

## Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Olduğu Ailelerde Risk Yaklaşımı Hemşirelik

Mehmet KORKMAZ, İlknur AYDIN AVCI

### Özet

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve sosyal sınıfların yapısına bakılmaksızın kronik hastalıklar günden güne artmaktadır. Kronik hastalıkların prevalansının artması hastalığın yükünü arttırmaktadır. Bireylerin kronik hastalık tanısı almasıyla başlayan geçiş süreci ve deneyimler bireylerin ailelerinin yeni kararlar almalarını, yeni görevler öğrenmelerini, iletişim eğilimlerini, aile rollerini yeniden paylaşmalarını ve yeni kaynakları kullanmayı öğrenmelerini gerektirir.

Kronik hastalığı olan bireyler temel düzeyde hastalıkları ile ilgili konularda eğitim aldıklarında, desteklendiklerinde ve klinik bakım ve takibi sağlık bakım profesyonelleriyle ortak bir şekilde yapıldığında, bireylerin hastalıkların kendilerinin yönetmesi güçlendirilmiş olmakta ve kendi bakımında yetkin hale gelmektedir. Hemşireler kronik hastalığı olan bireylerin uzun süreli gereksinimlerini aile ile konuşarak belirlemeli ilk başta kısa süreli olan hedefler gerçekleştirilmeli ve planlamalar yapılmalıdır. Aile, hasta ve hemşire arasındaki bu ilişkisi kuralcı ve anlık değil düzenli ve işbirlikçi bir ilişki olmalıdır. Hemşirelerin amacı herhangi bir durumda gereksinimlerini karşılamada zorluk yaşayan, kendine yetemeyen bireyin ve ailesinin maksimum sağlığına ulaşması ve sürdürmesi için yardım etmek olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler-** Kronik Hastalık, Risk Yaklaşımı, Hemşirelik

Kronik hastalıklar, kendi kendine çözümlenemeyen ve nadiren tam olarak iyileşen uzun süreli hastalıklardır. Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki artış, beslenme alışkanlıklarında meydana gelen değişimler, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Yaşam süresinin uzaması arzulanan bir şey olmakla birlikte, bu doğrultuda kronik hastalıkların görülme sıklığında artış meydana gelmiştir. Yapılan çalışmalar, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve sosyal sınıfların yapısına bakılmaksızın kronik hastalıkların günden güne arttığını göstermektedir. Kronik hastalıklar; kalp hastalıkları, inme, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabeti kapsamaktadır. Görme yetersizliği ve körlük, işitme yetersizliği ve sağırılık, oral hastalıklar ve genetik hastalıklar küresel hastalık yükünün büyük bir kısmını oluşturan diğer kronik durumlardır. Kronik hastalıklar küresel ölümlerin %68'ini oluşturmaktadır (Erkoç ve Yardım, 2011; Zengin ve ark., 2012; Dünya Sağlık Örgütü, 2014).

Kronik hastalıklarla ilgili bilinen ve doğru olduğuna kanaat getirilen yanlış bilgiler bulunmaktadır. Bu bilgiler kronik hastalıkların önemsenmemesine ve ihmal edilmesine neden olmaktadır. Bu bilgileri şu şekilde sıralayabiliriz;

- Kronik hastalıkların uzak bir tehdittir ve bazı enfeksiyöz hastalıklardan daha az önemli ve ciddidir.
- Kronik hastalıklar esas olarak yüksek gelirli ülkeleri etkilemektedir.
- Kronik hastalıklar esasen zengin insanları etkilemektedir.
- Kronik hastalıklar ilk önce yaşlı insanları etkilemektedir.
- Bazı kronik hastalıklar, özellikle kalp hastalıkları, ilk önce erkekleri etkilemektedir.
- Bir kimse sağlıksız yaşam tarzı sonucunda kronik hastalığa yakalanırsa tek suçlu o kimsenin kendisidir.
- Kronik hastalıklar önlenemez.
- Kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü çok pahalıdır
- Dedem hem sigara içerdi hem de aşırı kiloluydu ve 96 yaşına kadar yaşadı.
- Herkes zaten bir şeylerden ölecek (Erkoç ve Yardım, 2011).

2012 yılında kalp hastalıkları, inme, kanser, kronik solunum bozuklukları, diyabet gibi kronik hastalıklar dünyadaki ölümlerin önde gelen nedeni ve bütün ölümlerin %68'ünü oluşturmaktadır ve kronik hastalıklardan ölen 56 milyon kişinin on altı milyonunun 70 yaşın altında olduğu ve bu erken ölümlerin yüzde seksen ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği bildirilmektedir (Zengin ve ark., 2012; Dünya Sağlık Örgütü, 2014). Türkiye'de ortalama yaşam süresi kadınlarda 79, erkeklerde 74 ve toplamda 77 yıldır. Ölüm nedeni olarak kardiyovasküler hastalıklar %47, kanserler %22 ve diyabet %2 iken kronik hastalıklar bütün ölümlerin %86'sını oluşturmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2014).

Meleis ve Chick (1986), geçişi bir yaşam safhası, durumu ya da koşulundan başka bir diğerine geçmek olarak tanımlamaktadır. Geçiş hem karışık insan çevre etkileşiminin sürecini hem de bu etkileşimin çıktılarını

ifade etmektedir. Bir insandan daha fazlasını kapsayan geçiş belirli bir durumun ve bağlamın içinde gerçekleşir. Geçişin tanımlayıcı özellikleri süreci, bağlantısızlık algısı ve örgüsünü ve tepkileri içermektedir. Geçiş karmakarışık bir süreç olsa da geçiş ve değişim herkesin hayatının bir parçasıdır (Koch ve Kralik, 2006; Adili ve ark., 2013). Geçiş teorisi, kronik hastalık deneyimi ile ilgili sürekliliğin anlaşılmasını sağlar ve geçişin 4 unsuru vardır;

İlk unsur tanıdık yaşantıdır. Başlangıçta, tanıdık hayatı olan bireyler ile öngörülebilir yaşantıları ve örüntüleri vardır bu tanıdıklığın kesintiye uğramasıyla geçiş süreci başlar. Tanıdıklık unsuruna sağlıklı dönemde denilebilir, bu dönemde yaşam genellikle bireylerin ailesine, ilişkilerine, işine ve rutine, yaşam düzenine, fiziksel ve sosyal faaliyetlere bağlıdır. Kişi hastalandığında bunlara meydan okunur ve tanıdıklık durumu ortadan kalkar ve diğer bir unsur devreye girer. Bu unsur sonlanmaz. Bu süreçte hastalığın kişide neden olduğu durumlardan dolayı kişide tanıdıklıkla bağlantının kopma hissi ve değişim korkusu ya da zarar görmüş olma hissi ortaya çıkabilir. Nitekim, hastalığın neden olduğu durumlar kişide ki topluluk, sıradanlık ve tanıdıklık duygularını sona erdirir. Limbo ise diğer bir unsurdur bir başka deyişle belirsizliktir; Limbo, bireyin geleceği konusunda aşırı derecede farklı ve belirsiz hissettiği durumdur. En son unsur sıradanlaşmadır. Sıradan olmak, bireyin hayatını hastalıklarının mevcut gerçeklerine dönüştürerek bütünleştirdiği, yeniden yapılandığı safhadır. Bu süreçte birey hastalığının gerçekliğini kabul eder ve hayatını ona göre yapılandırır (Koch ve Kralik, 2006; Adili ve ark., 2013).

Hastalığın olduğu geçiş sırasında, aile, arkadaşlar, akrabalar, toplum ya da sağlık profesyonellerinden destek alma önemli faktörlerdir. Mesela diyabet gibi kronik bir hastalığı olan insanlar durumlarını yönetmek için desteğe ihtiyaç duyar, bu desteklere ulaşabilmek kadar önemli bir diğer konu ise desteği nasıl ve nerede bulacaklarını bilmektir (Adili ve ark., 2013). Kronik hastalığı olan bireyler eğitildiğinde, desteklendiğinde, klinik bakım ve takibi sağlık bakım profesyonelleriyle ortak bir şekilde yapıldığında, bireylerin hastalıklarının kendilerinin yönetmesi güçlendirilmiş olur ve kendi bakımında uzman olur (Koch ve Kralik, 2006; Adili ve ark., 2013). Bireylerin ya da ailelerin geçişi deneyimledikleri süreç aileler için potansiyel risk zamanlarıdır (Adili ve ark., 2013; Hallaç ve Öz, 2014). Kronik hastalıkla tanılanma ile başlayan geçiş süreci ve deneyimler sıklıkla ailelere, davranış değişikliklerini, yeni kararlar almayı, planları, iletişim eğilimlerini, aile rollerini yeniden paylaşmayı, yeni görevler öğrenmeyi, kendini tanımayı ve yeni kaynakları kullanmayı öğrenmeyi gerektirir (Stanhope ve Lancaster, 2015).

Bir geçiş olayı, ailenin özel geçiş durumuna nasıl hazırlanacağını etkilemektedir. Eğer olay normal ise ya da beklenen bir durum ise, aileler ihtiyaç duyulan kaynakları tanımlayabilir, değişikliklerle mücadele etmek için planlar yapabilir, yeni görevleri öğrenebilir, olay ve sonuçları için hazırlık yapabilmektedir. Bu tür hazırlık ailenin mücadele yeteneğini artırır ve negatif çıktılarla ve stresini azaltır. Örneğin, çocuğun okula başlaması gibi. Fakat olay normal olmadığı ya da beklenmediği zaman, ailelerin hazırlık için zamanı çok azdır ya da hiç yoktur. Sonuç olarak stres, kriz hatta fonksiyon bozukluğu artabilir. Örneğin, kronik hastalık, boşanma, ölüm gibi (Stanhope ve Lancaster, 2015).

Aile sağlığı, her bir bireyin iyiliğinden hastalığına doğru uzanan bir dağılımda aile işlevlerinin nasıl iyi olabileceği ile ilgilidir. Aile sağlığı yalnızca bir üyenin sağlıklı olmasını ve diğer aile üyeleriyle ilişkilerinin nasıl olduğunu içermez, aynı zamanda aile dışındaki toplulukla ilişkilerini ve baş etmelerini de içerir. Hemşireliğin dört temel kavramından biri olan çevre kavramı pek çok hemşire teorisyen tarafından ele alınmış olup aileyi sosyal yapı/sosyal çevre olarak tanımlanmaktadır (Hallaç ve Öz, 2014).

Bakımın odağında olan kronik hastalıklı birey kendi karmaşık yapısı içinde bir taraftan aileyi barındırırken diğer taraftan yine karmaşık bir yapı olan ailenin bir üyesi olarak ta varlığını sürdürmektedir. Bu noktada ailenin, üyelerinin bir toplamı olarak hem de tüm üyelerinin tek tek değerlendirilme ve müdahale edilme gereksinimi söz konusudur olmaktadır. Hemşire kronik hastalığı olan bireyin risk faktörlerini azaltmaya katkı sağlayacak stratejiler belirlemelidir (CPHA, 2010; Hallaç ve Öz, 2014).

Risk faktörlerini azaltmaya katkı sağlayacak stratejiler belirlerken şu adımlar izlenmeli; Kronik hastalıklardan koruma; uygulanan politikalar ve bireylerin çalıştıkları sektörlerin koşulları sağlıklı yaşam sürmelerine uygun olmalıdır. Risk faktörlerini azaltma; Risk faktörleri doğru yönetildiğinde ve ortadan kaldırıldığında kronik hastalıklardan %80'e kadar korunabilir. Risk faktörlerin çoğu sigara içme, alkol kullanma gibi davranışsal risk faktörleridir, yüksek kan basıncı, obezite ise biyolojik risk faktörüdür. Bireyler için risk faktörlerini azaltıcı sağlıklı yaşamı ekonomik kılmak, sağlıklı yaşam farkındalığını artırmak ve desteklemek gibi stratejiler sağlığa teşvik edilmelidir. Risk faktörlerini azaltmaya yönelik (kişisel, toplumsal ve sosyal düzeyde) uygulamalar; İlk olarak kişisel düzeyde uygulamalar; Bireyler daha iyi görünmek, sağlıklı yaşamı devam ettirmek ve kendini iyi hissetmek için sağlığı geliştirici davranışlara katılabilir. Sigarayı bırakmak, alkol kullanmamak, her gün en az 30 dakika egzersiz yapmak, haftada en az üç kez yürümek, sağlıklı diyet ve BKİ' ne göre beden ağırlığını ayarlamak bireysel düzeydeki uygulamalardır. Hemşire bireyin ve ailesinin sağlıklı olmayan yaşam şeklini değiştirme ve mevcut davranışlarını sağlıklı yaşam şekline adapte edip destekleme noktasında çaba sarf etmelidir. İkinci ise toplumsal düzeyde uygulamalar; toplumsal düzeyde uygulamaların başarılı olabilmesi için toplumun katıldığı, destekleyici yerel politikalar yapılmalı, sektörler arası eylemler gerçekleştirilmeli ve resmi olmayan kurumlar ve özel sektör arasında işbirliği sağlanmalı. Okulların, işyerlerinin ve kamusal alanların sağlıklı hale gelmesi toplumlara sağlıklı çocuklar ve bireyler olarak pozitif dönüt

sağlayacaktır. Hemşirelere burada önemli sorumluluklar düşmektedir, eğitici ve bilgilendirici kampanyalara öncülük edebilir, bireylerin beslenme tavsiyesi alma, kan basıncı ölçümü ve taramalar gibi sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlayabilir ve sağlıklı çevre oluşturmaları ve sağlıklı yaşam şeklini benimsemeleri adına bireyleri destekleyebilir. Son olarak sosyal düzeyde uygulamalar; bireylerin yaşamakta olduğu sosyal çevrelerindeki yasal düzenlemeler, sağlığı tehdit eden unsurlara maruz kalma durumları, beslendikleri besin içeriklerinden uygulanan politikalara kadar sosyal hayatı oluşturan her şey sosyal düzeydeki uygulamaları kapsamaktadır (ICN, 2010).

Hemşireler toplumda meydana gelen değişim ve gelişmelere cevap verebilecek düzeyde yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Ayrıca hemşirelik mesleği dünyadaki değişimlere kayıtsız kalmamalıdır. Hemşirenin odağı, hem aile hem de hasta olarak aile ve belirli bir çevre içindeki koşulları kapsar. Bu, ailenin değerlendirilmesini, tanılama, planlama, müdahale ve değerlendirme süreçlerini içerir. Akut bir durum olarak başlayan ve devamında ilerleyen bir hastalık olan kronik hastalıklarda bu hemşire uzun süreli gereksinimleri aile ile konuşarak belirlemeli ilk başta kısa süreli olan hedefler gerçekleştirilmeli ve planlamalar yapılmalı. Aile hasta hemşire ilişkisi kuralcı ve anlık değil düzenli ve işbirlikçi bir ilişki olmalı (Mc Corkle ve ark., 2011; Zengin ve ark., 2012; Hallaç ve Öz, 2014). Sonuç olarak hemşireliğin amacı herhangi bir durumda gereksinimlerini karşılamada zorluk yaşayan, kendine yetemeyen bireyin ve ailesinin maksimum sağlığına ulaşması ve sürdürmesi için yardım etmektir. Hasta olarak aile yaklaşımında da aile, hemşirelik bakımının birincil odağıdır ve aile örüntüleri ve süreçleri incelenir (Hallaç ve Öz, 2014). Kronik hastalıklarda tedavi ve bakım multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekibin vazgeçilmez ve önemli bir üyesi olan, yaptıkları uygulamaların doğası gereği hastalarla daha fazla zaman geçirme ve iletişim kurma fırsatına sahip hemşire, sağlık kurumlarında ya da evde kronik hastalıklı bireyin bakımında aktif rol üstlenir. Hemşire, kronik hastalığı olan bireyin sorunlarına göre bakım, danışmanlık, rehabilitasyon ve eğitim planlamalarını yapar (Haskett, 2006; ICN 2010; Zengin ve ark., 2012).

### **Kaynaklar**

- Canadian Public Health Association (CPHA): Public Health /Community Health Nursing Practice in Canada Roles and Activities, 2010. <http://www.cpha.ca/uploads/pubs/3-1bk04214.pdf>, Erişim tarihi: 10.12.2016.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (pp. 237–257). Rockville,
- Erkoc Y, Yardım N. Policies For Tackling Non-Communicable Diseases And Risk Factors In Turkey. 1th Ed., Ankara, Anil Pres. 2011;15-18.
- Hallaç S, Öz F. Aile Kavramına Kuramsal Bir Bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014; 6(2):142-153.
- Haskett, Tim. "Chronic illness management: Changing the system." *Home Health Care Management & Practice* 18.6 (2006): 492-494.
- Koch, T., & Kralik, D. (2006). *Participatory action research in health care*. Victoria, Australia: Blackwell.
- Stanhope M, Lancaster J. *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*. Elsevier Health Sciences, 2015: 627-635.
- McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, et al: *Self-Management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness*, 2011. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20093/abstract;jsessionid=6E56D3A0409C5D98B06FD3C9207DE97B.f02t04>, Erişim tarihi: 10.12.2016.
- International Council of Nurses (ICN): *Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care*, 2010. <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf>, Erişim tarihi: 10.12.2016.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), *Global Status Report On Noncommunicable Diseases*. Current status of the global agenda on prevention and control of noncommunicable diseases, 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1), Erişim tarihi: 10.12.2016.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ): *Noncommunicable Diseases Country Profiles*, 2014. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1), Erişim tarihi: 08.12.2016.
- Zengin N, Yıldız H, Akıncı AÇ. Öğrenci Hemşirelerin Kronik Hastalıkların Bakımı Konusunda Düşünceleri. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. 2012:105-108.
- Adili F, Higgins I, Koch T, Older women and chronic illness: Transitioning and learning to live with diabetes. *Action Research*. 2013;11(2): 142–156.
- Canadian Public Health Association (CPHA): *Public Health /Community Health Nursing Practice in Canada Role and Activities*, 2010. <http://www.cpha.ca/uploads/pubs/3-1bk04214.pdf>, Erişim tarihi: 10.12.2016.