

Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri

Needs of home care services for the bedridden patient's problems living in their home

Nuran Akdemir¹, Hatice Bostanoğlu², Sabire Yurtsever³, Sevinç Kutlutürkan², Sevgisun Kapucu¹, Zeynep Canlı Özer⁴

¹Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Türkiye

²Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Türkiye

³Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği, Mersin, Türkiye

⁴Antalya Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği, Antalya, Türkiye

Geliş Tarihi / Received: 27.08.2010, Kabul Tarihi / Accepted: 11.01.2011

ÖZET

Amaç: Çalışma serebrovasküler hastalık sonucu yatağa bağımlı olan hastaların evde yaşadığı güçlükleri belirleyerek gerekli danışmanlık hizmetlerini vermek ve evde bakım modelini oluşturmak amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırmanın örneklemini Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Hastanesi'nin Nöroloji servislerinden serebrovasküler hastalık tanısı ile taburcu olan 38 hasta oluşturmuştur. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara ortalama 5 kez ev ziyareti yapılmıştır.

Sonuç: İzlemler süresince hastaların büyük bir çoğunluğunun hijyenik bakımda yetersizlik yaşadığı; hastalığa, kullandıkları ilaçlara, konstipasyon, diyare ve beslenmeye ilişkin bilgi gereksimi olduğu ve psiko-sosyal sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda evde bakım hizmetlerinin sistemli bir şekilde yürütülmesinin önemine yönelik önerilerde bulunulmuş ve evde bakım modeli oluşturulmuştur.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, serebro-vasküler olay, hemşirelik bakımı

GİRİŞ

Günümüzde bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde tıp ve sağlık alanında önemli ilerlemeler olmaktadır. Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler

ABSTRACT

Objectives: The study was carry out as an semi-experimental study to identify the difficulties confronted by bedridden patients with stroke to give them necessary counseling services and to improve models of home care service.

Method: The research sample is composed of 38 patients discharged from Hacettepe University İbni Sina Hospital and Health Ministry Ankara Numune Hospital Neurology services following cerebro-vascular accident. The data derived from the research is evaluated through percentage usage. Patients included in the study were visited average 5 times during the research.

Result: During the home visiting, it is found out that most of the patients were in need of information concerning insufficient hygienic care, other illnesses, use of medication, discharge system problems like constipation and diarrhea and dietary/nutritional; it is also observed that they are experiencing psycho-social difficulties. The study results put forward suggestions in realizing progression and to form model of systematic home care services.

Key words: Home care, cerebro-vascular disease, nursing practice

ile yaşam standardının yükselmesi, erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastalıklara bağlı ölümleri azaltmakta, doğuştan beklenen yaşam süresini ise uzatmaktadır. Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Bu nedenle, kronik

hastalığı olan ve yaşam boyu tedavi ve bakım gereksinimi devam eden birey sayısındaki artış gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir.¹

Kronik hastalıklar içinde yer alan serebrovasküler hastalık (SVH) ölüme neden olan hastalıklar arasında önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre (2005) SVH tüm hastalıklardan ölümlerin %12'sini oluşturmaktadır. SVH nörolojik hastalıklar içinde ölümlerin %85'inden sorumludur.^{2,3} Ülkemizde 2000 yılında yapılan ulusal hastalık yükü ve maliyet-etkililik çalışmasına göre SVH ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalık içinde 2. sırada (%15.0) yer almaktadır.^{4,5}

Bir hastalığın toplumsal önemi o hastalığın görülme sıklığı ile ilgilidir. Bir toplumda sık görülen, çok sayıda ölüm ve iş kaybına neden olan hastalıklar o toplum için önemli bir sağlık sorunudur. Bu anlamda nörolojik defisitler nedeniyle yatağa bağımlılığa neden olan serebrovasküler hastalık, toplumda sık görülmesi ve ölüme yol açması nedeniyle tüm dünya da olduğu gibi ülkemiz içinde maliyet, işgücü ve hastanede kalış süresinin artmasına yol açması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur.⁶ Serebro Vasküler Hastalık, hastada neden olduğu fiziksel sorunlar nedeniyle öz bakım yetersizliğine ve bundan dolayı da hasta ve ailesinin anksiyete ve depresyon yaşamasına yol açmaktadır. Hastada gelişen depresyon ve diğer sorunlar ailesini de etkilemekte, ailede iletişimde bozulma öfke, depresyon gibi sosyal ve psikolojik sorunlar gelişebilmektedir. Oysa aile serebrovasküler hastalığı olan bireyler için sağlıklı desteğin doğal kaynağıdır.⁷

Birçok sanayileşmiş ve henüz sanayileşmekte olan toplumlarda aile; hasta bireylerin bakımında önemli görevleri üstlenmiştir. Toplumumuzda da aileye, hastalara bakımda önemli sorumluluklar düşmektedir.⁸ Hasta ve ailesi, hastanın durumuyla ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri, girişimlerin seçeneklerini, her girişimin olası risk ve yararını, tanı, ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde tam olarak bilgilendirilme ve sürekli bakım hakkına sahiptir. Buna rağmen hastalar ve aileleri, seyri ve komplikasyonları, iyileşme ve tedavisi konularında yeterli bilgilendirilmemektedirler. Yapılan araştırmalar bireylerin ve ailelerin hastalıkları ile ilgili bilgi ve destek almalarının anksiyetelerini hafifleteceğini ve hastalıklarına uyum sağlamalarında yardımcı olacağını göstermektedir.^{9,10} Bu nedenle hastane/

kurumlarda sağlık ekibinin hastayı değerlendirmesi, hasta ve ailesi ile tedavi seçeneklerini tartışması ve tüm ekiple amaçların belirlenerek bakımın sürekliliğinin sağlanması önemlidir.

Bakımın sürekliliği herhangi bir sağlık kurumundan hizmet alan ve o kurumdan taburcu olan birey için hazırlanan taburculuk planlaması ve evde bakım hizmetleri ile sağlanabilmektedir¹¹. Evde bakım, sağlık hizmeti alan birey ve ailesine, yaşadığı ortamda hastalığı önleyici, sağlığı geliştirici ve tedavi edici işlemlerin disiplinler arası işbirliği içinde çalışan ekip tarafından verilmesini içeren süreçtir. Evde bakım, hizmeti alan bireyin yaşamını etkileyen hastalık durumunun, günlük yaşam aktivitelerine etkisinin en aza indirilerek kısa sürede en yüksek düzeyde fonksiyon görme becerisine, bağımsızlığına ulaşmasını ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan hizmettir. Evde bakım hizmeti tedavi ve bakım hizmetlerinin hastane ortamının olumsuz koşullarından uzakta, yakınlarının olduğu ev ortamında verilmesi ile bireyin iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Evde bakımda birey evinde sağlık durumuna göre sürekli hizmet alabilmekte ya da belirli günlerde/saatlerde ziyaret edilmekte ve tedavisine/bakımına ilişkin düzenlemeler anında yapılabilmektedir.^{12,13} Evde bakım hizmetlerini yürüten sağlık ekibi içinde yer alan hemşire özellikle bakım verici rolü açısından tedavi ve rehabilitasyonun etkin olmasında, bireyin mevcut sağlık durumunun iyileştirilmesinde çok önemli bir etkinliğe sahiptir. Evde bakım hizmeti sunan hemşire, hastanın klinik veya hastaneye yatış sonrası durumu, yatış süresi ve sonrası dönemi kapsayan bilgileri toplamalı, bilgi akışı sağlayan bir kayıt sistemini oluşturmalı, hasta ve ailesini tanıma girişimleri başlatmalıdır. Evde bakım sürecinde hemşirenin yürüteceği fonksiyonların bir bakım modelinin, bakım paketi ve hemşirelik sürecine göre düzenlenmesi gerekir.¹⁴

Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin temel felsefelerinden biri olan tedavi ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasına yönelik hizmetler geliştirilerek sürdürülmektedir. Ancak ülkemiz koşullarına kurum bakımı sonrası bakımın sürekliliğini sağlayacak uygun devlet destekli bir evde bakım hizmet modeli bulunmamaktadır. Ülkemizde evde bakım hizmetlerine yönelik olarak çeşitli kurum ve kuruluşlar kurslar düzenlemekte, projeler geliştirmekte ve bazı özel kuruluşlar tarafından da evde sağlık bakım hizmeti sunulmaktadır.¹³⁻¹⁶ Ancak özel kuruluşların

sunduğu bu hizmetten sadece ekonomik gücü ve bu hizmetten haberdar olan birey ve aileler yararlanabilmektedir. Bilindiği gibi evde bakım hizmetleri profesyonel ve multidisipliner bir ekibin sunacağı kapsamlı bir hizmet modelidir. Ülkemizde özellikle son yıllarda evde bakım konusu yoğun olarak gündeme gelmiş, üniversiteler ve saha işbirliği ile araştırma ve çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.^{17,18} Ayrıca Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmeti sunacak özel kurumların çalışmalarını düzenleyen bir yönetmelik çıkarmıştır.¹⁹

Ülkemizde sağlık sistemi içinde yürütülemeyen evde bakım hizmetlerinin hayata geçirilmesi, kurumsallaşması ve devlet güvencesine alınması zorunluluk haline gelmiştir. Bu nedenle; yatağa bağımlı hastalara evde bakım ve rehberlik hizmetlerini planlamada yol gösterici olabileceği düşünülen bu çalışma planlanmıştır. Çalışmanın amacı, serebrovasküler hastalık nedeniyle yatağa bağımlı hastaların yaşadığı güçlükleri belirleyerek gerekli danışmanlık hizmetlerini vermek ve edinilen deneyimler ile evde bakım hizmet modeli önermektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Araştırma yarı deneysel bir çalışmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara ili Belediye sınırları içinde yer alan nöroloji kliniği olan Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Hastanesin SVH nedeniyle tedavi olup taburcu olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini bu tarihler arasında yukarıda adı geçen hastanelerden SVH tanısıyla taburcu olan ve araştırma sınırlılıkları kapsamında yer alan 38 SVH hastası oluşturmuştur. İki yıl süren çalışmada örnekleme alınan hastaların %28.9'unun exitus olması (hasta izlemi sırasında), %18'inin FTR'ye yatması, %7.9'unun şehir değiştirmesi, %7.9'unun ailesinin evde hasta ziyaretini reddetmesi, %2.6'sının bakım evine yatırılması nedeniyle çalışmaya alınan hastaların %34.2'sine (38 birey) ulaşılmıştır. Bu hastalardan %7.9'u evde bakım hizmeti ile bağımsızlığını kazanmış, %26.3'ü ise çalışma sonunda hala yatağa bağımlı pozisyonunu korumuş olup, bu grup hastaya çalışmanın sonlanmasına rağmen gereksinimleri

doğrultusunda evde bakım ekibi tarafından aralıklı olarak ev ziyareti yapılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın merkez ilçe belediye sınırları içinde ikamet eden hastalar, ev ziyaretini kabul edenler, SVH sonrası yatağa bağımlı olanlar.

Verilerin toplanması

Hasta Değerlendirme Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, gelir düzeyi, SVH nedeniyle hastaneye yatış sayısı, tanısı, kullandığı ilaçlar, diyeti, bakmakla yükümlü olduğu kişiler, hastaneye ulaşım olanakları, yaşam bulguları, bilinç, duyu- motor fonksiyonları dahil olmak üzere vücut sistemlerinin değerlendirilmesini içeren 13 sorudan oluşmaktadır.

Evde Hasta İzlem Formu

Bu form, hastaların evde yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu form, hastaların evde yaşadıkları sorunları, araştırmacılar tarafından önerilen uygulamaları, önerilen uygulamaların sorunları çözme durumunu gösteren değerlendirme basamaklarını içermektedir.

Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Yukarıda tanımlanan formların eksik yönlerini belirlemek ve tamamlamak amacıyla nöroloji servisi ekibinde yer alan doktor, hemşire, diyetisyen ve fizyoterapistlerden uzman görüşü alınmıştır. Bu görüşmeler sonrası 5 hasta ile ön uygulaması yapılmış ve eksik yönleri tamamlanarak uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

Veri Toplama Araçlarının Uygulaması Hastaların İzlemi ve Çalışmanın Yürütülmesi

Araştırmacılar tarafından araştırmanın örneklemini oluşturan hastanelerde, nöroloji servisi ekip üyeleri (doktor, hemşire, fizyoterapist ve diyetisyen) ile toplantılar yapılarak araştırmanın amacı ile ilgili açıklamalar yapılmış, araştırmanın yapıldığı dönemde uygulamanın yapıldığı hastanelerde etik kurul birimlerinin olmaması nedeniyle hastane başhekimliklerinden yazılı izin, hasta ve yakınlarından sözel izin alındıktan sonra araştırma kriterlerine uygun hastalar araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

Ekip Hazırlığı

Veri toplama formları son şeklini aldıktan sonra araştırmacılar tarafından oluşan evde bakım ekip üyeleri; iki öğretim üyesi ve dört araştırma görevlisi tarafından hazırlıklar tamamlanarak, bu kapsamda; Eve gidecek ekibin, evde bakım konusunda bilgilerinin güncellendiği ve öğrenim ortaklığının geliştirildiği evde bakım ekip eğitim toplantıları ve hasta bakımına yönelik eğitim broşürleri hazırlanmıştır.

Hastaların İzlenmesi

Hasta Bakımına Yönelik Eğitim Broşürlerinin Hazırlanması

Araştırmanın ön uygulaması sonrasında evde bakım veren kişilerin hasta bakımı konusunda yönlendirilmesi için eğitim materyali ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu amaçla, yatağa bağımlı hastalarda gelişebilecek sorunlar, cilt bakımı, deri bakımı, saç bakımı, ayak bakımı, el ve tırnak bakımı, kulak ve burun temizliği, göz bakımı, yatağa bağımlı hastalarda masaj, kadın hastalarda perine bakımı, erkek hastalarda perine bakımı, yatağa bağımlı hastalarda beslenmenin önemi, hasta yakınlarının sağlıklarını korumaya yönelik rehber, derin solunum ve öksürük egzersizleri, evde hasta taşınması, yatak yaraları önlenmesi ve bakımı, boşaltım gereksinimi, hipertansiyon, serebrovasküler hastalık-inme konularına ilişkin eğitim materyalleri hazırlanmıştır.

Ev Ziyareti Öncesi Ekip Toplantısı

Her hastanın hastane ziyareti sonrası evde bakım ekibi tarafından toplantı düzenlenerek, hasta ve bakım verene ilişkin durum değerlendirmesi yapılmış ve hasta izlemine sürdüreceği evde bakım ekip üyelerine hasta bakımı ve çözümlenmesinde zorluk çekilen sorunların çözümünde gerekli önerilerde bulunulmuştur.

İlk Görüşme

Araştırma kapsamına alınan hastalar, araştırmayı yürütenler tarafından çalışmanın gerçekleştirildiği hastane ekip üyeleri ile yapılan görüşmeler sonucunda belirlenmiştir. Hastanede yapılan ilk görüşmede, hasta ve yakınlarına araştırmanın amacı açıklandıktan sonra sözel izinleri alınarak "Hasta Değerlendirme Formu" hasta ile karşılıklı görüşme yöntemi ile doldurulmuş ve böylece hastaların izlemi başlamıştır.

I. Ev Ziyareti: İlk ev ziyareti en az iki araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Ev ziyareti yaklaşık 60-240 dk arasında değişen sürelerde tamamlanmıştır. Ev ziyareti;

- Evde bakım ekip üyeleri tarafından hastanın fizik muayenesi yapılarak hastanede doldurulan "Hasta Değerlendirme Formu"na hastanın durumunda yeni gelişen değişimlerin eklenmesi ve hastanın hastanede iken belirlenen sorunlarına yönelik bakım planının evde uygulanması,

- İlk ev ziyaretinde hastada belirlenen evde yaşanan sorunların çözümüne yönelik; hasta bakımında yaşanan sorunlara yönelik hazırlanan eğitim materyallerinin kullanılarak eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesi,

- Hasta ve bakım verenlerin gereksinimleri doğrultusunda diğer sağlık ekibi üyelerinden (fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, psikiyatrist, konuşma terapisti vb) evde bakım ve danışmanlık hizmetinin verilmesi,

- Ev ortamının değerlendirilmesi, hasta ve bakım verenlerle hasta bakımında yaşadıkları güçlüklerle ilişkin yeni sorunların belirlenmesi, ziyaret günü ve sıklığının saptanmasını içermiştir.

Ev Ziyareti Sonrası Ekip Toplantısı: İlk ev ziyareti sonrası ziyareti değerlendirmek üzere araştırma elemanları ev ziyaretinde saptadıkları sorunları paylaşarak vaka tartışmaları yapılmış ve sorunların çözümü için önerileri almışlardır.

II. ve Diğer Ev Ziyaretleri: I.Ev ziyaretine benzer doğrultuda yapılmıştır. Ev ziyaretleri dışında da bakım verenlerle ihtiyaç duyulduğunda telefon görüşmeleri bakım verenlerin gereksinimlerine göre sürdürülmüştür. Hastalara yapılan ev ziyaret sayısı ortalama 5 olmuştur (en az: 3 ziyaret, en çok: 11 ziyaret).

Ev ziyaretlerinin sonlandırılmasına ev ziyaretleri sonrası yapılan ekip toplantıları ile karar verilmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan hasta bireylerin gereksinimlerinin giderilmesi nedeniyle; fizik tedavi ve rehabilitasyon konusunda bir fizyoterapistten, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar nedeniyle psikiyatri hemşiresinden, sosyal güvence sorunları için sosyal hizmet uzmanından, konuşma sorunlarından dolayı konuşma terapistinden, hastalık ve ilaç tedavisinden kaynaklanan sorunlar nedeniyle nöroloji uzmanından destek alınmıştır.

Hastaların hemen hemen hepsinde yukarıda sayılan sorunlardan bir ya da ikisi görülmüş olup, fizyoterapist ve konuşma terapisti ücretli olarak, diğerleri ise hastaların taburcu oldukları hastanelerden gönüllü hizmet olarak alınmıştır.

Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu), birlikte yaşadığı kişiler, bakmakla yükümlü olduğu kişiler, kronik hastalıkları, kronik hastalıkları, inkontinans durumu.

Bağımlı değişkenler; Evde yaşanan hasta sorunlarıdır (hijyenik, boşaltım, cilt, psiko sosyal, beslenme, bilgi eksikliği vb.).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS programında değerlendirilmiştir ve yüzdelik hesaplaması yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, %60.5'i 65 yaşın üzerinde olup yaş ortalaması 67.9 yıl idi (En düşük 26 en yüksek ise 89'dur) örnekleme oluşturulan hastaların çoğunluğu (%57.9) kadın olup, %73.7'si evlidir. Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında % 36.8'inin ilköğretim mezunu olmadığı, %52.7'sinin ilköğretim mezunu, %10.5'inin ise lise ve yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir. Örneklem kapsamına alınan hastaların %47.4'ü ev hanımı ve %31.6'sı emekli olup, ülkenin güncel asgari ücretine göre belirlenen gelir düzeylerine bakıldığında %73.7'sinin orta, %23.7'sinin alt düzeyde geliri olduğu, %94.'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların, %21.1'inin çekirdek aileye sahip olduğu, birlikte yaşadığı kişilere bakıldığında ise en fazla eşi (%31.6) ya da çocuklarıyla birlikte (%39.5) yaşadıkları belirlenmiştir. Hastaların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin başında %36.8 ile eşlerinin, % 10.5 ile çocuklarının, %10.5 ile eş ve çocuklarının geldiği saptanmıştır. Hastaların %57.9'u özel ulaşım olanağına sahip iken, %42.1'i toplu ulaşım araçlarını kullandığını belirtmiştir. Hastaların %73.7'si SVH nedeniyle ilk kez, %15.8'i iki kez, %10.5'i de üç ve daha fazla sayıda hastaneye yattığını belirtmiştir. Hastalarda

var olan diğer sistemik hastalıklar dikkate alındığında kullandıkları ilaçların çeşitlilik gösterdiği, ancak çoğunlukla (%65.8)antikoagülan ve (%60.5) antihipertansif ilaçları kullandıkları belirlenmiştir. Hastaların %76.3'ü özel bir diyet almakta ve yutma güçlükleri olması nedeniyle %10.5'i enteral yolla beslenmektedir. Hastaların %81.6'sının bilinci açık iken %15.8'inin laterjik olduğu, izlenen hastaların %76.3'ünün hemiplejisi, %23.7'sinin ise hemiparazisi mevcuttur. Hastaların %63.2'sinde sözel iletişimini olumsuz yönde etkileyen disfazi ve afazi sorunu bulunmaktadır. Ayrıca hastaların %52.6'sında üriner, %28.9'unda da fekal inkontinans mevcuttur.

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Yaş		
65 yaş ve altı	15	39.5
66 yaş üstü	23	60.5
Cinsiyet		
Kadın	22	57.9
Erkek	16	42.1
Medeni Durum)		
Evli	10	26.3
Bekar	28	73.7
Eğitim Durumu		
İlköğretim mezunu değil	14	36.8
İlköğretim mezunu	20	52.7
Lise- üniversite mezunu	4	10.5
Çalışma statüsü		
Ev Hanımı	18	47.4
Emekli	12	31.6
Diğer	8	21.0
Toplam	38	100.0

Hastaların %52.6'sına 3 kez, %18.4'üne 4-7 kez, %29'una 8 ve daha fazla sayıda ev ziyareti yapılmıştır. Ev ziyareti süreleri ise %47.3'ünde 60-240 dakika, %29'unda 241-480 dakika, % 23.7'sin de 481 dakikadan daha uzun sürmüştür.

Tablo 2'de hastaların çoğunluğunun (%94.7) hijyenik bakımda yetersizlik yaşadığı görülmektedir. Hastaların kullandıkları ilaç, beslenme ve hij-

yene ilişkin bilgi gereksinimlerinin oldukça yüksek olduğu ve hastaların konstipasyon (n= 26) ve diyare (n= 4) gibi boşaltım sorunlarını sıklıkla yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların % 57.9'unda egzersizi etkin yapamama ve egzersiz yapmak istememe gibi egzersize ilişkin sorunlar saptanmış olup, bu sorun nedeniyle de hastaların % 26.3'ünde kontraktür, deformite ve atrofi gelişmiştir. Hastalarda belirlenen psikososyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır. Örnekleme oluşturan hastaların uykusuzluk ve ağrı sorunlarını yaşadığı ağrıların da sıklıkla, eklem ya da sırt ağrısı olduğu saptanmıştır.

Ayrıca hastaların çoğunluğunda yatağa bağımlı olmaları ve bakım aktivitelerinin yetersizliği nedeniyle akciğer, perine, ağız, damar yolu, ayak, göz ve cilt enfeksiyonu belirlenmiştir. Hastalarda ayrıca yatağa bağımlılığın ve fiziksel kısıtlılığın neden olduğu dekübitüs (%28.9) kontraktür, deformite ve atrofi (%26.3) gibi sorunlar saptanmıştır.

Hastaların hijyenik bakım, hastalık, ilaç, beslenme ve hijyene ilişkin bilgi gereksinimleri, ağrı, sözel iletişim, barsak, egzersiz, yatak yarası ve enfeksiyona ilişkin sorunları evde bakım ekibi tarafından hastaların tamamında çözümlenmiştir. Psikososyal (%50), uykusuzluk (%50), egzersiz yapma (%9.1), enfeksiyon (%14.3), kontraktür-deformite-atrofi (%20), çevresel uyaran azlığı (%25) sorunları ise belirtilen oranlarda çözümlenememiştir.

Tablo 2. Hastalarda belirlenen sorunların dağılımı (n: 38)

Sorunlar	Toplam		Çözümlenme Durumu			
	n	%	Çözümlenen		Çözümlenmeyen	
	n	%	n	%	n	%
Hijyenik bakıma ilişkin Sorunlar ¹	36	94.7	34	94.4	2	5.6
Hastalığa İlişkin Bilgi Gereksinimi	33	86.8	33	100.0	-	-
Kullandıkları ilaçlara İlişkin Bilgi Gereksinimi	31	81.6	31	100.0	-	-
Konstipasyon- Diyare	30	78.9	29	96.6	1	3.4
Psiko-Sosyal Sorunlar ²	30	78.9	15	50.0	15	50.0
Beslenmeye İlişkin Sorunlar ve Bilgi Gereksinimi ³	30	78.9	29	96.6	1	3.4
Hijyene İlişkin Bilgi Gereksinimi	26	68.4	26	100.0	-	-
Uykusuzluk	24	63.2	12	50.0	12	50.0
Sözel iletişim Kuramama	24	63.2	24	100.0	-	-
Egzersize İlişkin Sorunlar ⁴	22	57.9	20	90.9	2	9.1
Ağrı	18	47.4	17	94.4	1	5.6
Enfeksiyon ⁵	14	36.8	12	85.7	2	14.3
Dekübitüs	11	28.9	11	100.0	-	-
Kontraktür- Deformite- Atrofi ⁶	10	26.3	8	80.0	2	20.0
Dispne	10	26.3	10	100.0	-	-
Çevresel Uyaran Azlığı	8	21.0	6	75.0	2	25.0
Diğer ⁷	9	23.6	8	88.8	1	11.2

¹ Hijyenik bakımda isteksizlik, yardım gereksinimi, yetersizlik

² Üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, rol kaybı, öz güvende azalma, beden imgesinde azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif görüntü, sosyal izolasyon, yatakta olma isteği

³ İştahsızlık, yutma güçlüğü, beslenme şekli, özel diyet

⁴ Etkin Egzersiz yapamama, egzersiz yapmak istememe

⁵ Akciğer, ağız, perine, damar, ayak, insizyon, göz, cilt enfeksiyonu, gözlerde çapaklanma, koltuk altı enfeksiyonu.

⁶ El-ayak düşmesi, kalçanın dışa rotasyonu, eklem sertliği, el-omuz sendromu

⁷ Diğer: İlaç Temin Edememe, Çarpıntı, Aritmi, Kanama (Coumadin kullanımı –Hemoroid)

TARTIŞMA

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunda disfazi ve afazi nedeniyle iletişim sorunu, üriner ve fekal inkontinans belirlenmiştir. İnmeli hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.^{20,21,22} Çalışma kapsamına aldığımız hastalarda %94.7 oranında görülen hijyenik bakımda yetersizlik sorununun nedeni olarak; hastaların çoğunluğunun (%60.5) 65 yaşının üzerinde olması, hastalıklarının özelliği nedeniyle motor defisitli sahip olmaları ve buna bağlı fonksiyonlarının kısıtlı olmasıdır. Ayrıca Beekman ve ark.'larına göre hastalığın hastayı bir başkasına bağımlı hale getirmesi nedeniyle hastalarda öfke, içe kapanma, kızgınlık, v.b. duygulanımlar yoğun olarak yaşamakta olup bu durumdaki hastalarda da hijyenik bakımda yetersizlik görülmektedir.²³ Çalışmamızda hastaların ilaç, beslenme ve hijyene ilişkin bilgi gereksinimlerinin oldukça yüksek olması; hastanede yapılan sağlık ve hasta taburculuk eğitiminin yetersizliği yanında, ülkemizdeki sağlık eğitiminin de yetersizliğini yansıması açısından önemlidir. Hastalarda konstipasyon görülmesinin nedeni olarak; örnekleme oluşturan hastaların çoğunluğunun yaşlı hasta olması sonucu bağırsak fonksiyonlarını yavaşlaması ve hastalıklarının neden olduğu fiziksel kısıtlılık beslenme ve sıvı alım sorunları olabileceği düşünülmektedir.^{24,25} Ayrıca kontraktür gelişen hastaların büyük bir çoğunluğunun (n=10) hastaneden çıkışta bu soruna sahip olması hastanede bu konuyla ilgili olarak hastaların yeterince hemşirelik bakımı ve FTR açısından desteklenmediğini göstermesi açısından da önemlidir. Sackley ve ark. çalışmasında da hastaların yarısından fazlasında kontraktür, omuz ağrısı ve depresyon saptamışlardır.²⁴ Hinkle yaptığı çalışmada motor stroke geçiren hastalarda rahabilitasyonun önemini vurgulamış ve rehabilitasyon hemşireliğinin hastaların mortalite oranını azalttığını saptamıştır.²⁵ Araştırma kapsamına alınan hastalarda disfazi veya afazi nedeniyle sözel iletişim kurmada güçlük yaşandığı belirlenmiş, bu sorunun çözümü için konuşma terapistinden hizmet alınmıştır. Hastalarda belirlenen psikososyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır. Beekman ve ark.'nın yaptığı çalışmada SVH geçiren bireylerde depresyon prevalansı

%27 bulunmuştur.¹⁵ Hastaların %63.2'sinde belirlenen uykusuzluk sorunlarının nedenleri arasında yukarıda ifade edilen psikososyal sorunları (%78.8), hareket kısıtlılığını ve spastisiteden kaynaklanan ağrıyı ve hastaların yaşlı grubunda olmasını düşünebiliriz. Çalışmaya alınan hastalarda görülen ağrı sorunu bireyin günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde sınırlamakta, bireyin uyumunu da güçleştirebilmektedir. Bireyin hastalığına uyumunu olumsuz yönde etkileyen ağrı semptomu ile baş etmesinde hemşire, fizyoterapist, hasta ve bakım veren işbirliğinin sağlanması oldukça önemlidir.^{26,27,28,29} Çalışma kapsamına alınan hastalarda çeşitli enfeksiyonlar belirlenmiştir. Bu veriler bize hastanın bakımından sorumlu olan kişilerin enfeksiyonun önlenmesine yönelik bilgi ve uygulama açısından eğitilmesi, desteklenmesi gereğini ortaya koymaktadır. Evde bakım ihtiyacı olan SVH'lı hastalarla ilgili yapılan bir çalışmada da en sık gelişen problemin enfeksiyon, özellikle de pnömoni olduğu saptanmıştır¹⁶. İyileşmesi ve düzelmesi zaman alan yatağa bağımlılığın ve fiziksel kısıtlılığın neden olduğu dekübütüs, kontraktür, deformite ve atrofi gibi sorunlara bakıldığında, çoğunluğunun hasta, hastanede yatarken ortaya çıktığı belirlenmiştir. Ancak, iyi bir bakım ve bakım verenlerin eğitilmesiyle bu tür sorunlarla karşılaşma olasılığının da azaltılabileceği düşünülmektedir. Sackley ve ark.'ların inmeli hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %60'ında kontraktür, %52'sinde omuz ağrısı ve %22'sinde ise yatak yarası geliştiği saptanmıştır.¹⁷ Çalışma kapsamına alınan hastalarda belirlenen sorunların izlem sonunda çözümlenme durumlarına baktığımızda; hastaların psikososyal (%50), uykusuzluk (%50), egzersiz yapma (%9.1), enfeksiyon (%14.3), kontraktür-deformite-atrofi (%20), çevresel uyaran azlığı (%25) sorunlarının çözümlenmediği belirlenmiştir. Sorunları çözümlenemeyen hastaların nedenlerine bakıldığında, hastalara yapılan ziyaret sıklığının çoğunlukla 1-3 kezde yoğunlaştığı ve hastaların izlem sırasında öldüğü, FTR merkezine yattığı, ailenin çeşitli nedenlerden dolayı ev ziyaretlerini kabul etmediği ve hastanın şehir değişikliği yaptığı belirlenmiştir. İzlemi devam eden hastalarda egzersize ilişkin sorunların (egzersizi etkin yapmama, egzersiz yapmama iste-meme) ve bunun sonucunda ortaya çıkan kontraktür-deformite-atrofi sorunlarını nedeni olarak hasta ailesinin taburculuk sırasında FTR programına ilişkin yeterince bilgilendirilmemesi, projenin maddi olanaklarını kısıtlı olması nedeniyle hastaların fiz-

yoterapist gereksinimlerini istenen sıklıkta karşılanamaması, izlem sırasında fizyoterapist tarafından verilen egzersiz programını hasta yakınlarının etkin yaptırılmaması/yaptırmak istememesi, yada fiziksel güç yetersizliği ve bir başka yakınından destek alamama olduğu ifade edilebilir. Hastalarımızın çoğunda devam eden psikososyal sorunların disiplinler arası çözümünün, ekip yaklaşımını gerektirmesi ayrıca organize ve kurumsallaşmış bir evde bakım hizmetinin olmaması anılan sorunların çözümünü güçleştirmiştir.

Çalışma kapsamında yer alan 38 hastada belirlenen sorunlar dikkate alındığında SVH'tan etkilenen hasta ve ailelerinin evlerinde yaşadıkları güçlüklerin oldukça fazla olduğu ve evde bu sorunlarla baş edemedikleri görülmektedir. Bu nedenle, tekrarlı yatışlar artmakta, alınabilecek önlemler, en aza indirilebilecek komplikasyonların görülme olasılığı artmakta, hastaların yaşam süresi kısalmakta ve öz bakım yetersizliği ile yaşam kaliteleri düşmektedir. Yatağa bağımlı hastalara sunulan evde bakım hizmetleri ile; hasta ve ailesi evde yaşayabileceği sorunlarla tek başına bırakılmayacak, hastanın akut ve kronik komplikasyonları engelleneceğinden tekrarlı hastane yatışları azaltılarak ülke ve aile ekonomisine katkı sağlanacaktır.

Sonuç ve öneriler

Çalışma sonuçlarına dayanarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1- Hastanelerde evde bakım hizmetlerinin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlayacak evde bakım hizmeti ünitelerinin oluşturulması,

2- Hasta eğitiminde ailenin mutlaka eğitim kapsamına alınması,

3- Evde bakım hizmetlerini yürütecek sağlık profesyonellerinin ekip içinde yer alması, ekip üyelerinin birbirleriyle koordineli çalışması,

4- Sürekli Sağlık Hizmeti için Hastane Merkezli Evde Bakım Modeli uygulaması önerilebilir.

Çalışmayı Destekleyen Kurum: Çalışma Devlet Planlama Teşkilatı tarafından desteklenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Utku U. İnme tanımı, etyolojisi, sınıflandırma ve risk faktörleri, Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 2007;53:1-3
2. Global burden of neurological disorders estimates and projections (Chapter 2), http://www.who.int/mental_health/neurology/chapter_2_neuro_disorders_public_h_challenges.pdf, (Accessed: 10 June 2008).

3. Truelsen T, Begs S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovascular_diseases_stroke.pdf, (Accessed: 10 June 2010).
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK): Hastanelere Yatan Hastaların Seçilmiş 150 Hastalık Nedenine Göre Dağılımı, http://www.tuik.gov.tr/veriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1
5. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü; Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet- Etkilik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu, 2004
6. Bilir N. Halk Sağlığı Yönünden Koroner Kalp hastalığı Hacettepe Üniversitesi Tıp fakültesi Halk sağlığı Anabilim Dalı Yayını, No 88/42, 1988, Ankara
7. Effects of Stroke, National Stroke Association <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=EFFECT>
8. Güven S, Hazer O. Ülkemizde evde bakımın aile ve yaşlılık açısından önemi ve ev ekonomistlerinin yeri. Ev Ekonomisi Derg 2000;6:25-29.
9. Characteristics and Health of Caregivers and Care Recipients - North Carolina, 2005, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5621a3.htm>, (Accessed: 30 May 2009).
10. Jullamate P, Azeredo Z., Pául C., Subgranon. Thai stroke patient caregivers: who they are and what they need. Cerebrovasc Dis 2006; 21:128-133
11. Manious AG et al. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? Am J Public Health 1998;88;10-15.
12. Nahcivan ÖN. Evaluation of risks reported by individuals in the home care process (in Turkish). Proceedings, 1st National Congress of Domestic Care, Marmara University, 24-26 September 1998, Istanbul.
13. Avrupada Evde Bakım Hizmetleri, Araştırma 2005/2, Sağlıklı Nesiller Derneği Grubu <http://www.sagliklinesiller.org/yazilar/Evdebakim.doc>, (Accepted: 2008).
14. Sayan A. Günümüzde evde bakım. Atatürk Ü Hemşirelik YO Derg 2004; 7: 91-96.
15. <http://www.buharkent.gov.tr/yazdir.asp?ID=84>, Muhtaç Yaşlılara Evde Bakım Projesi, 2009, (Accessed: 2010).
16. http://www.sisliweb.com/haberler/haber_4655.htm, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı Sağlık ve Hıfzıssıha Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri, 2006, (Accessed: 2010).
17. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, 24-26 Eylül 1998, İstanbul
18. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi, 20-23 Nisan 2008, İstanbul,
19. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/23113.html>, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2005, (Accepted: 2010).
20. Long A, Heskheg A, Bowen A. Communication outcome after stroke: a new measure of the carer's perspective. Clin Rehabil 2009;23(9):846-856.

21. Gordon C, Ellis-Hill C, Ashburn A. The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. *J Adv Nurs* 2009;65:544-553.
22. Haley WE, Allen JY, Grant JS, Clay OJ, Perkins M, Roth DL. Problems and benefits reported by stroke family caregivers: results from a prospective epidemiological study. *Stroke* 2009;40:2129-2133.
23. Beekman ATF, Penninx BWJH, Deeg DJH, Ormel J, Smit JH, Braam AW, van Tilburg W. Depression in survivors of stroke: a community-based study of prevalence, risk factors and consequences. *Soc Psyc Psychiatric Epidemiol* 1998;33:463-470
24. Sackley C, Brittle N, Patel S, Ellins J, Scott M, Wright C, Dewey ME The prevalence of joint contractures, pressure sores, painful shoulder, other pain, falls, and depression in the year after a severely disabling stroke. *Stroke* 2008; 39: 3329-3334.
25. Hinkle JL. Outcome three years after motor stroke. *Rehabil Nurs* 2010; 35: 23-30.
26. Payne S, Burton C, Addington-Hall J, Jones A. End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. *Palliat Med* 2010; 24: 146-153
27. Huijben-Schoenmakers M., Gamel C, Hafsteinsdottir TB. Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day? *Clin Rehabil* 2009; 23:1145-1150.
28. Carlsson E, Ehrenberg A, Ehnfors M. Stroke and eating difficulties: long-term experiences. *J Clin Nurs*. 2004;13:825-834.
29. Deda G, Teber S. Çocukluk çağı inmeleri. *Dicle Tıp Derg* 2010; 37: 314-320