

KRONİK HASTALIKLAR VE PSİKOSOSYAL BAKIM

Chronic Diseases and Psychosocial Care

 Tuğba Aydemir¹  Şerife Çetin²

¹ Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü İlk ve Acil Yardım Programı, Niğde, Türkiye

² Kayseri Üniversitesi, İncesu Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Kayseri, Türkiye

ÖZ

Kronik hastalıklar dünya genelinde ve ülkemizde en yaygın ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Ülkemizde nüfusun yaşlanmasıyla birlikte bu sağlık sorunlarının görülme sıklığı giderek artmakta ve gelecekte ülkenin sağlık sistemini de çeşitli riskler açısından tehdit etmektedir. Bu hastalıkların tedavi ve bakımı hastalığa bağlı komplikasyonların önlenmesi, sakatlık ve ölümlerin azaltılması açısından önemlidir. Günümüzde kronik hastalıklarının tedavi ve bakımı fiziksel gereksinimler üzerine odaklanmış durumdadır. Fakat kronik hastalıklar fiziksel semptomların yanı sıra çeşitli psikososyal sorunlara da neden olmakta ve bu sorunların çözülmesi için de diğer sağlık bakım profesyonellerinin yardımına gereksinim duymaktadır. Bu yüzden hemşireler, bakım verdikleri hastaların psikososyal durumlarının değerlendirilmesinde ve sorunlarına çözüm üretbilmeleri için onlara destek olunmasında anahtar role sahiptir. Bu makalenin amacı, kronik hastalıklarda psikososyal bakım kavramını ve bu konuda hemşirelerin sorumluluklarını tanımlamaktır.

Anahtar Kelimeler: *Kronik hastalıklar, Psikososyal bakım, Hemşirelik*

ABSTRACT

Chronic diseases are among the most common causes of death worldwide and in our country. With the aging of the population in our country, the incidence of these health problems is increasing and threatening the health system of the country in terms of various risks in the future. Treatment and care of these diseases are important in terms of prevention of disease-related complications, reduction of disability and mortality. Today, treatment and care of chronic diseases are focused on physical needs. However, chronic diseases cause various psychosocial problems as well as physical symptoms, and other health care professionals need help to solve these problems. Therefore, nurses have a key role in assessing the psychosocial status of the patients they care for and supporting them in finding solutions to their problems. The aim of this article is to define the concept of psychosocial care in chronic diseases and the responsibilities of nurses.

Keywords: *Chronic diseases, Psychosocial care, Nursing*

Geliş tarihi/Received: 04.11.2019

Kabul tarihi/Accepted: 27.11.2019

İletişim:

Tuğba AYDEMİR

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Niğde, Türkiye

E-posta: tugbaaydemir@ohu.edu.tr

GİRİŞ

Kronik hastalıklar; ortaya çıkması aniden olmayan, oluşumunda çeşitli fizyopatolojik durumların yer aldığı ve genellikle tam iyileşmenin olmadığı, tedavi ve bakım süreci uzun süren, bu yüzden yönetilmesi hastalar ve bakım veren kişiler açısından zor olan tıbbi durumlardır. Kronik durumlar sonucunda bireylerde uzun süreli aktivitelerde azalmalar görülmekte, fiziksel ve sosyal yönlerden engellilik durumu ortaya çıkmaktadır (1).

Kronik hastalıklar alan yazında çoğunlukla Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak tanımlanmaktadır. Dünya genelinde BOH'lar halen sakatlıklara ve ölümlere sebep olma açısından ilk sırada yer aldığı için, en önemli sağlık problemleri olma özelliğini korumaktadır. Dünyadaki ölümlerin % 71'inden, yani meydana gelen 57 milyon ölümün 41 milyonundan BOH'lar sorumludur. BOH'lardan erken ölüm, 21. yüzyıldaki gelişmişliğe meydan okuyan en ciddi sorunlar arasında yer almakta ve bu hastalıklar her yıl 30 ila 70 yaşları arasında 15 milyon insanın erken ölümüne sebep olmaktadır (2).

BOH'lara bağlı ölümlerin başlıca sebebi kardiyovasküler hastalıklardır ve dünyada 2018 yılında kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı 17.9 milyon ölüm meydana gelmiş ve bu hastalık grubu tüm BOH'lara bağlı ölümlerinin % 44'ünü ve tüm küresel ölümlerin % 31'ini oluşturmuştur. İkinci sırada kanserler yer almaktadır ve kanserler sebebiyle 9 milyon ölüm görülmüş ve tüm BOH'lara bağlı ölümlerinin % 9'unu ve tüm küresel ölümlerin % 16'sını kanserlere bağlı ölümler oluşturmuştur. 3. sırada kronik solunum yolu hastalıkları yer almakta ve 3.8 milyon ölüme sebep olmakta ve tüm BOH'lara bağlı ölümlerinin % 9'unu ve tüm küresel ölümlerin ise % 7'sini oluşturmaktadır. 4. Sırada ise diyabet gelmekte ve diyabet sebebiyle 1.6 milyon ölüm görülmekte ve tüm BOH'lara bağlı ölümlerin % 4'ü ve küresel ölümlerin % 3'ünü oluşturmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2018 yılında yayınlanan ülkelerin BOH açısından profillerinin belirtildiği çalışmada; Türkiye'de 2016 yılında BOH'ların tüm ölümlerin % 89'undan sorumlu olduğu, %34 oranla kalp ve damar has-

talıkların, % 23 oranıyla kanserlerin, % 7 oranla solunum sistemi hastalıklarının, % 5 oranıyla diyabetus mellitus'un ölüm sebepleri arasında yer aldığı belirtilmiştir. Yine 2017 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan BOH'ların gelişim durumunu gösteren raporda Türkiye'de BOH'lardan 392.000 ölüm olduğu ve tüm ölümlerin %88'inden sorumlu olduğu, ayrıca BOH sebebiyle erken ölüm oranının %17 olduğu belirtilmiştir (3).

Türkiye İstatistik Kurumu 2018 yılı ölüm nedeni istatistiklerinde ise ölümlerin %38,4'ünü oluşturan kalp damar hastalıkları birinci sırada, bunu % 19,7 oranıyla kanserler ikinci sırada izlemekte ve %12,5 oranıyla solunum sistemi hastalıkları üçüncü sırada yer almaktadır (4).

Erken ölüm bir toplumda BOH'ların önemini değerlendirmede en önde gelen sorunlardan birisidir. Dünya genelinde her yıl 30 ila 70 yaşları arasında 15 milyon insan BOH sebebiyle erken ölmekte iken, Türkiye'de yaşayan bir bireyin dört bulaşıcı olmayan hastalıktan biri sebebiyle erken ölme olasılığı (70 yaş altı) 2015 yılında %16.8, 2017 yılında erken ölüm ihtimali de %17'dir (6).

Kronik hastalıklar özellikle düşük ve orta gelirli ülkeler için önemli ekonomik riskler oluşturmaktadır. Küreselleşme ve bunun sonucu olarak yoksulluk, sağlığa zarar veren ürünlerin ticareti, hızlı kentleşme ve nüfus artışı da kronik hastalıkların görülme oranını kısır bir döngü içerisinde arttırmaktadır. Yoksulluk, bulaşıcı olmayan hastalıklar ile oldukça yakından ilişkilidir. Bulaşıcı olmayan hastalıklardaki hızlı artış, özellikle sağlık bakımı ile ilgili hane halkı giderlerini artırarak, düşük gelirli ülkelerde yoksulluğun daha da artmasına sebep olmaktadır (7, 8).

Ülkemizde 'de yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusunun artmasıyla birlikte BOH'ların korunma, tedavi ve bakım süreçleri iyi bir şekilde yönetilmediği takdirde yakın gelecekte, hem sakatlıklar hem de ölümler açısından önemli sorunlara sebep olacağı öngörülmektedir. Bu yüzden bu sorunlar ülkenin sağlık sistemini tehdit etmekte, hem ekonomik, hem insani, hem de sosyal sorunlara neden olmakta ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için risk oluşturmaktadır (5, 6).

Kronik Hastalıkların Değiştirilebilir Majör Risk Faktörleri

Kronik hastalıklar çok yaygın ve mali yükü fazla olan hastalıklar olmasına karşın, çoğunlukla önlenemez nitelikteki hastalıklardır. BOH'lar genellikle karmaşık bir etiyolojiye sahiptirler. Birçok risk faktörü ile ilişkilendirilmişlerdir. Genellikle bulaşıcı olmayan bir kaynağa ve uzun bir latent dönemine sahiptirler. Hastalığın uzamış seyri sıklıkla fonksiyonel bozukluk ya da engellilik hali takip eder (5, 9).

Kronik hastalıkların oluşumunda; kolesterol yüksekliğine, kan basıncı yüksekliğine, obezite ve ağırlık artışına sebep olan; zararlı oranda alkol kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, sağlıksız diyet ve beslenme, tütün kullanımı gibi değiştirilebilir 4 büyük risk faktörü yer almaktadır (2). Risk faktörlerine maruz kalmak hayatın erken döneminde başlasa bile, BOH'lara bağlı mortalite ve morbidite genellikle yetişkinlik çağda gerçekleşir (3, 5).

Türk nüfusunda güncel BOH risk faktörleri prevalansını gösteren bir çalışma olan ve 2017 yılında yapılan "Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması"nın sonuçlarına göre Türkiye nüfusunun yarıdan fazlası (%51,2), bulaşıcı olmayan hastalıklar için üç ya da daha fazla risk faktörüne sahiptir ve bu durum yaşla orantısız olarak artmaktadır. Çalışmada nüfusun sadece % 1,3'ünün, bulaşıcı olmayan hastalıklar için 5 risk faktöründen hiçbirine sahip olmadığı görülmüştür (5).

Ülkemizde her 10 kişiden üçünün hipertansiyonu vardır. Araştırma sonuçlarına göre bozulmuş açlık kan şekeri grubun %7,9'unda bulunmaktadır ve bozulmuş açlık kan şekeri sıklığı erkeklerde (%8,1), kadınlardan (%7,7) daha yüksektir. Yüksek açlık kan şekeri (venöz plazma değeri ≥ 126 mg/dl) olanlar ile halen yüksek açlık kan şekeri için ilaç kullananlar araştırma grubunun 10 katılımcıdan birini (%11,1) oluşturmaktadır. Yüksek HbA1c ($\geq 6,5$) düzeyine sahip olma sıklığı erkekler (%11,9) ile kadınlarda (%12,2) benzerdir ve yaşla birlikte artmaktadır. Total kolesterol düzeyi ≥ 190 mg/dl'nin üzerinde olanlar ile yüksek kolesterol için ilaç kullananlar kadınlarda (%28,5) erkeklerden (%20 ,9) daha yüksektir. Erkeklerin %55,6'sında ve kadınların % 49,1'inde HDL kolesterolü opti-

mal düzeyin altındadır. Günlük ortalama tuz tüketimi 9,9 gramdır (erkeklerde 11,0 g/gün ve kadınlarda 8,7 g/gün) (5).

Kronik hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı ölümlerin çoğu ülkelerin sağlık sistemlerinin toplumun gereksinimlerini adaletli ve etkin şekilde karşılayabilir hale getirilmesiyle ve önlenemez risk faktörlerinin kontrol altına alınması için kamu politikalarının geliştirilmesiyle önemli ölçüde önlenmektedir (8).

Kronik Hastalıklarda Psikososyal Bakım

Bakım, ihtiyacı olan bireylere özgü bireyselleştirilmiş çözümleri uygulayabilmeyi gerektirmektedir. Tıbbi modele dayalı bakım vermek, bakımın özünde yer alan anlayıştan uzaktır ve sağlık hizmetinin amacına ulaşmasında yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle bireye özgü "hasta merkezli" ve o bütünü anlamaya odaklanan "holistik" bakım anlayışı savunulmaktadır. Bütüncül yaklaşım, bireyin sadece hastalığına odaklanmayı değil bu hastalığa vermiş olduğu tepkileri de dikkate almayı içermektedir. Bu anlayışla verilen bakım, insanın yaşamında pozitif yönde farklılıklar sağlamaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde çeşitli boyutlarda yaşanan sorunlar, bakımın fiziksel gereksinimler ve tedavi uygulamalarıyla sınırlanmasına, rutin uygulamaların ağırlık kazandığı iş merkezli çalışmaya, hastaların psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin ihmal edilmesine yol açabilmektedir. Oysaki bakımın özünün, psikososyal bakım becerilerini içerdiği görülmektedir (10, 11).

Kronik durumlar bir süreçtir ve çeşitli evrelerden oluşmaktadır ve kronik hastalıkların çeşitli evrelerinde sadece semptomlara özgü fiziksel sorunlar yer almayıp, aynı zamanda psikososyal boyutta da çok çeşitli sorunlarla karşılaşılabilir. Sağlık profesyonelleri özellikle de hastalarla uzun süreli zaman geçiren hemşirelerin, bu sorunları göz önüne alarak her hasta için bireyselleştirilmiş olarak ve fiziksel sorunların yanı sıra psikososyal sorunların da yönetimini içeren bakım planlamaları önemlidir (12, 13).

Kronik hastalıklarda psikososyal bakım, bu hastalıkların sebep olduğu yaşamsal krizlerle baş etmekte güçlük çeken bireylere destekleyici uygulamaları içermektedir. Hemşireler,

bireylerin kendi çevresinde hastalığına ya da durumuna uyumunu destekleyerek her hastanın özgün streslerine uyumunu kolaylaştırmak için sorumluluğa sahiptir. Hastanın baş etme tepkilerini, maksimum güçlerini ve bütünlüğünü sürdürülebilmesini belirleme hemşirelere bu sorumluluğu karşılarken yardımcı edecektir (1).

Psikososyal bakım, rutin tedavi ve bakımdan ayrı düşünülmez bir kavramdır ve bakımın önemli bir parçasıdır. Psikososyal bakım, sağlığını etkileyen yaşam krizleri olan hastalıkların, emosyonel boyutuyla baş etmede zorlanan bireylere yardımcı ifade eder. Psikososyal bakım, bireyin kognitif, emosyonel, sosyal, psikoseksüel, kültürel ve spiritüel gereksinimlerini tanımlama ve karşılama sürecidir. Psikososyal bakımda amaç, hastanın tanı (kanser vb...) ve tedavisine (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi vb...) uyum sağlayabilmesi, bu süreçte yaşadıkları psikolojik tepkilerini yönetebilmesi, mevcut durumunu gerçekçi değerlendirebilmesi ve kabullenmesi, sorunlarıyla adaptif başedebilmesi, yaşam planını ve önceliklerini yeniden oluşturabilmesi, umudunu koruyabilmesi, kendisi, tedavi ekibi ve yakınlarıyla ilişkilerini düzenleyebilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Birçok psikososyal sorunu beraberinde getiren kronik hastalıklar ve tedavisi sadece hastalar için değil, hasta aileleri içinde destekleyici girişimleri gerektirmektedir. Psikososyal bakım becerileri geliştirmek ve uygulamak hasta ve ailesini bütüncül ele almayı sağlarken, hemşirelerin de mesleki doyumlarının artırılmasını sağlamaktadır (10, 14, 15).

Hemşireler gerek hasta, gerekse hasta yakınları için psikososyal desteğin önemli bir parçasıdır. Psikososyal bakımın entegrasyonunda en yaygın yollardan birinin işbirlikçi bakım yaklaşımı olduğu ileri sürülmektedir. Ülkemiz sağlık sisteminde kronik hastalığı olan bireylerin kapsamlı ve kaliteli bakım almalarına yönelik uygun modelleri geliştirmek, sağlık profesyonellerinin sorumluluğu, hastaların ise hakkıdır (10).

Kronik Hastalıklarda Görülen Psikososyal Sorunlar

Kronik hastalık tanısı almak bireylerde hafif duygusal tepkilerden ciddi ruhsal bozukluklara kadar çeşitli düzeylerde problemlere sebep olabilmektedir. Aniden ortaya çıkmasına ve tedavi ve bakım süreci daha az zaman alması özelliğine sahip olan akut durumların aksine kronik hastalıklar, bireye ge-

lecek için tam bir çerçeve sunmayan kalıcı hastalıklardır. Birçok kronik hastalık bireyin hayatında önemli düzenlemeler gerektirmektedir. Hastalıkla yüzleşen her kişi, geçmiş yaşam deneyimleri, baş etme stratejileri ve kişiliğine bağlı olarak çeşitli tepkiler vermekte ve hastalığın alevlenme ve hafifleme dönemlerindeki sağlıktaki değişimler hasta ve ailesinin baş etme mekanizmasını zorlayabilmektedir. Birey ve ailesi bu dönemde normal rutinlerin sürdürülüp sürdürülemediğine, tıbbi krizlerin tedavi edilip edilemediğine, bireyin normal yaşam stiline ve tedaviye katılıp katılmadığına bağlı gelişen anksiyete ile baş etmeyi sürdürmektedirler. Ayrıca hasta ailesinin yaşantısındaki roller, bakım veren rolünde olma, cinsel yaşam, sosyal ilişkiler, maddi değişimler gibi yaşamın rutinindeki değişiklikler de kronik hastalığa psikososyal yanıtı etkilemektedir (1, 15, 16).

Kalp damar hastalıkları, kanserler, solunum sistemi hastalıkları ve diyabet gibi yaygın görülen kronik hastalıklarda ve daha az oranda görülen diğer kronik hastalıklarda çeşitli psikososyal sorunlar görülebilmektedir. Kronik hastalıklarda sıklıkla görülen psikososyal sorunlar arasında; üzüntü, endişe, korku, çaresizlik, ümitsizlik, inkar, itaatsizlik, saldırganlık, öfke, anksiyete, depresyon, beden imajı ve benlik saygısında azalma, aile ve sosyal rollerin kaybı, özgüvenin azalması, bağımlılıkta artma, sosyal izolasyon ve intihar girişimi riski gibi sorunlar yer almaktadır (1,12, 17).

Kronik hastalığa zayıf uyum; depresyon, benlik saygısında azalma, bağımlılık ve uyumsuzluklara neden olabilmektedir. Uyumsuzluk hastalık hakkında bireyin kendi bilgisini korumaya alışık olması ve bağımlılık korkusu, durum üzerinde kontrolü sürdürme alışkanlığı sonucu inkarın yaşanmasıyla meydana gelebilmektedir. İnkâr hastalık tarafından yaratılan stres ve korkuya karşı, koruyucu bir savunma olarak remisyon veya alevlenme sırasında oluşabilmektedir. Öfke hastalık yüzünden umut ve hayallerden vazgeçmeye verilen bireysel mücadeleye ile meydana gelmektedir ve öfke bireyin hastalık üzerinde kontrolünü sağlamak için denediği enerji kaynağı olabilmektedir. Bu dönemde sigara bırakmak, diyet gibi yaşam tarzı değişikliklerini geliştirmek, yeni tedaviler hakkında danışmanlık almak, interneti kullanmak, danışmanlık hatlarını aramak ve ikincil ya da üçüncül görüşleri araştırmaya gereksinim

olabilmektedir. Depresyon, bireyin eski sağlıklı formundan vazgeçmenin acısını hissetmeye başladığında meydana gelmektedir. Geçmişe ilişkin yaşanan çaresizlik, üzüntü ve korku kayıp sürecinin bir parçası olmaktadır (1, 18).

Kısa süreli ilaç ve gereçlere bağımlı olsa bile, kronik hastalığı olan birçok hasta hastalığın bazı noktalarındaki bağımlı rolünü kabul etmeye gereksinim duymaktadır ancak zayıf olan hastalar ve savunmasız hastalar daha uzun süre bağımlı olmaktadır. Kronik hastalığa uyum sağlamak bireyin benlik saygısını, diğerlerinden yardım almak gerekliliği ile yüzleştirmede zedeleyebilmektedir. Daha önceden düşük benlik saygısı olanlar için fiziksel ya da sosyal yaşam değişiklikleri benlik saygısını olumsuz olarak etkilemekte ve bireyin benlik saygısı daha fazla düşebilmektedir. Bu bireyler sevilmediklerini hissettiklerinden diğerlerini ret etmekte ve daha fazla izole oldukları için depresyon için daha yüksek riskler taşımaktadırlar (1).

Kronik Hastalıklarda Psikososyal Uyum Süreci

Kronik hastalıklar, uzun süreli bakım ve yönetimin gerektiği, bu konuda da birey ve ailesine çeşitli sorumlulukların yüklenmesi komplike durumlardır. Kronik durumlarla baş etmede bireyler yetersiz kalabilmekte ve bu durumlar bireyin ekonomisini, çalışma hayatını, aile içindeki rollerini bozabilmektedir. Özellikle yaşlılar toplum kaynaklarını kullanmada sorunlarla karşılaşabilmekte ve yasal engellerle karşılaştığında mücadele etmekte yetersizlik yaşayabilmektedirler (13, 16).

Kronik hastalıklarda psikososyal uyum sürecini hastalık tedavi ve bakım ile ilgili çeşitli faktörler etkilemektedir. Bireylerin kişilik yapısı, fiziksel, psikolojik ve sosyolojik özellikleri, hastalıkla ilgili kendisinin yaşamış veya başkalarından gözlemlemiş oldukları deneyimleri, bireyin genetik özellikleri ve yaşam tarzı, sosyal destek yapısı, ekonomik durumu, iş yaşamı gibi özellikleri psikososyal uyum sürecini etkilemektedir (16).

Kronik durumları yönetme işbirliği sürecini gerektirmektedir. Kronik problemlerle ilişkili tıbbi, sosyal ve psikolojik problemler, özellikle ciddi durumlarda karmaşık olabilmektedir ve kronik durumların yönetimi ekip çalışması ile yapılmalıdır. Bu ekip hasta ile birlikte doktor, hemşire, psikolog ve diğer

sağlık bakım profesyonelleri ve hasta ailesine yardım sağlayan diğer hizmetlerden oluşmalıdır (13).

Kocaman, Tunmore (1990) tarafından kronik hastalıklarda psikolojik dört bakım düzeyinin tanımlandığını belirtmektedir. Bunlar empati, etkin dinleme, bilgilendirme gibi birinci düzeyde yer alan temel iletişim ve tanılama becerilerini, hasta ve ailesinin stresle baş etme ve duygularını ifade edebilme yeteneğini geliştirmeyi içeren ikinci düzey rutin ve koruyucu psikolojik bakım becerilerini, kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimleri içeren üçüncü düzey özelleşmiş girişimlerini ve dördüncü düzeyde yer alan bilişsel terapi girişimlerini içermektedir (11, 19). Kronik hastalıklara uyum sürecinde hemşirelerin sorumlulukları şu şekilde sıralanabilir:

- Hemşireler hastaları bilgilendirecekleri konularda bilgili ve yetkin olmalı ve güven verici iletişim kurmalıdır.
- İletişimde terapötik iletişim tekniklerini kullanmalıdır ve kesinlikle yargılayıcı tutum sergilememelidirler.
- Sözlü ve sözsüz iletişimde kullandığı ifadeler ve iletişimi etkileyebilecek davranışsal tepkileri konusunda dikkatli olmalıdırlar.
- Hemşireler sorduğu soruların hastaların duygularını ifade etmelerine imkan veren açık uçlu sorular olmasına dikkat etmelidir.
- Etkin dinleme etkili iletişim kurabilmenin en etkili yolu olduğu için, hemşireler bireyleri etkin bir şekilde dinlemelidirler.
- Hemşireler hastayla iletişim kurmadan önce mevcut durumunun ne olduğuyla ilgili çeşitli veri kaynaklarından bilgi toplamalı ve iletişim anında ortaya çıkabilecek olumsuz durumlara karşı dikkatli olmalıdır. (duyu kayıpları vb.)
- Hastaların gereksinimleri belirlenerek çeşitli konulardaki bilgi eksiklikleri giderilmelidir.
- Hastaların soru sormalarına ve hemşirelerden beklentilerini belirtmelerine fırsat verilmelidir.

- Bireylerle ilgili alınacak kararlarda bireylerin karar verme sürecine katılımları sağlanmalıdır.
- Bireylerin stresle başatme yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olunmalıdır.
- Bireylerin psikososyal durumu belirli aralıklarla değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda bilişsel terapi, aile terapisi ve davranışçı yöntemler gibi konularda profesyonel destek almaları sağlanmalıdır (19).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak sağlık hizmeti; hasta merkezli, insanın biyopsiko-sosyal-spiritüel boyutlarını içeren tedavi ve bakım anlayışının benimsendiği, kanıta dayalı bilimsel bilginin beceriye dönüştürüldüğü, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlandığı, sağlık profesyonellerinin kendini kuruma ait ve doyumlu hissettiği ve çalışan veya hasta bireyin kendini eşsiz bir varlık olarak algıladığı bir kültürde gerçekleştirildiğinde amacına ulaşacaktır. Bu amaçlara ulaşabilmek için psikososyal bakım önemli bir hemşirelik becerisidir (10).

Özbakım desteği ihtiyacı ile mevcut kaynaklar arasındaki artan boşluğun bir sonucu olarak, aile üyeleri giderek daha fazla kronik hastalığı olan bireylerin bakımında önemli destekler olarak algılanmakta, son yıllarda aile üyelerinin de dahil olduğu öz-yönetim programlarının hızlı bir şekilde arttığı görülmektedir. Bunun başlıca nedeni kronik hastalıkların bireyi olduğu kadar ailesini de etkilemesidir. Bu nedenlerle de bireyi ele aldığı kadar, ailesini de bakımın içine dahil eden bir anlayışın benimsenmesi zorunlu hale gelmektedir (9).

Sağlık profesyonelleri aile üyelerine bakım veren rolüne geçişlerinde önemli destek noktasıdır. Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, hastalığın etkilerini yönetmek için etkili profesyonel-hasta-aile iletişimi sağlama, bilgi verme, iyimser bakış açısını destekleme, stresi azaltma yollarını öğretme, etkili baş etme becerileri ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını kullanmaları için teşvik etme konularında hastalara ve aile üyelerine yardım etmede anahtar rol oynamaktadırlar (10, 20).

Hemşireler hasta ve yakınlarına psikososyal bakım verebilir ve bakım verenlerin haklarının korunması kapsamında; başatme-sorun çözüme becerileri gibi özelleşimiş psikososyal becerilerde de kendini geliştirmelidir.

Bakım verenlere yönelik de bilgi ve destek programlarının yaygınlaştırılması önemlidir. Hemşireler destek ve danışmanlık konusunda sınırlarını aşan durumlarda ekip çalışması kapsamında ekibin diğer üyelerinin desteğinden yararlanmalıdır (10, 11, 20).

KAYNAKÇA

1. Gorman LM, Sultan DF. Psikososyal hemşirelik genel hasta bakımı için. (3. Baskı). Öz F. Demiralp M. (Çev. Ed.). Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara, 2014: 1-29,398-408.
2. World Health Organization, Noncommunicable diseases country profiles 2018. file:///C:/Users/USER/Downloads/9789241514620-eng.pdf (ET: 03.11.2019).
3. World Health Organization, Noncommunicable diseases progress monitor 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1> (ET: 03.11.2019).
4. TÜİK 2018, Ölüm nedeni istatistikleri. <https://www.haberturk.com/2018-yili-olum-nedeni-istatistikleri-aciklandi-2443477-ekonomi> (ET: 03.11.2019).
5. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. https://www.who.int/nccds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf
6. Bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı (2017-2025), Sağlık Bakanlığı 1056, Ankara 2017.
7. World Health Organization, Global status report on non-communicable diseases 2014. <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> (ET: 03.11.2019).
8. WHO 2013. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020. DSÖ Kütüphanesi Yayın Kataloğu Verileri. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitap-lar/bula%C5%9F%C4%B1c%C4%B1%20olmayan%20hastal%C4%B1klar.pdf> (ET: 03.11.2019).
9. Özpulat F. Kronik hastalıkların birey ve aile odaklı bakımında halk sağlığı hemşiresinin rolü. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics 2017; 3(2):77-82.
10. Kocaman Yıldırım N. Psikososyal bakımda onkoloji hemşireliği. İç: Can G. Onkoloji Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul, 2015, 1043-63.

11. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 9(1): 49-54.
12. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013; 1(1): 57-72.
13. Gülseven B. Kronik durumlar. İç: Karadakovan A, Eti Aslan F (ed.), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitapevi, İstanbul 2010;106.
14. Eskiuyurt R, Özkan B. Hemşirelik öğrencilerinin kanser hastalarına yönelik problem çözme eğitimi sonrası yaptıkları psikososyal müdahalelerinin incelenmesi. JILSES, 2017; 3(2), 316-22.
15. Kocaman N. Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11: 1.
16. Erşan EE, Kelleci M, Baysal B. Kalp hastalarında psikososyal uyum, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine bir bakış. Klinik Psikiyatri. 2013;16: 2142-4.
17. Buldan Ö, Kuzu Kurban N. Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. DEUHFED. 2018; 11(4): 274-82.
18. Çam O, Nehir S. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2011; 27 (2) : 47-59.
19. Topbaş E, Bingöl G. Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2017;1 (12): 36-42.
20. Özel Kızıl ET, Altıntaş HÖ, Baştuğ G, Durmaz N, Altınöz U. The Effect of agitation on caregivers' burden in patients with dementia. Turkish Journal Of Geriatrics 2014; 17 (3): 256-61.