pekesen<sup>1</sup>, Türkan Şanlı<sup>2</sup>

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 antiinflamatuvar 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 volümlerle 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. Düzelen 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 tanılarını 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 Yaylagül<sup>1</sup>- Levent Yaylagül<sup>2</sup> - Ahmet Melik Baş<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Bölümü

<sup>2</sup> Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Radyo Televizyon ve Sinema Bölümü

<sup>3</sup> 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, kırılğan 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. Kıral, (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 alışveriş, 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](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 Yıldız<sup>1</sup>, Bircan Pilatin<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Diyarbakır 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 (aritmisi, 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 DEMİRKOL<sup>1</sup>, M.Mustafa GÜRDAL<sup>2</sup> Ferhan YILMAZ<sup>3</sup>, Emel TEKİNALP<sup>4</sup>,  
Yasemin ÇİMEN<sup>5</sup>,

<sup>1</sup>Bolu İl Sağlık Müdürlüğü, Bolu/Türkiye

<sup>2,3,4,5</sup>Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Bolu/Türkiye

Evde sağlık hizmetlerinde ihtiyacı olan bireylere verilecek tıbbi hizmetlerin aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireyelerine 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

## 46-İlçe Devlet Hastanesi evde bakım birimince vakumlu pansuman sistemleri kullanılarak ev koşullarında yapılan zorlu yara yönetimi deneyimi

**Onur Olgaç Karagülle**

Diyarbakır Ergani Devlet Hastanesi

**Giriş:** Evde bakım hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır (1).

Bası yaraları, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde basıya bağlı dolaşım bozukluğu sonucunda oluşan iskemi, hücre ölümü ve doku nekrozu olarak tanımlanabilir. Bası yaraları, yaşlılarda ve yatağa bağımlı kişilerde önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmasının yanı sıra, ekonomik olarak da ciddi kayıplara neden olmaktadır. Yatak yarası, dekübitus ülseri, dekübit, basınç yarası ve basınç ülseri gibi isimlerle de anılır. Bası yaralarının %70'i 65 yaşın üstündeki kişilerde görülmekle birlikte, uzun süre hareketsiz kalmayı gerektiren, nörolojik veya vasküler vb hastalıkları olanlar da etkilenmektedir. Bası yaralarının en sık görüldüğü vücut bölgeleri sakrum, topuk, iskiyal bölge, büyük trokanter ve lateral malleollerdir (2)

**Amaç:** Evde sağlık birimi hastalarında sıkça kronikleşmiş kapanmayan yaralar mevcut olup, standart yara pansuman ve debritleme yöntemleri yetersiz kalmaktadır. Bunun sonucunda hastaların yaşam konforu ciddi şekilde azalmaktadır. Vakum yardımcı yara kapama sistemlerinin yaşam konforunu artırdığı, yaraların daha hızlı iyileştirdiği klinik olarak kanıtlanmış olup, hastane yatışı olmadan mobilizasyon zorluğu çeken evde bakım hastalarında da ev ortamında uygulanabilir. Bu çalışmada Diyarbakır Ergani ilçesi evde sağlık birimi kapsamında ev koşullarında gerçekleştirilmiş olan zorlu yara yönetiminde kullanılan vakum yardımcı yara kapama sistemi deneyimini sunmayı amaçladım.

**Yöntem:** 2017 temmuz ayından 2018 şubat ayına kadar toplamda 32 hastada zorlu yara yönetimi gerçekleştirildi. Bu hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların 10'un da evde vakum yardımcı yara kapama sistemleri uygulandı. Bunlardan 6 hasta dekübit ülseri, 2 hasta diyabetik ayak ülseri, 1 hasta ateroskleroz nedeniyle diz altı ampütasyon güdük nekrozu ve de morbid obez ve diyabetik olup sırt bölgesi apse nedeniyle drenaj yapılmış 1 hastaydı. Geriye kalan 22 hastanın 17'sinde daha yüzeysel olmak üzere bası yaraları mevcuttu. Bu hastalardaki yaralar subakut yaralar olup, yönetimi topikal kremler, uygun mobilizasyon, köpüklü ve gümüşlü yara örtüleri ve de basit debritlemeyle yönetildi. Hasta ve yakınlarından

VAC uygulaması ilgili sözel geri bildirimler şikayetler ortaya koyuldu. Uygulama sonrası granülasyon doku oluşumu ve yara boyutları takip edilerek değerlendirildi.

**Bulgular:** Dekübit yarası olan hastaların lezyonları bir yıldan fazla süredir kronikleşmiş ve kapanma bulgusu göstermeyen yaralardı. Hastaların hepsi medikasyon için benzer tedavileri kullanmaktaydı. Diyabetik ayak ülseri nedeniyle 56 yaşındaki kadın hastanın ayak parmakları kemik nekroz nedeniyle alınmış olup 8 aydır kronik akıntılı yara olarak seyretmekteydi. Diğer diyabetik ayak ülseri nedeniyle takip ettiğimiz 60 yaşındaki erkek hastanın ayak üst bölgesindeki yara için hiperbarik oksijen tedavisinden kısmi yanıt alınmasına rağmen akıntılı şekilde seyretmekteydi.



Resim 1: Diyabetik ayak ülseri

Diyabetik ayak ülseri nedeniyle vakum yardımcı yara kapama sistemleri kullandığımız her iki hastada 8 uygulama sonunda granülasyon ile yaranın tam dolduğu gözlemlendi. Bu hastalardan biri greftleme için plastik cerrahiye yönlendirilirdi. Diğer hastada ise epitelizezasyon topikal kremler ile kısmi epitelizezasyon sağlandı. (Resim1)

Ateroskleroz nedeniyle sağ diz altı amputasyon sonrası postoperatif eve yollanmış 93 yaşındaki erkek hastanın 7. gününde amputasyon güdük hattında akıntı nekroz meydana gelmiş olup, ortopedi konsültasyonları sonucu rezeksiyonun diz üstü seviyeye çıkması önerilmesine rağmen bu tedaviyi kabul etmeyen hastanın amputasyon güdük hattına ev ortamında 8 sefer debritleme ve nekrozektomi uygulandı. Doku beslenmesi uygun seviyelere ulaşılmasıyla ev şartlarında 8X4 cm boyutlarındaki yaraya vakum yardımcı yara kapama sistemleri ile 12 uygulama yapılarak tam granülasyon oluşumu sağlandı. Topikal krem uygulaması ile beraber tam epitelizezasyon sağlanarak bacak diz üstü rezeksiyonundan kurtarıldı. (Resim2)



Resim 2: Amputasyon güdük nekrozu

Morbid obez olup insülin kullanan 44 yaşındaki bayan hastanın sırt bölgesindeki apse nedeni trokalkemik doku seviyesine kadar uzana 4X4cm boyutlarına yaraya 4 debritleme pansuman sonrası aralıklı 8 sefer vakum yardımcı yara kapama sistemleri uygulanarak granülasyon sağlandı.

Yatağa bağımlı dekübit ülser nedeniyle vakum yardımcı yara kapama sistemleri uyguladığımız hastalardan hasta uyumsuzluğu nedeniyle uygulama yarıda kalan biri hasta dışında tam yanıt elde edildi. Bu hasta da kaşıntı ve rahatsızlık hissi sebebi öne sürerek 2 kez pansumanı aile bireyleri tarafından sökülmesi ve hasta isteksizliği nedeniyle işleme devam edilmedi.



Resim 3: Dekübit ülseri, granülasyon dokusu oluşumu

Diğer dekübit ülseri olan hastaların yaraları sakral bölgede olup yara boyutları yaklaşık büyükten küçüğe 7X5 cm, 5X5 cm, 5X4 cm, 3X2cm olup, yara derinlikleri sakral kemiğe kadar ulaşmaktaydı. Bir hastada her iki iskiümde ve sakrumda 8X8 cm ulaşan toplamda 3 dekübit ülserleri olup yakın iki ülsere aynı anda vakum yardımcı yara kapama sistemini köprüleyerek uygulama yapıldı. (Resim3)

Genel olarak tüm hastalar için yatakta mobilizasyon standartları hakkında aile bireylerine bilgilendirmeler yapıldı. Uygun endikasyonu olan hastalara havalı yatak temini için yardımcı olundu. Beslenme zorluğu yaşayan hastalara oral olarak protein ve arjinin açısından zengin ürünler kronik böbrek rahatsızlıkları gözetilerek uygulandı. Tam oral tolerasyon bozukluğu olan hastalara nazogastirik uygulama ile yada perkutan gastroenterostomi (bir hasta) açılarak beslenme ve medikal tedavileri alımı sağlandı.

Hasta ve hasta yakınlarının uygulamalar sırasında en sık şikayet olarak 10 hastanın 6'sında koku şikayeti oldu. 5 hasta yara yerinde kaşıntıdan şikayet ederken, 4 hasta duş alma zorluğu nedeniyle şikayeti oldu. Bir hasta dışında tüm hasta ve hasta yakınlarında alınan sözlü geri bildirim göre memnuniyet mevcuttu. Gene biri hariç tüm hastalarda 3. uygulama sonrası hastanın yıkanma konforu, vakumlu sistemin elektrik bağlantı devrelerinin ve de ana ünitesinin taşınması ve muhafazası konusunda tam uyum sağlandı. Toplamda 66 uygulama

sonunda ev ortamında uygunsuz mobilizasyon sonucu bir hastada iki kez olmak üzere 8 kez vakum yardımcı yara kapama sistemi inaktif hale gelmesi üzerine tekrar uygulandı. Vakum yardımcı yara kapama sistemlerin ortalama 3. gün değişimi yapıldı. Bazı hastalar da yara granülasyon duruma göre 1 ile 5 gün aralık verilerek granülasyon dokusu gözlemlendi.

**Sonuç:** Kronikleşmiş yaralarda kullanılan antibiyoterapi ve pansumanlar rutin olup, mobilizasyon zorluğu, diyabet ve ateroskleroz gibi ek hastalıklar nedeni tedavilerde başarı oranı azdır. Bunun yanı sıra beslenme ve de özellikle protein alımı yetersiz hastalarda yara yönetimi daha da zorlu hale gelmektedir. Bu zorluk aylar ve yıllarca sürmekte, hasta ve aile fertlerinin kapanmayan yaralar karşısında dirençleri kırılarak kabullenme yoluna gittikleri görülmüştür.

Bunun sonucunda hastada hayata karşı isteksizlik ile depresyon arasında skalada değişen duyu durum değişiklikleri oluşmakta ve bu ailenin diğer bireylerine de yansiyarak sosyal bir sorun haline gelmektedir. Hasta ve yakınlarından alınan sözel geri bildirim ışığında yara yönetiminde alınan mesafenin, hastanın hayata karşı duruşunu yükselttiği, aile fertlerinin moralini artırarak evde bakım hastanın diğer ek hastalıkları içinde tıbbi tedavilerin düzgün kullanımını sağlaması konusu umut kaynağı olacağı düşünülmektedir. Bu konuda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması mevcut olan psikolojik testler ile yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kronik yaralarda greftleme öncesi hipertrofik bir granülasyon dokusunun elde edilmesi gerekmektedir. Vakum yardımcı yara kapama sistemi tedavisi uygulanması bu konuda etkili ve başarılıdır. Vakum yardımcı yara kapama sistemi diyabetik ayak enfeksiyonlarında tedavisinin etkin bir yöntem olduğu gösterilmiştir. Dekübit ülseri ve staz ülserleri, nekrozitan fasiit, sternal yaralar, travmatik doku defektleri, kemik ve protezin ekspoze olduğu ekstremiteler yaraları ve postoperatif yaraların greftle onarım öncesi granülasyon doku artışını sağlaması veya defektin kontraksiyonunu sağlamasında vakum yardımcı yara kapama sistemi kullanılabilir. (3)

Negatif basınç uygulama yara yüzeyinde fizyolojik ve kimyasal değişikliklere sebep olur. Lokal kan akımında artış en önemli etkisidir. Morykwas ve arkadaşları domuz modelinde aralıklı (5 dk. çalıştırılıp 2 dk. durdurulma) negatif basınç uygulamasının granülasyon dokusunda artışında kontrol grubuna göre anlamlı artış izlenmiş. (4)

Vakum yardımcı yara kapama sistemi evde sağlık birimi doktorlarınca ev ortamına uygulanabilir etkili bir tedavi yöntemi olup, hastanın ev konforundan ayrılmadan stres faktörlerinden uzak bir tedavi yöntemidir. Çalışmalar da gerek terminal dönem kanser

hastalarının gerekse hasta yaşlıların büyük kısmının kendi ev ortamlarında kalmayı ve sağlık hizmetlerini evlerinde almayı tercih ettiklerini göstermiştir(5). Çalışmada bir hasta dışında diğer hastaların ev ortamında vakumlu yardımcı kapama sistemi ile tedaviye uyum sağladığı gözlemlenmiştir.

Bu çalışmada sadece yara yönetimi değil, bu vakumlu pansuman kapama sistemleri ile hasta ve aile fertlerinin imtihanı ve de bu etkilerin sosyal yansımalarını ilçe devlet hastanesi evde bakım birimi deneyimi olarak paylaşmak istedim.

### **Challenging wound management experience at home care using VACS in state hospital Abstract**

**Purpose:** The patients of home health unit have frequently chronic festering sore, hence standard wound dressing and debridement methods become insufficient. Therefore, the patient comfort is reduced seriously. Vacuum-assisted closure systems for wounds (VACS) have been clinically confirmed to improve life comfort, to cause more rapid healing of wounds, and are able to be applied on home care patients suffering for mobilization without hospitalization. This study aimed to emphasize VACS is an applicable choice at home care and valuable for challenging wound management

**Methods:** Challenging wound method was performed in 32 patients applied to home health care unit in Ergani, Diyarbakir in between July 2017- February 2018. Of these patients, VACS was applied on 10 patients. Of these VACS applied patients, 6 patients had decubitus ulcer, 2 had diabetic foot ulcer, 1 had atherosclerosis-dependent necrotic amputation stump on leg and 1 had morbid obesity with diabetes, as well as a drained apse on the back.

**Results:** The most frequent problem of the patients and their relatives during application was smell complaint in 6 of 10 patients. 5 patients suffered from itching in wound area, 4 patients complained about difficulty in showering. Except 1 patient, all patients and their relatives were satisfied. In addition, all patients adapted well in bath duration after 3rd application, carrying and maintenance of electrical circuit and main unit of the vacuum system, except 1 patient. At the end of 66 applications, VACS was re-applied totally for 8 times, as two times in one patient, due to inactivation as a result of inappropriate mobilization at home.

**Conclusion:** Antibiotherapy and wound dressing are routinely applied on chronic wounds, however, their rate of success is lower in therapies due to mobilization difficulty, and diseases such as diabetes and atherosclerosis. VACS is an effective treatment method which can be applied at home by physicians of home health care unit, allowing a non-stressed environment for patients without leaving their home comfort.



**Keywords:** Home health care, challenging wound management, vacuum-assisted wound closure

### **Kaynaklar**

1. Mesut YILMAZ, FettahSAMETOĞLU, GüldenAKMEŞE, AslıhanTAK, Belma YAĞBASAN, Serkan GÖKÇAY, MustafaSAĞLAM, DeryaDOĞANYILMAZ, SimgeERDEM, Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, İstanbul Tıp Dergi - İstanbul Med J 2010;11(3):125-132
2. Devrim DÜNDAR, Sema KEÇELİ ÖZCAN, Erkan ATMACA, Evde Bakım Hizmeti Verilen Hastaların Bası Yaralarındaki Yüzeysel Kolonizasyonun Mikrobiyolojik İncelenmesi, Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal 13: 27-32/ Ocak 2012
3. Cemal Fırat, Ahmet Hamdi Aytekin, Serkan Erbatur, Diyabetik Ayak Sağaltımında Vakum Destekli Kapama (VAC) Metodu ve Debridmanın Birlikte Etkinliği, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19(3):132-7
4. Ahmet DEMİR, Mehmet ÇİFTÇİ, Ahmet KARACALAR, Topikal Negatif Basınç Uygulama Alanları ve Etki Mekanizmaları, O.M.Ü. Tıp Dergisi Cilt: 23 No. 4
5. Yasemin Çayır, Ümmü Zeynep Avşar, Ümit Avşar, Zeliha Cansever, AbdulSatarKhan, Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri, Konuralp Tıp Dergisi 2013;5(3):9-12

## 47-Yaşlıların Sağlık, Sosyal ve Duygu Durumunda Gaziemir Örneği

Hasan Anık<sup>1</sup>, Nuran Elçin<sup>2</sup>, Barış Mutluer<sup>3</sup>, Nuray Uzun<sup>1</sup>, Şirin Nil Kılıç<sup>1</sup>, Mesude Sertkaya<sup>1</sup>, Nazmiye Varol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziemir Belediyesi Evde Bakım Birimi. MAYDAY Ambulans Ltd.şti.

<sup>2</sup>Gaziemir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü

<sup>3</sup> MAYDAY Ambulans Ltd.şti.

**GİRİŞ:** Yaşlanmanın anlamı, yaşlılığa ilişkin değerler ve tutumları içeren yaşlılığın psikososyal boyutu son yıllarda yaşlı çalışmalarının önemli ilgili alanlarından biri olmuştur. Toplumun yaşlı bireye bakışı, ondan beklentileri ve bireyin kendi durumunu algılayışı önemlidir. Yaşlılıkla ilgili olumsuz tutuma sahip olan yaşlılarda yetersizlik duygusu, başkalarına yük olma korkusu, işe yaramama tedirginliği ve sonucunda psikolojik yaşlanma daha sık görülmektedir. Aynı zamanda fiziksel güç kaybıyla başlayan zorlanmalar, işlevsel kayıplar ve bedeninde değişen durumlara uyumda güçlükler yaşlı bireyin ruhsal çöküntü yaşamasına neden olmaktadır. Yaşlı bireylerin yaşlılığa yönelik tutumu sağlıklı yaşlanma için de önemli belirleyicilerden biri olarak kabul edilmektedir. Levy ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda, pozitif yaşlılık algısının öznel sağlığı ve sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediğini göstermişlerdir.

Yaşlılık tutumu karmaşık, psikolojik ve toplumsal bir sürecin ürünüdür. Yaşlılığa ve yaşlılara yönelik tutum, gerek toplumdaki daha genç erişkin bireylerde, gerekse yaşlıların kendilerinde değişik faktörlerden etkilenmektedir. Yaşlılık algısı, tutumu ve bunu etkileyen faktörlerin bilinmesi toplum yaşlı sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesinde ve yaşlı sağlığı hizmetlerinin sunulmasında da önem kazanmaktadır

Yaşlıların yaşlılık algısı zamanla değişebilmektedir ve çok boyutludur. Bu boyutlar; fiziksel, fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığı içermektedir. Yapılan çalışmalarda yaş arttıkça yaşlılığı anlama ve farkındalığın anlamlı olarak arttığı bulunmuştur. Çalışmamızda yaşın yaşlılığa bağlı tutumda etkili bir değişken olduğu, 65-69 yaş grubundaki yaşlıların yaşlılıkla ilgili tutumlarının diğer yaş gruplarına göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Çok değişkenli analiz sonucunda yaşın psikososyal kayıp üzerinde etkili olduğu bedensel değişim üzerinde beklenen etkisinin modelde kaybolduğu saptanmıştır. Yaşlılıkla ilgili tutum cinsiyetten de etkilenmektedir. Ülkemizde yürütülmüş olan çok merkezli "Yaşlıların Dünyası Araştırması"nda kadınların %80'inin yaşlılığı kabul ettiği ve yaşlılığı olumlu algıladıkları bulunmuştur. Bu oran erkeklerde çok daha düşük saptanmıştır.

**Amaç :** Gaziemir ilçesinde ikamet eden 65 yaş ve üzeri kişilerin sağlık,sosyal ve psikolojik bakımdan mevcut durumlarını ve bulguların birbiriyle ilişkisini ortaya çıkarmayı amaçladık.

**Gereç Ve Yöntem:**Gaziemir ilçesinde yaşayan 65 yaş üstü yaşlıların dahil edildiği çalışma için nüfusun %2'sine karşılık gelen 200 kişiden kabul eden ve onam veren 181 kişi katılmıştır.Bu kişilerin 69 'u erkek 112'si kadındır. Katılımcılar evlerinde ziyaret edilerek 25 soruluk bir form cevaplandırıldı. Verilen cevapların dağılımları ve cinsiyete göre karşılaştırmalı sonuçları tablo 1-3'de gösterilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan kadınlarda ortalama yaş 73.06 erkeklerde 75.31'dir. Çalışma verilerine göre şu noktalar dikkat çekicidir.

- 1- Evli olan erkeklerin oranı %78.26 iken kadınlarda bu oran anlamlı olarak daha düşük bulundu.(%49.10)
- 2- Eşi ölenlerin oranı erkeklerde %17.39 iken kadınlarda bu oran anlamlı olarak daha yüksek bulundu.(%45.50)
- 3- Eğitim durumları karşılaştırıldığında;erkeklerde çoğunlukla ilkokul mezunu(%37.68) kadınlarinsa çoğunlukla okur yazar olduğu (%40.17) saptandı.
- 4- Eşiyle yaşayan erkeklerin oranı %55.07 iken kadınlarda bu oran daha düşük bulundu.(%33.92) Yalnız yaşama oranları erkeklerde %8.69 iken kadınlarda bu oran daha yüksek bulundu.(%18.75)
- 5- Hastalandıklarında kimin baktığı değerlendirilince;erkeklerde eş(%53.62 )ve çocuklar(%57.97) çoğunlukta olup kadınlarda ise eşi(%17.85)anlamlı olarak düşük,çocuklar (%71.42) anlamlı olarak yüksek bulundu.
- 6- Boş zaman faaliyetleri değerlendirildiğinde erkeklerde yürüyüş(%36.28)kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu(%28.57) kadınlarda sohbet(%39.28'e karşı %23.18) ve ibadet(%34.82'ye karşı %21.73)anlamlı olarak daha yüksek bulundu.
- 7- Kronik hastalıkların mevcudiyeti değerlendirildiğinde ; erkeklerde kalp hastalığı(%37.25'e karşı %17.85), kadınlardaysa diyabet hastalığı (%39.28'e karşılık %19.60) ve Romatizmal Hastalıklar(%12.50'ye karşı %3.92)anlamlı olarak daha yüksek bulundu.
- 8- İlaç kullanmama oranı erkeklerde (%20.28) kadınlara oranla (% 11.60) daha yüksek bulundu.
- 9- Araştırmaya katılan erkeklerde kanser saptanmazken kadınlarda bu oran %5.35 ve kronik hastalığı olan grupta %6.66 saptandı.

10- Gelir getirici işte çalışma, aylık gelir, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumu, oturulan evin kime ait olduğu, sosyal ilişki değerlendirmesi, arkadaş mevcudiyeti ve ilişkileri, gençlerin ve toplumun tutumlarına bakış, engellilik durumu, kronik hastalık mevcudiyeti, sağlık hizmetlerinden memnuniyet, geçmiş ve geleceğe ait duygudurumu bakımından her iki cinste istatistiksel fark saptanmadı.

**TABLO 1**

	<b>KADIN (112)</b>		<b>ERKEK (69 )</b>
<b>ORT.YAŞ</b>	73,06		75,31
<b>MEDENİ DURUM (%)</b>	Evli	49,1	78,26
	Eşi ölmüş	45,5	17,39
	Boşanmış	5,35	2,89
	Yanıt yok	1,7	1,44
<b>Eğitim Durumu (%)</b>	Eğitimsiz	10,71	8,69
	Okuryazar	40,17	21,73
	İlkokul	25	37,68
	Ortaokul	7,14	7,24
	Lise	10,71	11,59
	Yüksekokul	5,35	13,04
	Yanıt yok	0,89	( - )
<b>Gelir Getirici İşte Çalışma</b>	Hayır	97,32	91,3
	Sürekli	0,89	5,79
	Düzensiz	0,89	1,44
	Yanıt Yok	0,89	1,44
<b>Aylık Gelir(₺)</b>	300'den az	4,46	1,44
	300-400	(-)	2,89
	400-500	3,57	2,89
	500 üzeri	89,28	84,05
	Yanıt yok	2,67	8,69
<b>Sosyal Güvenlik</b>	SSK	48,21	52,19
	Bağkur	9,82	11,59
	E.Sandığı	16,96	21,93
	Yeşil kart	7,14	7,24

<b>Kurumu</b>	Yaşlı Aylığı	2,67	1,44
	Hayır	1,78	
	Yanıt yok	13,39	5,79
<b>Oturulan Ev Kime Ait?</b>	Kendime	51,78	60,86
	Çocuklarıma	25,89	23,18
	Kiralık	18,75	13,04
	Yakınlarım	3,57	2,89
	Yanıt yok	(-)	(-)
<b>Kiminle Yaşıyor?</b>	Eşi	33,92	55,07
	Eşi ve Çocukları	14,28	20,28
	Çocuklar	23,21	10,14
	Yalnız	18,75	8,69
	Gelin ve Torun	7,14	5,79
	Yanıt yok	2,67	(-)

**TABLO2** **KADIN** **ERKEK**

<b>Yaşadığı Kişilerle İlişkileri nasıl?</b>	Çok iyi	40,17	37,68
	İyi	42,85	47,82
	Ne iyi Ne kötü	10,71	11,59
	Kötü	(-)	(-)
	Yanıt yok	6,25	2,89
<b>Hastalanınca kim bakar?</b>	Eşi	17,85	53,62
	Çocuklar	71,42	57,97
	Komşu	4,46	1,44
	Akraba	3,57	2,89
	Hiçkims e	1,78	2,89
Yanıt yok	(-)	(-)	
<b>Arkadaşlarınız Var mı?</b>	Hayır	13,39	15,94
	Evet	86,6	84,06
<b>Arkadaşlarınızla İlişkileriniz nasıl?</b>	İyi	76,28	77,58
	Normal	22,68	20,68
	Kötü	1,03	1,72
	Yanıt	(-)	(-)

	yok		
<b>Boş Zaman Faaliyetleri neler?</b>	Yürüyüş	28,57	36,23
	Elişi	24,1	( - )
	İbadet	34,82	21,73
	Bahçe	16,07	18,84
	Uyuma	17,85	20,28
	Çalışma	6,25	5,79
	Kitap Gazete	22,32	23,18
	Sohbet	39,28	23,18
	Hayvan	0,89	7,24
	Çay Ocağı	2,67	11,59
	Hiçbirşey	10,71	11,59
	Yanıt yok	7,78	4,34
	<b>Gençlerin Tutumundan Memnuniyet</b>	Evet	80,35
Hayır		16,07	13,04
Yanıt yok		3,57	2,89
<b>Gençlerin Olumsuz Tutumları</b>	Saygısız	55,55	44,44
	İlgisiz	50	22,22
	Tembel	27,77	22,22
	Örf -Görgüye Uymuyor	22,22	11,11
<b>Toplum Davranışından Memnuniyet</b>	Evet	82,14	79,71
	Hayır	14,28	15,94
	Yanıt yok	3,57	4,34
<b>Toplumdan Beklentiler</b>	İlgi,saygı ve sevgi	87,5	36,36
	İyiliksever toplum	6,25	36,36
	Çalışkan,güleryüzlü	6,25	27,27
<b>Engellilik Durumu</b>	Evet	26,78	30,43
	Hayır	68,75	65,21
	Yanıt yok	4,46	4,34

TABLO3

		KADIN(112)	ERKEK(69)
<b>Engel Tipleri</b>	Fiziksel	22,32	27,53
	Zihinsel	4,46	2,89
<b>Hastalanınca Başvuru Yerini Bilme</b>	Evet	90,17	89,85
	Hayır	8,92	10,14
	Yanıt yok	0,89	(-)
<b>Doktor Bilgilendirmesi Memnuniyeti</b>	Evet	92,85	95,65
	Hayır	6,25	4,34
	Yanıt yok	0,89	(-)
<b>Yatarak Tedavi Görme</b>	Evet	41,07	52,17
	Hayır	49,1	47,82
	Yanıt yok	9,82	(-)
<b>Tedavi Görme Sayısı</b>	1 kez	(26,78)65,21	27,53(52,77)
	2 kez	(7,14)17,39	14,49(27,77)
	2'den fazla	(7,14)17,39	10,14(19,44)
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>	Evet	80,35	73,91
	Hayır	19,64	26,08
	Yanıt yok	(-)	(-)
<b>Kronik Hastalıklar</b>	HT	(66,07)(82,22)	(60,78)44,92
	DM	(39,28)(48,88)	(19,60)14,49
	Kalp	(17,85)(22,22)	(37,25)27,53
	Astım	(14,28)(17,77)	(13,72)10,14
	Romatizmal	(12,50)(15,55)	(3,92)2,89
	Kanser	(5,35)(6,66)	(-)
<b>Sürekli İlaç Kullanım</b>	Evet	87,5	79,71
	Hayır	11,6	20,28
	Yanıt yok	0,89	(-)
<b>Sağlık Hizmeti Memnuniyeti</b>	Evet	93,75	95,65
	Hayır	4,46	4,34
	Yanıt yok	1,78	(-)
<b>Geçmiş Duygu Durumu</b>	Olumlu	48,21	50,92
	Olumsuz	16,07	18,84
	Ne Olumlu Ne	33,92	30,43

	Olumsuz		
	Yanıt yok	1,78	(-)
<b>Gelecek Duygu Durumu</b>	Olumlu	40,17	47,82
	Olumsuz	11,6	17,39
	Kararsız	46,42	34,78
	Yanıt yok	1,78	(-)

**Tartışma Ve Sonuç:** Bilim ve teknoloji alanındaki ilerlemelerin tıp bilimi ve sağlık hizmetlerine sunduğu imkanlar, tüm dünyada beklenen ortama insan ömrü süresinin artmasına neden olmuştur. Ortalama yaşam süresindeki bu artış, endüstri devriminin sosyal yaşamdaki etkileri sonucu toplumsal bir sorun haline gelmiştir.

Sanayileşme ile birlikte sosyal yapının hızla kentleşmeye başlaması, birey odaklı geleneksel yapının önemini yitirmesine yol açmıştır. Birey, yaşlanmaya başladıkça, üretim ve maddeye odaklı modern yapı içerisinde rol kaybına uğramıştır.

Geleneksel aile yapısı içerisinde vazgeçilmez otorite sembolü ve üstün bir statüye sahip olan yaşlı birey, kentleşmenin bir etkisi olarak, çekirdek aile yapısına geçişle birlikte bu konumunu kaybetmiş; ilerleyen yaşın getirdiği artan sağlık sorunları nedeniyle edilgen, bağımlı ve tüketici bir fert haline gelmiştir.

Gerçekleşen tüm bu gelişmeler, devlet ve özel sektörün yaşlı refahı alanında değişik hizmetler üretmesini zorunlu hale getirmiştir

Gaziemir örneğindeki çalışmamızda şu sonuçlara vardık:

- 1- Yaşla birlikte kronik hastalıklar ve buna bağlı mortalite ve morbidite artmaktadır. Buda yaşam tarzı ve koruyucu sağlık politikalarına daha çok önem vermeyi zorunlu kılmaktadır.
- 2- Yaşlılarımızın mevcut duygudurum ve gelecekte beklenenleri olumlu olarak yüksek bulundu. Sevindirici olan bu durum aile yapısının önemine ve korunmasına işaret etmektedir.
- 3- Çalışmamızda eşi ölen erkek oranı %17.39 iken kadınlarda %45.50 olup dikkat çekici bulunmuştur. Türkiye genelinde bu oranlara baktığımızda (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2017 ) erkeklerde %12.7 kadınlarda ise %50.4 olup paralellik göstermektedir. Bu bağlamda , yaşlılıkta cinsiyetin önemli bir faktör olduğunu düşünmekteyiz.



**Anahtar Kelimeler;** Yaşlılık, Sağlık, Tutum

## **The Example Of Gazıemır In The Health, Social And Mood Of The Elderly**

### **ABSTRACT**

Aging is a complex, psychological and social product. Attitudes towards aging and old age are influenced by younger adults in society and by different factors in the elderly themselves. Aging perception, attitudes and knowledge of the factors affecting this community is gaining importance in the provision of health services in the organization of older and elderly health services

We aimed to reveal the present situation of the health, social and psychological care of the people aged 65 years and over who reside in the city of Gazıemır and the relation of the findings.

A study was conducted in Gazıemır province where more than 65 elderly people were included. A total of 181 persons, 200 of whom received 2% of the population, were admitted. Participants were visited in their homes and a 25-question form was answered. The distributions of the answers and the comparative results according to sex are shown in tables.

In our study of Gazıemır, we had the following conclusions:

- 1- Chronic diseases and related mortality-morbidity increase with age. This necessitates greater emphasis on lifestyle and preventive health policies.
- 2- The present mood and future expectations of our old people were positively high. This gratifying situation indicates the importance and protection of family structure.
- 3- Men's sex is more difficult in life struggle. In our study, the proportion of men who died was 17.39% while the rate of women was 45.50%.

**KEYWORDS:** Senile , Health , Attitude

### **KAYNAKLAR:**

- 1- Ahmet Kısacık Sivas il Merkezinde ikamet eden 60yaş ve üzeri yaşlıların demografik,ekonomik,sosyal,sağlık ve duygusal durumları. sosyalhizmetuzmani.org
- 2- Beyhan Cengiz Özyurt ve ark. Yaşlıların yaşlılıkla ilgili tutumları; Manisa'da bir kentsel ve kırsal bölge örneği.Akademik Geriatri Dergisi 08/10/2012

## 48- Üçüncü Basamak Bir Çocuk Hastanesinin “Evde Sağlık Hizmetleri” Konusundaki Yedi Yıllık Deneyimi

Melahat Melek Oğuz<sup>1</sup>, Esmâ Altınel Açoğlu<sup>1</sup>, Saliha Şenel<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Pediatri Kliniği Ankara/Türkiye

**Giriş ve Amaç:** Kronik komplike hastalığı olan çocuklar; altta yatan kronik hastalığa bağlı ciddi fonksiyon kaybı olan çocuklar olarak tanımlanmaktadır. Komplike hastalığı olan çocukların sayısı günümüzde giderek artmakta ve bu durum hastanelerin orantısız kullanımına yol açmaktadır. Kanada’da yapılan bir çalışmada, çocuk hastalıkları için yapılan harcamaların yaklaşık 1/3’ünü komplike hastalığı olan çocukların sağlık giderlerinin oluşturduğu gösterilmiştir (1). Son yıllarda bu giderlerin azaltılmasına yönelik çalışmalar hız kazanmış ve bazı stratejilerle en büyük gider olan hastane kullanımının azaltılması olanaklı hale gelmiştir. Bu çocukların getirdiği maliyeti azaltmak, ailelere ve çocuklara daha konforlu sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla dünyanın birçok yerinde ‘evde sağlık hizmetleri’ gündeme gelmiştir (2). Evde sağlık hizmeti modeli; bakımın planlanması, bakımla ilgili koordinasyon yapılması ve aile odaklı yaklaşım bileşenlerinden oluşmaktadır. Türkiye’de 1980 yılı öncesi dönemde evde sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri odaklı ve devlet tarafından yürütülen bir sağlık hizmeti iken, 1980 yılı sonrası hastaların hastane sonrası tedavilerinin ve bakımının özel sağlık kuruluşları ve kişiler tarafından yürütülmesi olarak işlev görmüştür. Hastane sonrası kullanılan evde sağlık hizmetlerine Türkiye’de ilk defa 2005 yılında yayınlanan yönetmelik ile bir standardizasyon getirilmiş ve hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması olarak tarif edilmiştir (3). Ülkemizde önceleri özel sağlık kuruluşlarının verdiği bir hizmet iken 2010 yılından itibaren devlet tarafından da verilmeye başlanmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin, sağlık bakım kalitesinin arttırdığı ve sağlık maliyetlerini azalttığına dair çalışmalar vardır (4). Bu çalışmada, hastanemizde 2011 yılında başlayan evde bakım hizmetleri ile ilgili veriler ışığında evde sağlık hizmetinin hastaya, hasta ailesine ve hastaneye etkilerinin araştırılması ve değerlendirilmesi planlandı.

**Yöntem:** Mart 2011-2018 tarihleri arasında hastanemiz evde sağlık hizmetlerine kayıtlı 193 çocuk hastanında dosya kayıtları incelendi. Hastaların tanıları, demografik verileri, hasta ziyaret sayıları ve nedenleri, hastaneye başvuru sıklıkları ve nedenleri, başvurdukları bölümler ve hastaneye yatma durumları, evde verilen sağlık hizmetleri kaydedildi. Verilerin analizi SPSS

15 (“Statistical Package for Social Sciences”, SPSS Inc., Chicago, IL, United States) paket programında yapıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Histogram, P-P Grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, aritmetik ortalama,  $\pm$  standart sapma, ortanca (minimum, maksimum) olarak sunuldu.

**Bulgular:** Evde sağlık hizmetleri ekibi bir genel pediatrist ve 1 hemşireden oluşmaktadır. 2011-2017 yılları arasında toplam 193 kronik komplike hastalığı olan çocuk evde sağlık hizmetlerinden yararlandı. Yıllar içerisinde hasta sayısında belirgin artış görüldü. 2011 yılında 30 hasta sisteme dahil edilmiş iken hasta sayısı yıllara göre sırası ile 48, 58, 96, 120, 137, 145 olarak kaydedildi. Hastaların yaş ortalaması  $7.6 \pm 5.2$  yıl ve %52.8’i (n=102) erkek idi. Evde sağlık hizmetleri sistemine kayıtlı 3 hasta yabancı uyruklu idi. Biri Irak, diğer ikisi Suriye’li idi. Hastaların %64.7’si serebral palsi tanısı ile izlenmekte idi. Diğer tanımlar sıklık sırasına göre; nörometabolik hastalıklar (%13.9), spinal muskuler atrofi (%8.8), epidermolizis büllöza (%6.7), meningomyosel (%3.1) ve subakut sklerozan panensefalit (%1.5) idi. Hastaların %27.9’unda trakeostomi mevcut olup bunların %79’unda ev tipi mekanik ventilatör kullanılmakta idi. Hastaların %20.2’si gastrotomi aracılığıyla, %12.9’u ise nazogastrik tüp ile beslenmekte idi. 2017 yılı içerisinde takipli hastalardan ikisi exitus oldu. Bir hasta ise ortopedik ameliyat sonrası evde sağlık hizmetlerine pansuman için başvurmuştu ancak evde sağlık hizmetleri izlemine uygun olmadığı gerekçesi ile programdan çıkartıldı. 2017 yılında takipli 146 hastanın bir yıl içerisinde toplam ayaktan polikliniklere başvuru sayısı 547, acil servise başvuru sayısı 290, hastaneye yatış sayısı 79 bulundu. Hasta başı yıllık ortalama polikliniğe başvurma sayısı  $3.7 \pm 3.6$ , ortalama acil servise başvurma sayısı  $1.97 \pm 1.65$ , hastaneye yatma sayısı ise  $0.54 \pm 1.2$  olarak hesaplandı. Hasta başı yıllık ortalama evde sağlık ekibi tarafından yapılan ziyaret sayısı  $4.5 \pm 2.2$  (median:3) idi. Bir günde ziyaret yapılan hasta sayısı ortancası 4 idi. Her ziyarette hastalara genel pediatrist tarafından sistemik muayene, kilo ve boy ölçümü yapıldı. Akut hastalığı olanların tedavisi evde düzenlendi. Yatışı olan hastalara taburculuk sonrası kontrol ziyaretleri yapıldı. Gerekli durumda hastalardan kan, idrar örnekleri evden alınıp çalıştırıldı. Hastaların eksik ilaç ve sarf malzeme raporları evde sağlık hizmetleri ekibi tarafından çıkartıldı. En sık ziyaret yapılan hastalar ev tipi mekanik ventilatöre bağlı olan hastalardı. Evde sağlık hizmetleri tarafından en sık çözülemeyen sorun trakeotomi kanülü değişimi idi. En sık başvuru yapılan bölümler sırası ile pediatrik nöroloji, fizik tedavi, pediatrik kardiyoloji, kulak burun boğaz ve metabolizma bölümleri idi. Bu başvurulardan önce hastaların randevuları aynı tarihe alınıp, hastanede yapılması gereken işlemleri bölümlerle iletişime geçilerek koordine edildi. En sık hastaneye yatış nedenini ise %73 oranında akciğer enfeksiyonları oluşturmaktaydı.

**Sonuç:** Evde sağlık hizmetlerine talep giderek artmakta ve bu hizmet hastanelerin ve hastaların yükünü belirgin ölçüde azaltmaktadır. Sağlık hizmetlerine alternatif değil tamamlayıcı bir nitelik taşıyan evde bakım hizmetlerinin sosyal güvenlik kapsamına girmesi ile kullanımı yaygınlaşmıştır.

Pediatri yan dallarına bağımlı olan kronik komplike hastalığı olan çocukların hastaneye gitme zorunluluğu devam etmektedir. Evde sağlık ekibine bir fizyoterapistin dahil olması fayda sağlayabilir.

**Anahtar kelimeler:** çocuk, evde sağlık hizmetleri, komplike hastalık, hastane kullanımı

### **Seven-year experience of "Home Health Care" in a tertiary care children hospital's**

**Aim:** As medical technology and treatments continue to advance within the health care setting, the population of children with medical complexity will only continue to grow worldwide. As a result children with medical complexity (CMC) account for disproportionately high hospital use, and it is unknown if hospitalizations may be prevented. One Canadian study estimated that such cases make up a third of hospital admissions. In our country from 1980 onwards these children were directed towards receiving any necessary post-hospital care in private health care centres which would provide physiotherapy, rehabilitation, psychiatric support and care services thereby guaranteeing the patients and their families a certain amount of comfort and respite from the pressures of full-time care at home. The first time in Turkey, standardization of home health care was brought by regulations issued in 2005. It is unclear if and how the large number of hospitalizations may be prevented yet there are certain interventions aiming to reduce them. One of these is the home health care service which is a relatively new implementation in our country as it was only established in 2011.

We conducted this study to evaluate the status and results of home health care services and to develop key measures to reduce hospital utilization and link them with intervention strategies to identify any potential means of improvement.

**Methods:** In our study was included paediatric patients recorded in our hospital's Home Health Care Services Unit (HHSU) from 2011 to 2017. Demographic data like age, gender, diagnosis, number of doctor visits, the reasons for requested visits and number and causes of hospital admission were all collected retrospectively. Statistical analyses were performed using SPSS version 15 statistical software (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Descriptive statistics were expressed as numbers, percentages, arithmetic means ( $\pm$  Standard Deviations

(SD)) and medians (minimum and maximum). Normal distributions were determined via the Kolmogorov-Smirnov test, histograms, and P-P plots.

**Results:** A total of 193 patients were included in this study. The home health care team was composed of general paediatricians, paediatric nurse practitioner. There has been an increase in the number of patients in the last six years. 58.2% of patients were male. The mean age of the patients was  $7.6 \pm 5.2$ . In total 64.7% of patients had been diagnosed with cerebral palsy. Other frequent diseases were neurometabolic diseases (13.9%), spinal muscular atrophy (8.8%), epidermolysis bullosa (6.7%), meningomyelocele (3.1%) and subacute sclerosing panencephalitis (1.5%) respectively. Tracheostomy was present in 27.9% of patients and 76.2% of these patients were using mechanical home ventilation. All of the patients were in need of physical therapy and rehabilitation. The mean number of doctor visits per patient was  $4.5 \pm 2.2$  (median: 3) times per year. The most frequent reason for applying to hospital was to have their tracheostomy cannula changed and severe lung infection was the most frequent reason for hospitalization.

**Conclusion:** There is significant demand for the home health care service from both national and foreign patients and this system clearly eases the burden for both the patients and their families. However, this service is maintained by few health care workers so we have to determine the inclusion criteria and frequency of visits to patients. Additionally further reduction in hospital admissions among children with medical complexity can only be possible with the continued education and development of health care workers.

**Keywords:** children, home health care, hospital utilisation, medical complexity

## References

1. Cohen E, Berry JG, Camacho X, Anderson G, Wodchis W, Guttmann A. Patterns and costs of healthcare use of children with medical complexity. *Pediatrics*. 2012;pediatrics. 2012-0175.
2. Mosquera RA, Avritscher EB, Samuels CL, Harris TS, Pedroza C, Evans P, et al. Effect of an enhanced medical home on serious illness and cost of care among high-risk children with chronic illness: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312(24):2640-8.
3. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 2007.
4. Cooley WC, McAllister JW, Sherrieb K, Kuhlthau K. Improved outcomes associated with medical home implementation in pediatric primary care. *Pediatrics*. 2009;124(1):358-64.

## 49- Konsültasyon Sürecinin Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmetlerindeki Etkinliği

Hatice Esen<sup>1</sup>, Atiye Eciş<sup>2</sup>, Sevtap Durmuş<sup>3</sup>, İbrahim Cengiz Katlandur<sup>4</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya/Türkiye

<sup>2</sup>Antalya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Antalya/Türkiye

<sup>3</sup>Antalya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Antalya/Türkiye

<sup>4</sup>Antalya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Antalya/Türkiye

**Giriş:** Evde bakım hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır (Yılmaz ve ark., 2010:125). Evde sağlık hizmetleri (ESH) yatağa bağımlı hastalarla, çeşitli kronik ya da malign hastalıklar nedeniyle sağlık kuruluşuna ulaşımında güçlükler yaşayan hastalara ev ortamında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir. Ülkemizde devlet aracılığı ile ya da özel kuruluşlar aracılığıyla bu hizmeti almak mümkündür (Çayır ve ark. 2013:10). Fiziksel yetersizlikler, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel sağlık sorunları olmasalar da yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Bunların yanında yaşlılarda fizyolojik değişikliklere bağlı olarak diş kayıpları, iştahsızlık, hazımsızlık, emilim ve boşaltım bozuklukları, konstipasyon, diyare, kaşeksi, obezite ve enfeksiyonlara yatkınlık gibi sağlık sorunları gelişebilmektedir (Akdemir ve ark. 2011:58).

Ülkemizde evde bakım hizmeti sunan kuruluşlarının yetersiz olması, bakım gerektiren kişiler için evde bakılabileceği halde hastaneye ya da rehabilitasyon merkezlerine başvurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca bakım verenlerin bakım verme konusundaki bilgilerinin yetersiz olması, evde bakılan kişilerin yaşam sürelerinde kısalmaya neden olmaktadır (Subaşı ve Öztekin, 2006).

Ağız ve diş sağlığı uygulamaları bakımından evde sağlık hizmetleri kısıtlıdır. Ülkemizde 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” sonrası kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerinde Evde Sağlık Hizmeti (ESH) verilmeye başlanmıştır. Ayrıca revize edilen; 27 Şubat 2015 Sayı : 29280 Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık

Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik ile “ ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlamak” amaçlanmıştır.

Evde Sağlık Hizmetlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinden Alınması Hakkında Genelge (2012/17) göre;uygulama birliğinin sağlanması maksadıyla Bakanlığımızca hazırlanmış evde sağlık biriminde görevli diş hekiminin ziyaret esnasında doldurması gereken Ek-1 form, yine ağız ve diş sağlığı evde sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişi ya da söz konusu kişinin yakınlarına yönelik hazırlanmış Ek-2 bilgilendirmiş onam formu yayımlanmıştır. İlgili formlar ile standardizasyon amaçlanmıştır.

Evde Ağız ve Diş Sağlığı hizmeti almak isteyen hastalar ilk olarak Evde Sağlık Koordinasyon Merkezine başvurur. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri konsültan Birim olarak hizmet vermektedir. Evde bakım hizmetleri ağız ve diş sağlığı uygulamaları açısından değerlendirildiğinde, yaşanan sorunlar birkaç şekilde sıralanabilir.Bunlardan en önemlisi ise; Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi'nin hastaları önce genel hastanelere yönlendirmesidir. Hastayı ziyaret eden Genel hastane hekimi ağız ve diş sağlığı ile ilgili şikayeti mevcutsa; Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne Evde Sağlık Yönetim Sisteminden Form doldurularak yönlendirilir.

**Amaç:**Evde Sağlık hizmetleri Sağlıkta Kalite Hizmetleri Standartlarında yer alan “Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.” kriterinin saha uygulamalarında karşılanma düzeyinin ve hasta güvenliği açısından etkinliğinin değerlendirilmesidir.

**Sınırlılıklar:** Araştırma verileri Antalya ADSM aityalnızca 2017 yılı hastane bilgi sistemlerinden (HBYS) alınan verileri kapsamaktadır. Ve HBYS' den alınan verilerin doğru olduğu varsayılmaktadır.

**Yöntem:**Araştırmanın evrenini 01.01.2017- 31.12.2017 tarihleri arasındaAntalya ADSM evde sağlık hizmetleri kapsamında konsültasyon olarak yönlendirilen hastalardır. Veriler Bilgi Yönetim Sisteminden (BYS) alınmıştır. Veriler yapılan işlem bazında excel formatından süzülerek analiz edilmiştir. Sahada yaşanan sorunlar ise saha gözlemi yöntemi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** 2017 yılında evde sağlık hizmetleri kapsamında toplam 572 hastaya ulaşılmıştır.

Tablo 1 de hastaların cinsiyet ve yaş dağılımı belirtilmiştir.

Tablo:1 2017 Yılı ADSM Evde Sağlık Hizmeti Verileri

	Takibe Başlanan		Gerçekleşen hasta		Son ay Hizmet verilen hastaların yaş gruplarına göre dağılımı					
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	1 ay -2 yaş	3-18 yaş	19-45 yaş	46-65 yaş	66-85 yaş	86+ yaş
OCAK	9	7	32	28	1		3	12	15	5
ŞUBAT	5	0	35	26		1	2	11	11	2
MART	7	6	32	13			1	11	23	
NİSAN	12	9	41	29		1	3	10	20	9
MAYIS	7	5	39	32		1	2	13	13	4
HAZİRAN	1	2	14	5		1	2	1	7	2
TEMMUZ	9	1	40	22			5	6	11	4
AĞUSTOS	2	1	13	10			2	7	4	2
EYLÜL	3	3	12	16			6	4	5	2
EKİM	4	2	22	16			5	6	12	3
KASIM	4	4	23	11		1	2	6	8	1
ARALIK	7	3	22	21		1	3	5	12	3
TOPLA	70	43	325	229	1	6	36	92	141	37

\* (Sadece Yeni hastalargirilecek)

\*\* (Yeni başlayan dahil)

Tablo 1’de; 2017 yılında gerçekleşen ziyaret sayısı 554, yeni takibe alınan hasta sayısı 113 olarak gerçekleşmiştir. Yaş dağılımı bakılacak olursa 46-65 yaş ve 66-85 yaş grubu hastaların % 85 olduğu görülmektedir.

Tablo 2 de evde sağlık hizmeti kapsamında işlem bazlı dağılım verilmiştir.



Tablo:2 ADSM Evde Sağlık İşlemleri

	OC	ŞU	MA	NİS	MA	HAZİ	TEM	AĞU	EY	EK	KA	ARA	TOP
Ulaşılan Toplam	475	480	493	514	526	529	539	542	548	554	562	572	
Diş bakımı	34	27	40	43	30	10	32	15	20	25	19	31	326
ADSM Evde Sağlık	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Tam protez (akrilik)	8	2	2	5	10	2	5		2	1		3	40
Bölümlü protez	3	7	3	2	2		6	1	1	2	4	1	32
Besleme	2	1	2	1	3	2	1			1			13
Tamir (akrilik)		1			3	1	2				1	1	9
Kroşe		1			1	1	2				1	2	8
Metal iskelet												1	1
Diş ilavesi	3		7		6	4	2		1	1		11	35
Oklüzal aşındırma	2	5	11	5	8	4	18	5	4	12	6	6	86
Düşmüş kron-	3		8	8	7	5	2	2		7	4	4	50
Diş çekimi	17	24	30	14	52		2			11		8	158
Detertraj (diş taşı)										1	1	1	3
Detertraj (diş taşı)										1	1	1	3
Detertraj (diş taşı)										1	1		2
Detertraj (diş taşı)										1	1		2

Tablo 2 incelendiğinde 2017 yılında toplam 326 hastanın diş muayenesinin yapıldığı, çoğunlukla diş çekimi (158), oklüzal aşındırmalar (86), düşmüş kron-köprü simantasyonu(50) işlemlerinin evde sağlık hizmeti kapsamında yapıldığı görülmektedir. Yapılan bu işlem hasta güvenliği açısından bakıldığında kronik hastalıklar ve kullandığı ilaçlar bilgisine ihtiyaç duyulan bir işlemdir. Kanama kontrolü, pıhtılaşma gibi faktörler önem arz etmektedir.

Bütün başvurular sistemimize konsültasyon olarak düşmektedir. 573 ulaşılan hastanın sitemdeki formlarında adres bilgisinin yanlış ve ya güncel olmaması, doldurulması gereken

kronik hastalıklarına ait bilgilerinin eksik doldurulduğunun tespit edilmesi saha gözlemleri bulguları arasındadır.

**Sonuç;** Ağız ve Diş Sağlığı evde sağlık hizmetlerinin konsültasyon birim olarak yürütülmesinde yaşanan sorunlar bulgular ışığında değerlendirilmiştir. Öncelikle Evde Sağlık Hizmetleri Yönetim Sistemi'nden merkezimize atanan 572 hasanın formunda yer alan iletişim bilgilerinin % 50 sinin güncel bilgiler olmadığı saha gözlemleri sırasında tespit edilmiştir. Başvuran hastalar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde % 85 grubun kronik hastalıklarının olma olasılığı yüksek hasta grubudur. Yapılan işlemler incelendiğinde 2017 yılında toplam 326 hastanın diş muayenesi, diş çekimi (158), oklüzal aşındırmalar (86), düşmüş kron-köprü simantasyonu (50) işlemlerinin evde sağlık hizmeti kapsamında yapıldığı görülmektedir. % 30 hastanın yapılan işlem sonucu kanama riski yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak; Evde Sağlık hizmetleri Sağlıkta Kalite Hizmetleri Standartlarında yer alan "Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır." kriterinin Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi konsültan biriminde sağlanamadığı görülmüştür. Hasta adına başvuru yapan yakının adres bilgilerinin formda bulunup hastanın başka adreste olması, telefon bilgilerinin güncel olmaması hastaya ulaşmada güçlükler yaşanmasına sebep olmaktadır. Kanama olasılığı yüksek hastalara yapılan işlemlerde hastaların kullandığı ilaç bilgisi ve hastalık bilgisinin yer almaması hasta güvenliğini tehdit etmektedir.

Öneri olarak; Evde Sağlık Yönetim Sisteminden Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerine yönlendirilen hasta formlarındaki alanların zorunlu hale getirilerek hasta güvenliği açısından doldurulması sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Güvenliği, Kalite, Konsültasyon

## **Effectiveness Of Health Services Consultation Processes In Home And Dental Health Centers**

### **Abstract**

**Aim:** The effectiveness of health care services in home health care standards has been evaluated in terms of the level of satisfaction in the criterion field applications and in terms of patient safety, "Ensuring that consultation processes are carried out effectively and safely".

**Methods:** The study was conducted between 01.01.2017 and 31.12.2017 in Antalya ADSM. The data was obtained from the Information Management System. The data obtained were

analyzed by filtering out the excel format in some cases. Problems experienced in the field were evaluated by field observation method.

In 2017, 554 patients were provided with oral health services. The age distribution of the patients: 85% is seen in the age group of 46-65 and 66-85. When the oral dental services given in 2017 are evaluated; a total of 326 dental examinations were performed. It is seen that dental extraction (158), occlusal abrasions (86), fallen crown-bridge cementation (50) operations are performed within the scope of health care at home. This procedure was evaluated in terms of patient safety. Knowledge of chronic diseases and drugs is very important. It is also beneficial to know the factors such as bleeding control and clotting before the patient's dental procedure. When the forms belonging to the patient are examined; it is determined that the address information is incorrect or not up to date, and information on chronic diseases is incompletely filled.

As a result; It has been found that the criteria "Health and quality services standards at home" should ensure that "Consultation processes are carried out effectively and safely" can not be provided in the consultative unit of the Center for Oral and Dental Health. The fact that the address information of the person applying for the patient's name is on the form and the patient is in another address and the phone information is not up to date causes difficulties in reaching the patient. Failure to include drug information and disease information used by patients with potentially bleeding disorders threatens patient safety.

**Keywords:** Patient Safety, Quality, Consultation

### **Kaynaklar**

AkdemirNuran, BostanoğluHatice, YurtseverSabire, KutlutürkanSevinç, KapucuSevgisun, Canlı Özer Zeynep “Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri” Dicle Tıp Dergisi 2011; 38 (1): 57-65

Çayır Yasemin, Avşar Ümmü Zeynep, Avşar Ümit, Cansever Zeliha, Sattar Khan Abdul “Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri” Konuralp Tıp Dergisi 2013;5(3):9-12

Subaşı, N. ve Öztekin, Z. (2006). “Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım

Yılmaz Mesut, SametoğluFettah, AkmeşeGüliden, TakAslıhan, YağbasanBelma, Gökçay Serkan, SağlamMustafa, DoğanyılmazDerya, ErdemSimge (2010) Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, İstanbul Tıp Derg - Istanbul Med J 2010;11(3):125-132

Hizmeti”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(1); 19-31.

Resmi Gazete”Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”2010

Resmi Gazete “Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” 27 Şubat 2015 Sayı : 29280

Resmi Gazete “Evde Sağlık Hizmetlerinin Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinden Alınması Hakkında Genelge” (2012/17)

## 50- Evde Bakım Hizmetlerinde Memnuniyet: Kocaeli Devlet Hastanesinde Bir Araştırma

Harun Kırılmaz, Zeynep Güzel

Sakarya Üniversitesi

### ÖZET

**Giriş:** Evde bakım hizmetleri engelli, yaşlı, kronik hastalığı olan veya nekahet dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak ve toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir. Günümüzde yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların artması sonucunda sağlık hizmeti kullanımını ve maliyetleri arttırmıştır. Bu durum sağlık hizmeti sunumunda alternatifleri gündeme getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ve çeşitli ülkelerin gündeme aldığı evde bakım hizmetleri, sağlık hizmeti sunumunda öne çıkan alternatifler arasında yer almaktadır. Literatürde sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı açısından olumlu avantajlarının yanı sıra, evde bakım hizmetlerinin hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini de olumlu yönde etkilediğine yönelik çalışmalar yer almaktadır.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, evde bakım hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet düzeyinin belirlenmesidir. Çalışma, kesitsel olarak Kocaeli Devlet Hastanesi bünyesinde evde sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınları arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Kocaeli Devlet Hastanesi bünyesinde sunulan evde sağlık hizmetlerinden faydalanan hastalar oluşturmuştur. Gönüllü katılım ilkesine göre hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmış ve yüz yüze görüşmek yöntemiyle araştırma verileri toplanmıştır.

**Sınırlılıklar:** Araştırma sonucu elde edilen veriler, 10 günlük süreçte evde bakım hizmeti alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve hasta yakınlarının verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Araştırma kapsamında yer alan bazı hastalarla iletişim problemi yaşandığından evde bulunan hasta yakınları ile görüşülmüştür. Kesitsel olarak Kocaeli Devlet Hastanesi bünyesinde sunulan evde sağlık hizmetlerinden faydalanan toplam 553 hastadan 109 hastaya ulaşılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmada veri toplama aracı olarak Pedic ve Wannenburg (2010) tarafından geliştirilen ve Avustralya Evde Bakım Hizmetleri Birliği tarafından kullanılan Evde Bakım Hizmetleri Memnuniyet Anketi kullanılmıştır. Anket formunda hastaların evde bakım hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini ölçmeye yönelik 19 soru yer almaktadır. Ayrıca katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini ölçmeye yönelik beş soru da bulunmaktadır. Verilerin analizinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız örneklerde t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmada elde edilen bulgulara göre; katılımcıların %59,6'sı kadın, %40,4'ü erkek, %41,3'ü 76-85 yaş arasında, %48,6'sı okuryazar, %48,6'sı ev hanımı, %69,7'si emekli maaşına sahip ve %98,2'si Genel Sağlık Sigortası kapsamında yer almaktadır. Araştırmada katılımcıların tamamının kendini bakıma muhtaç olarak gördüğü sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların %79,8'i kendilerine sunulan evde bakım hizmetlerinden memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte daha iyi bir evde bakım hizmeti alabilmek için ücret ödemeyi kabul edenlerin oranı %12,8 olarak belirlenmiştir. Evde bakım hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin cinsiyete göre anlamlı bir farklılık oluşturmadığı, ancak statü ve gelir düzeyine göre farklılaştığı görülmüştür. Evde bakım hizmeti sunan personelden memnuniyet düzeyinin ise yaş ve gelir düzeyine göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Evde bakım hizmetlerinin güvenilirliğinden memnuniyetin de statü ve gelir düzeyine göre farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Evde bakım hizmetlerinin yönetiminden memnuniyetin ise gelir düzeyine göre farklılaştığı görülmüştür.

**Sonuç:** Araştırma sonuçlarına göre evde bakım hizmeti alan hastaların çoğunlukla kadınlardan ve 76 yaş üzeri kişilerden oluştuğu görülmüştür. Araştırmaya katılanların yaklaşık %80'inin sunulan hizmetlerden memnun kaldığını ve evde bakım hizmetinin ihtiyaçlarını karşıladığını söylemek mümkündür. Evde bakım hizmeti için cepten ödeme yapmak isteyenlerin yaklaşık %10 düzeyinde kaldığı göz önünde bulundurulursa, sunulan hizmetin yeterli görülmesi ve genel memnuniyet düzeyinin yüksek olması daha anlaşılır olmaktadır. Katılımcıların evde bakım hizmeti almak için başvuru sürecinde herhangi bir sorunla karşılaşmadıkları, idari süreçlerin kurgusuna herhangi bir sorun bulunmadığı ve personelden kaynaklı sorun yaşanmadığı görülmüştür. Diğer taraftan evde bakım hizmeti sunumunda planlanan gün ve saatte gelmesi ve evde bakım hizmeti sunan personelin eve gelmeden önce haber vermesi konusunda yaşanan sorunlar dikkati çekmiştir. Katılımcıların evde bakım hizmeti kapsamında istek, beklenti ve önerileri değerlendirildiğinde evde bakım hizmeti sunumunun hafta sonu da sürdürülmesi, evde bakım hizmeti sunumunda gün ve saat

planlamasının yapılması, hastalık durumu göz önünde bulundurularak periyodik olarak ziyaretlerin gerçekleştirilmesi, tıbbi sarf malzemesi ve hasta yatağı teminin hizmet sunumu kapsamında sağlanması gibi hususlar ön plana çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Bakım Hizmeti, Hasta Memnuniyeti

### **Satisfaction in Home Care Services: A Research in Kocaeli State Hospital**

**Aim:** The purpose of this study is to determine the level of satisfaction of patients and their relatives receiving home care services. The study was carried out cross-sectionally between patients and their relatives receiving health services at Kocaeli State Hospital. The universe of the research was created by the patients who benefit from the health services provided at the Kocaeli State Hospital. Informed consent was obtained from the patients according to the voluntary participation principle and research data were collected by face to face interview method.

**Method:** The Home Care Services Satisfaction Survey developed by Pedic and Wannenburg (2010) and used by the Australian Home Care Services Association was used as data collection tool in the study. Descriptive statistical methods such as frequency, percentage, arithmetic mean and standard deviation were used in the analysis of the data, t test and one way variance analysis were used in independent samples.

**Results:** The survey reached the conclusion that all participants saw themselves as in need of care. 80% of the participants stated that they were satisfied with the home care services offered to them. It was seen that the level of satisfaction with home care services did not make a meaningful difference according to sex but it was different according to status and income level. The satisfaction level of the personnel who provide home care service is different according to age and income level. Satisfaction with the reliability of home care services is also the result of differentiated status and income levels. Satisfaction with the management of home care services differs according to income level.

**Conclusion:** It was seen that the participants did not encounter any problems during the application process in order to receive home care services, there were no problems in the editing of the administrative processes and there were no problems caused by the personnel. On the other hand, it was noticed that the day and time arrived at the planned home day care service presentation and that the staff who provided the home care service informed them before they came home.

**Keywords:** Home Care Service, Patient Satisfaction

## **Kaynaklar**

- Aydın, Dursun (2005), *Evde Bakım Hizmetleri*, Sağlık ve Eğitim Yayınları, Ankara.
- Danış, M. Zafer, (2005), “Toplum Temelli Bakım Anlayışı” *Özveri Dergisi*, 2(1), 445- 459
- Erdem, Ramazan vd. (2008), “Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi”, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (31), 95-110.
- Kavuncubaşı, Şahin ve Yıldırım, Selami (2012), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Mollahaliloğlu, Salih vd. (2010), *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Oğlak, Sema (2007), “Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası” *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(2), 100-108.
- Öztop, Hülya, Şener, Arzu ve Güven, Seval (2008), “Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısında Olumlu ve Olumsuz Yönleri”, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1), 39-49.
- Özer, Ali ve Çakıl, Enver (2007), “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler”, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140-143.
- Özer, Özlem ve Şantaş, Fatih (2012), “Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 96-103.
- Pedic, Fadil ve Wannenburg, Daniel (2010), *Home Care Service of NSW 2010: Client Satisfaction Survey*, The Research Forum, Castle Hill NSW.
- Resmi Gazete (2005), “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”, Resmi Gazete Tarihi: 10.03.2005, Resmi Gazete Sayısı: 25751.
- Subaşı Nüket ve Öztekin, Zafer (2006), “Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(1), 19-31.
- Taşdelen Pınar ve Ateş, Metin (2012), “Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi”, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 22-29.



Taşlıyan, Mustafa ve Gök, Sibel (2012), “Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyet: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 69-94.

Yılmaz, Mesut vd. (2010), “Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı”, *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3), 125-132.

Yorulmaz Mehmet vd. (2013), “Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması: Konya İli İle İç Anadolu Bölgesi ve Türkiye Geneli Verilerinin Karşılaştırılması”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 4(8), 1-13.

## 51- Evde Nokturnal Hemodiyaliz ile Gebelik Sıklığı ve Sonuçları

**Sinan Erten<sup>1</sup>, Cenk Demirci<sup>1</sup>, Serkan Koç<sup>1</sup>, Fatih Kırçelli<sup>1</sup>, Ercan Ok<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Fresenius MedicalCare (FMC) Diyaliz, Türkiye

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, İzmir/Türkiye

**Giriş:**Diyaliz hastalarında gebelik sıklığı ve canlı doğum oranları genel popülasyona göre oldukça düşüktür. Mekanizma tam bilinmese de hipotalamik-ovaryan aksa üremiye bağlı hormonal bozukluklar, anemi ve vasküler bozukluklar, depresyon ve çoklu ilaç tedavilerinin etkisiyle bu hastalarda seksüel disfonksiyon, anovulatuvarsikluslar ve prematürmenapoz gelişmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelik sıklığı %1'in altında, canlı doğum oranları %23-50arasında bildirilmiştir. Diyaliz popülasyonunda gebelik sırasında ve doğumda fetal ve maternal komplikasyon riski de yüksek seyretmektedir.

Son yıllarda obstetrik ve diyaliz uygulamalarındaki ilerlemeler ile özellikle, haftalık 20 saatin üzerinde diyaliz olan hastalarda gebelik sıklığı ve sağlıklı bebek doğurma oranlarında dikkati çeken artışlar gözlenmiştir.Hemodiyaliz süresi ve/veya sıklığının uzatılması ile hastaların yaşam süresinde artış yanında yaşam kalitesi, fiziksel ve kognitif fonksiyonlarında iyileşmeler gözlendiği bilinmektedir. Benzer şekilde, uzun süreli yoğun hemodiyaliz tedavileri üremi ilişkili hormonal dengesizliği azaltarak, fertilitiyi düzeltebilir. Üremik çevrenin minimize edilmesi ve sıvı dengesinin optimal kontrolü de maternal ve fetal komplikasyonların azalmasına katkıda bulunabilir. Evde nokturnal uzun hemodiyaliz ve periton diyalizinin karşılaştırıldığı bir yaşam kalite çalışmasında; ev hemodiyalizi grubundaki hastalarda daha iyi seksüel fonksiyon gözlendiği belirtilmektedir. Bir diğer çalışmada ise gece evde uzun hemodiyaliz tedavisi ile erkeklerde 6 aylık bir sürede hiperprolaktinemi ve testosteron

düşüklüğünün düzeldiği, aynı zamanda fiziksel kapasite, enerji düzeyleri ve eritropoetin duyarlılığının arttığı bildirilmiştir.

İntensif renal replasman tedavi modaliteleri ile gebelik sıklığı ve sonuçlarını gösteren çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (13-15). Toronto grubunun çalışmalarında; uzun süreli nokturnal hemodiyalizi yapan (haftada 30 saatin üzerinde) kadınlarda konsepsiyon oranı yüksek bulunmuş ve diyaliz sıklığı/süresinin daha da artırılması (haftada 40 saatin üzerinde) azalmış maternal ve fetal komplikasyon ile sonuçlanmıştır.

**Amaç:** Biz bu tanımlayıcı-kohort çalışmasında, Türkiye’de evde uzun süreli hemodiyaliz yapan doğurgan çağıdaki kadınlarda gebelik sıklığı ve sonuçlarını biyokimyasal ve klinik verilerin eşliğinde araştırdık.

**Sınırlılıklar:** Düşük gebelik sayısı ve kontrol grubunun olmayışı çalışmamızın sınırlayıcı yönlerini oluşturmaktadır. Bununla birlikte literatürde de ev hemodiyalizinde gebelik sonuçları ile ilgili sınırlı hasta sayısı içeren az sayıda çalışma olduğu görülmektedir.

**Yöntem:** Türkiye’de evde hemodiyaliz programı Ağustos 2010’da başlamış ve Eylül 2017’e kadar yaklaşık 400 hasta ev hemodiyalizi programına dahil olmuştur. Bu çalışmada, yukarıdaki tarihler arasında evde uzun hemodiyaliz tedavisine başlayan üreme çağındaki 73 kadında (18-44 yaş) gözlenen gebelikler ve sonuçları geriye dönük olarak analiz edildi. Hastaların tüm klinik, medikal ve hemodiyaliz seans bilgileri elektronik veritabanından ve hasta izlem formlarından aylık olarak alındı. Maternal ve fetal sonuçlar ise hastane çıkış özetlerinden elde edildi.

Tüm hastalar evde hemodiyaliz tedavisini haftada üç gün 7-8 saat ağırlıklı olarak uykuda yapıyorken, konsepsiyon sonrası ise hemodiyaliz seans süreleri, damar erişim yolu durumuna göre haftada 5-6 kez 7-8 saate artırıldı. Haftalık en az 35 saat evde diyaliz süresi hedeflendi. Hastalar daha sıkı bir izleme alındı, özellikle kuru ağırlık ve kilo alımının daha iyi

değerlendirilmesi için haftada enaz bir kez hasta ile görüşüldü. Volüm kontrolü ve gereğinde antihipertansif ilaç eklenerek tansiyon kontrolü sağlandı. Hemoglobın düzeyi 10-11 g/dl arasında, giriş üre <50 mg/dl, kilo alımı 0.3-0,5 kg/hafta arasında tutulmaya çalışıldı. Diyaliz dışı sorunları ve fetal kontrolleri için sıkı obstetrik izlem ve multi-disipliner yaklaşım uygulandı.

**Bulgular:** İzlem süresince (ortalama  $30\pm 22$ ) evde uzun süreli hemodiyaliz tedavisi gören doğurgan yaştaki kadınlarda toplam yedi gebelik saptandı. Hastaların, ortalama yaşı gebelik başlangıcında  $35,3\pm 5,3$  yıl ve ev hemodiyalizinde geçirdikleri süre  $29\pm 20$  ay idi. Haftalık toplam hemodiyaliz süresi gebelik başlangıcında ortalama  $23,8\pm 1,8$  saat iken, termde  $36,6\pm 0,5$  saate ulaşıldı.

İzlem süresinde altı gebe hasta 30-38. haftalar arasındaciddi bir maternal ve fetal komplikasyon olmadan sezeryan-seksiyo ile altı sağlıklı bebek doğurdu. Doğum ağırlıkları sırayla 2.750, 2.550, 3100, 3300, 2300 ve 2200g. idi. Ciddi yandaş hastalıkları olan bir hasta ise 25. haftada erken doğum yaptı ve bebek neonatal ikinci günde ex oldu. Toplam yedi hastalık kohortumuzda, ortalama gestasyonel yaş  $34\pm 5$ ; doğum kilosu  $2365\pm 923$  g. bulunmuştur. Dört hastada preterm doğum, iki hastada servikal yetmezlik, bir neonatal ölüm görülmüştür. Tüm gebeliklerin fetal ve maternal sonuçları tabloda özetlenmiştir.

**Sonuç:** Çalışmamızda ortalama maternal yaş yüksek olmasına rağmen literatür ile uyumlu olarak, başarı ile sonlanan gebelikler gözlemledik. Konsepsiyon sıklığı bizim kohortumuzda 4/100 hasta-yılı olarak hesaplandı. Bu oran literatürde merkezde konvansiyonel hemodiyaliz (3x4 saat/hafta) yapan hastaların bildirilen sonuçlarından yüksektir. Evde sık ve uzun süreli yapılan hemodiyaliz tedavisi; gebelik sıklığını ve sağlıklı bebek doğurma olasılığını oldukça artırmakta, fetal ve maternal komplikasyonları azaltmaktadır. Bu sonuçlar; yoğun hemodiyaliz

tedavisi ile uygun bazı hastalarda gebelik planlamasında daha esnek ve güvenli davranılabileceğini göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Ev, hemodiyaliz, gebelik, nokturnal

**Tablo: Bazal demografik veriler ve gebelik sonuçları.**

Hastalar	Yaş	Diyaliz süresi	Ev HD Süresi	Gestasyonel yaş (hafta)	Doğum ağırlığı (g)	Doğum şekli	Fetal komplikasyon
Hasta-1	39	45	17	38	2750	C/S	-----
Hasta-2	40	120	48	35	2550	C/S	-----
Hasta-3	30	56	36	38	3100	C/S	-----
Hasta-4	40	60	6	25	450	C/S	IUGG, NYBM (2.gün ex)
Hasta-5	29	48	22	38	3200	C/S	-----
Hasta-6	39	12	12	30	2300	C/S	-----
Hasta-7	30	60	60	34	2200	C/S	-----

HD: hemodiyaliz; C/S: sezeryaneksiyo; EMR: erken membranrütürü; IUGG: intrauterin gelişme geriliği; NYBM: neonatal yoğun bakım monitorizasyonu.

### **Frequency And Outcomes Of Pregnancy On Nocturnal Home Hemodialysis**

**Background:** Pregnancy in women of reproductive age on dialysis is rare with poor outcome. Several studies published in the 1990s revealed pregnancy rates of 0.3 to 0.5 per 100 patient-years, but not all pregnancies resulted in live births. More recent studies suggest that intensive hemodialysis increases fertility and successful pregnancies with live births.

**Aim:** Our objective was to evaluate whether nocturnal home hemodialysis (NHHD) three times a week supports successful pregnancies and live births in addition to changes clinical and biochemical parameters.

**Method:** Descriptive cohort study analysing pregnancies and their outcomes in 73 women of reproductive age (18-44 years) who started NHHD between August 2010 and September 2017.

**Results:** During a mean follow-up of  $30\pm 22$  months on NHHD seven pregnancies were identified (4 per 100 patient-years). In these seven patients, mean age was  $35.3\pm 5.3$  years and mean NHHD duration  $29\pm 20$  months at the beginning of pregnancy. Duration of the weekly hemodialysis session was increased from  $23.8\pm 1.8$  in baseline to  $36.6\pm 0.5$  hours in term; serum urea was maintained below 50 mg/dl, hemoglobin over 10 g/dl with an increase of erythropoietin doses. Blood pressure was within normal ranges, no need of antihypertensive drugs. Six women underwent a caesarean section at 38, 35, 38, 38, 30 and 34 weeks delivering three healthy new-borns without any maternal and fetal complications. Birth weights were 2750, 2550, 3100, 3300, 2300 and 2200 g. The fourth patient (with a history of multiple spontaneous abortions) delivered at 25<sup>th</sup> week, resulting in neonatal death on the second day.

**Conclusion:** We observed that women of reproductive age on NHHD had high rates of conception and live birth.

**Key words:** Home, hemodialysis, pregnancy, nocturnal

**Kaynaklar:**

Piccoli GB, Cabiddu G, Daidone G, Guzzo G, Maxia S, Ciniglio I, Postorino V, Loi V, Ghiotto S, Nichelatti M, Attini R, Coscia A, Postorino M, Pani A; Italian Study Group "Kidney and Pregnancy". The children of dialysis: live-born babies from on-dialysis mothers in Italy- -an epidemiological perspective comparing dialysis, kidney transplantation and the over all population. *Nephrol Dial Transplant.* 2014 Aug; 29(8):1578-86.

Bagon JA, Vernaev H, De Muyllder X, Lafontaine JJ, Martens J, Van Roost G. Pregnancy and dialysis. *Am J KidneyDis.* 1998 May;31(5):756-65.

Shahir AK, Briggs N, Katsoulis J, Levidiotis V. An observational outcomes study from 1966-2008, examining pregnancy and neonatal outcomes from dialysed women using data from the ANZDATA Registry. *Nephrology (Carlton)*. 2013 Apr;18(4):276-84.

Holley JL. The hypothalamic-pituitary axis in men and women with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2004 Oct;11(4):337-41.

Registration Committee of the European Dialysis and Transplant Association: Successful pregnancies in women treated by dialysis and kidney transplantation. *Br J Obstet Gynaecol* 87:839-845, 1980.

Okundaye I, Abrinko P, Hou S. Registry of pregnancy in dialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 1998 May;31(5):766-73.

Hou S. Daily dialysis in pregnancy. *Hemodial Int*. 2004 Apr 1;8(2):167-71.

Hou S. Pregnancy in women treated with dialysis: lessons from a large series over 20 years. *Am J Kidney Dis*. 2010 Jul;56(1):5-6.

Ok E, Duman S, Asci G, Tumuklu M, Onen Sertoz O, Kayikcioglu M, Toz H, Adam SM, Yilmaz M, Tonbul HZ, Ozkahya M; Long Dialysis Study Group. Comparison of 4- and 8-h dialysis sessions in thrice-weekly in-centre haemodialysis: a prospective, case-controlled study. *Nephrol Dial Transplant*. 2011 Apr;26(4):1287-96.

Nesrallah GE, Lindsay RM, Cuerden MS, Garg AX, Port F, Austin PC, Moist LM, Pierratos A, Chan CT, Zimmerman D, Lockridge RS, Couchoud C, Chazot C, Ofsthun N, Levin A, Copland M, Courtney M, Steele A, McFarlane PA, Geary DF, Pauly RP, Komenda P, Suri RS. Intensive hemodialysis associates with improved survival compared with conventional hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*. 2012 Apr;23(4):696-705.

Jassal SV, Devins GM, Chan CT, Bozanovic R, Rourke S. Improvements in cognition in patients converting from thrice weekly hemodialysis to nocturnal hemodialysis: a longitudinal pilot study. *Kidney Int*. 2006 Sep;70(5):956-62.

Barua M, Hladunewich M, Keunen J, Pierratos A, McFarlane P, Sood M, Chan CT. Successful pregnancies on nocturnal home hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008 Mar;3(2):392-6.

Hladunewich MA, Hou S, Odutayo A, Cornelis T, Pierratos A, Goldstein M, Tennankore K, Keunen J, Hui D, Chan CT. Intensive hemodialysis associates with improved pregnancy outcomes: a Canadian and United States cohort comparison. *J Am Soc Nephrol*. 2014 May;25(5):1103-9.

vanEps C, Hawley C, Jeffries J, Johnson DW, Campbell S, Isbel N, Mudge DW, Prins J. Changes in serum prolactin, sex hormones and thyroid function with alternate nightly nocturnal home haemodialysis. *Nephrology (Carlton)*. 2012 Jan;17(1):42-7.

Gangji AS, Windrim R, Gandhi S, Silverman JA, Chan CT. Successful pregnancy with nocturnal hemodialysis. *Am J Kidney Dis*. 2004 Nov;44(5):912-6.



## **52- Evde Bakım Hizmeti Veren Hemşirelerin Hizmeti Sunarken Yaşadıkları Güçlükler, Bakımdaki Zorluklar ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi**

**Ayşegül Tekin, Tülay Aytekin Aktaş, Figen Yılmaz, Gülşah Molla, Muzaffer Saraç**

İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Sağlık Daire Başkanlığı, İstanbul

**Giriş:** Evde bakım hemşireliğinde amaç; uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylere ve ailelere günlük yaşam aktivitelerini en az etkileyecek maksimum tedaviye ulaşmalarını sağlamak, böylelikle hastalık ve yetersizliğin etkilerini en aza indirerek yaşam kalitelerini yükseltmektir.

Hasta ve/veya ailesi, hemşirelik hizmetleri, evde kullanılan teknikler ve cihazlarla ilgili bilgi ve deneyim eksiklikleri karşımıza çıkan en önemli güçlüklerdir. Sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunların en aza indirgenmesi, bakımdaki zorlukların ve eğitim gereksinimlerini giderecek düzenlemelerin yapılması vb. çözümlerle hastalara daha kaliteli bir hizmet sunulabilecektir.

**Amaç:** Evde bakım hizmeti veren kurumun özelliklerini, hemşirelerin hizmet de yaşadıkları güçlükleri, bakımdaki zorlukları ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

**Yöntem:** Şubat-Mart 2018 tarihleri arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesinin Evde Bakım biriminde görev alan ve katılmayı kabul eden bakım hemşireleri oluşturmuştur(n:54).

Veriler, literatür bilgilerine dayanarak hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Anket formunun birinci bölümde evde bakım hemşirelerinin sosyo-demografik, mesleki ve kurumun işleyişine ilişkin çoktan seçmeli 23 soru bulunmaktadır. İkinci bölüm ise, kuruma bağlı güçlükler, hemşirelerinin yaşadıkları güçlükler, evdeki fiziksel ortama ilişkin güçlükler, hasta ve hasta yakınlarına bağlı güçlükler ve ofis ortamına ilişkin güçlükler olmak üzere beş başlık altında yer almaktadır. Verilerin analizinde yüzdellik dağılımı, basit ve tek yönlü varyans analiz (t-testi ve One Way ANOVA) testi yapılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin Sosyo-Demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; Çoğunluğunu kadınlar (%77,8), 30 yaş ve üzeri(%70,4), sağlık-meslek lisesi mezun(%50) olan ve ortalama 6 yıldır çalışan kişiler oluşturmaktadır.

Evde bakım hizmetleri için eğitime ihtiyaç duyanların oranı %77.2'dir. Çoğunluğun (%45,5) hizmet içi eğitim aldıkları belirlenmiştir. Verilen eğitim içeriklerine bakıldığında en fazla (%17,8) yara/stoma bakımı aldıkları görülmüştür

Hemşirelerin %81,5'inin hizmet sunumunda güçlük yaşadıklarına dair olduğu belirtilmiştir. En fazla güçlük yaşadıkları hasta grubu %15,6 ile 'öfkeli ve tedavi/bakımı reddeden hastalar' ve iletişimde en fazla güçlük yaşanan grup ise %49 ile hasta yakınlarıdır.

**Tablo1. Hemşirelik Ve Hemşirelik Hizmetleri Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı**

Hemşirelik ve hemşirelik hizmetleri kaynaklı güçlükler	Karşılaşma Durumu									
	Hiçbir Zaman		Çok Az		Ara Sıra		Çoğunlukla		Her Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vital bulgu takibi	10	18,5	6	11,1	14	25,9	19	<b>35,2</b>	5	9,3
Oral/ Parenteral tedavi hazırlama ve uygulama	25	<b>46,3</b>	13	24,1	12	22,2	4	7,4	-	-
Kataterlerin takımı ve bakımı	19	<b>35,2</b>	15	27,8	12	22,2	7	13,0	1	1,9
Besleme	27	<b>50,0</b>	18	33,3	6	11,1	3	5,6	-	-
Oksijen ve buhar uygulama	42	<b>77,8</b>	9	16,7	3	5,6	-	-	-	-
Hastaya pozisyon verme	11	20,4	9	16,7	15	27,8	18	<b>33,3</b>	1	1,9
Yara bakımı	29	<b>53,7</b>	12	22,2	7	13,0	6	11,1	-	-
Hijyenik gereksinimlerini karşılama	10	18,5	13	<b>24,1</b>	13	<b>24,1</b>	10	18,5	8	14,8
Boşaltım	32	<b>59,3</b>	12	22,2	8	14,8	-	-	2	3,7
İş sorumluluklarının fazlalığı	6	11,1	8	14,8	17	31,5	20	<b>37,0</b>	3	5,6
İlk kez gidilen evde neyle karşılaşacağının bilinmemesi	3	5,6	10	18,5	11	20,4	13	24,1	17	<b>31,5</b>
Zaman planlaması	9	16,7	12	22,2	21	<b>38,9</b>	9	16,7	3	5,6
Reçete edilen ilaç yan etki, etkileşim, kullanım şekillerine ilişkin bilgi eksikliği	18	<b>33,3</b>	15	27,8	15	27,8	5	9,3	1	1,9
Birey ve ailenin eğitim ve danışmanlık ihtiyacını belirleme	17	<b>31,5</b>	16	29,6	8	14,8	10	18,5	3	5,6
Kayıt etme ve değerlendirme	29	<b>53,7</b>	9	16,7	12	22,2	2	3,7	2	3,7
Bakımın uygun planlanması	25	<b>46,3</b>	12	22,2	11	20,4	4	7,4	2	3,7

Hemşirelik ve hemşirelik hizmetlerinde en fazla güçlük (%31,5);İlk kez gittiğim evlerde neyle karşılaşacağımı bilmemekten dolayı güçlük yaşıyorumdur.

**Tablo2. Fiziksel Ortam Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı**

Fiziksel ortam kaynaklı güçlükler	Karşılaşma Durumu									
	Hiçbir Zaman		Çok Az		Ara Sıra		Çoğunlukla		Her Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastaların evinde bakım vermek için uygun ortamın olmamasında	1	1,9	2	3,7	11	20,4	30	<b>55,6</b>	10	18,5
Gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranların kontrol altına alınmasında	2	3,7	8	14,8	13	24,1	21	<b>38,9</b>	10	18,5
Evlerin ısı ayarlanmasında	1	1,9	7	13,0	18	33,3	20	<b>37,0</b>	8	14,8
Evlerin havalandırılmasında	-	-	5	9,3	8	14,8	26	<b>48,1</b>	15	27,8
Hasta odalarının düzenlenmesinde	2	3,7	3	5,6	12	22,2	23	<b>42,6</b>	14	25,9
Tanımadığı insanların evinde olmaktan dolayı/güvenliğinde	3	5,6	4	7,4	27	<b>50,0</b>	12	22,2	8	14,8
Tıbbi atıkların kontrolünde	17	<b>31,5</b>	13	24,1	12	22,2	12	22,2	-	-

Çoğunlukla güçlük yaşandığı saptanmıştır. En fazla güçlüğün %55,6 oranla “hasta evinde bakım vermek için uygun ortam olamaması” olarak belirtilmiştir.

**Tablo3. Hasta Ve Yakınları Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı**

Hasta ve yakınları kaynaklı güçlükler	Karşılaşma Durumu									
	Hiçbir Zaman		Çok Az		Ara Sıra		Çoğunlukla		Her Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastanın durumu hakkında kendisine/ yakınlarına bilgi vermede	6	11,1	16	29,6	20	37,0	8	14,8	4	7,4
Hasta/ yakınlarının eğitiminde	1	1,9	10	18,5	20	37,0	19	35,2	4	7,4
Hasta ve yakınlarının bakıma müdahale etmesiyle nedeniyle	-	-	7	13,0	22	40,7	13	24,1	12	22,2
Hasta ve yakınlarının bakımdan doyum alınamamada	1	1,9	12	22,2	21	38,9	12	22,2	8	14,8
Hasta ve yakınlarının önerilere uymamaları konusunda	2	3,7	6	11,1	16	29,6	21	38,9	9	16,7
Hasta/ yakınlarının beklentilerinin her ziyarette artmasında	-	-	10	18,5	19	35,2	14	25,9	11	20,4
Tam bağımlı hastalara bakım vermede	6	11,1	11	20,4	20	37,0	14	25,9	3	5,6
Görev tanımı dışında hizmet istenmesinde(ev işi vb)	8	14,8	10	18,5	16	29,6	13	24,1	7	13,0
Evlerde şiddet, taciz vb. durumlarla karşılaşmada	18	33,3	13	24,1	15	27,8	7	13,0	1	1,9

Hasta ve yakınlarıyla ilgili yaşanan güçlükler bakımından bakıldığında; çoğunlukla %38,9 oranla hasta ve yakınlarının önerilere uyulmaması konusunda güçlük yaşandığı ifade edilmiştir.

**Sonuç:**

- Evde bakım birimlerinde hemşireler istihdam edilirken öncelikli tercihin 4 yıllık lisans eğitimini örgün eğitimle tamamlanması ve evde bakım hemşireliği sertifikasına sahip

hemşirelerden yana kullanılması, mevcut çalışan evde bakım hemşirelerinin ise sertifika programlarına en kısa sürede yönlendirilmesi

- Kurumların hizmetleri için evde bakım hizmeti kontrol ve denetleme sistemi oluşturulması
- Hemşirelerin öfkeli ve tedavi/bakımı reddeden hastalara yönelik bakımda eğitimle desteklenmesi
- Hasta ve yakınları ile ön görüşme yapılması, hasta ve aile özelliklerinin tanınması ve bilgilendirme faaliyetinin düzenlenmesi
- Tıbbi atıkların kontrolüne yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, araçlarda tıbbi atık kutularının prosedüre uygun halde bulundurulması
- Hemşirelerin eğitimci ve danışmanlık rollerini yerine getirebilmeleri için eğitimlerle desteklenmelidir.

**Anahtar Kelime:** Hemşirelik Bakımı, Evde Sağlık

### **Difficulties that nurses who give home care service have experienced while serving, Difficulties in Care and Determination of Training Needs**

**Aim:**The characteristics of the institution providing care at home, the difficulties that nurses have experienced in service, the difficulties in care, and the identification of training needs have been carried out as descriptive.**Method:**Care nurses working in the Home Care Unit of the Istanbul Metropolitan Municipality between February and March 2018 formed the universe(n:54).**Result:** Socio-demographic characteristics; women (77,8%), people aged 30 and over(70,4%),graduates of health and vocational high school (50%) and working for 6 years on average. The proportion of those who need education for home care services is 77.2%. It is stated that 81.5% of nurses have difficulty in providing services.

The group of patients with which nurses had the most difficulties was angry patients with 15.6% and patients refusing treatment /care. The most difficulty in nursing and nursing services (31.5%);they stated that they had difficulty in not knowing what to meet in the first time I visited.When the distribution of the physical environment-related features is examined, the highest difficulty is stated as "not being suitable environment for giving care at the patient's home" with 55.6%.When the difficulties regarding patients and their relatives are examined;38.9% stated that patients and their relatives had difficulty in complaining to the

recommendation.**Conclusion:**Education support for nurses who are angry and care for patients refusing treatment/care. preliminary interviews with patients and their relatives, recognition of patient and family characteristics, and arrangement of informative activity. nurses should be supported with trainings so that they can fulfill the role of educator and consultant.

**Keywords:**Nursing Care, Home Care

### **Kaynaklar:**

1. Aras JD. (1995), Bringing the hospital home: ethical and social implications of high-tech home care, Baltimore, The Johns Hopkins University Press. 65. Karamercan E. Evde bakım: sağlık hizmetlerinde yeni bir olgu, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, 2001; 39: 935- 944.
2. Anuk D. (1998), Tedavi Ekibinde Stres Ve Tükenmişlik. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Kongresi, Kongre Kitabı: 182-187, 21-23 Ekim,İstanbul.
3. Çoban S. (2014), Evde Bakım Hemşirelerin Çalışma alanında Karşılaştıkları Güçlükler ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanları: Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,İzmir.
4. Çoban M. (2003), Evde Bakım Hizmetleri Konusunda Görüş Belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi doktorları ve hemşireleri üzerinde bir uygulama, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
5. İşbaşı S, Tütüncüoğlu G.(1998) Evde Bakım Sürecine Genel Bakış. I. Ulusal Evde Bakım Hemşireliği Kongresi Kitabı. İstanbul.
6. Kar G. (2003), Evde Bakım Hizmeti Veren Hemşirelerin Hizmetlerde Yaşadıkları Güçlükler ve İş Doyumu Düzeyleri: Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
7. Kara BJ. (1989), Home health care and rehabilitation nursing. Nursing clinics of North America. 24 (1): 171-177.
8. Karamercan E. (2001), Evde bakım: Sağlık Hizmetlerinde Yeni Bir Olgu, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı, 39: 935- 944.
9. Luquette J. (2007), Stress, compassion fatigue, and burnout: effective self-care techniques for oncology nurses. Oncology Nursing Forum,34(2):490.

### **53- Ankara İli Keçiören Belediyesi Yatağa Bağımlı, Engellive Yaşlı Bireylere Evde Sunulan Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetinin Tipi ve Sıklığı**

**Ayşegül KOÇ<sup>1</sup>, Esra TAYAZ<sup>1</sup>, Okan SERT<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>Keçiören Belediyesi Çevre Koruma ve Kontrol Müdürlüğü, Ankara/Türkiye

**Giriş:**Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre evde bakım; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulmasıdır.Hastane yatak kapasitelerinin azaltılması sonucunda evde bakım hizmetleri popülerlik kazanmış ve bütüncül sağlık hizmetlerinin önemli bir ögesi haline gelmiştir.Evde bakım hizmetinde amaç, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir.Evde bakımın en önemli faydaları,sağlık harcamalarında tasarrufa gidilmesi ve kişinin kendi sosyal ortamından ayrılmadan hizmet almasıdır. Ayrıca kişiye özel bakım sağlaması, aileyi bir arada tutması, yaşam kalitesini yükseltmesi gibi beraberinde birçok fayda da sağlamaktadır. Evde bakım hizmetleri ilk olarak 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete'de Sağlık Bakanlığı'nın özel sağlık kuruluşları aracılığıyla sağladığı "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile yürürlüğe girmiştir. Daha sonra bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmesine ilişkin "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" 1 Şubat 2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur.Ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorunlar, dünyada en sık görülen halk sağlığı problemlerinin başında gelmektedir.Diş kaybı,estetik, konuşma, çiğneme, beslenmeyle ilgili problemler, sosyal ilişkilerde problemler ve hatta emosyonel sorunlar nedeniyle kişinin yaşam kalitesini etkileyen bir durumdur.Tükürükte, tartarda, çürüklerde, mukozada ve protezlerde bulunan patolojik mikroorganizmalar solunabilir ve pnömونيye neden olabilir. Oral kökenli mikroorganizmalar yaşlılarda bileşik faktörler ve morbiditeko faktörleridir. Küresel Hastalık Yüğü 2010 Çalışması raporunda, nüfusun yaş ortalaması arttıkça ağız sağlığı sorunlarının da arttığı görülmüştür. DSÖ geri kalan diş sayısının ağız sağlığı surveyansı için önemli bir veri olduğunu, yaşlı popülasyonda diş kaybına bağlı risk faktörlerinin ve yaşam üzerindeki etkisinin değerlendirilmesini teşvik ettiğini, literatürde

yeterince ele alınmadığını ifade etmektedir. Maille ve arkadaşlarının (2017) aktardığına göre bilişsel bozuklukların başlangıcı, bu hastaların problemlerini daha az fark etmelerine ve dolayısıyla bakım taleplerinin daha az olmasına neden olmaktadır. Bu hastalara yönelik bakımda, ağız bakımı ve diş sağlığı göz ardı edilen önemli bir konudur. Evde bakıma muhtaç olan yatalak yada yaşlı bireylerin eğitiminde bu konu göz ardı edildiği düşünülmektedir. Evde yapılan ağız ve diş sağlığına yönelik uygulamalar yeterli düzeye ulaştırmak, bireyleri bu konuda gerekli birimlerden haberdar olmalarını ve bu konuda yönlendirilmelerini sağlamak önem arz etmektedir.

**Amaç:** Ankara ili Keçiören Belediyesinin evde sağlık kapsamında uyguladığı evden çıkamayan bireylere yönelik evde ağız ve diş sağlığı uygulamasının etkinlik düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Sınırlılıklar:** 2011 yılında başlatılan hizmetin 2011 verileri mevcut olmadığı için sayının ilk başlangıçtan itibaren daha fazla olduğu öngörülmektedir. 2012 verilerinde 65 yaş üstü birey sayısı tespit edilemediğinden toplamda mevcut olan 65 yaş üstü oranı daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

**Yöntem:** Keçiören Belediyesi bünyesinde çalışan iki diş hekimi, 1 hemşire ve 1 teknisyen ile yatağa bağımlı, engelli ve evden çıkamayan yaşlı bireylere ücretsiz olarak sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetinin 2011 yılında başlayıp, 2012 yılından itibaren kayıt altına alınan veriler incelenerek yapılmıştır. Veriler yıllara göre verilen hizmet çeşitliliği, 65 yaş üstü birey sayısı ve toplam ulaşılan sayının yıllara göre dağılımı değerlendirilmiştir. Var olan veriler ışığında yüzdeler dilimlere kullanılarak verilerin değerlendirilmesi yapılmıştır.

**Bulgular:** 2012 yılından itibaren toplam hizmet verilen birey sayısı 883'tür ve %46.2'sini (n=408) 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Toplam sayının %43.4'ü (n=383) diş çekimi, %35.8'i (n=316) diş muayenesi, %13.2'si (n=117) diş protezi, %3.4'ü (n=30) diş eti tedavisi, %2.4'ü (n=21) diş dolgusu, %1.8'i (n=16) kanal tedavisidir. 2012 yılında %16 (n=141) birey tedavi edilmiştir. 2013 yılında %19.9 (n=176) birey tedavi edilmiş ve bu bireylerin %37'sini (n=65) 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. 2014 yılında %18.3 (n=162) birey bu hizmetten yararlanmış ve bu bireylerin %59.9'unu (n=97) yaşlı bireyler oluşturmaktadır. 2015 yılında %11.4 (n=101) birey tedavi görmüş ve bu bireylerin %68.3'ünü 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. 2016 yılında %12.1 (n=107) birey hizmete ulaşmış ve %60.7 (n=65) yaşlı birey hizmetten fayda sağlamıştır. 2017 yılında bireylerin %18.5'i (n=163) hizmete ulaşmış



ve bireylerin %61.3'ü yaşlı olarak belirlenmiştir. 2018 yılında ise şu zamana kadar toplamda 33 bireye hizmet verilmiştir, bu bireylerin ise %36.3'ü (n=12) 65 yaş üstü bireylerdir.

**Tartışma:** Gümüş ve Sarıbaş'ın (2017) yaptığı çalışmaya göre Diyarbakır Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi tarafından evde sağlık hizmeti alan hastalara uygulanan işlemler arasında en yüksek oran oral hijyen eğitiminde (%36,95) görülmekte, bunu oral muayene (%25,36) ve basit diş çekimi (%21,01) izlemekte olduğu sonucuna varmışlardır. Bizim çalışmamızda ise diş çekimi, diş muayenesi ve diş protezi sırasıyla en fazla uygulanan işlemler olarak belirlenmiştir. Bulut ve arkadaşlarının evde sağlık çalışanlarına talep ettikleri eğitimleri inceledikleri çalışmalarında, katılımcı personelin en az talepte bulunduğu eğitim konusu ise ağız ve diş sağlığı konusunda olmuştur. Evde sağlık hizmetlerinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bünyesinde olan ağız ve diş sağlığı merkezlerinde oluşturulan D tipi evde sağlık hizmet birimlerince sağlanması ve çalışmaya katılan personelin çoğunlukla sunduğu hizmetler kapsamında ağız diş sağlığı hizmetlerinin olmaması nedeniyle tercih edilmediği sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmamızda talebin yıllara göre az olması benzer sonucu sadece sağlık çalışanları değil, halkında bu konuyu göz ardı etmekte olduğunu düşündürmüştür.

**Sonuç:** Evde sağlık kapsamında verilen hizmetler arasında bulunan ağız ve diş sağlığı hizmetinin ağız ve diş hastaneleri ve belediyeler bünyesinde yapıldığı bilinmektedir. Yapılan literatür incelemesinde ağız ve diş sağlığının evde bakım kapsamında ne kadar etkin olduğuna dair veriler yetersiz olduğu görülmüştür. Literatür arttırılarak ağız ve diş sağlığının evde bakım kapsamında etkinliğinin belirlenmesi önem arz etmektedir ve çalışmaların arttırılması gerektiğini düşünmekteyiz. Halk sağlığı hemşirelerinin de bu konu üstünde durarak evden çıkamayan bireylere ve yakınlarına eğitimler düzenlenerek konunun önemi bireylere aşılmalı ve sonuçları takip edilmelidir. Diş hekimi işbirliği ile ağız ve diş sağlığının farkındalığının arttırılması, bu sorunun beraberinde getireceği sağlık sorunlarının da önüne geçilmesi için büyük bir adım olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** diş sağlığı, evde sağlık, hemşire

## **Ankara Province, Keçiören Municipality Bedridden, Disabled And Elderly People the Type And Freedom Of The Service Of Oral And Dental Health Provided At Home**

**Aim:** The purpose of this study was to determine the level of effectiveness of oral and dental healthcare at home for the individuals who can not leave Ankara from the house that Keçiören Municipality applies in the context of health at home.

**Method:** The oral and dental health service, working with two dentists, a nurse and a technician in the Keçiören Municipality. The distribution of services according to the years, the number of individuals over 65 years and the total number reached by years are evaluated.

**Results:** Since 2012, the total number of individuals served is 883 and 46.2% (n = 408) are individuals over 65 years of age. Total tooth count was 43.4% (n = 383), 35.8% (n = 316) dental examination, 13.2% (n = 117) dental prosthesis and 3.4% (n = 30) gingival treatment, 2.4% (n = 21) tooth filling, and 1.8% (n = 16) canal treatment.

**Conclusion:** It is important to determine the efficacy of oral and dental health in home care by increasing the literature and we think that the work needs to be increased. Public health nurses should also be educated on individuals who can not leave the home and their relatives, and the results should be monitored and vaccinated by the individuals.

**Key Words:** dental care, home care. Nurse

### **Kaynaklar**

1. WHO (2000) Home Based Longterm Care. Erişim Tarihi: 08.04.2018 [Http://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/10665/42343/1/WHO\\_TRS\\_898.Pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42343/1/WHO_TRS_898.Pdf)
2. Özer Ö, Şantaş F. Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri Ve Finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012, 3(2): 96-103.
3. THSK (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) (2012) Aile Hekimliği, Evde Bakım Hizmetleri. Erişim Tarihi: 08.04.2018 [Http://Www.Ailehekimligi.Gov.Tr/Ana-Cocuk-Sal/146-Evde-Bakim-Hizmetleri-Nedir.Html](http://www.ailehekimligi.gov.tr/Ana-Cocuk-Sal/146-Evde-Bakim-Hizmetleri-Nedir.Html)
4. Cindoruk M, Şen İ. (2009). Yaşlının Evde Bakımı. Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Sciences, 2009, 29(5): 110-112.
5. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme Ve Yayın Genel Müdürlüğü (2005) Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete: Sayı 25751 Erişim Tarihi: 08.04.2018

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?Mevzuatkod=7.5.7542&Sourcexmlsearch=&Mevzuatliski=0>

6. Sağlık Bakanlığı (2010) Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Yönergesi. Erişim Tarihi: 09.04.2018. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Dosya/1-71581/H/Yonerge.Docx>
7. Akın H, Tugut F, Güney Ü, Akar T, Özdemir A. K. Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu Ve Gelir Düzeyinin, Diş Kaybı Ve Protetik Tedaviler Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet DentalJournal. 2011, 14(3): 204-210.
8. Maille G, Saliba-Serre B, Ferrandez A. M, Ruquet M. Use Of CareAndThe Oral HealthStatus Of People Aged 60 YearsAndOlder İn France: ResultsFromTheNationalHealthAndDisabilitySurvey. ClinicalInterventions İn Aging. 2017, 12: 1159.
9. Jin L. J, Lamster I. B, Greenspan J. S, Et Al. Global Burden Of Oral Diseases: EmergingConcepts, Management AndİnterplayWithSystemicHealth. Oral Dis. 2016, 22(7): 609–19.
10. Petersen P. E, Yamamoto T. ImprovingThe Oral Health Of Older People: TheApproach Of The WHO Global Oral HealthProgramme. CommunityDent Oral Epidemiol. 2005, 33(2): 81–92.
11. Gümüş R, Sarıbaş S. Diyarbakır İli Ve İlçelerinde 2015 Yılında Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerin Sunduğu Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2015, 3(1): 17-27.
12. Bulut S, Yiğitbaşıoğlu Ö, Keklik K, Yücel A, Kartal S. B, Şencan İ. (2017). Evde Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi. TurkishBulletin Of Hygiene&ExperimentalBiology/Türk Hijyen Ve Deneysel Biyoloji. 2017, 74(2): 147-154.

## 54- Evde Bakım Hastalarının Demografik Değerlendirilmesi

**Gölnur Sunday ÖZDAMAR<sup>1</sup>, Mevlüt Karataş<sup>2</sup>, Dilek ERGÜN<sup>2</sup>, Zeynep Çelik<sup>3</sup>, Recep Yılmaz<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Psikiyatri Uzman Doktor, Mesleki ve Çevresel Hastalıkları Hastanesi Ankara/Türkiye

<sup>2</sup>Göğüs Hastalıkları Uzman Doktor, Mesleki ve Çevresel Hastalıkları Hastanesi Ankara/Türkiye

<sup>3</sup>Hemşire, Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıkları Hastanesi Ankara/Türkiye

<sup>4</sup>Sağlık Memuru, Mesleki ve Çevresel Hastalıkları Hastanesi Ankara/Türkiye

**Giriş:**Ülkemiz güncel olarak değişen ihtiyaçları ve hastalık popülasyonu olan, kültürel, sosyo-ekonomik, demografik açıdan hızla değişen yoğun göçlerin yaşandığı bir toplumdur. Bu nedenle sağlık ihtiyaçları hitap edilen hasta grupları ve hastalıklar da farklılık göstermektedir. Evde bakım hizmetleri de bu hızlı değişimlere adapte olmak zorundadır. İlerleyen dönemlerde evde bakım hizmetlerinin değişen ve yaşanan dinamik bir toplumda önemi daha da anlaşılır olacaktır. Evde Bakım Hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve etkinliğini artırabilmek ancak bilinçli bir yönetimle, ihtiyaçların bilimsel yolla tespitleriyle olanaklıdır.(1)Evde bakım hizmetlerinin verildiği grup yaşlı ve hareket yeteneği azalmış multi-sistemik hastalıklarla baş etmeye çalışan,bakımları zor ve süreklilik isteyen hastalar olsa da, çalışmamızda gördüğümüz gibi çocuk yaşta hastalar, genç yaş ve orta yaş hastalarda evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan ve fayda görebilecek gruplardır.(2)Hastanemizde evde bakım hizmetleri 1 uzman doktor, 1 hemşire, 1sağlık memuru,1 tıbbi sekreter1 şoför eşliğinde düzenli 6 kişilik çekirdek bir ekiple yürütülmektedir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı hastanemizin evde bakım hizmetinin verildiği hasta popülasyonunun demografik verilerini araştırmak, hizmet dağılımını, hasta gruplarını ve ihtiyaç alanlarını tespit etmektir. Bunun yansması olarak verilen hizmetin kalitesini artırmak için gerekenlerin, eksikliklerin tartışılması ve ileriye dönük planlamanın yapılabilmesini sağlamaktır.

**Sınırlılıklar:**Geriye dönük retrospektif bir çalışma olması ve kayıtlarımızla ilgili ayrıntı bilgilerin eksikliği çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

**Materyal ve metodoloji:** 1 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri arasında, Ankara’da bir devlet hastanesine kayıtlı,Keçiören bölgesinde yaşayan 1247 evde bakım hastasının kayıtlarının değerlendirilmesi ile yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Demografik özellikleri(yaş, cinsiyet vs ), hastalık tanıları,konsültasyon yapılan bölümler, giriş sayıları; yazılan reçeteler, düzenlenen raporlar ,verilen hizmetlergeriye dönük olarak taranmıştır.İstatiksel veriler ortalama, yüzde dağılımı, frekans aralığı olarak Microsoft officeexcel programı kullanılarak hesaplanmıştır.

**Bulgular:**Evde bakım hizmetleri verilentoplam hasta sayısı 1247’idi. Hastaların %65,7 si kadın, %34,3 erkekti.Hastaların yaş ortalaması 74 yılıdır.Erkeklerin yaş ortalaması 69 yıl, kadınların 76 yılıdır. Hastaların %79,6’sı 65 yaş üstüydü. %29,6’ sı erkek,%69,6 sı kadındı.100 yaş aşan 3 hastamız da kadındı.

**TABLO 1. HASTALARIN (N=1247) YAŞ VE CİNSİYET DAĞILIMI**

DEĞİŞKEN		
YAŞ(YIL)	74	1-100 (MİN-MAX)
CİNSİYET(SAYI,%)		
ERKEK	427	%34,3
BAYAN	820	%65,7

**TABLO2 .YAŞA VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIM SAYI (%)**

YAŞ	KADIN N	%	ERKEK N		TOPLAM N	%
0-8	1	0,08	3	0,24	4	0,32
9-18	4	0,32	7	0,56	11	0,88
19-45	42	3,36	53	4,24	95	7,6
46-65	76	6,09	69	4,91	145	11
66-80	313	25	153	12,3	466	37,3
>80	386	30,9	141	11,1	527	42

**TABLO 3 HİZMET GİRİŞ SAYISI**

GİRİŞ SAYISI		
1	675	%54
2-5	310	%24,8
5 DEN FAZLA	262	%21

**TABLO 4 BÖLÜMLERE GÖRE KONSÜLTASYON SAYI VE YÜZDELERİ**

KONSÜLTASYON YAPILAN BÖLÜMLER	N	%	KONSÜLTASYON YAPILAN BÖLÜMLER	N	%
DAHİLİYE	600	29	ENFEKSİYON	50	2,45
NOROLOJİ	530	26	CERRAHİ	40	1,9
ÜROLOJİ	267	13	GÖZ	40	1,9
KARDİYOLOJİ	150	7	GÖĞÜS	30	1,47
FTR	130	6	ORTOPEDİ	27	1,3
CİLDİYE	130	6	SOSYAL HİZMETUZMANI	10	0,49
DİYET	100	4,9	KBB	8	0,39
PSİKİYATRİ	50	2,45	KADIN DOĞUM	4	0,18

**TABLO 5 HASTALIK TANILARINA GÖRE DEĞERLENDİRME SAYILARI VE YÜZDELERİ**

HASTALIKLAR	TOPLAM	KADIN %	ERKEK %	HASTALIKLAR	TOPLAM	KADIN	ERKEK
DM	4543	3252 (%71)	1291 (%29)	ACHAST	1171	756 (%64,5)	415 (%35,4)
DEMANS	4992	3352 (%67)	1640 (%32,8)	BESLENME BOZUKLUKLARI	971	590 (%60,7)	380 (%39,1)
SVO	4456	2907 (%65)	1549 (%35)	MENTAL VE PSİKİYATRİK	4427	3235 (%73)	1192 (%26,8)

				HAST			9)
KVH	4939	3829 (77,5)	1110 (32,5)	ENDOKRİN HAST	3522	2639 (74,9)	883 (%25)
KANSER	46	44 (95,6)	2 (%4,4)	ÜROLOJİK SORUNLAR	7035	4106 (%58)	2929 (%39,8)

**TABLO 6: RAPORLARA GÖRE DAĞILIM**

RAPORLAR	ADET
ALT BEZİ RAPOR SAYISI	570
MAMA VE MAMA SETİ RAPORU	40
TEKERLEKLİ SANDALYE SAYISI	31
HAVALI YATAK SAYISI	42

**Sonuçve Tartışma:** Evde sağlık hizmeti ile hastaların sağlık ve konforunu devam ettirmek amaçlanır. Evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler olmak üzere iki temel boyutu bulunmaktadır(3). Evde uygulanabilir, sık değişmeyen tedavi planı ve beslenme programı olan, hemodinamisi stabil hastalar gerekli destek sağlanarak evde takip edilebilirler(4). Böylece hastaların, hastaneye başvuru ve yatış süreleri kısaltmakta psikososyal durumlarında iyileşme sağlanmakta ve maliyet azaltılabilmektedir (5).

Yaşlanan nüfusun ve yaş ortalamasının arttığı son çalışmalarda belirtilmektedir (6). Yaşlanan hastalara yönelik sağlık hizmet ihtiyaçlarındaki değişimler ve eksiklerle ilgili farkındalığımızda artmaktadır .Aşılama bu açıdan örnek teşkil etmektedir (7). Bizim hizmet verdiğimiz hastalarımızın çoğunluğu65 yaş sonrası hareket kabiliyeti olmayan yada azalmış multisistemik problemleri olan kronik, beslenme sorunları olan immünitesi zayıf hastalardır. Ençok nöroloji,dahiliye, kardiyoloji, göğüs hastalıkları ile ilgili hastalıklarımız mevcuttur.Bu nedenle bağışıklamanın sorgulanması önemlidir.

Yaşlı hastaları ek olarak diğer yaş gruplarında hizmet almaktadır. Çocuk,ergen, yetişkin yaş grubunda karşılaşılan katstrofik olan genetik hastalıklar,mentalgerilik ,serebralpalsi, şizofreni,multiple sklerozgibi nörolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklar, kazalar hastaların eve bağlanmasına neden olmaktadır.Ailelerin yaşantılarının kısıtlanması, bakımlarının zaruri hale gelmesi gibi uzun vadeli sorunlar gözlenmiştir.Psikiyatrik hastalıkları nedeniyle dışarıya çıkamayan ev ziyaretleri sonrası dış uyumu sağlanan ve tedavileri düzenlenen hastalar da ziyaret edilmiştir.Şizofreni gibi ağır sonuçları olan hastalık takiplerinin evde bakım ekiplerinden çok sağlık bakanlığının ruh sağlığı kurumlarındandestek alınmasının gerekliliği düşünülmüştür.

Bu çok yönlü hizmetin başarısı,evde bakım hizmet ağının gelişiminin sağlanması, kurumlar arası iletişimin artmasına, sunulan hizmetin hasta odaklı olmasına bağlamak mümkündür.

**Anahtar kelimeler:**EvdeBakım, hizmet alanları, Hastalık

## DEMOGRAPHICAL EVALUATION OF HOME CARE PATIENTS

### Abstract:

Turkey is a vastly improving country and has a society with the ever changing disease population, cultural, socioeconomic and demographic needs. Forth is reason health care requires discrepancies. Healthcare at home is a very important step to meet these needs. In the near future the importance of healthcare at home will be realized even more. The efficacy of these services can be improved with conscious management and scientifically gathered data. Although healthcare at homemostly consists of eldercare, child diseases, patients with mental health problems and psychiatric problems are also included within the working range of healthcare professionals.

**Aim:** This study was conducted to determine demographic data of our working region of kecioren homecare patients between january 2017 and december 2017 as retrospective.

**Method:** 1247 patients data of diagnosis, variety of consultations, prescriptions, were evaluated by hospital network system

**Results:**Homecare patients are mostly over 65 yearsold (%79,6) and %65,7 of women. Our country is getting older and life expectancy is longer also.



But there are also other age groups who need homecare too. For beter outcomes as we have seen from our study, multidisplinary approach is crucial.

**Keywords:**homecare, service areas, disease,

**Kaynaklar:**

1-J G Yıldırım, Z Arabacı, M NAL Evde Bakım Alanında Türkiye Adresli Yayınların Analizi 1980-2015: Sistematik İnceleme. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2017;2(3):1-7

2-D Karaman, D Kara, N Yalçın Atar Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının Ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane 2015;4

3- M Yılmaz, F Sametoğlu G Akmeşe, A Tak, B Yağbasan, S Gökçay ve ark. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı İstanbul Tıp Derg - I 2010;11(3):125-132

4- H Uysal. İnvaziv Mekanik Ventilasyonlu Hastanın Takibi. Türkiye Klinikleri J Nurs 2011; 3(2):88-99.

5- Ö Can, N Ünal. Evde Bakım ve Tedavi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2008;6(4): 6-13.

6- H Yıkılkan, N Akbaş Güneş, C Aypak, S Görpelioğlu Bir Üçüncü Basamak Evde Sağlık Hizmetleri Merkezi Örneği: Başvuru Nedenleri ve Konsültasyon Durumları Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2013; 20 (4); 322-5

7-S Görpelioğlu, C Emiroğlu, Ö Suvak, C Aypak, D Akbıyık Assesssing an unmet healthcare demand: A survey of immunisation among homecare patients and their caregivers [Vaccine](#) Volume 36, Issue 12, 14 March 2018, ( 1660-1663)

## 55-Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Empatinin Gücü

**Ergün Hasgöl\*, Ayşe Sezen Serpen\*\*, Veli Duyan\*\***

\* Kastamonu Üniversitesi Tosya Meslek Yüksekokulu

\*\* Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet ABD

**Giriş:** Empati insana hizmet eden her disiplin için önemli bir enstrümandır. Bu enstrümanın eğitim ile geliştirilebileceği yapılan çalışmalarca da kanıtlanmıştır. Bu araştırmanın amacı bir müdahale programı olarak empati eğitim programının yaşlılara hizmet veren evde hasta bakımı öğrencilerinin empatik becerileri ve yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları üzerindeki etkisini belirlemektir. Bu araştırma ile öğrencilerin empatik becerilerini geliştirerek, yaşlılara yönelik yaptıkları ayrımcı ve olumsuz davranışları görebilmeleri, bu davranışlara uğrayan yaşlılara karşı empatik anlayış gösterebilmeleri ve günlük hayatta kullanabilecekleri empatik becerilerini geliştirmeleri amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Çalışma öntest-sontest kontrol gruplu deneysel desenle yapılmıştır. Araştırmaya Kastamonu Üniversitesi Tosya Meslek Yüksekokulu Evde Hasta Bakımı Programı 1. sınıfa devam eden 98 öğrenci katılmıştır. Programın 1. Öğretim öğrencileri (46) Deney grubunu ve 2. Öğretim öğrencileri (52) Kontrol grubunu oluşturmuştur. Çalışmada kullanılan empati eğitimi Amerika Birleşik Devletlerdeki “Empati ve Şefkat Kültürü Oluşturma Merkezi (CBCEC)” tarafından hazırlanmıştır. Bu eğitim toplam 15 saat süren 4 modülden oluşmaktadır. Araştırmada öğrencilerin cinsiyet, yaş ve sınıf bilgilerini içeren kısa bir anket, verilen eğitimin öğrenme hedeflerini karşılayabilecek Dökmen (1988) tarafından geliştirilen ve ülkemiz için geçerliliği ve güvenilirliği test edilen ölçek, günlük yaşamla ilgili farklı problemlerin anlatıldığı 6 ayrı metin ve her bir problem için problemin sahibine söylenebilecek birer cümlelik 12 tepkiden oluşan Empati Beceri Ölçeği B Formu ve Vefikuluçay ile Terzioğlu (2011)'nin geliştirdiği 23 maddeden oluşan ve katılımcıların yaşlıya yönelik tutumlarını değerlendiren Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Eğitim öncesinde deney grubuna ve kontrol grubuna ölçekler uygulanmıştır. Deney grubuna 4 modülden oluşan ve 15 saat süren Empati Eğitim Programı verilmiştir. Kontrol grubuna ise herhangi bir eğitim verilmemiştir. 4 hafta süren eğitim sonunda deney grubuna ve herhangi bir eğitim almayan kontrol grubuna ölçekler yeniden uygulanmıştır. Veriler SPSS 16.0 programına girilerek analiz edilmiştir. Araştırma verilerine betimleyici istatistik yöntemi

uygulanmış ve yüzdeler hesapları yapılmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında öntest ve sontest sonuçlarında empati eğitiminin öğrencilerin empati becerileri ve yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için ortalama puanlar hesaplanmış, verilerin normal dağılım göstermemesi üzerine parametrik olmayan bir analiz olan Wilcoxon işaretli sıralar testi yapılmıştır. Bazı sosyo-demografik değişkenler ve Empati Beceri Ölçeği ile Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği ön test ve son test puanları arasındaki ilişkinin ve farklılığın incelenmesi amacı ile korelasyon analizi ve t-testi yapılmıştır.

**Bulgular:** Verilerin analizi sonucunda Kontrol grubuna ön testte uygulanan empatik beceri ölçeği puan ortalaması ( $\bar{X}=116,16\pm 16,47$ ) ile son testte uygulanan empatik beceri ölçeği puan ortalamasının ( $\bar{X}=115,71\pm 15,83$ ) çok değişmediği görülmektedir ve istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ). Deney grubunun eğitim öncesi empatik beceri ölçek puan ortalaması ( $\bar{X}=118,50\pm 19,52$ ), eğitim sonrası empatik beceri ölçek puan ortalamasından ( $\bar{X}=138,26\pm 18,90$ ) daha düşüktür. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ). Buna göre empati eğitiminin huzurevi çalışanlarının empatik becerilerini önemli ölçüde artırdığı sonucuna varılabilir. Kontrol grubuna ön testte uygulanan yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği toplam puan ortalaması ( $\bar{X}=78,70\pm 6,33$ ) ile son testte uygulanan yaşlıyı sınırlama alt ölçeği puan ortalamasının ( $\bar{X}=78,55\pm 5,70$ ) değişmediği görülmektedir. Deney grubunun eğitim öncesi yaşlıyı sınırlama alt ölçeği puan ortalamasının ( $\bar{X}=37,73\pm 4,34$ ), eğitim sonrası yaşlıyı sınırlama alt ölçeği puan ortalamasından ( $\bar{X}=40,52\pm 4,38$ ) daha düşük olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre huzurevi çalışanlarının empati eğitimi ile yaşlının yaşamını sınırlama tutumları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu, eğitimin sınırlama davranışlarını pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Kontrol grubuna ön testte uygulanan yaşlıyı sınırlama alt ölçeği puan ortalaması ( $\bar{X}=33,93\pm 4,86$ ) ile son testte uygulanan yaşlıyı sınırlama alt ölçeği puan ortalamasının ( $\bar{X}=33,55\pm 5,72$ ) değişmediği görülmektedir. Deney grubunun eğitim öncesi yaşlıyı sınırlama alt ölçeği puan ortalamasının ( $\bar{X}=33,43\pm 4,34$ ), eğitim sonrası yaşlıyı sınırlama alt ölçeği puan ortalamasından ( $\bar{X}=36,76\pm 4,29$ ) daha düşük olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Buna göre huzurevi çalışanlarının empati eğitimi ile yaşlının yaşamını sınırlama tutumları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu, eğitimin sınırlama davranışlarını pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Kontrol grubuna, ön testte uygulanan yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması ( $\bar{X}=26,51\pm 3,44$ ) ile son testte uygulanan yaşlıya yönelik olumlu

ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamasının ( $\bar{X} = 27,29 \pm 4,21$ ) değişmediği görülmektedir. Deney grubunun eğitim öncesi yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamasının ( $\bar{X} = 26,24 \pm 2,83$ ), eğitim sonrası yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puan ortalamasından ( $\bar{X} = 30,27 \pm 2,52$ ) daha düşük olduğu görülmektedir. Kontrol grubuna ön testte uygulanan yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt ölçeği puan ortalaması ( $\bar{X} = 19,13 \pm 2,78$ ) ile son testte uygulanan yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamasının ( $\bar{X} = 18,83 \pm 3,25$ ) değişmediği görülmektedir. Deney grubunun eğitim öncesi yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamasının ( $\bar{X} = 15,55 \pm 3,45$ ), eğitim sonrası yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık alt ölçeği puan ortalamasından ( $\bar{X} = 18,28 \pm 3,98$ ) daha düşük olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0,01$ ).

**Sonuç:** Öğrencilerin eğitim sonrası ölçekler toplam puan ortalamaları eğitim öncesine göre istatistiksel olarak önemli ölçüde anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Sonuç olarak verilen empati eğitiminin öğrencilerin empatik becerilerini geliştirmede önemli bir araç olacağı düşünülmektedir.

## **Empathy's Power in Elderly Care Services**

### **Abstract**

Empathy is an important instrument for every discipline that serves humanity. This instrument has also been proven by studies that can be developed through training. In this study, elderly, disabled, and made students applying what they have learned in real life bedridden with empathy training given to nursing students working at home with groups such as patients as well as other people in order to be able to empathize with them. The study was conducted in pre-test and post-test in semi-experimental group. 98 students attending to the 1st class were participated in the research. 1. Teaching students (46) and Teaching students (52) of the program have formed the Control group. The empathy training used in the study was prepared by the "Empathy and Compassion Culture Creation Center (CBCEC)" in the United States. The Empathy Skill Scale B Form developed by Dökmen (1988) and the Elderly Discrimination Attitude Scale developed by Vefikuluçay and Terzioğlu (2011) was used in the research. The average scores are calculated to determine the experimental and control groups in education empathy in pretest and posttest results of the students that there are is a significant difference between the empathic skills, which is a non-parametric analysis on the

normal distribution of data Wilcoxon signed rank test total average score of the education scale after training yapılmıştır.öğrenci were statistically significantly significant ( $p < 0.05$ ). As a result, the empathy education given is thought to be an important tool in improving the empathic skills of the students.

### **Kaynaklar**

Dökmen Ü (1988). Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile ölçülmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*,**21**: 155-190.

Vefikuluçay D, Terzioğlu F, (2011). Development and psychometric evaluation of ageism attitude among the university students. *Turkish Journal of Geriatrics*, **14**: 259-68.

## 56- Dijital Sağlık ve E-Nabız Farkındalık Düzeyi Belirleme Çalışması

Mehmet Yorulmaz<sup>1</sup>, Şeyma Odacı<sup>2</sup>, Merve Akkan<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Selçuk University Health Science Faculty,

<sup>2,3</sup> Student, Selçuk University Health Science Faculty,

### Özet

**Giriş:** Her geçen gün daha modern hizmet alma ve daha hızlı sonuca varma konusunda artan beklentiler bilgi sistemlerinin sağlık hizmetlerinde yayılmasına sebep olmuştur. Güncel, hızlı ve kaliteli hizmet sunabilmek için bilgi sistemleri sağlık kurumlarının en önemli alt sistemleridir. Bu sebeple sağlık bilgi sistemlerinin bilinmesi ve kullanılması bireylere fayda sağlayacaktır. E-nabız sistemi, ülke genelinde tüm sağlık hizmeti kullanıcıları için yapılmış ilk ve tek bilgi sistemidir. Bu yüzden sağlık bilgi sistemleri arasında önemli bir yer tutmaktadır.

**Amaç:** Bu araştırma Konya ilinde yaşayan vatandaşların sağlık bilgi sistemleri ve e-nabız sistemi hakkındaki farkındalık düzeylerini tespit etmek ve e-Nabız sistemini kullanım durumlarına dair bilgi edinmek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma, Konya ilinde yaşayan kişilere yapılmıştır. Araştırma için 17-28 yaş grubundan 100 kişi, 29-49 yaş grubundan 100 kişi, 50 ve üstü yaş grubundan 100 kişi olmak üzere 300 kişiye ulaşılmaya hedeflenmiştir. Fakat imkanlar dâhilinde 17-28 yaş grubundan 118 kişi, 29-49 yaş grubundan 116 kişi, 50 yaş ve üstü yaş grubundan 54 kişi olmak üzere toplam 288 kişiye ulaşılmıştır. Araştırma verilerini toplama aracı olarak, birincil veri toplama kaynaklarından olan anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışma için yeterli sorulara cevap veren anket, daha önce İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yapılmış olan ‘‘Medipol Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Bilgi Sistemleri ve E-Nabız Sistemine İlişkin Farkındalık ve Kullanım Düzeylerinin Belirlenmesi’’ adlı yüksek lisans tezinden alınmıştır. Anket toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Anketin ilk üç sorusunda yaş, cinsiyet ve eğitim olmak üzere sosyo-demografik özellikler hakkında bilgi toplayan kısım yer almaktadır. Anketin diğer kısmında ise E-Nabız sistemine ilişkin farkındalık ve kullanım düzeyini ölçen sorular mevcuttur. Yapılan anketlerden elde edilen veriler SPSS 25 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz esnasında Kolmogorov-smirnov uygunluk testi ve ki-kare testinden faydalanılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde %41'i 17-28, %40,3'ü 29-49, %18,8'i 50 yaş üstü olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %47,6'sı kadın, %52,4'ü erkektir. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde %16,7'si ilkokul, %5,9'u ortaokul, %23,3'ü lise, %9,4'ü ön lisans, %36,5'i lisans, %6,9'u yüksek lisans, %1,4'ü diğer eğitim düzeylerinde yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki katılımcıların, %49,7' si E-Nabız sistemini duydıklarını , %50,3'ünün ise bu sistemi duymadıklarını belirlemiştir. Katılımcıların %50,3'ü hiç duymadıklarını, %19,8'i e-nabız sistemini sosyal medyadan, %8' i

kamu spotundan, %1,4'ü gazete ve dergiden, %4,2'si televizyon ve radyodan, %6,3' u arkadaşlarından, %10,1'i diğer kaynaklardan(Alo182, işyeri gibi) duyduklarını aktarmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %17'si E-Nabız sistemine kayıtlı iken, %83'ü sisteme kayıtlı değildir. Araştırmaya katılanların %14,9'u E-Nabız Sistemini kullanmış, %85,1'i bu sistemi hiç kullanmamıştır. Ayrıca Araştırmaya katılan kişilerin E-Nabız sistemini kullanma durumları ile memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan ki-kare analizi sonucunda, E-Nabız sistemini kullanma durumu ile memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur. ( $p<0,05$ ). E-Nabız sistemini kullanan kişilerin %5,6'sı çok memnun, %8,7'si memnun, %0,3'ünün ise memnun olmadığı tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Memnuniyeti, Dijital Sağlık, E-Nabız

## **A Study On Identifying Awareness Level Of Digital Health And E-Pulse**

### **Abstract**

**Introduction :** Increasing expectations every passing day about receiving more modern service and coming to conclusion more quickly have caused information systems to spread in health services. For being able to present the actual, quick, and high –quality service, information systems are of the most important subsystems of health institutes. Therefore, becoming aware of health information systems and using them will provide benefit to individuals. E-Pulse system is the first and only health system made for health users across country. In view of this, it keeps an important place among health information systems. **Aim:** This study has been conducted to identify the awareness levels of the citizens living in the Konya province about health information systems and e-Pulse levels and acquire information about the use of e-Pulse system. **Method:** The study has been carried out on the people living in the Konya province. For the study, it was targeted to reach a total of 300 people; 100 people from age group of 17-28; 100 people from age group of 29-49; and 100 people from age group of 50 and over. But it could be possible to reach a total of 288 people, 118 people from age group of 17-28; 116 people from age group of 29-49; and 54 people from age group of 50 and over. As an instrument for collecting study data, survey method, one of the instruments of collecting primary data, was used. The survey answering to the questions that are sufficient for the study was drawn from postgraduate thesis, called “A Study on Identifying Awareness and Use Level of Health Information and E-Pulse Systems of Students of Medipol University”, which was previously conducted in Health Sciences Institute, Istanbul Medipol University. The survey consists of 17 questions.

In the first three questions of the survey, the part takes place collecting information about sociodemographic features such as age, gender, and education. In the other part of the survey, there are some questions measuring the awareness and use regarding e-pulse system. The data obtained from the surveys administered were analyzed by using SPSS 25 Software. During analysis, Kolmogorov-Smirnov Compliance Test and Chi-Square Test were utilized.

**Results:** When the distributions of participants according to age groups, it was identified that their 41% are in the age group of 17-28; 40.3%, 29-49; 18.8, and 50 and over. 47.6% of the participants are females and 52.4% are males. When the educational levels of the participants are examined, 26.7% take place in the educational level of primary school; 5.9%, secondary school; 23.3%, high school; 9.4%, two-year school degree; 36.5, undergraduate; 6.9%, postgraduate; and 1.4%, other. 49.7% of the participants in the scope of the study stated that they heard about e-Pulse system and 50.3 % did not. 50.3% of the participants reported that they never heard this system; that 19.8% heard about it in social media; 8%, in public service ad; 1.4%, in newspaper and magazine; 4.2% in TV and radio; 6.3% from their friends; and 10.1%, in the other resources (Hallow 182, work place). While 17% of those participating in the study are recorded in e-pulse system, 83 % are not. 14.9% of those participating in the study used e-pulse system and 85.1 % did not. In addition, as a result of chi-square analysis carried out to identify whether or not there is a significant difference between using E-Pulse system and their satisfaction levels, there is no significant difference between using e-pulse system and satisfaction levels ( $p < 0.05$ ) It was identified that 5.6 of the people using e-pulse system were very satisfied and 8.7%, satisfied, while 0.3 % were not satisfied.

**Keywords:** Patient Satisfaction, Digital Health, E-Pulse



## 57- Ülkemizde Evde Sağlık hizmeti alan kanser hastalarının 2011-2017 yılları arası sayısal olarak değerlendirmesi

**Fatih Göksel**

S.B.Ü. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Yenimahalle/Ankara

### Özet

**Giriş:** Kanser, içinde bulunduğumuz 21. yüzyılda başlıca sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kanser yükü geçtiğimiz 30 yılda iki kat artmıştır. 2008 yılında dünya nüfusu 6,7 milyar olup, 12 milyon yeni kanser vakası teşhisi ile birlikte kanserden kaynaklanan 7 milyon ölümün ve kanserli 25 milyon kişinin halen hayatta olduğu tahmin edilmektedir. (1, 2). 1970’li yıllarda kanser çoğunlukla Batılılaşmış, kaynakları bol, sanayileşmiş ülkelerde görülen bir hastalık olarak düşünülmekteydi. Bugün bu durum önemli ölçüde değişmiştir. Küresel kanser yükündeki artışın % 70’inden fazlası kaynakları az ya da orta gelir düzeyine sahip ülkelerde olacaktır. Toplumların yaşlanması ve sanayileşme kanser hastalarının artmasının başlıca nedenleridir (1, 2). Kanser yükünde hızlı artış halk sağlığı ve sağlık sistemi için bir sorun teşkil etmektedir. Gelişmiş ülkeler için dahi gelecek yıllarda tanı konacak çok sayıda kanser hastasının tedavisi, palyatif -destekleyici tedavileri ve terminal dönem bakımı için yeterli bütçe temini önemli bir sorun olacaktır. Tedavi başarısındaki artış hasta başına düşen tedavi maliyetlerinde de artışa neden olmaktadır. Zaman içinde kanser sıklığındaki artış ile birlikte toplam tedavi maliyetindeki artışın daha ciddi boyutlara ulaşacağı öngörülmektedir. Gelişmiş ülkelerde kronik hastalıktan muzdarip hastaların tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının sağlık kuruluşları yerine kişinin evinde yapılması, hastanede kalış sürelerini azaltıp, maliyetleri ve bakım kalitesini artırmak amacıyla evde sağlık hizmetleri yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Evde sağlık hizmetleri sistematik şekilde ilk olarak ABD’de 1965 yılında hayata geçmiş ve yaygınlaşmaya başlamıştır. Ülkemizde ilk yönetmelik 2005 yılında özel sektör evde bakım uygulamalarına yönelik yönetmelik çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik yönerge 2010 yılında yürürlüğe girdikten sonra aktif olarak kamu tarafından bu hizmet verilmeye başlanmıştır.

Evde sağlık hizmetinde amaç, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (3). Böylelikle hem hasta hem de ailenin en iyi şekilde sosyal, psikolojik iyilik halinin devamı sağlanması hedeflenir.

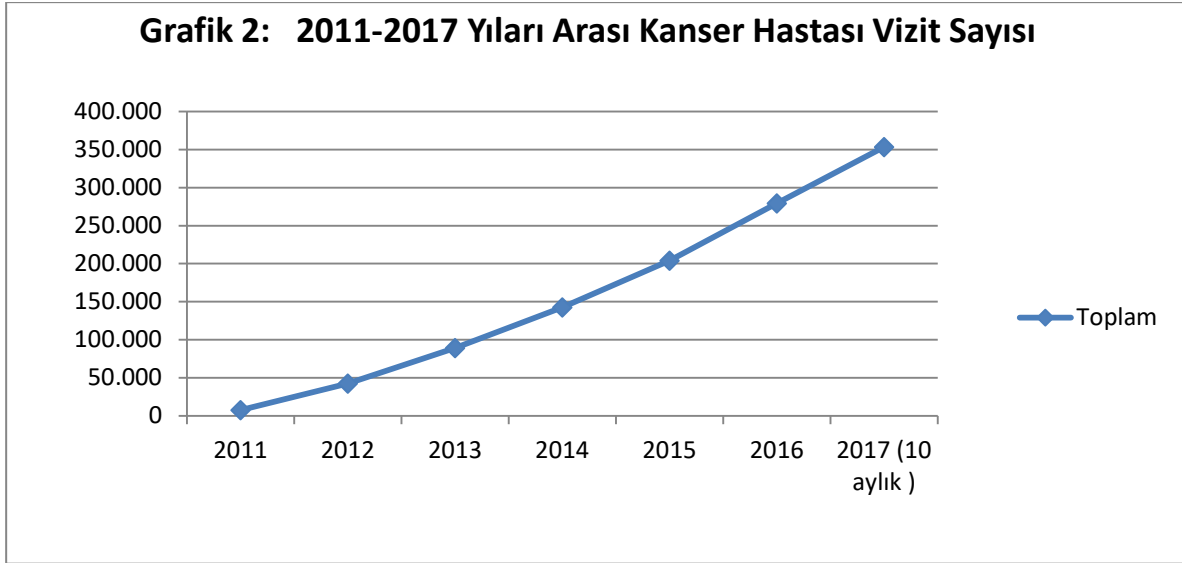
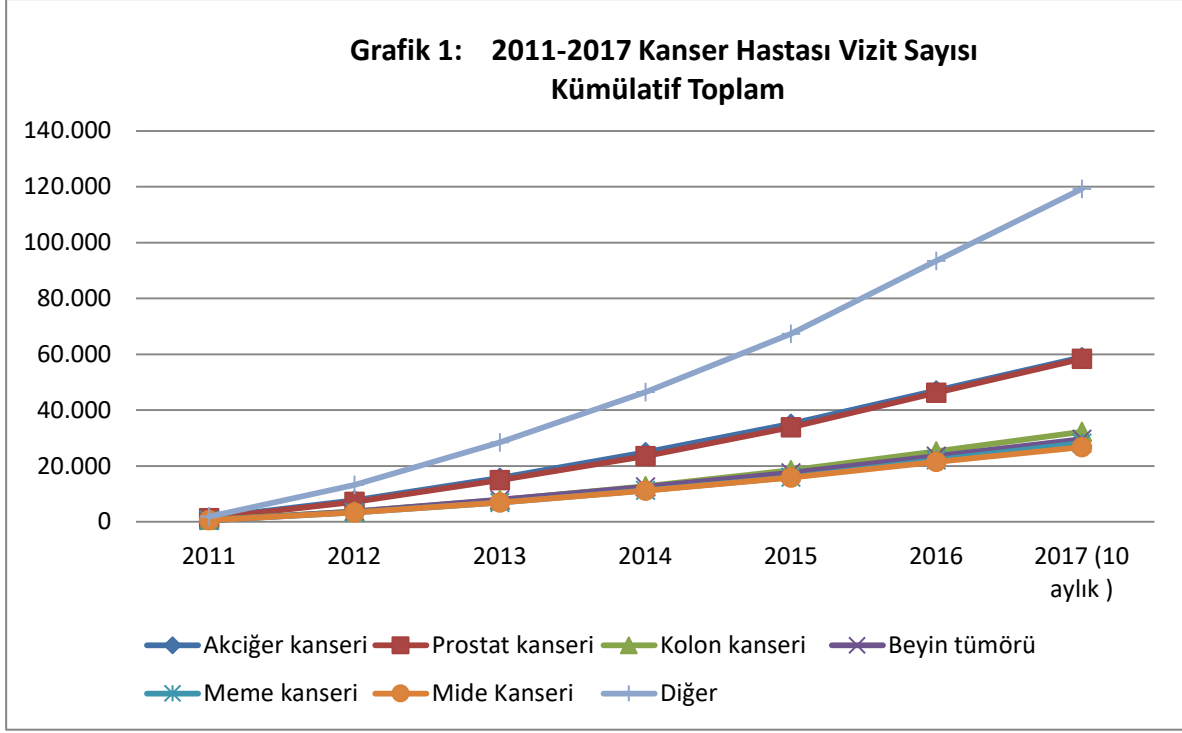
**Araştırmanın Amacı:** Bilindiği gibi kanser hastaları gerek hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar, gerekse kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavilerin yan etkileri nedeniyle özellikle ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, anoreksi, kilo kaybı, beslenme sorunları, mukozit, enfeksiyon riski, uyku sorunları gibi yakınmaları sıklıkla yaşayabilmektedir. Ortaya çıkan bu sorunlar tedaviyi sürdürmeyi, yaşam kalitesini, morbidite ve mortaliteyi etkilediğinden hastaların evde bakımı ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışmada, ülkemiz genelinde evde sağlık hizmeti alan kanser hastaların aldıkları hizmete ilişkin ulaşılabilirliğin yıl bazlı değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Materyal-Metod:** alışmada 2011-2017 yılları arası kanser tanısı ile evde sağlık hizmeti ulaştırılan hastalara yapılan ziyaret sayıları analiz edilmiştir. Veriler Sağlık Bakanlığından izin alınarak temin edilmiş olup ham veriler kategorize edildikten sonra analiz edilmiştir.

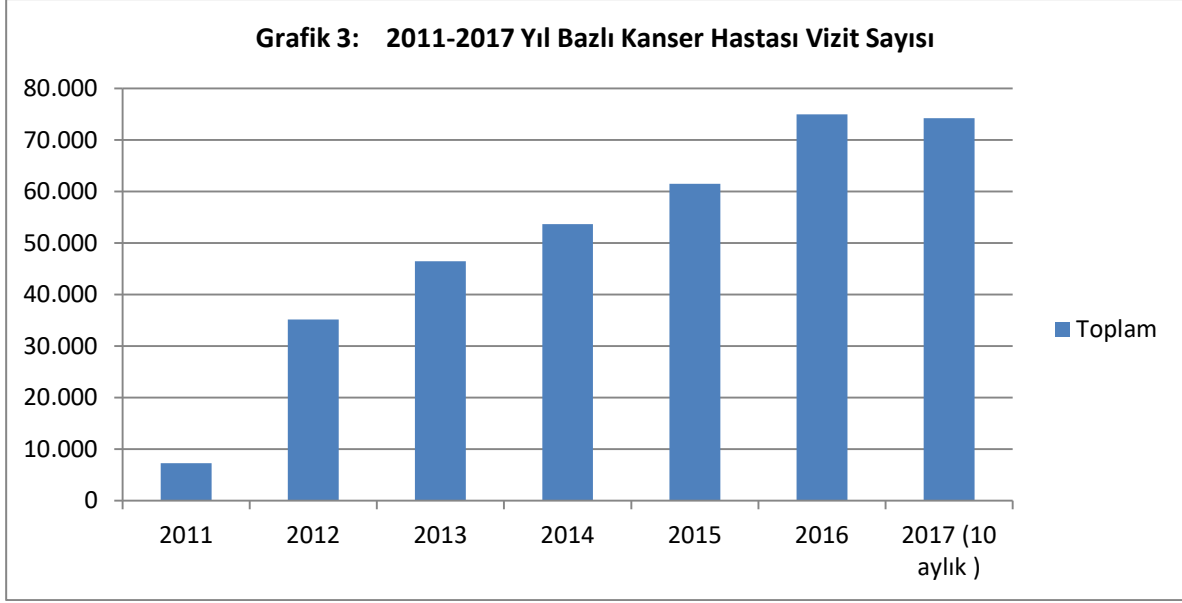
**Bulgular:** Toplamda 2011-2017 yılları arasında kanser hastalarına yönelik evde sağlık ekiplerince 353.382 ziyaret yapılmıştır. Evde sağlık hizmetini en çok talep edip bu hizmetten faydalanan kanser gurupları sırasıyla akciğer, prostat, kolon, beyin, meme, mide ve diğer kanserlerden oluşmuştur. Yıl bazlı kanser hastalarının evde sağlık hizmetinden faydalanma oranlarında artış tablo 2 de verilmiştir.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (10 aylık )
Akciğer kanseri	1.553	7.734	15.762	24.883	35.137	47.003	58.902
Prostat kanseri	1.302	7.187	14.925	23.557	33.820	46.269	58.394
Kolon kanseri	705	3.758	7.891	12.776	18.456	25.230	32.232
Beyin tümörü	500	3.742	7.969	12.588	17.620	23.481	29.576
Meme kanseri	660	3.396	6.956	11.223	16.001	22.200	28.259
Mide Kanseri	638	3.398	6.946	11.153	15.805	21.518	26.780
Diğer	1.920	13.224	28.497	46.467	67.285	93.420	119.239
Genel Toplam	7.278	42.439	88.946	142.647	204.124	279.121	353.382



**Tablo 2: Evde sağlık hizmeti alan kanser hastaları yıllara göre ziyaret sayıları**

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (10 aylık )	toplam
Akciğer kanseri	1.553	6.181	8.028	9.121	10.254	11.866	11.899	58.902
Prostat kanseri	1.302	5.885	7.738	8.632	10.263	12.449	12.125	58.394
Kolon kanseri	705	3.053	4.133	4.885	5.680	6.774	7.002	32.232
Beyin tümörü	500	3.242	4.227	4.619	5.032	5.861	6.095	29.576
Meme kanseri	660	2.736	3.560	4.267	4.778	6.199	6.059	28.259
Mide kanseri	638	2.760	3.548	4.207	4.652	5.713	5.262	26.780
Diğer Gruplar	1.920	11.304	15.273	17.970	20.818	26.135	25.819	119.239
Toplam	7.278	35.161	46.507	53.701	61.477	74.997	74.261	353.382



**Tartışma ve Sonuç:** Yukarıdaki bulgulardan da anlaşılacağı üzere kanser hastalarının evde sağlık hizmetlerinden faydalanma oranları her yıl giderek artmaktadır. Bu artışta hastaların, sağlık çalışanlarının ve sivil toplum kuruluşlarının farkında lığının artmasının katkısı büyüktür.

Ülkemizde en sık karşılaştığımız kanser türleri oransal olarak benzer sıklıkta bu hizmetten faydalandığı görülmektedir. Bununla birlikte kanser hastaları daha fazla evde sağlık hizmetine ihtiyaç duymalarına karşın bu hizmetten yeteri kadar faydalanılmadığı gözlemlenmiştir. Ülkemizde 2014 yılından sonra Palyatif bakım merkezleri ve uygulamalarında hızlı bir artış olmuştur. Ayrıca hastanelerde evde sağlık birimlerinin oluşturulması tamamlanmış olup önümüzdeki yıllarda hızlı bir artışla daha fazla kanser hastasının evde sağlık hizmetinden faydalanacağı öngörülebilmektedir.

Yaşlanmakta olan nüfusumuz düşünüldüğünde evde sağlık hizmetlerinin gelecekte çok daha önemli bir yere sahip olacaktır. Evde sağlık hizmetleri uygulaması, hastanelerdeki yığılmaları önleyerek, hasta yatış süresini kısaltacak ve tedavi masraflarını düşürerek ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır.

Evde sağlık hizmetlerinin en önemli katkıları sağlık harcamalarında düşüş sağlanması, bireyin kendi evinde sağlık hizmetine erişimi ve bakımının sağlanmasıdır. Bunlara ek olarak, kişiye özel bakım, iyileşme sürecinin hızlanması, kesintisiz kaliteli ve standart hizmet, hasta

ve yakınlarının bakım konusunda eğitimi, zamandan tasarruf, yaşam kalitesini artırma, palyatif bakım alabilmelerine olanak sağlar

Herkes tarafından ulaşılabilir evde sağlık hizmetlerinin finansmanının kamu kaynaklı olması sosyal devlet anlayışının bir gereği olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** kanser , evde sağlık hizmetleri

## **Numerical Evaluation of Cancer Patients Receiving Health Care Services At Home in Our Country between 2011 and 2017**

### **ABSTRACT**

**Objectives:** In this study, it was aimed to evaluate the accessibility of the services of cancer patients receiving health care services at home nationwide on a year-by-year basis.

**Material-Method:** In this study, cancer diagnoses between 2011-2017 were analyzed with respect to number of hospitalized visits to health care services at home. The data were obtained with permission from the Ministry of Health and the raw data were analyzed after being categorized.

**Results:** In total, 353,382 visits were made to health care teams for cancer patients between 2011-2017. The most common cancers at home are lung, prostate, colon, brain, breast, stomach and other groups, respectively. The increase in the rate of utilization of home-based health services for year-based cancer patients is given in table 2.

**Conclusion:** As can be seen from the above findings, the rate of utilization of home health services by cancer patients is increasing every year. The increase in awareness of patients, healthcare professionals and non-governmental organizations contributes to this increase.

**Key Words:** cancer, home health services

### **Kaynaklar:**

- 1- WHO Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>
- 2- World Cancer Report 2008 [http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr\\_2008pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008pdf)
- 3- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.

## 58- Rize Bölgesinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalarda Mikrobiyolojik Kültür ve Antimikrobiyal Duyarlılık Sonuçları: 5 Yıllık Değerlendirme

İlkay Bahçeci

**Giriş:** Kamu hizmetleri içinde önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetleri sunumu, sosyal devlet olmanın bir gereği olarak devletin vatandaşlarına yeterli düzeyde vermesi gereken hizmetlerin başında gelmektedir(1). Evde sağlık hizmetleri bir bütün olarak, bireyin sağlığını korumak, sağlığını en üst seviyede tutmak, sağlığı bozulan bireyi ise yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından, bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır(2). Sözü edilen bu hizmetlerle hedef, sağlık ve sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede, bireyin gereksinimi doğrultusunda, yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını amaçlamaktadır(3). Bu bağlamda evde sağlık hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir(3,4).Toplum yada hastane kökenli bir çok enfeksiyon hastalığının tanımlanmasında ve tedavisinde mikrobiyolojik kültür ve antimikrobiyal duyarlılık hala altın standart olarak kullanılmaktadır(5). Biz yaptığımız bu çalışmada Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık müdürlükleri ve kamu hastanelerinin evde sağlık hizmetleri sunumunu yapmaya başladığı andan itibaren günümüze kadar olan süre içinde bölgemizde takip edilen hastaların kültürlerinde üreyen mikroorganizmaları tanımlaması ve bunların antimikrobiyal duyarlılıklarının saptaması amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metod:** Bu çalışma, Evde Sağlık Hizmetleri Polikliniği'nin hasta kabulüne başladığı 2012 ile 2017 tarihle arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi( RTEÜ) Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapıldı. Evde Sağlık Hizmetleri Polikliniği'nin muayenesini yaptığı hastalardan alınan örneklerden yapılan kültür değerlendirmeleri ve antimikrobiyal duyarlılık sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Kabul edilen örnekler Koyun Kanlı Agar, Eozin Metilen Blue Agar, Çukulata Agar besiyerine ekildi. İdentifikasyon ve antimikrobiyal duyarlılık konvansiyonel yöntemler ve VİTEK 2 Compact System tarafından( BioMerieux, France) gerçekleştirildi. Antimikrobiyal duyarlılıkta 2017 yılına kadar Clinical Laboratory Standarts Institute ( CLSI), 2017 yılından sonra European Committee On Antimicrobial Susceptibility Testing ( EUCAST) rehberleri kullanılmıştır. İstatistiksel analizde SPSS programı (15.0. sürüm, Chicago, SPSS Inc.) kullanıldı. Nicel veriler ortalama  $\pm$  standart sapma, kategorik veriler ise sıklık (n) ve yüzde (%) ile belirtildi.

**Bulgular:**2012'den -2017 Aralık tarihine kadar toplam 1644 hasta muayenesi yapıldı. 254 hastadan kültür istemi yapılmış olup 126 hasta örneğinde üreme saptanmıştır. Tekrarlayan hasta örnekleri tek örnek olarak alınmıştır. Üreme saptanan hastaların 85 tanesi kadın, 41 tanesi erkekti, Yaş aralığı 6 ile 96 arasında değişmekle birlikte ortalama yaş  $\pm$ 75,9 idi. Örnek çeşitliliğine göre kültür ayrımı yapıldığında en fazla 104 örnek ile idrar, 14 örnek ile Yara, 4 örnek ile Kateter(Hastada Santral Venden giriş yapılarak diyaliz ve intra venöz ilaç

tedavisinde kullanılan kateter), 2 örnek ile Trakeal Aspirat, 1 örnek Kan, 1 tanede Balgam örneği şeklindedir. En fazla üreyen mikroorganizma 50 suş ile *Escherichia coli*. 15 suş *Klebsiella oxytoca*, 12 suş *Klebsiella pneumoniae*, 20 suş ile *Pseudomonas aeruginosa* 8 suş *Proteus mirabilis*, 2 suş *Proteus vulgaris* 8 suş *Acinetobacter baumannii*, 4 suş *Enterobacter aerogenes*, 3 suş *Enterococcus faecalis* 2 suş *Stafilococcus epidermitis*, 1 suş *Staflikococcus aureus*, 1 suşda *Stenotrophomonas maltophilia* idi. Antimikrobiyal duyarlılık sonuçlarında ise hiç imipenem ve meropenem direncine rastlanmazken penisilin direnci % 97,7, ampisilin direnci % 85, piperasilin direnci % 30, piperasilin tazobaktam direnci % 20, üçüncü kuşak sefalosporinlerden cefotaksim, ceftriakson direnci % 45, ceftazidim direnci % 18 gentamisin direnci % 35, amikasin direnci % 7, ciprofloksasin direnci % 40, nitrofrontain direnci ise % 20 bulunmuştur.

**Tablo 1: Örnek Çeşidi**

Kültür Çeşidi	Sayı (n)	Yüzde(%)
İdrar	104	% 82,5
Kan	1	% 0,7
Yara	14	% 11,1
Trakeal Aspirat	2	% 1,5
Kateter	4	% 3,1
Balgam	1	% 0,7

**Tablo 2: Üreyen Mikroorganizma türü ve sayısı**

Üreyen Mikroorganizma	Sayı(n)	Yüzde(%)
<i>Escherichia coli</i> .	50	% 39,6
<i>Klebsiella oxytoca</i> ,	15	% 11,9
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	12	% 9,5
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	20	% 15,8
<i>Proteus mirabilis</i>	8	% 6,3
<i>Proteus vulgaris</i>	2	% 1,5
<i>Acinetobacter baumannii</i>	8	% 6,3

<i>Enterobacter aerogenes</i>	4	% 3,1
<i>Enterococcus faecalis</i>	3	% 2,3
<i>Stafilokokoccus epidermitis</i>	2	% 1,5
<i>Staflikokokoccus aureus,</i>	1	% 0,7
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1	% 0,7

**Tartışma ve Sonuç:** Ülkemizde evde sağlık hizmetleri belediyeler tarafından organize bir şekilde yürütülürken Sağlık Bakanlığı'nın da sağlık müdürlükleri bünyesinde oluşturduğu evde sağlık hizmetleri biriminin hasta kabulüne başlamasıyla ulaşılan hasta sayısı her geçen zaman diliminde artış göstermiştir. Hastaların sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirip numunelerin kalite rehberlerine uygun şekilde alınması enfeksiyon hastalıklarının tanısını koymada altın standart olan kültürün etkin şekilde kullanılma imkanını doğurmuştur. Ve devamında spesifik tedavinin başlatılması adına uygulanan antimikrobiyal duyarlılık testleri gereksiz antibiyotik kullanımını önleyip buna bağlı oluşan antibiyotik direncini ortadan kaldırdığı gibi gereksiz ilaç masraflarının da önüne geçmiştir. Ayrıca kalite rehberlerine göre ideal kültür örnekleri alma şartları ev ortamlarında oluşturulup sağlık çalışanlarınca steril koşullara uyup alındığında evde bakım hastasının sırf bu işlemde dolayı hastaneye transferi de ortadan kalktığından hem hasta ve yakınları adına büyük bir kolaylık hem de transfer ve hastanede kalma süreci olmayacağından ekonomik olarak tasarruf sağlanmıştır. Bunlara ilaveten hasta ve yakınlarının bu işlemlerde yaşadığı kolaylık psikolojik olarak rahatlamalarına ve devletlerinden kaliteli hizmet aldıkları anlayışıyla hayata dair motivasyonlarının artması sonucunu doğuracaktır.

**Anahtar Kelimeler:** evde sağlık hizmetleri, kültür, antimikrobiyal duyarlılık

## **Microbiological Cultures And Antimicrobial Susceptibility Results On Patients Who Are Receiving Home Health Care Services In Rize Region: 5 Years Evaluation**

### **Absract**

**Introduction:** It is aimed to contribute to empiric altreatment and epidemiologic datas by observing the results of microorganism sand antimicrobial susceptibility that are produced within five years in patients who are recieving home health cares ervices.

**Material:** Retrospective evaluation of microbiological samples sent from the home health care polyclinicstothe Microbiology Laboratory of Recep Tayyip Erdoğan University (RTEÜ) Training and Research Hospital



**Results:** The specimens which were evaluated was 82.5% urine , 11.1% wounds waband 3.1% catheter. Escherichia coli was the first to be produced by the order of 39.6%, Pseudomonas aerugisae by 15.8% and Klebsiellae oxytoca by 11,9% in the third place. While no carbapenem resistance was found in antimicrobial susceptibility, ampicillin resistance was 85%, ceftriaxone resistance 45%, ceftazidime resistance 18%, quinolone resistance 40%

**Discussion and Conclusion:** The same findings were obtained in this study when urinary tracts and causative Escherichia coli were the most common infections among community-acquired infections. Professional health workers will receive both convenience and economic contribution to therecipients of the service by taking samples at home and delivering them to the laboratory.

**KeyWords:** Home healthcare services, microbiological culture, antimicrobial susceptibility

**Kaynaklar:**

- 1.Resmi Gazete. 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”. Resmi Gazete No:10705, 12.01.1961
- 2.Annual Report; Medical Management of the Home care patient. American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians, 2004
- 3.Çobanoğlu AE, Çoban M. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-HukukuTarihi Dergisi 2004,12.
- 4.Cindoruk M. ve arkadaşları Evde Bakım Hizmetleri, Akad Geriatri, 2:121-127(2010)
5. Klinik Örnekten Sonuç Raporuna Uygulama Rehberleri Klímud 2015

## 59- Malatya’da Evde Bakım Alan Hastaların Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi

Neşe Karakaş<sup>1</sup>, Erkan Pehlivan<sup>2</sup>, Recep Bentli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Malatya /Türkiye

<sup>2</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya / Türkiye

<sup>3</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Malatya İl Sağlık Müdürlüğü, Malatya / Türkiye

**Giriş:** Evde bakım hizmeti; bireylerin sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının yaşadıkları ortamda formal veya informal bakıcılar aracılığıyla gerekli hallerde teknolojiyen faydalanarak bakım süreci içerisinde karşılanmasıdır (euro.who.int,2018). Dünyada artan yaşlı nüfus oranına paralel olarak toplum içindeki engelli nüfus oranı da artmıştır. Bu durum özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri uzun dönem bakım ihtiyacını karşılayacak gelecek planlamaları yapmaya ve yeni bakım modelleri geliştirmeye itmiştir. Uzun dönem bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında en etkin model evde bakım hizmeti olarak karşımıza çıkmaktadır (Yağcıoğlu,2010:8). Evde bakım hizmeti alan hastaların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, sunulan hizmeti niteliği ve kaynaklarının doğru kullanılması açısından çok önemlidir.

**Amaç:** Bu araştırma, Malatya’da evde bakım alan hastaların genel özelliklerini, bakım gereksinimlerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmaya başlamadan önce İnönü Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alındı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumundan izin alındı. 26 Mayıs – 26 Temmuz 2017 tarihleri arasında Malatya’da evde sağlık birimlerine kayıtlı tüm hastalara ulaşılması hedeflendi. 430 aktif hastadan 383’ü (%95) belirlenen kriterleri karşıladı ve araştırmaya dâhil edildi. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formuyla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmedeki bağımsızlık düzeylerini saptamak amacıyla Barthel İndeksi kullanıldı. Ölçekten 0-20 puan arası puan alanlar tam bağımlı, 21-61 puan alanlar ileri derece bağımlı, 62-90 puan alanlar orta derecede bağımlı, 91-99 puan alanlar hafif derece bağımlı, 100 puan alanlar tam bağımsız olarak kabul edildi. Elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik programı kullanıldı. Verilerin analizinde frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma gibi

tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı. **Sınırlılıklar:** Araştırma, Malatya ili sınırları içinde yer alan evde bakım hizmeti alan hastaları kapsamaktadır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamındaki hastaların %70.5'i 65 yaş üstü, % 57.4'ü kadın, %51.7'si evli ve % 43.3'ü okur yazar değildi. Araştırma kapsamındaki hastalar en fazla inme (% 24.5), diabet (%16.4), kardiyovasküler hastalıklar(% 11.2), kanser (% 9.9), alzheimer (% 9.9), ortopedik hastalıklar (%9.1) nedeniyle evde bakım hizmeti almaktadır. Barthel indeksine göre hastaların (% 39.6) tam bağımlı, 137 (% 35.7) kişinin ileri derecede bağımlı, 45 kişinin (% 11.7) orta derecede bağımlı, 44 (% 11,3) kişinin tam bağımsız olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların %48.6'sı giyinmede, %78.3'ü yıkanmada, % 41.3'ü tuvalet ihtiyacını karşılamada, % 43.1'i beslenmede tamamen bakım verene bağımlıydı. Araştırma kapsamındaki hastalara bakım verenlerin çoğunluğu kadın, informal bakım veren ve hastaların çocuklarıydı. Hastalara bakım verenler daha fazla hastanın fiziksel bakımında (% 32.1), yemek konusunda (% 22.7) ve ev temizliği (% 21.9) konularında yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Hasta bakımı, bakım verenlerin çoğunluğunun günlük yaşantı (% 59.5) ve ev yaşantısında (% 55.1) değişiklik meydana getirmişti. Bakım verenlerin hasta bakımında en fazla yaptıkları işlerin temizlik (% 88.1) ve beslenme (% 86.9) olduğu tespit edildi. Bakım verenlerin büyük bir çoğunluğu (% 84.1) hasta bakımına ilişkin hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili (% 86.3), tedavi ile ilgili (% 41.7) ve kontrollerle ilgili (% 27.6) bilgi almaya ihtiyaç duyduklarını belirttiler.

**Sonuç:** Kronik hastalıklar yüksek ölüm oranları, sağlık harcamalarındaki artış ile sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalara benzer olarak bizim çalışmamızda da evde bakım gören hastaların çoğunluğu 65 yaş üstü ve bakıma muhtaç olmalarının temelinde kronik hastalıkları yer almaktaydı. (Uzan, 2017:8, Enginyurt, 2012:45). Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda bakım verenlerin çoğunluğunun kadın ve hastaların çocukları ya da eşleri olduğu bildirilmektedir (Zaybak,2012:48, Şahin, 2009:1, Yüksel,2007:26 ). Araştırmanın bulgularına göre bakım verenlerin çoğunluğu kadın ve hastaların çocuklarıydı. Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğu tamamen yatağa bağımlıydı. Bakım verenlerin çoğunluğunun bakım konusunda yardım aldıkları kimse yoktu. Bakım verenler hastanın daha çok fiziksel bakım, yemek yapma ve ev temizliği gibi sosyal bakım ihtiyaçlarını karşılarken zorlandıklarını ifade ettiler. Evde bakım ihtiyacının yalnızca tıbbi yönünün ele alınması, sosyal bakım yönünün göz ardı edilmesi bakımdan beklenen olumlu sonuçların ortaya çıkmasını engelleyebilir. Sonuç olarak evde bakım hizmetinin var olan sağlık ve sosyal hizmetlerle ayrıca sosyal

güvence sistemi ile entegre bir model olabilmesi için mevcut uygulamalar iyi değerlendirilmeli; iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Ülkemiz için geliştirilecek evde bakım modelinde bakımın merkezinde olan aile bireylerinin profesyonel hizmetlerle nasıl entegre olacakları ve nasıl desteklenecekleri şekillendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde bakım, evde bakım hizmeti, bakım gereksinimi

### **The Examination Of Care Needs Of Home-Care Patients İn Malatya**

**Aim:** This study was conducted to determine the general characteristics and care needs of the home-care patients in Malatya. **Method:** The study was designed in the Cross Sectional Model, and no sampling method was used in it. It was aimed to contact all the registered patients May 26 and July 26,2017. The sampling of the study consisted of the 383 patients who were registered at Home Care Health Services Units. A survey method was used to collect data by face-to-face interviews and the analysis was completed by using SPSS 21(Statistical Package for Social Sciences). **Results:** 70.5% of the patients were older than 65 years old, 57.4% were women, 51.7% were married and 43.3% were not literate. The patients are receiving home health care services due to the highest rates of stroke (24.5%), diabetes (16.4%), cardiovascular diseases (11.2%), cancer (9.9%), alzheimer (9.9%) and orthopedic diseases. According to the Barthel index, patients (39.6%) were fully dependent, 137 (35.7%) were advanced, 45 (11.7%) were moderately dependent and 44 (11.3%) patients were completely independent. Most of the caregivers included in the study consisted of women, patient's children and informal caregivers. The majority of caregivers do not receive help with care of the patient. Patient caregivers mostly need help in the physical care of the patient (32.1%). In addition, caregivers need help in cooking (22.7%) and housekeeping (21.9%). **Conclusion:** Caregivers have had the greatest difficulty in social care, such as cooking and home cleaning.

**Key Words:** Home care, home care service, care needs

### **KAYNAKLAR**

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/96467/E91884.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf), (14.04.2018)

<http://www.turkstat.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844>, (14.04.2018)

<http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>, (14.04.2018)

Enginyurt, Öngel (2012),’’Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Ve Tıbbi Durumları’’ *Smyrna Tıp Dergisi*,1,45-48.

Şahin, Polat, Ergüney (2009), ‘‘Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi’’ *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 1-8.

Uzan, Taşkın Eğici, Toprak (2017),’’Sociodemographic Characteristics and Medical Conditions of Patients under Homecare Service’’ *JAREM*, 7,117-21.

Yağcıoğlu, Güçlü, Tekin (2010) ‘‘Yatağa Bağımlı Yaşlı Hasta Gereksinimleri Hizmet Sunucuları Ve Türkiye’de Hizmet Çeşitleri’’ *Turkish Family Physician*, 1(3): 8-19.

Yüksel, Varlıbaş, Karlıkaya, Şıpka, Tireli (2007) ‘Parkinson Hastalığında Bakıcı Yükü’’ *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*, 10 (1-2), 26-34.

Zaybak, Yapucu, Güneş, İsmailoğlu ve Ülker (2012). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, 15(1),48-54.

## **60- Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamalarının Değerlendirilmesi**

**Muhammed Emin Demirkol, Zeynep Baysal, Filiz Kama, Nurgulay Güneri**

**Giriş:** Sağlıklı olmak, kaliteli hayat sürdürmek insanların en temel hakkıdır. Bireylerin bu hakkının korunabilmesi, devam ettirilebilmesi etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu alması ile mümkündür. Geçmişten günümüze nesiller boyunca evde sağlanan bakım hizmetleri, son dönemlerde teknolojinin ilerlemesi ve modern tıbbın gelişmesi ile yataklı tedavi hizmet alanlarına ve diğer sağlık kuruluşlarına yönelmiştir. Diğer yandan gelişen, değişen dünyada ortalama yaşam süresinin uzaması ile yaşlı nüfusun artması, buna bağlı kronik hastalıkların çoğalması, travmatik veya hastalıklara bağlı özürülük oranının yükselmesi gibi nedenler sağlık hizmeti alma yönünde talepleri artırmış, hastanelerde yoğunlukların oluşmasına sebep olmuştur. Mevcut hastane yatak sayısı talepleri karşılamada yetersiz kalmıştır. Ayrıca kaliteli, etkin sağlık hizmeti sunumunda eksiklikler oluşması, bakım ihtiyacı bulunan hastaların erken taburcu edilmeleri, tedavi sürecinin takibi ve sürekliliği açısından evde bakım hizmetlerinin gerekli ve önemli olduğunu ortaya çıkarmıştır. Yapılan araştırmalar, bakıma ihtiyacı olan kişilerin nitelikli, etkin, düzenli, maliyeti düşük hizmet sunumunu alabilmelerinin yalnızca hizmetin hastalara götürülmesi ile mümkün olabileceğini göstermiştir.

Ülkemizde ekonomik sorunlar başta olmak üzere bir çok nedene bağlı olarak kadınların çalışma hayatına atılması, kentlere olan göçlerin artması, geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına dönüşün olması, yaşam alanlarının küçülmesi, yaşlı, bakıma muhtaç bireylerin aile içinde bakımını zorlaştırmaktadır. Bakım ihtiyacı bulunan bireylerin, hastane sonrası tedavi/bakımlarının buldukları ortamda uzman ekiplerce devamlılığının sağlanması, yaşamlarını huzurlu, mutlu ve kaliteli olarak idame ettirebilmeleri yönünde desteklenmesi, diğer aile bireylerinin bakım yönünden yüklerinin hafifletilmesi, psikososyal yönden desteklenerek onlarla işbirliği sağlanması, evde sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından önemlidir. Evde bakım hizmetleri alternatif bir tedavi süreci değil tamamlayıcı bir sağlık hizmetidir.

### **Evde Sağlık Hizmetlerinin Ülkemizdeki Tarihsel Gelişimi:**

Osmanlı İmparatorluğu döneminde 15. yüzyılda Fatih Sultan Mehmet Han'ın 1470 tarihli Vakfiyesi'nde yatağa düşmüş, evine doktor getirme imkânı olmayan hastalara, başvurmaları halinde doktor gönderilmesi hizmetinin bulunduğu bilinmektedir.(9) Cumhuriyetin ilk yıllarında evde bakım hizmetlerinden ilk kez 24.04.1930 tarihli ve 1593

sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda söz edildiği bilinmektedir. Dünyadaki pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de bulaşıcı hastalıkların ve salgınların olması sebebi ile sağlıklı kişileri koruyabilmek, hastalığa yakalananların evlerinde tedavi ve takiplerinin yapılması amacı ile bu kanun çıkartılmıştır. 1954 yılında çıkartılan 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu ile, mecburi hizmet yükümlülüğü bulunmayan hemşirelerin serbest olarak mesleklerini yapmalarına olanak sağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığımızca 10.03.2005 tarihinde 25751 sayı ile Resmi Gazete' de Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik yayınlanmış ve yürürlüğe girmiştir. Bu Yönetmeliğin amacı; fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemektir. (md.1) Ayrıca; “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde 3895 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe girmiş olup yönerge kapsamında verilecek Evde Sağlık Hizmetleri ile ihtiyacı olan bireylere, eşitlik ve hakkaniyet ilkesi çerçevesinde, evlerinde ve aile ortamında etkin, verimli, güler yüzlü ve insan merkezli sağlık hizmeti sunulması ve tedavi birimlerimizin hizmet kalitesinin artırılması amaçlanmıştır. (Makan Onayı) 27 Şubat 2015 tarihinde 29280 sayılı resmi Gazetede “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” yayınlanmıştır. Bu Yönetmelik ile; ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasının sağlanması amaçlanmıştır.(md.1)(3)

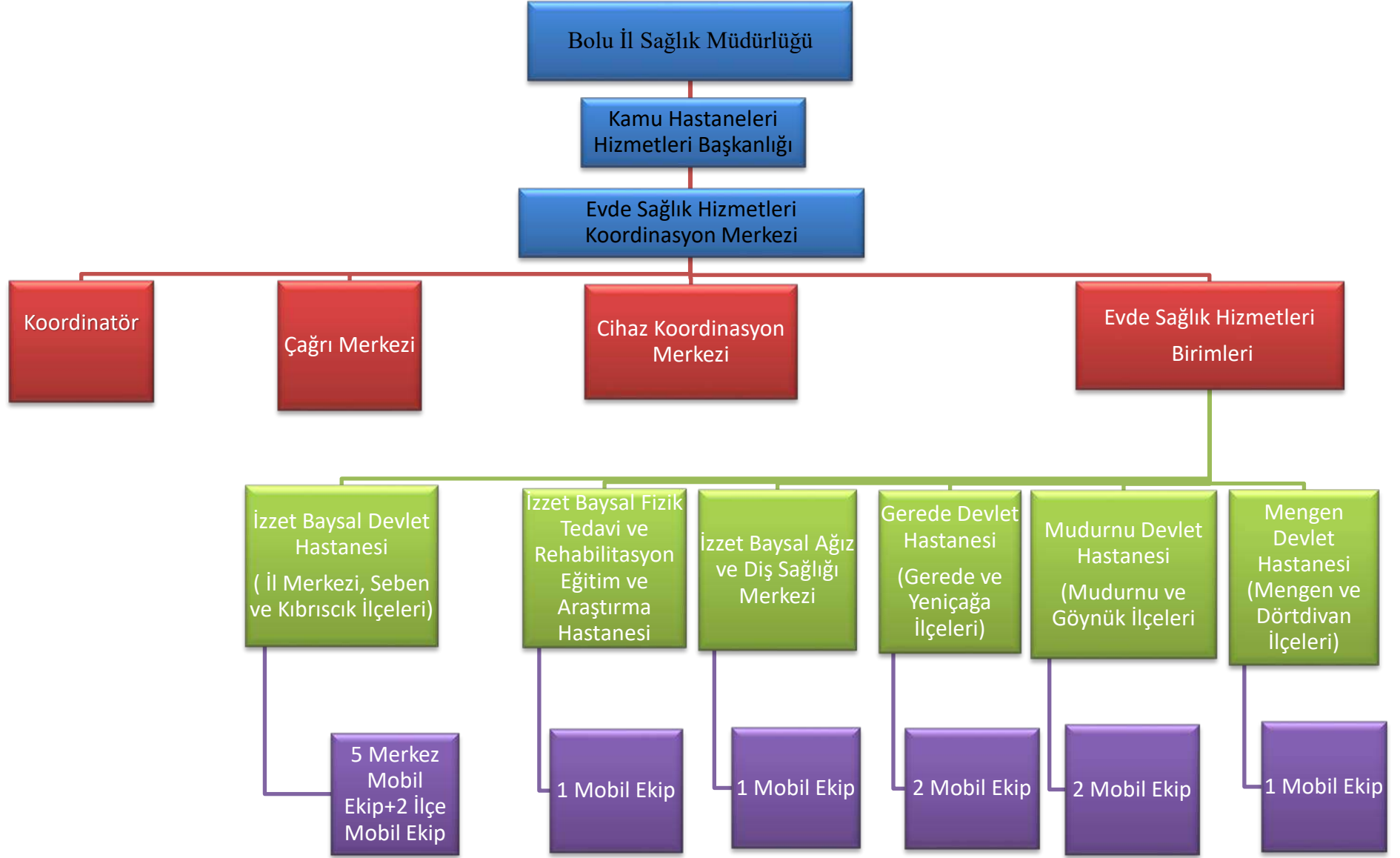
### **Bolu'da Evde Sağlık Hizmetleri**

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında da mobilize evde sağlık hizmetleri uygulamaya konulmuştur. Bakanlığımız Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yürütülen Evde Sağlık Hizmetleri 25.04.2017 tarihli ve 49644233-020-435 sayılı Makam Onayı ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna (Mülga) devredilmiştir. Bu uygulama evde sağlık

hizmetlerinin sunumunda yeni bir dönüm noktası olmuştur. Söz konusu Makam Onayına istinaden Bolu İl Sağlık Müdürlüğümüzce devir işlemlerine yönelik protokoller yapılarak, evde sağlık birimlerine ve görev alacak personellere yönelik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Devir sonrası Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde kurulan ve kurumların birleşmesi ile Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde hizmetine devam etmekte olan Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi ve Birimlerinin Organizasyon Şeması oluşturulmuştur.(Şema.1)



Şema 1. Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi ve Birimlerinin Organizasyon Şeması



Yukarıdaki birimlerimizde, biri Koordinatör hekim olmak üzere 7 (yedi) hekim, 1 (bir) dış hekimi, 1 (bir) Dış Teknisyeni, 2 (iki) Fizyoterapist, 1 (bir) Diyetisyen, 28 (yirmi sekiz) Ebe/ Hemşire, 4 (dört) Sağlık Memuru, 1 (bir) Psikolog, 1 (bir) Sosyal Hizmet Uzmanı, 9 (dokuz) Şoför, 1(bir) Tıbbi Sekreter toplam 52 (elli iki) personelle hizmet vermektedir. 24 saat esaslı Çağrı Merkezinde Sağlık Personeli çalışmaktadır. İlimizde toplamda 14 (on dört) Mobil Ekipte Evde Sağlık Hizmeti verilmekte, ekiplerimizde Hekim, Sağlık Personeli ve Şoför görev almaktadır.

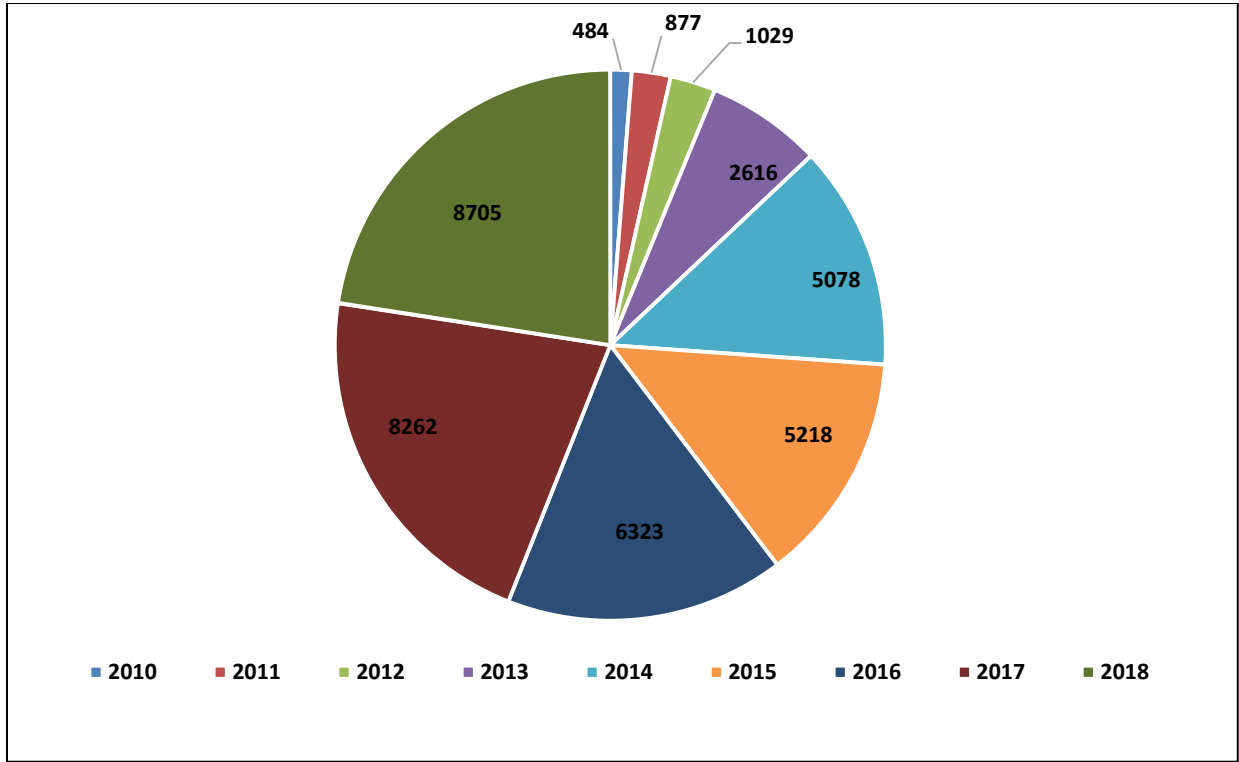
Müdürlüğümüze bağlı Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerince, psikiyatri, fizik tedavi, uzman hekim muayene ve konsültasyonları, kan alma, ağız ve diş sağlığına yönelik tedavi/ muayene, uzman hekimlerce önerilen tedavi/bakım, psikolojik danışmanlık, cihaz temini, gerekli olan sağlık kurul raporları gibi işlemler yürütülmektedir.

### **Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Veri Analizleri**

**Tablo1: Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmeti Kapsamında Ulaşılan Hasta Sayısı Verileri**

<b>YILLAR</b>	<b>ULAŞILAN HASTA SAYISI</b>	<b>BİR ÖNCEKİ YILA GÖRE ARTIŞ ORANI</b>
<b>2010</b>	484	*
<b>2011</b>	877	1,8
<b>2012</b>	1029	1,2
<b>2013</b>	2616	2,5
<b>2014</b>	5078	1,9
<b>2015</b>	5218	1,0
<b>2016</b>	6323	1,2
<b>2017</b>	8262	1,3
<b>2018</b>	8705	1,1

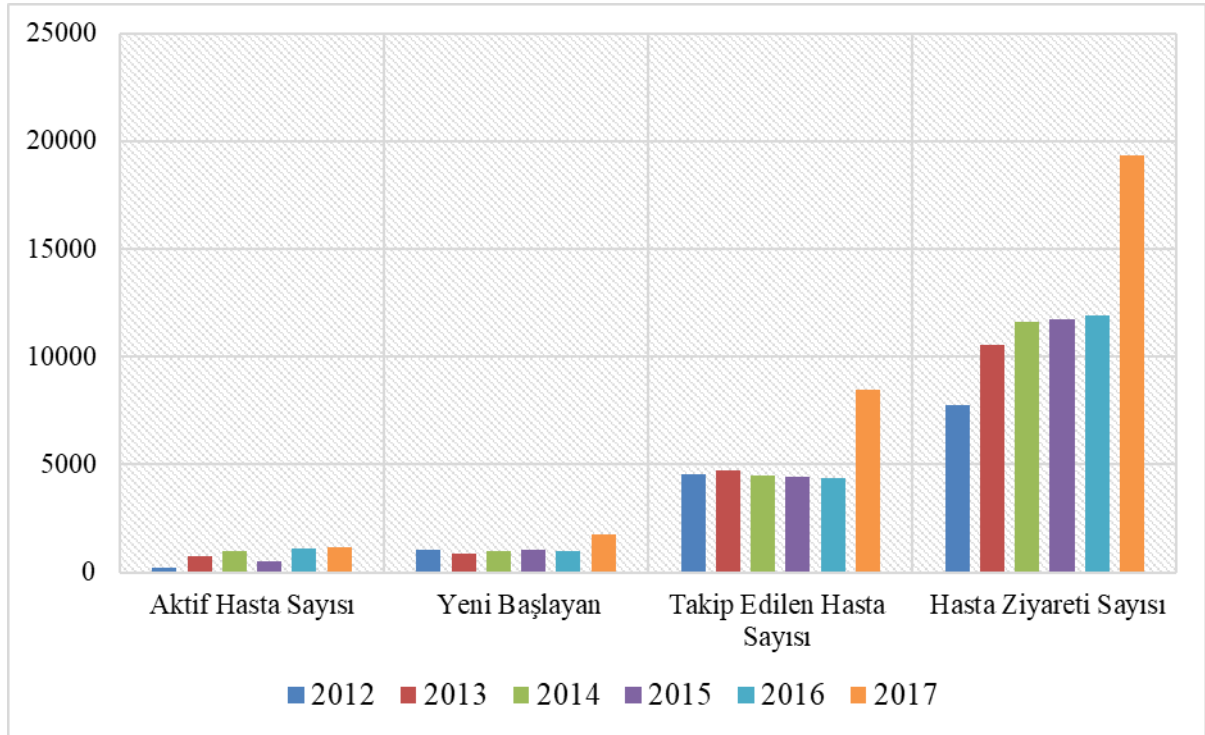
Grafik.1. Evde Sağlık Hizmeti Kapsamında Ulaşılan Hasta Sayısı Verileri Grafiği



Tablo 2: Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmet Hasta Sayısı Tablosu

YILLAR	Aktif Hasta Sayısı	Yeni Başlayan	Takip Edilen Hasta Sayısı	Hasta Ziyareti Sayısı
2012	187	1029	4521	7738
2013	724	868	4710	10553
2014	961	988	4509	11641
2015	535	1067	4419	11713
2016	1102	962	4393	11940
2017	1182	1786	8454	19368
<b>Toplam</b>	<b>4691</b>	<b>6700</b>	<b>31006</b>	<b>72953</b>

Grafik.2. Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmet Hasta Sayısı Grafiği



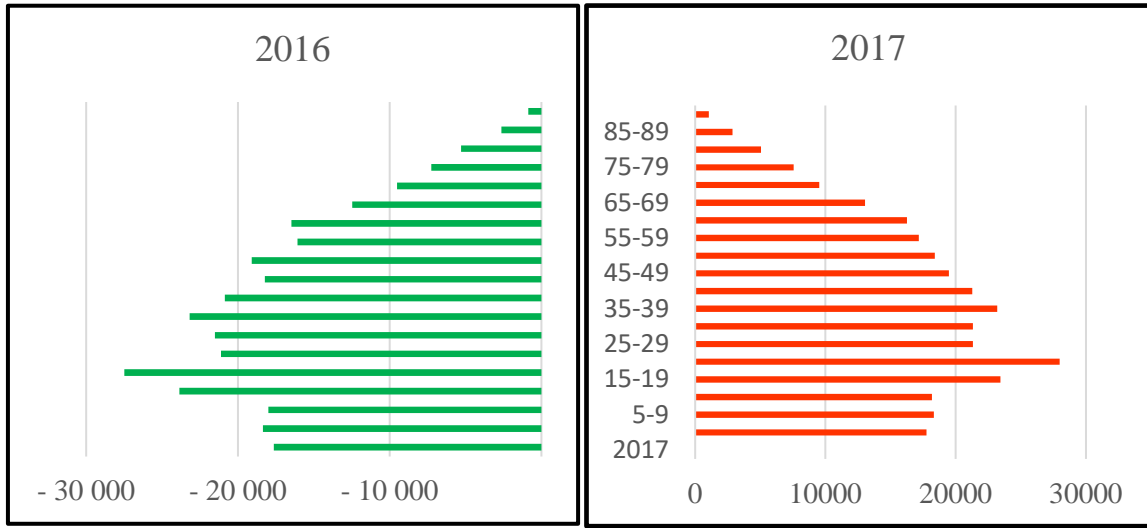
Tablo 3: Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Verilen Hizmetlerin Yıllara Göre Dağılımı

YILLAR	Enjeksiyon	Sonda Uygulamaları	Pansuman	Fizik Tedavi	Kan Alımı	Diş Çekimi	Diş Hekimi Muayenesi
<b>2012</b>	1247	776	3238	33	3135	47	57
<b>2013</b>	1375	925	4384	24	1679	12	41
<b>2014</b>	1982	1087	5828	98	961	23	38
<b>2015</b>	2537	1187	5632	8	972	22	35
<b>2016</b>	2464	1027	5932	37	986	37	69
<b>2017</b>	3547	1637	7582	113	2164	18	79

Tablo 4: 2016- 2017 Yılları Yaşlara Göre Nüfus Dağılımı

2016		2017	
TOTAL		TOTAL	
0-4	17.624	0-4	17.749
5-9	18.343	5-9	18.319
10-14	18.000	10-14	18.166
15-19	23.854	15-19	23.445
20-24	27.494	20-24	27.986
25-29	21.116	25-29	21.332
30-34	21.525	30-34	21.321
35-39	23.175	35-39	23.176
40-44	20.864	40-44	21.277
45-49	18.230	45-49	19.469
50-54	19.095	50-54	18.405
55-59	16.069	55-59	17.176
60-64	16.482	60-64	16.261
65-69	12.466	65-69	13.042
70-74	9.515	70-74	9.530
75-79	7.253	75-79	7.559
80-84	5.290	80-84	5.055
85-89	2.645	85-89	2.858
90+	856	90+	1.058
<b>TOPLAM</b>	<b>299 896</b>	<b>TOPLAM</b>	<b>303 184</b>

Grafik.3. 2016-2017 Yılları Nüfus Piramidi



**Sonuçlar:** Verilen analiz tabloları ve grafikler incelendiğinde; her yıl evde sağlık hizmeti alan hasta sayısının arttığını, ülke genelinde olduğu gibi ilimiz genelinde de yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak bakım hastasında artışlar olduğunu görmekteyiz. Evde bakım ihtiyacı olan hastaların taleplerinin Bolu İl Sağlık Müdürlüğümüze bağlı evde sağlık hizmetleri birimlerince yeterli oranda karşılandığını, hizmet ekiplerince nitelikli, düzenli hasta ziyaretlerinin gerçekleştirildiğini de veriler doğrultusunda söyleyebiliriz.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Bakım ve Tedavi

## **BOLU PROVINCE HEALTH DIRECTORATE EVALUATION OF HEALTH SERVICES APPLICATIONS AT HOME**

### **Abstract**

When it comes to home health care, patients with chronic, oncologic, respiratory, musculoskeletal, and skeletal system problems that are elderly, bedridden, disabled, needing postoperative care, can live a more qualified life in the home environment, physically, it is conceivable for them to receive quality health care services by their professional health care team to feel they are.

Ministry of Health issued the "Regulation on the Presentation of Home Care Services" published in the Official Gazette dated March 10, 2005 and numbered 25751. Since 2011,

Health Transformation Program has been mobilized to provide health services in a more effective, faster and better quality. Work and good practices in the health care services offered and presented at the national and regional health care facilities are of great importance.

With this study, it is aimed to define the profile of the patients receiving home health services within the Bolu Provincial Health Directorate, to define the quality of the services provided and to meet the needs and to make plans for improving the health service delivery at home by making daily evaluations.

**Keywords:** Home Health, Health Services, Care and Treatment

### **Kaynaklar**

1. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m>(09.04.2018)
2. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9868,2017-05-05-2-1pdf.pdf?0> (09.04.2018)
3. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> (09.04.2018)
4. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html> (10.04.2018)
5. [http://www.journalagent.com/terh/pdfs/TERH\\_20\\_3\\_153\\_158.pdf](http://www.journalagent.com/terh/pdfs/TERH_20_3_153_158.pdf)(10.04.2018)
6. <http://slideplayer.biz.tr/slide/10172587/>(erişim tarihi 10.04.2018)
7. [https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD\\_9\\_3\\_22\\_29.pdf](https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_9_3_22_29.pdf) (09.04.2018)
8. [moodle.baskent.edu.tr/mod/resource/view.php?id=47444](http://moodle.baskent.edu.tr/mod/resource/view.php?id=47444)(09.04.2018)
9. [content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../uesos.hiz.13\\_turkiye'debakimhizmetleri.doc](http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/.../uesos.hiz.13_turkiye'debakimhizmetleri.doc)
10. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/225560>(09.04.2018)
11. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059) (13.04.2018)

## 61- Evde Sağlık Hizmeti Sırasında Tespit Edilen Pnömoniye Bağlı Deliryum Olgusu

Özlem Suvak\*, Fatmanur Arslan\*, Cenk Aypak\*, Nadire Güçlü\*\*

\*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Helimliği Kliniği

\*\*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Evde Sağlık Birimi

### Özet

Bu olgu, çoğunluğu geriatrik yaş grubunda olan evde bakım hastalarımızdan birinde, deliryum kliniğiyle ortaya çıkan mortal bir pnömoni olgusudur.

71 yaşında KOAH, HT, BPH öyküsü olan erkek hasta, nefes darlığı, bilinç bulanıklığı, ağızdan beslenmede güçlük, akrabalarını tanıyamama, yer ve zamanın anlamada güçlük ve aşırı sinirlilik, yemeyi reddetme, uyku bozukluğu ve yatalak hale gelmişti. Hastanın bilinci konfüze, oryantasyon ve kooperasyonu bozulmuştu, her iki akciğerinde de, daha fazla solda, yaygın raller vardı. Hastanemiz yoğun bakım ünitesine pnömoni, akut böbrek yetmezliği, sepsis, deliryum tanısı ile yatırıldı. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve destek tedavisine rağmen yatışının beşinci gününde komaya girdi ve öldü.

Yaşlılık, demans, komorbiditelerin çokluğu, psikoaktif ilaç kullanımı, uyku yoksunluğu, dehidratasyon, hareketsizlik, ağrı, duyuşal bozukluk ve hastanede yatıyor olmak deliryum için risk faktörüdür. *Yaşlılarda en sık deliryum nedeni enfeksiyonlardır.* Bilinçte dalgalanmalar, nefes darlığı, halsizlik, iyi beslenememe gibi şikayetler evde bakım alan hastalarda bu durumlar, sadece yaşlılığın ya da genel tıbbi durumun bir parçası olarak görülmemeli, yaşlı hastalar için araya giren bir enfeksiyonun göstergesi olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** pnömoni, deliryum, yaşlı, evde bakım



## **A Delirium Case Due to Pneumonia In Medical Homecare**

### **Abstract**

This case is a, a mortal pneumonia that is appeared as delirium clinic in one of our home care patients, the majority of whom are in the geriatric age group.

A 71-year-old male patient with COPD, HT, BPH had a history of shortness of breath, blurred consciousness, difficulty in oral nutrition, inability to recognize relatives, difficulty in locating and timing sense and excessive nervousness, rejection of food, sleep deprivation and bedridden. The patient is confused, disoriented and co-operation were impaired, with more left and common rallies in both lungs. Our hospital was admitted to intensive care unit with pneumonia, acute renal failure, sepsis, delirium. Despite extensive spectrum of antibiotic therapy and supportive care, he got in coma on the fifth day of hospitalization and died.

Elderly, dementia, multiple comorbidities, psychoactive drug use, sleep deprivation, dehydration, inactivity, pain, sensory impairment and being hospitalized are risk factors for delirium. The most common causes of delirium in the elderly are infections. Complaints such as fluctuations in consciousness, shortness of breath, fatigue and getting malnourished should be considered in patients receiving home care such that these may be indicative of an intervening infection for elderly patients, not only as part of their elderly or general medical condition.

**Key words:** pneumonia, delirium, elderly, homecare

# POSTERLER

## 1- Ergani Devlet Hastanesi Sağlık Personeli Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri

**Bircan Pilatin \***, Eşref Araç\*\*

\* Selahattin Eyyubi Devlet Hastanesi,

\*\* Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil SUAM

**Amaç:** Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemler ile karşılaşan hastaların ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilerek ve etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yolları ile arttıran bir yaklaşımdır. Ülkemizde yeni yeni önemi anlaşılan fakat planlanması zaman ve dikkat gerektiren bir konu olarak karşımızdadır. Bu araştırma Diyarbakır Ergani Devlet Hastanesinde erişkin kliniklerinde çalışan sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Materyal ve metot:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma Diyarbakır Ergani Devlet Hastanesinde Mart 2017 –Nisan 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmada Araştırmaya katılmayı kabul eden 64 (43 kadın,21 erkek) sağlık personeli yer almıştır. Hastane yönetiminin yazılı izni alınarak ve çalışmada veriler, sosyo-demografik form ve literatürden yararlanılarak sağlık personelinin palyatif bakıma yönelik mevcut bilgi ve görüşlerini tanımlayıcı form kullanılarak elde edilmiştir.Veri girişi ve analiz SPSS 11.5 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır.

**Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan 64(35 hemşire, 1 diyetisyen, 29 diğer ( sağlık memuru, ebe, sağlık teknikeri vb. ) sağlık personeli oluşturmuştur. Sağlık personelinin %40,6'sı önlisans, %25'i lisans/yüksekokul mezunu, %18 'i sağlık meslek lisesi;yaş ortalaması,34,9 ± 9,4; meslekte çalışma yılı ortalamasının 11,4±10 yıl olduğu belirlenmiştir Sağlık personelinin %70,3' ü palyatif bakım hakkında bilgi almadıklarını,bilgi aldığını belirtenlerin %54,6'sı bilgiyi üniversite eğitimi sırasında ve dergilerden edindiklerini ve % 94,3' ü çalıştıkları kurumda palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim programının olmadığını ifade etmişlerdir.

Sağlık personeli palyatif bakımın anlamı ve amacını sıklıkla “son dönemdeki bireyin yaşam kalitesini yükseltmek” şeklinde ifade etmişlerdir.Çalışmaya katılan bireylerin tamamına yakını hemşire, doktor ve psikoloğun palyatif ekipte yer alması gerektiğini belirtirken daha az sıklıkta sosyal hizmet uzmanı, gönüllüler, din görevlisi ve eczacı olarak belirtilmiştir.

Sağlık personelinin palyatif bakım hizmetlerinden yararlanılabilecek hasta gruplarını %82,7 onkolojik hastalar ve %74,5'ini terminal dönem hastaları olarak belirtirken,%76,5'ipalyatif bakım hizmetinin hastane ortamında verilebileceğini ifade etmişlerdir.

Ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin henüz gelişmemesinin nedenlerini ise % 62,5'i hasta ve yakınlarının palyatif birimleri hakkında bilgi yetersizliği, palyatif merkezinin olmaması ; %30'ueğitim yetersizliği olarak ifade etmişlerdir. Sağlık personelinin %84'üpalyatif bakım temel kavramlar, ilkeleri ve %74'üiletişim, yasal ve etik konular ile ilgili eğitim programlarının ele alınması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Sağlık personelinin % 80 üstü “palyatif bakım terminal dönem kanser hastaları için sunulan hizmetleri kapsar”; “ hasta ve ailesi karar verici bir ekip üyesidir”; “palyatif bakım hizmeti multidisipliner bir ekip tarafından verilmelidir”;ve “palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır” ifadelerine; Katılıyorum/ tamamen katılıyorum şeklinde ifade etmiştir. Yaklaşık %44,2'i“palyatif bakım sadece ağrı kontrolünü içerir” ifadesine katılmadıklarını belirtmiştir.

**Sonuç:** Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi için eğitim müfredatında ve hizmet içi eğitim programlarında palyatif bakım konusuna daha geniş yer verilmesi önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif bakım, sağlık personeli, hizmet içi eğitim

### **The Perspective of The Ergani State Hospital Medical Staff on Palliative Care**

**Aim:** Aim in gearly detection and effective assessments of primarily the pain and all physical, psychosocial and mental issues to be prevented and eliminated; palliative care is an approach, which improves the quality of lives of the patients and their relatives encountering problems associated with life-threatening diseases. This study was conducted to determine the knowledge and perspective on the palliative care in the health care staff, working with adults at the clinics of Diyarbakır Ergani State Hospital.

**Material and method:** This study was conducted at Diyarbakır Ergani State Hospital between the dates of March 2017 – April 2017. The study included 64 health personnel (43 females, 21 males) who agreed to participate in the study. The current knowledge and perspective of the health care personnel on the palliative care were obtained using a descriptive form.

**Results:** 70.3% of the health personnel responded that they had not receive dany information about palliative care. Among the study participants, who expressed that they were provided with information, 54.6% of them stated that they acquired this information from the journals

during their university education. 94.3% of the participants expressed that in-service training programs were not provided on palliative care .

As regards to the underlying reasons why the palliative care services in our country were under developed, 62.5% of the study participants reported that there was a lack of information on the palliative care among the patients and their relatives and that there were no established palliative care centers; and 30% of the study participants reported the lack of education and training as the underlying cause. 84% of the participating health personnel expressed that basic concepts and principles of the palliative care should be addressed during the training programs. 74% of them, responded that communications, legal, and ethical issues associated with the palliative care should be addressed by the training programs.

**Conclusion:** In accordance with there sults obtained in the study, it may be suggested that the palliative care needs to be addressed more broadly in the education curricula and in-service training programs in order to improve the awareness.

**Keywords:** Palliativecare, health care personnel, in-service training

## 2- Evde Bakım Gereksinimi Olan Yaşlılarda Sosyal Destek İle Özbakım Gücü Arasındaki İlişki

**Funda Kavak, Abdurrezzak Gültekin, Aysel Özdemir, Emine Yılmaz**

İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

**Amaç ve kapsamı:** Yaşlanma zamana bağlı olarak ortaya çıkan vücudun anatomik yapısını ve fizyolojik işlevlerini bozan bir durumdur. Son yıllarda bilim ve teknolojik gelişmeler, hastalıkların önlenmesi, tedavi yöntemlerinin etkinliği ile tüm ülkelerde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Artan yaşlı nüfus, beraberinde birçok sağlık problemini de getirmektedir. Günümüz toplumlarında yaşlı kişiler çoğu zaman başkaları tarafından bakıma muhtaç, yalnız, mutsuz, birçok alanda işlevlerini kaybeden kişi olarak algılanmaktadır. Bu durum yaşlının olumsuz durumları içselleştirerek kendisiyle ilgili olan algısının değişmesine, bağımsızlığını kaybetmesine ve mutsuz bir hayat geçirmesine neden olmaktadır.yaşlı nüfusun hızla artması ile uzun yaşamın getirdiği yalnızlık, engellilik, kronik hastalık, psikolojik sorunlarının yanı sıra bakım ve destek gereksinimi de ortaya çıkmaktadır. Yaşlılar bu dönemde yeterli bakım ve destek alarak sağlıklı yaşlanmayı istemektedir. Sağlıklı yaşlanma; kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini korumasını, bağımsız yaşamasını devam ettirmesini ve bunun sonucunda da yaşam kalitesini arttırmasını içermektedir. Kişilerin sağlıklı yaşlanması için, bireysel özelliklerinin yanında, toplumsal açıdan sağlanan destekler de (psikososyal, ekonomik ve fizyolojik destek) önemlidir. Yaşlı nüfusun sağlıklı yaşlanabilmesi, kendi evlerinde ya da çevrelerinde bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini yapabilmeleri için evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyulabilmektedir. Yaşlı nüfusa sunulan evde bakım; yaşlının aile içinde yaşamasını ve sosyal destek almasını, fiziksel ve ruhsal sağlını olumlu yönde etkilemektedir. Evde sağlık hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle ekibin bir üyesi olarak hemşirenin yaşlılara evde sağlık hizmeti verirken, yaşlı ve yakınlarını da bakıma katmak, yaşlılara fiziksel ve ruhsal yönden destek olması gerekmektedir. Bu araştırma evde bakım gereksinimi olan yaşlılarda sosyal destek ile öz bakım gücü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma ilişkisel tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma eylül 2017-mart 2018 tarihleri arasında 2 aile sağlığı merkezi'nde (asm) gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini

türkiye'nin doğusunda bulunan 8 asm arasından yaşlı nüfus yoğunluğuna göre kura yöntemi ile belirlenen 2 asm'ye kayıtlı 65 yaş ve üzeri 2500 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü yapılan güç analizi ile 0.05 yanılğı, 0.95 güven aralığında 150 yaşlı birey olarak belirlenmiştir. Asm'ye kayıtlı yaşlı bireylerin isimleri evde bakım gereksinimlerine göre listelenip basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. 65 yaş ve üzeri olma, evde bakım gereksinimi olması, iletişime açık olma, bilincin açık olması, herhangi bir ruhsal hastalığın olmaması, işitme ya da görmeyle ilgili engelinin olmaması. Veriler araştırmacı tarafından asm'ye kayıtlı evde bakım gereksinimi olan yaşlılara ev ziyareti düzenlenerek yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında “tanıtıcı özellikler formu”, “çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği”, “öz bakım gücü ölçeği” kullanılmıştır. Her bir görüşme yaklaşık olarak 15-20 dk sürmüştür.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan yaşlıların % 55.5'inin kadın, % 40.5'inin okur-yazar, % 70.7'siinin evli % 50.7'sinin 3 ve üzeri çocuğa sahip olduğu, % 50.9'unun gelir durumunun orta düzeyde, % 45.5'inin sağlık durumlarını orta düzeyde algıladıkları belirlenmiştir. Araştırmada yaşlıların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçek toplam puanı  $40.25 \pm 2.56$ , öz bakım gücü ölçek toplam puanı  $69.75 \pm 1.45$  olarak tespit edilmiştir. Puan ortalamalarına göre yaşlıların algıladıkları sosyal destek ve öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Evde bakım gereksinimi olan yaşlılarda sosyal destek ölçek ile öz bakım gücü ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p < 0.05$ ). Yaşlıların algıladıkları sosyal destek arttıkça öz bakım güçlerinde de pozitif yönde artış meydana gelmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Araştırmaya katılan yaşlıların algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyde, öz bakım gücünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Altıparmak (2009) huzurevinde yaşayan yaşlıların algıladıkları sosyal desteği orta düzeyde olduğunu belirlemiştir. Polat ve kahraman (2013) yaşlıların algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyde olduğunu saptamıştır. Avcı ve altay (2009) yaşlıların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğunu tespit etmiştir. Uğurlu ve ark. (2010) yaşlılarda yapmış olduğu çalışmada yaşlıların öz bakım gücünün orta düzeyde olduğunu ve birçok faktörden etkilendiğini belirlemiştir. Araştırmada yaşlıların algıladıkları sosyal destek arttıkça öz bakım gücü artmaktadır. Evde sağlık bakım hizmeti veren ekibin bir üyesi olan hemşirelerin yaşlılara ve ailelerine psikolojik yönden destek vererek, yaşlıların bakımı ile ilgili eğitimler düzenleyerek yaşlıların sosyal desteklerini arttırıp, bu sayede öz bakım gücünü arttırmaları sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Bakım, Öz Bakım, Sosyal Destek, Yaşlılık

## **The Relationship Between Social Support and Self-Care Power in The Elderly with Home Care Needs**

**Aim:** This study was conducted to determine the relationship between social support and self-care power in the elderly in need of home care.

**Method:** The study, conducted as a relational descriptor, was conducted at 2 family health centers (fhc) between september 2017 and march 2018. The research population in the east of turkey by the older population density of 8 fhc determined by the method establishes two registered fhc has created 2,500 people aged 65 and over. The sample size of the study was determined as an elderly individual with an error of 0.05 with power analysis and a home care of 150 at a confidence interval of 0.95. the names of the elderly individuals registered with fhc were listed according to home care needs and were selected by simple random sampling method. Introductory characteristics form, multidimensional perceived social support scale, self-care force scale were used to collect the data. Percentage, mean, independent t test, variance analysis, kruskall-wallis and mann-whitney-u test were used in the evaluation of the data.

**Result:** 55.5% of the elderly participated in the survey, 40.5% are literate, 70.7% are married, 50.7% have 3 children and over, 50.9% are middle income, 45.5% have medium health are detected. The multidimensional perceived social support scale total score of the elderly was determined as  $40.25 \pm 2.56$  and the self care gauge scale total score as  $69.75 \pm 1.45$ . There is a statistically significant difference between the social support scale and the self-care power scale total score average in the elderly who need home care ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions and recommendations:** It has been determined that the social support perceived by the elderly participating in the research is moderate and the self-care power is moderate. As the social support perceived by the elderly increases, self-care power increases. By providing psychological support to the elderly and their families, which is a member of the home health care service, nurses can organize trainings related to the care of the elderly and increase the social support of the elderly and increase the self care power.

**Keywords:** Home Care, Self Care, Social Support, Elderly



## Kaynaklar

1. Erci, B., Yılmaz, D., & Budak, F. (2017). Yaşlı Bireylerde Özbakım Gücü Ve Yaşam Doyumunun Umut Düzeylerine Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 72-76.
2. Tel, H., Tel, H., & Yıldırım, M. (2011). Osteoartritli Yaşlılarda Özbakım Gücü. *Turkish Journal Of Geriatrics*, 14(1), 63-67.
3. Ekici, B. Ve Özdemir, S. (2003). Yaşlı Bireylerin Sağlık Ve Evde Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*, 6(4): 27-36.
4. Karahan, A. Ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. *Geriatry*, 5(4): 155-159
5. Altıparmak, Saliha. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 23.3:159-164.
6. Fadıloğlu, Ç. Ve Tokem, Y. (2004). Geriatrik Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(4): 241-246.
7. Polat, Ülkü, And Burcu Bayrak Kahraman. (2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi* 18.4: 213-218.
8. Aksüllü, N. Ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5(2): 76-84.
9. Altay, Birsen, And İlknur Aydın Avcı. (2009). Huzurevinde Yasayan Yaşlılarda Özbakım Gücü Ve Yasam Doyumu Arasındaki İlişki" *Dicle Tıp Dergisi* 36.4.
10. Uğurlu, Nezihe, Mücahit Bolat, And Selahattin Erdem. (2010). Yaşlılarda Özbakım Gücünü Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 1.2: 56-62.

### **3- Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Ruh Sağlığına Etkisi**

**Aysel Özdemir, Funda Kavak Budak, Abdurrezzak Gültekin**

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

**Giriş:** Değişen ve yaşlanan dünyada kronik hastalık oranlarının giderek artması, bakım veren ihtiyacını da önemli ölçüde arttırmıştır. Kentsel yaşama dahil olan ailelerde çalışmayan birey sayısının azalması kronik hastalıklarda bakım verebilecek kişi sayısını azaltmıştır. Kronik hastalığı olan bireyle ilgilenmek, ona yardım etmek, ailesi ve yakınları için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlanmaları ve depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon gibi birçok sorunu da beraberinde getirebilmektedir. Bakım vermenin psikolojik problem gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir. Bakım verenin yaşadığı stres sadece bakım verenin iyi oluşluğunu ve uzun dönemde hastayı destekleme yeteneğini değil aynı zamanda, hastalık sürecini ve hastadan beklenen sonuçları da etkilemektedir. Bakım verenlerin ruhsal iyilik halini koruyarak hastanın ve ailenin yaşam kalitesi artırılabilir. Bu derlemenin amacı kronik hastalıklarda evde bakım verenlerin bakım yükü ve ruh sağlığına etkisini incelemektir.

**Yöntem:** Derlemenin yapılabilmesi için, Kasım 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında Google Akademik, Yök tez, PubMed, Cochrane Library veri tabanlarında “kronik hastalıklarda evde bakım verme yükü”, “kronik hastalıklarda bakım verenin ruh sağlığı” anahtar kelimeleri ile 2007-2018 tarihleri arasındaki çalışmaları kapsayacak şekilde tarama yapılmış ve sonuçlar literatür ışığında paylaşılmıştır.

#### **Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Verme ve Bakım Yüğü**

Bakım verme; hastaya duygusal, fiziksel ya da maddi destek vermek, hastanın sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etmek, rutin sağlık bakımını, kişisel bakım, ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapmak, para yönetimi ve aynı evi paylaşmak gibi işlerin yürütülmesidir.

Hastayı destekleyen ve genellikle en çok bakımı sağlayan anahtar kişi bakım verici olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde hasta bireyin bakımı genellikle aileler tarafından verilmekte ve bu aile içi sorumluluk olarak algılanmaktadır. Bakım veren haline gelme seçilemez ve

planlanamaz bir durumdur. Bu nedenle bu duruma uyum, durum ortaya çıktıktan sonra gerçekleşmektedir.

Dökmen çalışmasında hastaların bakımlarını özellikle annelerin üstlendiğini ve bu durumun aile içi problemlere neden olabileceğini belirtmiştir.

Bakım veren kişiler üzerinde yapılan incelemeler sonunda Bakım Veren Yükü (BVY), bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir tepki olarak ifade edilmektedir. Objektif bakım verme sonuçları bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı anlamında fiziksel sorun ve sıkıntılarla ilişkilidir. Subjektif bakım verme sonuçları ise bakım verenin bu rol ile ilişkili emosyonel duygu ve tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb.) olarak açıklanmaktadır. Yapılan araştırmalarda uzun süreli bakım verme süreci sonrasında BVY'nin ciddi boyutlara ulaşabilen depresyon, anksiyete, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon, tükenmişlik ve benzeri durumlara yol açabildiği gözlenmiştir.

### **Kronik Hastalıklarda Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Ruhsal Sağlıkları**

Bakım veren bireylerin maruz kaldığı BVY dışında, bu kişilerin sıklıkla kendi ailesinden bir bireye bakıyor olması, hasta-bakım veren arasındaki duygusal yükün fazla olması, bakım verenin kendi sağlık problemleri, yeterli sosyal desteği alamıyor olmaları, boş zaman ve sosyal aktivite kısıtlılığı gibi faktörler bu kişilerde stres, anksiyete, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, umutsuzluk, öfke, kayıp ve depresyon gibi problemlerin gelişimini arttıran ve bakım verenin yaşam kalitesini düşüren dolayısı ile hasta bakımını da olumsuz etkileyen önemli sorunlardır.

Aileler hastalığın her aşamasında çeşitli güçlüklerle karşılaşmakta, çoğu kere hastalıkla yalnız başına mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Bu durum özellikle depresyonun bakım vericilerde yaygın bir sorun olarak görülmesine neden olmaktadır. Bakım vericilerin bakımı sürdürmede yalnız veya yardımsız kalması, tükenmişlik yaşamasına, yetersiz kalmasına ve bakımın aksamasına neden olabilmektedir.

İnan, şizofreni hastalarına bakım veren aile üyeleri ile yaptığı çalışmada bakım verenlerin % 65'inin ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığını bildirmiştir (İnan & Duman, 2013).Yapılan çalışmalarda; psikiyatri hastalarına bakım verenlerin; %23.3'ünün duygusal tükenme,

%26.3'ünün duyarsızlaşma,%27.8'inin kişisel başarıda yetersizlik, %18.3'ünün depresyon yaşadığı saptanmıştır.

Karahan, engelli bireylere bakım verenlerle yaptığı çalışmasında, anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğunu tespit etmiştir (Karahan & İslam, 2013).

Özellikle inme, parkinson ve alzheimer gibi nörolojik hastalıkların varlığında bakım veren kişilerin fiziksel ve ruhsal sağlığının kötüleştiği ve tükenmişliğin arttığını gösteren çalışmalar vardır. İnme hastalarının bakım verenlerinde yaşanan yükün özellikle hastanın bağımlılık düzeyi ve kognitif fonksiyonları ile ilişkili olduğu ve bakım verme süresi ve gün içerisinde hastaya ayrılan zaman arttıkça ruhsal sıkıntıların yaşanma olasılığının artacağı bildirilmektedir.

Bakım verenin etkili baş etme yöntemleri kullanması ruh sağlığını korumada önemli bir basamaktır. Yapılan çalışmalar, duygusal baş etme yöntemleri kullanan bakım verenlerin daha sık stres ve depresyona maruz kaldığını göstermektedir. Bu noktada problem çözmeye yönelik yöntemlerin (problem çözme, sosyal destek arama, hastalığı kabul etme, hastanın tedavisine aktif olarak katılma gibi) etkinliği açık ara öndedir.

**Sonuç:** Sağlık profesyonelleri tarafından bakım verenlere yönelik uygun girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde bakım verenlerin ruh sağlığıyla ilişkili faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Ayrıca hasta tanı konulduğu andan itibaren bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin, baş etme yöntemlerinin, ruhsal sağlık durumlarının değerlendirilmesi, hasta taburcu olduktan sonrada aile ile işbirliğinin sürdürülmesi ve bakım verenlerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede;problem çözme, atılgan davranış kazandırma,kendine güveni geliştirme, umudu geliştirme,toplumsal kaynaklara ulaşma gibi konularda bakım verenlerin baş etme becerilerini güçlendirmeye yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım Yüğü, Bakım Veren, Kronik Hastalık, Ruhsal Hastalık

## **The Care Load and the Effect on the Mental Health of the Home Caregivers in Chronic Diseases**

### **Abstract**

**Introduction:** The increasing proportion of chronic illnesses in the changing and aging world has significantly increased the need for caregivers. Providing care for the individual with a chronic illness also increases the occurrence of psychological problems.

**Aim:** This review was carried out to investigate the effects of home caregivers on care load and mental health in chronic illnesses.

**Results:** Caregiving individuals are at risk for development of many mental problems such as stress, anxiety, shame, guilt, fear, helplessness, anxiety, anxiety, hopelessness, anger, loss, burn out and depression.

**Conclusion:** It is important for health professionals to determine the mental health-related factors of caregivers in the planning, implementation and evaluation of appropriate interventions for caregivers. It can improve the quality of life of the patient and the family by maintaining good mental health of caregivers.

**Keywords:** Care Load, Caregiver, Chronic Disease, Mental Health

### **Kaynaklar**

Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011; 3(3):513-552.

Özlü A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:89-94.

Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi - Archives of Neuropsychiatry 2009; 46(Özel Sayı):38-42.

Macneil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, WilliamsonGM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: the central role of caregiver anger. *Gerontologist* 2010; 50:76-86.

Idstad M, Ask H, Tambs K. Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health* 2010; 10:516.

Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z et al. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21:203-212.

Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2011; 3(2):251-277.

Kim KS, Kim BJ, Kim KH, Choe M, Myungsun Y, Yang-Sook H et al. Subjective and objective caregiver burden in Parkinson's disease. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2007; 37:242-248.

Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012; 3(1):3-38.

Şengün İnan F, Çetinkaya Duman Z. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyo-demografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;16:4.

Karahan AY, İslam S. Fiziksel engelli çocuk ve yaşlı hastalara bakım verme yükü üzerine bir karşılaştırma çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2013;3: 1-7.

Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015;6(1):33-39

Tel H, Ertekin Pınar Ş. Kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;4(3):145-152

#### 4- Şizofreni Hastalarında Evde Bakım Hizmetleri

**Abdurrezzak Gültekin, Aysel Özdemir, Funda Kavak**

İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi /Malatya

**Giriş:** Dünyadaki insan nüfusunun yaklaşık 4’te 1’i hayatı boyunca en az bir ruhsal hastalık geçirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından saptanan verilere göre bireyde yeti yitimine sebep olan on ruhsal hastalıktan bir tanesi şizofreni hastalığıdır. Şizofreni hastalığının yaşam boyunca görülme riski oranı yaklaşık olarak %1’dir. Şizofreni hastalarının kendi başlarına günlük yaşam aktivitelerini yeterince yerine getirme konusunda eksik kaldığı bilinmektedir. Şizofreni hastalarının büyük çoğunluğu hastanede yatmak zorunda kalmaktadır. Hastanede şizofrenihastalarına verilen tedavi tek başına istenen düzeyde olmamaktadır. Şizofreni hastalarına verilen tedavi ve bakımın ev ortamında da devam etmesi gerekmektedir.

Şizofreni hastalığı hastayı olumsuz etkilediği gibi hastanın ailesini de olumsuz yönde etkilemekte ve strese neden olmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda kronik ruhsal hastalığı olan ailelerde ruhsal sağlık sorunu görülme olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir. Barrowclough ve Tarrier, şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu gelişme ihtimalinin %55 olduğunu saptamıştır. Amerika’da yapılan bir çalışmaya göre şizofreni hastasına bakım verenlerde depresyon görülme oranı %40 olarak belirlenmiştir. Şizofreni hastalarına hastaneye ek olarak evde bakım (sağlık) hizmetleri verilebilmektedir. Evde verilen bakımda hem hasta sayısının az olması hem ev ortamının olması hastaların iyileşme hızında artış meydana getirmektedir..

**Yöntem:** Bu derlemenin yazılabilmesi için Aralık 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında Google Akademik, Yöktez, Medline, ScienceDirect, Cochrane Library veri tabanlarında “şizofreni, korumalı evler, evde bakım, evde sağlık hizmetleri, toplum ruh sağlığı merkezi” anahtar kelimeleri ile 2003-2018 tarihleri arasındaki çalışmaları kapsayacak şekilde tarama yapılmış ve sonuçlar literatür çerçevesinde paylaşılmıştır.

#### **Türkiye’de Korumalı Evler Projesi**

İtalya hastane temelli bakımdan toplum temelli bakıma öncülük yapan ülkelerin başında gelmektedir. İtalya 1970’li yılların başında depo hastaneleri olarak kullanılan büyük hastanelerden toplum ruh sağlığı merkezi (TRSM) açmasıyla ilk toplum temelli bakıma

geçerek hizmet vermiş ülkedir. Toplum temelli bakıma geçme modeli İtalya'dan sonra Avrupa'nın çoğu ülkesinde geçmeye başlanmıştır. Toplum temelli bakım modeli Dünya Sağlık Örgütü tarafından benimsenmiş ve desteklenmiş durumdadır. Toplum temelli hizmet modeline uygun olarak Hollanda'nın başlattığı "korumalı evler" projesi birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de ilgi odağı olmuştur. Korumalı evlerdeki amaç hastaları topluma kazandırmaktır. Korumalı evler evde bakım sayesinde şizofreni hastalarının hastane dışında günlük toplum yaşantısına uyumu arttırmaktadır. Korumalı evlerde ortalama 4-5 şizofreni hastasından oluşan ev ortamında eğitimler verilerek topluma adaptasyonu sağlanmaktadır. Evlerde şizofreni hastalarının toplum tarafından dışlanmasının önlenmesi ve şizofreni hastalığı hakkında farkındalık kazandırılması sağlanmaktadır. Ülkemizde Elazığ Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi hastane yönetiminin "Kronik şizofreni hastalarında rehabilitasyon ve korumalı ev" toplum temelli projesi 2005 yılında ilk defa uygulanmaya başlanmıştır. Korumalı evler projesi Hollanda ile yeterli iletişim ve eğitimler sonucunda uygulanmaya başlanmış ve Avrupa'da kabul görmüştür. Bu proje ile şizofreni hastalarının hastanede daha kısa süre kalması, evde bakım ile daha etkin bir şekilde aile desteğinin sağlanması, kendi başlarına bakımı ve rehabilitasyonu amaçlanmıştır. Türkiye'de ilk iki korumalı ev 2005 yılında beş kadın şizofreni hastası ve 5 erkek şizofreni hastasının ayrı evlerde kalmasıyla geçiş evleri olmuştur.

### **Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ve Evde Bakım**

Türkiye'de ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) 2008 yılında Bolu'da hizmete girmiş, sağlık bakanlığının verilerine göre 2015 Ağustos ayında TRSM sayısı 80 olmuş ve sayıları gün geçtikçe artmaktadır. TRSM'de birçok eğitim programı verilmektedir. Bunlar düzenli ev ziyaretleri, tedaviye uyum programları, ruhsal eğitim programları, bireysel ve toplumsal beceri eğitimleri, uğraşı işleri (el sanatları, resim, müzik vs.) gibi beceriler TRSM'de kazandırılmaya çalışılmaktadır. TRSM'de amaç şizofreni hastalarının yaşam kalitesini artırma, genel ve sosyal işlevsellik düzeyinde yükselme sağlama ve yeti yitimini azaltmaya yönelik olarak amaçlanmıştır. TRSM'ler gerek sosyal psikiyatri açısından, gerekse toplum temelli ruh sağlığı uygulamasına uygun yapılanmalardır. Aynı zamanda şizofreni hastalarına uygun ev ortamı hizmeti vermeye çalışmaktadır.

Evde sağlık hizmeti alan şizofreni hastalarında hastalığının daha olumlu geçtiği bilinmektedir. Şizofreni hastaları hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakımda bir destekleyici bakım verilmediği zaman hastalar tedavilerini bırakabilmektedir veya hastaneye tekrar yatış yapmak zorunda kalabilmektedir. Şizofreni hastalarının sağlık personeli tarafından evde takibi oldukça önemlidir. Şizofreni hastalarına ev ortamında verilen psikososyal destek



programları sayesinde şizofreni hastalarının ve ailelerinin stresle baş etme becerisi gelişmektedir. Uygun terapi yöntemleri ile şizofreni hastalarının benlik saygısının geliştirilmesiyle hastalığı ve çevresi hakkında farkındalık kazanabilmektedir. Sağlık personelinin evde bakımda şizofreni hastasını, hastanın bakıcısı veya hastanın ailesini de bakıma katarak hastanın bireysel, sosyal beceri ve işlevsellik düzeyinde artış meydana gelmesine olanak sağlamaktadır. Sağlık personeli şizofreni hastalarına gerek ev ödevi vererek gerekse telefonla arayarak, hastanın tedavisini ve bakımını desteklemekte ve hastanın kendine güvenini oluşturabilmektedir. Sağlık personelinin şizofreni ailelerine verilen destek eğitimleri, ailenin stresle baş etme düzeyini olumlu yönde etkilediği ve evde hastaya verdiği bakımın kalitesinde artış meydana getirdiği belirtilmiştir.

**Sonuç:** Sonuç olarak hastanın evde bakımı sabır ve zaman gerektiren uzun bir süreçtir. Şizofreni hastalarının sağlık personeli tarafından bütüncül yaklaşım içerisinde değerlendirilmesi hastalığın tedavisinde önemlidir. Sağlık personeli evde bakım hizmeti verirken hasta, hastane ve aile ile işbirliği içerisinde olarak, hem ailenin bakım yükünü azaltır hem de daha kaliteli bir bakım verilmiş olur. Evde sağlık hizmetleri sayesinde hasta ve ailesi stresle başa çıkma becerileri geliştirebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Bakım, Hasta, Şizofreni

## Home Care Services For Schizophrenia Patients

### Abstract

**Introduction:** About 1 in 4 people in the world have at least one mental illness through out their lives. According to the World Health Organization (WHO), one of the ten mental diseases that cause disability in the individual is schizophrenia. Schizophrenia is a chronic disease characterized by emotional, thought, perception and behavioral disorders. Schizophrenia causes psychosocial disorder and disability. Patients with schizophrenia are given care as well as treatment in the home environment in addition to the hospital. As homecare / health services are allover the world, our country is getting more and more important everyday.

**Aim:** The purpose of this article is to raise awareness about homecare practices in patients with schizophrenia.

**Results:** Schizophrenia is a chronic disease. For both the patient and the caregiver, many psychological problems such as stress, anxiety, shame, social isolation, fear, anxiety, hopelessness, anger, loss, burnout, stigmatization and depression can be caused.

**Method:** In order to be able to write this compilation, the keywords "schizophrenia, sheltered homes, homecare, home health services, community mental health center" in the databases of Google Academic, Yöktez, Medline, Science Direct and Cochrane Library between December 2017 and February 2018, and the results were shared in the literature.

**Conclusion:** As a result, the homecare of the patient is a long process requiring patience and time-consuming. Consideration and evaluation of schizophrenia patients in a holistic approach by health personnel is important in the treatment of the disease. The fact that the patient is cooperating with the patient's family while providing health care staff with homecare services both reduces the burden of care for the family and gives a higher quality care.

**Keywords:** Home Care, Patient, Schizophrenia

## Kaynaklar

1. Ensari, H. (2013) *Türkiye’de ilk toplum ruh sağlığı merkezi açılış süreci... Düünden Bugüne Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Deneyimleri* (2008-2013). İstanbul, Nobel Matbaacılık.
2. Saruç, S ve Kaya Kılıç, A.,(2015). Social Profile of Patients Receiving Service from Community Mental Health Center and Provided Services in the Center. *Toplum ve Sosyal Hizmet*.(26) 2: 53-71.
3. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2013;14(2):108- 14.
4. Namlı M. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nce Türkiye’de İlk kez uygulanan korumalı ev projesi. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2008;9(Ek Sayı 1):E24-E25.
5. Baykara, S. (2017). Protected housing Project constituted for the first time in Turkey by Elazığ Mental Health Hospital from 2005 to 2017. *Journal of Mood Disorders (JMOOD)*. 7(3):181-184.
6. Öztürk MO, Uluşahin A (2011) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. Yenilenmiş 11. Baskı.* Tuna Matbaacılık, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, s: 306-307.

7. Addington JMA (2005) Three-year out come of family work in an early psychosis program. *Schizophr Res*, 79:107-116.
8. Li J, Lambert CA, Lambert VA (2007) Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's republic of china. *Nurs Health Sci*, 9:192-198.
9. Pharoah F, Mari J, Rathbone J ve ark. (2006) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4.Art. No:CD000088.DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub2.
10. Kavak, F., Ekinci, M. (2014). Kendi Evlerinde Yaşayan ve Korumalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(1).
11. Kaya, H., Özkan, B., Ayhan, F., Gökalp, G. (2015). Evde Bakımda Kanıta Dayalı Psikososyal Müdahaleler. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*. 2(2).
12. Günay Molu, N., Birgül Özkan , B. Özcan, A. Mental Retardasyon ve Şizofrenide Evde Bakım; Olgu Sunumu, (2016). *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*. 5(4): 126-133.
13. Dikeç, G., Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 6(1): 40-6.
14. Soylu, C., Topaloğlu, C. (2015). Bilişsel Davranışçı Terapide Ev Ödevi Uygulamaları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 7(3): 280-8.
15. Doğan, D., (2016). Düünden bugüne Türkiye'de sosyal psikiyatri uygulamaları *Anatolian Journal of Psychiatry*. 17(2):136-142.
16. Barrowclough C, TARRIER N. The family questionnaire (FQ): A scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108:290-296 .
17. Magana SM, Garcia JIM, Hernandez MG, Cortez R. Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 378-384.

## 5- Herediter Mide Kanserleri

**Hasan Anık\***, **Nuran Elçin\*\***, **Barış Mutluer\*\*\***, **Şirin Nil Kılıç\***

\* Gaziemir Belediyesi Evde Bakım Birimi, Marmara Ambulans (MAYDAY) Ltd. Şti.

\*\* Gaziemir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü

\*\*\* Marmara Ambulans (MAYDAY) Ltd. Şti.

**Giriş:** Mide kanseri dünyada yaygın olarak görülen multifaktöryel ve kompleks bir malign hastalıktır(1). Sigara, aşırı alkol tüketimi, HelicobacterPylori(HP) ,EbsteinBarr Virüsü(EBV),genetik faktörler kanser gelişiminde rol oynamaktadır. Sporadik vakalar daha sık Ailevi mide kanserleri ise daha nadir görülmektedir.

**Amaç:** Hereditermide kanserleri çalışmamızda, aile öyküsü pozitif olan kişilerin kanser yönünden yakın takibinin gerekli olduğuna dikkat çekmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Ailevi mide kanserleri kabaca 5 gruba ayrılmaktadır.(2)

1-Herediter diffüz mide kanseri (HDMK)

2-Ailevi intestinal tip mide kanseri (AİMK)

3-Gastrik adenokarsinom (GA)

4-Midenin proximalpolipozis sendromu(MPPS)

5-Morfolojisi bilinmeyen ailevi gastrik kanser (AGK)

Bu çalışmada Ailevi mide kanserlerinden HDMK kriterlerine uyan 2 olgu sunulmaktadır.

**Bulgular:** Olgu-1: H.A.66 yaşında erkek hasta olup sigara ve alkol kullanmamaktadır. Özgeçmişinde, 15 yıllık Diyabet hastası olup soy geçmişinde, bir amcası mide kanserinden ölmüş. Hastanın 3 ay öncesinde kilo kaybı ve mide bölgesinde ağrı başlamış.10/11/2017’ de yapılan endoskopide fundus–corpus bileşkesinden başlayıp dışarı protrüde büyük ülsero-vegetan kitle saptandı. Alınan biyopsi AdenoCa olarak bildirildi.HP (+) saptandı. 13/12/2017’de çekilen PET/CT raporunda ;mide fundus ve corpusunda diffüz duvar kalınlaşması ,yaklaşık 11 cm’lik bir segmentle devam etmektedir.Mide kaudalinde pankreas ile büyük kurvatur arasında 1 cm çapında metabolik aktivite gösteren birkaç adet lenf bezi saptanmıştır.İnoperabl kabul edilen hastaya 6 kür kemoterapi planlandı.2 kür uygulandı.Genetik araştırma yapılmadı.Hastanın onkoloji takibi devam etmektedir.

Olgu-2: Hasta N.K. Olgu 1'in kızı olup 42 yaşında evlenmemiş ve 15 yıl süreyle sigara (3 paket/gün) ve aynı sürede alkol (2 gün /hafta ) içme öyküsü mevcut. Karında ağrı,şişkinlik ve kusma nedeniyle hastaneye başvurmuş Nisan 2016'da ameliyat olmuş . Laparoskopik yolla peritondan alınan kitlesel biyopside; mide kaynaklı peritonitiskarsinomatoza tanısı kondu. Endoskopik mide biyopsisinde, proximal Corpus Adeno Caprimer odak olarak saptandı.HP (+) saptandı.Bugüne kadar toplam 20 kür kemoterapi ve 2 kür radyoterapi seansları uygulandı.13/12/2017'de yapılan kontrol PET CT 'de ; Karaciğer sol lobsubsegment 2'dehipermetabolik FDG (Florodeoksiglikoz) tutulumu izlenmekte olup metastatik açıdan anlamlı olabilecek bu görünümün kontrastlı görüntüleme yöntemleriyle birlikte değerlendirilmesi uygun olacaktır.Mideproximal bölümünde ;heterojen yapıda hipermetabolik FDG tutulumu izlenmekte olup primermalignite açısından anlamlıdır.19/1/2018' de yapılan rutin kontrollerinde; GGT:98 ,Alb:4,4 Kr:1,35 ,Ca-125:78 Hct:31,2 Lökosit:4390 olarak saptandı.Hastanın onkolojik takip ve tedavisi devam etmektedir.

**Tartışma ve Sonuç:** Mide kanseri en sık beşinci kanser olup kanser ölümlerinde dünyada üçüncü sıradadır(3). Her yıl yaklaşık 1 milyon kişiye mide kanseri tanısı konmakta olup bunların %70-85'i tanıdan itibaren ilk 5 yıl içinde ölürlür. Morfolojik olarak heterojen görünümde olan mide karsinomlarının en sık kullanılan histopatolojik sınıflandırmaları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) ve Lauren sınıflandırmalarıdır;

Mide karsinomu vakalarının yaklaşık %10-20'si ailevi yatkınlık gösterir (2). Buna karşın, mide karsinomlarının küçük kısmı (yaklaşık %1-3) tanımlanmış genetik tümör predispozisyon sendromları ile açıklanabilir. Li-Fraumeni, Lynch, Peutz-Jeghers, BRCA1 ve BRCA2 germline mutasyonları, MUTYH-ilişkili adenomatöz polipozis, familial adenomatöz polipozis (FAP), Cowden sendromları olan ailelerde, genel topluma göre artmış mide kanseri insidansı mevcuttur ve bu mide kanserleri genelde intestinal tiptir .

Mide karsinomlarının belli ailelerde toplandığı görülmekle birlikte bunların büyük kısmında alta yatan etken bilinmemektedir.

Klinik tanı kriterleri, ülkedeki mide kanseri insidansının düşük veya yüksek olmasına göre değişmektedir. Yüksek mide kanseri insidansı olan Japonya, Portekiz gibi ülkelerde; 1) en az üç akrabada intestinal tip mide karsinomunun görülmesi ve bunların en az birinin diğer ikisinin birinci dereceden akrabası olması; 2) birbirini takip eden en az iki nesilde intestinal tip mide karsinomunun görülmesi; 3) olgulardan birinde tanının 50 yaş öncesinde konmuş olması kriterleri geçerlidir. Mide kanseri insidansı görece düşük olan ülkelere ise; 1) biri 50

yaşından önce tanı almış en az iki birinci veya ikinci derece akrabada intestinal tip mide kanseri veya 2) tanı yaşına bakılmaksızın, üç veya daha fazla akrabada intestinal tip mide kanseri olması AIMK'ini düşündürmelidir

HDMK, erken başlangıçlı multipl taşlı yüzük hücreli mide karsinomları ile seyreden, yüksek penetranslı, otozomal dominant bir kanser sendromudur. HDMK sendromunda, mide kanseri tanısı ortalama 38 yaşında verilir ve 80 yaşına gelindiğinde kümülatif diffüz gastrik karsinom riski erkekler için %67-70, kadınlar için %56-83'tür. HDMK için klinik tanı kriterleri, 1999'da ortaya atıldıktan sonra 2010 ve 2015'te gözden geçirilmiş olup son hali şu şekildedir:

1. Ailede\*(aile = birinci ve ikinci derece akrabalar ) yaştan bağımsız olarak biri diffüz iki mide karsinomu bulunması
2. 40 yaş öncesi bir diffüz mide karsinomu tanısı
3. Ailede\* /kişide diffüz mide kanseri ve lobüler meme karsinomu hikayesi (tanılardan biri 50 yaş öncesinde koyulmuş)

Meme ve kolon kanserleri için HDMK popülasyonunda tarama/rehberlik prosedürleri ile ilgili konsensus yoktur. CDH1 germline mutasyonu taşımayan ailelerde hangi genetik değişikliklerin bulunduğu ve bunların klinikte farka yol açıp açmayacağı, HDMK ailelerindeki gençler/çocuklar için takibin ve olası cerrahi kararı- nın nasıl verilmesi gerektiği, profilaktik gastrektomi dışında olası tedavi yöntemleri henüz bilinmemektedir. Ayrıca deneysel olarak HDMK çalışmak için hayvan modellerinin oluşturulması gibi birçok konuda da ek çalışmalara gereksinim vardır.

Son zamanlarda, mide kanseri gelişiminde stem hücrelerin merkezi bir rol oynadığı ve tümörün, midedeki ve/veya kemik iliğinden çıkan stem hücrelerden türemiş olduğu şeklinde düşünülmektedir. Son yıllarda tüm dünyada mide kanserinin insidans ve mortalite oranları azalmaktadır. Düşük sosyoekonomik toplumda risk fazla iken, yüksek riskli bölgeden düşük riskli bölgelere göç edenlerde mide kanserine yatkınlık devam eder. Proksimal mide kanserlerinde son yıllarda artış olurken, distal kanserlerde azalma olmaktadır. Kardial kanserleri, distal kanserlere göre daha kötü prognozlu, biyolojik olarak daha agresif olmaktadır. İntestinal tip mide kanseri, genelde H. pylori ile ilişkilidir ve prognozu, diffüz tip mide kanserine göre daha iyidir.

Toplumda olası olguları yakalamak için klinik değerlendirmelerin tam yapılması, genetik testlerin optimize edilmesi ve temel bilim araştırmaları bu konudaki bilgi birikimimizi arttıracaktır. (2) Ailesel öyküsü olanların daha dikkatli ve yakın takibi önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Mide, Kanser, Genetik

## **Hereditary Stomach Cancers**

### **Abstract**

Stomach cancer is the fifth most common cancer and is the third most common cancer death in the world (3). Approximately 1 million people are diagnosed with stomach cancer every year and 70-85% of them are diagnosed with in the first 5 years after diagnosis. Smoking, excessive alcohol consumption, H.Pylori, EBV, genetic factors play a role in cancer development. Sporadic cases are more common and Hereditary Gastric Cancer (HDGC) is more rare. Clinical features of the case are presented. Case-1: HA. A 66-year-old man is a male patient and does not smoke or use alcohol. His uncle died of stomach cancer. Adenocarcinoma was diagnosed by endoscopic biopsy in 2017. He was diagnosed with adenocarcinoma. Case-2: She was single at age 42 and was the daughter of Case 1. She had been using cigarettes and alcohol for 15 years. Endoscopic biopsy corpus adenocarcinoma was diagnosed in 2016. 20 cure chemotherapy and 2 cure radiotherapy were applied.

Clinical diagnosis criteria for HDGC were reviewed in 2010 and 2015 after being introduced in 1999 and the final version is as follows:

1. In the family (family=first and second degree relatives), there are two diffuse gastric carcinomas, regardless of age
2. A diagnosis of diffuse stomach carcinoma before 40 years of age
3. Diffuse stomach cancer and lobular breast carcinoma in the family\* / person (one of the diagnoses is placed before 50 years of age)

In this study, two cases that meet the HDGC criteria are presented.

**Keywords:** Stomach, cancer, genetic.

### **Kaynaklar:**

1-Vedat Göral. Mide Kanserinde Etyopatogenez. Güncel Gastroenteroloji.19/1, 48-56. 2015.

2-Güneş Güner, Aytekin Akyol. Hereditör Mide Kanserleri.Güncel Gastroenteroloji. 21/1, 38-44. 2017

3-Lindsey A. Torre, Freddie Bray, RebecaL. Sieges. Global cancer statistics, 2012 ACS, March 2015 (87-108).



## 6- Evde bakımda basınç yaralanmaları: Hastalar risk altında mı?

**Pınar Avşar\***, **Derya Karakaya\*\***

\*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

\*\*Ankara Ulus Devlet Hastanesi

Basınç yaralanmaları, akut veya kronik hastalığı olan tüm bireylerde sık karşılaşılan önemli bir sağlık problemidir. En sık görülen *kronik yara* türü olan 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). Basıncın yol açtığı doku hasarını tanımlamak için çeşitli terimler kullanılmıştır. Bunlar yatak yarası (bedsore), dekübit ülseri (decubitusulcer), dekübit (decubitis), basınç ülseri (pressureulcers), basınç yarası (pressuresore) ve basınç yaralanması (pressureinjury) kullanılan terimlerden bazılarıdır. Yara bakım hemşireliğinin gelişmesine paralel olarak bu alanla ilgili kavram analizleri yapılmış ve basıncın oluşturduğu doku hasarını en iyi ifade ettiği için ‘basınç yaralanması’ teriminin kullanması önerilmiştir (NPUAP, 2016). Bu öneri aynı zamanda hemşirelikte, kavram birliği ve ortak bir dil kullanmak açısından da önemlidir.

Basınç yaralanmasından kaynaklanan maliyetler tahmin edilenden çok daha fazladır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, basınç yaralanması ile ilgili bakım maliyetlerinin yıllar boyunca giderek arttığı, her basınç yaralanmasının 500 ila 70.000 dolar arasında bakım maliyetini artırdığı tahmin edilmektedir (Brem ve diğ., 2010). Brem ve diğerleri (2010) tarafından yapılan çalışmada, Evre IV basınç yaralanması ve ilgili komplikasyonlarla ilişkili ortalama hastane tedavi maliyeti, bir kabulde 129.248 dolar olarak belirtilmiş ve erken evre basınç yaralanmasının ilerlemesinin önlenmesiyle, ağrının ortadan kaldırılabilceği, binlerce hayatın kurtarılabilceği ve sağlık harcamalarının milyonlarca dolar azaltılabileceği belirtilmiştir (Brem 2010). Clarke ve diğerleri (2005) tarafından yapılan diğer bir çalışmada, her bir basınç yaralanması maliyetinin 10.000 ila 86.000 dolar arasında olduğu belirtilmiştir (Clarke 2005).

Basınç yaralanması istenmeyen, büyük ölçüde önlenebilir bir durumken tıbbi teknoloji ve sağlık bakım alanındaki gelişmelere, eğitimli personel varlığına rağmen dünya çapında bir sorun olmaya devam etmektedir (Baath, Idvall, Gunningberg ve Hommel, 2014; Van Gaal ve diğ. 2009). Literatür incelendiğinde problemin boyutları daha net görülebilmektedir. Tüm dünyada basınç yaralanması ile ilgili ulusal çalışmalar yürüten Avrupa Basınç Ülseri Danışma

Paneli (EPUAP; The European Pressure Ulcer Advisory Panel) tarafından onaylanan ve metodolojik farklılıkları önlemek amacıyla Belçika, İtalya, Portekiz, İngiltere ve İsveç'te yürütülen çok merkezli çalışmada, 25 hastanede 5947 hasta değerlendirilmiş, basınç yaralanması prevalansı %8.3 ile en düşük İtalya, %23 ile en yüksek İsveç olmak üzere ortalama %18.1 olarak bulunmuştur (Vanderwee, Clark, Dealey, Gunningberg ve Defloor, 2007).

Basınç yaralanması görülme sıklığı uluslararası çalışmalarda %4.3den %30.8 arasında değişmekle birlikte, Türkiye'de bu konuya ilişkin çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Ülkemizde basınç yaralanması prevalansı ve insidansını belirleyen çalışmalarda basınç yaralanması prevalansı ameliyathanelerde %54.8 iken, yoğun bakım ünitelerinde %14.3 ve %20.5, nokta prevalans çalışmalarında ise bu oran %8.1 ve %8.3 olarak belirlenmiştir (Akıl, Kabukçu ve Karadağ, 2008; Karadağ, Baykara ve Özde, 2013; Karadağ ve Gümüşkaya 2005).

Ülkemizde evde bakımda basınç yaralanmaları insidansı ve prevalansına ilişkin veriler olmamakla birlikte Ayello ve Braden'in (2001) 2001'de yaptığı çalışmaya göre, basınç yaralanmasının Amerika'da prevalans 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 prevalansının %6-%21.3 arasında değiştiğini bildirilmiştir (Paquay, Wouters, Defloor, Buntinx, Debaillie 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 prevalansını 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 prevalansını ve ilişkili risk faktörlerini incelemek amacıyla yaptıkları kesitsel çalışmada basınç yaralanması prevalansı %35.7 olarak bulunmuşken yaş, beslenme durumu, hareket ve işlevselliğin bozulması basınç yaralanması oluşumunda risk faktörü olarak belirlenmiştir (Casimiro, Lorenzo, Usá'n, 2002).

Sağlık hizmetlerinde, basınç yaralanması insidans ve prevalansına ilişkin belirlenen bu veriler, sunulan bakımın kalitesini değerlendirmede bir gösterge olarak ele alınmaktadır. Ayrıca basınç yaralanması evde bakımda birçok ülkede gündemde olan ve geliştirilmesi gereken de bir konudur (Black ve diğ, 2007; Hommel, Ulander ve Thorngren, 2003; Wurster 2007). Evde bakımda basınç yaralanmalarını önlemenin ilk adımı, mevcut durumu ve hasta özelliklerini tanımlayan basınç yaralanma oranlarını ortaya koymaktır. Bu amaçla yapılan prevalans çalışmaları aynı zamanda sağlık personellerinin, özellikle hemşirelerin konuya ilgilerini çekmede, kurumun kaynaklarını geliştirmede ve etkili kullanmada katkı sağlamaktadır. Türkiye'de evde bakımda mevcut durumu ortaya koyup, önlemler almayı sağlayacak ölçüde geniş çaplı prevalans çalışmalarının eksikliği dikkat çekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde bakım, Basınç Yaralanması, İnsidans, Prevalans

### **Pressure injuries in homecare: Are the patients at risk?**

Pressure injuries are an important health problem that is common in all individuals with acute or chronic illnesses. The most common type of chronic injury, pressure injury, is localized skin and / or subcutaneous tissue damage, usually caused by pressure or tearing together with pressure on the bony prominences (NPUAP, 2014).

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 homecare; 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 homecare. Pressure injury is also an important problem in elderly care homes. Paquay et al. (2008) reported that the prevalence of pressure injury in elderly care homes varied between 6% and 21.3% (Paquay, Wouters, Defloor, Buntinx, Debaillie and Geys, 2008). Pressure injury occurs in about 30% of patients in the community and can significantly reduce the quality of life for patients and caregivers (Jenkins and O'Neal, 2010; Gunningberg, Hommel, Bååth and Idvall, 2012).

The first step in preventing pressure injuries in homecare is to determine the pressure injury rates that describe the current state and patient characteristics. The prevalence studies made for this purpose so contribute to the effective use of the health personnel, especially the nurses, without drawing attention to the subject, improving these sources of the institution. Put the current situation in Turkey, homecare, take measures to ensure the extent of the lack of large-scale prevalence studies is remarkable.

**Keywords:** Home care, Pressure injury, Incidence, Prevalence

## 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. NPUAP Pressure Injury Stages (National Pressure Ulcer Advisory Panel). (2016). <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/npuap-pressure-injury-stages/> Erişim: 18.12.2017.
3. Brem, H., Maggi, J., Nierman, D., Rolnitzky, L., Bell, D., Rennert M.G., Yan, A., Lyder, C. And Vladeck, B. (2010). High cost of stage IV pressure ulcers. *American Journal of Surgery*, 200(4), 473–477.
4. Clarke, H. F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., van der Wal, R., & Gundry, S. (2005). Pressure ulcers: implementation of evidence-based nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 49(6), 578-590.
5. Baath, C., Idvall, E., Gunningberg, L., Hommel, A. (2014). Pressure Reducing Interventions Among Persons with Pressure Ulcers: Results From the First Three National Pressure Ulcer Prevalence Surveys in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(1), 58-65.
6. Van Gaal, B.G., Schoonhoven, L., Hulscher, M.E., Mintjes, J.A., Borm, G.F., Koopmans, R. T. ve ark. (2009). The design of the SAFE or SORRY? Study: A Cluster Randomised Trial on the Development and Testing of an Evidence Based Inpatient Safety Program for the Prevention of Adverse Events. *BMC Health Services*

- Research, 9(1), 58-65.
7. Vanderwee, K., Clark, M., Dealey, C., Gunningberg, L., Defloor, T. (2007). Pressure Ulcer Prevalence in Europe: A Pilot Study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2), 227-235.
  8. Akıl, Y., Kabukçu, N., Karadağ, A. "Basınç Ülseri Nokta Prevalans Örneği: Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi," III. Ulusal Yara Bakımı Kongresi, 26-29 Kasım 2008, Çesme.
  9. Karadağ, A., Baykara, ZG., Özde, G. Bir Üniversite Hastanesinde Basınç Ülserleri Nokta Prevalans Çalışması 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi 2-4 Ekim 2013 Antalya.
  10. Karadağ, M., Gümüşkaya, N. (2005). The Incidence of Pressure Ulcer in Surgical Patients: A Sample in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 15:413-421.
  11. Ayello, A.E., Braden, B. (2001). Why Is Pressure Ulcers Are So Important. *Nursing*, 31(11), 74-77.
  12. 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.
  13. Jenkins, M.L., O'Neal, E. (2010). Pressure Ulcer Prevalence and Incidence in Acute Care. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(12), 556-559.
  14. 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.
  15. Queiroz AC, Mota DD, Bachion MM, Ferreira AC. (2014). Pressure ulcers in palliative homecare patients: prevalence and characteristics. RevEscEnferm USP.48(2):264-71.
  16. Ferrell BA, Josephson K, Norvid P, Alcorn H. (2000). Pressure ulcers among patients admitted to homecare. J Am Geriatr Soc. 48(9):1042-7.
  17. 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.
  18. Black, J., Baharestani, M.M., Cuddigan, J., Dorner, B., Edsberg, L., Langemo S. ve ark. (2007). National Pressure Ulcer Advisory Panel's Updated Pressure Ulcer Staging System. *Advances in Skin & Wound Care*, 20(5), 269-274.
  19. Hommel, A., Ulander, K., Thorngren, K.G. (2003). Improvements in Pain Relief,

Handling Time and Pressure Ulcers Through Internal Audits of Hip Fracture Patients.  
Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17(1), 78-83.

20. Wurster, J. (2007). What Role Can Nurse Leaders Play In Reducing the Incidence of Pressure Sores?. Nursing Economics, 25(5), 267.

## 7- Malpraktis Türleri ve Hukuki Boyutu

### Tuğba Duzcu

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

**Giriş:** Hatalı tıbbi uygulama; sağlık hizmeti veren bir sağlık personelinin etik ve uygun olmayan herhangi bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalar konusunda ihmalkar ve yetersiz davranması sonucunda hastanın zarar görmesine veya ölümüne sebep vermesine denir. Günümüzde malpraktis olarak adlandırılan bu tanım, ‘mala-praxis’ Latin kelimesinden türemiştir.

Tıbbi malpraktis hataları temel olarak, tıbbi işleme, ihmale ve uygulamalara bağlı olarak tanı, tedavi, koruyucu tedavi ve diğer hatalar olmak üzere dörde ayrılır. En çok karşılaşılan tıbbi hatalar; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, tetkiklerin eksik incelenmesi, bulguların atlanması, teşhiste oluşan hatalar, hastanın düşmesi, yanlış taraf cerrahisi, taburculukta yeterince bilgilendirmeme, evde bakımda eksik olma gibi hatalardır. Yapılan tıbbi malpraktisler, tedavinin uzamasına, sakatlık oluşumuna, maliyetin artmasına, sağlık personellerine ve sağlık hizmetine olan güvenin azalmasına sebep olmaktadır. Amerika’da yapılan bir çalışma sonucunda 98.000 kişinin ilaç hatalarından dolayı öldüğü iddia edilmiştir. Ülkemizde ise bu sayı bilinmemektedir. 2000-2017 yılları arasında yapılan retrospektif bir çalışmada basında çıkan haberler ele alınarak yapılmış olup, çalışma sonucuna göre tıbbi hatayı yapan kişilerin %12.2’ si hemşireler, %65.2’sini ise hekimlerin yaptığı saptanmıştır. En çok yapılan tıbbi hata da ameliyathanede yapılıyor olup % 43.6’lık bir orana sahiptir. Yapılan bir çalışmada intörn öğrencilerinin staja çıktıkları hastanede en çok karşılaşılan tıbbi hatalar ve nedenleri incelendiğinde; hastane enfeksiyonları (%87.6) tedavide gecikme veya yapmama (%78.2), ameliyat sonrası komplikasyonlar (%77.7), İğne/Kesici Alet Yaralanmaları (%77.2) ve ameliyat komplikasyonları (%74.3) şeklinde hataların sıralandığı ve bu hataların nedenleri arasında stres (%98.5) yorgunluk (%98), iş yükünün fazla olması (%96.5), mesleki bilginin yetersiz olması (%96, tecrübesizlik (94.6), tükenmişlik duygusu (94.1) ve çalışma süresinin uzun olması (%93.6) olarak belirtilmişti. Sharek ve Classen (2006) ve Alemdar ve Aktaş (2013) yaptıkları çalışmada, hastane enfeksiyonlarının en çok görülen hata türlerinden biri olduğu belirtilmiştir. Özata ve Altuncan’ın (2010) çalışmasında da en çok görülen hata türünün hastane enfeksiyonları olduğu (2.26), ve sırasıyla yatak yaraları (1.83) ameliyat

sonrası komplikasyonlar (1.70) ameliyat komplikasyonları (1.67), iğne-kesici alet yaralanmaları (1.65) ve tedavide gecikme veya yapmama (1.42) belirtilmiştir.<sup>2</sup> Literatürde hemşirelerin yaptıkları malpraktis nedenlerine ilişkin bulgular incelendiğinde, Şahin ve Özdemir (2015), Alemdar ve Aktaş (2013) ve Kahrıman ve Öztürk (2016) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin hata yapma nedenlerini iş yükünün çok olması, yorgunluk, çalışan hemşire sayısının yetersiz olması ve çalışılan birimin sürekli değişmesi gibi faktörlerin neden olduğu belirtilmiştir. Aştı ve Kıvanç'ın (2003) çalışmasında, hemşirelerin %23.3'ü uzun çalışma saatlerinin olmasını, %17'si ise hemşire sayısının yetersizliğini ve yorgunluğu hata sebebi olarak gösterdikleri hemşirelerin ilaç uygulama hatalarının önemli nedenleri olarak ilk beş sırada; hemşire başına düşen hasta yoğunluğu, dikkat dağılması ve işe yoğunlaşmama, fazla mesai saatleri, uygulanan tedavi ve hastayla ilgili yeterli bilgi sahibi olunmamasını göstermiştir. Özata ve Altuncan'ın (2010) yaptığı çalışmaya göre, tıbbi hata nedenlerinin başında ise; iş yükünün çok olması, çalışan hemşire sayısının yetersiz olması, hemşirelere görev dışı işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk gelmektedir.

Malpraktisin hukuki boyutu incelendiğinde ise; Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanunu'nda, tıbbi hizmetler 'insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin giderilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi yetenek ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan faaliyetler olarak tanımlanır. Hekim veya sağlık personelinin tıbbi müdahalesinin tıbbi malpraktis çerçevesinde değerlendirilebilmesi için öncelikle müdahalenin hukuka uygunluğu araştırılmaktadır. Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için; Müdahalede bulunan kişinin buna yetkili olması, Müdahalenin mesleğin gereklerine uygun yürütülmesi, Aydınlatma ve onamın bulunması, Onamın bulunmadığı durumda genel sağlığın korunması gibi daha üstün bir kamusal yarar olması gerekmektedir. Tıp Fakültesi'nden mezun olmamış kişinin hekimlik yapması, ebe olmayıp köyde doğum yaptırdığı için ebe olarak tanınan kişinin müdahalesi, eczacının enjeksiyon yapması gibi durumlarda müdahalede bulunan kişinin buna yetkili olmaması ortaya çıkmaktadır. Herhangi bir tıbbi malpraktis iddiasında, kusurlu bir davranışın olup olmadığı değerlendirilirken; sağlık personelinin içinde bulunduğu durum ve şartlar ile olgunun kendine has özellikleri de dikkate alınmaktadır. Bir kusurun varlığının saptanmasında yargıç, teknik bir konu olduğu için "bilirkişi" yardımı alacak ve usul yasaları çerçevesinde konuyu yine hekimlerin önüne getirecek, aldığı görüşler çerçevesinde bir hüküm kurma yoluna gidecektir. Sağlık çalışanlarının malpraktis iddialarından korunmaları için ise malpraktis sigorta kanunu bulunmaktadır. Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali



sorumluluk sigortası, 1219 sayılı Tababet Kanunu Ek-12. maddesi çerçevesinde 2010 yılından itibaren hekimler ve diş hekimleri için yapılmaya başlanmıştır

**Sonuç ve öneriler:** Malpraktis hem ülkemizde hem de dünyada giderek büyüyen bir sorun olmaya devam etmektedir. Sağlık profesyonellerinin malpraktis eğilimlerini azaltmak için genel alınması gereken önlemler alınmalı ve gerekli hizmetiçi eğitimler verilmelidir. Bu yazı malpraktisin önemini kavramak ve hukuki boyutunu öğrenmek amacı ile yazılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** malpraktis, tıbbi hata, hukuk

## **Malpractice Types and Legal Dimension**

### **Abstract**

**Introduction:** Incorrect medical practice; it is said that any healthcare provider's ethical and inappropriate behavior will cause the patient to be harmed or to die as a result of negligence and inadequate treatment of professional practices. This definition, now called malpractice, is derived from the Latin word "mala-praxis". Dequate examinations, omission of findings, mistakes made in the diagnosis, falling of the patient, wrong side surgery, insufficient information at discharge, The medical malpractices made cause the prolongation of treatment, disability, increase in cost, decrease in confidence in health personel and health service.

When the legal dimension of malpractice is examined; In the Law on the Socialization of Health Services, medical services are defined as activities to eliminate various factors damaging human health and to protect the society from the effects of these factors, to treat patients, to body and spiritual ability, and to adaptation of those with reduce dange ls. In order for the medical intervention of physicians or health personel to be evaluated within the framework of medical malpractice, the law fulness of the intervention is first investigated. In order for a medical intervention to comply with the law,

**Conclusions and recommendations:** Malpractice continues to be a growing problem both in our country and in the world. In order to reduce the malpractice tendencies of health professionals, general measures should be taken and appropriate in-service training should be provided. This article is written with the aim of learning the importance of malpractice and

learning the legal dimension.

**Keywords:** malpractice, medical error, law

## **Kaynaklar**

1. Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği [ Patient safety in intensive care units].Yoğun Bakım Dergisi [Turkish Journal Of Intensive Care Medicine] 2005; 5 (3):141-146.
2. Alemdar DK, Aktaş YY. Türkiye'de hemşirelik hizmetlerinde tıbbi hata türleri ve nedenleri [Medical error types and causes made by nurses in Turkey] TAF Preventive Medicine Bulletin 2013; 12(3) :307-314.
3. Armağan T. İdarenin Sorumluluğu ve Tam Yargı Davaları, Seçkin Kitabevi, Ankara, 1997: 25
4. Aygün D. Cengiz H. İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu, 2011, [Drug administration errors and the responsibility of a nurse]. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni [The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital]; 45(3):110-114.
5. Baydar ÇL.1990-2000 Yıllarında ATK ve YSS'na Ortopedi Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiasıyla Gönderilen Olguların Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, ATK, İstanbul, 2002
6. Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, Sermet Matbaası, İstanbul, 1972
7. Çankaya H. Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, ATK, İstanbul, 1992.
8. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme [A retrospective review about the malpractice applications in medicine], Dirim Tıp Gazetesi [Dirim Medical Newspaper] 2009; 84(1 ): 1-10.
9. Göktaş S. Bir kamu hastanesinde hemşire istihdamının hasta güvenliğine etkisi [Impact on employment of nurses for patient safety in a public hospital] [Yüksek Lisans Tezi ].Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü [ Institute of Medical Sciences, Haliç University] , İstanbul, Turkey, 2007
10. Güngör P, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M, 2012, “Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası”[Legal

arrangement attempts of different countries about malpractice: compulsory financial liability insurance approaches] Zeynep Kamil Tıp Bülteni [Medical Bulletin of Zeynep Kamil];43(4):128-138

11. JCAHO. Sentinel Event Statistics, 2006 (Erişim tarihi:01.06.2016) Erişim adresi: [www.jointcommission.org/Library/TM\\_hysicians/mp\\_11\\_06.htm](http://www.jointcommission.org/Library/TM_hysicians/mp_11_06.htm),
12. Kahriman, İ, Öztürk H. "Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. Journal of Clinical Nursing, 2016; 25(19-20) : 2884- 2894.
13. Kohn, Linda T, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, eds. Toerr is human: building a Safer Health System. Vol. 6. National Academies Press, 2000.
14. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanun. 1961 ([http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR\\_KARARLAR/kanuntbmmc043](http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc043)) Erişim: 12.03.2014.
15. Sharek PJ, Classen D. Theİncidence of adverse events and medical error in pediatrics, Pediatric Clinics Of North America, 2006;53: 1067-1077.
16. Sezgin B. Kalite belgesi alan hastanelerde çalışma ortamı ve hemşirelik uygulamalarının hasta ve hemşire güvenliği açısından değerlendirilmesi [Evaluation of work environment and patient and nurse safety of nursing practices in hospitals which have received qyality certificate] [Doktora Tezi], İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, Haliç University] , İstanbul, Turkey,2007.
17. Tütüncü Ö. Küçükusta D. Hasta güvenliği kültürü ve hemşirelere yönelik bir uygulama [An application on patient safety culture and nurse]. Hastane Yönetimi Dergisi [Journal of Hospital Management] 2006;10(2):61-68

## 8- Tele Hemşirelik ve Tele Sağlık

**Pınar Avşar\***, **Derya Karakaya\*\***

\* Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

\*\* Ankara Ulus Devlet Hastanesi

Teknolojideki gelişmelere paralel olarak sağlık sistemlerindeki ilerlemeler teletıp gibi yeni kavram ve uygulamaların ortaya çıkmasını sağlamıştır (Işık ve Güler 2010). Tele-tıp, tele-sağlığın bir alt dalıdır. Telesağlık, sağlıkla ilgili hizmetlerin sağlık kuruluşuna uzak yerlerde oturan birey veya hastalara kurulmuş ağlar yardımıyla sunulmasıdır. Tele-sağlık, koruyucu, destekleyici ve tedavi edici uygulamaları kapsayacak şekilde klinik uygulamalar ile birlikte eğitim, uygulamadaki kuralların düzenlenmesi, hasta kayıtları ve elektronik sevk işlemleri gibi klinik dışı faaliyetleri içermektedir. Tele-tıp yöntemleri, tele-sağlık hizmetlerinin klinik uygulamalarının daha çok tedavi ve hasta takibinde kullanımını içerir (Ertek 2011). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tele-tıp; bireylerin ve toplumların sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, hastalıkların ve kazaların önlenmesi; sağlık personelinin sürekli eğitimi ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak, uzaktan ve geçerli bilgi iletişim yöntemleri ile sağlık hizmetlerinin verilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (WHO 2010). Teletıp uygulamaları bilgilerin depolanıp sonra değerlendirildiği depola ve ilet (store and forward), uzaktan kontrol ve takip (remote monitoring) ve interaktif hizmetler olmak üzere üç kategoride incelenir (Ertek 2011).

Sağlık merkezlerine uzak olan hastalar tele-tıp sayesinde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Böylece hastalığın tanı ve tedavi sürecinde bölgesel farklılıkların ortadan kalkması sağlanmaktadır. Tele-tıp ile hastaların uzaktan takibi ile hastane masrafları azalmakta ve zamandan da tasarruf edilmektedir (Güler ve Übeyli 2002).

Bugün hemşireler ister aynı ister binlerce kilometre uzakta olsun, hastalarına danışmanlık verebilmektedir. Hemşireler telefonda anksiyeteli birini sakinleştirebilir, bir yaralanmayı değerlendirebilir ya da bir kişinin acile gidip gitmemesi konusunda yönlendirebilirler. İletişim teknolojisi dünyada bugün hemşirelere kırsal ve uzakta sağlık hizmetinin olmadığı yerlerde sağlık bakımı verme olanağı sağlamaktadır. Dağınık ve kırsal nüfusun yoğun olduğu ülkelerde tele hemşirelik, sağlık hizmetinin yaygın olarak verilebilmesi için maliyeti etkin bir stratejidir (Bayer ve ark.2007).

Tele hemşirelik, telefon yoluyla yardımcı değildir. Tele hemşirelikle, talep edilen sağlık hizmetleri yerine getirilir, bireyler eğitilir, yüksek risk grubundakilere danışmanlık yapılır, kronik hastalığı olan hastalarla iletişim sürdürülür. Telefonlarla istenen yardım hemşirelerin gezici sağlık ekibi aracılığıyla halkın arasında görev yapmalarınıda sağlayabilir(Bayer ve ark.2007).

Tele sağlık, sağlık bakım hizmeti sağlamak için karışık iletişim teknolojilerini kullanmaktadır. Örneğin, test sonuçları ve diğer tanısal veriler büyük hastanelerdeki uzmanlara iletebilir ve video konferansı ekibi, hastaların değerlendirilmesi ve tedavisi için kullanılabilir. Bu “video klinik” konsültasyonları, hemşire ile hastanın birbirinden bazen yüzlerce kilometre uzakta olmalarına karşın tedavisi için ayakta izleme ziyaretlerine benzeyen bir hizmettir. Tele sağlık uzak köylerde oturan insanların ya da yeterince sağlık hizmetinin olmadığı yerlerde yaşayanların sağlık hizmeti almaları için önlerindeki engelleri kaldırır(Bayer ve ark.2007).

Hemşireler sağlık için önemli bir kaynaktır. Hemşireler hastanelerde, kliniklerde, kurumlarda ya da tele hemşirelik ve tele sağlığın kullanılmasıyla zaman, yer ve uzaklık sınırını kaldırarak, insanlara sürekli bakımı ulaştırabilirler(Bayer ve ark.2007).

İngiltere’de bir hemşire küçük bir hastanede danışman hekime tele tıp ile ilgili bağlanan bir rektal klinikte çalışmaktadır. Hemşire bulgularını doğrulamak ve sonuçlarını acil olarak hastalara vermek için bir hekime danışmaktadır. Böyle bir hizmetle, kliniğin maliyetlerinin düştüğü, Ulusal Sağlık Hizmetleri için bekleyen kişi sayısının azaldığı ve acilen kanser tedavisine gereksinimi olan kişilere verilen hizmetin hızlandığı belirlenmiştir. Yine İngiltere’de 24 saat aralıksız hizmet veren bir telefon hattı ile arayanların %40’ının acilin dışında ilgili yerlere yönlendirilerek acil sağlık servislerinin yükü hafifletilmiştir. Amerika’da uzman hemşireler kırsal kesimde akciğer hastalığı olan bebeklerin takibi için telefon kullanmışlardır. Bu program tıp merkezlerine uzakta kırsal kesimlerde yaşayan ailelere hizmeti götürmeyi hedeflemiştir. Bu program geleneksel sağlık bakım modellerine benzer olumlu sonuçlar vermiştir. İzlanda’da telefon ile sorunlu çocukları olan annelere verilen yardım araştırılmış; telefonla verilen hemşirelik danışmanlığının, annelerin yorgunluğunu ve sıkıntısını azalttığı saptanmıştır. İsveç’te ülkenin her yerinde “telefon hemşireliği” merkezleri kurulmuştur. Danimarka’da sırt problemleri olan hastalar için ayakta tedavi kliniğinde çalışan hemşireler evdeki hastalar ile düzenli telefon görüşmeleri ile hoşnutluk düzeyi artmış ve hastane kabulleri ve “yatış süresi” kısalmıştır(ICN 2009).

Türkiye’de tele-sağlık ve tele-tıbbı dikkatlerin çekilmesi Bilişim Zirvesi 2008 kapsamında e-sağlık/tele-sağlık konferansı verilerek başlamıştır. Acil Eylem Planı çerçevesinde Devlet Planlama Teşkilatı koordinasyonunda başlatılan “e-Dönüşüm Türkiye Projesi” kapsamında e-Sağlık Çalışma Grubu’nun koordinasyonunu Sağlık Bakanlığı üstlenmiş, 2006’da bir Eylem Planı (bkz. 11/07/2006 tarihli ve 2006/38 sayılı Yüksek Planlama Kurulu Kararı’yla onaylanan Bilgi Toplumu Stratejisi ve eki/ 28/07/2006 tarihli ve 26242 sayılı Resmi Gazete) hazırlanarak yürürlüğe sokulmuştur. Bu planda e-sağlıkla ilgili 4 eylem yer almış, bu eylemlerden birisi de Teletıp sistemlerinin hayata geçirilmesi olarak kabul edilmiştir. Teletıp Projesi, tıbbi görüntüleme alanında yeterli uzmanının olmaması, kompleks vakalarda ikinci görüş olarak konsültasyon ihtiyacının giderilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve doğru teşhis ve tedavi işlemlerinin uygulanması amacıyla geliştirilmiştir. Merkezi hastane randevu sistemi, e-reçete, elektronik sevk sistemi, aile hekimliği bilgi sistemi, elektronik kimlik kartı gibi projelerle eylem planına başlanması kararlaştırılmış, bu konuda 2006 yılında 1. Sağlık Bilişimi Kongresi ve ardından 2007 yılında 2. E-Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Yenidoğan kayıtlarının, bulaşıcı hastalık kesin vaka bildirimlerinin kayıtları hakkında yeni yasal düzenlemelerin yapılması planlanmıştır.

Sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması ve özellikle maliyet açısından avantajlı yönleri ile tele-tıp uygulamalarının öncelikle uzun süreli takip gerektiren tüm kronik hastalıklarda ve evde bakımda ülkemiz için de yararlı olabileceği açıktır.

**Anahtar Kelimeler:** Evde bakım hizmetleri, Tele-Hemşirelik, Tele-Sağlık

### **Tele nursing and tele health**

Patients who are far from health centers can benefit from medical services through tele-medicine. Thus, it is ensured that the regional differences in the diagnosis and treatment process of the disease do not occur. With tele medicine, the hospital costs are reduced with the remote monitoring of the patients and the time is saved (Güler and Übeyli 2002).

Tele nursing is helpful by phone. With tele nursing, demanded health services are fulfilled, individuals are trained, advice is provided in high risk groups, communication is maintained with patients with chronic illnesses. The help needed by the phone can also help the nurses to function among the people through the mobile health team (Bayer et al., 2007).

Tele health is the use of mixed communication Technologies to provide health care services. For example, test results and other diagnostic data can be communicated to specialists in large hospitals and a video conferencing team can be used for the evaluation and treatment of patients.

In Turkey, tele-health and tele-medicine to draw the attention of the ICT Summit 2008 within the scope of e-health / tele-health has started giving conferences.

It was decided to start the action plan with the projects such as central hospital appointment system, e-prescription, electronic referral system, family medicine information system, electronic identity card. In this regard, 1st Health Informatics Congress was held in 2006 and 2nd E-Health Congress was held in 2007. New regulatory regimens have been planned for new born registries, records of precise case reports of infectious diseases.

It is obvious that facilitating Access to health services and especially advantageous aspects in terms of cost, may be beneficial for our country in all chronic diseases and home care which require primarily long-term follow-up of tele-applications.

**Keywords:** Home care services, Tele-Nursing, Tele-Health

## **Kaynaklar**

1. Işık AH, Güler Ğ. Teletıpta Mobil Uygulama Çalışması ve Mobil İletişim Teknolojilerinin Analizi. Bilişim Teknolojileri Dergisi 2010;3(1):1-10.
2. Ertek S. Endokrinolojide Tele-Sağlık ve Tele-Tıp Uygulamaları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;2(3):126-30.
3. World Health Organization (WHO) Tele medicine: Opportunities and Developments in Member States: Global Observatory for eHealth Series-Volume 2. Switzerland: WHO Press;2010. p. 1-93.
4. Güler NF, Übeyli ED. Theory and Applications of Telemedicine. J Med Syst 2002;26(3):199-220.
5. Bayer S., Barlow J., Curry R. Assessing the impact of a care innovation: telecare. System Dynamics Review. 2007; 23(1): 61–80.
6. Türk Hemşireler Derneği. ICN 2009 Teması. [24 Kasım 2013]. Elektronik adresi: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/meslegi-etigi/icn.aspx>

## 9- Evde Bakım ve Omaha Sistemi

**Pınar Avşar\*, Derya Karakaya\*\***

\* Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

\*\* Ankara Ulus Devlet Hastanesi

İnsanın en temel haklarından biri olan sağlıklı yaşam, sağlık kurumlarında kaliteli ve adil bir sağlık hizmeti sunumunun yanı sıra gerektiğinde hastanın huzurlu ve konforlu bir şekilde aile ortamında da sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini alabilmesiyle mümkündür (Yılmaz ve ark., 2010). Günümüzde yaşam standartları ve sağlıktaki gelişmeler nedeniyle yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak kronik hastalıkların yaygınlaşması, medikal giderlerin artması gibi nedenlerle evde bakım hizmetleri kaçınılmaz olmuştur (Bahar ve Parlar, 2007). Evde bakım engelleri en aza indirmeyi, bağımsız işlev görmeyi üst düzeye çıkarmayı amaçlayan, kendi yaşadıkları yerde gereksinimlerine uygun olarak birey ve aileye sunulan, psikososyal, fizyolojik, tıbbi ve destek hizmetler ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir. Uzun süreli evde bakım hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürülülerin sağlığını korumak, bakıma muhtaçlık derecesinin daha da artmasını önlemek, hastalık ve özürülülüğün ortadan kaldırılamadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırmak ve profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmetleri sunmaktır. Bakıma muhtaçlık, günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı yaşam aktivitelerinden en az birini yardımsız yerine getirememesi durumudur. Bu sayılan fonksiyonları yerine getirmede zorluk çekme ve bilişsel yetersizlik, zorunlu gözetim altında tutulma gereksinimi, bakım hizmetlerinden yararlanma koşulu olarak birçok ülkede kullanılmaktadır. Bazı ülkelerde yaşa bağlı oluşabilecek sağlık ve bakım sorunlarından dolayı bakıma muhtaç olanlar da kapsam içine alınmıştır (Hebda ve Czar 2009; McGonigle ve Mastrian 2012; Sensmeier 2010; Staggers ve Thompson 2002).

Evde bakım hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını da amaçlamaktadır. Bu anlamda evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini



alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir (Yılmaz ve ark., 2010; Bahar ve Parlar, 2007).

Günümüzde sağlık alanında toplanan ve depolanan bilgi hızla artmakta, kayıtlar pek çok hastanede bilgisayar ortamı ile uyumlu bilgi sistemleri kullanılarak yapılmaktadır. Bu sürecin bir parçası olarak hemşirelik kayıtlarının da özelliği değişmektedir. Diğer bir deyişle, artık elle tutulan hemşirelik kayıtları yerini bilgisayara dayalı kayıt sistemlerine bırakmaya başlamıştır. Son yıllarda pek çok ülkede hemşirelik bilgilerinin yönetiminde ve karar verme süreçlerinde hemşirelik bilgi sistemleri kullanılmaya başlamıştır. Bilgi sistemlerinin kullanımının hemşireliğe önemli kazanımlar sağlayacağı savunulmaktadır (Hebda ve Czar 2009; McGonigle ve Mastrian 2012; Sensmeier 2010; Staggers ve Thompson 2002). Bu sistemler hastaya ait bilgileri, hemşirelik problemlerini/ tanılarını, hemşirelik uygulamalarını ve bakım sonuçlarını kodlama, bilgileri hızlı ve doğru şekilde paylaşma olanağı sağlarken aynı zamanda programa yüklenen bilgilerin veri tabanları ile ilişkilendirilmesine ve sonuçların değerlendirilmesine izin vermektedir. Ayrıca hemşirelik bilgi sistemlerinin ekip içinde iletişimin güçlenmesi, bakım kalitesinin artması, bakım maliyetlerinin etkinliğine katkı sağlama ve bilimsel çalışmalar için güvenilir veri sağlama gibi yararları kritik bir önem taşımaktadır. (Hebda ve Czar 2009). Bununla birlikte, bilgi sistemlerinin “ortak/standart hemşirelik dili” olarak tanımlanan hemşirelik sınıflama sistemleri ile ilişkilendirilmesinin önemi ve ortak dil olmaksızın elektronik ortamda kayıt tutmanın sıkıntıları vurgulanmaktadır (Hardiker 2012; Hebda ve Czar 2009; Rutherford 2008). Hemşirelik sınıflandırma sistemlerinin kullanılması, hemşirelerin iletişim kurabilecekleri ortak ve yaygın bir dil kullanmalarını, bakım standartlarının artmasını, bireye özel daha kaliteli veri toplanmasını ve hemşirelerin yaptığı işin görünür olmasını sağlar. Omaha Sistemi Amerikan Hemşireler Birliği tarafından tanınan standart 12 hemşirelik terminolojisinden biridir (ANA 2012; Garvin, Martin, Stassen ve Bowles 2008). Sistem, problem çözme sürecinin yapısını bütünleştiren, kritik düşünme ve klinik karar verme yeterliğini destekleyen, bakımın kalitesini geliştiren, sağlık profesyoneli birey ilişkisini düzenleyen, dinamik bir çerçeve oluşturan ve uluslar arası kabul gören bir sistemdir (Garvin ve ark. 2008; Martin 2005). Omaha Sistemi, bireylerin sağlık problemlerinin belirlenmesi, girişimlerin planlaması ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesi için pek çok bakım alanında yaygın kullanılan, kapsamlı, geçerli ve güvenilir bir hemşirelik modelidir. Omaha Sistemi hemşirelik problemlerinin belirlendiği Problem Sınıflama Listesi (PSL), hemşirelik girişimlerinin kaydedildiği Girişim Şeması (GŞ) ve problemin büyüklüğünün ve bakım sonuçlarının değerlendirilip puanlandığı Problem

Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) olmak üzere üç ana yapıdan oluşur (Martin 2005). Sistem uzun yıllar çeşitli ülkelerde hemşirelik hizmetlerinin dokümantasyonu için hem elektronik ortamda hem de manuel formlarla kullanılmaktadır. Sistemin anne ve çocuk sağlığı; yaşlı sağlığı; bulaşıcı hastalıkların kontrolü; evde bakım hizmetleri; kronik hastalıklar / uzun süreli ve vaka yönetimi gerektiren hastaların bakımı; okul sağlığı; üniversite hemşirelik okulları eğitim programları ve daha pekçok araştırmada kullanıldığı bilinmektedir (The Omaha System 2013). Omaha sistemi ülkemizde 2000’li yılların başından itibaren hemşirelik eğitimi, uygulaması ve araştırmalarında kullanılmaktadır. Bu kapsamda sistemin kod ve kavramlarının kullanılabilirliğinin yanı sıra yaşlı bakımı, evde bakım, taburculuk sürecinde bakım ve iş sağlığı alanlarında kullanılabilirliği test edilmiştir(Erdoğan ve Esin 2006;Kulakçı ve Emiroğlu 2011; Erdoğan ve ark. 2013).

Ülkemizde OMAHA hemşirelik sınıflandırma sisteminin kullanımına dair oldukça sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Erdoğan (2002) OMAHA hemşirelik sınıflandırma sistemini Türkçeye uyarlayarak halk sağlığı hemşireliği ve aile sağlığı eğitiminde kullanmış ve toplum sağlığı hemşireliği uygulamalarının tanılanmasında kullanışlı bir araç olduğunu ifade etmiştir (Erdoğan & Esin 2006).

**Anahtar Kelimeler:** Evde bakım hizmetleri, Omaha Sistemi, Hemşirelik

### **Home care and Omaha System**

Home care services are generally offered at the Professional level or by the family members in the home or living environment of the individual, in order to maintain, raise and rehabilitate the health of the individual. These services also aim to protect the quality of life and the social dignity of the individual in a wide range of needs, including both health and social services. In this sense, home care services are generally expressed as services that take place in institutional care and reduce or delay the need to stay in institutions (Yılmaz et al., 2010; Bahar and Parlar, 2007).

Today, information collected and stored in the health field is increasing rapidly and records are being made in many hospitals by using information systems compatible with the computer environment. As part of this process, the nature of nursing records is also changing. Omaha System is one of the standard 12 nursing terminology recognized by the American Nurses Association (ANA 2012; Garvin, Martin, Stassen and Bowles 2008). The system is a system

that integrates the structure of the problem-solving process, supports critical thinking and clinical decision making, develops quality of care, regulates the health Professional relationship, forms a dynamic frame work, and is internationally recognized (Garvin et al.2008; Martin 2005). In our country, there is a very limited number of studies on the use of OMAHA nursing classification system.

**Keywords:** Home care services, Omaha System, Nursing

### **Kaynaklar**

1. Yilmaz M, Sametoglu F, Akmeşe G, Tak A, Yagbasan B, et al. (2010) In home health services as an alternative form of presentation of patient care. *Istanbul Med J* 11: 125-132.
2. Bahar A, Parlar S (2007) Elderly and home care services. *Journal of Fırat Health Services* 2: 32-39.
3. Hebda, T., Czar, P. (2009). *Handbook of Informatics for Nurses& Health care Professionals*. 4. basım, Pearson Education, New Jersey.
4. Mc Gonigle, D., Mastrian, K. G. (2012). *Nursing Informatics and The Foundation of Knowledge*. 2. basım, Jones&Bartlett Learning, USA.
5. Sensmeier, J. E. (2010). Nursingin formatics: Designing the healthcare of the future. *Nursing Management*, 42(12): 52-53.
6. Staggers, N., Thompson, C. B. (2002). The evolution of defi nitions for nursing informatics: A critical analysis and revised definition. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 9(3): 255-261.
7. American Nurses Association (ANA) (2012). American Nurses Association (ANA) recognized terminologies and data element sets, <http://nursingworld.org/npii/terminologies.htm>
8. Garvin, J. H., Martin, K. S., Stassen, D., Bowles, K. (2008). The Omaha System: Coded data that describe patient care. *Journal of AHIMA*, 79(3): 45-49.
9. Kulakçı, H., Emiroğlu, O. N. (2011). Huzurevinde yaşayan yaşlıların bakımında Omaha Sistemi'nin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1): 25-33.

10. Erdoğan ve ark. (2013). Using the Omaha System to describe health problems, interventions, and outcomes in home care in Istanbul, Turkey: A student informatics research experience. *Comput Inform Nurs.* 31(6): 290-298.

## 10- Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kullanım Tarafının En Önemli Bileşeni: Sağlık Okuryazarlığı

**Esra Tayaz\***, **Ayşegül Koç\***, **Dilek Öztaş\*\***

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

\*\*T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara/Türkiye

**Giriş:** Sağlık okuryazarlığı bireylerin uygun ve doğru sağlık kararları verebilmesi için gerekli olan sağlık bilgilerini ve hizmetlerini anlama ve işleme kapasitesinin derecesidir. Sağlık okuryazarlığı, başta sağlık çalışanları olmak üzere toplumun her kesimini ilgilendiren bir konudur. Bireylerin sağlığının geliştirilmesi ve iyi sağlık halinin sürdürülebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması gereklidir. Bu durum yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olunması ile yakından ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı bireyin kendi sağlığını ve hastalığını tanımlayabilmesi, sağlığı ile ilgili uygun kararlar alabilmesi, sağlık sistemini nasıl kullanabileceğini bilmesini gerektiren geniş bir alandır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerini kullanmada yetersizliğe, ilaç kullanım hatalarında artışa, hastalığa yakalanma riskinde artışa neden olmaktadır. Bununla birlikte sağlığı okuma, yorumlama ve anlama düzeylerinin artması sağlık kurumlarındaki gereksiz tedavi ve hospitalizasyonu azaltmakta, erken tarama sıklığını artırarak mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki dinamik gelişmeler bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin sorumluluklarını da artırmıştır. Sağlık hizmetlerinin kullanımını ve etkinliğini etkileyen diğer faktör sağlık sorumluluğudur. Sağlık sorumluluğu ile sağlığın geliştirilmesi üzerinde güçlü bir bağ vardır. Bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu, sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesi olarak tanımlanan sağlık sorumluluğu sağlığın korunması ve sürdürülmesini etkilemektedir. Sağlık bakım uygulamalarında gerek sağlık hizmeti sunan kişiler arasındaki iletişimde gerekse hemşirelik bakımında önemli olan bu kavramlar bireylerin sağlık hizmetinden etkin şekilde yararlanabilmesi için de kazanılması gereken bir yetkinliktir. Özellikle kişilerin sağlığını koruması ve sürdürülmesinde rol alan hemşirelik öğrencilerinin bu konudaki bilgi ve uygulamaları kişilerin sağlık davranışlarında olumlu yönde etkileyebilmektedir.

**Amaç:** Bu araştırma sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve sağlık sorumluluklarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerine kesitsel olarak yapılmıştır.

**Sınırlılıkları:** Araştırma yalnızca tek bir üniversitede uygulanmıştır. Bu sebepten dolayı bu araştırma sonuçları genellenemez fakat araştırma kapsamına katılan bireylerin sonuçlarını yansıtır.

**Yöntem:** Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın örneklemini çalışmayı kabul eden 406 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. Çalışmaya katılan bireylere ait demografik verilerde bireyin cinsiyeti, yaş, kronik hastalık öyküsü, sürekli kullanılan ilaç, ailenin kronik hastalık öyküsü, sigara kullanımı, rutin doktor kontrolüne gitme durumu, üniversitede sağlık eğitimi alıp alınmadığı, reçete, sağlıkla ilgili broşürleri anlama ve yorumlama düzeyleri ile ilgili sorular yer alan demografik veri formu kullanılmıştır. Sağlıkta yetişkin okuryazarlığının hızlı değerlendirilmesi formu, 66 tıbbi kelimenin tanımlanması ve telaffuzunu değerlendirmektedir. Kelime tanıma ve telaffuzu içeren 66 tıbbi kelimelerin yüksek sesle okunması ile değerlendirilir. Sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları ölçeği 52 maddeden oluşmaktadır. Sağlık sorumluluğu (9 madde), fiziksel aktivite (8 madde), beslenme alışkanlığı (9 madde), ruhsal gelişim (9 madde), kişilerarası ilişkiler (9 madde) vestres yönetimi (8 madde) olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Değişkenler ifade edilirken yüzde ve frekans değerleri kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma), gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız değişkenlerde t testi, One-Way Anova testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin rutin olarak doktor kontrolüne gitme durumu değerlendirildiğinde, öğrencilerin %40,9'nun son 6 ay içinde doktor kontrolüne gittiği, %35,7'sinin ise rutin kontrole gitmediği saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin %75,1'i reçeteleri çoğunlukla anladığını %21,7'si ara sıra anladığını belirtmiştir. Öğrencilerin %4,7'sinin kendisinde, %26,6'sının ailesinde kronik hastalık bulunmaktadır ve %6,7'sinin sürekli kullandığı bir ilacı bulunmaktadır. Öğrencilerin %75'i sağlık kuruluşlarındaki evraklardaki yazılan tıbbi terimleri çoğunlukla anladığını belirtmiştir. Sağlık okuryazarlığı değerlendirme formu ortalama puanı  $63,6 \pm 0,9$ 'dur. Sağlık okuryazarlığı testi sonuçlarına göre öğrencilerin %92,9'unun 61-66 puan alarak yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu

saptanmıştır. Listelenen 66 kelimededen yaklaşık yarısında (n=32) %100 tanınmışlık, %32'sine (n=21) %99,3-99,8 arasında bir tanınmışlık oranı bulunmuştur. Ensest (%57,9), frengi (%67), kolit ve sürüntü (%81,8) kelimeleri ise en düşük tanınmışlık oranlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanları 23,8±5,38'dir. Öğrencilerin en düşük katılım gösterdiği madde "Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılım" (X=2,22±0,8), en yüksek katılım gösterdiği madde ise "doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağan dışı belirti ve bulguları anlatırım" (X=3,06±0,8) maddesidir. Kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanları daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kronik hastalığı bulunan ve düzenli ilaç kullanımı olan öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanları daha yüksektir(p<0,05).

**Sonuç:** Çalışmamızda hemşirelik bölümü öğrencilerin sağlık okuryazarlık ortalama puanlarının 63,6±0,9 olduğu ve yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığa sahip olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlık kavramı bireylerin yaşadığı çevre, eğitim durumu, kültürel özellikleri yaşı gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin demografik özelliklerinden bağımsız olarak yeterli düzeyde sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu, sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini göstermesidir. Öğrencilerin sağlık sorumluluğu puan ortalaması 23,8±5,38 olarak bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelik bölümü öğrencilerinin temel düzey sağlık okuryazarlıklarının iyi olduğu saptanmıştır. Çalışmanın hemşirelik bölümü dışında öğrencilerde uygulanması, sağlık sorumluluğu yönünden farkındalık yaratılması ve sağlık okuryazarlığı kavramının sağlık eğitimine entegrasyonu önerilmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması için kişilerarası ilişkilerde bu konuda stratejiler geliştirilmeli, sağlıkla ilgili görsel ve basılı kaynakların güvenilir ve kolay anlaşılır olması, sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmalar ve eğitimler desteklenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Eğitim, Hemşirelik, Öğrenci, Sağlık Okuryazarlığı, Sorumluluk

### **The Most Important Component Of Use Of Service In Health Services: Health Literacy**

**Aim:** This research was conducted to determine the level of knowledge about health literacy by evaluating the variables determined by students in nursing department of health sciences faculty.

**Method:** This study was conducted as cross-sectional with the students of the faculty of health sciences nursing department of a university. The universe of study consisted of 406 university students who agreed to participate the research as samples. In collection of the data, questionnaire, Scale of Healthy Lifestyle Attitudes Developing Health, Quick Assessment of Adult Health Literacy in Health Form were used.

**Results:** The average score of the health literacy evaluation form is  $63.6\pm 0.9$ . The average health responsibility score of the students is  $23.8\pm 5.38$ . Female students have higher average health-related scores and the difference is statistically significant. Students with chronic diseases and regular medication use had higher average health responsibility scores ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** According to the results, it was determined that basic level health literacy of students of nursing department is good. Creating awareness in terms of health responsibility and integration of the concept of health literacy into health education is suggested.

**KeyWords:** Education, Health Literacy, Nursing, Responsibility, Student

## Kaynaklar

Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. TAF PrevMedBull. 2014, 13(4): 327-334.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması.C.U.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008, 12(1): 1-13.

Coşkun S, Bebiş H. Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Gülhane Medical Journal. 2015, 57(4).

Çopurlar C.K, Kartal M.What is health literacy? How to measure it? Whyis it important? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2016, 10(1): 40-45.

Demir Avcı Y. Kişisel sağlık sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016, 15(3): 259-266.

Dickens C,Piano M. R.Health literacy and nursing: An Update AJN113 2013, (6): 52-58.

Durmaz Y, Yayan E. H, Sezgin D, Yakıncı C. Sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı kavramı hakkındaki bilgi düzeyi. Konuralp Tıp Dergisi, 2016, 8(2).



Healthy People 2010: Understanding and Improving Health, available from [http://www.healthypeople.gov/2010/Document/tableofcontents.htm#under.\(ss.221-232\)](http://www.healthypeople.gov/2010/Document/tableofcontents.htm#under.(ss.221-232)).

Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Educ Res. 2010, 25(3): 464-77.

Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin sağlık okuryazarlığı leğinin geliştirilmesi. Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences.2014, 17(3).

Tanrıöver D, Yıldırım H.H, Demiray ReadyF. N, akır B, Akalın H. E. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları, Ankara. 2014: 18-26

Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl ölçülür? DEUHFED, 2016, 9(4): 142-147.

## 11- Evde Bakım ve Etik

**Pınar Avşar\*, Derya Karakaya\*\***

\* Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

\*\* Ankara Ulus Devlet Hastanesi

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 endüstri haline dönüşmesi beraberinde özgün etik sorunları da getirmektedir. Bir hastanın evde bakım hastası konumuna gelmesiyle başlayan bu karmaşık etik süreç, kapsam alanına; hastaneye dönüştürülmüş ev ortamının, hastane dışında çalışan sağlık görevlilerinin, kendi durumu ile ilgili olarak karar verme durumundaki hasta ve yakınlarının sorunlarını da taşır (Garcia 2006).

Genel etik ilkeleri dışında evde bakım hizmetlerinin özgün etik sorunları mevcuttur. Evde bakım söz konusu olduğunda, hasta ve yakınlarının sağlık hizmetlerinde etkin rol aldığı görülmektedir. Evde bakım, hastane ortamının eve taşınmasından ötede bir konumdur (Collopy ve ark. 1990; Garcia 2006).

Evde bakım hizmetleri değerlendirilirken profesyonel sağlık görevlileri ile hastalar arasındaki ilişki yaşamsal öneme sahiptir. Hasta ve sağlık görevlisi arasındaki ilişki, verilen hizmetin uzunluğuna bağlı olarak resmiyet veya samimiyet arasında değişiklik gösterebilir. Uzun süreli bakımlarda sağlık görevlisinin profesyonellikten uzaklaşıp, hastanın hastalığından etkilenmesi riski vardır. Evde bakım programları hasta ve bakım veren sağlık görevlisi arasındaki ilişkiyi kontrol eden mekanizmalara sahip olmalıdırlar (Tanlı ve Utku, 2000).

Özerklik kavramı kişi bazında ele alındığında, onun öncelikle yapacakları ve ikincil olarak da kendisine yapılacaklar hakkında son kararı verme gücüne sahip olmasını ifade etmektedir. Hastanın özerk olmasını destekleme ve bu özerkliğe saygı gösterme, çağdaş tıp anlayışının kuvvetle benimsediği ve onu geleneksel tıp anlayışından belirgin biçimde ayıran bir değerdir.

Tıbbi ilişkiyle ilgili toplumsal beklenti de özerkliğe saygının esas olması gerektiği merkezindedir (Kadıoğlu ve Kadıoğlu, 2000). Bu değer günlük yaşamda ortaya çıkışı en sık aydınlatma ve onam alma yaklaşımı çerçevesinde gerçekleşmektedir. Bu yaklaşımın esası, hastayı kendisi için öngörülen uygulama konusunda açık, ayrıntılı, anlaşılır biçimde bilgilendirme ve uygulamayı onun onamı-seçimi doğrultusunda gerçekleştirmedir. Sağlık profesyonelinin özerk bir mesleki kimliğe sahip olma ve onun saygınlığını koruma çabası da bu temel değere dayanmaktadır. Evde bakım sırasında gündeme gelen etik sorunların önemli bir kısmı özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi ile bağlantılı olarak oluşmaktadır (Garcia 2006; Collopy ve ark. 1990; Tanlı ve Utku, 2000).

Hastanın bakım aldığı ortamın ev olması, sağlık profesyonellerinin onu değil yakınlarını muhatap alma eğilimini güçlendirmektedir. Hakkındaki kararların biçimlendirilmesinde kendisi yerine yakınlarının ön plana geçmesi ise, evde bakım alan hastanın özerkliğinin göz ardı edilmesi ve zedelemesi esprisini taşımaktadır. Özerklik ve özerkliğe saygı ile bağlantılı sorunlar, hasta yakınlarının karar verici olarak devreye girişiyle sınırlı kalmamakta, hastanın anlayabilme ve karar verebilme yeterliliklerinin titizlikle değerlendirilmesi ve bunlara uygun biçimde bilgilendirilme ve onam-seçim süreçlerine dahil edilmesi de, sağlık profesyonellerinin tıp etiği çerçevesinde önem vererek üzerinde durması gereken konular olarak ortaya çıkmaktadır (Garcia 2006; Collopy ve ark. 1990).

Özerklik gibi onur da tıbbi ilişki sırasında saygınlığının korunması ve zedelenmesinin önlenmesi gereken bir niteliklidir. Evde bakım çerçevesinde yürütülen uygulamaların hastanelerdekilere göre daha az karmaşık olması onur kırıcı olarak algılanmaların bir ölçüde önüne geçmekte ancak evde mahrem alan oluşturmanın güçlüğü ters yönde etki yaratmaktadır. Evde bakım uygulamaları hem söz konusu belirtileri-bulguları saptama hem de soruna doğrudan tanıklık etmek bakımından avantaj sağlamaktadır. Evde bakım hizmeti veren sağlık profesyonelleri, hane halkının ihmal veya istismar niteliği taşıyan yaklaşımları, özellikle hastanın gereksinimlerinin karşılanmasını ertelenmesiyle ortaya çıkan ihmal örnekleri, konusunda dikkatli olmanın yanı sıra bizzat kendilerinin ve çalışma arkadaşlarının bu yönden denetimini de ihmal etmemelidir (Garcia 2006; Collopy ve ark. 1990; Tanlı ve Utku, 2000).

Etik sorunların odağında sağlık profesyonelinin mesleki eylemi bulunmakta ve tartışmalar bu eylemin gerekçeleri, belirleyicileri, alternatifleri, sonuçları gibi temalar üzerinde ilerlemektedir. Bununla birlikte bu sorunlara daha geniş açıyla bakıldığında her birinin farklı

boyutlara sahip olduğu, farklı unsurlar içerdiği görülmektedir. Ekonomik, sosyokültürel, hukuki ve siyasi boyutlar, etik sorunların yapısında özellikle ağırlığını hissettirmektedir. Bu genel saptama, yaşlılara yönelik evde bakım süreçleri özelinde de geçerlidir. Bu süreçlerin de hem olağan seyirlerini düzenleyecek hem de aksamaları-bozulmaları halinde düzelmelerini sağlayacak yasal bir çerçeve gerekmektedir (Garcia 2006; Collopy ve ark. 1990; Tanlı ve Utku, 2000).

Sonuç olarak etik boyutlarının incelik ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, uzun ve orta vadede söz konusu hizmetin etkili ve verimli olarak sürdürülmesini sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Evde bakım hizmetleri, Etik, Hemşirelik

### **Home Care and Ethics**

The transformation of homecare services into industry is also accompanied by unique ethical issues. This complex ethical process, which began with the arrival of a patient as a home care patient, the home environment transformed into a hospital, the health care workers working out side the hospital, and the patients and their relatives who have to make decisions about their own situation (Garcia 2006).

When the concept of autonomy is addressed on a person-by-person basis, it means that it has the power to make a final decision about what to do first and what to do secondly to it. Supporting the patient's autonomy and respecting this autonomy is a value that is strongly embraced by the contemporary medical concept and distinctly distinguishes it from traditional medicine. There is Professional action of health professionals in the focus of ethical issues and discussions are on the themes such as reasons for this action, determinants, alternatives, results. Looking at these issues in a broader sense, however, it appears that they each have different dimensions and different elements. Economic, socio cultural, legal and political dimensions are particularly weighty in the construction of ethical problems.

As a result, the elaborate and detailed evaluation of the ethical dimensions will enable the service to be carried out effectively and efficiently in the long and medium term.

**Keywords:** Home care services, Ethics, 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. Garcia T. Ethics in home care. Home Health Care Management & Practice. 2006; 18: 133-7.
4. Collopy B, Dubler N, Zuckerman C. The ethics of home care: Autonomy and accommodation. HastingsCentRep 1990; 20: 1-16.
5. Tanlı S, Utku T. Evde bakımda organizasyon ve etik sorunlar. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2008; 6: 58-63.
6. Kadioğlu F, Kadioğlu S. Klinik Uygulamalarda Etik Karar Verme Süreci. Ed Demirhan Erdemir A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. Klinik Etik. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri 2000: 65-84.

## 12- Evde Sağlık Hizmetlerinde Aile İçi Şiddete Psikososyal Yaklaşım

**Yasemin Özel\*,Ergün Hasgül\*\*, Tuğba Duzcu\*\***

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

\*\* Kastamonu Üniversitesi Tosya MYO Sağlık Bakım Hiz. Bölünü, Kastamonu/Türkiye

**Giriş:** Şiddet olgusu, her zaman insan yaşamının bir parçası olmuştur. İnsanlığın ortaya çıkmasıyla başlamış olup günümüzde dil, din, kültür ve ırk ayrımı yapmaksızın tüm insanlığın etkilendiği küresel bir sorun haline gelmiştir. Şiddet, biyopsikososyal ve ekonomik boyutları farklı disiplinler tarafından ele alınan kompleks bir olgudur. Bu nedenle herkes tarafından kabul gören şiddetin ne olduğuna dair tam olarak bir tanım bulunmamaktadır. Ancak literatürdeniteliğini tanımlayan değişik tanımlar yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre şiddet, kendisine, karşısındakine, bir gruba ya da topluma karşı kasıtlı olarak fiziksel baskı veya güç kullanma, tehdit etme veya eyleme geçirme, yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya mahrum bırakmaya neden olmak veya bu durumların gerçekleşme ihtimalini artırmaktır. Dünyanın her yerinde şiddetin çeşitli formlar da etkisi görülebilmektedir. Her yıl, bir milyondan fazla insan şiddet nedeniyle hayatını kaybetmekte ve çok daha fazlası ölümcül olmayan yaralanmalara kendinden kaynaklı, kişilerarası veya kolektif şiddet olarak maruz kalmaktadır. Dünya'da 15-44 yaş arası insanlar için önde gelen ölüm nedenlerinden biri de şiddettir. Aile içi şiddet, her yaşta, kültürde, eğitim ve sosyoekonomik düzeyde ortaya çıkan sosyal bir sorundur. Türkiye genelinde kırsal ve kentsel kesimi temsil edecek nitelikte yapılan biraraştırmada ailelerin %34'ünde fiziksel şiddete rastlandığı, %53'den fazla hanede sözlü şiddetin uygulandığı, şimdiki ebeveynlerin geçmişinde fiziksel şiddete maruz kalmış olma oranının ise %70'i geçtiği belirtilmektedir. Aile içinde yaşanan şiddetten en çok etkilenen de kadınlar ve hiç şüphesiz çocuklardır. Dünyadaki her üç kadından biri yaşamlarının bir döneminde fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Hırpalanmış kadın sendromu, bu kurbanların ortak kişilik özelliklerini ifade eder.Bu kadınlar genellikle ekonomik olarak eşlerine veya partnerlerine bağımlıdırlar, çok düşük benlik saygısı sergilerler ve bir şekilde tacizi hak ettiklerini düşünürler. Pediatristler ya da hemşireler bu kurbanı tanımlayan ilk kişiler olabilir çünkü kadın çoğu kez kendisi için tıbbi yardım istemez ancak çocukları için yardım arayışına girecektir. Buna ek olarak, aile içi şiddet olduğunda birçok kez evde bulunan çocuklar da

istismar veya ihmal mağduru olmaktadır. Cinayet kurbanlarının yaklaşık %15'inin kendi eşleri tarafından öldürüldüğü saptanmıştır. Bu durum şiddetin, tüm aile üyelerini fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak etkilediğini ortaya koymaktadır. Şiddet mağdurları genellikle yaşadıkları istismarı bildirmekten korkar ya da utanırlar, şiddetin o kadar kötü olmadığı düşüncesine kendilerini inandırarak pasif inkâr da bulunabilirler hatta bir süre sonra şiddetin izlerini kapatmakta bile ustalaşırlar. Böylece aile içi şiddet durumu çoğu zaman dışardaki insanlar tarafından fark edilmez. Sağlık çalışanları, istismarın açık ve gizli belirtilerini tanımada uyanık olmalıdır. Çocuk istismarı vakaları son yıllarda sürekli olarak artmasına rağmen, çoğu vakanın ilgili makamlara bildirilmediği tespit edilmiştir. Çocuklar, toplumun en savunmasız kesimini oluşturmaktadır. Bu nedenle ebeveynler en yaygın imarcılardır. Ebeveynlerin yapmış olduğu ihmal ve istismarı tespit etmede evde sağlık hizmeti veren sağlık profesyonelleri anahtar rol oynamaktadır. **Amaç:** Aile içi şiddette psikososyal yaklaşımda multidisipliner ekip üyeleri görev almaktadır. Bu ekip hemşire, hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve kolluk kuvvetlerini içerir. Aile içinde yaşanan şiddete maruz kalan kişileri değerlendiren sağlık çalışanlarına yeni bir bakış açısı kazandırmak ve şiddeti tüm yönleri ile değerlendirmek önemlidir. Bu bağlamda çalışma; aileye ve topluma rehberlik etmek ve destek olmak, şiddeti önlemek ve gençleri şiddet içermeyen problem çözme yöntemlerini öğretme gibi girişimleri içeren psikososyal yaklaşımın önemini vurgulamak amacıyla yapılmıştır. **Sonuç ve Öneriler:** Evde sağlık ekibi, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumada, geliştirmede ve sürdürmede önemli rol oynayan multidisipliner bir sağlık ekibidir. Aile içi şiddet konusunda riskli gruplarla birçok ortamda karşılaşma fırsatı olan ekibe bu konu da önemli sorumluluklar düşmektedir. Ailenin güvenliği, kararlılığı, ailenin iyi oluş hali ve duygusal duyarlılık, sosyal duygusal uyumun çok önemli yordayıcılarıdır. Evde sağlık çalışanları, çocukluk döneminde aile içi şiddete maruz kalma ve tanık olma, sosyoekonomik ve sosyokültürel etmenler, yaş, sosyal destek sistemleri, dini etkenler ve psikolojik etmenler gibi şiddette ki risk etmenlerini göz önünde bulundurarak verileri toplamalı ve değerlendirme yapmalıdır. Özellikle çocukluk ve gençlik döneminde ortaya çıkabilecek riskli sağlık davranışlarına (şiddet davranışı, sigara, alkol ve madde bağımlılığı vb.) karşı koruyucu ve önleyici uygulamalar gerçekleştirmelidir. Bu doğrultuda ekip üyelerinin meslekleri gereği aileyi bulunduğu ortamda gözlemlene, etkileme ve eğitim şansına sahip oldukları için aileye ve topluma danışmanlık ve rehberlik hizmeti vermektedir. Evde sağlık ekibinin toplumda görülen aile içi şiddet konusunda koruyucu önlemler ve iyilik halini devam ettirme konusunda rehberlik ve danışmanlık yapabilmeleri için de yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları beklenmektedir. Bunun yanı sıra, aile ile görüşmede şiddet ile ilgili

yeterli ve doğru bilgiyi alma ve şiddetin derecesini ve etkilerini tanımlaması gerekmektedir. Daha sonra şiddete maruz kalan aile üyelerine koruyucu ve önleyici mesleki uygulamalar kapsamında psikososyal danışmanlık, süpervizyon, psikodrama, aile merkezli, bilişsel, davranışçı ve çözüm odaklı teknikleri dikkate alarak psikososyal yaklaşımlarda bulunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:**Aile içi şiddet, Psikososyal Bakım

### **Psychosocial Approach to Domestic Abuse**

**Introduction:** Abuse, biopsychosocial and economic dimensions are a complex phenomenon that is handled by different disciplines. Various forms of abuse can be seen all over the world. Each year, more than one million people lose their lives due to violence and are exposed to more virulent injuries as self-induced, interpersonal or collective violence. One of the leading causes of death for people aged 15-44 in the world is violence. Domestic abuse is a social problem in every age, culture, education and socioeconomic level. One out of every three females in the world reported experiencing physical or sexual violence at some point in their lives. Health professionals should be alert to the identification of clear and confidential statements of abuse. Reported cases of child abuse have increased steadily over the past few years, but most cases have not been reported. Children are the most vulnerable part of society. For this reason, parents are the most common abusers. In particular, home health professionals who provide health care at home play a key role in determining the misuse of an individual's family. **Aim:** Working in this context; to emphasize the importance of a psychosocial approach that includes initiatives such as guiding and supporting the family and the community, preventing violence and teaching young people non violent problem-solving methods. **Conclusion and Recommendations:** Home health professionals must also have sufficient knowledge and skills to be able to provide counseling and counseling on the prevention of domestic abuse in the community and the maintenance of well-being. Besides, it is necessary for home health professionals to get enough and correct information about violence and to define the degree and effect of abuse in family conversation. Then, psychiatric approaches such as psychosocial counseling, supervision, psychodrama, family centered, cognitive, behavioral and solution oriented therapies should be included in protective and preventive nursing practices for family members who are exposed to abuse.

**Keywords:** Domestic abuse, Psychosocial Care.



## Kaynaklar

1. Altınay, A. G. ve Arat, Y. (2007), “Türkiye’de kadına yönelik şiddet araştırma raporu”, Tübitak, Ankara.
2. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, (2002),“World Report On Violence And Health”, World Health Organization, (Ed.: Etienne G. Krug ve diğerleri), Geneva, s.5.
3. Ford-Gilboe M, Varcoe, C, Wuest J, Gray-Merritt M (2011) “Intimate partner violence and nursing practice”. In Family Violence and Nursing Practice (Eds J Humphreys, JC Campbell): 115-154. New York, Springer Publishing Company.
4. Gorman, LM., Sultan, DF., (2008), “The Grieving Patient”, Psychosocial Nursing For General Patient Care. 3rd Edition, FA Davis Company, 129-142.
5. Gorman, LM., Sultan, DF., (2002), “Family Violence”, Psychosocial Nursing For General Patient Care. Second Edition, FA Davis Company, 301-316.
6. Humphreys JC, Campbell A (2011) Family Violence and Nursing Practice, 2nd Edition. New York, Springer Publishing Company.
7. Jewkes, R. (2002), “Intimate partner violence: Causes and prevention”,The Lancet, 359 (9315) 1423-1429.
8. Jordans, M. J., Tol, W. A., Komproe, I. H., Susanty, D., Vallipuram, A., Ntamatumba, P., Lasuba A.C, Jong, J. T. (2010), “Development of a multi-layered psychosocial care system for children in areas of political violence”, International Journal Of Mental Health Systems, 4, 15, 1-12.
9. Karşlı, N., (2016), “Psikososyal açıdan şiddet ve çözüm yolları”, Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi, Cilt 16, Sayı 3, ss.63-89.
10. Lök, N., Başoğlu, C., Öncel, S., (2016), “Aile içi şiddetin çocuk üzerindeki etkileri ve psikososyal desteğin önemi”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 8(2), 155-161
11. Page A.Z., İnce M., (2008), “Aile içi şiddet konusunda bir derleme”, Türk Psikoloji Yazıları, 11 (22), 81-94.
12. Resmi Gazete (2010) Hemşirelik Yönetmeliği, 8 Mart 2010. Ankara, T.C. Başbakanlık.
13. The World's Women (2015), “Violence against Women”, United Nations Statistics Division United Nations ss: 139-161.

[http://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015\\_chapter6\\_t.pdf](http://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015_chapter6_t.pdf)

(Erişim Tarihi: 15.03.2018).

- 14.** Tol WA, Reis R, Susanty D, de Jong JT (2010) “Communal violence and child psychosocial well-being: qualitative findings from Poso, Indonesia”, *Transcult Psychiatry*, 47: 112-135.
- 15.** Ünal, G. (2005), “Aile içi şiddet”, *Aile ve Toplum Yıl: 7 Cilt: 2 Sayı: 9 Ocak-Mart*.
- 16.** WHO (2002) *World Report on Violence and Health, Summary*. Geneva, World Health Organization.

### 13- Prostat Tümörlü Hastaların Yaşam Kalitelerinde Evde Bakımın Önemi

Sema Koçalış\*, Ali Gündüz\*\*, Dilek Aktaş\*, Esra Tayaz\*

\* Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara/Türkiye

\*\* Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara/Türkiye

**Giriş:** Prostat erkek üreme sisteminin bir parçası olup idrar torbasının hemen altında, bağırsakların ön tarafında, idrar torbasının çıkışını çepeçevre saran bir salgı bezidir. Başlıca görevi spermleri koruyan sıvıyı üretmek ve spermleri bu sıvı içinde sağlıklı bir şekilde saklamak olan prostat, ayrıca sfinkter kaslar ile mesanenin ağzını sıkarak, idrar kaçırılmasını önler. Prostat bezi kontrolsüz büyüyen dokusu nedeniyle ileri yaş erkeklerde sıkça görülen benign prostat hiperplazisi (BPH) ya da prostat kanserine sebep olmaktadır. Yaşlı popülasyondaki artış ile birlikte hastalığın insidansında dünyada yüz binde 28 iken ülkemizde bu oran biraz daha fazla olup, yüz binde 37'dir. Amerikan Kanser Derneği'nin verilerine göre, erkeklerin yaşam boyu prostat kanseri ile karşılaşma riskinin %16,7, yaşam kaybı riskinin ise %2,5 olduğu bildirilmiştir. Prostat kanseri prostatın merkezinden değil, kapsüle yakın, merkezden uzak bölgesinden kaynaklanır. Bu nedenle prostat kanserinde idrar şikâyetleri daha geç dönemde hastayı rahatsız eder. Prostat büyümesinin belirtileri arasında idrar yapma güçlüğü, idrar akışında kuvvet azalması, idrara gitme sıklığında artış, menide ya da idrarda kan görülmesi, boşalma esnasında ağrı, kasık bölgesinde rahatsızlık hissi, kemik ağrıları, sertleşme problemi yer almaktadır. Tedavisinde öncelik, medikal yoldur. Ancak medikal tedavi etkin olmadığında cerrahi yöntemlere (açık operasyon, transüretral prostat rezeksiyonu-TURP, laserprostatektomi, vb) başvurulmalıdır (Demirel ve ark 2012, Faydacı ve ark 2011, Çam 2005).

Özellikle ileri yaşlarda görülmesi yaşamı tehdit etmemekle birlikte morbidite ve yaşam kalitesinde önemli sorunlara yol açmaktadır (Dönmez ve Mungan 2011). Bu nedenle tedavinin ve hastanın evde bakımının amacı, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve semptom yönetimidir (Çam 2009).

Yazar Ad/Adları	Basım Yeri ve Yılı	Kullanılan Ölçek	Örneklem Sayısı	Sonuç
Özkara H., Alıcı B., Akkuş E., Ataus S.	Cerrahpaşa J Med 1998; 29 (3): 132- 136.	Veri toplama formu	105 hasta	Prostatektomi operasyonlarının erektil fonksiyon üzerinde negatif etkisi olduğu ve bu durumun girişimin tipine göre farklılık göstermediği bulunmuş.
B. Joyce Davison, Alan I. So and S. Larry Goldenberg	BjuInternational 2007;(100);780-785	European Organization for Research and Treatment of Cancer C- 30 ve International Index of Erectile Function-5	130 hasta	Erkekler cerrahi sonrası kendilerini daha az erkeksi hissettiklerini, daha az cinsel zevke sahip olduklarını, ereksiyon sağlamakta ve devam ettirmekte zorluk yaşadıklarını ve cinsel olarak ima edildiklerinde rahatsızlık duyduklarını bildirmiş
Faydacı G, Metin M, Eryıldırım B, Tarhan F, Tuncer M, Özgül A	Türk Üroloji Dergisi, TurkishJournal of Urology 2011;37(3):184-190	EORTC QOL-C30	42 hasta	Metastatik prostat kanseri olan hastaların yaşam kalitesi lokalize prostat kanseri olan hastalara göre başlangıçta daha kötü olmasına karşın tedaviden sonra yaşam kalitesinde düzelme metastatik prostat kanseri olan hastalarda daha fazla saptanmış.

Koca O., Keleş M.O., Güneş M. Öztürk M., Akyüz M., Karaman M.İ.	TurkishJournal of Urology 2012; 38(1): 29-31.	Veri toplama formu	49 hasta	BPH tedavisinde alfa-bloker tedavinin yanına desmopresinin eklenmesinin noktüride anlamlı azalma yaptığı gösterilememiş
Demirel HC, Duloğlu ÖG., Gökkaya CS., Aktaş BK., Öztürk E., Memiş A.	Yeni Üroloji Dergisi - The New Journal of Urology 2012; 7 (2): 10- 15.	Veri toplama formu	37 hasta	TURP sonrasında hastaların gündelik hayatlarına dönmesini etkileyen en önemli bağımsız değişkeninpostoperatifHb değeri olduğu saptanmış
Kayal MC., Bez Y., Demir A., Bulut M., Topçuoğlu V., Kuşçu MK., Türkeri NL.,	Journal of Mood Disorders 2013;3(1):23- 27	SF 36, hastane anksiyete depresyon ölçeği (HAD) ve Arizona cinsel yaşantılar ölçeği (ACYÖ)	80 hasta	Prostat kanseri olan hastaların, hastalığın çeşitli evrelerinde farklı düzeylerde fiziksel işlevsellik ve cinsel isteksizlik sorunları yaşadığı saptanmış
Cantürk Ç.	TurkishJournal of Urology 2014; 40(1): 17-23.	Veri toplama formu	113 hasta	Yapılan çalışmada, eğitim yolu ile risk grubunun bilgi düzeyinin artırılabilceği fakat bilgi düzeyindeki bu artışın taramalara katılım davranışını etkilemediği belirlenmiş.

## **BPH Hastanın Evde Bakımı**

Hemşire hastanın evde bakım sürecinde veri toplama, gereksinimleri belirleme (tanı), bakım planı yapma, uygulama ve değerlendirme aşamalarını takip etmelidir. Hastanın fiziksel semptomları, sınırlılıkları, fonksiyonel durumu, beslenmesi, yaşadığı çevresi hakkında ayrıntılı veri toplamalıdır. Toplanan veriler ışığında bakımın planı sağlanmalı ve sonucu mutlaka değerlendirilmelidir (Erdil 2018)

Ameliyat sonrası gündelik yaşama dönebilmede en önemli etkenin hastanın hemoglobin değeri olduğu gösterilmiştir (Demirel ve ark 2012). Bu nedenle hemşire ev ziyaretlerinde hastanın hemoglobin değerlerine ait laboratuvar bulgularını takip etmelidir.

Hastalar idrar sondası varlığı nedeniyle enfeksiyona yatkın olmaktadır. Bu nedenle hemşire idrar sonrası bakımını asepti ilkelerine uyarak yapmalı ve hastada enfeksiyon belirtilerini gözlemlemelidir. Ayrıca hastaya da idrar sonrası bakımını ve enfeksiyon belirtilerini öğretmeli ve bu belirtiler görüldüğünde hekime başvurması gerektiğini ifade etmelidir (Ergin ve ark 2014).

Ağrı hemşirelerin en sık karşılaştığı hasta sorunlarından biridir. Hemşirelerin ağrıyı tanımlama, ağrıyı gidermek için uygun yöntemleri seçme, tedavinin etkinliğini izleme, ağrı yönetimiyle ilgili hastayı bilgilendirme gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Meral 2016).

Hastalar hastalığın getirdiği engellemeler, çaresizlik, yeterliliğin kaybı, ölüm korkusu, hastalığın anlamları gibi farklı konularda anksiyete yaşayabilmektedirler. Hemşire hastalık sonrası evde bakıma ilişkin hastaya anlayabileceği, onun seviyesine uygun bir eğitim vermekle sorumludur (Erdil 2018).

Ameliyat sonrası cinsel fonksiyonlarda iyileşme olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra aksini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır. Bu durumda hastanın evde bakımında, hemşire cinsel konularda hastalığa bağlı sıkıntılar yaşanabileceğini söylemeli ve eşleri ile birlikte konu ele alınmalıdır (Müezzinoğlu ve Çam 2006).

**Anahtar Kelimeler:** Prostat Kanseri, Hemşirelik, Yaşam Kalitesi

## **The Importance Of Home At Home Quality Of Prostate Tumors' Patients**

**Abstract:** Prostate tumor is a common cancer in men and is the second most common cancer-related deaths. Although the causes have not been fully elucidated, it is known that the

incidence increases markedly with age. Prostate tumors are the most commonly used form of treatment, including medical and hormonal therapy, radiotherapy (RT) and cryotherapy.

Especially with the increasing opportunities of modern technology, the detection of diseases in earlier periods and the development of various treatment possibilities prolong life expectancy which means that the aging world countries will face more with prostate patients. Nurses should plan and implement the help and care for the needs of patients with prostate cancer at the highest level and gain healthy post-discharge life style behaviors that do not overlook the possibility of complications. All of these nursing interventions should be aimed at raising the quality of life of patients.

**Keywords:** Prostate Cancer, Nursing, Quality of Life

### **Kaynaklar**

1. Demirel HC, Duloğlu ÖG., Gökkaaya CS., Aktaş BK., Öztürk E., Memiş A. Bening prostat hiperplazisinde cerrahi sonrası gündelik hayata dönmeyi etkileyen faktörler. *Yeni ürolojidergisi-the new journal of urology* 2012; 7(2):10-15.
2. Dönmez İ., Mungan A. BPH prevalansı ve ülke gerçekleri. *Üroonkoloji bülteni* 2011; 4:11-14.
3. Çam K., Bening prostat hiperplazisinde yaşam kalitesi neden önemlidir ve nasıl ölçülür?. *Üroonkoloji bülteni* 2009; 4: 21-24.
4. Çam K. Beningn prostat hiperplazisi ve yaşam kalitesi. *Üroonkoloji bülteni* 2005; 2:25-27
5. Özkara H., Alıcı B., Akkuş E., Ataus S., Hattat H. Tur-p  
vetransvezikalprostatektomiameliyatlarınınseksüelfonksiyonüzerineetkisi. *Cerrahpaşa J Med* 1998; 29 (3): 132-136.
6. B. Joyce Davison, Alan I. So and S. Larry Goldenberg Quality of life, sexual function and decisional regret at 1 year after surgical treatment for localized prostate cancer. *Bju International* 2007;(100);780–785
7. Faydacı G., Metin M., Eryıldırım B., Tarhan F., Tuncer M., Özgül A. Lokalizevemetastatikprostatkanserli hastalardatedavisonrasıyaşamkalitesideğişiklikleri. *TürkÜrolojiDergisi - Turkish Journal of Urology* 2011;37(3):184-190

8. Koca O., Keleş OM., Güneş M., Öztürk M., Akyüz M., Karaman İM. Beningn prostat hiperplazisi bulunan hastalarda noktürinindesmopressin ile tedavisi. *Turkishjournal of urology*2012; 38(1): 29-31.
9. Kayal MC., Bez Y., Demir A., Bulut M., Topçuoğlu V., Kuşçu MK., Türkeri NL. Prostat kanseri hastalarında hastalık evrelerine göre anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesi. *Journal of MoodDisorders* 2013;3(1):23-7
10. Çapık,  
Cantürk. Prostat kanseri tetaramalarının yönelik verilen eğitim bilginin düzeyine tetaramalar katılımda davranışlarına etkisi. *Turkish Journal of Urology*2014; 40(1): 17-23.
11. Erdil F. Yaşlanan toplum ve evde bakımı. [http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri\\_2009/23.pdf](http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/23.pdf) (erişim tarihi 22.03.2018)
12. Ergin O., Özorak A., Güzel A., Öztürk AS., Çapkın T., Uçar M. Evde sağlık hizmetleri ve ürolojik problemler. *Symrna tıp dergisi* 2014; 1:1-4.
13. Meral DK. Transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Aydın sağlık dergisi* 2016; 2(2):1-11.
14. Müezzinoğlu T., Çam K. Selim prostat büyümesinde yaşam kalitesi. *Türk üroloji dergisi* 2006; 32(2):254-260.
15. Ardahan M. Temel AB. Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi. *Ege üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi* 2006. 22(2): 1-14.



#### 14- Gaziemir Malnütrisyon Çalışması (Gaz -Man) İkinci Yıl Sonuçlarımız

**Hasan Anık\*, Nuran Elçin\*\*, Barış Mutluer\*\*\*, Şirin Nil Kılıç\*, Nurhayat Arslan\*, Mesude Sertkaya\*, Nuray Uzun\***

\*Gaziemir Belediyesi Evde Bakım Birimi , Marmara Ambulans ( MAYDAY )Ltd. Şti.

\*\*Gaziemir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü

\*\*\*Marmara Ambulans ( MAYDAY ) Ltd.Şti.

**Giriş:** Malnütrisyon, tüketilen besin öğelerinin (protein, enerji ve diğer nutrientlerin ) alımıyla değişen metabolizma ihtiyaçlarının karşılanması arasındaki süregelen dengesizliği ifade eder. Malnütrisyon, geriatrik popülasyonda önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olarak görülmektedir (Arioğul, 2013, 20). Malnütrisyon tanısı için uluslararası bir kriter olmamakla beraber; son altı ayda vücut ağırlığının %10 kaybı veya nutrisyonel skorlar kullanılmaktadır (Selçuk, 2012: 158). Hastaneye yatan malnütrisyonlu hastaların % 27 ‘sinde komplikasyon geliştiği ve bunun da hastanede kalış süresini 16.7 gün uzatıp maliyeti %308.9 oranında arttırdığı bildirilmiştir (Isabel, 2003: 235).Gaziemir Malnütrisyon Çalışması (GAZ-MAN ),Gaziemir Belediyesi Evde Bakım Birimi tarafından 3 yıllık olarak planlanmış ve nisan 2016 tarihinde başlatılmış prospektif bir çalışmadır.

**Amaç:** Bu çalışma,malnütrisyonun morbidite ve mortaliteye etkisini ve hasta takibiyle yara bakımı,beslenme ,fizyoterapi , kronik hastalıkların izlenmesi gibi destekleyici tedavilerin engelleyici rolünü saptamak amacıyla yapıldı.

**Sınırlılıklar:** Bu çalışmayı Evde Bakım Biriminde görevli personeller yürütmüştür. Çalışma için rutin Evde Bakım Hizmetleriyle birlikte yürütüldüğünden çalışma evrenini yansıtan %10’luk örneklem dilimi alınmıştır. Maliyet engeli yoktur.

**Yöntem:** Aktif olarak Evde Bakım takibinde olan 65 yaş üstü 116 kişiye MNA (Mini Nutritional Assesment) testi uygulandı. Çıkan sonuçlar cinsiyete göre ve ölenlerde özelliklerine göre analiz edildi.

**Bulgular :** GAZ-MAN Çalışması, Nisan 2016 tarihinde 3 yıl sürecek prospektif bir çalışma olarak planlandı. 1 Nisan 2016 ’ daEvde Bakım Birimi tarafından aktif takibi ve tedavileri yapılan 65 yaş üstü nüfus 1850 kişidir. Çalışmanın evrenini oluşturan bu kişilerin %10’u alınarak örneklem oluşturuldu.Mahalle nüfuslarına göre dağıtılan 185 kişiden sözel onam veren ve çalışmayı kabul eden 170 kişi (100 kadın ,70 erkek ) alındı. Bu kişilere MNA testi

uygulanarak toplanan verilerin kesitsel analizi yapıldı. İlk çalışma sonuçlarımız , 24-26 Kasım 2016’ da düzenlenen 2. Uluslararası Bütünleşik Sağlık ve Bakım Kongresinde sunulmuştur.

1-15 Nisan 2017 ‘ deGAZ-MAN Çalışması 2. Aşamasını oluşturan 1. yıl sonuçları 131 kişi (84 kadın ,47 erkek) ile gerçekleştirilerek 13-15 Mayıs 2017’de düzenlenen Uluslararası İzmir Keyifli Yaş Alma Kongresi’ nde sunulmuştur. Çalışmanın 3. aşaması olan ve 2. yıl sonuçlarını içeren güncel çalışma 116 kişi ( 78 kadın ,38 erkek ) ile yapıldı.

GAZ-MAN Çalışması ‘ na başlangıçta katılım hızı %91.8 oldu. 1. yılda ölüm oranı % 22.9 , güncel çalışmayı içeren 2. yılda ölüm oranı %11.20 oldu. Nisan 2016 tarihine ait başlangıç ortalama yaş kadınlarda 77.92 erkeklerde 74.88’dir. Vakaların hastalık grupları ve nutrisyon durumları cinsiyete göre karşılaştırmalı olarak Tablo 1’ de verilmiştir. İlk sonuçlara göre ; malnütrisyonu olmayanların oranı kadın ve erkeklerde sırasıyla %36.0 , %31.4 iken ,malnütrisyon riski oranları sırasıyla %38.0 , % 40 .0 ve malnütrisyon oranlarıda sırasıyla %26.0 , % 28.0olarak saptandı.Kronik hastalıkların görülme oranı ; kadınlarda % 45.0 iken erkeklerde % 62.0 bulundu.Bu durum erkeklerde daha yüksek oranda malnütrisyon görülmesini açıklamaya yardımcı olmaktadır. 2017 yılına ait 1. Yıl sonuçları Tablo 2 ‘ de gösterilmiştir. 1. Yıl sonuçlarında şu noktalar dikkat çekicidir :

1.Kadınlarda Diyabet ve Hipertansiyon oranında artma saptandı.

2.Nutrisyonel durumda iyileşme oranları kadın ve erkeklerde sırasıyla % 19.0 ,%23.4 iken kötüleşme oranları sırasıyla % 13.0 ,%12.7 olup cinsiyet farkı saptanmamıştır.

2018 yılına ait güncel 2. Yıl sonuçları Tablo 3 ‘te verilmiştir. Güncel bulgulara göre hastalar nutrisyon grupları açısından değerlendirildiğinde şu noktalar dikkat çekicidir :

1. Normal gruba ait kişilerin oranı 2016 ‘da kadın ve erkeklerde sırasıyla %36. 0 ,%31. 4 iken 2017’de bu oranlar artarak sırasıyla %48.0 , % 44.8 oldu. 2018 ‘de de artarak sırasıyla %64.10 , %47.36 saptandı.

2.Malnütrisyon riski grubunun oranı 2016’ da kadın ve erkeklerde sırasıyla %38. 0 , % 40.0 iken 2017’ de bu oranlar düşerek sırasıyla % 28.0 , % 38.2 oldu. 2018’de ise bu oranlar azalarak sırasıyla %23. 07 ,% 34.21 ‘e inmiştir.

3.Malnütrisyon grubunda olanların oranı 2016 sırasıyla %26.0 , %28.0 iken 2017 ‘de bu oranlar azalarak sırasıyla %17.8 , %17.0 oldu.2018 ‘de de sırasıyla %12.82 ve % 18.42 oldu.

2 yıllık izlem sonucunda her iki cinstede normal gruba ait kişilerin oranı giderek arttı. Buna karşın malnütrisyonlu ve riskli gruptaki kişilerin oranları azaldı. Bu durum yakın takip ve desteğin olumlu etkilerine işaret etmektedir.

2016 yılında yatalak hasta oranı kadın ve erkeklerde sırasıyla % 28.0 , %27.0 iken 2017 yılında bu oranlar azalarak % 19.0 , %2 5.5 oldu.2018 yılındada bu oranlar sırasıyla %8.97 ,%21.05 oldu. Bu sonuçlar takip ve tedavilerin olumlu etkileri olarak değerlendirilmektedir.

Ölüm vakaları incelendiğinde; 2017 yılı kaba ölüm hızı %22.9 iken 2018 yılında bu oran %11.20 olmuştur. Ölenlerin ortalama yaşı kadınlarda 83.83 erkeklerde 79.0 ‘dır.Malnütrisyon gruplarına göre ölüm vakaları Tablo 4 ‘de gösterilmiştir.En sık ölüm oranı ; hem kadınlar (%44.4 ) hem de erkeklerde (%66.6) malnütrisyon riski olan grupta görüldü.Her iki cinste de en düşük ölüm oranı malnütrisyonlu grupta saptandı.Son 1 yılda ölenlerin tamamında en az 1 ve ençok 4 olmak üzere kronik bir hastalık mevcuttu.MemeCa nedeniyle bir kadın hasta ve Hematolojik Malignite (MDS) nedeniyle bir erkek hasta exoldu.Bu grupta kronik hastalık sıklığı açısından cinsiyet farkı saptanmadı .

**Sonuç:** Malnütrisyongeriatrik popülasyonda önemli bir sağlık problemidir.Malnütrisyon yaşlılıkta her iki cinstede yaşamsal risk oluşturabilmektedir.Çalışmamızın başlangıç verileriyle kıyaslandığında mortalite oranları azalmıştır. İki yıllık takip sonucunda malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan grupların her iki cinstede oranları azalmış bunakarşın normal grubun oranı yükselmiştir. Mortalite oranlarına bakıldığında malnütrisyonun olumsuz etkilerine karşın ileri yaş , cinsiyet ve kronik hastalık mevcudiyeti daha belirgin role işaret etmektedir.

Bu çalışmanın planlanması ve yapılmasındaki temel amacımız malnütrisyonun tanınması noktasında farkındalığı arttırmak ve erken tespitiyle birey ve toplumun sağlığı ve ekonomisindeki olumsuz etkilerini gidermeye çalışmaktır. İkincil bir hedefimizde kronik hastalıkların malnütrisyonunda olumsuz etkilerini saptamak ve kontrolü için takip ve strateji geliştirmektir. Geriatriyle ilişkili sağlık çalışanlarına bu konuda periyodik eğitimlerin aksatılmaması hassasiyetlerini canlı tutacaktır.

‘Benim en iyi dostum terzimdir.Ne zaman beni görse derhal o anki ölçülerimi alır.Oysa öteki tanıdıklarım benim hala eskisi gibi olduğumu düşünürler.’(George Bernard Shaw )

**Anahtar Kelimeler :**Malnütrisyon ,Kronik Hastalıklar , İleri Yaş

## **The Second Year Results Of The Gaziemir Malnutrition Study**

**Introduction:** Malnutrition refers to the imbalance of the time between the intake of consumed food items (protein, energy and other nutrients) and the fulfillment of changing metabolic needs. GAZIEMIR Malnutrition Study (GAZ-MAN) was planned by Gaziemir Municipality Home Care Unit for 3 years and started on April 2016 is a prospective study.

**Aim :**This study was conducted to determine the effect of malnutrition on morbidity and mortality and the preventive role of follow-up treatment following a patient. Malnutrition is seen as a cause of significant morbidity and mortality in the geriatric population .

**Results:**1. The proportion of people with normal group is 36% , %31.4 in women and men in 2016 respectively. In 2017, these rates increased to 48.0% and 44.8%, respectively. In 2018, 64.10% and 47.36% respectively. 2. The proportion malnutrition risk is %38.0 ,%40.0 in 2016 respectively. In 2017, falling to 28.0% and 38.2%, respectively. In 2018, these rates decreased by %23.07 , %34.21 respectively. 3.The proportion of malnutrition group was 26.0% and 28.0% respectively in 2016, while those in 2017 were 17.8% and 17.0% respectively, which was 12.82% and 18.42% respectively in 2018. As a result of the 2-year follow-up, the proportion of people with normal group in both genders increased steadily. However, the proportion of people in the malnutrition and at risk group decreased. This indicates positive effects of close follow-up and support.

**Conclusion:** Malnutrition is an important health problem in the geriatric population. Malnutrition can cause life-threatening risks in both sexes in the elderly. Mortality rates are reduced when compared to the baseline data of our study. As a result of two years of follow-up, the ratios of both groups at the risk of malnutrition and malnutrition decreased, whereas the percentage of normal group was increased. Despite the negative effects of malnutrition on the mortality rates, the presence of advanced age, sex, and chronic illness indicates a more prominent role.

**KeyWords :** Malnutrition , Chronic Diseases , Elderly

## **Kaynaklar**

- 1-) Arioğul, Servet (2013) ,’’ Yaşlılarda Malnutrisyon Kılavuzu’’. Akademik Geriatri Derneği, 20-40.
- 2-)Selçuk, Haldun (2012 ) ,’’Malnutrisyon ve Önemi ‘‘ , Güncel Gastroenteroloji, 16/2, 158-160.
- 3-) Isabel M, Correia TD and Waitzberg DL ,(2003) ‘‘The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis,’’ ClinicalNutrition , 22 (3): 235-239.

HASTALIK GRUBU	KADIN (100)		ERKEK (70)		
	SAYI	%	SAYI	%	
HİPERTANSİYON (HT)	70	70	42	60	
DİABETES MELLİTUS (DM)	29	29	21	30	
SEREBROVASKÜLER HASTALIK (SVH)	8	8	15	21	
DEMANS	12	12	10	14.2	
DEKÜBİT ÜLSERİ	2	2	4	5.70	
YATAĞA BAĞIMLILIK	28	28	19	27.1	
KANSERLER	8	8	3	4.2	
DİĞER KRONİK HASTALIKLAR	45	45	44	62	
MALNUTRİSYON DURUM	YOK	36	36	22	31.4
	RİSK	38	38	28	40
	VAR	26	26	20	28

**Tablo 1:** 2016 Yılına Ait Başlangıç Sonuçları

HASTALIK GRUBU	KADIN (84)		ERKEK (47)		
	SAYI	%	SAYI	%	
HİPERTANSİYON (HT)	63	75.0	26	55.3	
DİABETES MELLİTUS (DM)	27	32.1	15	31.9	
SEREBROVASKÜLER HASTALIK (SVH)	6	7.1	10	21.2	
DEMANS	8	9.5	6	12.7	
DEKÜBİT ÜLSERİ	2	2.3	3	6.3	
YATAĞA BAĞIMLILIK	16	19.0	12	25.5	
KANSERLER	5	5.9	4	8.5	
KALP HASTALIĞI (YETMEZLİK VE İSKEMİK )	19	22.6	10	21.2	
DİĞER KRONİK HASTALIKLAR	37	44.0	32	68.0	
MALNUTRİSYON DURUM	YOK	48	57.1	21	44.8
	RİSK	21	28.0	18	38.2
	VAR	15	17.8	8	17.0

**Tablo 2:** 2017 yılına ait 1. Yıl sonuçları

HASTALIK GRUBU	KADIN (78)		ERKEK (38)		
	SAYI	%	SAYI	%	
HİPERTANSİYON (HT)	54	69.23	23	60.52	
DİABETES MELLİTUS (DM)	23	29.48	11	28.94	
SEREBROVASKÜLER HASTALIK (SVH)	3	3.84	11	28.94	
DEMANS	7	8.97	5	13.15	
DEKÜBİT ÜLSERİ	4	5.12	5	13.15	
YATAĞA BAĞIMLILIK	7	8.97	8	21.05	
KANSERLER	4	5.12	1	2.63	
KALP HASTALIĞI (YETMEZLİK VE İSKEMİK )	9	11.53	10	26.31	
DİĞER KRONİK HASTALIKLAR	28	35.89	20	52.63	
MALNUTRİSYON DURUM	YOK	50	64.10	18	47.36
	RİSK	18	23.07	13	34.21
	VAR	10	12.82	7	18.42

**Tablo 3:** 2018 Yılına Ait 2.Yıl Sonuçları



## 15- Evde Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Değerlendirilmesi: Literatür İncelenmesi

**Mustafa Dedecan\*, Derya Karakaya\*\***

\* Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara/Türkiye

\*\* Ulus Devlet Hastanesi, Ankara/Türkiye

**Giriş:** Evde sağlık hizmeti, bir hastanın evinde sağlığının teşviki, sürdürülmesi, iyileştirilmesi ya da bağımsızlık seviyesinin en üst düzeye çıkarılması amacıyla sunulan tıbbi ve tedavi edici unsurlar dizisi olarak tanımlanır (1). Hem ortalama yaşam süresinde hem de buna bağlı olarak kronik hastalıklarda artış meydana gelmiştir (2). Bu artışın etkilerini en aza indirmek için terminal hastalıklar ve engellilik de dahil olmak üzere evde sağlık hizmetlerinin verilmesi kaçınılmaz hale gelmiştir(1). **Amaç:** Bu çalışmanın amacı evde sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Çalışmada literatür tarama yöntemi kullanılmıştır. Çalışmalara ulaşmak için Türk Tıp Dizini, Google Akademik, YÖK Tez Tarama, Pubmed, Google Scholar, Web of Science veri tabanları taranmıştır. Tarama yapılırken “evde sağlık”, “kalite”, “bakım”, ”Türkiye” anahtar kelimeleri Türkçe ve İngilizce olarak kullanılmıştır. Yapılan inceleme sonucunda 17 çalışmanın dahil edilme kriterlerine uygun olduğu belirlenmiştir. **Bulgular:** Uzun yıllardır yurt dışında uygulanan ve buralarda görülen evde sağlık hizmetinin en önemli iki faydası, sağlık harcamalarında sağladığı düşüş ve kişinin kendi huzurlu ortamında, ailesi ile bakımına olanak vermesidir(3). Evde sağlık hizmeti, hastane temelli sağlık hizmetlerine göre avantajlar sağlar, evde sağlık hizmeti bir hastanede sağlanandan daha uygun maliyetli olabilir(4) ve hastane ile ilişkili enfeksiyonlara maruziyeti azaltabilir(5). Hastalar evde yüksek kalitede hastane düzeyinde bakım hizmeti aldıklarında, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) alevlenmeleri veya kalp yetmezliği yaşayanlar gibi dikkatle seçilmiş hastalar için geleneksel yatılı bakımdan %19 tasarruf elde edersiniz(6). Kalp yetmezliği (KY), dünyadaki yaşlanan nüfusta hastaneye yatış ve ölümün başlıca nedenidir(6). Yaşlı nüfusun yaklaşık % 6-10'unda(6) KY vardır ve bu da hastaneye başvuran geriyatrik hastaların %5 den fazlasına denk gelmektedir(7). Hastaneden taburcu edilen KY hastalarının yaklaşık % 90'ının, resmi bakım sağlayıcılarından evde bakım hizmetine ihtiyacı vardır; aile üyeleri dahil olmak üzere gayri resmi kurumlar veya arkadaşlar veya her ikisi de bu hizmete katılmaktadır(8). Yaşlanan nüfus ve kalp yetmezliği hastalarının sağkalımı daha fazla olduğundan(9), KY ve komplikasyonları olan kişiler evde bakım ve toplum temelli hizmete daha fazla ihtiyaç duymaktadır; Bu bireylerin ihtiyaç duyduğu önemli günlük bakım

ihtiyaçlarını sağlamaya çalışan aile üyelerine daha fazla yük oluşturmaktadır(10).Dünya Sağlık rgt'nün (DSÖ) en son Dünya Engellilik Raporu'na göre, dünya nüfusunun %19,4' engelli yaşamakta ve%15,3' orta veya ağır engellidir(11). Ülkemiz henüz genç ve dinamik bir nüfus yapısına sahip olmasına karşın yapılan öngörüler gelecekte hızlı bir şekilde yaşlanacağını ortaya koymaktadır(12). 65 yaş üstündeki nüfus oranının 2025 yılında % 16 olacağı öngörülmektedir (12). Bunların yanı sıra dünyada ve ülkemizde evde sağlık hizmetinin gerekliliğini arttıran diğer etmenler içinde; Sağlık harcamalarındaki artış, Sağlık harcamalarında kısıtlamaların artarak sürmesi, Kaliteli sağlık hizmeti için talebin artması, Tıpta ve teknolojiadaki gelişmeler, 7/24 sürekli sağlık hizmetine geçişi söylenebilir(3). Ülkemizdeki ilk defa evde sağlık hizmetleri bedelleri hizmet başına ödeme yöntemi ile 21 Ocak 2012 ve 28180 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ ile SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)'da yer almıştır ve SGK ödemesine alınmıştır(13). Son olarak 27 şubat 2015'te yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik ile evde sağlık hizmetlerinin kapsamı, içeriği, uygulama sistemi, hizmet sunumu belirlenerek daha ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir hizmet amaçlanmıştır(14). Bu uygulama ile yaşlı, yatağa bağımlı, engelli, eklem-kas hastalıkları gibi kronik hastalığı olanlar, ameliyat sonrası bakıma ihtiyaı olanlar, kanser hastaları gibi tanısı konulmuş ve bu tür hastalara kendi ev ortamında uzman bir sağlık ekibi tarafından düzenli ve kaliteli sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmıştır(14).

Evde sağlık hizmetinin kalitesi ve güvenliğinin analizi için şu alt başlıklar değerlendirilir

- İlaç yönetimi
- Düşmeyi nleme
- Planlanmamış hastane kabulleri
- Profosyonel alışma ortamı
- Fonksiyonel sonuçlar ve yaşam kalitesi
- Yara ve bası ülseri yönetimi

Bu alanlardaki olumsuz olaylar, bir veya daha fazla evde sağlık hizmeti hedefinin başarısını tehlikeye atabilir(15). Düşmeler, fonksiyonel kabiliyetlerin azalması, basınç ülserleri ve iyileşmeyen yaralar ile ilaç tedavisi ile ilgili istenmeyen olayların tümü plansız hastane kabulleri ile sonuçlanma potansiyeline sahiptir(16). Bununla birlikte, evde sağlık

hizmetlerinin benzersiz özellikleri, diğer ortamlarda etkili olduğu gösterilen müdahalelerin kullanımını zorlaştırabilir ya da değiştirilmesini gerekli kılabilir. Bu nedenle, evde sağlık bakım ortamlarında yürütülen etkili uygulamalara ilişkin araştırmalar, mükemmel ve kanıta dayalı bakımı desteklemek için gereklidir(16). Ülkemizde sunulan evde sağlık hizmetinin kalitesine yönelik birçok araştırma yapılmıştır(17). Yapılan bir araştırmada evde sağlık hizmeti alanların %55'i hastalığına özgün bakım uygulamaları ve gereksinimlerinin karşılanması, %51,3'ü ilaçlarının düzenli verilip tedavinin uygulanması, %26,3'ü hastalığı nedeniyle kendine bakacak güçte olmamasından kaynaklı hizmet alma zorunluluğu duymuştur(17). Araştırmada genel olarak hizmetten memnun olan hastalar, hizmet veren personelin en fazla nezaket ve güler yüz davranışlarından memnun olduklarını belirtmişlerdir(17). Bunun yanında hastalar, personelin kendileriyle ilgili sorunlara yönelik gösterdikleri tavrın ve personelin eğitiminin de etkili olduğunu belirtmişlerdir(17).

**Sonuç:**Bakım hizmetleri, pek çok ülkede hastalara, özel topluluklara ve genel nüfusa hizmet sunmada bir yöntem olarak benimsenmiştir.Özel gereksinimi olan çocuktan kronik hastalığı olan birey veya günlük yaşam aktivitelerinde yetersiz olan bireyin bakımı gibi birçok alanda hastane dışında evde bir sağlık profesyoneli tarafından kaliteli bakım görme gereksinimi her geçen gün daha da belirginleşmektedir. Bakım işi multidisipliner bir yaklaşım ve bakım veren kişinin özel eğitimi ve donanımlı olmasını gerektirmektedir. Kaliteli bir evde sağlık hizmetinde bireyin ve ailesinin de eğitimi önemlidir. Ülkemizde henüz gelişen bir uygulama olan evde sağlık hizmetinin kalitesinin uluslararası standartlara ulaşması için çeşitli düzeylerde bakım elemanı yetiştiren programların (örn: evde yaşlı bakımı programları, tıbbi teknolojilerin kullanım programları vb) başlatılması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Sağlık, Kalite, Bakım, Türkiye

### **The Assessment of Quality in Home Health Care Service:Literature Review**

**Aim:** There is a rising trend in the World in terms of both average life expectancy and accordingly in chronic diseases. In order to minimize the effects of this increase, it has become inevitable to provide home health care regarding terminal diseases including disability. **Purpose:** The purpose of this study is the basement of the quality of home health care service. **Method:** Literature review method was used in the study. Turkish Health Index, Google Academic, Council of Higher Education Thesis Scan, Pubmed, Google Scholar, Web of Science data bases were scanned to access the studies. “Heath at Home”, “Quality”, “Care”, “Turkey” key words were used both in Turkish and English during the scan. As a

result of the examination it was determined that 17 studies were in conformity with the inclusion criteria.**Results:** When patients receive high quality home health care service, it was seen that a 19 % saving could be made regarding the carefully selected patients facing chronic obstructive respiratory disease inflammation and congestive heart failure compared to traditional in-patient care. It is foreseen that the population rate of age 65 and over will be 16 % by 2025. In addition to these; the increase in health expenses, the increase in demand for quality health service, transition to 24/7 continuous health service can be mentioned as the other factors increasing the necessity for home health care in the World and in our country.**Conclusion:** The duty of care requires a multidisciplinary approach and the carer to be specially trained and well equipped. The individual's and his/her family's education is also important for a quality home health service. In order for the quality of the home health care service in our country which is newly developing, to reach international standards, the commencement of health carer training programs in various stages (e.g.: elderly home health care programs, the usage of medical Technologies etc) is important.

**Keyword:** Home Health, Quality, Care, Turkey

### **Kaynaklar**

- 1-Jones AL, Harris-Kojetin L, Valverde R. Characteristics and use of home health care by men and women aged 65 and older. United States Department of Health and Human Services – National Health Statistics Report. 2012;52:1–7.
- 2-Dawani, H. A., Hamdan-Mansour, A. M., Ajlouni, A. T. (2014) Users' Perception and Satisfaction of Current Situation of Home Health Care Services in Jordan. Health 6(7): 549-558.
- 3-Fadıloğlu, Ç., Ertem, G., Şenuzun, F. (2013). Evde Sağlık ve Bakım. 1. Baskı, Ankara Göktuğ Yayıncılık
- 4-Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1999;281(7):613–620.
- 5-Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Inouye SK, Greenough WB, Guido S, Langston C, Frick KD, Steinwachs D, Burton JR. Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. Annals of Internal Medicine. 2005;143(11):798–808.

- 6-**Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham Study. *J Am Coll Cardiol.* 1993;22(4 Suppl A):6A–13A
- 7-**Blackledge HM, Tomlinson J, Squire IB. Prognosis for patients newly admitted to hospital with heart failure: survival trends in 12 220 index admissions in Leicester shire 1993-2001. *Heart.* 2003;89(6):615–620. doi: 10.1136/heart.89.6.615.
- 8-**Li H, Morrow-Howell N, Proctor EK. Post-acute home care and hospital readmission of elderly patients with congestive heart failure. *Health Soc Work.* 2004; 29(4): 275–285.
- 9-**Galbreath AD, Krasuski RA, Smith B, Stajduhar KC, Kwan MD, Ellis R, Freeman GL. Long-term healthcare and cost outcomes of disease management in a large, randomized, community-based population with heart failure. *Circulation.* 2004;110(23):3518–3526. doi: 10.1161/01.CIR.0000148957.62328.89.
- 10-**Gure TR, Kabeto MU, Blaum CS, Langa KM. Degree of disability and patterns of caregiving among older Americans with congestive heart failure. *J Gen Intern Med.* 2008;23(1):70–76. doi: 10.1007/s11606-007-0456-1.
- 11-** Örgütü, D. S., & Bankası, D. (2011). Dünya engellilik raporu. *Erişim tarihi, 4, 2015.*
- 12-** Savaş, B. S., Karahan, Ö., Saka, Ö. Health Care Systems in Transition: Turkey. Ed. Thomson, S. ve Mossialos, E. European Observatory on Health Care Systems. 2002; Copenhagen
- 13-** ÇOBAN, M., ESATOĞLU, A. E., & İZGİ, M. C. Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi Historical evolution of home care applications in legislative base in Turkey
- 14-** Demirsoy, N. (2017). An example of Istanbul sharia court records (Ser’iyye Sicilleri) a start date for Home Care: A document date 1766. *Turkish Journal of Family Practice, 21(2),* 66-73.
- 15-**Amerikan Hemşireler Derneği <https://www.nursingworld.org/readroom/nurssens.htm> [20.03.2018]
- 16-**Ellenbecker, C. H., Samia, L., Cushman, M. J., & Alster, K. (2008). Patient safety and quality in home health care.
- 17-**Oğuz, I. Ş. I. K., KANDEMİR, A., ERİŞEN, M. A., & FİDAN, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2).*

## 16- Ağrılı Bireye Yaklaşımında Hemşirenin Rolü

**Yasemin Özel\*, Birgül Özkan\*\***

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

\*\*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara/Türkiye

**Giriş:** Ağrı insanın yaşamı boyunca karşılaştığı, vücudun herhangi bir bölgesinden kaynaklanan mevcut ya da olası doku hasarına bağlı gelişen, stres yaratan, hoş gitmeyen bir durum olarak tanımlanmaktadır. McCaffery (1968)'e göre ağrı, bir kişinin yaşadığı tecrübedir ve her ne söylüyorsa söylediği gibidir ve her hasta kendi ağrısının uzmanıdır, şeklinde belirtmiştir. Ağrı tüm yaş gruplarında ortaya çıkan ve kişilerin tedavi arayışlarının en yaygın nedeni olan evrensel bir deneyim olmakla beraber en çok korkulan belirtilerden birisidir. Bütün ağrılar, fiziksel ya da psikolojik etiyojisinden bağımsız olarak, deneyimleyen kişi için gerçek olduğu kabul edilmelidir. Yaşamda ağrıya karşı deneyim ile güçlenen ya da değiştirilen tutumlar, etki ve tepkiye karşı oluşan bilinçdışı dürtüler olarak kabul edilmelidir. Tutum değişimi ise, kişinin inanç sisteminden ve bir durum karşısında edindiği negatif ve pozitif düşünceden fazlasıyla etkilenmektedir. Ağrıyı objektif olarak ölçmek pek mümkün olmadığı ve ağrı için etkin bir değerlendirme ve yönetim süreci gerektiren çok boyutlu ve karmaşık bir olgu olduğu bilinmektedir. Ağrı yönetimi yönteminin ilerlemesine rağmen, birçok hasta ağrı ile ilgili problem yaşamaya devam etmektedir. Her birey ağrıyı yaş, cinsiyet, kültür ve daha önceki ağrı deneyimine bağlı olarak subjektif olarak deneyimlemektedir. Araştırmalar, yeni doğanlar da dahil olmak üzere küçük çocukların ağrıyı daha büyük çocuklardan daha yoğun deneyimleyebileceğine işaret etmektedir. Ağrı aynı zamanda yaşlanmanın kaçınılmaz bir parçasıdır; ancak yaşlı kişiler artrit, kardiyovasküler hastalık, osteoporoz, düşmeler, kalça kırıkları ve kanser gibi ağrıyla sonuçlanan pek çok hastalık açısından daha fazla risk taşımaktadır. Tedavi edilmeyen ağrıyla ilişkili fizyolojik ve psikolojik riskler kalp ya da akciğer hastalığı gibi diğer hastalıkları olan, önemli cerrahi işlemler uygulanan ve bu yaş grupları gibi hassas hasta gruplarında çok yüksek oranda görülmektedir. Amerikan Ağrı Cemiyeti (2003), Amerikan sağlık sistemi kapsamında giderilemeyen ağrının en sık rastlanan nedeninin tıbbi personelin ağrı ve ağrı giderme süreçlerini değerlendirememesi olduğunu bildirmiştir. Bu nedenle, ağrının değerlendirilme sürecinde, multidisipliner ekip yaklaşımının önemi büyüktür. Optimal ağrı yönetimi, hastanın tedavisi süresince sağlık ekibinin farklı üyeleri arasındaki eşgüdümüne bağlıdır. Ağrı

kontrolünde hemşirenin hasta ile daha uzun süre birlikte olması, ağrıyla ilgili önceki deneyimleri ve baş etme yöntemleri hakkında bilgi sahibi olması, ağrı yönetiminde rehberlik yapması, tedavi ve bakım planı uygulayarak etkilerini yakından gözlemlemesi nedeniyle rolü diğer ekip üyelerinden daha büyüktür. Bu nedenle, hasta ile diğer sağlık personeli arasında köprü görevi yapan hemşireler, hastanın ağrı düzeyini azaltmada hayati rol oynamaktadır. Ancak yapılan birçok çalışma, hemşirelerin ağrılı hastaya yaklaşım biçiminin ve ağrı yönetimi ile ilgili yaptığı uygulamaların hastanın ağrı düzeyi üzerinde oldukça etkili olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmalardan bazıları, hemşirelerin ağrının ölçme, değerlendirme ve ağrılı bireye nasıl yaklaşılacağı konusunda bilgi eksikliği olduğunu ifade etmektedir. Bu, hemşirelerin ağrılı bireye yaklaşım ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesinin hastaların ağrı ile ilgili olumlu tutumlar geliştirmesine neden olabilir. **Amaç:** Ağrı yönetiminde hemşire ağrılı hastayı tanımlamak; ağrıyı ve bunun hasta ve ailesi üzerindeki etkisini doğru biçimde değerlendirmek, mevcut kaynakları kullanarak ağrıyı hafifletmek üzere harekete geçmek ve bu edimlerin etkisini değerlendirmek açısından özgün bir konuma sahiptir. Bu çalışma, ağrılı bireye yaklaşım ve ağrı yönetiminde hemşirelik uygulamalarının önemini vurgulamak ve hemşirenin rolünü ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Bu amaç doğrultusunda literatürde ‘ağrı’, ‘ağrı yönetimi’, ‘hemşirelik uygulamaları’ anahtar sözcükleri ile ilgili dizinler arama motorları ve dergiler taranarak yapılmıştır. **Sonuç ve Öneriler:** Her birey ağrıyı yaş, cinsiyet, kültür ve daha önceki ağrı deneyimine bağlı olarak özgün bir biçimde deneyimlediği için hemşire bunu göz önünde bulundurarak yaklaşım sergilemeli ve sağlık uygulamalarını bu yönde gerçekleştirmelidir. Çünkü bu yakınması olan hastalarla en sık temas eden kişi olması nedeniyle hemşirelerin ağrı yönetimi konusunda verdiği bakım hizmetlerinin önemi büyüktür. Hastanede kalış süresinin kısalması, daha etkili rehabilitasyon ve olağan iş ve yaşam tarzına daha erken dönme olasılığı ya da terminal dönemdeki hastaların daha rahat ve huzurlu olmasına yardımcı olunması gibi ağrı deneyimleyen her hastada bu sonuçlar hedeflenmeli, bu sonuçlar ve bu yönde çalışılmalıdır. Bu nedenle, hastanelerin kalite geliştirme programlarında hemşirelerin ağrı yönetimi ve ağrılı hastaya yaklaşımla ilgili bilgilerini geliştirecek eğitimlere yer verilmelidir. Konu ile ilgili son yapılan çalışma sonuçları, hemşirelerin eğitim programı sonrasında hastaya verdikleri ağrıya yönelik yapılan uygulamalarda olumlu gelişme olduğunu göstermektedir. Bu nedenle hemşirelerin ağrılı bireye yaklaşım ve ağrı yönetimi konusunda yeterince bilgi, beceri ve deneyim sahibi olmaları gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, Ağrı, Ağrı Kontrolü.

## **Nursing Applications In Pain Management**

**Introduction:** Pain is a stressful, unpleasant condition that occurs during the life of a person, due to existing or possible tissue damage from any part of the body. Pain is experienced by a person and is like what he said when he says it, and every patient is an expert of his own pain. Pain is a universal experience that is most common in all age groups and the most common cause of treatment seeking. Pain is a multidimensional and complex phenomenon that requires an effective evaluation and management process. Every individual experience subjective pain, depending on age, gender, culture, and previous pain experience. There are multiple disciplines involved in the pain management process in various clinical contexts. Optimal pain management depends on coordination among different members of the health team during the treatment of the patient. Because the nurse is the person who is the most frequent contact with the patient, it is of great importance in terms of the nursing services that they usually give in pain management. **Result:** For this reason, nurses need to have sufficient knowledge, skills and experience in pain management and management. In this context, the writing was written to emphasize the importance of pain related problems and nursing practices.

**Keywords:** Nursing, Pain, Pain Control.

## **Kaynaklar**

1. Abdalrahim M. S., Majali S.A., Stomberg M.W., Bergbom I., (2011), "The effect of post operative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes to ward pain", Nurse Education in, 11, 250-255.
2. Aydın O.N., (2002), "Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış", ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 3(2), 37-48.
3. Coulling, S., (2005), "Doctors' and nurses' knowledge of pain after surgery", Nursing Standard, 19 (34), 41-49.
4. Çöçelli LP., Bacaksız BD., Ovayolu N., (2008), "Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü", Gaziantep Tıp Dergisi, 14, 53-58.
5. Ger, L., Chang, C., Ho, S., Lee, M., Chiang, H., Chao, C., Lai, K., Huang, J., Wangs, S., (2004), "Effects of a continuing education program on nurses' practices of cancer



- pain assessment and their acceptance of patients' pain reports", *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (1), 61-71.
6. Gorman, LM., Sultan, DF., (2008), "Problems with Pain", *Psychosocial Nursing For General Patient Care*. 3rd Edition, FA Davis Company, 291-314.
  7. Horner, J., Hanson, L., Wood, D., Silver, A., Reynolds, K., (2005), "Using quality improvement to address pain management practices in nursing homes", *Journal of Symptom Management*, 30 (3), 271-277.
  8. Innis, J., Bikaunieks, N., Petryshen, P., Zellermeier, V., Ciccarelli, L., (2004), "Patient's satisfaction and pain management: an educational approach", *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (4), 322-327.
  9. Knowles, G., Hutchison, H., Smith, G., Philp, I., McCormick, K., Preston, E., (2008), "Implementation and evaluation of a pilot education programme in colorectal cancer management for nurses in Scotland", *Nurse Education Today*, 28, 15-23.
  10. Montes-Sandoval, L., (1999), "An analysis of the concept of pain", *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 935-941.
  11. Stevenson, K., Berry, P., Beck, S., Griffie, G., (2006), "Institutionalizing effective pain management practices: practice change programs to improve the quality of pain management in small health care organization", *Journal of Pain Symptom Management*, 31 (3), 248-261.
  12. Solman, R., Rosen, G., Rom, M., Shir, Y., (2005), "Nurses' assessment of pain in surgical patients", *Journal of Advanced Nursing*, 52 (2), 125-132.
  13. Yılmaz, F., Atay, S., (2014), "Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Ağrı Yönetimi", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32-41.
  14. Zhang, C., Hsu, L., Zou, B., Li, J., Wang, H., Huang, J., (2008), "Effects of a pain education program on nurses' pain knowledge, attitudes and pain assessment practices in China", *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (6), 616-627.

## 17- Kayıp-Yas Yaşayan Bireye Psikososyal Yaklaşım

**Yasemin Özel\*, Birgül Özkan\*\***

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

\*\*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara/Türkiye

**Giriş:** Her birey yaşamı boyunca baş etmesi gereken sayısız olay ve sorunla karşılaşmakta ve bu sorunların çoğunun üstesinden gelmektedir. Ancak bu olaylardan bazıları, yaşamı, belirgin bir biçimde etkilemektedir. Sevilen birinin beklenmedik ölümü bu tip olaylardandır. İnsan, yaşamın doğal akışı içinde kayıp ya da kayıp oluşturacak bir tehditle zaman zaman karşı karşıya kalabilmektedir. Kayıp konusunda, yakın bir ilişkinin sona ermesi, değer verilen ve sevilen bir kişinin kaybı, iş kaybı, organ kaybı ve bazı değerlerin kaybı, verilebilecek örneklerden bazılarıdır. Ancak bireyin yaşamında karşılaştığı ölüm gibi daha önemli kayıplarda bulunmaktadır. Kavramsal çerçevede yas, bir kaybın ardından meydana gelen şiddetli ve uzun süreli acı veren bir durum olarak. Başka bir deyişle yas, değer verilen ve sevilen bir kişinin ölümünün ardından kayıp yaşayan bireylerin verdiği duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler olarak da nitelendirilebilmektedir. Bunun yanı sıra yaşanan kaybın üzerinden en az altı ay geçmesine rağmen kişinin mesleki ve sosyal yaşam alanlarında işlevselliğin giderek bozulması halinde ortaya çıkabilen patolojik yas durumu da mevcuttur. Başka bir deyişle, bireyin normal yas süreci evrelerinden birinde takılması sonucu süreci tamamlayamaması nedeniyle meydana gelen patolojik tepkilerdir. Bu nedenle yas süreci, kayıp yaşayan bireylerin yaşamını tümüyle etkileyebilen çok boyutlu oldukça zor bir durumdur. Kayıp karşısında verilen doğal bir tepki olduğu için hastalık olarak nitelendirilmemektedir. Her birey için yas, yaşam döngüsü içinde karşılaşılan farklı bir durum olup yaş, cinsiyet, kültür ve daha önceki yas deneyimine bağlı olarak özgün bir biçimde deneyimlenir. Çünkü her birey benzersizdir ve bu nedenle yas tepkisinin boyutu değişiklik gösterebilir. İnsanlar bir evcil hayvanın ölümüne ya da çok istenilen bir amaca, bir aile bireyinin ölümüne üzüldükleri kadar derinden üzülebilir. Yas tepkilerinde görülen kişilerarası farklılıklar bundan kaynaklanmaktadır. Bireyin verdiği tepkiler, sakin bir duruş ve tutumdan ciddi bir kriz durumuna kadar geniş bir yelpazede değişiklik gösterilebilir. Değer verilen birinin kaybından sonra gelişen yas tepkileri bireysel farklılık göstermesine rağmen davranışsal, duygusal ve bilişsel bir dizi ortak tepkiler olarak da görülebilmektedir. Yas

yaşayan bireyin kişilik özellikleri, ölen kişi ile arasındaki ilişkinin niteliği, yas ile ilgili dini ve kültürel inançları, ruh sağlığı öyküsü, destek sistemleri, ölüm algısı, geçmiş kayıpların varlığı, ölüm biçimi ve sosyoekonomik durumu gibi faktörler bireyin yas sürecine verdiği tepkiyi etkilemektedir. Bireylerin yasa uyum süreci oldukça değişkenlik gösterir ve günler, aylar hatta birçok değişkene bağlı olarak yıllarca sürebilir. Yas, zaman geçtikçe doğrusal, tahmin edilebilir bir şekilde azalmaz. Daha çok, zaman içinde dalgalanabilir ve buna benzer birçok faktörlerden etkilenir. Yas sürecinde bulunan bireye bu faktörlerin göz önünde bulundurularak yaklaşım sergilenmesinin önemi büyüktür. **Amaç:** Kayıp sonrasında profesyonel destek, sağlık çalışanları ya da ruh sağlığı çalışanları tarafından verilmektedir. Bu destekleyici hizmetler, öğretmeyi, rol model olmayı, cesaretlendirmeyi, danışmanlığı ve problem çözmeyi içermektedir. Yapılan çalışmalar, sağlık profesyonellerinin yas sürecini yaşayan birey ile iletişim, kayıp ve yas, yas süreci ile baş etme ve kayıp yas sürecindeki bireye psikososyal yaklaşım konusunda bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Bu nedenle çalışma, kayıp yas yaşayan bireylerde psikososyal yaklaşımın önemini vurgulamak amacıyla yapılmıştır. **Sonuç ve Öneriler:** Her birey yas süreci ve kaybı yaş, cinsiyet, kültür ve daha önceki yas deneyimine bağlı olarak subjektif olarak deneyimlediği için kayıp ve yas yaşayan bireye yaklaşımda sağlık çalışanlarının bunu göz önünde bulundurarak davranış sergilemeleri ve yapılacak girişimleri bu yönde planlamaları gerekmektedir. Kayıp yaşayan bireylere sağlık çalışanları ya da ruh sağlığı çalışanları tarafından verilecek bakımın odak noktası iyileştirici ve tamamlayıcı bir iletişim oluşturmaktan geçmektedir. Burada önemli olan nokta bireylerin, uygun yas sürecini tamamlamalarına izin vermektir. Çünkü zor bir süreçte olan bu bireylere yardımcı olmak, onların kayba karşı verdiği tepkilerin olumsuz etkilerini yaşam boyu taşımamaları açısından büyük önem taşımaktadır. Yas sürecinin uygun tamamlanmaması halinde bireyde uzun süren ciddi patolojik ve psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir. Böylece birey geçmiş deneyimine geri dönerek, bastırıldığı tüm duygularla tekrar karşı karşıya kalmak zorunda olduğu psikolojik yardım/psikoterapi deneyimi yaşamak zorunda kalabilir. Aynı zamanda birey, kaybı ilk yaşadığı dönem yanında bulunan sosyal destekleri yeniden bulamama riski ile de karşı karşıya kalabilir. Bireyin kayba verdiği tepkilerin değerlendirilmesi, duygularını rahatça ifade edebilmesi konusunda destek olunması ve önemli kararlar verme aşamalarında danışmanlık yapılması önemlidir. Bu nedenle kayıp sonrası süreçte bireylerin yaşadıklarını anlamak ve uygun yaklaşım sergilemek sağlık ekibinin vereceği bakımın niteliğini etkileyecektir. Bu grup ile çalışacak sağlık çalışanlarının temel eğitim alması ve konu ile ilgili hizmet içi eğitim içeriğinin bu yönde planlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yas, Kayıp, Psikososyal Bakım

### **Psychosocial Approach to The Grieving Patient**

**Introduction:** Every individual is confronted with numerous events and problems that he or she has to deal with throughout his life, and he comes from the top of many of these problems. However, there are more important losses such as the death of the individual in his life. In conceptual context, mourning is defined as a painful and long-suffering condition that occurs after a loss. It is not regarded as a disease because it is a natural reaction to the loss. Factors such as the personality traits of the individual who lives, the nature of the relationship with the deceased, the religious and cultural beliefs related to mourning, mental health story, support systems, the perception of death, the existence of past losses, the way of death and socioeconomic status affect the individual's reaction to the mourning process. For every individual, mourning is a different situation encountered with in the life cycle and is experienced in a unique way depending on age, gender, culture and previous experience of mourning. Because each individual is unique, and for that reason the size of the grief reaction can vary. The individual who is in the process of masturbation is an important factor in showing the approach in view of these factors. **Aim:**For this reason, the study was carried out to emphasize the importance of the psychosocial approach in the individuals living with missing mourning. **Conclusion and Recommendations:** It is important that counseling is provided at the stages of evaluating there actions of the individual, giving support for expressing their feelings comfortably and making important decisions. For this reason, understanding the lives of the individuals in the post-loss period and showing the appropriate approach will affect the quality of care provided by the health care team. It is recommended that health workers who will work with this group receive basic education and in-service training on the subject.

**Keywords:** Grief, Loss, Psychosocial Care.

### **Kaynaklar**

1. Benkel, I, Wijk, H, Molander, U., (2009), "Family and friends provide most social support for the bereaved", Palliat Med, 23(2), 141-149.

2. Berksun, O.E., “Psikososyal ve Medikal Yönleriyle Kayıp, Yas ve Ölüm”, Kriz Dergisi, 3(1-2), 68-69. <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/763/1097.pdf>.
3. Bildik, T., (2013), “Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas”, Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine, 52(4), 223-229.
4. Bonanno, GA, Kaltman, S.,(2001), “The varieties of grief experience”,Clin Psychol Rev, 21, 705-734.
5. Gizir C.A., (2006), “Bir Kayıp Sonrasında Zorluklar Yaşayan Üniversite Öğrencilerine Yönelik Bir Yas Danışmanlığı Modeli”, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 2, Sayı 2, ss. 195-213.
6. Gorman, LM., Sultan, DF., (2008), “The Grieving Patient”, Psychosocial Nursing For General Patient Care. 3rd Edition, FA Davis Company, 129-142.
7. Kara, E., (2016), “Yas Süreci ve Dini Danışmanlık”, DEÜİFD Din Psikolojisi Özel Sayısı / 2016, ss. 251-270.
8. Küçükaya, P.G., (2009), “Kayıp ve Yas Süreci”, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 6 (1), 8-13.
9. Longsdon, M.C., Dawis, D.W., (2003),“Social and Professional Support for Pregnant and Parenting Women”,The American Journal of Maternal Child Nursing, 28(6):371-376.
10. McCoyd, LMJ, Walter CA., (2016), “Biopsychosocial Aspects of Grief”, Grief and Loss Across the Life span A Biopsycosocial Perspective Second Edition, Springer Publishing Company, Newyork, 3-8.
11. Robert, A., Klass D., Dennis, M.R., (2014), “A Social Constructionist Account of Grief: Loss and the Narration of Meaning”, Death Studies, Volume 38, 485-499.
12. Weiss, R.S., (2001),“Grief, bonds, and relationships”, In Stroebe, M.S., Hansson, R.O., Stroebe, W., ve Schut H. (Eds.), Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care (ss. 47-62). Washington, DC: APA.
13. Yıldız, A., “Çocuk, Ölüm ve Kayıp”, Sosyal Bilimler Dergisi, 125-144. Erişim adresi: [http://psikiyatricsosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2010/02/cocuk\\_olum\\_kayip.pdf](http://psikiyatricsosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2010/02/cocuk_olum_kayip.pdf)
14. Zhang, B, El-Jawahri, A, Prigerson, HG., (2006), “Update on bereavement research: Evidence based guidelines for diagnosis and treatment of complicated bereavement”, J Palliative Med, 9(5), 1188-1203.

## 18- Evde Sağlık Hizmetlerinde Kronik Dekübit Ülseri İle Başetme Yöntemi Ve Tedavisi

**Sultan Güngör, Sevgi Seyhan Ballı, Gülcan Duran, Arzu Nazlı, Necdet Özdoğan, Osman Acar**

Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi

**Giriş:** Bilindiği üzere yatak yaraları (dekübitus) uzun süre sırtüstü, yüzüstü veya yan yatma sonucunda basınç altında kalan bölgelerde oluşan yaralardır. Genellikle yaşlı hastalarda görülen duruma yanısıra eşlik eden nörolojik defektler, beslenme bozukluğu, immün sistemdeki yetersizlik, şuurun yerinde olmaması, idrar ve gaita kontrol yetersizliği, yara iyileşmesini olumsuz etkileyen hastalıklar(diabetes mellitus gibi) alınan ekstra tedaviler(kemoterapiler) basit şekilde başlayan bu yaranın kısa zamanda derin enfekte ülsörlere dönüşmesine ve hatta vücut içi boşluklara kadar ilerlemesine sebep olmaktadır.

Hastaların yaklaşık %70 den fazlası 70 yaşın üzerinde olduğundan bu yaralar sebebiyle hastayı kaybetme riski yüksektir. Normalde herhangi bir yaranın 15- 20 gün içinde iyileşmesi beklenirken yukarıda belirtilen nedenler ve yara basıncının devam etmesi, aynı tarafa yatan hastada oluşan doku ödemi (doku kanlanması bozulması) ile idrar ve gaitadan bulasan mikroorganizmalarla enfekte olması, yarayı kronik ilerleyici duruma dönüştürür.Doku hasarınınçoğu deri altında başlar ve daha sonra deri yüzeyinde kendini gösterir.

Bası yaralarında patogenezi oluşturan etmenlerin kategorize edilmesi tedavi mantığının geliştirilmesi açısından önemlidir. Çünkü en basit ifadeyle bu etmenlerin ortadan kaldırılması tedaviye giden adımı oluşturmaktadır. Bu çerçevede bası yaralarında patogenezi oluşturan unsurlar şu şekilde özetlenebilir:

**Basınç:** Dokuda kapiller yatakta venöz uçtaki kan basıncı 12 mmHg, arterial uça 32 mmHg'dır. Doku üzerindeki eksternal kompresyon kuvveti kapiller yatak basıncını aşarsa kapiller perfüzyon bozulur ve iskemi gelişir. Kasın iskemiye ciltten daha fazla duyarlı olması nedeni ile ilk patolojik değişiklikler kemik üzerindeki kasta meydana gelir. Ardından çevre yumuşak doku ve ciltte değişim görülür.

**Enfeksiyon:** Bası sonucu, lenfatik fonksiyon bozukluğu, iskemi ve immün fonksiyon bozukluğu, bası alanlarındaki bakteri girişini arttırmaktadır.Basıya maruz kalan cildin

bakteriyel invazyona direnci azalır, bakterilerin neden olduğu kollajenolitik aktivite de cilt nekrozunu kolaylaştırmaktadır.

**Ödem:** Eksternal basınç 12 mmHg'yi aştığında venler genişler ve total doku basıncı artar, endarteriyel basıncın artması sonucu plazma ekstravazasyonu oluşarak ödem gelişir. Paraplejik hastalarda kas fonksiyon bozukluğu lenfatik pompayı da bozarak ödeme katkıda bulunur.

**Denervasyon:** His kusuru, maruz kalınan basıncın şiddetinin anlaşılmasına yol açmaktadır. Kan damarlarında sempatik tonusun kaybı vazodilatasyona neden olarak ödem oluşumunu attırır. Denerve kaslardaki pompa fonksiyon bozukluğunda staz ve ödeme katkıda bulunur.

**Sıyırıcı güçler:** Sıyırma hastanın yatakta aşağı doğru kayması ile yada hasta bakıcılar tarafından yukarı doğru çekilmesi ile meydana gelir. Sıyırma (shear); doku katmanları arasında bir traksiyona neden olarak kan damarlarının angüstasyonuna, gerilmesine, kopmasına ve ülser oluşumuna yol açmaktadır.

**Maruziyet Süresi:** Patogenezde rol alan unsurların hiçbiri yalnız başına ülser oluşumuna yol açmaz, irreversible bir hasarlanma için maruz kalınan asgari bir süre olmalıdır.

**Nem:** Lokal doku direncini bozarak enfeksiyon gelişimine yol açmaktadır.

Yatak yaraları kabaca 5 evreye ayrılabilir; Bunlara kısaca; **Evre 1:** Kemik çıkıntı üzerindeki deride eritem (kızarıklık; basmakla solmayan) ve endurasyon (dokuda sertlik) **Evre 2:** Deriyi içine alan yüzeysel ülserasyon, klinik olarak abrazyon, bül (içi sivi dolu baloncuklar) veya yüzeysel krater görülür. **Evre 3:** Deri ve deri altı dokuyu içine alan ülserasyon; klinik olarak derin bir krater görülür. **Evre 4:** Kas, kemik ve destek dokuları da içine alan derin ülserasyon. **Evre 5:** Eklem, vücut boşluklarına (rektum, barsak, vajina, mesane gibi) kadar uzanan geniş ve derin ülser.

Etimesgut Evde Sağlık Hizmetlerine başvuran hastaların büyük bölümünü kronik bası yaraları oluşturmaktadır. Bu yaraların ise neredeyse tamamı dekübit ülseri olarak isimlendirilmektedir. Farkedildiğinde hastanın dekübit ülser seviyesi evre 4 olan bir vaka seyri aşağıda belirtilmiştir.

**Amaç:** Etimesgut ESH Birimi olarak basınç yaralarının önemine dikkat çekmektir.

**Olgu:** 78 yaşındaki bay C.D. yaklaşık 10 yıldır alzheimer ve SVO tanısı ile yatağa tam olarak bağımlı ve oral olarak beslenmektedir. Alt bezi de kullanan hastada yaklaşık 15\*13 boyutlarında, sakrumun üstünde, siyah nekrotik doku ile kaplı evre 4 dekübit ülseri bulunmaktadır.

**Yöntem:** Tetkik ve tedavi süreci birimizce planlanan hastanın yakınlarına süreç anlatılarak beslenme ve yatak pozisyonları konusunda eğitim verildi. Hastaya havalı yatak temin edilerek bası yarasını arttıran engeller ortadan kaldırıldı. Sakrum üzerindeki nekrotik doku yara bakım solüsyonları ile temizlendi ve nekrotik dokuyu uzaklaştırmak için otolitik debritleme örtüleri/debritleme jeli kullanılarak pansumanı yapıldı. Nekrotik alanların yumuşamasıyla ve travmatik şekilde çözülmesiyle nekrotik doku tamamen ortamdaki uzaklaştırılmış oldu. Sonrasında kas dokusuna kadar uzanan bol eksudalı ve sarı akıntılı fibrin doku debride edilen hastadan yara kültürü alınarak uygun antibiyotik tedavisi başlandı. 4 hafta boyunca kalsiyum anjimatlı örtü ile pansumanlara devam edildi. En son olarak 3 hafta boyunca hidrokollaidli yara örtüsü pansumanı uygulanan dekübit ülserde sarı alanlarının ortadan kalkarak granülasyon dokusu ortama hâkim olduğu görüldü. Yara kenarlarında epitelizasyon ve kontraksiyon oluşmaya başladı.



**Sonuç:** Bu vakada dekübit seviyesi 7 haftada evre 3' e düşmüştür. Dekübit ülseri ile baş etmek uzun bir süreç gerektirse de evde sağlık hizmetlerinde modern tedavi yöntemleri ve hasta yakınlarının da katılımı ile başarıyla edilebileceği gözlemlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Dekübit, bası yarası, yara örtüsü, debritleme örtü ve jeli, havalı yatak

### **Method And Treatment Of Chronic Pressure Ulcery In Health Services At Home**

**Aim:** Most of the patients who applied to Etimesgut Home Health Care Services are chronic pressure wounds. Almost all of these injuries are called decubitus ulcer. A case of decubitus ulcer stage 4 of the patient when noticed is described in this work. Our aim is to draw attention to the importance of pressure wounds as Etimesgut Home Health Care Unit.



**Case:** A 78-year-old male C.D. has been fully dependent on the bed with Alzheimer's and SVO's for nearly 10 years and is fed orally. In the patient using the lower lining, there are approximately 4 decubitus ulcers covered with black necrotic tissue in the size of approximately 15 \* 13 cm, above the sacrum. **Method:** The patient who was planned in our examination and treatment process unit was told about the process and training about nutrition and bed positions. The patient was removed from the obstacle which increased the pressure injury by providing air bed. The necrotic tissue on the sacrum was cleaned with wound care solutions and dressed using autolytic debridement covers / debridement gel to remove necrotic tissue. Wound culture was taken and appropriate antibiotic treatment started. The dressings with calcium alginate continued for 4 weeks. Finally, decubitus ulcer deterioration with hydrocolloidal dressing was observed for 3 weeks. **Result:** Epithelialization and contraction began to occur at the edges of the wound. In this case, the decubitus level decreased to stage 3 in 7 weeks. Although coping with the decubitus ulcer is a long process, it has been observed that ESH can be successful with modern treatment methods and the involvement of patients' relatives.

**Keywords:** Decubitus, pressure scar, wound cover, debridement cover and gel, airbed.

### **Kaynaklar**

1-Dan Berlowitz, M., MPH "Epidemiology, pathogenesis, and risk assessment of pressure ulcers."

2-Dan Berlowitz, M., MPH "Clinical staging and management of pressure-induced skin and soft tissue injury."

3- The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), "Pressure Injury Prevention Points" 5-Sevnaz Şahin, F. A. "Yaşlı Hastada Bası Yaraları Önleme, Tanı ve Tedavisi."

4-Dan Berlowitz, M., MPH "Prevention of pressure-induced skin and soft tissue injury."

5- <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/5/5.16.pdf>

6- Guyton and Hall Text book of Medical Physiology, 13e

7- Wound Healing and Skin Integrity, Madeleine Flanagan, 2013

8- Pressure Ulcers in the Aging Population: A Guide for Clinicians, Gregory A. Compton M.D, 2014

9- Science and Practice of Pressure Ulcer Management, Marco Romanelli, 2005

## 19- Evde Sağlık Birimine Başvuran Bir Demans Hastasının Hemşirelik Değerlendirilmesi: Vaka Sunumu

**Senay Özgün Oğuz, Gülcan Bağçivan, Müşerrefe Yayıcı, Gamze Demirel Bucak**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

**Giriş:** Demans hastalığı ilerleyici doğası nedeniyle bakım ağırlıklı bir hastalık olup hastanın bakımı sürekli izlem, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi gerektirmektedir. Demans, kazanılmış zihinsel aktivitelerin ikincil olarak yıkılması sonucu günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ile karakterizedir. Demans hastalığında tanısal yaklaşımlarda öykü, fizik ve nörolojik muayene, mini mental durum muayenesi, radyolojik ve biyokimyasal muayene metotları önemlidir. Değerlendirmede en sık kullanılan “mental durum muayene testi” dir. Mini-Mental State Examination (MMSE). Testlerde oryantasyon, dikkat, aritmetik, yakın bellek, uzak bellek, lisan, yapılandırma, görsel-uzaysal işlevler gibi kognitif fonksiyonlar araştırılır. Bu testler belirgin hale gelmiş Demans hastalığında yararlıdır. Demans hastalığı hastanın yaşamını etkilediği gibi; aile üyeleri ve bakım verenin yaşantılarının da etkilenmesine yol açan bir süreçtir. Bu süreç bakım verenin stress düzeyinin artmasına, anksiyete, depresyon, sosyalizolasyon gibi sorunların yaşanmasına ve fiziksel sağlığın bozulmasına sebep olmaktadır.

**Amaç:** Bu çalışmada Demans hastalığı seyrinde oluşan davranış bozukluğuna bağlı bakım yetersizliği gelişen 74 yaşındaki erkek bir demans hastasının hemşirelik bakımı tartışılmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmada Ankara’da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Evde Sağlık Hizmetleri Birimi (ESHB)’ne demans tanısı ile başvuran hasta ve yakınının hemşirelik değerlendirmesi ve hemşirelik tanıları sunulmuştur.

444 38 33 numaralı evde sağlık hizmetleri ulusal çağrı merkezini arayan hasta yakını koordinasyon merkezi tarafından hastanemizin ESHB’ne yönlendirilmiştir.

**Vaka Öyküsü:** Yaklaşık bir yıl önce hasta yakını telefon ile birimize müracaatında hastanın unutkanlık şikayeti ve ağır davranış bozuklukları oluşması nedeniyle ile müracat ettiğini belirtmiştir. Başvuru sonrası hasta için birimiz tarafından dosya açılarak takip edilmeye başlanmıştır. Hastanın nöropsikolojik, biyokimyasal ve radyolojik testleri yapılmıştır.

Hasta şikayetleri subjektif (hasta yakınının ifadeleri): Anahtarı kapının üstünde unuttuğu, namaz kılarken sureleri karıştırdığı ve namaz sırasında yapılan ritual hareketleri karıştırdığı, eşya yerlerini unuttuğu, kelime bulmada güçlük yaşadığı belirtilmiştir.

Sosyodemografik özellikler: 74 yaşında, lise mezunu, emekli,

Fizik muayene bulguları:

Sistemlere yönelik bulgular

Genel muayene: şuur açık, oryantasyon zayıf

Deri:normal

Solunum: akciğerler dinlemekle tabii

Kardiyovasküler: normal

Kas-iskeletsistemi: her iki ayak kullanımında zorluk

Genito üriner sistem: idrar ve gaita inkontinansı var

Psikolojik durum: Hastaya yapılan ev ziyaretinde hasta düşünceli ve durgun görünümlü

Komorbidite: İskemik kalp hastalığı, Hipertansiyon, Depresyon

(Mini-Mental State Examination: 30 normal puan 24ün altı kognitif bozukluk)

Mini-Mental State Examination (MMSE): 22 (25.05.2017)

Vital Bulgular: Nabız 80/dk, Kan basıncı 110/80 mmHg, Ateş 36°C ölçülmüştür.

Laboratuvar Sonuçları: üre:44 , Kreatinin (serum): 0,89, B12:800 albumin:3,5

Beyin MR: Temporal atrofi, solhipo kampaatrofi, vasküler damarlarda kalınlaşma görülmüştür.

Tıbbi Tedavi: Hasta EXELON 10 CM 2 Patch ,Ebixadamlı 1x1, Cipraleks 1X1 , Flomax 1X1, Prescor 1X1, Beloc 50 mg 1x1, Coumadin 1x1, Debridat fort 2, Dodex amp I.M ayda bir verilmiştir.

İlk ev ziyaretinde (25.05.2017) yapılan değerlendirmeler sonucunda hemşirelik bakımı planlanmış ve uygulanmıştır. Geriatrik konsültasyonu sonrasında Evde Sağlık Hizmetleri doktoru mevcut tedaviye devam kararı almıştır. Beş ay sonrası için ikinci ev ziyareti randevusu verilmiştir. (20.10.2017). İkinci ev ziyaretindeki değerlendirmeler sonucunda 4 ay sonrası için randevu verilmiştir. (15.02.2018).

1. Takip (2. Ev ziyareti, 20.10.2017): Hasta yakını hastanın ilk şikayetlerine ek olarak hareketlerde yavaşlama, dalgınlık uykuya meyilde artma şikayetlerini belirtmiştir. Mini-Mental State Examination (MMSE): 20 (kognitif bozukluk) Mevcut tedavilere devam edilmiştir.
2. Takip (3. Ev ziyareti, 15.02.2018): Kognitif rezervde fazlasıyla azalma olmuş idrarını altına yapması, kimseyi tanımaması ,odaların yerlerini karıştırdığı, uygunsuz yerlere defekasyon yaptığı, inat ve asabiyet gösterdiği eşi tarafından ifade edilmiştir. Olgu koopere ve oryente değildir. Hastada kas tonüsü ve denge problem vardır. Hasta yardımla yürümekte olup, adımları bozulmuştur. Mini-Mental State Examination (MMSE): 10 (kognitif bozukluk)

Olguda komplikasyonların önlenmesi, kısıtlılıkları dahilinde kendi bakımına katılması ve eşine eğitimler verilerek tedaviye uyumlu hemşirelik tanıları konulmuş ve girişimler uygulanmıştır. Yapılan hemşirelik değerlendirmeleri sonrasında belirlenen hemşirelik tanıları aşağıda verilmiştir.

### **Hemşirelik Tanılarına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı**

Demans hastalığına yönelik hemşirelik girişimlerinin temelinde fiziksel sağlık, psikososyal iyi oluşluk ve sosyal ilişkileri geliştirme yer almaktadır.

Bu aşamada hemşireler Demans hastalarının sorunlarına yönelik planladığı hemşirelik girişimlerini uygular. Hemşire hastanın bireysel özelliklerini göz önünde bulundurarak saptadığı bu sorunlar ile nasıl baş edileceği hakkında hastaya ve aile üyelerine hastalığın nedenleri, belirtileri, tedavi yöntemleri hakkında bilgi verir, yaşadığı çevrenin güvenli hale getirilmesini sağlar, gerçeğe uyumunu sağlar, hastalığın ortaya çıkardığı davranışlarla nasıl baş edeceği ve ilaçlarını nasıl kullanacağı ile ilgili bilgi verir danışmanlık yapar. Bunun için bu tip olguların bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile ele alınması önemlidir.

**Tanı1:** Bacaklarda güçsüzlük, yürüme ve görmede bozukluğa bağlı düşme riski

**Tanı 2:** Fiziksel harekette yetersizliğe bağlı kas güçsüzlüğü

**Tanı 4:** Çoklu ilaç kullanımı ve hastalık sürecine ilişkin bilgi eksikliği

**Tanı 5:** Beden gereksiniminde naz beslenme

**Tanı6:** Yutma güçlüğüne bağlı aspirasyon riski

**Tanı 7:** Aktivite intoleransı, güçsüzlük ve nöromüsküler bozukluğa bağlı olarak bireysel bakımda yetersizlik

**Tanı8:** Kullandığı ilaçlara ve yaşa bağlı uyku düzeninde bozulma

**Tanı9:** İnkontinans ve kaşıntıya bağlı deri bütünlüğünde bozulma riski

**Tanı 10:** Ürinerin kontinansa bağlı İdrar yolu enfeksiyon riski

**Sonuç ve Öneriler:** Demans hastalığında gelişen belirtiler ve davranış bozuklukları tedavi ve bakım süreci içinde hasta ve ailesi için endişe verici ve güç bir durumdur. Hasta ve ailesine fazla bilgiden kaçınarak mümkün olduğunca duyuya hitap edecek sözel ve ilerde unutacağı düşünülerek yazılı bilgiler verilmeli ve bu eğitimler hasta ve ailesine her kontrole gidildiğinde de sürdürülmelidir. Ailenin bütün kaygısı hastanın durumundan kaynaklanmaz. Sistemden ve sağlık ekibinden kaynaklanabilir. Bunlara dikkat edilmeli ve yapay krizler önlenmelidir. Bu kapsamda özellikle, Evde Sağlık ekibinin hastada var olan risk faktörlerini erken tanınması ve bakımın yönetiminde etkin rol alması, morbidite ve mortalite riskinin azaltılmasında ve hastaların hastaneye yatışını önlemede yararlı olacaktır. Bu da Evde Sağlık Hizmetlerinin ve ekibinin önemini vurgulamaktadır.

## **Assessment of A Dementia Patient by Home Health Care Service Crew: A Case Report**

**Aim:** This study is conducted to discuss nursery care of a 74-years old dementia patient who develops behavior disorders during the progression of Dementia disease due to insufficient care

**Method:** In this study, it is presented that, a patient with dementia and his caregiver's nursery assessment and nursery diagnosis who applied to home health care department of a hospital in Ankara.

**Objectives:** During the first home visit assessments nursery care is planned and carried out. After geriatric consultation, home health care doctor is determined to continue existing treatment of patient.

**Results and Conclusions:** Behavior disorders that are developed during the progression of dementia disease, are concerning matters for the patient and his family. Home health care department should play an important role in diagnosis of early risk factors, directing of care giving in order to reduce mortality and morbidity rates and hospitalization. This emphasizes the importance of home health care department and crew.

**Keywords:** Nursery care, Dementia, Patient care, Home health care

### **Kaynaklar**

1. Hanağası H,A, Emre M. Demans Kavramı ve Hastaya Yaklaşım. Türkiye klinikleri J Neurol-Special Topics, 2009, 2 (1):.1-4.
2. Çetinkaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2008.7-70
3. Akpınar B. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2009.1-28
4. Taşdemir G. İlk ve Orta Evre Alzheimer Hastalarının Evde İzlemi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Doktora Tezi, 2008..14-24
- 5-Birol L., Hemşirelik Süreci. 2004.5. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir.

## 20- Doğum Sonu Dönemde Yenidoğan ve Annenin Evde Bakım Hizmeti Gerekliliği

**Yunus Emre Karataş\***, **Esra Karataş Okyay\*\***, **Muhammed Canpolat\***, **Yunus Emre Baştuğ\*\*\***, **Derya Karakaya\***

\*Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yüksek lisans Öğrencisi, Ankara

\*\*İnönü Üniversitesi Araştırma Görevlisi, Malatya

\*\*\*İstanbul Üniversitesi Araştırma Görevlisi, İstanbul

**Giriş:** Doğum sonrası (postpartum) dönem yeni doğanın aile sistemiyle bütünleştiği, kadının emosyonel, fiziksel ve sosyal adaptasyonunun olduğu, gelişimsel bir kriz dönemidir. Bu kritik dönem içerisinde anne ve bebeğin adaptasyonun hızlıca sağlanabilmesi kendi otonom sistemleri içerisinde mümkün olmaktadır. Ayrıca doğum sonu dönemde verilen sağlık hizmetlerinin yetersizliği, halkın ekonomik durumunun yetersiz olması, ulaşım sorunları, sağlık kurumunun uzak olması ve sağlık güvencesinin olmaması gibi nedenler bireylerin sağlık sorunlarını önlemek ya da çözümlmek için farklı uygulamalara yönelmesine neden olmaktadır. Bu farklı uygulamalardan biri olan evde bakım hizmeti etkili ve verimli bir sağlık hizmet sunumudur.

**Amaç:** Evde sağlık hizmeti uygulamasının en belirgin özelliği koruyucu sağlık hizmetlerini içermesidir. Bu hizmetler bağışıklama gebe ve çocuk izlemi çalışmalarıdır. Bu çalışmalar sağlık evi, sağlık ocağında yapıldığı gibi risk grubunun evinde de gerçekleştirilmektedir. Ayrıca Türkiye’de normal doğum yapan kadınların çoğunun doğum sonu dönemde hastanede ortalama 24 saat izlendikten sonra taburcu edildikleri belirtilmektedir. Dolayısıyla anne bebek sağlığının korunması için, kadınların doğum sonu süreç boyunca evlerinde izlenerek gerekli profesyonel yardımın sağlanması önem kazanmaktadır. Bu çalışma ile evde sağlık hizmeti sunumunun hitap ettiği yelpaze içerisinde yer alan yeni doğum yapan anne ve bebeklerinin adaptasyonunun daha hızlı, refahın daha yüksek olması amaçlanmıştır. Yeni doğan ve anne için evde bakım hizmetlerinin ön plana çıkarılması Avusturalya’da yapılan bir çalışmada bilimsel olarak temellendirilmiştir. Yapılan bu çalışmanın çıktıları arasında doğum sonrası evde bakım alan kadınların hastanede bakım alan kadınlara göre doğum sonrası bakım hizmetlerinden daha memnun oldukları yer almıştır.

**Sonuç:** Sonuç olarak lohusa dönemindeki kadın ve yeni doğanın fiziksel ve ruhsal olarak en hassas oldukları bu dönemde kadının kendini rahat hissetmesi kendi otonom sisteminde mümkün olmaktadır. Fakat bu süreç sağlıklı gelişim açısından sağlık hizmet sunucularının

gözetimi altında olması gerekmektedir. Tüm bu durumlar düşünüldüğünde evde sağlık hizmetlerinin gelişimi için hem sağlık hizmet sunucularının hem de lohusa döneminde ki kadınların sisteme teşviki sağlanmalıdır.

### **Newborn's And Mother's Home care Service Requiriments At Postpartum Period**

Post partum is the developmental crisis period that new born become integrated with family system, women's became emotional, physical and social adaptation. In this critical period, adaptation of mother and baby can be achieve drapidly within their autonomous systems. In addition, reasons such as inadequate health services delivered during the postpartum period, inadequate economic situation of the people, transportation problems, disturbance of the health institution and lack of health security cause the individuals to turn to different applications to prevent or solve health problems. The home care service, which is one of these different applications, is an effective and efficient health service delivery.

**Aim:** The most prominent feature of home health care practice is the inclusion of preventive health services. These services are pregnancy and child monitoring. These studies are carried out at the home of the risk group as well as at the family health center. Additionally, in Turkey, most of women who normally birth to be specified discharged at the end of the postpartum after observed about 24 hours in hospital. Therefore, in order to protect the mother's health, it is important to monitor the women at home during the postnatal period and to provide the necessary professional help. In this study, it is aimed that adaptation of new birth mothers and infants receiving home healthcare services will be faster and their prosperity will be higher. Prioritization of homecare services for newborns and mothers has been scientifically based on a study in Australia. Among the outputs of this study, it was found that women who received post natal home care were more satisfied with postnatal care than women who received hospital care.

**Result:** As a result, it is possible for women to feel comfortable in their own autonomous system during this period when the women and the newborns are physically and mentally most vulnerable. However, this process should be under the supervision of health service providers in terms of healthy development. When all these situations are considered, systematic incentives should be provided for the development of health services at home, both for health service providers and new birth womens.

**Keywords:** Newborn, Homecare, Postpartum

### **Kaynaklar**

- 1) Yıldız, D. (2008). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(4), 294-98.
- 2) Karabulutlu, Ö. (2014). Kars İlinde Doğum Sonu Dönemde Yenidoğan Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamaların Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(4).
- 3) Karadağ M. Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006
- 4) Özer, Ö.,&Şantaş, F. (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı
- 5) Kenny P, King MT, Dip SC, Shiell A. Satisfactionwithpostnatalcare-thechoice of homeorhospital. *Midwifery*. 1993, 9(3);146-153).



## 21- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Evde Sağlık Birimine Kayıtlı Hastaların Hastalık Profiline İncelenmesi

**Sümeyye Hatice Kurt, Derya Karakaya**

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara / Türkiye

**Giriş:** Ülkemizde evde sağlık hizmetleri birçok gelişmiş ülkede olduğu gibi; yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıklardaki artış, sağlık harcamalarının azaltılması, maliyet kontrolü, gelişen dünyanın etkisi ve sağlığa bakış açısının değişimi gibi nedenlerle sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde verilmeye başlanmıştır. Bu kapsamda ülkemizde evde sağlık hizmetlerine bağlı birimler, hastaya konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde; bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini üstlenir.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Dr. Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde evde sağlık hizmeti alan hastalarda sık görülen hastalıkların belirlenmesidir.

**Yöntem:** Araştırmaya başlamadan önce kurumdan TUEK(Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu) izni alındı. Retrospektif türde yürütülen çalışmada veriler SPSS paket programına kaydedildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yapıldı. Sonuçlar sayı (n) ve yüzde (%) ile gösterildi. Araştırmanın evrenini Dr. Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık birimine kayıtlı 1706 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmeden 01.01.2011–14.03. 2018 tarihlerinde evde bakım hizmeti alan tüm hastaların tanıları incelendi. 01.01.2011–14.03. 2018 yılları arası yıllık hizmet verilen hasta sayısı analiz edildi.

**Bulgular:** Araştırmadan elde edilen bulgulara göre Evde Bakım Birimine kayıtlı 1706 hastaya ait toplam 2176 tanı saptandı. Tanı, yaş ve cinsiyet bilgileri bulunmayan 6 veri çalışma dışı bırakıldı. Çalışma sonucuna göre; evde bakım hizmeti alanların %67.17'si kadın(n=1146), % 32.83' ü erkektir(n=560). Hastaların yaşı 6 ile 103 yaş arasında değişkenlik gösterirken yaş ortalaması ise  $73.949 \pm 17.45$ 'tir. Nörolojik hastalıklar %39.35 (n=854 ) ile birinci sırada yer alan hastalık idi. Bunu sırasıyla % 61.94 demans (Alzheimer

dahil) (n=549), felç %20.35 (n=173) , serebrovasküler hastalık %15.45 (n=132) takip etti. Hipertansiyon %9.63 (n=209) oranında idi. Ortopedik hastalıklar %8.2 (n=178) iken en sık görülen durum fraktür %42.69 (n=76) oranındaydı. Solunum hastalıkları %6.35 (n=138) ; KOAH %73.91(n=102) ,astım %22.46 (n=31) ile solunum hastalıklarında ilk iki sıra idi. Endokrin hastalık oranı %6.31(n=137) ; büyük çoğunluğu (%96.35) diyabet hastasıydı (n=132). Kalp hastalığı %5.34 (n=116) ; kalp yetmezliği %80.17( n=93) oranıyla ilk sıradaydı. Kanser tanı oranı %3.87 idi (n=84).Meme kanseri (n=15) ve akciğer kanseri (n=11) ilk iki sıradaydı.Engelli oranı %2.16 idi (n=47). Yatağa bağımlılık %1.88 (n=41) iken dekübitüs %0.18 idi (n=4). Otoimmün hastalık görülme sıklığı % 1.61 (n=35) ve multiple skleroz en sık görülen otoimmün hastalıktı (n=15).Böbrek ve üriner sistem hastalıkları %1.01 (n=22) iken prostat ilk sıradaydı(n=7).Psikolojik rahatsızlık %0.64 (n=14) iken şizofreni (n=11) ilk sıradaydı. Obezite %0.059 (n=13) idi. Yaşlılık nedeniyle %5.85 (n=127) ve kaza nedeniyle %0.087 (n= 19) oranında evde sağlık hizmeti verildi. Onkoloji Hastanesi Evde Bakım Birimi2011’de 60 kişiye hizmet verdi. Bu sayı 2012’de 138, 2013’te 172, 2014’te 110, 2015’te 160,2016’da 213,2017’de 591; 2018’in ilk çeyreğinde (14 Mart gününe dek) ise 544 idi.

**Sonuç ve Öneriler:** Yapılan araştırma sonucunda evde sağlık hizmeti alan hastaların73.949±17.45 ortalamayla yaşlı nüfusu oluşturdukları olduğunu görüldü. Yaşlılarda en sık görülen hastalıklara bakıldığında araştırma sonucunda elde edilen bulgularla paralel sonuçların çıktığı saptandı. Demans, alzheimer, felç, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet ve fraktür en sık görülen tanılarda üst sıralarda yer aldı.Bu sonuca bakılarak yaşlılığa eşlik eden kronik hastalıklarla mücadele hastaların yaşam kalitelerini arttırmada evdebakımın önemini ortaya koymaktadır.Bunun yanı sıra ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerini mobilize hale getiren Evde Sağlık Hizmetlerinin 2011 yılında faaliyete başlamasıyla Onkoloji Hastanesi’nde de aynı yıl içinde 60 kişiye evde bakım hizmeti verilmişken, günümüzde 2018’in ilk çeyreğinde (1 Ocak–14 Mart)bu sayı 9 katına çıkarılmış ve 544 rakamına ulaşılmıştır.Yaşlanan nüfus göz önündebulundurulduğunda evde sağlık hizmetlerinin önümüzdeki süreçte daha büyük önem kazanacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Sağlık Hizmeti, Evde Bakım, Kronik Hastalıklar, Yaşlılık

## **Investigation of Patience's Profile Who Registered Medical Home Health Unit In Health Science University Dr. Abdurrahman Yurtarlan Oncology Education and Research Hospital**

### **Abstract**

**Purpose:** The aim of this study, is diagnosing of the illnesses which seen in the patients who are received a medical home in the Dr. Abdurrahman Yurtarlan Oncology Training and Research Hospital.

**Method:** The permission was obtained from the institution before starting to research. In the conducted retrospective study, the data was recorded in the SPSS program. Descriptive statistics was made in data analysis. Results were showed with number (n) and percent (%).

**Findings:** The total 2176 diagnosis were determined which belongs to 1706 patients, who registered medical home unit. 6 records which do not include diagnose, age and gender information were unrecorded for study. Accordingly, the study group's 67.17 % are women (n=1146) and 32.83 % are men (n=560). While the age of the patients varied between 6 and 103 years, the meanage is  $73.949 \pm 17.45$ . Neurological diseases were the first with 39.35 % (n=854). The findings followed by 61.94 % dementia (including Alzheimer) (n=549), stroke 20.35 % (n=173) and cerebrovascular disease 15.45 % (n=132) respectively. Hypertension was at the rate of 9.63 % (n=209). Orthopedic diseases were 8.2 % (n=178) and the most common case which fractures were 42.69 (n=76). The number of the people have increased over the years who are received in the medical home the hospital.

**Result:**The group who received care were old age saveragely. Neurological diseases, hypertension, and orthopedic diseases were the most common diseases. Home care services are a health service that increases the quality of care for the elderly and the fight against these

diseases. As the elderly population and chronic illnesses increase, more care will be needed at home.

**Keywords:** Medical Home, Domiciliary Care, Chronic Illnesses, Old Age

## 22- Diyabetik Ayak Yarasında Kullanılan Yara Bakım Ürünlerinin Yara İyileşmesine Etkisi

Seda Pehlivan\*, Diğdem Lafçı\*\*, Derya Karakaya\*\*\*

\*Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Bursa/Türkiye

\*\*Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Mersin/Türkiye

\*\*\*Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara/Türkiye

**Giriş:** Diyabetik ayak yarası, birey ve ailenin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, hastanın tedavi ve bakım maliyetini arttırarak bireye ve topluma ekonomik yük getirmektedir. Amputasyon, enfeksiyon hatta ölüme neden olabildiğinden önemli bir diyabet komplikasyonudur. Tıbbi, farmakolojik ve alternatif-tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarına yönelik yapılan bilimsel çalışmalara rağmen diyabetik ayak yarasının tedavi ve bakımı, sağlık problemleri arasında önemini korumakta olup; etkin tedavi ve bakım arayışları devam etmektedir. **Amaç:** Diyabetik ayak yarasında kullanılan yara bakım ürünlerinin yara iyileşmesine etkisini incelemektir. **Yöntem:** 21.03.2018 tarihinde Ulusal Tez Merkezi veri tabanında “diyabetik ayak” anahtar kelimesi ile yapılan taramada 65 tez çalışmasına ulaşıldı. Yapılan ayrıntılı değerlendirme sonucunda, yara bakım uygulaması içeren 5 tez çalışması incelemeye alındı. **Sınırlılıklar:** Çalışmanın verileri, tez merkezinden elde edilen çalışmalar ile sınırlıdır. Tez çalışması olmadan bu alanda yapılan çalışma sonuçlarını içermemektedir. **Bulgular:** Çalışmaya alınan tez çalışmalarının 3’ünün hemşirelikte doktora ve 2’sinin tıpta uzmanlık tez çalışması olduğu belirlendi. İlk çalışmanın, Ögce (2004) tarafından diyabetik ayak ülserlerinin tedavisinde klasik yara pansumanı ile hidrokolloid yara pansumanının etkilerinin incelenmesi amacıyla yapıldığı görüldü. Çalışmada, Wagner sınıflamasına göre, 2. ve 3. derece diyabetik ayak ülseri gelişmiş hastalar, tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilerek deney (hidrokolloid yara pansumanı uygulanan 30 hasta) ve kontrol (klasik yara pansumanı uygulanan 30 hasta) grubuna ayrılmıştır. Hidrokolloid yara pansumanı uygulanan deney grubundaki hastalarda yara alanının 30 gün sonunda, klasik pansuman uygulanan kontrol grubundaki hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla küçüldüğü ve daha hızlı kapandığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Etöz’ün (2006) yaptığı çalışmada, diyabetik ayak tedavisinde negatif basınçlı pansuman (NBP) uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya alınan 45 diyabetik ayak hastası iki gruba ayrılarak, birinci gruba NBP uygulanırken, ikinci gruba standart ıslak gazlı bez ile günlük pansuman yapılmıştır. Her iki grupta da yara debridmanı sonrasında tedaviye başlanmış ve yara cerrahi olarak örtüm için uygun hale gelinceye dek pansuman tedavilerine devam edilmiştir. Sonuçta, diyabetik ayak

tedavisinde NBP, yara iyileşmesini hızlandıran, granülasyon ve yara kontraksiyonunu artıran, yarayı cerrahiye hazırlayan faydalı bir yöntem olarak değerlendirilmiştir. Samancıoğlu (2013) yaptığı tez çalışmasında, iskemik yara modeli geliştirilen diyabetik sıçanlarda, klinikte tedavi ve bakımda uygulanan klasik pansuman materyali ile zeytin yaprağı ekstresinin (ZYE) etkisinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Deney hayvanları diyabet ve kontrol olmak üzere 2 gruba ayrılmış, tüm sıçanların sırtında; ikişer cm ara 15 mm çapında iki iskemik yara oluşturulmuştur. Günde bir kez; birinci yaraya %0.9'luk NaCl, ikincisine ise 12,39 mg/100 ml Oleuropein içeren ZYE yara pansumanı uygulanmış ve yara alanı ölçümleri yapılmıştır. Yara iyileşmesinde, ZYE yara pansumanının diyabetik ve diyabetik olmayan yaralarda klasik yara pansumanına göre daha etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Gökçe'nin (2015) çalışmasında, iskemik yara oluşturulmuş diyabetik sıçanlarda hypericum perforatum ekstresi, klinoptilolite, hidrokolloid örtünün yara iyileşmesine etkilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Çalışmanın örnekleminde 30 deney hayvanı rastgele olarak 5 gruba ayrılmış ve 3 deney grubu ile 2 (biri diyabet) kontrol grubu oluşturulmuştur. Hergün/günde bir kez olmak üzere 21 gün süre ile deney gruplarına 3 farklı yara bakım ürünü ile yara bakımı yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda; deney gruplarında mikroskopik incelemeler, parametrik incelemeler ve ölçüm skorlamalarına göre anlamlı bir fark olmamasına rağmen; diyabetik yara bakımında hypericum perforatum ve klinoptilolite ile yapılan yara bakımının hidrokolloid örtü ile yapılan yara bakımına göre daha etkin iyileştirme gücüne sahip olduğu sonucu elde edilmiştir. Özer (2015) tez çalışmasında, hiperbarik oksijen tedavisinin diyabetik ayak yaralarında etkinliğini değerlendirmiştir. Diyabetik ayak nedeniyle HBO tedavisi alan 158 diyabetik hastanın 179 ayak yarası çalışmaya retrospektif olarak dahil edilmiştir. Hastaların tedavi sonuçları majör ampütasyon, minör ampütasyon ya da greft ile sonuçlanan, iyileşen ve değişiklik olmayan grup olarak 4 grupta sınıflandırılmıştır. HBO tedavisi alan diyabetik ayak ülserli hastalarda major ampütasyon oranının %11,5 olduğu bulunmuştur. Wagner ileri evre olan ve periferik arter hastalığının eşlik ettiği vakalarda ampütasyon ile sonuçlanma riskinin arttığı sonucuna varılmıştır. **Sonuç:** Diyabetik ayak yara bakım ürünleri ile yapılan sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların nitel ve nicel olarak artırılması gerektiği açıktır. Kullanılabilir bilgileri ulaşılabilmesi için daha geniş gruplarda, karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bununla birlikte, hastalığın gidişatını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen diyabetik ayak ülserlerinin önlenmesinin, tedavisinden çok daha önemli olduğu da unutulmamalıdır. Diyabetik ayağın, hasta eğitimi ve özenli bir takiple önlenabilir olması nedeniyle hasta eğitiminden sorumlu olan hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Diyabetik ayak, yara bakımı, yara iyileşme.

## **The Effect Of Used Wound Care Products On Wound Healing In Diabetic Foot**

**Introduction and aim:** Diabetic foot injury affects the quality of life of the individual and the family. It increases the cost of treatment and care of the patient, and brings economic burden to the individual. The aim of study is to examine the effect of used wound care products on wound healing in diabetic foot. **Method:** In the study, among the postgraduate theses conducted in the field from the website of the National Thesis Center, 65 studies were reached by browsing with "diabetic foot" as the key word (On 21.03.2018). A total of five thesis studies including the application of wound care. **Results:** It was determined that the studies were related to hydrocolloid wound dressing, negative pressure dressing, olive leaf extract, hypericum perforatum extract, clinoptilolite applications and hyperbaric oxygen therapy. **Conclusion:** It was seen that wound healing was better in the groups treated with wound care than the control group. However, it is also seen that there is a need for comparative studies with more patients. It should also be noted that prevention of diabetic foot injury is more important than treatment.

**Keywords:** Diabetic foot, wound care, wound healing.

### **Kaynaklar**

Öğce, Filiz (2004), “Diyabetik ayak ülserlerinin tedavisinde klasik yara pansumanı ile hidrokolloid yara pansumanının etkilerinin incelenmesi”, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Danışman: Prof. Dr. Alev Dramalı.

Etöz, Abdullah (2006), “Diyabetik ayak tedavisinde negatif basınçlı pansuman uygulaması”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Danışman: Prof. Dr. Ramazan Kahveci.

Samancıoğlu, Sevgin (2013), “Diyabetik ayak bakımı için preklinik çalışma: Deneysel diyabet modeli geliştirilmiş sıçanlarda oluşturulmuş iskemik yara bakımında klasik yara pansuman materyali ile zeytin yaprağı ekstresinin karşılaştırılması”, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Danışmanlar: Prof. Dr. Aynur Esen ve Prof. Dr. Gülinnaz Ercan.

Özer, Elif Ebru (2015), “Hiperbarik oksijen tedavisinin diyabetik ayak yaralarında etkinliğinin değerlendirilmesi”, GATA Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Danışman: Doç. Dr. Günalp Uzun.

Gökçe, Serap (2015), “Diyabetik ayak için deneysel bir çalışma: diyabetik sıçanlarda hypericum perforatum - klinoptilolit - hidrokolloid örtünün yara iyileşmesine etkisi”, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü”, Doktora Tezi, Danışmanlar: Prof. Dr. Aynur Türeyen ve Prof. Dr. Alpaslan Gökçimen.



## 23- Sağlık sistemlerinde sosyal hizmetin rolü

### İhsan Esen

Selçuk Üniversitesi, Uluslararası İlişkiler Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

**Giriş:** Sağlık politikalarını gerçekleştirenler, makro düzeyde sağlık alt yapılarını planlayabilir ve tedaviden ziyade sağlık hizmetlerine daha fazla dikkat çekebilirler. Toplumda hasta sayısının artmasından dolayı, SHU'larıyla birlikte ekip çalışması şeklinde çalışarak, sosyal problemlerin ve hastalıkların sebeplerini bulabilirler. Birçok kaynakta sosyal hizmetin kurumsal bir meslek olarak tanımlanmasının başlangıcı Avrupa ve ABD'de hastanelerde, hastaların evlerinde ziyaret edilmesi şeklinde başlatılan hizmetlerle birleştirilmektedir. Bu şekliyle tıbbi sosyal hizmet, sosyal hizmet mesleğinin en eski ve en köklü alanlarından biridir (Duyan, 1996).

SHU, toplumsal hizmetlerin geliştirilmesine ve sosyal sorunlarla yüz yüze olan insanların psikososyal sağlıklarının korunmasına ve iyileştirilmesine yönelik çalışırlar (Tuncay, 2012). Bugün SHU yalnızca herhangi bir kliniğe bağlı olmayan sosyal hizmet birimlerinde değil, aynı zamanda kronik hastaların yoğun olduğu, nefroloji, onkoloji, kardiyoloji, psikiyatri, göğüs hastalıkları, endokrinoloji vb. kliniklerde ve uzmanlık birimlerinde mesleki çalışmalarını yürütmektedirler (Rosenberg, 2009).

Mevcut durumda, SHU tedavi hizmeti sürecinin ötesine geçerek/aşarak (ayakta tedavi edilen hasta, akut, kronik, krize müdahale, danışma, savunma, vaka yönetimi) görevlerini yerine getirmektedir. Doğal afetlere katılım, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile aynı doğrultuda olan küresel ve ulusal zorluklar ve strese maruz kalan hastalar ve aileleriyle çalışmak SHU'nun en önemli rolleridir (NASW, 2005). Bir sağlık ekibi içindeki SHU, münferit hastalar ve onların ailelerindeki sosyal problemleri çözmeye yardım eder ve hasta ve aile arasındaki etkileşim hastaların sağlıklarını tekrar kazanmaları için çalışır.

### Problemin açıklaması

Sağlık bakım programları, önleyici hizmetler, tedavi ve sağlık sisteminin önemli aktivitelerinin artırılmasını sağlar. Ancak, kaynaklar, fonlar ve personel hastanın sağlık ihtiyaçlarını karşılayamadığı zaman, bu durumda hasta memnuniyetsizliği ve sağlık hizmetleri arasında doğrudan bir ilişki meydana gelir. Gelişmiş ülkeler Gayri Safi Milli

Hâsılanın ortalama %9 tıbbi tedaviye harcamaktadır. 2008 yılında bu rakam Amerika’da %16, Fransa’da % 11, İsviçre’de 10,7 fakat İran’da 5,6 dır. (Wikipedia, 2008)

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı;

1-Sağlık bakım sistemlerinde sosyal hizmetin rolünü tanımlamak.

2-Sağlık sistemindeki SHU bu sistemin kalitesini ve performansını nasıl geliştirebileceği?

3-Sağlık bakım sistemlerinde sosyal hizmetteki problemlerin üstesinden gelmek için uygulanması gereken politikalar ve stratejiler nelerdir?

**Metot:** Gözden geçirme niteliğindeki bu çalışma konuyla ilgili güncel literatür taranmıştır. Elde edilen bulgular sistematik bir şekilde sunulmuştur.

**Sonuçlar:** Bir meslek olarak sosyal hizmet yaklaşık olarak 150 yıl önce İngiltere’de biliniyordu ve hayırsever ve iyi organize olmuş bir kadın grubu tarafından şekillendirmiştir. Toplumda önde gelen çoğunluğu kadından oluşan insanlar, hastalık ve genellikle fakirlikten dolayı vatandaşların kaos içinde olduklarını ayrıca kalabalık bir hastanede ya da kötü ev şartlarında yaşlandıklarını görünce ihtiyacı olan insanlara yardım etmenin iyi bir fikir olduğunu düşünmüşlerdir.

Giderek sosyal hizmetin herhangi bir demokratik toplumda bulunması gerektiği düşünülen profesyonel alt yapı ve tutarlı davranış özellikleri meydana gelmiştir (Samadi Rad, 2008). Uluslar Arası Sosyal Hizmet Örgütü (NASW) sosyal hizmetin aşağıdaki tanımını kabul etmiştir.

“Profesyonel sosyal hizmet, sosyal değişimi, insan ilişkilerinde var olan problemi çözmeyi, refahı artırmak için insanların özgürlüğünü güçlendirmeyi ve gelişimi destekler. Sosyal hizmet, sosyal sistem ve insan davranış kuramlarını kullanarak insanların çevrelerinde etkileşim içinde olduğu noktalara müdahale eder”.

İnsan hakları ve sosyal adalet sosyal hizmetin temeli ve ilkesidir. Sosyal hizmetin farklı yönleri vardır ayrıca insan davranışlarında çevreyi ve kişinin karmaşık bir analizini içermektedir. Sosyal hizmetin yeteneklere ve özel bilgiye dayalı olan özel bir etkinlik, hizmetler ya da profesyonel hizmet olduğu, karşılaştıkları problemlerle daha etkili mücadele etmek için toplum, grup ya da bireylere yardım sağladığı sonucuna varılabilir.

**Sağlık Bakım Sisteminde Sosyal Hizmet Uzmanlarının Standartları**

Uluslararası Sosyal Hizmet Örgütü'nün sağlık alanındaki dergisi sağlık bakımında aşağıdaki maddelerin bazılarının da içinde olduğu **standartları** açıklamıştır.

1. Etik ve Değerler
2. Sağlık eşitsizlikleri
3. Kültürel Yetkinlik (competence)
4. Özel Yaşam Uzmanları
5. Bilgi
6. Değerlendirme
7. Müdahale ve Tedavi
8. Sosyal Hizmette Liderlik
9. Dosya Yönetimi
10. Krize Müdahale
11. Güçlendirme

Bu standartların çoğunda, sağlık sistemlerinde SHU'larının rolü araştırılmıştır. Bu yüzden bu tanıma göre hasta ve hastanın tek boyutlu görünümü neredeyse yok sayılmaktadır.

### **Sağlık Bakım Sisteminde SHU'larının Roller**

Sağlık Bakanlığının politika ve eylem planı uygulamalarının her biri konsey tarafından onaylanmıştır. Kısaca aktarılan birkaç çeşidin yanı sıra sosyal hizmet için uygulanan ve oluşturulan görevlerin arasında aşağıdakileri maddeleri sayabiliriz:

1. Hasta aileleri tarafından yaratılan sorunları ve kısıtlamaları belirlemek amacıyla planlama yapmak ve bu durumla nasıl başa çıkılacağını belirlemek,
2. Karar vermede etkili olabilecek problemler ve konularla ilgili bilgi sağlamak ve sağlık ekibine katılmak, destek vermek,
3. Hastayı iyileştirmek amacıyla sağlık ekibiyle iş birliği içinde olunması ve SHU ile birlikte sağlık ekibi işbirliğinin koordine edilmesi,
4. Uzun süre hastanede yatan hastalarla birlikte grup çalışmasına önem vermek.
5. Taburcu olduktan sonra destek sağlamak,

6. Evde sosyal hizmet (evde bakım),
7. SHU'larının mesleki uygulamaları (AIDS'li hastalar veya Kansersiz Hastalarla birlikte çalışan sosyal hizmet uzmanları),
8. Hastaların hukuki işlerini takip etmek,
9. Bakım merkezlerine başvuran hastaların sağlık problemlerini çözmek ve araştırmak
10. Faaliyetleri değerlendirmek ve incelemek için sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmet uzmanlarının çalışmaları ile ilgili bilgi ve istatistikleri toplamak, ve ilgili yetkililere iletmek,
11. Depremler, sel baskınları ve diğer doğal felaketler gibi doğal felaket kurbanlarına yardım etmek için SHU'larını göndermek ya da sosyal hizmetleri sağlamak veya işbirliği yapmak.

Genelde sağlık alanındaki hedefler özel durumdur ve bu alandaki akademisyenler, değerler, tutumlar ideolojiler bu hedefleri etkilemektedir. Ancak sosyal hizmet müdahalesi kavramı sağlık hizmetlerinin sosyal işleyişini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu yüzden sosyal hizmetin amaçları ve rolleri aşağıda netlik kazanmaktadır:

**Sosyal hizmetin amaçları ve rolleri (Samadi, 2008, 2012):**

- 1- Hastalar ve hasta yakınlarının karşılaşabileceği psikolojik, sosyal, duygusal ve fiziksel çevre üzerinde etkili olan stresi değerlendirmek ve onlara doğrudan yardım sağlamak.
- 2- Danışmanlık, savunuculuk, işbirliği, arabuluculuk ve hasta bakım programlarını en iyi şekilde kullanmak için hastaya yardım etme rolü oynamak.
- 3- Toplumun ve hastanın bütün üyelerine ulaşabilmek ve uygulanabilir bir şekilde hayatın kalitesini geliştirmek ayrıca koruyucu programlar dahil olmak üzere sağlık programlarını sağlamak.
- 4- İhtiyaç sahibi hastaların faydalanması için sosyal ve insani destek programları oluşturmak.
- 5- Sağlık bakım personeli ve tedavi edilen hastalar arasındaki pozitif işbirliği ile elde edilen etkileşimi ve iletişimi oluşturmak.
- 6- Araştırma yoluyla yoksullara sağlık hizmetlerinin nasıl sağlanacağını yönetilmesi ve değerlendirilmesi.
- 7- Ruh hastalarıyla, zayıflarla ve onların aileleriyle birlikte çalışmak, onların ihtiyaçlarını da değerlendirmek.

8- Toplum temelli rehabilitasyonun sağlanması ile birlikte ruhsal hastalıkların ve diğer hastalıkların ana sebeplerinin tanımlanması.

**Sonuç:** Sosyal ve kolektivist bakış açısına göre, sosyal hizmet toplumda karşılıklı destek ve iş birliği aramaktadır. Fakat çok muhtaç insanlar kendi yaşamları üzerinde bir etkiye sahip değildirler. Ne yazık ki günümüzde çoğu kez hastanın hayatı gelir seviyesi ile bağlantılıdır.

Günümüzde kişiler, aileler ve toplumların sosyal işleyişini desteklemek amacıyla SHU insanlar için ele alınan tek boyutlu bir yaklaşımın yerine bütüncül ve rasyonel bir yaklaşım uygulamaktadır. Bu yaklaşımda: sosyal, kültürel, çevresel, fiziksel, duygusal, insan değeri ve onuru gibi insanların diğer boyutlarını da dikkatle incelenmektedir. Bu yüzden sağlık alanındaki SHU'ları sağlık sistemindeki başlıca aktörler oldukları için çok önemli bir yere sahiptirler.

**Anahtar Kelimeler:** Sosyal Hizmet, Sağlık Sistemi, Kalite, Sağlık Bakım Sistemi, Holistik, Gereksinim, Hasta

## **The Role of Social Work in Health Care System**

### **Abstract**

**Introduction:** Health policy makers in macro level in their plans can pay attention to health infrastructure and notify more to health care than treatment, and with increasing number of patients in the community using social workers in finding causes of illness in the population.

**Aim:** This study reveals the importance of social service in health care systems.

**Methods:** Present research focus on role of social work in the health field with library research and documents.

**Results:** The findings suggest that access to health care from one country to another, from one group to another, from one person to another is depending on the social, economic, cultural and health policies. In this field, the social workers are able to contribute to the understanding of different cultures and environments. The correct and efficient support systems, adequate facilities and equipment provide high quality medical services and technology will be completed. On the other hand, the role of social work in comparison with

other professions in health care system and social services are so different. Social workers working in health care systems need to pay attention to the above issues in their practice.

**Key words:** Social Work, Health system, Quality, Health care system, Holistic, Need, Patient

### **Kaynaklar**

Duyan, V. (1996). *Tibbi Sosyal Hizmet*, Ankara

NASW (2008). <https://www.socialworkers.org/practice/NASWClinicalSWStandards.pdf>

Rosenberg, J. (2009). *Working in Social Work–The Real World Guide to Practice Settings*, New York, Routledge.

Samadi Rad, Anvar. (2008). Social work in Iran. *Kayhan* 25/04/2008.

Samadi Rad, Anvar. (2012). *Retraining of social workers employed in health care in Tehran*.

Tuncay, T. (2012). Kardiyak Rehabilitasyonun Psikososyal Yönleri ve Sosyal Hizmet Müdahaleleri, *Türkiye Klinikleri Kardiyak Rehabilitasyon Özel Sayısı*, 5(2), 33-39.

Website of Wikipedia (2008). Available at: [en.wikipedia.org/wiki/Health\\_care](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care)

## 24- Kardiyovasküler Hastalıkların Risk Faktörlerini Ne Kadar Biliyoruz?

Nurcan Akgül Gündoğdu\*, Emine Selda Gündüz\*\*, Zeynep Temel Mert\*\*\*

\*Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği

\*\*Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Bölümü

\*\*\* Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı Hemşireliği

**Giriş:** Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünya çapında, mortalite ve morbiditenin majör nedeni olma yolunda gittikçe artan bir rol üstlenmekte ve en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (WHO, 2003; Gaziano, 2007; Tan, 2013). 2012 yılında tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin yüzde 46,2'si (17,5 milyon) kalp ve damar hastalıkları nedeniyle (https://www.saglik.gov.tr/.../8679,dunyada-ve-turkiye-de-kalp-damar-hastaliklaridoc).

Kalp ve damar hastalıklarının gelişiminde; tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, obeziteye yol açabilen sağlıksız beslenme gibi olumsuz davranış tarzları yanında diyabet, hipertansiyon, dislipidemi gibi hastalıklar yer almaktadır (https://www.saglik.gov.tr/.../8679,dunyada-ve-turkiye-de-kalp-damar-hastaliklaridoc).

KVH nedeniyle ölümlerin %80'i, sağlığı bozucu durumların ise %87'si gelişmekte olan ülkelerde gözlenmektedir (WHO 2003; Gaziano 2007). Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye'de (https://www.unicef.org/turkey/dcd05/\_sum05\_2h.html), 2015 ölüm verilerine göre, kalp hastalıkları %40.3 ile tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır (https://www.saglik.gov.tr/.../8679,dunyada-ve-turkiye-de-kalp-damar-hastaliklaridoc).

KVH yüksek mortalitenin yanı sıra orta yaş ve erken yaşlılık dönemlerinde üretkenliği kısıtlamakta (Uçar, Arslan, 2017), ortaya çıktıktan sonra uygulanan tıbbi, cerrahi ve girişimsel tedavi yöntemleri nedeniyle de yüksek maliyet gerektirmektedir (Kara, Arslan, Mergen, Öngel, 2012).

Araştırmalar, KVH'nin temelinde sağlıksız yaşam tarzı ve sosyal çevrenin olduğunu göstermiştir. Hastalık grubu için 200'e yakın risk faktöründen söz edilse de, kontrol altına alınabilecek faktörler, hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite, diyabet, sağlıksız beslenme alışkanlığı, sigara içme, fiziksel hareketsizlik ve stresli yaşam tarzıdır (Gülel, 2012; Tan ve ark., 2013). KVH'nin risk faktörlerinin azaltılması ile morbidite ve mortalitenin %80-90 oranında azaltılabileceği bilinmektedir (Tan ve ark., 2013).

Toplum temelli korunmada en önemli etken, yaşamla ilişkili alışkanlıklardır. Bunun nedeni, yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmenin daha ucuz ve etkin olmasıdır (Onat 2004; Parker 2005; Abacı 2011). Uzun ve sağlıklı yaşam standartlarına ulaşmak amacıyla birey, kendi

sağlığıyla ilgili koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştirici davranışlara yönelik sağlık sorumluluğunu almalıdır (Lusk ve ark 1994; Battorf ve ark. 1996). Kendini tanıma, farkında olma, özgürlük ve kendine güven duygusu ile kendini gerçekleştirmiş olmalıdır (Yiğenoğlu 2007).

Yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmekte, yetersiz bilgi-yetersiz motivasyona neden olacağından, KVH'nın önleme çalışmaları toplumu bilgilendirme programlarına odaklanmıştır (Nissien ve ark 2001; Parker 2005). Gelişmiş ülkelerde, toplumun davranış değişikliğini hedefleyen koruma programlarının etkisiyle, KVH azalma eğilimi göstermektedir (Onat 2004; Parker 2005; Abacı 2011).

KVH'dan korunma iki temel stratejiye dayanmaktadır. Birincisi, toplumdaki yüksek riskli bireylerin ve hastaların belirlenerek ([www.tkd-online.org](http://www.tkd-online.org); Abacı, 2011) bunların yeni kardiyovasküler olaylara karşı korunması demek olan yüksek risk stratejisi; ikincisi de, KVH açısından daha az risk taşısa da, gelecekte daha fazla hastanın ortaya çıkacağı grubu korumak olan, genel topluma yönelik stratejilerdir. Her iki risk stratejisi için de kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinin belirlenmeye ve bilgi düzeyini ölçmeye gerek duyulmaktadır ([www.tkd-online.org](http://www.tkd-online.org)). Bireylerin KVH risk faktörleri hakkındaki bilgi eksiklikleri, farkındalıklarını ve tutumlarını da etkilemektedir. Bu durum hastalığın kontrolü için önemli bir engel teşkil etmektedir.

Günümüzde hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak birinci basamak sağlık profesyonellerinin rolü de değişmiştir. Dünya Sağlık Örgütü hemşirenin, sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmesi ve uygulaması gerektiğini belirtmiştir (WHO 1993). Toplumda en önemli rollerinden birisi sağlığı koruma ve geliştirme olan hemşirenin, bu rolünü yerine getirebilmesi için temel görevi ise, toplumdaki bireyleri bu konuda eğitmektir. Bu araştırmada amaçlanan, bireylerin KVH risk faktörleri konusunda bilgi düzeyinin belirlenmesi ve bireylerin sosyodemografik, sağlık ve hastalık özelliklerinin bilgi düzeyi ile ilişkisini incelemektir. Elde edilen verilerin KVH'nın önlenmesi amacıyla yapılacak araştırmalar için yol gösterici olacağı ve bireylerde farkındalık yaratacağı düşünülmektedir.



**Amaç:** Bu araştırma bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmaya 2011 yılında Mart-Haziran ayları arasında Sivas İline bağlı bir Aile Sağlığı Merkezi'ne herhangi bir nedenle başvurmuş, 20 yaş ve üzerindeki, koroner arter hastalığı tanısı konulmamış, iletişim problemi olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 282 birey dahil edildi. Örneklem büyüklüğü evreni belli örneklem hesaplamasıyla belirlendi (Akgül, 2005).

Araştırmanın verileri, konu ile ilgili literatür taranarak hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

*Tanıtıcı Bilgi Formu:* bu formda bireylerin adı soyadını, iletişim bilgilerini, sosyo-demografik özelliklerini ve kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik sağlık öykülerini içeren 23 soru yer aldı.

*Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD):* bu ölçek Arıkan ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin hazırlanmasında "Heart Disease Fact Questionnaire (HDFQ)" anketinden 16, "40-Item Coronary Heart Disease Knowledge Test" anketinden dört madde orijinal şeklienden Türkçeye çevrilmiş, KVH'la ilişkili risk faktörleri konusunda bilinmesi gerektiği düşünülen sekiz madde (5, 8, 9, 10, 17, 18, 22, 26. maddeler) daha eklenerek, 28 maddeden oluşan bir ölçek hazırlanmıştır. **"Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRIF-BD)" ölçeğinin değerlendirilmesinde,** her "doğru yanıt" için 1 puan, "bilmiyorum" ve yanlış yanıt için 0 puan olacak şekilde puanlama yapılmaktadır. Ölçekte en yüksek 28 puan alıyormuş olup, 11-12-16-17-24-26 nolu maddelere doğrudur cevabını verenler 0 puan, yanlıştır diyenler 1 puan olarak değerlendirilmekte (ters kodlanarak), diğer maddelerde doğrudur yanıtını verenlere 1 puan olacak şekilde toplam puan hesaplanabilmektedir (Arıkan, 2009).

Araştırmanın yürütülmesi için Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni ve katılımcılardan bilgilendirilmiş izin alındı.

Araştırmanın verileri SPSS 20.0 paket programında yüzdeler dağılımlar, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis Varyans analizi ve Mann-Whitney U testleri ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 40,02±13,56 (min:20,max:85), %77'si kadın, %84,4'ü evli, %48,6'sının eğitim düzeyi ilkökuldür. Katılımcıların %56,0'nın fazla kilolu olduğu, % 25,9'unun kronik hastalığı olduğu, %62.6'sının halen sigara içtiği, %89,6'sının düzenli bir egzersiz yapmadığı ve erkeklerin %33.3'ünün haftada 4-30 saatini kahvehanede geçirdiği belirlendi.

Bireylerin KARRİF-BD ölçeği puan ortalaması 19.37 ± 4.43 olarak bulundu. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması ile yaş (p=0.386), medeni durum (p=0.094), öğrenim durumu (p=0.434), beden kitle indeksi (p=0.39) ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; cinsiyet (p=0.001), ortalama aylık geliri (p=0.004), kronik hastalığa sahip olma durumu (p=0.035) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Bireylerin sigara içme durumları ve düzenli egzersiz yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmamasına rağmen ölçek standart sapmaları incelendiğinde sigara içen ve egzersiz yapmayan bireylerin ölçek toplam puanları daha düşük bulundu.

**Sonuç:** Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun düzenli egzersiz yapmadığı, yarıdan fazlasının kilolu olduğu, sigara içtiği ve KVH risk faktörleri bilgilerinin orta düzeyde olduğu bulundu. Erkeklerin, ortalama aylık geliri yüksek olanların, kronik hastalığa sahip olmayanların KVH risk faktörlerine karşı farkındalıklarının daha yüksek olduğu görülse de katılımcılarının çoğunluğunun KVH risk grubunda olduğu söylenebilir.

## **How much do we know the Cardiovascular Disease Risk Factors?**

### **Abstract**

**Objective:** The purpose of this study is to determine the knowledge levels of the adults living in a Family Health Center area about cardiovascular disease (CVD) risk factors and also the factors affecting that knowledge level.

**Methods:** In this descriptive study, 282 individuals meeting the acceptance criteria were accepted. The data of the study were collected using the "descriptive form" and "Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CARRF-KL)" scale. In the assessment of the data, percentage distributions, average, t test on independent groups, Kruskal Wallis Variance Analysis, Mann Whitney U test were used. SPSS 20.0 package program was used to evaluation of the data. normal dağılım, t testi, One-Way ANOVA;

**Results:** The average of the individuals are  $40,02 \pm 13,56$ , 77,0% woman, 84,4% married, 48,6% have been received primary education, 41,1% of the more over weight, 62,6% were still smoking, 89,6% of them not exercising regularly and 33,3% of the men spent 4-30 hours per week in the coffee house (immobile). Cardiovascular disease risk factors knowledge level mean score was found to be  $19.37 \pm 4.432$  (min: 4 max:28). There was a significant relationship between the cardiovascular disease risk factors knowledge level mean scores and gender ( $p=0.001$ ), the average monthly income of the family ( $p = 0.004$ ), having chronic disease ( $p = 0.035$ ).

**Conclusion:** As a result, it was found that the majority of the subjects participating in the study did not exercise regularly, that more than close to the half overweight, smoked, the information about CVD risk factors was moderate. In addition, the level of knowledge of individuals varies according to gender, monthly income and having chronic illness.

**Keywords:** Preventive Health, Cardiovascular Disease, Nursing, Risk Factors, Knowledge Level

## Kaynaklar

- Abacı, A. (2011). Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *TKD Arş*, 39, 1-5.
- Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri "SPSS Uygulamaları", İkinci baskı, Emek Ofset Ltd. Şti. Ankara, 2005.
- Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C., & Yıldız, Z. (2009). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 37(1), 35-40.
- Battorf JL, Johnson JL (1996) The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 45(1): 30-36.
- Gaziano TA (2007) Reducing the growing burden of cardiovascular disease in the developing world. *Health Aff* (26):13-24.
- Gülel, O. (2012). Kardiyovasküler risk faktörleri. *DeneySEL ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29:107-116
- <https://www.saglik.gov.tr/.../8679,dunyada-ve-turkiye-de-kalp-damar-hastaliklaridoc>
- [https://www.unicef.org/turkey/dcd05/\\_sum05\\_2h.html](https://www.unicef.org/turkey/dcd05/_sum05_2h.html)

[http://www.tkd-online.org/UKSP/TKD\\_UlusalKalpSagligiPolitikasi\\_2007](http://www.tkd-online.org/UKSP/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi_2007) (Erişim: 27 Mayıs 2011)

Kara, S., Arslan, B., Mergen, H., & Öngel, K. (2012). Aile Hekimliği Polikliniklerinde Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *İzmir Tepecik Eğit Hastn Derg*, 22(3), 163-169.

Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL (1994) Test of Health Promotion Model as a Causel Model of Worker's use of Hearing Protection, *Nursing Research*, 43(3):151-157.

Mehtap, T. A. N., Dayapoğlu, N., şahin, Z. A., Cürcani, M., & Polat, H. (2013). Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3).

Nissinen A, Berrios X, Puska P (2001) Community-based noncommunicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. *Bull World Health Organ*;79:963-70.

Onat A (2004) Ulusal Kalp Sağlığı Politikası ve Kalp Damar Hastalıklarından Korunma Stratejileri. *Türk Kardiyoloji Dern Arş*; (32):596-602.

Parker DR, Assaf AR(2005) Community interventions for cardiovascular disease. *Prim Care*;32:865-881.

Uçar, A., & Arslan, S. (2017). Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 8(17), 121-130.

WHO, Salvage J (Ed) (1993) *Nursing in Action Strengthening Nursing and Midwifery to Support Health for All*. Çeviri ed. Ülker S (1995) *Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem*, Aydoğdu Ofset, Ankara.

WHO, *The World Health Report (2003) - shaping the future*. Geneva: World Health Organization; 2003. İnternet erişimi: <http://www.who.int/whr/2003/en>.

Yiğenoğlu E (2007) Orta Öğretim Okulu Öğretmenlerinin Algılarına Göre, Mesleki Etkinliklerindeki Güdülenmişliklerini Sağlayan Etmenler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

## 25- Uzun Süreli Bakım Sigortası: Kapsamı ve Önemi

**İhsan Esen\***, **Vedat Işıkhan\*\***

\*Selçuk Üniversitesi, Uluslararası İlişkiler Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

\*\*Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi

**Giriş:** Dünya’da olduğu gibi Ülkemizde de yaşlı nüfus oranı gün geçtikçe artmaktadır. Bu durum yaşlıların sosyal ve ekonomik refahına yönelik çalışmaların ayrı bir önem kazanmasına neden olmuştur. Bir yandan yaşam süresinin uzaması diğer yandan doğum artış hızının düşmesi yaşlı nüfusun artmasındaki en önemli etkenler olmuştur. Yaşlı nüfusu ve yaşlı bireye sahip aileleri merkeze alarak ortaya çıkabilecek ihtiyaçları tespit etmek, bu alana yönelik sosyal politika ve hizmet üretmek toplumsal refahın sürdürülebilirliği açısından önemlidir.

Ülkemizdeki yaşlı nüfus artış hızı diğer gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Yaşlı nüfus oranı 2017 yılında %8,3 iken, TÜİK’in nüfus projeksiyonlarına göre bu oranın 2023 yılında %10,2’ye, 2050 yılında ise %20,8’e yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2016).

Yaşlı bireyi aynı zamanda engelli olmaya aday olarak kabul etmek olasıdır. Bakım ihtiyacı olan kişiler, yeterli derecede bakım desteği ve hizmetlerine ulaşamamaktadır. Bakımın aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmesi zamanla onların sosyal hayatlarının da etkilenmesine yol açmaktadır. Ekonomik ve sosyal kayıpların yanında, bakımdan sorumlu kişinin ruhsal ve bedensel sağlığının da olumsuz etkilenmesi söz konusudur. Bireylerin yaşadığı bu durum, cinsiyet eşitsizliği, gelir eşitsizliği ve sosyal dışlanma gibi sosyal politikalar açısından önemli sonuçlar doğurmaktadır.

Yaşlılar artık geniş aile modelinde değil çekirdek aile modelinin yaygınlaştığı bir dünyada yaşamaktadır. Yaşlılık döneminde ihtiyaçların ve tüketim alışkanlıklarının değişmesi; ekonomik ve sosyal ihtiyaçların karşılanmasındaki güçlükler; demans, kronik hastalıklar ve bunlara bağlı hastalıkların sıklıkla ortaya çıkması gibi nedenlerle bu dönem çoğu zaman bireyler için başa çıkılamaz hale gelmektedir. Araştırmalar, yaşlıların genellikle gelirleri azalmasına rağmen, ekonomik sıkıntılarını ve bazı ihtiyaçlarını karşılamaya güçlerinin yetmediğini ifade etmede daha fazla zorlandığını göstermiştir (Groffen ve Diğ., 2008; Perry, 2009).

Nüfus içindeki yaşlıların oranının artışı ile birlikte, sağlık ve sosyal gereksinimleri ve bunların kamu bütçeleri üzerinde yol açtığı mali yük gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkeler için önemli bir sorundur. Nüfusun yaşlanması ve artan kronik hastalıklar, uzun süreli bakım ve sağlık hizmetlerinin yeniden planlanması ihtiyacını doğurmuştur. Sağlık ve sosyal hizmetlerin ağırlıklı kamu tarafından karşılandığı birçok Avrupa ülkesi ve bazı gelişmiş ülkelerde, yaşlanmayla ortaya çıkan sağlık ve bakım ihtiyacı, sosyal güvenlik sistemi içerisinde sağlık bakımının yanında “**bakım sigortası**” sistemiyle karşılanmaktadır.

**Bakım sigortasının amacı**, bir sosyal risk türü olan bakıma muhtaçlık riskine karşı bir emniyet ve bu riskten doğan maddî zararların (gelir kaybı veya gider artışı) yanında bakım ihtiyacının karşılanmasını temin etmek ve bakıcı aile fertlerinin bakım yükünü hafifletmektir (Ağören, 2009).

Gelecekte yaşlıların toplumsal ve ekonomik rollerinin de değişmesi beklenmektedir. Yaşlı nüfusun ekonomik ve sosyal faaliyetlerin dışında kalması durumunda, ekonomik ve sosyal açıdan sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bu nedenle ülkeler yaşlı insan kaynağını değerlendirme yönünde adımlar atmaktadır. Emeklilik yaşının uzatılması, yaşlıların ekonomik ve sosyal hayatta daha aktif katılımının sağlanması uygulamalarıyla ülkeler bu potansiyeli kullanma yoluna gitmektedir. Türkiye'nin yaşlı nüfusunu değerlendirmeye yönelik tedbirleri daha fazla geciktirmeden alması gerektiği düşünülmektedir.

Yaşlıların desteklenmesi Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB)'nin temel sorumluluk alanlarından birisidir. Sağlık Bakanlığı da 2010 yılında başlattığı evde sağlık hizmetleriyle, bu kesimin ihtiyaç duyacağı sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlamıştır. Yerel yönetimler, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları, sivil toplum kuruluşları, gönüllü yardım kuruluşları ve ilgili özel sektör kuruluşları da yaşlılara hizmet sunmaktadır. Gittikçe artan yaşlı nüfusun ihtiyaç ve taleplerinin bütüncül bir yaklaşımla sosyal devlet anlayışıyla ele alınması ve çözümlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır (ASPB, 2017; ASPB, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2017).

Yaşlanma, ülkelerin sosyal sistemlerine ek finansal yükler getirmekte ve gelecekteki sosyal sistemlerin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Bu nedenle, ülkemizde de özellikle uzun süreli bakımın daha iyi planlanması, kaynak ihtiyacının belirlenmesi ve finansmanının sağlanması zorunlu hale gelmektedir. Bunun için de farklı kamu programlarının, mali kaynakların, farklı sektörlerin ve özel girişimlerin koordineli bir şekilde yapılandırıldığı yeni yaklaşımlar ortaya çıkmaktadır.

**Amaç:** Sosyal hizmetin önemli çalışma alanlarından olan yaşlılık refahı konusunda hazırlanan bu çalışmada dünyada ve ülkemizde gittikçe artan yaşlı nüfusa dikkat çekilerek, uzun süreli bakım sigortasına duyulan ihtiyaç ve bunun önemi, yaşlıların uzun süreli bakımı, bu bakımın kimler tarafından verileceği, organizasyonu, finansmanı, özetle, ülkemiz için uzun süreli bakım sigortasının temel bileşenlerinin neler olabileceği tartışılmış ve bir vizyon çizilmeye çalışılmıştır.

**Yöntem:** Gözden geçirme (review) niteliğinde olan bu çalışmada, yaşlılığın genel görünümü, bakım sigortasının tanımı, önemi, dünyada uygulanan bakım sigortaları karşılaştırılmış, uzun süreli bakım, yaşlı refahı konuları ve konuya yönelik istatistikler incelenmiş ve geleceğe yönelik bazı öneriler geliştirilmiştir.

**Bulgular ve Sonuç:** Konuyla ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra, Dünya’da ve Türkiye’de gittikçe artan yaşlı nüfusun genel durumu, uzun süreli bakım sigortasını uygulayan ülkeler arasında önemli bir yer tutan Almanya örneği incelenmiş ve ülkemiz özelinde uzun süreli bakım sigortası için dikkat edilmesi gereken konular belirlenmiştir. Yazının sınırlılığı nedeniyle elde edilen önemli veriler kısaltılarak sunulmuştur.

### **Yaşlı bakım sigortası modeli**

Bilindiği gibi Ülkemizde yaşlı bakım hizmetleri sosyal yardım anlayışı kapsamında sunulmaktadır. *Yaşlı Bakım Sigortası* uygulaması, değişik zamanlarda hayata geçirilmesi gündeme gelmiş bir husustur. Ancak önerilerin mali/aktüeryal projeksiyonlarına yönelik parametrik bir çalışma ile desteklenmediği için uygulamaya geçişi sağlanamamıştır. Yaşlı bakım sigortasına yönelik geliştirilen model aşağıdaki kriterler doğrultusunda ele alınmasının uygun olduğu düşünülmektedir.

### **Ülkemize özgü bir bakım sigorta modelinin kurulması sürecinde;**

- bakım sigortasından kimlerin yararlanabileceği,
- muhtaçlık kriterlerinin neler olabileceği,
- ne tür hizmetlerin sağlanabileceği,
- hizmetin kim ya da kimler tarafından sunulabileceği,
- sigortadan kimlerin yararlanabileceği, yararlanma şartlarının neler olabileceği,
- primlerin kim ya da kimler tarafından ödeneceği,
- prim oranlarının ne olacağı,
- nüfusun hangi kesimini kapsayacağı,

- sosya sigorta –özel sigorta entegrasyonunun nasıl sağlanacağı,
- sigortanın aktüerya hesaplamasının nasıl olacağı,
- piyasanın dağılımının nasıl olacağı gibi konuların tartışılmasının gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bakım sigortasının sağlıklı yürütülebilmesi için, bakıma muhtaçlık tanımı doğrultusunda Türkiye’de kaç kişinin belirtilen kriterlere uyduğu tespit edilmelidir. Bu tespitin, Sağlık Bakanlığı kontrolü altında, Devlet ve Üniversite hastanelerinde oluşturulacak bakım heyetlerince yapılması ve bakım heyetlerinin ise, branşlarında uzman doktorların katılımı ile oluşturulmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Gelecekte, yaşlıların toplumsal ve ekonomik rollerinin de değişmesi beklenmektedir. Yaşlı nüfusun ekonomik ve sosyal faaliyetlerin dışında kalması durumunda, ekonomik ve sosyal açıdan sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bu nedenle ülkeler, yaşlı insan kaynağını değerlendirme yönünde adımlar atmaktadır. Emeklilik yaşının uzatılması, yaşlıların ekonomik ve sosyal hayatta daha aktif katılımının sağlanması yoluyla ülkeler bu potansiyeli kullanma yoluna gitmektedir. Türkiye’nin yaşlı nüfusunu değerlendirmeye yönelik tedbirleri daha fazla geciktirmeden almasının önemli olduğu düşünülmektedir.



## **Long term care insurance: scope and importance**

**Introduction:** This work; especially in the last 20 years, and the prospect of long-term care insurance is taken into account, taking into account population estimates for the aging population for the future to increase. The increase in dementia and related diseases makes it compulsory to take part in our social security system as a separate insurance branch.

**Aims:** This study, which is prepared about the elderly welfare which is one of the important working areas of social work, draws attention to the increasingly old population in the world and our country and it is aimed at providing the long term care insurance with the necessity and long term care of the elderly, the main components of the long-term care insurance are discussed.

**Methods:** This review study examines the statistics on care insurance, long-term care, elderly welfare issues and subject applied in the world.

**Results and Conclusion:** After review of the literature on the subject, increasingly in the world and Turkey overall condition of the elderly population, long-term hold an important place among the countries that apply the nursing care insurance examined the cases of Germany and our country to be considered for long-term care insurance in the private topics were identified.

**Key words:** Long term insurance, care insurance, elderly welfare, social work.

## **Kaynaklar**

Ağören, V. (2009). Bakım sigortası ve Türkiye uygulaması, Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi, Ankara

ASPB (2017). ASPB Bütçe Sunumu, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı: Ankara.

ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2017). [www.eyh.aile.gov.tr](http://www.eyh.aile.gov.tr), erişim Şubat, 2017.

Groffen, D.A.I., Bosma, H., van den Akker, M., Kempen, G.I.J.M., van Eijk, J.T.M. (2008). Lack of basic and luxury goods and health-related dysfunction in older persons: Findings from the longitudinal SMILE study. *BMC Public Health*, 8, ss. 242-9.

Perry, B. (2002). The mismatch between income measures and direct outcome measures of poverty. *Social Policy Journal of New Zealand*, 19, ss.101–127.

TÜİK (2016). *İstatistiklerle Yaşlılar*, Ankara.

## 26- Osteoporoz başlangıcı geciktirmek ve kemik yapılarını güçlendirmek için hücre kültürü

**Selahattin Kahrıman\***, **Yasin Şahin\***, **Yavuz Selim Sılay\*\***

\*TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği, Ankara

\*\*İstanbul Consulting Group (ICG) Yönetim Kurulu Başkanı, Ankara

**Giriş:** Osteoporoz, vücudumuzdaki kemiklerin sertliklerinin azalıp, yapılarının bozulması sonucunda zayıf ve kırılabilir hale gelmeleri ile ortaya çıkan ve tüm iskeleti etkileyen sistemik bir hastalıktır. Tüm osteoporoz olgularının yüzde 47'si omurlarda, yüzde 20'si kalçada, yüzde 13'ü bileklerde ve yüzde 20'si diğer kemiklerde görülmektedir. Omurlardaki çökme kırıklarına bağlı olarak, özellikle ileri yaşlarda boyda kısalmalara da sebep olmaktadır. Osteoporoz, yaşam süresinin ve bunun getirisi olarak yaşlı nüfusun artması ile günümüzde en sık görülen hastalıklardan biri haline gelmiştir. Günümüzde, kalça kırıklarından ölüm, kalp ve kanser hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra üçüncü sırada yer almaktadır. Osteoporoz, daha çok kadınların maruz kaldığı bir hastalık olarak bilinse de, erkekleri de etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Yapılan çalışmalar; 50 yaş üzerindeki her 3 kadından 1'inin ve her 5 erkekten 1'inin, hayatının bir döneminde kırık yaşayacağını göstermektedir. Kemikler normalde yapım ve yıkım reaksiyonları ile sürekli yenilenen canlı dokulardır ancak bu yapım ve yıkım süreci kadınlarda 30 yaşına kadar dengeli bir şekilde devam ederken, bu yaştan itibaren denge, yıkımın lehine değişmektedir. Kemik kütlelerinin doruk noktasına çıktığı 30 yaşından sonra kadınlarda, yılda yüzde 0.5'lik bir oranda geri dönüşümsüz kemik kaybı başlamaktadır. Özellikle bu kayıp menopozdan itibaren daha da hızlanıyor ve kaybedilen kemik dokusu miktarı, kadının ileride kemik kırığıyla karşılaşma riskini belirleyen en önemli etkenlerden birini oluşturmaktadır. Kırığın maliyet ve sosyal yönünü ortaya koyduğumuzda ise ortaya büyük problemler çıkmaktadır. Bugün ABD'de yılda 1.5 milyon kırık meydana gelmektedir. Bunun 300 binini kalça, 700 binini omur, 250 binini el bileği, 300 binini ise diğer kırıklar oluşturmaktadır. Kalça kırığına maruz kalan hastaların yüzde 20'si, ne yazık ki ilk 1 yıl içerisinde kaybedilirken, yüzde 30'dan fazlası sakat kalmaktadır. 1990'lı yılların başında 1.7 milyon olan kalça kırığı sayısının, 2050 yılında 6.5 milyona çıkacağı öngörülmektedir. Bu hastalığın tedavisine baktığımızda, hormon tedavisi, bifosfonatlar, stronsiyum gibi elementler, selektif östrojen reseptör modülatörleri yani SERM'ler, kalsitonin, parathormon, bitkisel kaynaklı östrojen ihtiva eden ilaçlar tercih edilmektedir. Ancak bu tedaviler çok efektif bir etki göstermemektedir. En iyi osteoporoz tedavisi risklere karşı korunmak ve osteoporoz oluşumunun önüne geçmektir. Bunun için osteoprojenitör hücreleri,

kalsiyum magnezyum gibi mineraller, Omega 3, D ve C vitaminleri ve kemiklerin gelişimini sağlayan hormonları tetikleyen reseptör modülatörleri kullanarak bir hücre kültürü oluşturulması hedeflenmektedir. Bu kültürden elde edilecek verimli üründe uyum testlerinden sonra direk kemiklere enjekte edilmesi planlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Osteoporoz, hücre kültürü, osteoprogenitör, kalça kırığı

## **To delay the onset of osteoporosis and strengthen bone structures by using cell culture**

### **Abstract**

Osteoporosis is a systemic skeletal disease, largely characterized by low bone mass and microarchitectural deterioration of bone tissue, leading to increased bone fragility and consequent increase in fracture risk. Of all osteoporosis cases, 47 percent are in the vertebrae, 20 percent in the hip, 13 percent in the wrists and 20 percent in the other bones. Depending on the fractures of the spine, it also causes shortening in length, especially in older ages. Osteoporosis has become one of the most common diseases in the world with the increase of the elderly population as a result of the life span and its consequences. Today, it is the third most common cause of death from hip fractures and deaths due to heart and cancer diseases. Osteoporosis is an important health problem that affects men, although it is known to be a disease that women are more exposed to. According to experiments, 1 out of every 3 females over 50 years of age and 1 out of every 5 males will experience fracture at some point in their lives. Bones are normally living tissues that are constantly renewed by construction and demolition reactions, but this construction and destruction process continues to be balanced in women until 30 years of age. After 30 years of age, women go to the top of bone mass, and irreversible bone loss begins at a rate of 0.5 percent per year. Especially this loss is accelerating from menopause, and the amount of lost bone texture constitutes one of the most important factors determining the risk of bony fracture of woman in the future. There are big problems when we show the cost and social direction of the fracture. Today, 1.5 million fractures are there a year in the United States. It has 300 thousand hip, 700 thousand vertebrae, 250 thousand wrist, and 300 thousand other fractures. 20 percent of patients exposed to hip fracture are unfortunately lost within the first year, more than 30 percent are crippled. It is predicted that the number of hip fractures, 1.7 million at the beginning of 1990's, will rise to 6.5 million by 2050. When we look at the treatment of this disease, hormone therapy, biphosphonates, strontium elements, selective estrogen receptor modulators, SERMs, calcitonin, parathormone, estrogen-containing drugs are preferred. However, these treatments do not have a very effective results. The best treatment of

osteoporosis is to protect against risks and prevent osteoporosis formation. The bone structure needs to be protected and strengthened. Our work also includes the use of hormone stimulating receptor modulators to develop mesenchymal stem cells from fat tissue, minerals such as calcium magnesium, Omega 3, vitamins D and C, parathyroid hormones and osteoblasts. cell culture. It is planned to be injected directly into the bones after the compliance tests to be obtained from cell culture.

**Key Words:** Osteoporosis, cell culture, osteoprogenitor, hip fracture

## 27- Yaşlı Bireylerde Ağız (Cavitas Oris) Anatomisini Bilmenin Ağız Bakımı Yapmadaki Rolü

**Özlem Kaştan, Şengül Akdeniz, Mehtap Pekesen**

\*Akdeniz Üniv. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu/Antalya Türkiye

**Giriş:** Ağız(cavitas oris) anatomisi: ağız (cavitas oris) sindirim sisteminin başlangıç bölümü olup vestibulum oris ve cavitas oris propria olarak adlandırılan iki alt bölüme ayrılır.

Vestibulum oris: dıştan dudaklar (labium superior ve inferior) ile yanaklar, içten diş ve diş etleri tarafından sınırlandırılmış at nalı şeklinde dar bir aralıktır. Dudaklar ağız yarığını çevreleyen kas ve zardan yapılmış yumuşak oluşumlardır. Kanlanması lenfatik damarları ve duysal sinirleri oldukça yoğundur. Dudaklar kişiden kişiye değişen kalınlıkta ve büyüklükte olup, kırmızı pembe renktedir.Bu renk ince ışık geçirebilen epidermis'in altındaki kapiller ağdan ortaya çıkar.Dudaklarda ter ve yağ bezleri ile kıl folikülleri bulunmaz(1).

Yanaklar: vestibulum oris'in dış duvarlarının yan bölümlerini oluşturur. Dışta deri ile kaplı olan yanakların derisi altında m.(musculus) masseter, m.buccinator ve Bichat'ın yağ kitlesi bulunur.Bu yağ kitlesi çocuklarda ve şişman kişilerde büyük,zayıf kişilerde ve yaşlılarda küçüktür. Büyük bir tükrük bezi olan glandula parotidea'nın boşaltma kanalı m.buccinator'ü delerek üst 2. molar diş hizasından yanak mukozasına açılır(1-2).

Cavitas oris propria: esas ağız boşluğudur. Vestibulumoris açıldığında yer alan sindirim kanalı bölümüdür.Önde veyanlarda diş kemerleri, dişler ve bunlara ait diş etleri(gingiva),aşağıda ağız tabanı,yukarıda damak arkada yutak ile sınırlanmıştır. Ağız boşluğunda diş, diş etleri ve dil bulunur.

Dil(lingua): ağız tabanında yer alan çizgili kaslarda yapılmış mobil bir organdır. Dil,yutma konuşma, çiğneme, ağızı temizleme ve tat alma fonksiyonlarında rol oynar.Anatomik olarak dilin cismi(corpus linguae),kökü(radix linguae) ve ucu(apex linguae) olmak üzere üç bölümü vardır.Dilin uç bölümü ve cismi serbest hareket eder. Dilin damağa ve yutağa bakan üst yüzüne dil sırtı(dorsum linguae)adı verilir. Dil sırtı sulcus terminalis adı verilen bir olukla ön(oral) ve arka(faringeal)iki bölüme ayrılır. Ön bölümde papilla adı verilen tat tomurcukları bulunur. Papillae fungiformes, dil kenarında ve ucunda yer alır tatlı tuzlu tadını almayı sağlar.

Papillae foliatae, arka yanlarda yer alır ekşi tadını almayı sağlar. Papillae vallatae, dilin arka kısmında yer alır acı tadını almayı sağlar. Arka (faringeal)bölüm dil köküne ait olup tonsilla lingualis olarak adlandırılan lenf nodülleri topluluğunu içerir(1-2-3).

Dil mukozasının altında bağ dokusuna gömülmüş şekilde intrinsik dil kasları bulunur. Longitudinal, transvers ve vertikal yöneltide seyreden bu kaslar dilin şeklini değiştirir. Dili komşu yapılara bağlayan ekstrinsik dil kasları da vardır. M. genioglossus, m.hyoglossus, m.styloglossus ve m.palatoglossus olarak adlandırılan ekstrinsik dil kasları dilin konumunu değiştirir. M.genioglossus dili öne ve aşağı çeker, dilin geriye kaçmasını önlediği için dilin güvenlik kası olarak adlandırılır. Dilin sinirleri n.( nervus) hypoglossus, n. lingualis, n. facialis ve n.glossopharyngeus 'tur. Dili, a.(arteria) carotis externa'nın dalı olan a. lingualis besler. Dilin ven'i ise vena lingualis'tir, vena jugularis interna'ya dökülür(1).

Dişler(dentes): ağıza alınan besin maddelerinin mekanik olarak parçalanmasını sağlarlar. Maxilla ve mandibulanın processus alveolaris'lerine yerleşmiş sert keskin oluşumlardır. Bir dişin corona(taç),collum(boyun) ve radix(kök) olmak üzere üç bölümü vardır. Corona diş çukuru dışında

kalan ve mina tabakası ile kaplı dışta gözüken bölümüdür. Radix kısmı diş çukuru içine giren kök kısmıdır(1-2-3).

Bir yetişkinde alt ve üst çenede diş çukurlarına dizilmiş olan dişler toplam 32 tanedir. Yetişkin bir insanda dört çeşit diş vardır. Keser dişler(dentes incisivi)besinleri keserek parçalarlar. Köpek dişi(dentescaninus)tüm dişlerin en uzunudur. Küçük azı dişler(dentes premolares) tek köklüdürler ve köpek dişlerinden kısadırlar. Büyük azı dişler(dentes molares) çiğneme de önemli rollari vardır. Alt molar dişler daha büyüktür. Yaşamın değişik dönemlerinde bulunmalarına göre süt dişleri ve kalıcı dişler diye iki tip diş grubu vardır. Dişlerin duyu siniri n.maxillaris ve n.mandibularis'dir(1-2-3-4).

Diş etleri(gingivae)alt ve üst çenenin alveolar çıkıntıları dişeti(gingiva) olarak adlandırılan özel bir mukoza ile sarılmıştır. Gingiva, ağız müköz membranının vaskuler bir parçasıdır.

Damak(palatum): ağız tavanını oluşturan damak'ın sert ve yumuşak damak olmak üzere iki bölümü vardır.

Sert damak(palatum durum) ağız tavanının2/3 ön kısmını yapar. Ağız boşluğuna bakan kısmı periost ve ağız mukozası ile kaplıdır.

Yumuşak damak(palatum molle) sert damağın arka kenarından arkaya ve aşağıya doğru uzanan yumuşak ve hareketli bir perde şeklindedir. Yumuşak damağın serbest arka alt kenarının ortasından aşağı doğru uzanan, dil şeklindeki çıkıntıya uvula(küçük dil) denir. Uvula'nın çok önemli bir görevi vardır. Yutma eylemi esnasında besinlerin burun boşluğuna kaçmasını engeller(5).

Yaşlanmanın organizma üzerindeki etkileri arasında ağız boşluğunda ve dolayısıyla onu çevreleyen dokularda meydana gelen değişiklikler çok önemli yer tutar .Ağız sağlığının bozulması, yaşlanmanın doğal bir sonucu değildir. Bu durum, sistemik hastalıklara, ilaç kullanımına, yetersiz beslenmeye ve uygun yapılmayan ağız bakımına bağlı olarak gelişir(6). Genel olarak, yaşlanma ile ilgili olduğu düşünülen ağız içi değişiklikler; diş kaybı, diş renginde koyulaşma, dişeti çekilmeleri, tükürük miktarının azalması, ağız dokusunda ve kaslarda zayıflama ve tat duyusunun azalmasıdır. Yaşlanmaya paralel olarak minede meydana gelen aşınma sonucu dişlerde şekilsel değişiklikler görülür. Bu durum basit yüzeysel aşınmalardan önemli madde kaybına kadar ilerleyebilir. Yaşlı birey nüfusunun önemli bir bölümü hareketli protez kullanmaktadır. Bu protezler, ağız içi dokuların hem görünümlerini hem de bütünlüğünü etkileyen değişikliklere yol açabilir. Bu durum çiğneme fonksiyonunda ve beslenme alışkanlıklarında farklılaşmalara yol açar(6-7-8).

Ağız anatomisinin bilinmesi ağız sağlığının sürdürülmesi ve ağız bakımının doğru yapılmasında son derece önemli bir rol oynar. Ağız bakımında yaşlı bireylerin ağız anatomisini bilmesi ve alışkanlıkları önemlidir(9). Dişler günde üç defa yumuşak diş fırçası ile fırçalanmalıdır. Fırçalanmıyor ise yemek sonrası ağız içi mutlaka su ile gargara yapılarak temizlenmelidir. Özellikle diş fırçalamayı alışkanlık haline getirmiş yaşlı bireylerde ağız bakımını kendilerinin yapması, kendisi yapamıyor ise bakım elemanın yapması çok önemlidir. Yaşlı bireyler, ağız bakımı açısından altı ayda bir kontrol edilmelidir. Yaşlı bireylerde diş eti mekanik kuvvetlere karşı dirençli olmadığı için, yumuşak kıllardan oluşan diş fırçaları tavsiye edilir. Floridli diş macunları ve ağız gargaraları önerilir. Dişeti dokusunun kaybı sonucu oluşan dişler arası boşluklar, besin birikimine neden olacağı için, bu alanların temizliği diş fırçası ve diş ipliği ile yapılmalıdır. Ağız bakımını gerçekleştiremeyen yatağa bağımlı yaşlı bireylerde bu işlem, yakınları ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılır. Yaşlı bireylerde, diş kaybı fazla olduğu için, kalan dişler sabit veya hareketli protezlerin tutuculuğunda önemli rol oynarlar. Bu yüzden, çürük dişlerin tedavisi gereklidir. Protezler yemeklerden sonra protez fırçası ile temizlenmeli, gece mutlaka çıkarılmalıdır.



Çıkarılan protezler soğuk su içinde tutulmalıdır. Ayrıca, protez temizleme tabletleri de protezlerin mikroplardan arınmasına yardımcı olur(10-11-12)).

Menapozdaki ve menapoz sonrası dönemdeki yaşlı bireylerde ağızda bazı değişiklikler olabilir. Son çalışmalar östrojen yetersizliğinin ağız diş hastalıkları ve diş kaybı için yüksek risk oluşturduğunu belirtmektedir. Ayrıca kadınlarda yaş ilerledikçe meydana gelen hormonal değişiklikler, ağız kuruluğu, ağrı ve ağızda yanma hissi ve özellikle tat duyusunda değişikliğe neden olmaktadır. Dişeti kuru, koyu renkli bir görünüm alır ve kolayca kanar(9).

Sonuç olarak, Yaşlı bireylerin ve yaşlı bireylere bakım verenlerin ağız anatomisini bilmesi, ağız bakımını düzgün ve etkin bir şekilde yapabilmeleri ve ağızda bakteri miktarını en aza indirmek açısından oldukça önemlidir.

## **The Role of Oral Care in Knowing The Anatomy of The Mouth (Cavitas Oris) in Elderly Individuals.**

### **Abstract**

The anatomy of the mouth (cavitas oris): the mouth (cavitas oris) is the initial part of the digestive tract, divided into two subdivisions called vestibulum oris and cavitas oris propria. Cheeks: The vestibulum forms the lateral parts of the outer walls of the oris. The cheeks, which are covered with skin on the outside, have muscle masses of m.( musculus) masseter, m.buccinator and Bichat under the skin of the cheeks.

Cavitas oris propria: the main oral cavity. Vestibulumoris is the part of the digestive tract which is located in the opening. Dental arches, teeth and their gingiva in the front and back are limited to the mouth base, below the palate at the back of the pharynx. In the mouth cavity there are teeth, gums and tongue.

Language (lingua): a mobile organ made of striped muscles located at the base of the mouth. It plays a role in swallowing, chewing, cleansing and tasting functions. Anatomically speaking, the corpus linguae, the radix linguae and the apex linguae).

Teeth (dentures): This allows the mechanical breakdown of nutrients taken into consideration. These are hard, sharp entities embedded in the processus alveolaris of maxilla and mandible.

Palate (palatal): the palate that forms the mouth of the palate has two parts, hard and soft palate. Prevents food from escaping into the nasal cavity during swallowing.

Among the effects on the organism of aging, changes occurring in the oral cavity and therefore in the tissues surrounding it are very important. Knowing the anatomy of the mouth plays an extremely important role in the maintenance of oral health and proper oral care.

It is important to know the oral anatomy of the elderly and their habits in oral care. Teeth should be brushed with a soft toothbrush three times a day. If it is not brushed, the inside of the mouth should be cleaned with gargle with water after eating.

**Result:** As a result, it is very important for elderly individuals and caregivers of elderly individuals to know the mouth anatomy, to make oral care properly and effectively, and to reduce the amount of bacteria in the mouth to the minimum.

**Keywords:** oral care, anatomy, elderly person

### **Kaynaklar**

1-Yıldırım M. İnsan anatomisi Nobel tıp kitapevi 2017.

2-Razak PA, Richard KMJ , Thankachan RP , Hafız KAA , Kumar KN. Sameer KM. Geriatric Oral Health: A Review Article Journal of International Oral Health 2014; 6(6):110-116

3-Baumgartner W, Schimmel M, Müller F. Oral Health and Dental Care of Elderly Adults Dependent on Care Swiss dental Journal SSO, 2015; Vol4

4-Saunders RH Jr, Meyerowitz C. Dental caries in older adults. Dent Clin North Am 2005;49:293-308.

5-Health of the Elderly. Technical Report Series: World Health Organisation, Geneva. 1989; 779:1-2. 36-62.70-83.

6- Danış ZM. Yaşlıların Evde Bakım Gereksinimleri ve Evde Bakıma İlişkin Düşünceleri. Ankara: GüçVak Yayıncılık, 2004;20

## 28- Demans ve Alzheimer'ı Olan Hastalarda Kullanılan İnovatif Yaklaşımlar

**Nigar Ünlüsoy Dinçer\***, **Ayşegül Sarıca\*\***, **Ebru Erek Kazan\***

\* Dr. Öğretim Üyesi Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

\*\* Hemşirelik Bölümü 4.Sınıf Öğrencisi Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**Giriş:** Demans; algılama, dikkat, zeka, yargılama, gerçeği değerlendirme, bellek, oryantasyon gibi edinilmiş bilişsel işlevlerde ve becerilerde ilerleyici çöküntü ve bunlara paralel olarak sosyal ve mesleki yaşantının bozulması ile gelişen bir süreçtir. Demanslar %2 oranında 65-74 yaşlarında, %10 oranında ise 75-84 yaşlarında görülür.

Demansların %50-70'ini Alzheimer oluşturmaktadır. Alzheimer 65 yaş üstünde %5-11, 85 yaş üstü gruplarda %50 oranında ve kadınlarda biraz daha fazla görülen beyin korteksinin sorumlu olduğu, üst düzey işlevlerin bozulması ve bireylerin günlük yaşamlarını her zamanki gibi sürdürmelerini engelleyen, kognitif ve entelektüel yıkımın söz konusu olduğu ilerleyici ve kronik bir beyin hastalığıdır.

Demans ve demansın en sık görülen tipi Alzheimer hastalığının risk faktörleri arasında ileri yaş, kadın cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, ailede öykü, kafa travması öyküsü, vasküler olaylar, alüminyum, elektromanyetik alan sayılmaktadır.

Demans ve Alzheimer hastalığında, hastaların yargılama yeteneği, yer ve zaman algısı bozulmakta, davranış değişikliklerinin yanında duyuşal değişiklikler de meydana gelmektedir. Hastalar isimlerini veya adreslerini hatırlayamamakta, oryantasyon bozukluğu yaşamakta ve hatta tanıdıkları, bildikleri ortamlarda kaybolabilmektedirler.

Hemşireler demans tanısı almış hastaya toplumda, hastanede ve uzun dönem bakım kurumlarında bakım verebilmektedir. Hemşireler ayrıca demanslı ve alzheimerli hastaların aileleri ve ekiple çalışmakta, en iyi bakımın sağlanması için eğitim, bilgi ve destek vermektedir. Demanslı ve alzheimerli hastalar sıklıkla evlerinde yakınları tarafından bakılmaktadır, hemşireler aile bireylerine hastalığın anlaşılması ve en etkili uygulamaların; örneğin bu hastalıkta kullanılan inovatif yaklaşımların uygulanması ve eğitim konusunda destek olmalıdır.

Aşağıda demans ve alzheimerli hastalarda kullanılan inovatif yaklaşımların bazılarını değinilmiştir. Daha kapsamlı olan diğer yaklaşımlar bildiride sunulacaktır.

- **“Yaşlıların Çoklu Ortam Teknolojisi Yardımıyla Alzheimer Hakkında Bilinçlendirilmesi” projesi.** Projede inovatif / teknoloji ilkeleri ve geriatrik öğrenme ilkeleri birleştirilerek; çoklu ortam eğitim programına yaşlıların nasıl tepki vereceği incelenmiştir. Proje sonucunda; bilginin yaşlı bireylere onlara uyan biçimde verilmesi fayda sağlamıştır. Eğitim sayesinde bilgilendirilen yaşlılar ve aileleri aracılığıyla Alzheimer hastalığının tespit edilmesi imkanı arttırılmıştır.
- **“Yardımlı Biliş: Alzheimer Hastalarına Bilgisayar Destekleri” projesi;** Proje kapsamında Alzheimer hastalarının hafıza ve problem çözme sorunlarına tümleşik bilgisayar sistemleri ve yapay zeka yardımıyla çözümler sunmak amaçlanmıştır.
- Avrupa Komisyonu tarafından desteklenen **SOPRANO Projesi** (Yaşlı Avrupalılar için Servis Yönelimli Programlanabilir Akıllı Çevreler) ile; insanların evde bağımsız olarak yaşayabilmesi amacıyla bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılmıştır.
- **Back Up Memory ;** Ücretsiz olarak sunulan mobil bir uygulama. Uygulamanın temel çalışma yöntemi, gerekli ayarlamaları yaptıktan sonra cihazı kullanacak olan hasta kişiye tanıdığı diğer kişilerin bilgilerini (fotoğraflar, videolar ve yazılı bilgiler) ara ara göstermektir. Cihazı kullanan kişi bildirimler bölümünde tanıdığı insanları sırayla gördükçe yeniden onların kim olduğunu hatırlayabilir ve böylece hafıza güçlendirilebilir.
- **Timeless;** Mobil uygulama hastanın kendisinin, arkadaşlarının ve ailesinden kişilerin fotoğraflarının taranmasına olanak sağlar. Eğer hasta kişiler, yanlarındaki kişinin kim olduğu konusunda herhangi bir fikre sahip değilse, bu durumda o kişinin fotoğrafını çekip uygulamaya kim olduğunu sorabilirler. Böylece uygulamadan otomatik olarak cevap alarak, o kişinin kim olduğunu öğrenme imkânını elde etmiş olurlar.
- **Pillboxie;** Pillboxie zamanı geldiğinde ilacı almayı anımsatan mobil bir uygulamadır. Uygulamada kullanılan hapın rengini ve görünümünü ayarlayabilmenin yanı sıra ilacın ismini de sisteme girilebilmektedir.
- **WeMa;** WeMa Life kısa süre önce bakıcıların ve hastaların bağlantı kurmasına yardımcı olan çevrimiçi pazar uygulamasını başlatmıştır. Uygulamanın birden fazla işlevi vardır ve bakıcıların sosyal bakım, evde bakım, hemşirelik, ev içi yardım, kişisel bakım ve hijyen bakımı için rezervasyon yapmasına izin verir.

- **Alzheimer Takip Programı ve Akıllı Bileklik Uygulaması;** Bu uygulama, hastasının yanında olmasa bile hasta yakınlarının onu takip etmesini ve bir aksaklık durumunda uyarılmasını sağlar. Akıllı Bileklik Uygulaması'nda; düşme sensörü, panik düğmesi, hareketsiz kalma uyarısı, ilaç hatırlatması, yürüme ve aktivite takibi vardır.
- **Alzheimer Hastaları İçin Akıllı Ayakkabı;** Ayakkabıların içlerine yerleştirilen çipler sayesinde Alzheimer hastasının şu anki ve geçmişteki konumu internet üzerinden takip edilebilmektedir.
- **Ode;** “Demansla İyi Yaşam” adlı projenin bir parçası olarak nörolojik hastalıklara sahip bireylerin yaşamlarını iyileştirmek için sezgisel tasarım tabanlı çözümler üreten bir tasarım ekibi tarafından hazırlanmıştır. Bir frekans cihazı olan Ode, günde üç kez lezzetli yemek kokuları yayarak demans hastalarını yemek yemeye ve sağlıklı kalmaya teşvik etmektedir.
- İsveç'te demanslı birey ve aile üyeleriyle yapılan çalışmada görüntülü telefon aracılığıyla sağlık personeliyle iletişim kuran demanslı bireylerin ve aile üyelerinin bu uygulamadan yarar gördüğü belirtilmiştir. Bu yolla iletişim kurmanın yaşlının dikkatini çektiği görülmüş ve aile üyelerinde rahatlama sağlandığı ifade edilmiştir.
- **Kol saati ile navigasyon uygulaması;** Alzheimer hastalarına yönelik çeşitli firmaların geliştirdiği mobil cihazlarda mevcuttur. Buna örnek olarak, cep telefonu kartları ile çalışabilen gpsler ya da cep telefonları içerisine entegre edilen gps cihazları ve ayrıca kol saati şeklindeki cihazlarda vardır. Bu cihazlar kaybolma riski taşıyan kişinin koluna takılır ve özel bir tornavida olmaksızın kişi tarafından çıkarılamaz. Sistemi tamamlayan izleme modülleri ile şehir haritalarının yüklü olduğu bir de el ünitesi mevcut. Bu kontrol birimi, hastanın sorumluluğunu üslenen kişi tarafından taşınır. Hasta belirlenen güvenli bölgeyi ihlal ettiğinde bir alarm çalarak el ünitesine bildirilir ve kişinin hareket ettiği güzergahı ekranındaki haritada gösterir.
- **Robot Alice;** Avustralya'nın Perth şehrinde yaşayan Robot 'Alice', hastalarla iletişim kurabilmektedir. Hastalara şarkılar söyleyen robot Alice, egzersiz dersleri ve oyun saati isimleriyle aktiviteler yapmaktadır. Küçük bir insansı robot olan Alice, içine kapanmış hastaları daha aktif hale getirildiği bildirilmiştir.

**Sonuç ve Öneriler:** İnovatif yaklaşımların hiçbirinin yüzyüze iletişimin yerine geçemeyeceği bilinmekle birlikte, özellikle evde yalnız yaşayan, demans, alzheimer gibi rahatsızlıkları ya da fonksiyonel yetersizlikleri olan yaşlı bireylerin çeşitli inovatif yaklaşımlarla desteklenmesi, bireylerin yaşam kalitesini artırmada, özbakım güçlerini geliştirmede, güvenli ev ortamlarının oluşturulmasında ve acil durumlarda bireylerin sağlık bakım desteğini almasında katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda demans ve alzheimerli bireylerin kendi doğal ortamlarında inovatif yaklaşımlarla izlenmesi, teknolojiye dönük sağlık kararlarının alınmasında da yararlı olabilir.

Günümüzde artık teknoloji ile büyüyen hemşirelik öğrencilerimizin hemşirelik ve mesleki eğitimlerinde; özellikle demanslı ve alzheimerli yaşlı bireylerin evde bakım uygulamalarında inovatif yaklaşımlarla donatılması yararlı olacaktır.

### **Innovative Approach Used in Dementia and Alzheimer's Patient**

**Abstract:** Technology develops in a very fast pace and creates a lot of promising solution in various domains. Developing and developed countries including Turkey faces increasingly important aging population issue which requires more technological contribution in the area. The research is concentrated on areas of assistive technologies for independent life dementia and alzheimer's patient, health and care technologies and safety theme.

While providing home care services for the dementia and alzheimer's patient, to take advantage of the current and inovative sources will improve the quality of service and will supply that elderly people live in comfort and confident enviroment.

The purpose of this article is investigated the uses of technology in the dementia and alzheimer's patient.

**Keywords:** Demantia, alzheimer, innovative approach, nursing, technology

### **Kaynaklar**

1. Akdemir N, Birol L, İç hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Sistem Ofset, Ankara, (2011)
2. Mahoney D, Tarlow B, Jones R. Using multi-media technology to increase older adults knowledge of Alzheimer's disease. Gerontechnology 2002;2(1):90

3. Kautz H, Borriello G, Etzioni O, Fox D. Assisted cognition: Computer aids for people with Alzheimer's. *Gerontechnology* 2002;2(1):90
4. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 16(3):32-49.
5. Hanağası H. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. *Klinik Gelişim* 2010;10(1):44-47
6. Alzheimer's Association. 2016 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia* 2016;12(4).
7. (<https://www.tamindir.com/android/backup-memory/>, 10 Mart 2018 tarihinde erişildi)
8. (<http://www.webtekno.com/14-yasindaki-genc-kizin-alzheimer-hastalari-icin-gelistirdigi-muhtesem-uygulama-h39873.html>, 10 Mart 2018 tarihinde erişildi)
9. ([http://www.cumhuriyet.com.tr/foto/teknoloji/495720/3/Yaslilar\\_icin\\_en\\_ iyi\\_uygulamalar.html](http://www.cumhuriyet.com.tr/foto/teknoloji/495720/3/Yaslilar_icin_en_ iyi_uygulamalar.html), 25 Şubat 2018 tarihinde erişildi)
10. (<http://www.mobihealthnews.com/content/new-app-wema-aims-give-resources-caregivers>, 25 Şubat tarihinde erişildi)
11. (<https://www.acibadem.com.tr/alzheimermerkezi/alzheimer-takip-programi>, 13 Mart 2018 tarihinde erişildi)
12. (<http://www.bilimgenc.tubitak.gov.tr/makale/alzheimer-hastalari-icin-akilli-ayakkabi>, 1 Nisan 2018 tarihinde erişildi)
13. (<http://www.tekdozdijital.com/parfumlu-calar-saat-demans-hastalarinin-istahini-aciyor.html>, 1 Nisan 2018 tarihinde erişildi)
14. Sävenstedt S, Zingmark K, Sandman PO. Videophone Communication with Cognitively Impaired Elderly Patients. *J Telemed Telecare* 2003;9(Suppl 2):S52-4

## 29- İnfomal bakım vericinin demans yönetimi: Olgu sunumu

**Sengül Akdeniz, Mehtap Pekesen, Hatice Acar, Mustafa Çoban**

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Bölümü Antalya

**Giriş:** Bakım verme; formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde verilmektedir. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılardır. İnfomal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme ise; bakıma ihtiyacı olan ile birlikte yaşayarak bir yakınına yardım etme rolünü üstlenen, temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımını ve doktor ya da hastane ilişkilerini takip eden, ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlar tarafından verilen bakımdır. Yaşlı nüfusun hızla artmasına paralel olarak yaşlılıkta sık görülen hastalıklar toplum içinde bir sorun haline gelmektedir. Yaşlanan toplumlarda büyük bir sağlık problemi olarak karşılaşılan ve damarsal-dejeneratif değişimlere bağlı olarak gelişen demans 65 yaş ve üzeri bireylerde %5 oranında, 80 yaş civarında %20 oranında görülmektedir. Dünyada 2001 yılında 24 milyon olarak tahmin edilen demanslı hasta sayısının 2050 yılında 81 milyona yükselmesi beklenmektedir. Demans; ilerleyici ve ölümcül bir hastalıktır. Hafızada bozukluk, günlük yaşam aktivitelerinde ilerleyici gerileme, çeşitli psikiyatrik semptomlar ve davranış bozukluklarıyla karakterizedir. Alzheimer hastalığı demansın en sık nedenidir. Alzheimer hastalığı genetik bir hastalıktır. Genetik yatkınlığı olan kişilerin hastalık için riski yüksektir. Ancak bazı faktörlere sahip olanlarda hastalık daha yüksek oranlarda görülür. Risk Faktörleri: ileri yaş, ailede alzheimer hastası olması, bazı yatkınlık genlerine sahip olma, düşük eğitim seviyesi, ciddi kafa travması geçirmiş olmak, kadın cinsiyet, depresyon, alüminyum, bakır,demir,çinko gibi ağır metallerle intoksikasyon ,hipertansiyondur. Demans yaşlılarda sık görülen bir sorundur. Altmış beş yaş üzerinde %5, seksen yaş üzerinde %50 oranında görülür. Demans tanısı, demans sendromu semptomatolojisinin sınıflanabileceği 3 kardinal alanın (kognitif, davranışsal ve işlevsel) ve sıkça eşlik edebilecek alanların (motor, uyku, otonom) sorgulanması ve izleyerek de uygun yöntemlerle değerlendirilmesi ile konulur. Demansta kognitif değerlendirmenin birincil amacı normal ya da yaşa özgü değişiklikler ile patolojik süreçlerin ayırt edilebilmesi; ikincil amacı ise bozukluğun niteliğinin belirlenmesi, belli bir tanıya ulaşılmasıdır. Hastalık başlangıçta sinsi bir unutkanlıkla başlayabileceğinden yaşlılıkta izlenen unutkanlık normal olarak görülmemelidir. Alzheimer ilerleyici bir hastalıktır. Günümüzde mevcut olan ilaçlar



ile erken yakalanan vakalarda son noktaya gidiş süresi uzatılmakta, hastanın öz bakım süresi uzatılıp bakıcı yükü azaltılmaktadır. Demans kişinin değil, ailenin hastalığıdır. Demanslı hastaların yakınlarına da büyük görev düşmektedir. Bakım verenlere düşen bu görevler; hastanın bakımı, ilaçlarının verilmesi, destek tedavilerinin uygulanması, hastanın genel sağlığı ve hayat kalitesinin sağlanması, ev içinde güvenliliği sağlamak, maddi işlerde yardım, bakıcı tükenmişliği yaşamamak için sosyal dayanışma ve destek alanlarını içermektedir.

**Amaç:** Tüm dünyada yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak demans hastalıklarının da sayısı artmaktadır. Olgu sunumu yöntemiyle yapılarak sunulan bu bildiri de ; ileri evre demans hastasına bakım veren informal bakım vericinin, demans hastasının yönetimini nasıl sağladığı ve kendi sağlığını nasıl düzenlediğine yönelik durumlar irdelenecektir. Bu olgu sunumu, bir üniversite hastanesinde tedavi gören demans hastasının ve yakınının bakımına yönelik geliştirilen bakım yönetimi uygulamalarını ve değerlendirilmesini içermektedir. **Yöntem:** Çalışmamızda, olgu çalışması yöntemi kullanılmıştır. **Bulgular:** Olgu sunumunda demans ve idrar yolu enfeksiyonu tanısı ve oral alım bozukluğu şikayeti iki haftadır hastanede tedavi gören 84 yaşında bayan hasta ve bakım vericisinin bakım yönetimine yönelik bakım süreci incelenmiştir.

### **Olgu sunumu**

Son 1 aydır kimseyi tanımayan hastada oryantasyon oral alım bozukluğu bozukluğu mevcuttur. 3 yıl önce bir hastanenin yoğun bakımda yatarak tedavi görmüştür. Son 15 gündür konstipasyon, oral alım bozukluğu, bilinç değişikliği, öğürme , şikayetiyle acil servise başvurmuş. Nöroloji servisinde takip amaçlı yatışı yapılmış. Geçmiş hastalık öyküsünde akciğerde kitle, hipertansiyon mevcuttur. Alzheimer, Aritmi, Hipertansiyon ve Kalp yetmezliği kronik hastalıkları vardır. Braden skalası: 13 (orta dereceli risk) mevcut, dekübiti yoktur. İtahi düşme riski ölçeği: 19 (yüksek riskli) puandır. Hastalığın ilk tanılanması hastanın 3 sene önce hastaneye enfeksiyon nedeniyle yoğun bakıma yatmasıyla belirlenmiştir. Hasta da yoğun bakımdan çıkınca bilinç değişikliği oluşmuş. Nörolojide uzmanı tarafından yapılan muayene ve tetkikler sonucu hastaya Demans tanısı konmuş. Hastanın son 3 aydır şikayetleri artmış. Hasta yakınının farketmediği ilk durumlardan birisi hastanın bakışlarının anlamsızlaşması ve donuklaşması olmuştur. Hastalığın oluşum öyküsü incelendiğinde; yıllardır tansiyon hastası olan hastanın diyabeti yoktur, hastanın yoğun bakıma yatarak taburculuğu sonrası hastanın hastalığında ilerleme kaydedilmiştir. Hastalığın ilerleme aşamasında ; son 1 ay içinde semptomlarında artış gözlenen hastanın kızının eşi yurt dışına

çalışmaya gitmiş, kızına sürekli neden gitti diye soruyormuş. Ne zaman gelecek gibi sorular soruyormuş. Kafasına çok takmış, damadını çok seviyormuş. Damadı gitmeden önce bu kadar değilmiş. Hastanın bakımını kızı eşi ile birlikte 3 yıldır bakımını sağlıyormuş. Hastaya en iyi kendisinin bakacağını düşündüğünden kendisinden başka kimsenin bakmasını izin vermemiş. 1 ay öncesinde normal gıda ile beslenmesini sağlıyormuş hasta ellerini çok kullanmadığı için yine kıza yardımcı oluyormuş. Televizyon izleyip normal konuşabiliyormuş. Hasta ve yakını bir ay öncesine kadar düzenli iletişim kurulabiliyormuş. Bir aydır kızı dahil kimseyi tanımıyormuş ve iletişim kurmada da sıkıntı yaşıyorlarmış. Şimdi konuşmada da sıkıntı varmış ama göz hareketleri ile iletişim kurulabiliyorlarmış. Hasta kognitif, davranışsal, işkevsel, motor, otonom, uyku alanlarında değişiklikler yaşıyormuş. Hasta genellikle sinirliymiş, yemek yemek istemiyormuş, sürekli tükürüyormuş. Bakım verici birey bakım açısından sıkıntılar yaşamaktadır. Aynı zamanda kimseye bırakmadığı için de kendi açısından da sıkıntılar yaşamaktadır. Ama bu durumdan şikayetçi olmadığını ifade etmektedir. Bakım vericinin iki kardeşi olmasına rağmen genel olarak tüm bakımı kendisi yapmaktadır.

### **Hastalığa bağlı hastada gelişen değişiklikler ve çözüm yolları;**

Kognitif değişikliklerden düşünce sürecinde değişim yaşanması

Neden: Serebral nöronların dejenerasyonu, yaşın artması ve uyku paterninde bozulma

Bellek; Hasta bir aydır kızı dahil kimseyi tanımıyor iletişimde sıkıntı yaşamaktadır.

Episodik yakın; : Hastada yakın geçmişe ait kişisel ve aktüel olaylar, tekrarlanan sorular gözlenmektedir. Hastanın damadı yurt dışına çalışmaya gitmiş, kızına sürekli damadının neden gitti, ne zaman gelecek gibi sorular soruyormuş.

Episodik uzak; evliliğini ve eşini hatırlamamaktadır.

Dikkat; Dalgalanma, konsantrasyon, çekiniklik yaşamaktadır.

Dil; Kelime bulma ve anlama güçlükleri yaşamaktadır.

### **Demansın yönetimine ilişkin çözüm yolları:**

Aile ile birlikte belleği güçlendirici girişimler (Psikomotor ve zihinsel aktiviteler) planlanarak hasta bireyin katılımı sağlanmalı,

Takvim kullanarak gün, ay, yıl her gün hatırlatılmalı ve takvim üzerinde yazan yazılar okunmalı,

Saat üzerinde saatin kaç olduğu hatırlatılmalı,

Hastaya ismi ile hitap edilerek, açık-net anlaşılabilir iletişim sağlanmalı,

Bakım verilen ortam ve kişiler değiştirilmemeli

Stresten uzak, çevresel uyaranların (gürültü, parlak ışık vb.) sınırlı olduğu ortam sağlanmalı,  
Hasta ile iletişimde kısa ve basit sözcüklerle, alçak ses tonuyla konuşulmalı,  
Göz teması kurularak tane tane konuşulmalı ve anlaşılmayı arttırmak için el, kol hareketler,  
mimikler etkili kullanılmalı,  
İletişimde aynı anda birden fazla soru sorulmamalı,  
Sık kullandığı özel eşya (takma diş, gözlük) kolay ulaşabileceği yerde bulundurulmalı,  
Ajitasyonu arttıracak için hasta bir odaya ya da yatağa bağlanmamalı,  
Kullanılan İlaçların etki ve yan etkileri yönünden hasta gözlenmeli.  
Anahtar kelimeler: Demans, demans yönetimi, informal bakım verici, evde bakım

### **Dementia management of informal caregiver: Case report**

Patient care is administered in two forms, formal and informal. Formal care providers are nurses, physiotherapists, social workers, dieticians, and home care aides. Informal or non-specialist care is; care provided by family members or friends who receive basic care, follow medical care and doctors or hospital relations, pay unpaid home care, or take care of a relative who lives with the needs of care. Dementia is a common problem in the elderly. Dementia is not only the person's but also the family's disease. The case study method was used in our study. This case report covers the implementation and evaluation of care management practices developed for the care of the dementia patient and the close family member treated in a university hospital.

**Keywords:** Dementia, dementia management, informal care, home care

### **Kaynaklar**

Aşiret GD, Çetinkaya F. Bakım Verenlerin Evde Bakım Hizmetlerinden Beklentileri, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, DEUHFED, 2016;9(4):120-5.

Brayne, C., Stephan, B., Matthew, E.F. (2011) . European Perspective on Population Studies of Dementia, Alzheimer's & Dementia (7): 3–9.

Özer, S. (2010). Demanslı Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi, Türk Geriatri Dergisi 13(3):27-35

Powell, J. Demanslılarla İletişim İçin Yardım, Çeviri (Karadeniz, U.), Alman Yaşlılara Yardım Yönetim Heyeti, Köln 1. Baskı 2012.

### 30- Diyabet Hastalarında Özbakım Bilincinin Gelişmesi

Fadime Toru\*, Diğdem Lafçı\*, Ebru Yıldız\*, Derya Karakaya\*\*

\*Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Mersin/Türkiye

\*\*Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara/Türkiye

**Giriş:** Hem ülkemizde hem de tüm dünyada sıklığı giderek artan ciddi bir sağlık sorunu olan diyabet, insülin salınımının tam ya da kısmi eksikliği veya değişik derecelerdeki insülin direnci sonucunda karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasının bozukluğu ile seyreden kronik ve metabolik bir hastalıktır. Diyabetli bireylerde temel sorun, glisemik kontrolün bozulmasıdır ve bozulan glisemik kontrol nedeniyle gelişen komplikasyonlardır. Bu nedenle, diyabetin yönetiminde amaç, glisemik kontrolün sağlanması ve komplikasyonların önlenmesidir. Glisemik kontrolün sağlanması için önerilen tedavi; tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite, kendi kendine kan glikozu izlemi, oral antidiyabetik/insülin tedavisi ve diyabet özyönetim eğitimidir. Yaşam boyu uygulanması gereken bu tedavi, diyabetli bireyin kendisini yönetmesini ve özbakımını gerektirmektedir. Özbakım ise bireyin kendi bakım aktivitelerine etkin katılarak sağlığını koruma ve geliştirme çabasıdır. Kasıtlı eylemlerle kendi kendini yönetme davranışı olan özbakım sadece bilgi değil bilgi ve becerinin bir arada bulunmasını gerektirir. Sağlıklı bir kişinin özbakım gücü, özbakım gereksinimlerini karşılamak için yeterlidir. Ancak, diyabetli bir bireyde diyabet nedeniyle; tıbbi beslenme, fiziksel aktivite, kendini izlem ve ilaç alımı gibi yeni özbakım gereksinimleri ortaya çıkmıştır. Bu nedenle mevcut özbakım gücü yetersiz kalmaktadır. Diyabetli bireyin insülin ya da oral antidiyabetik ilaç tedavisini bilme, başlatma, sürdürme ve yönetme becerisi, beslenme tedavisine uyumu, fiziksel aktivitesi, ayak bakımını düzenli yapması, kan şekerini ölçmesi ve sağlık kontrollerine gitmesi özbakım davranışlarıdır. Kan şekeri, kan lipit düzeyleri, komplikasyonların görülmemesi gibi sonuçlar da özbakımın göstergeleridir. Diyabetli bireyin hastalıkla etkin bir şekilde başa çıkabilmesi için özbakım becerilerine, hastalığı ve tedavisi hakkında yeterli bilgiye ve kendi bakım sorumluluğunu üstlenmesine ihtiyaç vardır. Diyabetli hastanın özbakım bilinci, hastalığın ne derecede kontrol altına alınabileceğini belirlemektedir. Hastalığa dair özbakım bilinci arttırdığı takdirde yaşam kalitesine katkı sağlayacağı ve diyabetli olmayan bireyler gibi hayatına devam edeceği konusunda bilgilendirilir. Diyabet hastalarında uyulması istenen tedavinin karmaşıklığı arttıkça, diyabete uyumu azalır bu durumdan dolayı karmaşıklık ortadan kaldırılmalı ve kişiye özgü eğitim verilerek diyabete yönelik özbakım bilinci oluşturulmalıdır. Özbakımını eyleme geçiren kişi “özbakım ajanı” olarak adlandırılır. Her kişi kendi sağlığının bakımı için özbakım ajanı olmakla birlikte kimi

zaman bağımlı kişilerin bakımını üstüne alan kişilerde de özbakım ajanı rolünü oynayabilmektedirler. Bu durumda hemşireler profesyonel anlamda özbakım ajanı rolünü üstlenirler. **Amaç:** Özbakım düzeyinin değerlendirilmesi sayesinde bireyin, özbakım aktivitelerini geliştirme ve iyileştirmeye yönelik istenen davranış değişikliklerini yapmak üzere duyduğu istek ve kararlılık anlaşılabilir. Diyabetli hastaların özbakım uygulamalarının ve ilişkili faktörlerinin değerlendirildiği tezleri incelemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Verilerin toplanması amacıyla Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanı “diyabet”, “özbakım” anahtar kelimeleri ile taranmıştır. Tarama sonunda 1997-2018 yılları arasında Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda konu ile ilgili yapılmış toplam 74 tez belirlenmiştir. Bunlardan diyabette özbakımın incelendiği 3 yüksek lisans ve 1 doktora tezi olmak üzere toplam 4 lisansüstü hemşirelik çalışması incelenmiştir. Tüm tezlerin yılı, tez türü ve anabilim dalı kaydedilmiştir. **Bulgular:** Diyabetli hastalarda özbakım ile ilgili lisansüstü hemşirelik tez çalışmalarının üç tanesinin yüksek lisans ve 1 tanesinin ise doktora tezi olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalarda diyabetli birey ve ailesinin güçlendirilmesi konusunda sürekli eğitim ve danışmanlık sağlanarak özbakım davranışı kazanması ile diyabetli bireyin özgüveninin, egzersiz, ayak bakımı ve kan şekeri testi davranışlarında artma, yaşam kalitesinde artma, sorunlarıyla kolaylıkla baş edebilmesi ve olumlu sağlık davranışları kazanabilmesi ve tedavinin başarı ve sürekliliğinin arttığı, hastalık komplikasyonlarının azaldığı tespit edilmiştir. Hastalık konusunda bilgi sahibi ve sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırıp, düzenli egzersiz yapanların diyabete yönelik özbakım düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diyabet hakkında yeterli eğitim aldığını bildiren ve bu konuda bilinç oluşturulan olguların diyabete yönelik özbakım düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bunun özbakım gücü aktivitelerini gerçekleştirme oranlarının da yükselmesinin sağladığı tespit edilmiştir. Ayrıca diyabet hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça özbakım düzeyinin arttığı bildirilmekte olup, bu durumun eğitim düzeyi arttıkça bilgiye daha kolay ulaşma, edinilen bilgileri uygulama, sağlıkla ilgili konularda farkındalığın artması ve daha çok önem verme, bilinçlenme ve daha iyi ekonomik koşullar ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. **Sonuç:** Araştırmada elde edilen sonuçlara göre diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsızca sürdürebilmeleri için özbakım gücü aktivitelerinin desteklenmesi, hastaların yaşı, medeni ve eğitim durumu gibi bireysel özellikler ve hastalık süresi, hastalığın komplikasyonları, diyabet dışında başka hastalığın olma durumu gibi hastalıklarına özgü özellikleri göz önünde bulundurularak özbakıma yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, hemşirelerin diyabetli bireyleri desteklemesi ve düzenli izlemesi önerilebilir. Ayrıca diyabetin toplumda sık rastlanan bir hastalık olması

nedeniyle hemşirelerin hasta bireyleri tespit edip, hastaların hastalığı kabullenme düzeyini artırmak ve özbakımlarını geliştirmek için hastalık süreci hakkında bilgilendirmenin yapılması, hastaların yaşam kalitelerinin yükselmesine yönelik programların yapılması önerilebilir. Diyabet özbakımında hemşirenin iyi bir dinleyici olması, diyabetli bireylerin gereksinimlerini belirlemesi, hastalar ile işbirliğinin yapılması, diyabetli bireylerin kararlara katılımının sağlanması, diyabetli bireylerin deneyimlerinin, sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik özelliklerinin dikkate alınması ve sürekli destek sağlanmasıdır.

**Anahtar kelimeler:** Diyabet, özbakım, hemşire.

### **Development of Self-Care Consciousness in Diabetics**

**Introduction:** People with diabetes need to be able to see the relationship between factors such as insulin, diet, activity in managing diabetes. In order for an individual with diabetes effectively cope with the disease, there is a need for self-care skills, sufficient knowledge about disease, treatment and responsibility for self-care. **Objective:** The purpose of this study was to examine thesis of self-care practices and related factors of diabetic patients. **Materials and Methods:** In order to collect the data, National Dietetic Center Database of Higher Education Council was scanned with the keywords "diabetes" and "self-care". A total of 74 theses 1997-2018 in Health Sciences Institute Nursing Department. A total of 4 graduate nursing studies including 3 graduate and 1 doctoral thesis were examined. **Findings:** The self-confidence of diabetic individual can be improved by increasing the self-confidence of diabetic individual by providing continuous education and counseling about strengthening of diabetic individual, his/her family in the studies done, increasing exercise, foot care and blood glucose test behaviors, increasing quality of complications of disease have decreased. **Conclusion:** In order to enable the diabetic individuals to be able to maintain their daily life activities independently of diabetes mellitus according to results obtained in the research, taking into consideration the characteristics of diseases such as support for self-care activities, individual characteristics age of patients, age and marital status and duration of illness, complications of the disease, regulation self-care training, nurses' support for diabetic individuals and regular follow-up can be suggested.

**Key words:** Diabetes, self-care, nurse.

## **Kaynaklar**

Altıparmak S, Fadiloğlu , Gürsoy ŐT, Altıparmak O (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda z bakım gc ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi, 50(2): 95-102.

American Diabetes Association. (2011). Standards of medical care in diabetes – 2011. Diabetes Care, 34 (Suppl 1):11-61

Okuyan B, Sağlam B, Emre E, Demirtun R, İzzettin FV, Sancar M (2014). Tip 2 diyabet hastalarının tek kullanımlık insülin kalem kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Marmara Pharmaceutical Journal, 18: 159-163.

Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G (2013). Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi, 2, 367-38

zakar N, Kartal M, Kuruoğlu E (2009). Diyabet hastalarının öz-bakım bilinci. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 13(1): 17-22.

Acemoğlu H, Ertem M, Bahçeci M, Tuzcu A (2006). Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. The Eurasian Journal of Medicine, 89-95.

Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weigger K, Mulcahy K, Barta P. et al (2003). National stvearts for diyabetes self management education. Diabetes Care, 26 (1): 149-15

Kurdak SS, Kurdak H (2015). Diyabet ve egzersiz. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği zel Dergisi, 6(1): 68-75.

Src HA (2014). Diyabet zynetim eğitimi grup temelli eğitim ve bireysel eğitim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(1): 46-51.

Gao J, Wang J, Zhu Y, Yu J (2013). Validation of an information–motivation– behavioral skills model of self-care among Chinese adults with type 2 diabetes. BMC Public Health 2013, 13:100. doi: 10.1186/1471-2458-13-100.

Dzz TG, atalkaya D, Uysal DD (2009). Tip 2 Diabetes mellituslu hastaların z-bakım gücünün değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi, 26: 210-213.

Bonnet C, Gagnayre R, d'Ivernois JF (2001). Difficulties of diabetic patients in learning about their illness. *Patient Educ Couns*, 42:159-164.

Funnell MM, Anderson RM (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22:123-127.



### 31- Hemodiyalize Giren Hastalarda Semptom Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı Ve Bütünleşik Terapi Yaklaşımları

Ebru Yıldız\*, Diğdem Lafçı\*, Fadime Toru\*, Derya Karakaya\*\*

\*Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Mersin/Türkiye

\*\*Ankara Ulus Devlet Hastanesi, Ankara/Türkiye

**Giriş:** Hemodiyaliz hastalarında günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen hipertansiyon, kas krampları, bulantı, kusma, kaşıntı, ağrı, titreme, konstipasyon, uykusuzluk ve ateş gibi semptomların yönetimini sağlamak, yaşam kalitesini ve tedaviye uyumu arttırmak, hastalığın ve tedavinin olumsuz etkilerini en aza indirmek için son zamanlarda ülkemizde ve dünyada tamamlayıcı ve bütünleşik terapi yaklaşımları sıklıkla uygulanmaktadır. Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren semptomların kontrolünde özellikle tamamlayıcı ve bütünleşik terapi yaklaşımlarının sağlık bakımı içinde araştırmaya dayalı, bağımsız bir alan olarak yer almasında hemşirelik önemli bir rol oynamaktadır. Kronik hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin getirdiği kısıtlamalara rağmen hemodiyalize bağlı gelişebilecek komplikasyonları ve yan etkileri azaltmak, semptomları hafifletmek, hastaların iyi hissetmelerini sağlamak, neler yaşadıklarını anlamak, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olmak ve yaşam kalitelerini iyileştirmek hemşirelerin en önemli sorumluluğudur. Hemşirelik ile tamamlayıcı ve bütünleşik terapi yaklaşımları aynı felsefe doğrultusunda, bireye holistik açıdan yaklaşarak tedavi sırasında destekleyici rolde olup sağlığın yükseltilmesine ve bireyin aktif rolde olmasına odaklanmaktadır. **Amaç:** Araştırma, Türkiye’de kronik böbrek yetmezliği tanısı nedeniyle hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam kalitesi ve deneyimledikleri yorgunluk, ağrı & kramp, susuzluk hissi, kaşıntı, öfke, susuzluk şiddeti, stres & anksiyete ve kaygı, uykusuzluk gibi semptomlar ile baş etmede yardımcı olmak için kullanılan tamamlayıcı ve bütünleşik terapi yaklaşımlarının uygulandığı hemşirelik tezlerini ve kullanılan yöntemlerin bu semptomlar üzerine olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. **Sınırlılıklar:** Ulusal Tez Merkezi veri tabanından hemşirelik alanında yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada tezinin yayınlanmasına izin vermeyen yazarların tez çalışmalarının ayrıntılı sonuçlarına ulaşılamamıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmada, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi web sayfasından hemşirelik alanında yapılan lisansüstü tezler arasından “hemodiyaliz”, “kronik böbrek yetmezliği” anahtar kelimeleri ile yapılan taramada 139 çalışmaya ulaşıldı. Tarama sonunda hemodiyaliz ve kronik böbrek yetmezliği ile ilgili hemşirelik tezlerinin 1988-2017 yılları arasında yapıldığı ve en fazla çalışmanın (10 tez) son

beş yılda yapılmış olduğu belirlendi. Çalışmalardan 109'unun yüksek lisans ve 30'unun doktora tezi olduğu saptanmış olup tezlerin 118' inin tanımlayıcı çalışmalardan oluştuğu belirlendi. Bu tezlerden tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım uygulaması olan 9'u yüksek lisans, 12'si doktora tezi olmak üzere toplam 21 hemşirelik çalışması incelendi. **Bulgular:** Tezlerden dokuz tanesi yüksek lisans, yirmi bir tanesi ise doktora düzeyinde yapılmış olup, büyük çoğunluğunun (10 tez) son beş yılda yapılmış olduğu tespit edilmiştir. Tez çalışmalarının on yedisinde veriler müdahale ve kontrol, üç tanesinde müdahale ve birinde ise müdahale, plasebo ve kontrol grupları oluşturularak toplanmıştır. Tezlerde en sık kullanılan tamamlayıcı ve bütünleşik terapi yaklaşımlarının sırasıyla akupres (6 tez), aromaterapi (3 tez), müzik (3 tez), masaj (3 tez), refleksoloji (3 tez) ve gevşeme egzersizleri (4 tez) olduğu görülmüştür. İster (2017, n=75), Yıldırım (2016, n=60), Çevik (2016, n=50), Biçer (2014, n=135), Kılıç Akça (2011, n=78) ve Eğlence (2011, n=118) tarafından yapılan tezlerde akupresur yönteminin gündüz uykululuk düzeyi ve uyku kalitesi, susuzluk şiddeti, üst ekstremitte ağrı şiddeti, yaşam kalitesi, kan basıncı, yorgunluk ve kaşıntı semptomları üzerine, Deniz (2016, n=60), Özdemir (2011, n=80) ve Ünal (2015, n=105) tarafından yapılan tezlerde refleksoloji yönteminin uyku kalitesi, konstipasyon, yorgunluk, ağrı ve kramp semptomları üzerine, Yavuz (2013, n=60 hasta) ve Soyman (2009, n=60 hasta) tarafından yapılan tezlerde masajın uyku kalitesi ve yorgunluk semptomları üzerine, Şentürk (2015, n=34), Muz (2015, n=62) ve Cürcani' nin (2012, n=80) tarafından yapılan tezlerde aromaterapinin anksiyete, uyku kalitesi, yorgunluk ve kaşıntı semptomları üzerine, Eren (2013, n=60) ve Cantekin' in (2012; n=100) tarafından yapılan tezlerde müzik terapinin hemodiyaliz komplikasyonları, yaşam kalitesi, algılanan stres ve anksiyete üzerine, Kaplan (2012, n=96), Demir (2009, n=28), Erdem (2005, n=61) ve Kuzeyli Yıldırım (2002, n=46) tarafından yapılan tezlerde progresif gevşeme egzersizlerinin öfke - öfke kontrolü, uyku, kaygı düzeyi, ağrı ve yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Bu uygulama yaklaşımlarının hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde; kan basıncı regülasyonunu sağladığı, yorgunluk, ağrı & kramp, susuzluk hissi, kaşıntı semptomları ile öfke kontrolü, susuzluk şiddeti, stres & anksiyete ve kaygı düzeylerini azalttığı, uyku kalitesi ve yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiş, hemodiyaliz seansı esnasında farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılması ve yaygınlaştırılması gerektiği önerilmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda ülkemizde yapılan tez çalışmalarında incelenen semptomların ve uygulanan tamamlayıcı ve bütünleştirici bakım uygulamalarının benzer olduğu ancak hipnoz, yoga, reiki, bioenerji, teröpatik dokunuş gibi yöntemlerin kullanıldığı çalışmaların henüz olmadığı belirlenmiştir.

**Sonuç:** Lisansüstü hemşirelik tez çalışmaları sonuçlarına göre tamamlayıcı ve bütünlük terapi yaklaşımlarının hemodiyaliz tedavisi alan bireyler tarafından deneyimlenen ve günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesini dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlar üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Semptom yönetimine yönelik tamamlayıcı ve bütünlük terapi yaklaşımlarını içeren randomize kontrollü çalışmaların artması, bu alanda kanıt temelli uygulamaların geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca, sonuçların uygulamaya yansıtılabilmesi için bakım veren hemşirelerin ve hasta yakınlarının da bu konuda bilgilendirilmesinin de önemli olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** tamamlayıcı ve bütünlük terapi yaklaşımları, hemodiyaliz, böbrek yetmezliği, hemşirelik bakımı.

## **A Review Of Nursing Dissertations About Complementary And Integrated Therapy Approaches Used For Symptom Management In Individuals Receiving Hemodialysis Treatment**

### **Abstract**

**Aim:** The current study was done in order to review nursing dissertations about complementary and integrated therapy approaches given to individuals who receive hemodialysis treatment due to a diagnosis of chronic renal failure in Turkey. **Method:** Among the postgraduate theses in the field of nursing on the website of the National Center for Theses were screened with the keywords "hemodialysis" and "chronic kidney failure (CRF)" and 139 studies were reached. A total of 21 postgraduate nursing studies including 9 graduate and 12 doctoral theses from complementary and integrated therapies were examined. **Findings:** It was found out that 9 of these dissertations were master dissertations whereas 21 of them were doctorate dissertations and majority of them (10) were undertaken in the last five years. Data were collected by intervention and control in 17 of the theses, intervention in 3 and intervention, control and placebo groups in 1. The most commonly used complementary and integrated therapy approaches are acupressure, aromatherapy, music, massage, reflexology, relaxation exercises. It was identified that complementary and integrated therapy approaches methods used in these dissertations resulted in blood pressure regulation; reduced fatigue, pain, cramp, anger control, thirstiness and pruritus symptoms and stress and anxiety levels and increased sleep quality and quality of life. All of the theses studied were recorded, thesis type, symptom used, complementary and integrative care application and the results. **Result:** According to the results obtained, complementary and

integrated therapy approaches were found to be effective on the symptoms experienced by the hemodialysis treatment recipients.

**Keywords:** complementary and integrated therapy approaches, hemodialysis, renal failure, nursing care.

## **Kaynaklar**

Erdoğan, Z., Atik, D. Ö., & Çınar, S. (2014). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23(4).

Biçer, S., & Çürük, G. N. Türkiye’de hemodiyaliz tedavisi alan bireylere yönelik tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları konusundaki hemşirelik tezlerinin incelenmesi.

Çelikkbilek F. (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Üremik Kaşıntı İle Baş Edebilmek İçin Kullandıkları Geleneksel Yöntemlerin Belirlenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kılıç Akça N. (2011). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalara Uygulanan Akupresin Kaşıntı Durumuna Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Kayseri.

Karadağ, E. (2011). Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Müziğin Uyku Kalitesi ve Yaşam Bulgularına Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, İzmir.

Kaplan, E. (2012). Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı, Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

Erdem, N. (2005). Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Erzurum.

Eğlence, R. (2011). Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Akupresörün Yorgunluk Düzeyine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Kayseri.

Demir, B. (2009). Hemodiyaliz Hastalarında Gevşeme Egzersizlerinin Öfke Ve Öfke Kontrolü Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Cürcani, M. (2012). Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Aromaterapinin Kaşıntı Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Erzurum.

Cantekin, I. (2012). Müzik Terapisinin Hemodiyaliz Hastalarının Algıladıkları Stresörler Ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Erzurum.

Biçer, S. (2012). Hemodiyalizde hipotansiyon gelişen bireylere uygulanan akupresin kan basıncı ve yorgunluk düzeyine etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.

## 32- Evde Bakımın İnfomal Yönu: Engelli Birey ve Ailesi

**Rabia Mina Abbak, Birgül Özkan**

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,  
Ankara/TÜRKİYE

**Giriş:** İnsanlık tarihi ile birlikte ortaya çıkan engellilik, günümüzde de devam eden bir durumdur. Engelli; doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlamada ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan, ilaveten korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine gereksinim duyan kişidir.

Evde bakım hizmetleri; gerek sağlık gerek sosyal bakım hizmetleri içine alan geniş bir çerçevede bireyin gereksinimi doğrultusunda bakıma muhtaçlığını en aza indirgeyerek yaşam kalitesini korumaya ve/veya artırmaya hizmet etmektedir. Diğer taraftan, kurumsal bakım modelinin alternatifi olarak gelişen evde bakım hizmetleri; bireyin onuru ve saygınlığını koruyacak, sosyal dışlanmışlığı önleyecek ve yaşadığı ortamda ihtiyacı olan hizmetleri almasını sağlayacak model olarak da ön plana çıkmaktadır. Evde bakım hizmetleri, kısa veya uzun süreli evde bakım olarak sunulduğu gibi, profesyonel düzeyde (formal care) bakım ile aile bireylerinin (informal care) sorumluluğunda yürütölen bir bakım hizmetidir.

**Amaç:** Bu çalışma, dezavantajlı bireylerin evde bakımı kapsamında yapılan çalışmalar doğrultusunda, engelli bireyler ve informal bakım vericileri olan aile bireylerinin evde bakım sürecinde karşılaştığı bazı sorunlarını ele alarak bununla ilgili çalışma sonuçlarını derleyerek mevcut durumu ortaya koymayı amaçlamaktadır.

**Yöntem:** Bu çalışma için, *dezavantajlı bireyler*, *engellilik* ve *evde bakım* anahtar kelimeleri kullanılarak Türkiye Atıf Dizini, Ulakbim Dergipark ve YÖK Tez Atlası veritabanlarından literatür taraması yapılmıştır.

**Literatürden Elde Edilen Sonuçlar:** Engelli bireylerin ve bakım verenlerin yaşadığı bazı durumlar evde bakım sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Birey kendi özel yaşantısına müdahale ediliyor duygusu yaşayabilir, özellikle de zihinsel engelli ve ruhsal engelli olan bireylerde bu durum daha ağırlıklı olarak gözlemlenebilir. Evde bakım veren aile bireyleri yani informal bakıcıların en sık üç temel sorunla karşılaştıkları görölmektedir. Bunlar tedavinin sürdürölmesi, alet ve cihazların kullanılması, acil durumlara ilişkin sorunlardır.

Engellinin sağlığı için kullanması gereken ilaçların zamanında verilmesi, bireyin kişisel bakımı vb. durumların hepsi evde bakım veren aile bireylerinin sorumluluğunda olduğu için engelli bakımını üstlenen kişi kendisini daha fazla sorumluluk altında hissedebilmektedir. Evde engelli bakımında engelli için tıbbı cihaz kullanılması gerekli ise aile halkı ve engelli birey evde kendilerini evini çok sayıda insan, alet ve malzeme ile sarılmış hissedebilir. Evde engelli bakım hizmeti veren kişilerin yetersizliği ve bilgisizliği nedeniyle yüksek teknolojik araçların kullanımında sorunlar yaşanabilmektedir. Engelli bireye evde bakım hizmeti sırasında acil durumlarda hemen müdahale edecek bireylerin olmaması ve bu konuda bilgi yetersizliğine sahip olmaları önemlidir. Diğer taraftan, aile bireylerinin sürekli bir engelli ile birlikte olması aile üyelerinin üzerinde gerginlik meydana getirebilir. Engelli kişi ailesine yük olduğu duygusuna kapılıp mutsuzluk yaşayabilmektedir

Engellilerin en yaygın sorunları; bakım, ekonomik sıkıntı ve psikolojik sorunlardır. Çalışmadığı için büyük bir çoğunluğunun (%96) maddi sorun yaşaması beklenen bir sonuçtur. İlgili kurumların engelli bireye bakım verene sağladığı maaş veya ücretin engelli ve ailelerini ciddi bir şekilde rahatlattığı söylenebilmektedir. Ayrıca bazı engelli ve aileleri toplumsal baskı gördüklerini, topluma ıkamadıklarını ve çevreleri tarafından çok duyarsız davranıldığını ifade etmişlerdir. Sosyal dışlanma sendromu önemli bir sorundur. Sosyal dışlanma; bireyin toplumun dışına itilmesi, yaygın gelenekçi kültüre hapsedilmesi ve yeniliklerden uzak tutulmasıdır. Sosyal dışlanma; ekonomik, sosyal, siyasal, hukuki, kültürel ve davranışsal boyutları olan; nesnel olduğu kadar öznel değerlendirmelere de açık; gerekçe, biçim ve sonuçları itibarıyla girift bir süreç. Bu konuda yapılan çalışmaların sonuçlarına göre Bazı bakım verenler bakım aylığının arttırılması gerektiğini, iletişim sorunu yaşadıklarını, toplum içinde kalamadıklarını, engellisinin etrafa zarar vermesinden dolayı misafirlik ve komşuluk ilişkileri kuramadıklarını ifade etmişlerdir. Bu veriler de dışlanma gerekçeleri olarak kabul edilmektedir. Ekonomik alanın ve sosyal ilişkilerin dışında kalma, toplumun dışına itilme ve onların (ötekilerin, dışlananlar kim ya da kimlerse) sorunlarına karşı duyarsızlık hali de sosyal dışlanmanın göstergeleridir. Bu sosyal sorunlar, engelli ve ailelerinin psikolojik sorunlarını arttırmaktadır.

Engelli bireylerin toplumsal yaşam içinde dezavantajlı durumda oldukları ve toplumla bütünleşme ve var olan haklardan ve hizmetlerden yararlanma noktasında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için de bu dezavantajlı durumun pekiştiği belirtilmektedir. Ayrıca toplumda engellilik kavramının çoğu zaman engelli bireylerin yeteneksiz ve kapasitesiz olarak

görülmesiyle ekonomik yaşamın dışında kalmalarıyla, marjinalleşip toplumsal yaşamda değersizleştirilmeleriyle karşımıza çıktığı ifade edilmektedir .

Evde bakım hizmetleri ile ilgili tüm çalışmalar bakım vericilerin psikolojik destek ve buna ilişkin sürekli müdahale programlarının oluşturulmasını önermektedirler. Engelli bireye bakmanın zor olmasından dolayı; engelli ailesi (bakan birey) çeşitli psikolojik sıkıntılar yaşamaktadır. Bakım vericilerde en yaygın görülen ruhsal ve psikolojik sorunlar arasında tükenmişlik, depresyon, anksiyete bozuklukları gelmektedir. Bu nedenlerden dolayı psikolojik desteğe ihtiyaçları olup engelli ile birlikte engelli gibi yaşamaktan vazgeçerek toplumun arasına katılmalıdırlar.

Sonuç olarak; engelli bireylerin aile yanında bulunması moral ve psikolojik açıdan destek sağlarken tıbbi ve diğer birçok açıdan yetersizlikler olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca aile üyelerinin koruyucu ve duygusal yaklaşımları, engelli bireyin toplumsal hayattan uzak kalmalarına neden olmuştur. Bu bağlam, engelli bireyin bakımını üstlenen aile üyelerinin belirli bir tıbbi ve psikolojik eğitime tabi tutulması gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Bu, hem engelli birey hem de ailesi için olumlu bir durum olacaktır. Kurum yetkilileri, engelli birey ve ailesinin toplumdan yalıtılmışlık hissiyatına kapılmamaları için toplumu ve engelli bireyi gerektiği şekilde bilinçlendirmelidir. Engelli birey ailelerinin, evde engelli bakımı hususunda bireysel olarak eğitimden geçmeleri gerekmektedir. Engelli bireylerin kişisel bakımını sağlayan ve yaşamlarının geçtiği ortamların arttırılabilir şekilde uygulamaya devam edilmesi gerekir. Engelli bireylerin sağlık bakımları konusunda, halk sağlığı birimlerinin sayı ve işlevleri arttırılmalı, rutin bakım süreleri sıklaştırılmalıdır. Milli eğitim müdürlükleri de, engelli bireylerin bakımı ve psikolojik destek bakımından yönlendirici ve eğitici faaliyetler, kurslar ve seminerler düzenlemelidir. Toplumda engelli ve engelli bireyler açısından, farkındalık algısı oluşturmak; onların da sosyal hayatımızın bir parçası olduğu duygusunu güçlendirmek için bizlere az ya da çok sorumluluklar düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dezavantajlı Bireyler, Engellilik, Evde Bakım



## **Informal Aspect of Home Care: Disabled Individuals and Their Families**

### **Abstract**

**Aim:** This study aims to present the current situation by compiling the working results of the families with disabilities and informal care providers in order to address some of the problems faced during the care process at home in accordance with the studies carried out within the scope of household care of disadvantaged individuals.

**Method:** For this study, a literature survey was carried out from Turkey Citation Index, Ulakbim Dergipark and YÖK Thesis Atlas databases using the keywords of disadvantaged individuals, disability and home care keywords.

**Results:** Some cases of disabled individuals and caregivers may negatively affect the home care process. The individual may experience a sense of being interfered in his / her own private life, especially in mentally disabled and mentally disabled individuals. Family members who care at home, IE informal carers encountered the most common three basic problems. These are problems related to the maintenance of the treatment, the use of tools and devices, emergency problems.

**Conclusion:** As a result, the presence of persons with disabilities in the family has shown that they are morally and psychologically supportive and lack of medical and other skills in many aspects. In addition, the protective and emotional approaches of family members have led to the exclusion of the disabled individual from social life. This context has revealed that family members responsible for the care of the disabled person should be subjected to a specific medical and psychological education.

In the society, we have more or less responsibilities to create an awareness perception and to strengthen the sense that they are part of our social life.

**Key Words:** Disadvantaged Individuals, Disability, Home Care

### **Kaynaklar**

Altın, A. S. (2018) “*Engelli Evde Bakım Hizmetlerinde Ailenin Yeterliliği: Denizli Merkez İlçe Örnekleri*” Dönem Projesi, Pamukkale Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, DENİZLİ

Altuntaş, B ve Topcuoğlu, R. (2014) *Engelli Hakları, Bakım Güvencesi ve Toplumsal Cinsiyete Dayalı İş Bölümü Çerçevesinde Evde Bakım Hizmetleri*;VI. Sosyal İnsan Hakları Ulusal Sempozyumu 307 – 322

Coşkun, D. (2013) “*Fiziksel Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerde Bakım Yükünün ve Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi* ” , Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ERZURUM )

Genç, Y. ve Dalkılıç, P. (2013). Yaşlıların sosyal dışlanma sendromu ve toplumsal beklentileri. The Journal of Academic Social Science Studies International Journal of Social Science(JASSS), 6(4), ss. 461-482.).

Genç, Y. ve Seyyar, A. (2010). Sosyal hizmet terimleri (ansiklopedik “sosyal pedagojik çalışma” sözlüğü). Sakarya: Sakarya Kitabevi

Güllüpnar F, 2013. Toplumsal ilişkiler kısılacında zihin engelli olan bireyler ve aile yapıları: Eskişehir'de engelli ailesi hakkında sosyolojik bir alan çalışması. Toplum ve Sosyal Hizmet, 24(1), 41-64.

Oğlak, S. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics 2016;2(3):32-7

Öz, C. (2010) “*Sosyal Belediyecilik Bağlamında Evde Bakım Hizmetleri (İstanbul, Ankara ve Kocaeli Büyükşehir Belediyeleri Örnekleri)*”, Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya)

Özbulut M, Özgür Sayar Ö, 2009. Bir sosyal dışlanma fotoğrafı-engelli bireylerin toplumla bütünleştirilmesine yönelik tespit, bilgilendirme ve veri tabanı oluşturma çalışması (ÖZVERİ- Malatya) projesi araştırma sonuçları-. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 5 (17), 59- 76.

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. (2008). Özürlüler kanunu ve ilgili mevzuat (3. baskı). Ankara: T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları.

Taşdelen, P. (2012), “*Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma*”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul).

Taylan, H. H. ve Barış, İ. (2015). Romanlar ve sosyal dışlanma. Konya: Çizgi Kitabevi Yayınlar

### 33- Stomalı Bireyin Evde Yaşadığı Sorunlar

**Birgül Ödül Özkaya\*, Merih Çavuşoğlu\*, Asiye Gül\*\*, Tuba Şengül\*\*\***

\* Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

\*\* Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

\*\*\* Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

**Giriş:** Stoma bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Stoma bireyin tüm yaşantısını etkiler. Stomalı bireyler psikolojik , fizyolojik sosyal yönden sorunlar yaşamaktadır.

**Amaç:** Bu çalışma stomalı bireylerin evde yaşadıkları sorunları belirlemek amacı ile yapılmıştır.

**Tartışma:** Stomalı hastaların sıklıkla karşılaştıkları psikolojik problemleri beden imajında değişiklik, yetersiz hissi ve depresyon olarak belirlenmiştir. Stomalı hastalar fiziksel, psikolojik, sosyal yönden tüm yaşamlarını etkileyecek sorunlarla karşı karşıya kalırlar. Bu sorunlar fiziksel olarak; dışkı sızıntısı, gaz çıkışının fazla ve sesli olması, koku, yorgunluk, ağrı, stoma retraksiyonu, stoma etrafındaki cilt problemleri, konstipasyon, diare, iştahsızlık; psikolojik olarak; anksiyete, beden imajının değişmesi, benlik saygısının ve öz güvenin azalması, çekiciliğin kaybı, dışkı sızıntısı ve ses/koku çıkacağı korkusu ve depresyondur. Sosyal olarak; hastalar kendini toplumdan kısıtlama ve soyutlama eğilimindedir. Birçok hasta cerrahi girişim öncesi yaptıkları sosyal aktiviteleri cerrahi girişim sonrası yapmaktan vazgeçmektedir. Bireyleri aile ilişkileri ve iş yaşantıları olumsuz etkilenmekte ve kolostomi açıldıktan sonra işi bırakma, çalışma saatlerini azaltma, iş veriminde azalma ve iş değiştirme görülmektedir. Maddi kaygılar gibi faktörlerden dolayı bireylerin yaşam kalitelerinin azaldığı belirlenmiştir. Stomalı bireyler sözel iletişimin azalması, sosyal aktivite azlığı, destek sistemlerinin az olması, yalnızlık, mutsuzluk, anksiyete sebebiyle sosyal izolasyon sorunu yaşamaktadırlar. Aile üyelerinden , arkadaşlardan, diğer sosyal ilişkilerden sağlanan destekler kendini iyi hissetme üzerine olumlu etkileri vardır.

**Sonuç:** Stoma öncesi ve sonrasında stoma bakımı, stoma torbasının değişimi, gerekli malzemelere ulaşabilme yolları, peristomal alanda cilt bakımı, oluşabilecek komplikasyonların gözlenmesi, beslenme, stoma irrigasyonu ve sosyal aktivitelere katılması ile ilgili eğitim verilmeli, eğitim verilirken bireysel özellikler göz önünde bulundurulmalı ve eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır.

## **Problems of Living In-Home Care Stoma With Patient**

### **Abstract**

**Introduction:** Stoma is the mouth of the intestine to the mouth of the abdomen. Stoma affects the whole life of the individual. Static individuals are experiencing psychological, isoological and social problems.

**Objective:** This study was conducted with the aim of determining the problems that stomatical individuals have at home.

**Discussion:** Psychological problems frequently encountered by stomach patients are identified as change in body image, inadequate feeling and depression. Stomach patients are faced with problems that affect all their lives from the physical, psychological, and social aspects. These problems are physical; stool leaks, excessive gas and noise, smell, tiredness, pain, stoma retraction, skin problems around the stoma, constipation, diarrhea, loss of appetite; psychologically; anxiety, alteration of body image, loss of self-esteem and self-esteem, loss of attractiveness, fear of stool leak and sound / smell, and It is depression. Socially; patients tend to restrict themselves and abstain from society. Many patients are reluctant to perform social activities prior to surgery after surgery. Individual family relationships and work experiences are negatively affected, and after leaving the colostomy, there is a drop in work, a decrease in working hours, a decrease in work efficiency and job change. It has been determined that the quality of life of the individuals has decreased due to factors such as financial concerns. Stomachic individuals are experiencing social isolation problems due to reduced verbal communication, lack of social activity, lack of support systems, loneliness, unhappiness and anxiety. Family support from friends, friends, other social relationships have positive effects on feeling good.

**Conclusion:** Before and after stoma training should be given about stoma care, change of stoma bag, ways to access necessary materials, peristomal area skin care, observation of possible complications, participation in nutrition, stoma irrigation and social activities, training should be continued and individual characteristics should be taken into consideration.

## **Kaynaklar**

Karadag A, Menten BB, Ayaz S. Colostomy irrigation: Results of 25 cases with particular reference to quality of life. J Clin Nurs 2005;14:479-85.

Aştı N. Stomalı hastada yaşam ve beden imajı, koloproktoloji stoma-terapi sempozyumu kitapçığı. Adana: 2005.p.182.

Gürkan A, Aslan FE, Akgün M, Şelimen D. İstanbul'da yaşayan kolostomili bireylerin taburculuk sonrası evde karşılaştıkları sorunları saptamaya yönelik retrospektif bir çalışma. Hemşirelik Forumu 1999;2:233-41. 11.

### 34- Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Uzun Dönem Bakım

Neşe Karakaş\*, Çiğdem Tekin\*, Recep Bentli\*\*

\*İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Malatya /Türkiye

\*\*T.C. Sağlık Bakanlığı Malatya İl Sağlık Müdürlüğü, Malatya / Türkiye

**Giriş:** Bir nüfustaki çocuk ve genç nüfusun payının azalması; yaşlı nüfusun payının göreceli olarak artması nüfusun yaşlanması olarak tanımlanır. Küresel yaşlanma süreci aynı zamanda “demografik dönüşüm” olarak adlandırılmaktadır (www.ekutup.dpt.gov.tr,2018). Demografik dönüşüm süreci en hızlı gelişmekte olan ülkelerde yaşanmaktadır. Bu durum ilerleyen yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkeleri yaşlı nüfusun artan sağlık ve sosyal bakım gereksinimini karşılayamama sorunu ile karşı karşıya bırakacaktır. Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısı “yaşlı bağımlılık oranı” olarak tanımlanır. TÜİK 2013 verilerine göre Türkiye’de 2013 yılında yaşlı bağımlılık oranı 11’iken, bu oranın 2030 yılında 19 olması beklenmektedir. Hükümet politikaları ve bakıma muhtaç bireyler tarafından kabul gören en ideal uzun dönem bakım modeli evde bakımdır. Kadının; şefkati, şifa verici rolü ve doğasında bulunan fedakârlık tarih boyunca yaşlı ve hasta bireylerin koruma, bakım, destek ve tedavisinde anahtar rol oynamasına sebep olmuştur. Aile içinde hasta/yaşlı bakımından birincil olarak eşler, kız çocukları, gelinler diğer bir ifadeyle kadınlar sorumlu tutulmaktadır. Ancak değişen sosyal yapı kadınların ücretli olarak çalışma hayatına katılmalarını sağlamış ve bunun sonucu olarak kadınların, aile ve toplum içinde üstlendikleri rollerin farklılaşmasına neden olmuştur. İşte bu değişen sosyal yapıda yeterli destek sağlanmadan kadının üstlendiği sorumluluklara bir de hasta bakımı eklendiğinde, kadınlar fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak olumsuz yönde etkilenebilmektedirler. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı, toplumda giderek önem arz eden uzun dönem bakımda kadına ve erkeğe atfedilen toplumsal cinsiyet rollerini incelemektir. Bu doğrultuda informal bakım verenlerin bakım sürecinde yaşadığı sorunlar ve karşılaştıkları güçlükler değerlendirilmiş, stres, depresyon ve bakım yükü durumları tartışılarak toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında ele alınmıştır. **Yöntem:** Pubmed ve Google akademik veri tabanında “uzun dönem bakım, evde bakım ve toplumsal cinsiyet, kadın” anahtar kelimeleri ile tarama yapıldı. Son 10 yıla ait tam metin bulunan, İngilizce ve Türkçe yayınlanmış eserler incelendi. **Bulgular:** Evde bakım uygulamasından yararlanan ailelerde bakım veren kadınların, bakım emeği ile uygulamaya ilişkin deneyimlerini ortaya koymak amacıyla, derinlemesine görüşme tekniği ile yapılan bir çalışmada, bakım yükünün, kadının ücretli çalışmaya katılımının önünde bir engel oluşturduğunu ve ücretli çalışmaya

katılamayan kadınlar açısından bakım işlerini erkeklerle paylaşmanın da mümkün olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle evde bakım hizmetleri, bakımın kadın ile erkek arasında eşit paylaşımının sağlanarak bir yandan kadın üzerinde ezici bir yük olmasının engellenmesi, diğer yandan bakımın doğasında yer alan insani boyutun erkekler tarafından da deneyimlenmesi amacıyla düzenlenmeli sonucuna yer verilmiştir (Gelmez,2015:59). Stone ve arkadaşları, yaptığı çalışmada tüm bakım verenlerin %23'ününün kadın, %13'ünün ise erkek eşler olduğunu bildirmişlerdir (Stone,1987:616). Türkiye'de Altun ve arkadaşları tarafından yapılmış bir araştırmada, bakım vericilerin % 78'inin kadın ve % 34'ünün eşlerine bakmakta olduğu bulunmuştur (Altun,1998:71). Yapılan başka bir çalışmada kadınların bakım vermeyi eski sorumluluklarının devamı olarak gördükleri, erkeklerin ise bakım verme sorumluluklarına yabancı oldukları bildirilmiştir (Atagün,2011:3). Hanede bulunan bireyin bakım sorumluluklarını üstlenen, kendi hayatını öteleyen kadınların rol ve sorumluluklarının ele alındığı bir çalışmada, kadınların adeta kendi hayatlarından vazgeçtikleri, evde sürekli hem kendisinden beklenen toplumsal cinsiyet rollerini üstlendikleri ve hastası ile ilgilendikleri için toplumsal hayattan uzaklaştıkları ve sosyal soyutlanma içerisinde yaşamlarını sürdürdükleri gözlemlenmiştir (Cantürk,2017:24).Toplumsal cinsiyet ekseninde yaşlı bakımı, çalışmasında; cinsiyet ile yaşlı bakımı üstlenme sorumluluğu arasında ilişki olduğu ve bu ilişkinin düşük sosyo-ekonomik seviye ve ataerkil değerlerden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca, örneklem grubundaki kadınların evde yaşlı bakımı sorumluluğunu üstlenmiş olmalarından dolayı bazı psikolojik ve sosyal problemler yaşadıkları vurgulanmıştır. Aynı örneklem grubundaki kadınların yaşlı bakımı sorumluluğuyla ilgili düşünceleri erkeklere göre daha eşitlikçi bir nitelik taşıdığı bildirilmektedir (Önür,2015:185). **Sonuç:** Konuya ilişkin yaptığımız literatür taramasında bakım verenlerin çoğu kadın ve informal bakım verenlerdir. Bakım verme sürecinden aile içerisinde daha çok kadınlar etkilenmektedirler. İnsan hakları ve etik açıdan bakıldığında; yaşlı/hasta bireyin, bakımdan birinci derecede sorumlu olan bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, aileye destek sağlayacak evde bakım hizmetlerinin kurumsallaşması ve yaygınlaştırılması ile mümkün olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Uzun dönem bakım, evde bakım, toplumsal cinsiyet, kadın

## Long-Term Care In Gender Perspective

### Abstract

**Aim:** The purpose of this study is to examine gender roles attributed to women and men in long-term care, which is increasingly important in society. **Method:** "Long-term care, home care, woman and gender" key words were scanned in PubMed and the Google Scholar database. The works of the last 10 years, which have full text and published in English and Turkish, have been examined. **Results:** According to the results of the studies examined, informal caregivers are mostly women. Due to their care-giving responsibilities, women were unable to work in an income-generating business. In another study, men report that they are far from being responsible for care-giving. In one study, it was emphasized that women experienced some psychological and social problems due to their responsibility for the elderly care at home. **Conclusion:** Many studies show that caregivers are under the strain and that they are facing a number of health, social problems. As a result, more women in the family are affected by the care-giving process. Professional home care services need to be widespread to support caregiving.

**Keywords:** Long-term care, home care, gender ,woman

### Kaynaklar

Altun (1998), "Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları" I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kongre Özet Kitabı, 24- 26 Eylül, İstanbul.

Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz, Özpolat (2011), "Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü" *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3).

Cantürk (2017), "Ötelenmiş Hayatlar: Engelliye Bakan Kadın Olmak" *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 11(24).

<http://ekutup.dpt.gov.tr/nufus/yaslilik/eylempla.pdf>, (14.04.2018).

Gelmez (2015)"Ailevileştirilen bakımın kürek mahkûmları: Evde bakım uygulaması kapsamında bakım veren kadınların deneyimleri" *Fe Dergi* 7(2):59-71.

Önür (2015)"Toplumsal Cinsiyet Ekseninde Yaşlı Bakımı" *Jass pb*, [http://dx. doi.org/10.9761/JASSS2955](http://dx.doi.org/10.9761/JASSS2955),(37), 185-202.



Stone, Cafferata, Sangl (1987) "Caregivers of the frail elderly: A *national profile*.  
*Gerontologist*,27,616-626.

### 35- Sağlık Meslek Yüksekokulunda Evde Hasta Bakımı Okuyan Öğrencilerin Mesleklerinden Beklentileri Nelerdir?

*Kamile Öner<sup>1</sup>, Birgül Özkan<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Çankırı/ Türkiye

<sup>2</sup> Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ankara/Türkiye

**Giriş:** Evde hasta bakımı, rehabilitasyon, terapötik tedavi veya tıbbi hemşirelik, kronik veya terminal hastalık ve kişisel bakım yanında, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken oluşabilecek sorunları önleyici çok yönlü uygulamalar bütünü şeklinde de tanımlayabiliriz (Karahan & Güven, 2002; Bahar & Parlar, 2006). Evde Bakım, hasta teşhis ve tedavisi sonrasında, ilgili tıbbi ekip ile işbirliği içinde, evde, iş yerinde veya hastanın mekânında verilmektedir. Çeşitli nedenlerle kesintiye uğrayan yaşlı bireyin kendi evlerinde ya da çevrelerinde sağlığını yeniden kazandırılması, yaşam standartlarının korunması, sürdürülmesini ve yükseltilmesi amaçlamaktadır (Cindorum & Şen, 2009; Kısa & Karadağ, 2001). Bireylerin sağlığını korumak ve hastanın hastanede başlanan tedavisine taburcu olduktan sonra ev ortamında devam etmesini sağlamak önemlidir (WHO, 2000). Resmi Gazete Tarihi: 10.03.2005 Resmi Gazete Sayılı: 25751 de yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmeliği'ne göre (Madde 4/d); 'Evde Bakım Hizmeti: Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır' (<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>). TDK ya göre bakım; Birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir. Bakıma muhtaçlık; bireyin normal yaşamının devamı için gereken aktivitelerin yerine getirilmesinde başkalarının bakım ve desteğine ihtiyaç duyma durumudur. İnsanlar yaşamın herhangi bir döneminde kendi iradeleri dışında örneğin; yaşlılık, kaza, özürülük veya kronik hastalık gibi birçok nedenden dolayı bakıma muhtaç kalabilirler (Oğlak, 2008). Yaşlıların etkili bakımı için fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel faktörlerin bir arada ele alınması gerekmektedir.''(Koçoğlu & Bilir, 2002) Yaşlı hastalar ve aileleri bu yaş grubuna özel fonksiyonel ve fiziksel yetersizlikler gibi birçok problemlerle yüz yüze gelmekte ve sağlık bakım alternatiflerini bulmaya çalışmaktadırlar (Bilge & ark, 2014). Demografik yapıdaki değişiklikler, artan tedavi maliyeti, insanların artık yaşam süresi değil

de yaşam kalitesiyle ilgilenmeleri evde bakım hizmetleri sağlık sistemleri içerisindeki yerini her geçen gün daha da genişlemesine neden olmuştur. Sağlık bakımının yeterli, etkili ve dengeli olarak verilmesinde sağlık hizmetinde görev alan tüm personelin nitelikli bir eğitim almaları önemlidir. Bugün ise ülkemizde birçok meslek yüksekokulu evde hasta bakım teknikeri yetiştirmeye devam etmektedir (Karakaş & Özçelik, 2013). **Amaç:** Bu çalışma; ülkemiz için henüz çok yeni olan evde hasta bakım programı öğrencilerinin mesleği ile ilgili beklentilerini belirlemek amacıyla nitel araştırmanın fenomenolojik (olgu bilim) olarak planlanmıştır. Araştırmanın evreni Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Evde Hasta Bakımı programı öğrencileri olarak belirlenmiştir. Araştırma 2018 yılının Mart ayında gerçekleştirilmiştir. **Sınırlılıklar:** Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Evde Hasta Bakımı programında okuyan 15 öğrenci ile sınırlandırılmıştır. **Yöntem:** Nitel araştırmanın fenomenolojik (olgu bilim) yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırma ile belirlenen çalışma grubunda adlar yazılmadan bu konudaki görüşleri yazılı olarak alınmıştır. Daha sonra ilginç olan yanıtlar üzerinde toplanan veriler gönüllü olan beş Evde Hasta Bakımı öğrencisi üzerinde yarı yapılandırılmış odak grup görüşmesi yapılmıştır. Bu görüşmede açılış, alternatif ve sonda soruları kullanılmıştır. Araştırmaya katılan gönüllü Evde Hasta Bakımı programı öğrencisi ile yapılan odak grup görüşmesi onların oluru alınarak kayıt edilmiş ve bu veriler iki uzman ile analiz edilmiştir.

Veriler yazılı görüş alınırken aşağıdaki formatı kullanılmıştır.

1. Sağlık meslek yüksekokulunda evde hasta bakımı okuyan öğrencilerin iş bulma beklentileri nelerdir?
  - a. Olumlu deneyim ve görüşler
  - b. Olumsuz deneyim ve görüşler
2. Sağlık meslek yüksekokulunda evde hasta bakımı okuyan öğrencilerin psiko-sosyal beklentileri nelerdir?
  - a. Olumlu deneyim ve görüşler
  - b. Olumsuz deneyim ve görüşler

**Bulgular:** Öğrencilerin mesleklerinden beklentileri ‘Atanmak ve atamaların artması, fazlaşması, atanıp meslek sahibi olmak, iş sahibi olmak, dikey geçiş sınavı için uygun bölüm olması ve DGS ile geçiş yapabilmek, insanlara yardımcı/faydalı olmak, bireylerin bilgilendirilmesi, mesleği en iyi yere getirmek ve mesleğin hak ettiği görevi tamamlamak, mesleğin öneminin artması ve mesleğin yeni oturması/tanınması, gelecekte birçok bölümde

yer alıyor olmasından dolayı umut verici olması, mesleği en iyi yere getirmek, mesleği kendisine uyması ve eşi ile aynı ortamda çalışmak' olarak ele alınabilir. Bu veriler temel analiz sonucu iki kategoride toplanabilmektedir. Bu iki kategori iş bulma beklentileri ve psiko-sosyal beklentiler olarak ele alındı. Her iki kategorideki öğrenci yanıtları bakış açılarına göre farklılıklar gösterdiği gibi benzerlikler de gösterdiği verilerden anlaşılabilir. Genellikle öğrencilerin iş bulma beklentileri (Atanmak ve atamaların artması, iş sahibi olmak, Dikey Geçiş Sınavı (DGS) ile geçiş yapabilmek) ile aynı şekilde öğrencilerin psiko-sosyal beklentileri (insanlara yardımcı/faydalı olmak, mesleğin öneminin artması) benzer olduğu söylenebilir. Bu betimsel analizden sonra gönüllü öğrencilerle odak grup görüşmesi yapılmış ve daha ayrıntılı veriler elde edilmiştir. **Sonuç ve öneriler:** Sonuç olarak öğrencilerin çoğu 20 yaş civarındadır. Evde Hasta bakım programını kazanmadan önce çoğunluğu bölüm hakkında bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Programını isteyerek seçtiklerini ve çoğu program hakkında olumlu düşünceleri olduğunu belirtmişlerdir. Öğrenciler mesleklerinden beklentileri olarak çoğunlukla 'atanmak', 'iş sahibi olmak' ve 'insanlara yardımcı olmak' üzerine yoğunlaştıkları görülmüştür. Odak grup görüşmesi sonucunda öğrenciler 'atanmak, DGS ile geçiş yapmak, insanlara yardımcı olmak, yeni açılmış bölüm olması ve iş sahibi olmak' ile ilgili görüşlerini ifade etmişlerdir. Görülmektedir ki iş bulma, atanma ve yeni açılan bir bölüm olmasıyla yaşanan belirsizlikler kaygı ve endişe yaratan bir durumdur. Öğrencilerin literatüre bakıldığında bu çalışma örnek bir çalışma kabul edilerek diğer üniversitelerdeki evde hasta bakım programları ile lisans ve ön lisans öğrencilerin beklentilerini karşılaştırılıp sorunlar daha da belirgin hale getirilip, bilgi eksiklikleri giderilerek eğitimler verilebilir. Çözüm yolları sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Hasta Bakımı, Bakım, Meslek Beklentileri.

## **Health Services Vocational School Home Patient Care Students What Is Professional Expectations?**

### **Abstract**

**Introduction:** The situation that can arise when bringing home sick care, rehabilitation, therapeutic treatment or medical nursing, chronic or terminal illness and personal care, life changing activities activities (Karahana ve Güven, 2002; Bahar and Parlar, 2006). It is important to protect the health of the individual and ensure that the patient continues to be in the home environment after being discharged to the hospital for treatment (WHO, 2000).

Changes in the demographic structure, increased cost of care, and the need for people to care for their quality of life rather than their lifespan have led to the ever-increasing expansion of home care services in health systems. It is important that all personnel involved in health care provided with adequate, effective and balanced health care receive qualified training. Today, many vocational schools in our country continue to raise patient care technicians at home (Karakaş & Özçelik, 2013). **Aim:** The purpose of this study is; the qualitative research is planned as phenomenological (phenomenology) in order to determine the occupational expectations of the students of the patient care program at home, which is still very new for our country. The universe of the study was determined as the students of the Çankırı Karatekin University Eldivan Health Services Vocational School Home Care Program. The research was conducted in March 2018. **Limitations:** Çankırı Karatekin University Eldivan Health Services Vocational School is limited to 15 students studying at Home Care Program. **Method:** The phenomenological (phenomenological) method of qualitative research was used. The opinions of this study were taken in writing before the names were written in the study group determined by this research. Then a semi-structured focus group interview was conducted on the five Home Caregiver students who volunteered to collect answers on interesting responses. Opening, alternative and ending questions were used for this interview. The focus group interview with the volunteer Home Patient Care program student who participated in the study was recorded by taking their case and these data were analyzed with two experts. **Findings:** Students 'expectations from their professions' To be assigned and to increase the number of assignments, to become more occupied, to be a profession, to be a business owner, to be a suitable section for a vertical transition examination and to be able to make a transition with DGS, to help / benefit people, to inform individuals, it can be taken as "completing the job that the profession deserves, increasing the profession of the profession and new occupation / recognition of the profession, being prosperous in many parts of the future, bringing the profession to the best place, adapting to the profession itself and working in the same environment with the wife". **Conclusion and suggestion:** It has been observed that students mostly focus on 'appointment', 'having a job' and 'helping people' as expectations from their profession. As a result of the focus group interview, the students expressed their views on 'appointment, transition with DGS, helping people, becoming a newly opened department and having a job'. It is evident that the uncertainties that arise as a result of employment, appointment and a newly opened department create anxiety and worry. When the literature of the students is taken into consideration, this study can be considered as a case study and the problems in the patient care programs in the other universities can be

compared with the expectations of the undergraduate and undergraduate students and the problems can be made clearer and the information deficiencies can be eliminated. Solution routes can be provided.

**Key Words:** Patient care at home, Care, Career prospects.

## **Kaynaklar**

Cindorum, M., Şen İ. (2009), ‘Yaşlılığın Evde Bakımı’, *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci*, 29:S110-S112

Bahar A., Parlar S. (06-08 Kasım 2006), ‘Yaşlılık ve Evde Bakım’, Bu çalışma, I. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Karakaş, M., N., Özçelik, Ü., E. (2013), ‘Evde Hasta Bakım Öğrencilerinin Eğitimleri ve Mesleğin Geleceği ile İlgili Görüşleri ve Evde Hasta Bakım Programını Tercih Etme Nedenleri.

Home Based Long-Term Care, (2000), *WHO Technical Report Series*, 898, World Health Organization, s. 1-37.

Kısa, S. ve Karadağ, A. (2001). ‘Yaşlılık Hizmetlerinde Örnek Bir Model: Malta Modeli’, I. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildirileri Kitabı, Yaşlı Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını. Ankara.

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.7542&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0> /erişim tarihi Mart 2018

Bilge U., ve ark.(2014), ‘Türkiye’de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri’, *Euras J Fam Med*; 3(1):1

Karahan A, Güven S. (2002), ‘Yaşlılıkta Evde Bakım’, *Turkish J Geriatri*, 5(4):155-9.

Oğlak S. (2008), ‘Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (Ülke Örnekleri ve Türkiye)’, 2.Baskı. İskenderun: Color ofset, 359.

Koçoğlu, O., G., Bilir, N. (çev) (2002). ‘Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı’, *H.Ü. Ankara: Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını*, 24-26 Eylül, İstanbul.

### 36- Evde İntervenöz Tedavi ve Kateter Enfeksiyonları: Nelere Dikkat Edelim?

Asiye Gül\*, Birgül Özkaya\*\*

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sbu\*\*,  
Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi\*\*

**Giriş:** Evde bakım ortamı, bir dizi nedenden ötürü hasta güvenliği açısından zorlu bir iş ortamıdır. Birincisi, konut ortamlarında sayısız sağlığı olumsuz etkileyen tehlikeler (örneğin, ortamın yetersiz havalandırılması, kurşun boya, zehirli maddeler) bulunabilir. İkinci olarak, sağlık bakımıyla ilgili iyi tanımlanmış tehlikelerin, hastane enfeksiyonlarının yayılması, dirençli mikroorganizmaların gelişmesi ve ilaç hataları gibi evde bakım ortamlarında gelişebilecek durumlardır (Henriksen ve ark. 2008; Shang ve ark. 2015).

Evde sağlık bakımı, sağlık sektöründe en hızlı büyüyen sektör olup, önümüzdeki 10 yıl içinde daha fazla büyüyecektir (Henriksen ve ark.2008). Evde sağlık bakımında sağlanan bakımın gittikçe artması ve bu hasta popülasyonunu oluşturan kırılğan yaşlıların sayısının artmasıyla, bu ortamda hasta sağlığını ve güvenliğini etkileyen risk faktörlerini belirlemek önemlidir (Shang ve ark. 2015). Bu derlemede evde bakılan intravenöz kateteri bulunan hastada enfeksiyonların önemi ve korunma yolları tartışılmıştır.

**Kateterler:** Hayati fonksiyonların kontrolü için kullanılan biyomedikal aletlerin kullanımının artması ile birlikte modern tıbbın başarısı da artmıştır. Böylece hem yaşam kalitesi yükselmiş hem de yaşam süresi uzamıştır. Bununla birlikte, bu cansız yüzeyler, önemli halk sağlığı sorunları yaratan bakteriyel kolonizasyon için de duyarlıdır (Treter & Macedo, 2011).

Biyomedikaller arasında bulunan damar içi kateterler modern tıbbın vazgeçilmez araçlarından biridir ve yaygın olarak kullanılmaktadır (Göçmen ve ark., 2012; Treter & Macedo, 2011). Biyofilmler, özellikle intravasküler kateterler, idrar sondaları ve ortopedik implant gibi tıbbi cihazların yüzeyine yapışarak sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlarda önemli rol oynar (Treter & Macedo, 2011). İntravasküler kateterler ağırlıklı olarak sıvıların verilmesi, parenteral beslenme ve kan ürünleri, hemodinamik durumun izlenmesi, kan ve kan ürünlerinin uygulanması, hemodiyaliz, kemoterapi gibi pek çok girişimsel işlemde kullanılmaktadırlar (Göçmen ve ark., 2012, Treter & Macedo, 2011).

Kalıcı tıbbi cihazlar sürekli bir enfeksiyon odağı oluşturarak enfeksiyonun hematogen yolla yayılımı açısından da her zaman için bir risk kaynağı sayılmaktadır (Altun & Şener). Tıbbi uygulamalarda girişimsel tekniklerin ve kalıcı tıbbi araçların kullanımının artışı enfeksiyonlarının da artışına neden olmuştur (Altun & Şener, 2008). Kateterin yerleştirildiği yere bağlı olarak kateter kolaylıkla kontamine olabilir: bu nedenle kateter bakımının eğitilmiş

bir personel tarafından yapılması hayati önem taşır. Kontaminasyonu önlemek için kateter birleşim yerinin korunması, infüzyon setlerinin aralıklarla değişimi ve kateter lümen ve bağlantı sayılarının azaltılması önerilmektedir (Treter & Macedo, 2011). Ayrıca el hijyeni prosedürlerine uyma, hastanın ve ailesinin enfeksiyon riski ve önlenmesi konusunda eğitilmesi önemlidir (Rhinehart, 2001).

**Sonuç:** Evde bakımın amaçlarından biri de sağlık bakım maliyetlerini azaltmaktır; hastanın kendi evlerinin konforunda daha düşük bir maliyetle tedavi ve iyileşmeye devam edebilir. Evde bakım sırasında gelişen herhangi bir enfeksiyon ek masraflar doğurur. Bu nedenle intravenöz kateter enfeksiyonlarını önleme ve kontrol uygulamalarının takip edilmesi önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Enfeksiyon, evde bakım, kateter

## **Intravenous Treatment And Catheter Infections At Home: What Do You Care?**

### **Abstract**

**Introduction:** The risk of infection in home health care, which is the fastest growing healthcare sector, is important. Patients with persistent catheters are at risk. Intravascular catheterization is one of the indispensable tools for modern medicine. Intravascular catheters are used in many applications such as liquids, drugs, parenteral nutrition, blood products administration, and hemodialysis. The use of these catheters is also a risk factor for catheter-related bloodstream infections. When a catheter-related infection develops, morbidity causes an increase in mortality and cost. These infections are closely related to biofilm formation on medical devices. Catheter infections can be caused by Gram-positive or Gram-negative bacteria, fungi, or by multiple microorganisms. Microorganisms attach to the surface of the catheter and colonize and form biofilms in a gelatinous layer in their own organic exopolysaccharide structure. This structure protects the microorganism from antibiotics, disinfectants, antibodies, macrophages and neutrophils. It causes serious infections, especially in immunocompromised patients and patients with persistent medical devices or catheters. This review discusses the prevention and prevention of infections in patients with intravenous catheters at home.

**Conclusion:** When catheter is inserted; hand hygiene, compliance with maximum barrier measures, skin antiseptics with chlorhexidine, selection of the appropriate catheter site, daily evaluation of the catheter and removal as soon as possible.



**Key words:** Infection, home care, catheter

### **Kaynaklar**

Altun HU, Şener B. Biyofilm infeksiyonları ve antibiyotik direnci. Hacettepe tıp Dergisi 2008;39:82-88.

Göçmen JS, Büyükoçak Ü, Çağlayan O. Parenteral nutrisyon sıvılarının koagülaz-negatif stafilokok'ların biyofilm oluşturması üzerine etkisi: Deneysel bir çalışma. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2012; 3 (4): 505-509.

Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43624/>

Shang J, Elaine Larson E, Liu J, Stone P. Infection in home health care: Results from national Outcome and Assessment Information Set data. Am J Infect Control. 2015 May 1; 43(5): 454–459. doi:10.1016/j.ajic.2014.12.017

Rhinehart, E. (2001). Infection Control in Home Care. *Emerging Infectious Diseases*, 7(2), 208-211. <https://dx.doi.org/10.3201/eid0702.700208>.

Uludağ Altun H, Şener B. Biyofilm enfeksiyonları ve antibiyotik direnci. Hacettepe Tıp Dergisi 2008; 39:82-88.

Treter J, Macedo AJ. Catheters: a suitable surface for biofilm formation. <http://www.formatex.info/microbiology3/book/835-842.pdf>

### 37- Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Düşmeleri Önlemeye Yönelik Çalışmalar

**M.Emin Demirkol\*, Ferhan Yılmaz\*\*, Songül Yorgun\*\*, , Asuman Acar\*\*, Hülya Görkem\*\*, Mustafa Sezgin Koçak\*\*, Emel Tekinalp\*\***

\* Bolu İl Sağlık Müdürlüğü, Bolu/Türkiye

\*\* Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Bolu/Türkiye

**Giriş:** Düşmeler hasta güvenliği açısından gerek hastane ortamında gerekse ev ortamında son derece önemli bir yere sahiptir. Düşme; Şiddetli vurma ya da maksatlı hareketlerin dışında, ani, kontrol edilemeyen, istemsiz bir şekilde vücudun bir yerden başka bir yere ya da nesnelere doğru hareket etmesi olarak tanımlanabilir.

Düşme yaşlılarda sık karşılaşılan, ölüm ve hastalık oranlarında önemli miktarda artışa yol açan geriatrik sendromlardan biridir. Yaşlıda bilişsel, davranışsal ve yürütücü fonksiyonlarda gerileme ortaya çıktığında, düşme görülmeye başlanır. 65 yaş üstünde, sağlıklı ve toplum içinde yaşayanlarda kişi başı yıllık düşme oranı %30-40 iken, uzun dönem bakım merkezlerinde yaşayanlarda %50'lere çıkmaktadır. Önemli yaralanma olarak nitelendirebileceğimiz kırık (kalça, kol, bilek, pelvis), kafa ve ciddi yumuşak doku yaralanmaları, düşen yaşlıların %10-25'inde gelişebilmektedir. Düşme sonrası hastalık oranlarında artış görülür. Bu durum, yaşlının yakalandığı hastalıkların oranının yüksekliğine ve yaşa bağlı gelişen fizyolojik işlevsel azalmaya bağlıdır. Özellikle işlev kaybında, huzurevine yerleşme ihtimalinde ve hastaneye başvuru sayısında artış görülür (Naharcı, Doruk, 2009, 437-444).

Bununla birlikte düşmeler dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hastane ortamında, düşmeler en önemli istenmeyen olay olmayı sürdürmekle birlikte yatan hastaların yüzde 3-20'si hastaneye yatış sırasında en az bir kez düşmektedir. Düşmelerin hasar prevalans %30-51 arasında değişmektedir. Bunların % 6-44'ünde hastalar benzer tip yaralanmalara (örneğin, kırık, subdural hematoma, aşırı kanama) maruz kalabilir.

Düşmeye zemin hazırlayan fiziksel çevresel faktörlerin çoğu düzeltilebilir görünmektedir. Bu nedenle, yaşlının hareketinin kısıtlanmasına, bakımevine yerleştirilmesine yol açan ve bağımsız yaşamını tehdit eden düşmenin değerlendirilmesi önem arz etmektedir (Tinetti ME, 2003; 348: 42-49.).

Düşmelerin %30-50'sinde “kaza veya çevresel faktörler” rol oynamaktadır. Uygun yerleştirilmemiş eşyalar, eşikler, merdivenler, kaygan zemin (özellikle banyo ve tuvalet), kayabilen halı/kilim, iyi aydınlatılmamış ortam, alışık olunmayan mekân ve uygunsuz

ayakkabı kullanımı gibi çevresel faktörler, yaşlıda düşme nedenleri arasında ön sıralarda yer almaktadırlar (Austin at all, 2007: 1598-1603, Naharcı ve Doruk 2009:439). Düşmeler ev kazaları içinde de yaşlıları en fazla etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır.

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı bir devlet hastanesinde evde sağlık hizmetine kabul edilen hastaların düşme risklerinin tanımlanması amacıyla HBH.FR.01 Evde Sağlık Hizmetine Kabul Edilen Hasta Değerlendirme Formu'nun geliştirilmesidir. Ayrıca bu konudaki çevresel faktörlerin tespit edilerek belediye ve ilgili kuruluşlarla paylaşılması, risklerin engellenmesi amaçlanmıştır.

**Sınırlılıklar:** Evde sağlık hizmeti alan hastalar ve düşmeler konusu ile sınırlı tutulmuştur.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşama formun geliştirilmesi ikini aşama sahadan veri toplanmasıdır. Literatür taranarak çevresel düşme faktörleri tanımlama başlıkları geliştirilmiştir. Belirlenen başlıklar "Evde Sağlık Hizmetine Kabul Edilen Hasta Değerlendirme Formu"na eklenmiştir. Çalışma Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri biriminde Aralık 2017-Aralık 2018 tarihleri arası planlanmış ve geliştirilen form Nisan ayı itibari ile kullanılmaya başlanmıştır. Veriler birimde çalışan sağlık personeline toplanacaktır.

**Bulgular:** Formda 18 başlıktan oluşmaktadır. Yaşam alanı (ısınma, aydınlatma, WC, banyo durumu, ev içi özellikler vb), aktivitelerde bağımlılık durumu, kullandığı yardımcı araçlar, kullanılan ilaçlar, düşmelere karşı önlemler, beslenme durumu vb. durumları içeren toplamda 36 madde forma eklendi. Yeni kayıt edilen hastalar bu form ile bakılırken, daha önce kayıt edilen hastalarda güncellemeler başlatıldı. Toplamda 50 hastanın formu güncellenirken 15 hastada düşme ile ilgili çevresel faktörlerin eksikliği belirlenmiştir. Hasta/yakınlarına yönelik düşmeler konusunda bir eğitim materyali hazırlandı. Eğitim materyalinde düşme ve nedenleri, etkileyen unsurlar ve önlem konusu yer almaktadır.

**Sonuç ve Öneriler;** Evde sağlık hizmeti alan hasta yaş sınıflaması ve hastalıklar itibari ile düşme riskine yatkın hastalardır. Bu amaçla ziyaretlerde bütüncül bakış açısı önemlidir. Çalışma ile tespit edilen eksikliklerin temine dilmesi sonraki kazaların engellenmesi açısından gereklidir. Özellikle ev ortamındaki düzenlemeler düşmeleri önleme açısından önemlidir. Hasta/yakınlarının bu konuda bilgilendirilmesi büyük önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde sağlık, düşmeler, güvenlik

## **Studies To Prevent Falls In The Case Of Health Services At Home**

### **Abstract**

Falling is a major public health problem all over the world. In the hospital setting, falls continue to be the most important adverse event, with 3 to 20 percent of the patients falling at least once during admission to the hospital. The damage prevalence of falls is between 30 and 51%. In 6-44% of patients, patients may be exposed to similar types of injuries (eg fracture, subdural hematoma, excessive bleeding).

Most of the physical environmental factors that make up the sinking ground seem to be correctable. For this reason, it is important to evaluate the dropout that threatens the independence of the elderly and restricts the movement of the elderly (Tinetti ME, 2003; 348: 42-49).

Fall; It can be defined as a sudden, uncontrollable, involuntary movement of the body from one place to another or objects, apart from violent hitting or intentional movements.

"Accidents or environmental factors" play a role in 30-50% of falls. Environmental factors such as unsuitable objects, thresholds, staircases, slippery floors (especially bathrooms and toilets), slippery carpets / rugs, poorly lit areas, unusual spaces and inappropriate shoe use are among the reasons for falls in the elderly (Austin at all, 2007: 1598-1603, Naharci and Doruk 2009: 439).

**Aim:** This study is a descriptive type study aimed at preventing falls in the context of home health services.

**Limitations:** Limited to home health care patients and falls.

**Method:** It is a descriptive type of work. A form has been developed to identify the form and drop factors created by scanning the literature. The designated titles were added to the "Patient Assessment Form Admitted to Home Health Care". The study covers the period from December 2017 to March 2018.

**Results:** In the form, the living space (warming, lighting, WC, bathroom condition, home features, etc.), dependency status in activities, auxiliary tools used, medications used, measures against falling, cases were registered with the form. A total of 36 items were added to the form. Newly recorded patients were looked at with this form, while patients previously enrolled were updated. Educational material was prepared on the fall for the patient /

relatives. The educational material includes fall and its causes, influencing factors and preventive measures.

**Conclusions and Recommendations;** Patients receiving home health care are at risk for falling at risk of age-grouping and disease. For this purpose, a holistic perspective is important. In particular, home-based regulations are important for preventing falls. Informing the patient / relatives about this issue is of great importance.

**Keywords:** Health at home, falls, security

### **Kaynaklar**

Akyol AD. (2007) Falls in the Elderly: What Can Be Done? *Int Nurs Rev*; 54(2): 191-6.

Austin N, Devine A, Dick I, Prince R, Bruce D. (2007) Fear of falling in older women: a longitudinal study of incidence, persistence, and predictors. *J Am Geriatr Soc.* 55: 1598-1603.

Bulut S., Türk G., Şahbaz M., Hemşirelerin Hasta Düşmelerini Önlemeye Yönelik Uygulamalarının Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16:3: 163

Boushon B, Nielsen G, Quigley P, Rutherford P, Taylor J, Shannon D, Rita S.( 2012) *How-to Guide: Reducing Patient Injuries from Falls.* Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; Available at: [www.ihl.org](http://www.ihl.org).

Bozdemir Havva, Küçükberber Nilay, ÖZMEN Sevda, (2016) Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yatan Hastalarda Düşme Sonuçlarının Değerlendirilmesi, *Online Türk Sağlık Bilimler Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, 6-16,

Cebeci Fatma, Gürsoy Elif, Tekingündüz Sebahattin (2012) Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15: 3

Currie L. Fall and injury prevention In: Hughes RG (Ed.) *Patient Safety and Quality: An Evidence Based Hand book for Nurses.* 1st ed. Rockville: AHRQ Pub; 2008. p.5-35

Connell, B.R., & Wolf, S.L. (1997). (for the Atlanta FICS1T group) Environmental and behavioral circumstances associated with falls at home among healthy elderly individuals. *Arch Phys Med Rehabil*, 78(2), 179-86.

Çeçen D, Özbayır T. (2011) Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastalarda Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Düşmeyi Önlemeye Yönelik Yapılan Girişimlerin Değerlendirilmesi. EÜHYO Dergisi;27(1):11-23.

Çırpı, F., Merih, D. Y., Kocabey, Y., M., (2009), Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt. 2, Sayı.3, s. 29

Demir-Zencirci A. Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2010;12(1):67-74.

Evans D, Hodgkinson B, Lambert N, Wood J. (2001), Falls Risk Factors İn The Hospital Setting: A Systematic Review. Int J Nurs Pract; 7 (1), 38-45.

Gökdoğan, F., Yorgun, S., (2010), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Güvenliği ve Hemşireler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 13, Sayı 2, s.58

Health Research & Educational Trust. (2016, October). Preventing patient falls: A systematic approach from the Joint Commission Center for Transforming Healthcare project. Chicago, IL: Health Research & Educational Trust. Accessed at [www.hpoe.org](http://www.hpoe.org)

[http://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016Rapor\\_R1.pdf](http://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016Rapor_R1.pdf). (Erişim 2.11.2017)

İntepeler Seren Şeyda, Meltem Dursun (2012) Tıbbi Hatalar ve Tıbbi Hata Bildirim Sistemleri, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15: 2, 129

Doruk H, Naharcı Mİ. Yaşlılarda düşmeler. Işık AT, Eker E, editörler. Geriatrik Geropsikiyatrik Aciller. 1.Baskı. İstanbul. Som Kitap yayınevi, 2009, s. 71-84.

Lovallo C, Rolandi S, Rossetti AM, Lusignani M. (2010) Accidental Falls in Hospital Inpatients: Evaluation of Sensitivity and Specificity of Two Risk Assessment Tools. J Adv Nurs.; 66(3): 690-96.

Naharcı, M.İ, Doruk H. (2009) Yaşlı Popülasyonda Düşmeye Yaklaşım, TAF Prev Med Bull ; 8(5):437-444

Özden Dilek, Karagözoğlu Şerife, Seda Kurukız (2012) Hastaların İki Ölçeğe Göre Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Bu Ölçeklerin Düşmeyi Belirlemedeki Duyarlılığı: Pilot Çalışma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 15(1): 80-8.

Reid M, Estacio R, Albert R. ( 2009) Injury and Death Associated With Incidents Reported to the Patient Safety Net. American Journal of Medical Quality;24(6):520-4.

Sentinel Event Alert (2015) A complimentary publication of The Joint Commission Issue 55, September 28,

sks-okulu-ders-notlari-kitabipdfhttpdosyasb.saglik.gov.tr (15.09.2017)

Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med. 2003; 348: 42-49.).

Terrell KM, Weaver CS, Giles BK, Ross MR (2009). ED patient falls and resulting injuries. Journal of Emergency Nursing 2009;35(2):89-92.

Yıldırım YK, Karadakovan A. (2004) Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Türk Geriatri Dergisi;7(2): 78-83.

### **38- Yaşlı bakım programı öğrencilerinde uygulama alanlarında kazandıkları deneyim ile oluşan bakım algıları**

**Mehtap Pekesen, Şengül Akdeniz, Mustafa Çoban, Hatice Acar**

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

**Giriş:** Dünyada yaşanan sosyal, kültürel, ekonomik ve demografik değişiklikler, yaşlılık olgusunda da değişiklikler yaratmış ve yeni bir boyut kazanmıştır. Dolayısıyla gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun hemen her ülkede ortalama ömür beklentisi artmış ve yaşlıların nüfus içerisindeki oranı da büyümüştür. Mevcut verilere göre yaşama eklenen yıllar, güçsüz olarak yaşayan ve bakıma muhtaç kişilerin oranını yükseltmiştir. Nicel veriler, yaşlıların sağlık ve sosyal hizmetlere talebini her geçen gün arttırmaktadır. Yaşlılık yeni bir olgu olmadığı halde, sosyal sınıflar sınıflamasında yeni bir sorun olarak kabul edilmektedir. Dünyadaki karmaşık sosyo-kültürel, ekonomik, teknolojik ve demografik değişimler yeni olmayan yaşlılık olgusunu günümüzde hemen her yerde yeni bir sosyal sorun olarak ortaya çıkarmaktadır. Diğer yandan toplumsal değişim süreci içerisinde aileler arasındaki ilişkilerin zayıflaması, ailelerin daha az çocuk yapması, boşanmaların artmasıyla; eş ve değer aile bireyleri tarafından yaşlılarına bakabilme olasılığı da azalmaktadır. Ülkemiz mevzuatında yaşlıyı korumayı amaçlayan birçok yasa hükmü yer almaktadır. Bu dinamiklerle, her toplumda yaşlı nüfusunun çoğalması sosyal bir olgu olarak yaşlı bakım ihtiyacını ve beraberinde hem yaşlıya bakana hem de bakılan yaşlıya hizmet götürme gereğini doğurmuştur. Ancak bu tür bakım hizmetlerinde çalışan ara eleman açığı mevcuttur. Mevcut durumda bu alanda çalışan elemanlar, yeterli eğitimi almamış sertifikalı personel ya da profesyonel sağlık elemanlarıdır. Yaşlı refahı alanındaki programlar, idare, ekonomi, sosyal refah ve güvenlik, sağlık, eğitim, boş zaman faaliyetleri, hukuk gibi uzmanlaşmış alanlardan personel gerektirir. Bu uzmanların çok azı yaşlılığa ilişkin özel değer, beceri, bilgi donanımı elde ederek yetişir. O nedenle doğrudan yaşlılık alanında yetişmiş ve yaşlıyla bire bir çalışacak, multidisipliner bir anlayışla elemanların yetiştirilmesi önemli bir hedef sayılmaktadır. Yaşlı Bakım Programı ülkemizdeki yaşlı nüfusun artması, gelecekte de artacak olması ve sosyal dinamiklerdeki değişimlere verilen bir yanıt olarak ortaya çıkmıştır. Değişen bu toplumsal dinamiklere yanıt daha iyi yaşlı bakımı dolayısıyla daha iyi sağlık hizmetidir. Ülkenin yaşlı bakımı konusunda, hem sosyal hem medikal bakım verecek nitelikte yetişmiş eleman gereksinimini karşılamak üzere, açılan programın eğitim alanında sosyal hizmetler, bakım hizmetleri ve tedavi hizmetleri yer almaktadır. Yaşlı bakım tekniklerini yaşlı bireyleri tıbbi ve psikososyal açıdan değerlendirerek onların yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayan sağlık



profesyonelleridir. Yaşlı bakım öğrencileri, yaşlı bireylerin sağlık problemlerinin önlenmesi ve azaltılması, günlük yaşam aktivitelerinde destek sağlanması, yaşlıya bütüncül bir yaklaşımla sosyal ve medikal bakım sunulmasına yönelik mesleki eğitim almaktadırlar. Yaşlı bireylerin bakımını ve rehabilitasyonunu destekleyen, yaşam kalitelerini artırmak için çalışan ara eleman olarak yetiştirilmektedirler.

**Amaç:** Bu araştırma yaşlı bakım programı öğrencilerinin uygulama alanlarında kazandıkları deneyim ile oluşan bakım algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Programı mezuniyet aşamasında olan 10 katılımcı oluşturmaktadır.

**Yöntem:** Araştırma nitel bir araştırmadır. Araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji (olgu bilim) deseni kullanılarak yapıldı. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırma verileri derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen veriler ses kaydına alınmış, içerik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir. Görüşmeler katılımcıların izni alınarak ses kaydı altına alınmıştır. Yapılan görüşmede verilen bilgilerin, araştırma için kullanılacağı ve kişisel bilgilerin gizli tutulacağı katılımcılara söylenmiştir.

Araştırmanın çalışma grubunun seçiminde ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme yöntemindeki temel anlayış önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan çalışma grubuyla çalışılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda araştırmaya mezuniyet aşamasında olan, araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden, onsekiz yaş üstü 10 yaşlı bakım öğrencisi araştırmaya dahil edilmiştir.

**Bulgular ve Sonuç:** Yaşlı bakım programı öğrencilerinde uygulama alanlarında kazandıkları deneyim ile oluşan bakım algılarını belirlemek için yapılan betimsel analiz sonucunda; “Kurumlarda yaşlılara sunulan bakım hizmetlerini değerlendirme”, “Yaşlı bireylerin bakım uygulamalarında beklentilerinin karşılanma durumu”, “Bakım uygulamalarında yaşanan güçlükler”, “Bakıma muhtaçlık algısı”, “Yaşlıların bakım ihtiyaçları ve uygulamaları konusunda değişen bakış açıları” olmak üzere beş ana tema oluşturuldu. Kurumlarda yaşlılara sunulan bakım hizmetlerini değerlendirme teması; yaşlı bakım öğrencilerinin uygulama yaptıkları yaşlı kurumlarında uygulanan bakımın olumlu/olumsuz ve yeterli/yetersiz olması boyutları ile değerlendirme alt temalarından oluşmaktadır. Yaşlı bireylerin bakım uygulamalarında beklentilerinin karşılanma durumu teması; uygulanan bakımların ihtiyacı karşılama, bakımın yetersiz kaldığı durumları ve sebeplerin neler olabileceğini değerlendirme şeklinde üç alt temadan oluşmaktadır. Bakım uygulamalarında yaşanan güçlükler teması; yaşlı bireyden kaynaklı güçlükler, kurumun kaynak ve personel

yetersizliğinden kaynaklı güçlükler, bakım veren bireyden kaynaklı güçlükler ve bakım uygulamalarının mesleki zorlukları alt temaları ile oluşturulmuştur. Bakıma muhtaçlık algısı; özbakımda bağımlı birey, kırılmış bir nesne gibi onarılma ihtiyacı, ruhsal ve fiziksel olarak yara alma şeklinde alt temalarından oluşmaktadır. Yaşlıların bakım ihtiyaçları ve uygulamaları konusunda değişen bakış açıları teması; öğrencilerin bakıma muhtaç bireylere ve ihtiyaçlarına, bu ihtiyaçların karşılanmasına yönelik uygulamalara bakış açısının yaşlı bakım öğrencisi olmadan önce ve sonra tamamen farklı olması durumu şeklinde alt temasından oluşmaktadır.

Yaşlanma ile birlikte tıbbi ve psikososyal sorunların artması, bağımlılık ve bakım hizmetlerine olan gereksinimi de artırmaktadır. Tüm dünyada ve ülkemizde giderek artmakta olan yaşlı nüfusu bu alanda yetişmiş personel ihtiyacını karşımıza çıkarmaktadır. Yaşlı bakım programları yaşlı bireylerin ihtiyaç duydukları tıbbi ve psikososyal bakımlarda donanımlı bir eğitim sürecinden geçmiş sağlık profesyonelleri yetiştirme amacı gütmektedir. Bu çalışmada yaşlı bakım programı öğrencilerinde uygulama alanlarında kazandıkları deneyim ile oluşan bakım algıları saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım algısı, Yaşlı bakımı, Yaşlı bakım programı

### **Perception of care with experience gained in practice areas in elderly care program students**

**Abstract:** Elderly care technicians are health professionals who contribute to the improvement of elderly people's quality of life by evaluating them in terms of medical and psychosocial aspects. This research was conducted to determine the experience of elderly care program students with their experience in the field of practice and the perception of care. The study group of the study consisted of 10 participants in the graduation phase of the Elderly Care Program of the Vocational School of Health Services of Akdeniz University. The study was conducted as a case study of qualitative research methods. The research data were collected using in-depth interview with 10 elderly care program students who agreed with the study criteria and agreed to participate in the study. Collection of research data was terminated after reaching the saturation point. Interview records were deciphered by the researchers and analyzed for content. The data obtained from the semi-structured interview were examined under five main themes. These are the themes; "Assessment of care services offered to elderly people in institutions", "The expectations of elderly people in caring

practices", "Difficulties in caring practices", "Perceived neediness", "Changing perspectives on care needs and practices of the elderly"

**Key Worlds:** Perception of care Elderly care, Elderly care program

### **Kaynaklar**

- 1.Bulduk, Emre Özgür. "Yaşlılık ve toplumsal değişim." Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi 182.182 (2014): 53-60.
- 2.Ceylan, Harun. "Yaşlanan Türkiye’de yaşlı bakım personeline duyulan ihtiyaç ve yaşlı bakım programlarının önemi." Colleges (2015): 61.
- 3.Erdem, Müyesser. "Yaşlıya bakım verme." Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 8.3 (2005).
- 4.Saruhan, Gülnur, et al. "Yaşlı bakım teknikerliği programı: yeni bir meslek dalı için öğrencilerin beklentileri." (2013).
- 5.Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2008). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: SeçkinYayıncılık.

### 39- Evde Sağlık Hizmetlerinde Verilerin Yazılım Entegrasyonu

**Oğuzhan Altun, Adem Çakır, Yeşim Serbes**

Kocaeli Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, Kocaeli/Türkiye

**Giriş:** Günümüzde herhangi bir nedenle yatağa bağımlı hale gelmiş olan hastalar evlerinde ziyaret edilerek doktor muayeneleri, ilaç tıbbi malzeme ve raporlarının takibi, sağlık bakım ve tedavi hizmetleri, destek sağlık hizmetleri, gündüz/gece enjeksiyon takibi, gıda ve beslenme hizmetleri verilmektedir. Hastaneye başvuru sıklığının azaltılması, hastalara ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek verilmesi ve tüm bu hizmetlerin bir bütün olarak birlikte sunulması Evde Sağlık Biriminin ana hedefleridir. Tüm bu hizmetleri verirken sağlık çalışanları her zaman araç içinde veya ev ziyaretinde bulunduğundan tıbbi kayıt için zaman ayırmakta zorluk yaşamakta ve tıbbi veri ve kayıtların çok az bir kısmı dijital kayıt altına alınmakta ve yine çok azı bilgi haline dönüşmektedir. Sağlık çalışanları Evde Sağlık modülü sayesinde tıbbi kayıtlarını hızlı bir şekilde yapabilecek, eski yapılan kayıtları görebilecek ve Evde Sağlık Hizmetlerinde hastaya yapılacak işlemlerin sürdürülebilir olması sağlanacaktır. Aynı zamanda kayıtların dijital olarak tutulması ile girilen tüm verilerin bilgi ( Information) haline gelmesini sağlamak Evde Sağlık Hizmetlerinin bütüncül olarak değerlendirilmesi, gerekli iyileştirme politikalarının geliştirilmesini sağlayacaktır.

**Modülün İçeriği:** Modülün içerikleri Başhekim tarafından verilen tasarım eğitimi dışında; herhangi bir bilişim sistemleri eğitimi almamış çalışanlarımız tarafından hazırlanmıştır. Modül Kalite Birimi ve Evde Sağlık Birimi çalışanları ile birlikte Hastane Başhekimliği önderliğinde Evde Sağlık Birimindeki hasta kayıtları incelenerek ve tüm birim çalışanlarının tecrübelerinden faydalanarak, Evde Sağlık Birimi'nde yapılan tüm işlemler aşama aşama gözden geçirilerek oluşturulmuştur. Bilişim sektöründe yazılım güncellemelerinin son kullanıcıların tecrübe ve girişimiyle mümkün olduğu bilgisi ile yola çıkan tasarım ekibimiz Evde Sağlık hastaları ile ilgili tüm verilerin modülde yer almasına itina göstermiştir. Tasarımı yaklaşık 3 ay süren modülümüz altta belirttiğimiz üzere on ana ara yüzen oluşmaktadır.

1.Hasta Kabul	6. Bakım Uygulamaları
2. Evde Değerlendirme	7. Tedavi Uygulamaları
3.İlaç Ve Tıbbi Malzeme Raporları	8. Planlanan Tedavi Uygulamaları

4.Tıbbi Öz Geçmiş	9. Planlanan Bakım Uygulamaları
5. Hemşire Hasta tanılama	10.Yara Bakımı

**Örnek Ara Yüz İncelemesi 1:**Yukarıdaki ara yüz başlıklarından 3. Nolu “ *İlaç Ve Tıbbi Malzeme Raporları*” ara yüzünde hastanın daha önce aldığı ilaç ve tıbbi malzeme raporları bilgileri görülebilmektedir. Raporun hangi hastane ve hangi branştan alındığı, rapordaki ilacın veya tıbbi malzemenin tüm nitelikleri ve raporun bitiş tarihi rahatlıkla izlenebilecektir. Hasta ve yakınları bahsetmese dahi “Bugün raporunuzun yenilenme tarihine bir ay kaldı” şeklinde sözlü hatırlatmada bulunularak hasta ve yakınlarının saygısı güveni kazanılacak ve dolayısıyla sağlık çalışanları ile hasta / hasta yakınları arasındaki iletişim güçlenecektir. Ayrıca modülün bu ara yüzünün doldurulması ile Evde Sağlık Hastalarımızdan hangi malzemeyi kaç hastamızın kullandığı, hangi hastalıkta hangi malzemenin daha çok kullanıldığı gibi pek çok bilgiye kolaylıkla ulaşılabilecektir.

**Örnek Ara Yüz İncelemesi 2:** “ Yara Bakımı” modülünde hastanın Yara Bölgesi, Yaranın Yönü, Yaranın Tarafı, Yaranın Boyutları ( Eni, Boyu, Derinliği), Yaranın Süresi, Yaranın Ne Zaman Tespit Edildiği, Yaranın Fiziksel Görünüşü, Yara Kokusu, Yara Akıntısı, Gruplandırma, Yaranın Olumsuz Etkileri, Hareketle İlişkileri, Yara Tedavi Yöntemleri, Girişimsel İşlemler, Pansuman gibi başlıklardan oluşan ve hastanın yarasını tüm ayrıntılarıyla tanılayıp takip edebileceğimiz bir ara yüzdür. Bu ara yüz aracılığı ile çalıştığımız bölgenin demografik özelliği ile yara tipleri ve tedavileri arasındaki bağlantıyı, sağlık çalışanlarının yaklaşımının yaranın iyileşmesi üzerindeki etkisini, yara bakımında yapılan uygulamaların yara iyileşmesindeki etkilerini, hastanın yaşantı ve sosyal durumunun yara iyileşmesindeki etkisi gibi birçok bilgiye ulaşılabilecektir. Ayrıca hastada tespit edilmiş yaranın iyileşme aşamalarını görüntülenerek (hastanın izni dahilinde) yara iyileşmesi görsel olarak takip edilebilecektir.

**Sonuç:** Evde Sağlık modülü faaliyete geçtiği andan itibaren tıbbi, sosyal, idari ve mali yönden birçok fayda sağlayacaktır.

Hastaların özgeçmişleri, geçirdikleri operasyonlar, alerji öyküleri, kronik hastalıkları, protez ve özellikli tıbbi durumları (Trakeostomi, Perkütan Endoskopik Gastrostomi tüpü (PEG), Pozitif hava yolu basınç cihazı(Bpap), Oksijen konsantratörü...gibi) hakkında bilgi sahibi olunabilecek ve karar destek sistemleri ile hastanın özellikli durumları takip edilebilecek.

Planlanmış bakım hizmetlerinde üriner sonda, Perkütan Endoskopik Gastrostomi tüpü (PEG) ve Nazogastrik sonda (NG) gibi değişim tarihinin takibi yapılması gereken girişimlerin enfeksiyona zemin hazırlamaması için uyarı sisteminin yer aldığı yazılım ile planlanmış tarihte değişimi yapıp, hastalarımızın kullandığı ilaçlar, aldıkları tanılar ile takipleri incelenerek retrospektif bilimsel çalışmalar yapılmasına olanak sağlayacaktır. Hastaların kullandığı ilaçların sistemde kayıtlı olması ile ilaç etkileşimlerinin önüne geçilebilecek, hekimler hastaların durumlarını alanında uzman hekimlere konsülte ederken tasarladığımız yazılım ile görsel (fotoğraf, video) veriler ile konsülte edilebilmesi sağlanacaktır. Evde Sağlık hizmetleri kapsamında hizmet alan ve sosyo-ekonomik seviyesi düşük, geçim sorunu yaşayan hastalarımızın aileleri için sosyal hizmetler ile evde yapılan değerlendirme paylaşılacak ve gerekli sosyal yardım çalışmaları başlatılabilecektir.

Yatan hastaların geriye dönük aldığı tedavilere ve tetkiklere hasta sayfasından ulaşılarak hastalardan tetkik tekrarlarının istenmesinin önüne geçilebilecek. Ev ortamına elektronik erişimin sağlanması ile hasta için doğru tetkik ve tedavi planlanabilecek. Modülümüzde yer alan Hemşire Hasta tanılama ara yüzü ile hastalar günlük olarak sağlık çalışanları tarafından değerlendirilecek ve hastanın ilk görüldüğü gün ile ilerleyen günlerdeki progresyonu ölçülebilecek ve hastaya uygulanacak bakımın planlanması sağlanacaktır.

Sonuç olarak, bu çalışma hastanemiz tüm tıbbi ve idari kayıtlarının Hastane Bilgi Yönetim Sisteminde dijital olarak saklanabilmesini ve ulaşılabilmesini amaçlayan projelerimizin bir parçasıdır. İdari, mali ve tıbbi süreçlerde asgari düzeyde bilişim teknolojilerinin kullanıldığı bir hastaneden üretilen her türlü tıbbi verilerin kaydedildiği ve tüm tıbbi cihazların HBYS ile entegre ve kağıt kullanımının minimum seviyede olduğu bir sistem tasarladık. Böylelikle Sağlık Bakanlığı güvenilir ve doğru veriler elde ederek Evde Sağlık Hizmetleri ile ilgili doğru politikaları geliştirebilecek.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta kayıtları, yazılım, dijital veri modülü

## **Software Integration of Data In Household Health Care Services**

### **Abstract**

**Aim:** Today, patients who have become for whatever reason bound to bed are visited in their homes: Doctor's examinations, treatment regimen, follow ups, day and night time enjection ,

food and nutrition and every aspect regarding their health and many other services are being provided.

While providing all these services, health workers are always in cars or at the patient's house so it is difficult to allocate time for medical records . A small part of the medical data and records are being digitally recorded and again very few of it takes form of a hard copy.

**Method:** Thanks to Household health Module health care workers will be able to quickly access medical records and they will be able to view old registrations and will be able to provide the health care needed for the patients,at the same time new information about the patients will be saved digitaly and will be easier to access in the future and will provide a detailed information about each and every patient. Another great advantage of this is to be able to correct&analyze any mistake and to update it whenever needed in the future.

**Result:** Once Home Health Module is applied; medical,social,administrative and financial benefits will be gained. Patients history (operations,allergies,chronic diseases,prothstetic and special medical conditions such as:Endoscopy,Tracheostomy,....etc)will be easily accessible.

A whole evaluation of the patient's condition will be easily done,and new descisions can be made.Having the patient's medical history digitaly accessible form the patient's house, the appropriate treatment and health care protocols will be easily planned.

The nurse-patient interface which takes place in our Module allows the patients to be assessed daily by the healthcare personnel and the progression of the first day and later days can be objectively measured and followed up.Thus,by obtaining reliable and accurate data, the Ministry of Health will be able to develop accurate policies about Household Health Care system.

**Keywords:** Medical records, Software Integration, Data

### **Kaynaklar**

Aile ve Toplum Yıl: 10 Cilt: 4 Sayı: 13 Ocak-Şubat-Mart 2008 ISSN: 1303-0256

Tepecik Eğit Hast Derg 2010; 20 (3): 153-8

#### **40- Anne Sütü ve Emzirmenin Devamlılığında Sağlık Kuruluşun Sağladığı Evde Sağlık Hizmetlerinin Rolü**

**Şule Özel, Gönül Tozlu, Nevin İnan Yurdağül, Nilüfer Ercan, Sevda Pakel, Yaprak Üstün**

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara/Türkiye

**Giriş:** Evde sağlık hizmeti (ESH), çeşitli hastalıklar nedeniyle ESH almaya ihtiyacı olan bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek, sağlık durumunu korumasını sağlamak ya da bu durumu yükseltmek amacıyla kendi evinde, aile ortamında sağlık profesyonelleri tarafından tetkik ve tedavinin yanında danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde sunulan hizmetler bütünüdür. ESH herhangi bir yaş grubuna özel değildir. ESH sayesinde bireyler yaşam alanları içinde sağlık hizmetini direk olarak alabilmekte, hastanın yakınları da sağlık bakım hizmetinin içinde yer almakta, hastane enfeksiyonları gibi riskler ortadan kalkmakta, hastanelerdeki yatak işgali en aza inmektedir. ESH kapsamındaki hasta grupları; temel gereksinimlerini sağlayamayacak durumdaki yaşlılar, kanser hastaları, kronik hastalığı olan hastalar, parenteral ve enteral beslenme gereksinimi duyan hastalar ve psikiyatri hastalarıdır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ESH verilen hasta grubu kapsamına yeni doğum yapan anne ve bebeklerini de almıştır. Lohusa kadınların ve yenidoğanın evde ziyareti ile lohusa kadına verilen emzirme eğitimi birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındaki ESH' dir. Ancak gebe kadının antenatal takip ve doğum hizmetini veren ikinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının sağlık durumunu ve ihtiyacını yakından bildiği lohusa kadını evde ziyareti ve hastanede verilen emzirme eğitiminin değerlendirilmesi anne ve yenidoğan açısından önemlidir. Doğumdan sonra anneler emzirmeyle ilgili yaşayabilecekleri sorunlarla nasıl baş edebileceklerini bilememekte, doğum sonrası anneler kendilerini tamamen yalnız ve çaresiz hissetmektedirler. Çaresizlik ve yanlış uygulamalar annelerin sütlerinin azalmasına ve başka besleme şekillerine geçmelerine neden olmaktadır. Başarılı bir emzirmenin sağlanması için aile bireyleri, bebeğin babası, akran emziren anne grupları tarafından sağlanan desteğin yanı sıra sağlık ekipleri de emzirme desteğinin bir parçası olmalıdır. Özellikle sağlık ekipleri tarafından anneler doğum öncesi, doğum sırası ve sonrasında emzirme ile ilgili izlenmeye devam edilmelidirler.

**Amaç:** Bu çalışma Bebek Dostu Hastane Ünvanı almış bir kurum olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi



taburcu olan annelerin ESH kapsamında emzirme sürecinin takibi, emzirme eğitimi, doğru emzirme tekniklerinin uygulanması ve ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleme konularında ev ziyaretleri sağlanarak emzirme ve anne sütü konusunda annelere destek olmayı amaçlamış pilot bir çalışmadır.

**Yöntem:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinden Kasım-Nisan 2018 ayları arasında taburcu olan 60 anne ve bebek hastanesinin Evde Sağlık Birimi'ne bağlı olarak çalışan hemşire tarafından ziyaret edilmiştir. Ev ziyaretleri ailelerin uygun oldukları tarihlerde taburculuktan sonra en erken 3 gün en geç 10 gün içinde yapılmıştır. Annelerin emzirme eğitimi ve emzirme uygulamaları konusunda ESH biriminde çalışan hemşire tarafından gözlem yoluyla değerlendirilmiştir. Bu ziyaretlerde sezaryen olan annelerin dikişlerinin alınması, yara yerinin gözlenmesi gibi bakımlar da yapılarak lohusa kadınların küçük işlemler için hastane ortamına girmeleri de engellenmiştir.

**Bulgular:** Ziyaret edilen annelerin annelerin %95'inin hastanede taburcu olmadan önce anne sütü ve emzirme eğitimi aldıklarını ifade etmişlerdir. % 80'inin bebeklerini ne sıklıkla emzireceklerini, nasıl bir teknikle besleyeceklerini ve ilk 6 ay anne sütü dışında başka gıda vermeyeceklerini bildiklerini ifade etmişlerdir. Annelerin %10'u ise bebeği tam uyandıramadığını ve göğüs ucunu tam kavrayamadığını söylemişlerdir. Bu anneler emzirme konusunda tekrar bilgilendirilip emzirme sırasındaki uygulamalarda anneye yardım edilerek, tekrar ziyarete gelineceği konusunda bilgilendirilme yapılmıştır.

**Sonuç:** Bebek Dostu Hastane Politikasının onuncu adımı 'Anneleri, taburcu olduktan sonra da emzirmeye devam edebilmeleri, karşılaşabilecekleri sorunları çözebilmeleri ve bebekleri ile kendilerinin kontrollerini yaptırabilmeleri için başvurabilecekleri sağlık kuruluşları hakkında bilgilendirmektir. Bebek dostu ünvanı almış bir kurum olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi 'Başarılı Emzirmede 10 Adım' ilkelerini politika edinmiş ve yürütmektedir. Anneler doğumdan önce emzirme konusunda eğitime başlanmış, doğumdan hemen sonra ve eve gittikten sonra da emzirmenin devamlılığı konusunda desteklenmiştir. Hastanemizde annelerin taburcu olması için tek kriter annedeki doğum sonu erken komplikasyonların ortadan kalkması ya da tedavisinin bitmesinin yanısıra başarılı emzirmenin de sağlanmış olması gerekmektedir. Emzirmede sorun yaşayan annelerin taburculukları ertelenmekte, kurumda formüle endikasyonu doğmuş bebeklerin tam emzirmeye geçmeden anne sütü dışında başka gıdayla eve gitmeleri engellenmektedir. Taburculuğu ertelenen anneler

belirlendikten sonra Kurumun ESH birimi tarafından takipleri devam etmektedir. Giderek değişen, büyüyen toplum ESH'nin önemini de arttırmaktadır. Bu büyüyen toplumda evde bakım hizmeti almaya muhtaç yaşlı nüfusun yanında, doğan, büyüyen, doğuran bir nüfusun olduğunu da unutmamak gerekmektedir. Ülkemiz de büyüyen bu nüfusla birlikte büyümeye devam etmekte özellikle çalışan kadın istihdamını arttırmaktadır. Çalışan kadınların çoğu bir yandan emzirmeyi sürdürmekte bir yandan da iş hayatındaki yerinin devamlılığını sağlamaktadır. Ancak yoğun iş temposu, emzirmeye ayrılan süreyi giderek kısaltmakta bu da anne sütüyle besleme oranlarını giderek azaltmaktadır. ESH bu anlamda da önem kazanmaya devam etmektedir. Özellikle emziren anneler için planlanan ev ziyaretleri hastanelerin sürekli yürüttüğü ve sağlık hizmetinin bir parçası haline gelmelidir ki bu anneler hasta olmayan bireyler olarak küçük işlemler için hastanelerdeki yoğunluğu da arttırmamış olacak, tedavi masrafları azalmış annelerin bakımları ve bilgilendirilmeleri de aile ortamında yapılmış olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Evde Sağlık Hizmeti, Emzirme Süreci, Anne Sütü

### **The Role of Home Health Care Services Maintaining Mother Milk And Breastfeeding Provided By Health Organization**

#### **Abstract**

**Aim:** This study was carried out to investigate the effect of breastfeeding training, correct breastfeeding techniques and mothers' first breastfeeding for the first 6 months on the mothers who were discharged from the Hospital of Health Sciences University, Zekai Tahir Burak Women's Health, Health Practice and Research Hospital, is a pilot study aimed at providing support to mothers about breastfeeding and practising about mother milk by providing home visits in feeding areas. **Method:** The Health Sciences University, Zekai Tahir Burak Gynecology and Health Practice and Research Hospital was visited by a nurse in 60 mothers and infants hospitalized between November-April 2018, who were discharged from the hospital. Home visits were made within 10 days at the earliest 3 days after discharge from the date when their parents were eligible. Anneler was assessed through observation by nurses working in the Home Health Care Service unit on breastfeeding training and breastfeeding practices. In these visits, the cesarean section of the mother's stitches, such as the wound site is observed, such as the maintenance of the poultry women to enter the hospital environment for small transactions are also prevented. **Results:** 95% of the visiting

mothers stated that they had been breastfeeding and breastfeeding before discharge in the hospital. 80% know how often they will breastfeed their babies, how they will feed them, and they will not give any food other than breast milk for the first 6 months. Ten percent of the parents said they could not fully wake the baby and that they did not fully catch the chest tip. These mothers were re-informed about breastfeeding and were informed that breastfeeding practices would help the mother to come back again. **Conclusion:** The 10 step of the Baby-Friendly Hospital Policy is to inform the health institutions that they can apply to be able to continue breastfeeding, solve the problems they may face, and make their babies and their checks after being discharged. Zekai Tahir Burak Women's Health, Health Practice and Research Hospital, which is a baby-friendly institution, has adopted and implemented the principles of "10 Steps to Successful Breastfeeding". The antennas were started to be trained about breastfeeding before birth, and they were supported immediately after birth and after the home for the continuity of breastfeeding.

**Keywords:** Home Health Care, Breastfeeding Process, Breastfeeding

## **Kaynaklar**

Alpak, Mehtap (2015), “Evde Sağlık Hizmetlerinin Türkiye’deki Yeri (Antalya Örneği)”, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Işık, Oğuz, Kandemir, Aysun, Erişen, Mehmet, Akif, Fidan, Cuma (2016), “Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2): 171-186.

Akbayram, Tuba, Hatice (2015), “Gebelik Döneminde Verilen Anne Sütü Ve Emzirme Eğitiminin Anne Sütü İle Beslenme Ve Emzirmeye İlişkin Davranışlara Etkisi”, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Van.

Bülbül, Arzu (2016), “Sağlık Çalışanlarının Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sürdürülebilirliği Konusundaki Algı Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Saha Çalışması”, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Coşkun, Nurcan (2011), “Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti”, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Sur, Haydar (2012), “Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Eylül-Ekim- Kasım: (24).

#### **41- Sağlık Meslek Lisesinde Eğitim Görmekte Olan Öğrencilerin Diyabet Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi: Özel Başer Sağlık Meslek Lisesi Uygulaması**

**Hatice Seyhan Kutluay, Elif Uruç Öztürk, Sevim Eryiğit, Reyhan Seyhan,**

**Amaç:** Diyabet, herhangi bir anında bireyin hayatına girebilen, bireyin ve beraberinde ailesinin alışkanlıklarını, yaşam tarzını zorunlu olarak değiştirmesine sebep olan, yaşam kalitesini azaltan ve bireyin hayatında uzun yıllar var olacak olan bir hastalıktır. Diyabet hastalığına yakalanmış olan bir birey, planlı bir yaşam ve yaşam boyu devam edecek olan bakımı sürdürmek durumundadır. Dünya Sağlık Örgütü(WHO), diyabetli hastalara yönelik yapmış olduğu çalışma sonucunda; diyabetli hasta sayısının 2025 yılında 300 milyona ulaşacağı tahminini ortaya koymuştur. Yine Dünya Sağlık Örgütüne göre diyabet hastalığının tedavisinde en önemli etken hasta eğitimidir. Eğitimli sağlık personelleri tarafından verilecek olan diyabet eğitimi, hastanın yaşam tarzını, öz bakımını olumlu yönde etkileyecek çok önemli etkenlerdir. Bu anlamda sağlık alanında eğitim veren kuruluşlarda bulunan öğrencilerin diyabet hastalığı konusundaki bilgi düzeyi, konuya yönelik farkındalığı önemlidir. Bu çalışmanın amacı, sağlık meslek lisesinde okuyan ve sağlık alanında çalışmaya başlayacak olan hemşire yardımcılığı ve sağlık bakım teknisyenliği alanı öğrencilerinin diyabet hastalığı konusunda bilgi düzeylerinin ölçülmesini sağlayarak ilgili hastalığa yönelik farkındalık oluşturulmasıdır.

**Gereç-Yöntem:** Araştırma evrenini İstanbul ili Bağcılar ilçesinde bulunan özel bir sağlık meslek lisesi 9,10,11 ve 12. sınıflarında eğitim gören 376 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmaya, 281 öğrenci katılmış olup; 95 öğrenci ise devamsızlık veya isteksizlik sebebi ile çalışmanın dışında tutulmuştur. Çalışma iki oturumda eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyinin karşılaştırılması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Eğitim öncesi anket öğrencilere sınıf ortamında dağıtılmış ve öğretmen gözetiminde 15 dakika süre ile doldurulmuştur. Sonrasında ise öğrenciler diyabet konulu sunum, tiyatro çalışması ve anlatım şeklinde gerçekleştirilen eğitime katıldıktan sonra eğitim sonrası anketler de aynı şekilde doldurulmuştur. Veriler; demografik bilgileri içeren soru formu ve MPharm ve arkadaşlarının hazırladığı, Türkçeye çevrilerek düzenlenen (AKIN A. Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma Ve Depresyon, 2013) 15 sorudan oluşan soru formu kullanılarak toplanmıştır. Söz konusu soru formu, diyabete yönelik olarak; nasıl ortaya çıktığı, belirtileri, izleme yöntemleri, diyabetli bireylerin nelere dikkat etmesi gerektiği ve diyabet türlerini

ölçmektedir. Veriler SPSS istatistik yazılım programı kullanılarak yorumlanmıştır. Soru formuna uygulanan güvenilirlik testi sonucunda Cronbach Alpha değeri 0,82 bulunmuştur.

**Bulgular:** Araştırmaya katılanların %58'i kız ve %31,7'si 16 yaşındadır.% 74'ü ailesinde diyabet hastası olmadığını, %59'u daha önce diyabet konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. “Diyabet hastaları için gerekli yaşam biçimi değişiklikleri nedir?” sorusuna %57,7 doğru cevap vermiştir. En az doğru cevap ”Hangi diyabet önlenbilir?” sorusuna verilmiştir(%7,5). Yapılan Wilcoxon Signed Ranks Testi sonucunda öğrencilere verilen eğitim öncesinde ve sonrasında yapılan testler arasında p=0,00 düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuştur.

**Tablo 1:** Çalışmaya katılan öğrencilerin diyabet konulu eğitime girmeden önceki bilgi düzeyleri(öntest) ile eğitim sonrasındaki bilgi düzeylerinin(sontest) Wilcoxon testi ile karşılaştırılması

Ön Test –Son Test	N		p
Negatif sıralama	27	64.87	0,00
Pozitif sıralama	232	137.58	
Eşit	22		
Toplam	281		

Ailede diyabet hastası olup olmaması ile diyabet bilgi düzeyi arasında yapılan Mann Whitney U testi sonucunda olumlu yönde P=0,01 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmuştur. Daha önce diyabet ile ilgili bilgi edinilip edinilmemesi sonucuna göre p=0,00 düzeyinde olumlu yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

**Tablo 2:** Çalışmaya katılan öğrencilerin daha önce diyabet konusunda bilgi alıp almama durumu ve ailede diyabet hastalığına sahip bireylerin bulunup bulunmaması durumları ile diyabet bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Diyabet bilgi düzeyi	Daha önce diyabet bilgi		Ailede diyabet	
	N	Mean Ranks	N	Mean Ranks
Evet	167	164,04	71	168,44
Hayır	114	107,25	208	130,29
p	0,00		0,001	

Öğrencilerin sınıf durumlarına göre diyabet bilgilerinin karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis Testine göre öğrencinin bulunduğu sınıf düzeyi ile bilgi düzeyi arasında p=0,00

düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuca göre 11 ve 12.sınıfta bulunan öğrencilerin bilgi düzeyi 9 ve 10.sınıfta bulunan öğrencilerin bilgi düzeylerine göre daha yüksektir. Bu durumun sebebi öğrencilerin 11.sınıfta ilgili meslek derslerinde diyabet hastalığına yönelik eğitim almaları olarak düşünülmektedir.

**Sonuç:** Sağlık ile ilgili eğitim veren kuruluşlarda okuyan öğrenci sayısı oldukça fazladır ve söz konusu öğrenciler eğitimlerini tamamladıktan sonra çeşitli sağlık kuruluşlarında çalışarak bireylere sağlık hizmeti sunacaktır. Dünyada ve ülkemizde diyabetli hasta sayısı göz ardı edilemeyecek durumdadır ve bu hastalara uygulanabilecek en iyi tedavi söz konusu hastalığa yönelik olarak bilgilendirilmesinin sağlanmasıdır. Yapılan analizler sonucunda 11 ve 12.sınıf öğrencilerinin, ailesinde diyabet hastası olan öğrencilerin ve daha önce diyabet ile ilgili eğitim aldığını belirten öğrencilerin diyabetle ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla beraber çalışmamız kapsamında yapılan diyabet eğitiminin diyabet bilgi düzeyini artırdığı sonuçlara yansımıştır. Bu sonuçlar diyabet konusunda verilen eğitimlerin bireylerin bilgi düzeyini artırdığını ve bu konuda farkındalık oluşturduğunu göstermektedir. Sağlık alanında okuyarak geleceğin sağlık çalışanı potansiyelini oluşturan öğrencilerin diyabet konusunda sürekli eğitim görebilerek hastalığa yönelik bilgi düzeylerini artırmak, ilgili hastalığa sahip bireylerin tedavisi açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabet, sağlık, sağlık meslek lisesi, hemşire yardımcılığı

## **To Evaluate Level of Students' Information About Diabetes Who Study in Medical Vocational High School**

### **Abstract**

Diabetes is an illness which can come into one's life in every moment causes to change individual and his family's life style and habits decreases life quality and will be long time in one's life. A person who has diabetes has to go on a regular health care and a planned life world health organization (WHO) has put forward that the number of patient with diabetes will reach 300 million in 2025 as a result of a study for patients with diabetes according to world health organization the most important thing on cure of diabetes illness patients education diabetes education which will be taught by government health official is a most important factor which impress a patient's life style and selfcare.

In this sense students who are in the foundations about health information level about diabetes and awareness about issue is important . The aim of this study is forming an awareness for diabetes and utilize student's information about diabetes .

**Key words:** diabet, health, medical vocational high school, nurse assistant