

# Rehabilitasyon ve Hemşirelik

## Rehabilitation and Nursing

(Derleme)

*Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (2006) 82-91*

**Prof. Dr. Nuran AKDEMİR\*, Arş.Gör.Yeliz AKKUŞ\*\***

\*Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

\*\* Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

### ÖZET

Günümüzde doğuştan ya da kazalarla sonradan meydana gelen sakatlıklar, kronik hastalıklar ve yaşlanmaya bağlı giderek artan sorunlar nedeniyle rehabilitasyon, önem kazanmaktadır. Rehabilitasyon gereksinimi olan bireylere, eğitim ve danışmanlık yapmak hemşirelerin sorumlulukları arasında yer alır. Ancak ülkemizde rehabilitasyon konusunda hemşirelerin görevlerinin neler olduğu bilinmemektedir. Makale bu amaçla hazırlanmış olup kısaca geçmişten günümüze dünyada ve ülkemizde rehabilitasyonun tarihçesi, tanımı, amaçları ve yararları, rehabilitasyon programları, rehabilitasyon hemşireliği gibi konuları kapsamaktadır.

*Anahtar Kelimeler: Rehabilitasyon, hemşirelik, rehabilitasyon hemşireliği*

### ABSTRACT

Nowadays, rehabilitation programs are becoming increasingly of important due to the problems inborn or accidental disabilities, chronic diseases and old age. Providing education and consultation for individuals who need rehabilitation are among the responsibilities of nurses. However, in our country, nurses tasks regarding rehabilitation are not known clearly. Current article has prepared to this aim and it contains history of issue in Turkey and world, definition, aims and benefits, rehabilitation programs and nursing at rehabilitation.

*Key Words: Rehabilitation, nursing, rehabilitation nursing*

## Giriş

Günümüzde bilim ve teknolojideki gelişmelere bağlı olarak bir yandan kazalar sonucu oluşan komplikasyonlar azalmakta, yaşam süresi uzamakta, diğer yandan kronik hastalıkları olan ve afetler yada kazalara maruz kalıp yaşama dönen özürli kişiler için yaşamı daha kolay hale getirme gereksinimleri önem kazanmaktadır (1,2).

Toplumun mutluluğu ve refahı, bireylerin refahına ve doyurucu bir yaşam sürdürülebilmesine bağlıdır. Doyurucu yaşam, bireyin öz-bakımını üstlenerek temel gereksinimlerini bağımsız olarak yerine getirebilmesi ve yaşam kalitesinin yüksek olması şeklinde tanımlanabilir (3). Sağlık, önceleri hastalıkların olmayışı, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik içinde olma olarak ele alınırken günümüzde, bireyin çevresi ile bir bütün olarak ele alınması ve mevcut sorunları ile baş edebilir olması, sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı, kaliteli ve üretken yaşaması olarak ele alınmaktadır. Buna bağlı olarak günümüzde, bireyin sadece fizyolojik bozuklukları ile değil aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal problemleri ile de ele alınması gerektiği önem kazanmıştır (3,4).

Geleneksel sağlık modeli hastalığın tedavisi, patolojilerin giderilmesi ile ilgilenmekteydi. Günümüzde sağlık hizmeti sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve hastalık durumunda da tedavi edilmesi ve komplikasyonların önlenmesi ve bireyin çevresi ile bir bütün olarak ele alınmasına yönelik olarak planlanmaktadır. Bu bağlamda; bireyin tedavi ve bakım gereksinimlerinin tanımlandığı, planlandığı, düzenlendiği ve karşılandığı bakımın sürekliliği kavramı gündeme gelmiştir. Sağlık sorunu olan bireyin yeni yaşamına uyumu, taburculuk eğitimi, rehabilitasyon ve evde bakım günümüzde önemli konular haline gelmiş ve bunlara yönelik yeni sağlık politikaları geliştirilmeye başlanmıştır (4).

Bilindiği gibi sağlık hizmeti; toplumun sağlık sorunlarını çözerek, sağlığın daha iyiye götürülmesini, korunmasını, hastalıkların tedavisini ve rehabilitasyonunu kapsar. Ülkemizde sağlık hizmetleri sağlığı geliştirici-koruyucu, tedavi ve rehabilite edici (tıbbi ve sosyal rehabilitasyon) sağlık hizmetleri olarak üç temel alanda sunulmaktadır. Ancak halen tedavi edici hizmetlere yönelik uygulamaların öncelikli olduğu söylenebilir (5).

## Rehabilitasyonun Tarihiçesi

Rehabilitasyon ile ilgili ilk uygulamalar Hipokrat ile başlamıştır. Hipokrat, organların kullanılmamasına bağlı atrofileri egzersizle tedavi etmiş, takma cihazları tanımlamış ve şişman hastalara yürümeyle zayıflama önermiştir. Daha sonra Vincent de Paul'ün açtığı bir yurt ile rehabilitasyon fikri gelişmiş ve II Dünya Savaşı'ndan sonra yaralı, sakat askerlerin hızla artması ile rehabilitasyon gereksinimi yaygınlaşmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk rehabilitasyon merkezi Dr. Rusk tarafından kurulmuş olup, Dr. Rusk daha çok fiziksel tıbbi rehabilitasyon konularına odaklanmıştır (4,6).

Tarihsel süreç boyunca, engelli (yetersiz, engelli, özürli, sakat) olan bireyler yok edilme, yaşamalarına izin verilmeme, toplum dışına itilme gibi durumlarla karşılaşmışlardır. Ancak günümüzde engellilik dünyanın önemli sağlık problemlerinden biri haline gelmiş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (BM) genel kurulu engelli bireylerin topluma uyumlarını sağlamak için bir dizi çalışma başlatmıştır. Bu çalışmalarından ilki 75 ülkenin katıldığı ancak ülkemizin katılmadığı DSÖ'nün 1970'lerin sonunda "Yaygın Toplumsal Rehabilitasyon (YTR)" kampanyası ile başlamıştır. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne ek olarak

9 Aralık 1973'te tüm insanlık tarihinde özürlemlerle ilgili ilk uluslararası bildirme olan "Özürlemler Hakları Bildirgesi" kabul edilmiştir (7).

Engellere yönelik bir başka çalışma da BM genel kurulunun 1981 yılını Dünya Engelliler Yılı ilan etmiş olması ve bunu izleyen 10 yılında engellilerle ilgili olmasına karar vermiş olmasıdır. Bu dönemin parolası "Eşitlik ve Toplumsal Yaşama Katılım" anlayışı olarak kabul edilmiş, tüm ülkelerin engelliler için eylem planı yapmaları, bu planı uygulamaları, plan kapsamında yasal ve eyleme yönelik gelişmeler sağlamaları istenmiştir (8).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 20 Aralık 1993 tarihinde yaptığı 48. Toplantıda "Özürlemler İçin Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kurallar" kabul edilmiştir. Bunlar (8,9);

- Eşit katılım için ön koşullar
- Eşit katılım için hedef alanlar
- Yürütme önlemleri
- İzleme mekanizması gibi konulara yönelik kurallardır.

ILO (International Labour Organizations), UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organizations) ve DSÖ tarafından 1994 yılında Yaygın Toplumsal Rehabilitasyon programı uygulayacaklara rehber olacak bir ortak rapor (Joint Position Paper) yayınlanmıştır. Raporda YTR programlarının, özürlemler bireylerin kendilerinin, ailelerinin, sivil toplum kuruluşlarının ortak çabasını gerektirdiği ve bu çaba için uygun sağlık eğitimi, mesleki eğitim ve sosyal altyapının hazırlanmasının önemi yer almaktadır. Bu raporda (10);

- Dünyada bir çok ülkede çok sayıda özürlemler bulunduğu, buna karşın sağlık personeli sayısının yetersizliği olduğu,
- Rehabilitasyon alt yapısının birçok ülkede çok kötü ve geri kalmış durumda olduğu,
- Gelişmiş ülkelerde bile rehabilitasyon uygulamalarının, maliyetin yüksekliği nedeniyle sınırlı olduğu,
- Birçok özürlemler durumunda küçük, basit bazı bilgi ve uygulamalarla özürlemlerün durumunun iyileştirilebileceği ve yardımcı olunabileceği,
- Özürlemlerle ilgili toplumsal bilincin artırılması gerektiği belirtilmiştir.

Ülkemizde de I. Dünya Savaşı sonrası askeri hastanelerde askerlerin rehabilitasyonunun sağlanması amacıyla fizik tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları başlamış, bu bağlamda ilk kapsamlı çalışma 1953 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde (GATA) Dr. Sevüktekin tarafından yürütülmüş, bunu 1957-58 yıllarında İstanbul'da ortaya çıkan Poliomiyelit epidemisinde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Ortopedi kliniklerinin rehabilitasyon çalışmaları izlemiştir (4,6).

Birleşmiş Milletlerin 1993 yılında "Özürlemler İçin Fırsat Eşitliği" için standart kuralları ilanından sonra ülkemizde bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bunlardan en önemlileri Mayıs ve Haziran 1997 tarihinde çıkarılan 571 ve 572 no'lu Kanun Hükmünde Kararnamelerdir. Yeni düzenlemeler sonucu ülkemizde özürlemlerle ilgili yapılan kamu faaliyetleri (7);

- Sağlık ve eğitim hizmetlerini,
- Özürlemler İdaresi Başkanlığı'nın kurulmasını,
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu çalışmalarını,
- Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'nda özürlemlere çeşitli sosyal yardımları kapsamaktadır.

Ülkemizde özürllülerle ilgili yasal çalışmalar 1997 yılında başlamıştır. 5378 no'lu Özürllüler Kanunu "sınıflandırma, bakım, rehabilitasyon, istihdam, eğitim, iş ve meslek analizi" konularını kapsayan geliştirilmiş haliyle 1 Temmuz 2005'te kabul edilmiştir.

## Rehabilitasyonun Tanımı

Rehabilitasyon, Latince habil kelimesinden gelmekte olup, habilitasyon bilinmeyen bir şeyin öğrenilmesi olarak tanımlanmaktadır (4). Rehabilitasyon; doğuştan yada sonradan hastalık, kaza yada yaralanma nedeniyle bir kısım yeteneklerini kaybetmiş bireyi tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönlerden mümkün olan en iyi düzeye ulaştırarak kendine, ailesine, topluma daha yararlı olmasını sağlamayı amaçlayan, kalıcı sakatlıkların sonuçlarını en aza indirmek için düzenlenen tedavi edici bir çalışma sürecidir (4,5,11,12).

Dünya Sağlık Örgütü, rehabilitasyona yönelik raporunda 3 önemli konuya yer vermiştir. Bu raporda rehabilitasyon (13);

1. Sakatlık ve engelliğin etkisini, sakat ve engellilerin çevreye uyumsuzluğunu azaltmayı amaçlayan tüm yöntemler,
2. Bireylerin sadece çevreye uyumlarını sağlamak için sakat ve engellileri eğitmek değil, toplumsal bütünleşme için yaşadığı çevre ve toplumla ilgili düzenlemeler,
3. Sakat ve engelli bireylerin birlikte yaşadıkları aileleri ve toplumlarla birlikte rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi şeklinde açıklanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü hastalıklar yada kaza sonucunda gelişen özürllülük sürecini (ICIDH Uluslararası Sınıflandırması:International Classification of Impairments, Disabilities and Handicapped ile) şu şekilde sınıflandırmıştır (5,14);

- **Yetersizlik (impairment)**, organ alanı olup geçici yada devamlı psikolojik, fizyolojik, yapı ve fonksiyonlardaki herhangi bir kayıp yada anormallik (duyu bozukluğu, ağrı, kas gücü azalması),
- **Sakatlık (disability)**, kişi alanı olup, bir aktiviteyi normal kabul edilen sınırlar içinde gerçekleştirmedeki kısıtlılıkla yada yetersizlik (felç sonrası koşamama, otomobil kullanamama, paraplejiklerin kısıtlı yürüyüşü),
- **Engellilik (handicap)**, toplum alanı olup yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel etkenlere bağlı olarak, özürllülük ve yetersizlik sonucu sosyo-kültürel rollerin kısıtlı oluşu yada yapılamaması (sosyo-ekonomik engeller, mimari engeller nedeniyle kısıtlı aktiviteleri).

Dünya Sağlık Örgütü sakatlık oranını gelişmiş ülkeler için %10, gelişmekte olan ülkeler için ise %12 kabul etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sakatlığın kentsel alanda %15, kırsal alanda %2 olduğu tahmin edilmektedir. Bu sonuçlara göre tüm dünyada 500 milyon, ülkemizde ise 8.5 milyon engelli birey olduğu tahmin edilmektedir (9,14,15).

İş ve İşçi Bulma Kurumunun açıklamış olduğu sonuca göre (16), 1990 yılında iş için başvuran 12576 kişideki sakatlık tiplerinin ülkemizde dağılımına bakıldığında; kronik iç hastalıkları %6.1, kas iskelet hastalıkları %1.9, görme bozuklukları %1.2, konuşma

bozuklukları %0.6, işitme bozuklukları %0.8, öğrenme bozuklukları %0.4, davranış bozuklukları %0.4 ve diğer bozukluklar %0.8 oranında sakatlığa neden olmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 2002 yılı verilerine göre nüfusun %12.9'unu özürülüler oluşturmaktadır. Aynı verilere göre, %1.25'ini ortopedik, %0.60'ını görme, %0.48'ini zihinsel, %0.38'ini dil ve konuşma, %0.37'sini işitme, %3.7'sini diğer sakatlıklar oluşturmaktadır (15).

## Rehabilitasyonun Amaçları ve Yararları

Rehabilitasyon programları, eğitim, danışmanlık, bakım ve tedavi uygulamaları gibi hizmetlerle yürütülmektedir. Rehabilitasyon, bireyin ailesi ve toplum ile yeniden bütünleşmesini sağlayarak, fonksiyonlarını optimal düzeyde sürdürmesini sağlar. Bunun yanında rehabilitasyonun (3,4);

- Sekonder problemlerin (spastite, bası yaraları, kontraktür) ve fiziksel deformitelerin önlenmesi,
- Sakat bireylerin koltuk değneği, baston, yürüteç, tekerlekli iskemle, protez, ortez gibi günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırıcı yardımcı cihazlar kullanarak kendi yaşamlarını bağımsız olarak sürdürebilmesi,
- Hastalıktan etkilenmiş organ ve sistemlerin fonksiyonel kapasitesinin artırılması,
- Hastalıktan etkilenmemiş organ ve sistemlerin güç ve kapasitelerinin artırılması,
- Kronik hastalığa sahip bireylerin var olan fonksiyonlarının ve öz-bakım gücünün artırılması,
- Hastanede kalış süresinin kısaltılması,
- Sosyal ve iş çevresini uygun hale getirerek ve psikolojik destek sağlayarak bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi amaç ve yararları vardır.

## Rehabilitasyon Programları

Rehabilitasyon; fizyoterapi, kas eğitimi, beslenme eğitimi, psikoterapi, gevşeme teknikleri, genel sağlığı koruma ve geliştirme, öz-bakım eğitimi, kullanılan ilaçlarla ilgili eğitim, taşıma, ev içi düzenleme, iş rehabilitasyonu, cinsel rehabilitasyon ve konuşma rehabilitasyonunu kapsayan programları içermektedir. Nörolojik (serebrovasküler olay, multiple skleroz, lateral skleroz, myastenia gravis), romatolojik (romatoid artrit, osteoartrit, ankilozan spondilit), pulmoner (kronik obstrüktif akciğer hastalıkları), ortopedik, kas-hareket sistemi hastalıklarında ve amputasyonlarda, yatağa bağımlı hastalarda, travmatik beyin ve spinal kord yaralanmalarında, kronik böbrek yetmezliği, AIDS gibi hastalıklar ve yanıklarda, doğumsal hastalıklarda (serebral palsy), kanserlerde, ağır yönetiminde, kalp ve yaşlılığa bağlı gelişebilecek sorunlarda rehabilitasyon programları uygulanmaktadır. Sakatlığın sürekli olduğu durumda birey iş gücüne dönemiyorsa, bireyin bedensel ve mental durumu incelenerek durumuna uygun yeni bir işin kazandırılması konusunda eğitim verilmesi ve sonra yeni işe göre bireyin istihdamının yapılması da rehabilitasyon kapsamındadır (4,17).

Rehabilitasyon iç (internal) ve dış (eksternal) birçok faktörden etkilenmektedir. İç faktörler; bireyin temel sorunundan geriye kalan fiziksel fonksiyonlarıdır. Örneğin; bireyin temel sorunundan geriye kalan var olan nörolojik kapasitesi, kardiyovasküler ve diğer sistemlere ilişkin kapasitesidir. Dış faktörler ise; ev olanakları, ekonomik olanaklar, aile, diğer bireyler ve resmi kurum yada kişiler ile ilişkiler, teknolojik ve çevresel

engeller yada olanaklardır. Özürlü bireylerin de sağlıklı bireyler gibi beslenme, sağlık bakımı, eğitim ve barınma gibi gereksinimlerinin yanı sıra; çevre, iş, aile yaşamında değişimlere gereksinimleri bulunmaktadır. Bu değişimler için kurumlar ve disiplinlerarası işbirliği gerektiğinden sorunların çözümü zorlaşabilmektedir (4,18).

Rehabilitasyon hizmeti temelde aile ve bireyi bağımlı hale getiren yetersizliklerin giderilmesine yönelik olarak, bireyin kapasitesinin devamını, iyileştirilmesini ve geliştirilmesini kapsayan interdisipliner bir ekip yaklaşımını gerektirir. Hasta ve sakatların rehabilitasyonu pek çok değişik tedavileri ve sorunların çözümlenmesini gerektirir. Bu kadar geniş bir çalışmayı tek bir meslek grubunun yapması mümkün değildir. Böyle bir çalışmada iletişim, işbirliği, koordinasyon ve değerlendirme ekip başarısı için önemlidir. Rehabilitasyon ekibi hasta ve ailesiyle birlikte bir çok meslek grubunu kapsamaktadır. Rehabilitasyon ekibi (4,5);

1. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı
2. Fizyoterapist
3. Fizik tedavi teknisyenleri
4. İş ve uğraşı terapisti
5. Konuşma terapisti
6. Hastanın tedavi dışındaki boş zamanlarını değerlendirmede çalışan rekreasyon uzmanı
7. Hastanın protez ve ortez gereksinimini değerlendirip buna yönelik eğitim veren prostetist- ortotist
8. Hastanın mesleki yeteneklerini değerlendiren ve bu konuda eğitim veren meslek danışmanı
9. Diyetisyenler
10. Psikolog
11. Sosyal hizmet uzmanı
12. Hasta ve ailesi
13. Rehabilitasyon hemşiresinden oluşmaktadır.

## Rehabilitasyon Hemşireliği

Kronik hastalıklar, kazalar, savaşlar, yaşlı nüfusun artması gibi nedenlerle rehabilitasyona gereksinim duyan birey sayısının ve rehabilitasyon alanlarının artması bağlamında; rehabilitasyon hizmeti veren meslek gruplarının, bu hizmeti verecek nitelik ve sayıya ulaşabilmeleri için çeşitli önlem alma gereksinimleri doğmuştur. Temel hemşirelik eğitiminde ve mezuniyet sonrası eğitimlerde rehabilitasyona daha fazla yer verilmeye başlanmış, bazı hastanelerde rehabilitasyon hemşireliğinde uzmanlaşma, görev içi eğitim programları önem kazanmış, ilgili dernek ve kuruluşlar rehabilitasyon hemşireliğine yönelik yasal çalışmalar ve düzenlemeler yapmaya başlamıştır.

Avusturalya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği (ARNA) rehabilitasyon hemşireliğinin hedeflerini (19); öz-bakımı artırma, bozulan fonksiyonları düzeltme ve hastaların yaşam kalitelerini artırma olarak tanımlamıştır. ARNA bu hedefleri yerine getirmek için hemşirelerin görevlerini (19);

- Varolan yetenekleri ve rolleri sürdürme
- Sağlığı yükseltme

- Olası bozuklukları, sakatlık ve yetersizlikleri önleme
- Bireyin yaptığı iş ve rollerine ilişkin yeniden yapılandırma
- Engelliliği azaltma olarak tanımlamıştır.

Amerikan Rehabilitasyon Hemşireliği Derneği aracılığı ile McCourt tarafından yayınlanan rehber kitapta (19), rehabilitasyon hemşirelerinin eğitici, bakım veren, danışman, bakımda koordinatör, hastayı teşvik edici, araştırmacı ve uzman rolleri olduğu belirtilmiştir. Ancak Amerikan Rehabilitasyon Hemşireliği Derneği dünyada rehabilitasyon hemşireliğine eğilimin artmasına rağmen, rehabilitasyon hemşirelerinin rol belirsizliği, rehabilitasyon programları için yeterli eğitim verilmemesi, deneyim yetersizliği gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir (19,20).

Ülkemizde rehabilitasyon alanında çoğunlukla aktif çalışan grup olarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı, fizyoterapistler dikkati çekmektedir. Oysa rehabilitasyon alanında hemşire, sosyal çalışan, teknisyenler gibi meslek grupları da önemli sorumluluklara sahiptirler. Hemşireler bireylerin sağlık bakımından birinci derecede sorumlu olup, diğer sağlık profesyonelleri ile karşılaştırıldığında hasta ile en fazla zaman geçiren meslek grubudur. Hemşirelerin hastaların fiziksel iyiliğinin sağlanmasında, komplikasyonların önlenmesinde, motivasyonun ve davranış değişikliğinin sağlanmasında, yanlış inançların ortaya çıkarılmasında, hastalığa ilişkin belirsizliğin azaltılmasında, umudun ve problem çözme becerisinin artırılmasında rolleri bulunmaktadır.

Ülkemizde rehabilitasyon hizmetleri veren özel merkezler bulunduğu gibi, bazı hastanelerin bünyesinde bu hizmeti veren üniteler de bulunmaktadır. Ayrıca hastanelerin cerrahi, yoğun bakım, ortopedi, nöroloji gibi ünitelerinde de rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Bilindiği gibi rehabilitasyon merkezleri ve rehabilitasyon hizmeti verilen ünitelerde hemşireler de çalışmaktadır. Ülkemizde çoğunlukla temel hemşirelik eğitiminde rehabilitasyon konusuna ayrıcalıklı olarak yer verilmemektedir. Ancak rehabilitasyon alanında çalışan hemşirelerin eğitimleri hizmet içi eğitim programları ile sağlanabilmektedir. Oysa Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde rehabilitasyon hemşireliği alanında bilim uzmanlığı programları bulunmaktadır (19). Ülkemizde "Rehabilitasyon Hemşireliği" Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Programı'nda seçmeli ders olarak ve Marmara Üniversitesi ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Lisansüstü eğitim programında ders olarak yer almaktadır. Ayrıca sınırlı sayıda bazı hastanelerde rehabilitasyon ekibi içerisinde hemşirelerin görev tanımının da yapıldığı sözel olarak belirtilmektedir.

Ülkemizde rehabilitasyon konusunda olumlu bir gelişme olarak Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından, Hemşirelik Yüksekokullarından ve Hastanelerden katılımcıların oluşturduğu bir komisyonla 2004'te rehabilitasyon hemşireliğinin görev tanımına yönelik olarak çalışmaya başlandığı, bu yıl içerisinde komisyon çalışmalarının bitirildiği ve şu anda çalışmanın üst komisyona sunulduğu bilinmektedir.

## Rehabilitasyon Hemşiresinin Özellikleri

Rehabilitasyon hemşireliği ülkemizde yeni kullanılan bir kavramdır ve uygulama alanında rehabilitasyon hemşiresi olarak istihdam söz konusu değildir. Yukarıda da belirtildiği gibi ülkemizde temel hemşirelik eğitiminde genel hemşirelik eğitimi verilmektedir. Oysa rehabilitasyon alanında çalışan hemşirelerin temel hemşirelik özelliklerine ek olarak bazı farklı özelliklerinin olması gerekmektedir. Rehabilitasyon hemşiresi aile üyelerinin endişelerine duyarlılık gösterme ve hastanın fonksiyonel durumunu değerlendirme yoluyla ailenin ve hastanın sorunlarını saptayabilir, çözümleyebilir ve endişe-

lerini gidermeye yardım edebilir. Bunları yapabilmesi için rehabilitasyon hemşiresinin (4,14,21,22);

- Olumlu iletişim kurma, iyi bir dinleyici olma becerisine sahip olması,
- Rehabilitasyon hastalarını tanıma bilgisine sahip olması, rehabilitasyon alanında etkin biçimde çalışabilmesi için insan, sağlık-hastalık, çevre, değişim ve öğrenme teorileri, büyüme-gelişme, cinsellik gibi kavram ve kuramları bilmesi,
- Eğitim yapabileceği bilgi, beceri ve deneyimine sahip olması, hasta ve ailesinin bağımsızlık kazanmasında gerekli olan bilgi ve beceriyi kazandırabilmek için sabırlı ve iyi bir eğitmen olması,
- Hastalıklar ve bunların sistemlere olan etkilerini bilmesi,
- Hastalıklardan, sakatlık ve komplikasyonlardan korunma gibi konularda yeterli bilgiye ve beceriye sahip olması gerekmektedir.

### Rehabilitasyon Hemşiresinin Görevleri

Rehabilitasyon temelde, bir öğretme-öğrenmeyi amaçlayan ve tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme aşamalarını içeren bir süreçtir. Rehabilitasyon hemşiresi genel olarak bireyin fonksiyon düzeyini sürdürmesine, sağlık sorunlarına yönelik gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine ve olabildiğince uzun süre yaşamını yüksek bir kalitede rahat ve bağımsız sürdürmesine yardımcı olur (4).

Bireyler yaşadıkları kayıplar nedeniyle hem iş yaşantısından hem de sosyal yaşamdan soyutlanabilirler. Rehabilitasyon hemşiresi fonksiyon kaybının üstesinden gelme yada tekrar kazandırmanın ötesinde davranış değişikliği yaratma ve anlayış değiştirme gibi konuları da ele almak durumundadır.

Hemşireler özürlü yada rehabilitasyon gereksinimi olan tüm bireylerle çalışmaya başlamadan önce çeşitli indeks, skala, ölçekler ve formlar kullanılarak bireyin iç ve dış faktörlere ilişkin durumunun ve fiziksel fonksiyonlarının, geçmiş yaşam ve alışkanlıklarının değerlendirilmesini yapabilmelidirler. Bu verilerin toplanmasında sıklıkla kullanılan araçlar (4,18,19);

- Barthel indeksi (bireyin beslenme, transfer, giyinme, banyo, yürüme, merdiven çıkma, defekasyon, barsak ve mesane sorunları saptanır),
- Ağrı skalası (ağrı düzeyi belirlenir),
- Öz-bakım Ölçeği (öz-bakım gücü belirlenir)
- Mini mental durum skalası (MMSE ile bilişsel sorunlar belirlenir),
- Depresyon ve anksiyete skalaları (psikolojik sorunları belirlenir),
- SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (yaşam kalitesi belirlenir) 'dir.

Rehabilitasyon hemşiresi hasta ve ailesi ile birlikte gerçekçi hedefler belirleyerek, bu hedefe ulaşmada hastaya rehberlik yapar, ayrıca bireyin kendi sağlık bakımı konusunda daha etkin ve bağımsız olmasını sağlar. Rehabilitasyon hemşiresinin genel anlamda görevlerine bakacak olursak (4,17, 20,23,24,25);

1. Rehabilitasyon ekibinin diğer üyeleri ile iyi bir iletişim kurarak koordinasyonu sağlar.
2. Rehabilitasyon ekibinden ve diğer kaynaklardan aldığı bilgilerle veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi kapsayan bir süreçle rehabilitasyon hizmetlerinde bütünlük sağlar.
3. Rehabilitasyon programının başlangıcından itibaren bireyi ve ailesini destekler, birey ve ailesinin sağlık eğitimi gereksinimlerini ve bunları karşılamak için gereken



uygulamaları belirler, uygular, kaydeder, sonuçları değerlendirir ve gerekli ekip üyeleri ile paylaşır ve tartışır.

4. Bireyin ve ailenin geleceğe yönelik gelişme ve öğrenmesinde destekleyici ve motive edicidir.
5. Bireyin etkin baş etme davranışlarını geliştirmesi için sürekli destekleyici ilişki kurar, varolan ve olası sorunlarına yönelik olarak danışmanlık yapar.
6. Bireyin çevresel rahatlığını ve güvenliğini sağlar, sınırlılıkları nedeniyle gelişebilecek yeni sakatlıkların ve enfeksiyonların gelişmesini önlemek ve cilt bütünlüğünü korumak için gerekli önlemleri uygular, uygulatır.
7. Bireyin fizyolojik değişikliklerini dikkatle izler, gerekli gözlemleri yapar ve kaydeder.
8. Bireyin var olan gücünü ve yeteneklerini saptar ve bunları sağlığın geliştirilmesine yönelik olarak destekler.
9. Bireyin öz-bakımının ve bağımsızlığının kazandırılması için gereken eğitim ve uygulamaları yapar, yapılmasını sağlar ve önlemleri alır.
10. Bireyin gelecek yaşantısına ilişkin toplum olanakları, sağlık hizmetleri, kurum kaynakları ve diğer destek hizmetleri, dernekler konusunda danışmanlık yapar.
11. Sağlık sorunlarının çözümüne ve çevreye uyumuna yönelik olarak teknolojiyi ve çeşitli yardımcı araç ve gereçleri kullanma konusunda bilinçlendirir ve gerektiğinde eğitir.
12. Bireyin duygu ve düşüncelerini dinler, bireye yeterince zaman ayırır, gerektiğinde destekler yada sorunlara yönelik olarak ilgili meslek mensuplarına yönlendirir.

## Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde rehabilitasyon hizmeti veren bazı kurumlarda kurum içi rehabilitasyon ekibinin görev tanımının yapıldığı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığının, Hemşirelik Yüksekokulları ve Hastanelerden katılımcıların oluşturduğu bir komisyonla 2004'te rehabilitasyon hemşirelerinin görevlerine ilişkin yönetmelik üzerinde çalıştığı, ancak hala yönetmeliğin tamamlanıp uygulamaya geçilmediği, ülkemizde rehabilitasyon hemşireliğine yönelik eğitimlerin sınırlı olduğu ve rehabilitasyon hizmetlerinin çoğunlukla hastanelerde/özel kurum ve ünitelerde sunulduğu görülmektedir. Ayrıca yataklı tedavi kurumlarında, rehabilitasyon merkezlerinde ve ünitelerinde çalışan hemşirelerin çoğunlukla sınırlı bakım ve rehabilitasyon uygulamalarında görev aldıkları rehabilitasyon hemşireliği konusunda yeterince eğitim almadığı ve rol karmaşası yaşadıkları görülmektedir. Bu nedenlerle;

- Rehabilitasyon hemşirelerinin görev tanımına ilişkin yönetmeliğin ivedilikle tamamlanması ve uygulamaya konması,
- Temel hemşirelik eğitiminde rehabilitasyon hemşireliğine gereken önemin verilmesi,
- Hemşirelerin rehabilitasyon alanında araştırma, çalışma ve yayınlar yapması,
- Doğrudan rehabilitasyon veren kurumlarda çalışan hemşirelerin görev içi eğitim programları ile daha yetkin durumlara getirilmeleri,
- Gelecekte rehabilitasyon alanında çalışan hemşirelerin dayanışmalarının artırılması, sorunların çözümlenmesi ve gelişmelerinin sağlanması gibi nedenlerle dernek çalışmalarının başlatılması önerilebilir.

## Kaynaklar

1. Akçay T. Tekerlekli Sandalye Kullanan Paraplejik Hastalarda Ev Rehabilitasyonu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara. 1994
2. Disability, including prevention, management and rehabilitation. Fifty-eighth world health assembly agenda item 13.13, WHA 58.23, Update 25 May 2005. Available from: [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_23-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_23-en.pdf) Accessed: 05.07.2005
3. Arpacıoğlu O. Rehabilitasyon Hemşireliği. Ankara: Gata Vakfı Yayınevi. 1997. s.1-9
4. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları, SANERC, 2003. s. 71-80
5. Özcan O. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ed. Beyazova M. Kutsal YG. Cilt I. Ankara: Güneş Kitabevi. 2000. s.12-52
6. Oğuz H. Uzmanlığın Tarihçesi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ed. Beyazova M, Kutsal YG. I Cilt. Ankara: Güneş Kitabevi. 2000. s.3-11
7. Kayhan Ö. Yaygın Toplumsal Rehabilitasyon. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ed. Beyazova M, Kutsal YG. I Cilt, Ankara: Güneş Kitabevi. 2000. s.73-79
8. Standard Rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities. 20 December 1993. Available from: <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/dpi1647e.htm> Accessed: 03.06.2005
9. Sakatlar için Birleşmiş Milletler Standart Kararları, 20 May 2005 Available from: <http://www.tsd.org.tr/istatistik/Sakat.doc>. Accessed:03.06.2005
10. Community Based Rehabilitation for and with People with Disabilities. Joint Position Paper, Geneva: ILO-UNESCO-WHO, 1994
11. Cayrat E. Rehabilitasyon Hemşireliği. Ankara: Gata Vakfı Yayınevi. 1997. s.183-186
12. CBR, A strategy for rehabilitation, equalization of opportunities poverty reduction and social inclusion of people with disabilities, Joint Position Paper, 2004
13. Community-based rehabilitation and the health care referral services. A guide for programme managers. Rehabilitation World Health Organization. 1994. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_RHB\\_94.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_RHB_94.1.pdf). Accessed:02.07.2005
14. Disability Prevention and Rehabilitation, A Guide for strengthening the Basic Nursing Curriculum, WHO/RHB/96.1, 1996
15. Türkiye 2003 özürülüler araştırması sonuçları. 02 aralık 2003. Available from: [http://www.tsd.org.tr/istatistik/Engelli\\_Istatistikleri\\_02Aralik2003.doc](http://www.tsd.org.tr/istatistik/Engelli_Istatistikleri_02Aralik2003.doc). Accessed: 03.05.2005
16. Sindel D. Sakatlığın Epidemiyolojisi. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ed. Beyazova M. Kutsal YG. Cilt I. Ankara: Güneş Kitabevi. 2000 s. 37-48
17. Thorn S. Neurological rehabilitation nursing: a review of the research. Journal of Advanced Nursing. 2000;31 (5):1029-1038
18. Oflaz F. Rehabilitasyon Hemşireliği. Ankara: Gata Vakfı Yayınevi. 1997. s.13-17
19. Pryor J, Smith C. A framework for the role of registered nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia. Journal of Advanced Nursing. 2002;39 (3):249-257
20. Nolan M. Nolan J. Rehabilitation, chronic illness and disability, the missing elements in nurse education. Journal of Advanced Nursing. 1999; 29 (4): 958-966
21. Natterlund B. Ahlström G. Experience of social support in rehabilitation; a phenomenological study. 1996;30 (6):1332-1340
22. Nolan J, Nolan M, Booth, A. Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example. International Journal of Nursing Studies. 2001;38:163-173
23. Kneafsey R, Long AF, Ryan J. An exploration of the contribution of the community nurse to rehabilitation. Health and Social Care in the Community. 2003;11 (4):321-328
24. Routasalo P, Arve S, Lauri S. Geriatric rehabilitation nursing: developing model. International Journal of Nursing Practice. 2004;10:207-215
25. Yazıcıoğlu K. Rehabilitasyon Hemşireliği. Ankara: Gata Vakfı Yayınevi. 1997. s.219-221