



Çiçek FADİLOĞLU
Yasemin TOKEM

GERİATRİK REHABİLİTASYONDA HEMŞİRENİN ROLÜ (*)

THE ROLE OF THE NURSE IN GERIATRIC REHABILITATION

ÖZ

Hemşireler tüm rehabilitasyon programlarında olduğu gibi; geriatrik rehabilitasyonun her aşamasında; rehabilitasyonun felsefesi, amaçları ve süreci doğrultusunda aktif rol alırlar. Bu sorumluluklarını yerine getirirken; Rehabilitasyon Hemşireliği Standartlarını oluşturan bakım standartlarına ve profesyonel performans standartlarına uygun olarak ülkenin sağlık politikaları doğrultusunda bakım verirler. Rehabilitasyon hemşireleri uygulamalarında; rehabilitasyonda kullanılan teorileri dikkate alarak yaşlıyı; bütüncül bakış açısı ile ele alır ve fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimlerini en üst düzeye getirme, günlük yaşam aktivitelerini ve kendilerine bakımı geliştirerek yaşam kalitelerini artırma çabalarında bulunur. Yaşlı bireye ve ailesine; eğitici, bakım verici, danışman, bakım koordinatörü, hasta savunucusu, araştırmacı fonksiyonlarını kullanır. Alanında kazandığı deneyim ve sahasındaki bilirkişiliği ile hukuksal danışman ya da uzman şahitlik sorumluluklarına da sahiptir.

Anahtar sözcükler: Yaşlı, Geriatrik rehabilitasyon, Hemşirelik, Standartlar.

ABSTRACT

Nurses take an active role in each parts of geriatric rehabilitation through aims, process and philosophy of rehabilitation such as all rehabilitation programs. While carrying out their responsibilities in rehabilitation settings, rehabilitation nurses work through available politics of their country with Rehabilitation Nursing Standarts includings care standarts and professional performan standarts.

Rehabilitation nurses take care the nursing theories for elderly person; deal with holistic approach, problem-solving; make physiological, pshchological and social support in their practise. They try to promote elderly's ability of daily living activities and quality of life. Rehabilitation nurses have many responsibilities such as educator, caregiver, counselor, care coordinator, patient adviser, researcher and expert witnessing for elderly patient and their family.

Key words: Elderly, Geriatric rehabilitation, Nursing, Standarts.



GERIATRİK REHABİLİTASYONDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Yaşlanma, ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan evrensel bir süreç olarak tanımlanırken, “Yaşlı” terimi ise, belli bir kronolojik yaşa ulaşan kişileri tanımlama amacıyla kullanılmaktadır (1). Yaşlanma fizyolojik bir süreç olmasına karşın yaşlıların büyük çoğunluğu yaşa bağlı patolojik değişiklikler ve eşlik eden kronik progresif hastalıklara bağlı gelişen fonksiyon kayıpları nedeniyle günlük yaşantılarında bağımlı hale gelirler, bakıma ve desteğe gereksinim duyarlar. Kronik hastalık insidansı yaşla birlikte artmakta, 65 yaş ve üzerindeki kişilerin %80’i bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip hale gelmektedir (1). Yaşlı bireylerin yarısından fazlası (%58.5) fonksiyonel olarak sınırlılıklar içinde yaşamakta olup yaklaşık %40’ının da aktivitelerinde sınırlılıklar bulunmaktadır. 75 yaş ve üzerindeki yaşlıların fiziksel fonksiyonel kısıtlılıkları dramatik bir şekilde yüksek olduğu görülmektedir (1). Ülkemizde 65 yaş üzerindeki kişilerin %90’ının kronik bir hastalığa sahip olduğu ve bunların da %35’inin iki, %23’ünün üç, %15’inin 4 ve daha fazla hastalığının birarada olduğu belirtilmektedir (2).

Günümüzde sağlık harcamaları enflasyonun önünde gitmektedir. ABD’de sağlık harcamaları için 1.6 trilyon dolar harcandığı bildirilmektedir. Bu yüksek harcamalar dikkate alındığında hastaların durumuna göre ve uygun bir şekilde planlanacak rehabilitasyon programları yoluyla daha ileri komplikasyonların ortaya çıkması önenebilir, dolayısıyla ileri dönemde maliyet etkin bir bakım sağlanabilir. Çünkü; yaşlılardaki kronik durumların prevelansının giderek artacağı ve 2010 yılında 141 milyona ulaşacağı bildirilmektedir. İki den fazla kronik hastalığa sahip olma oranı 45-64 yaşlarında %35 iken, bu oran 65 yaş üzerinde %62 olarak kendini göstermektedir. 1998 yılında ABD’de kronik hastalık olmadan 65 yaş üzerindeki sağlık harcamalarının 680 dolar olduğu belirtilirken, 1 kronik hastalığı olan hastada 1500 dolar (bu hastalık bireyde günlük yaşam aktivitelerinde -GYA- kısıtlılık oluşturuyorsa 3830 dolar), 2 kronik hastalık varsa 2550 dolar (GYA kısıtlılık oluşturuyorsa 5650 dolar), 3 kronik hastalık varsa 4060 dolar (GYA kısıtlılık oluşturuyorsa 7800 dolar), 4 kronik hastalık varsa 5650 (GYA kısıtlılık oluşturuyorsa 11.870 dolar) ve 5 kronik hastalık varsa 7560 (GYA kısıtlılık oluşturuyorsa 12.420 dolar) olduğu belirtilmektedir. (3)

Kronik hastalık prevelansının yüksekliği ve bu durumların oluşturduğu kısıtlılıklar nedeniyle; yaşlılarda ortaya çıkan sağlık sorunlarının çoğu rehabilitasyon girişimlerini gerektirmektedir. Bu gereksinime ek olarak yaşlılığa özgü sorunlar; geriyatrik rehabilitasyon kavramının daha da önem kazanmasına neden olmuştur. Geriyatrik rehabilitasyon fizyolojik yaşlılığın ortaya çıkardığı sorunların çözülmesi, hastalık veya sakatlığın en aza indirilmesi ve yaşlıların günlük yaşantılarında fiziksel, psikososyal ve ekonomik yönden bağımsız hale getirilmeleri şeklinde tanımlanmaktadır (4).

Rehabilitasyonun temel felsefesi; saygı, özgüven, sevgi ve değer verme kavramlarına önem vererek yaşlı bireyin saygınlık ve önemliliğini ortaya koyulmasını içermektedir. Bu yakla-

şımdan yaşlı bireyin potansiyelini geliştirme ve sonuna kadar kullanma hakkı doğmaktadır. Kapsamlı ve çağdaş rehabilitasyon hizmetlerinin her aşamasında farklı görevlere, farklı öneme sahip profesyoneller; **multidisipliner** ve **interdisipliner** bir ekip çalışmasıyla yaşlı bireylerin bu potansiyellerini en üst düzeyde gerçekleştirmelerini amaçlamaktadır. Bu ekibin temel üyelerinden olan hemşire ise; rehabilitasyon sürecinin başlangıcından sonuna kadar bireyin sınırlılıkları içerisinde, olası en yüksek bağımsızlık düzeyine ulaşmasında bireye tüm olanakları sağlamakla görevli bir profesyonel bireydir.

Geriyatrik rehabilitasyonda amaç; yaşlı bireye tıbbi ve cerrahi bir olayın neden olduğu kısıtlılıklardan, kayba kadar varan süreçte; fonksiyonel bağımsızlığı geri kazanmasını sağlayıcı girişimlerde bulunmak ve mümkün olduğu kadar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme yeteneğini yeniden kazandırmaktır (5). Genç yaşlılarda ise hedef; bunu tamamen başarmaktır. Seksen beş yaş üzeri yaşlıların %40’ının günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) yardıma gereksinim duyduğu belirtilmektedir. **Rehabilitasyonun temel amacı; yaşama yıllar değil, yıllara yaşam katarak hastanın YAŞAM KALİTESİ’ni yükseltmektir.**

Hemşirelerin sağlığın yükseltilmesi ve hastalıkların önlenmesi açısından üç düzeyde korunmada etkin rolleri bulunduğu bilinmektedir.

1. **Birincil korunma:** Hemşire; yaşlı bireyi hastalıktan ya da yaralanmalardan korumak için özel önleyici uygulamalarda bulunur.
2. **İkincil korunma:** Erken tanı ve hastalıkların, bozuklukların tedavisini içermektedir. Hemşireler yaşlı bireyin sorun alanlarını belirler, zamanında harekete geçilmesi için girişimlerde bulunur/ uygun tedavi ve bakımı uygular.
3. **Üçüncül korunma:** Bu düzeydeki korunmada ise; bireydeki hastalığın olası komplikasyonlarının önlenmesine, sakatlığın en aza indirilmesine, ve rehabilitasyon girişimleri ile işlevselliğin en üst düzeye ulaştırılması amaçlanır. Üçüncül düzey korunma esas alındığında; yaşlı rehabilitasyonunda hemşirenin en önemli hedefleri; hastanın ve ailenin eğitilmesi, hastanın özbakım becerilerinin geliştirilmesi, hastanın cesaretlendirilmesi, gerekli destek programlarının verilmesi, uğraş ve meşguliyet becerilerinin kazandırılması, hastanın gelişiminin sürekli değerlendirilmesi olarak sıralanabilir.

Hemşire; çeşitli disiplinlere ve uzmanlık alanlarına ait teorik bakış açılarını kullanarak; rehabilitasyon hedeflerini başarma olanağı sağlamaktadır. 1994 yılında Association of Rehabilitation Nurses (ARN) tarafından tekrar gözden geçirilerek son şekliyle tanımlanan **Rehabilitasyon Hemşireliği Standartları; Bakım Standartlarını** (Tablo 1) ve **Profesyonel Performans Standartlarını** içermektedir(6).

ARN tarafından tanımlanan Profesyonel Performans Standartları doğrultusunda rehabilitasyon hemşiresi; ekip yaklaşımı ve ekip bütünlüğünün sürdürülmesine yönelik belirlenen bu standartlarla hasta bakımı ve eğitime yönelik profesyonel uygulamalarda bulunur. Profesyonel Performans Standartları Tablo 2’de belirtilmektedir.

**Tablo 1.** Rehabilitasyon Hemşireliği Bakım Standartları

Bakım Standartı	Girişim
Tanılama	Veri toplama
Hemşirelik tanısı	Hastanın problemlerinin niteliğini ve kaynağını tanımlama
Sonuç kriterini belirleme	Hastanın amaçlarını belirleme
Planlama	Hemşirelik amaçları doğrultusunda plan yapma
Uygulama	Hemşirelik girişimlerini uygulama
Değerlendirme	Hemşirelik girişimlerini değerlendirme

Tablo 2. Rehabilitasyon Hemşireliği Profesyonel Performans Standartları

Standart I	
Bakım Kalitesi	Rehabilitasyon hemşiresi; rehabilitasyon uygulamalarının kalitesini ve etkinliğini sistematik olarak değerlendirir.
Standart II	
Performansı Yakalama	Rehabilitasyon hemşiresi, profesyonel uygulama standartları, ilişkili durumlar ve düzenlemeler hakkında kendi alanına ait hemşirelik uygulamalarını değerlendirir.
Standart III	
Eğitim	Rehabilitasyon hemşiresi; uygulamalarında güncel bilgileri izler ve sürekli eğitim yoluyla bilgi düzeyini en üst düzeye ulaşmasını sağlar.
Standart IV	
Mesleki Birliktelik	Rehabilitasyon hemşiresi; arkadaşlarının, meslektaşlarının, hemşire öğrencilerin ve diğer bireylerin mesleki gelişimlerine yardım eder.
Standart V	
Etik	Rehabilitasyon hemşiresinin hasta adına kararları ve davranışları; etik kural ilkeleri doğrultusunda belirlenir.
Standart VI	
İşbirliği	Rehabilitasyon hemşiresi, bakımı sağlamada hastayla, hasta ailesi ve yakınlarıyla ve sağlık bakımını sağlayan meslek üyeleriyle işbirliği yapar.
Standart VII	
Araştırma	Rehabilitasyon hemşiresi uygulamalarında araştırma bulgularını kullanır (kanıta dayalı veri) ve kendi saptadığı bulguları meslek elemanları ile paylaşır.
Standart VIII	
Kaynak Kullanımı	Rehabilitasyon hemşiresi; bakımı planlamada ve uygulamada; güvenlik, etkinlik ve maliyetle ilgili faktörleri düşünerek kaliteli bir bakım sunar

Geriyatrik rehabilitasyonda; maksimum standart hedeflerine ulaşmak ve optimal düzeyde bakım ile amaçları başarmak için bir çok teori rehabilitasyon hemşiresine yol göstericidir (Tablo 3). Hemşirelik iletişim teorisi, özbakım teorisi, günlük yaşam aktiviteleri modeli, bakım-öz-tedavi kuramı gibi bazı teoriler hemşire teorisyenlerine ait olduğu gibi, diğer mesleklerin geliştirdiği teoriler de bulunmaktadır. Rehabilitasyon hemşireliğinin felsefesine açıklık getiren ve anlaşılmasını kolaylaştıran bu teoriler; rehabilitasyon sürecine holistik bakış açıları kazandırarak, rehabilitasyonda hemşirelik sürecinin planlanmasına, uygulanmasına ve değerlendirilmesine temel oluşturlar (7,8).

GERİYATRİK REHABİLİTASYONDA HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Rehabilitasyon programına başlamadan önce; yaşlı bireyin fonksiyonel durumu, genel sağlık durumu ve fizyolojik fonksiyon ve kapasitesi rehabilitasyon ekibi tarafından ayrı ayrı de-

ğerlendirilmelidir. Rehabilitasyon hemşiresi yaşlı bireyi değerlendirirken fiziksel, sosyal, duygusal, entelektüel ve tinsel (manevi) boyutlara ilişkin tanılama yapmalı, bunun için de uygun tanılama araçları kullanılmalıdır. Hemşire tanılamadan elde ettiği verileri değerlendirerek, uygun girişimleri planlar, uygular ve bunların sonuçlarını değerlendirir.

Yaşlı bireyin öncelikle; tüm sistemlerine ilişkin ilgili fiziksel bakışı yapılır. Kardiyovasküler sistem (kan basıncı, kalp yetmezliği bulguları göğüs ağrısı anamnezi), Solunum sistemi (dispne, solunum yolu enfeksiyonu bulguları), gastrointestinal sistem (barsak hastalıkları, bulantı, kusma), genitoüriner sistem (inkontinans, konstüpsiyon, idrar yolu enfeksiyonu bulguları), hematolojik sistem (anemi), lokomotor sistem (eklem ve kemik hastalıkları, ayak ve postür bozuklukları, amputasyon), duyuşal defisitler (görme, işitme, dokunma problemleri) ile ilgili sorun olan alanlar tanılanır (9).

Yaşlı bireye ilişkin veri toplamada hemşire; PULSES Profili, Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Modifiye Barthel İndeksi (MBI) gibi tanılama araçlarından yararlanır

**Tablo 3.** Rehabilitasyon Hemşirelerinin Yararlandığı Bazı Teoriler

Sistemler teorisi	Von Bertalanffy- 1950	Grup, aile ve toplumu ele alır ve bu üniteleri açıklamaya odaklanır.
Hemşirelik İletişim Kuramı	Orlando-1961	Hemşirelik; bireyin farkına vardığı, fakat kendi kendine karşılayamadığı gereksinimleri gözlemleyerek saptar ve bu gereksinimleri karşılayarak bireyi fiziksel ve psikolojik olarak rahatlatmayı amaçlar.
Bakım-Öz-Tedavi Kuramı	Lydia E.Hall-1963	Özellikle rehabilitasyon hizmetlerinde temel alınan bu kuram; hemşirenin hastayı kendine özgü bir birey olarak hissettirmesi, bakım ve tedavideki girişimleri üzerine odaklanır.
Sosyal öğrenme teorisi	Bandura-1977	Davranışsal psikolojiden köken alır. Öğrenme üzerine kişisel davranış ve çevrenin etkisinden söz eder.
Stres teorisi	Selye- 1978	Uzun süren stres sonucu çıkan Genel Adaptasyon Sendromu ve bu yanıtların bütün patolojik süreçlerin bir parçası olduğunu ve insanın stresten nasıl etkilendiğini ayrıntılı olarak açıklar.
Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli	Roper, Logan, Tierney -1980	Hemşireliği günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili sorunların önlenmesi veya çözülmesi olarak algılar.
Öz bakım teorisi	Orem-1985	Birey ve bireyin bakım gereksinimleri üzerine yoğunlaşır.
Rol teorisi	Johnson-1986	Çeşitli durumlarda aile üyelerinin rollerini ve etkileşimlerini analiz etmede ve açıklamada kullanılır.
Aile etkileşim teorisi	Freidman-1992	Aile üyelerini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimin niteliğini açıklamakta kullanılır.

(5,8,10). PULSES profili, genel fonksiyonel performansın yanı sıra mobilite, kendine bakım yeteneği, medikal durum ve psikososyal faktörler hakkında bilgi sağlar. Bunların dışında; rehabilitasyon ünitelerince kurum politikalarına uygun olarak geliştirilen araçlarla değerlendirme yapılabilir. Hemşirelik uygulamalarında en fazla Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli tercih edilmektedir. Bu model doğrultusunda veri toplamada; sağlığın algılanması ve yönetimi, beslenme ve metabolik durum, boşaltım, aktivite-egzersiz, bilişsel algılama, uyku-istirahat, kendini algılama, rol ve ilişki, cinsellik, baş etme, inanç-değerlerden oluşan 11 boyut ele alınmaktadır (7).

REHABİLİTASYON HEMŞİRELİĞİ GİRİŞİMLERİ

Yaşlı bireyin rehabilitasyon planı; sorun alanlarına ve bunlara yönelik amaçlara ilişkin olmalı ve bunlara uygun girişimleri kapsamalıdır. Aşağıda rehabilitasyon planında ele alınması gereken her bir alan ve bu alanlara yönelik girişimlerden bazılarına yer verilmiştir.

a. Uygun Egzersiz Programı: Sağlıklı, aktif bir yaşlanma süreci için egzersiz önem taşımaktadır. Yaşlı bireyin fiziksel aktivite durumu mutlaka ortaya konmalıdır. Fiziksel aktivite azlığının koroner arter hastalığı, hipertansiyon, osteoporoz gibi bir çok kronik hastalıkla birliktelik göstermesi nedeniyle yaşlı bireylerin fiziksel aktivitelerini arttırmaya yönelik egzersiz programları önerilmelidir (11). 65 yaş üstü bireylerin %40'ından fazlasının sedanter bir yaşam sürdürdükleri bildirilmektedir (11). Yaşlı bireyler için hazırlanan ve uygulanacak olan egzersiz programının amacı, eklem açıklığını, kas gücünü, kardiyovasküler kapasiteyi ve kemik demineralizasyonunu arttırmak

ve postürü düzeltmek olmalıdır (12). Yaşlı bireylerin egzersiz programında unutulmaması gereken nokta; yaşlıların öğrenmelerinin yavaş, motor hareketlerinin az ve yorulmalarının kolay olduğudur. Egzersiz sıklığı; yoğunluğu ve süresi bir plan dahilinde aşamalı olarak artırılmalıdır, yaşlıya birden yüklenilmemelidir. Fiziksel efor harcamaya alışık olmayan yaşlılar, egzersiz programından sonra yorgunluk deneyimleyebilirler. Egzersiz sonrasında ağrı, yorgunlukta artış, yaşlı bireyin egzersizleri sürdürmesini engelleyebilir. Bunlara yönelik girişimler planlanırken yaşlı bireyin normal yaşamındaki aktiviteleri dikkate alınmalıdır. Egzersize başlarken ısınma hareketleri yapılmalı, egzersiz sonrasında hemen egzersizi kesmeden soğuma hareketleri yapılmalıdır. Egzersiz süresince yaşlı olağan dışı bir durum hissederse egzersize ara vermeli veya durdurmalıdır. Artrozlu yaşlı bireylerde istirahat ve aktivite arasında iyi bir denge kurulmalıdır. Öğrenme kolaylığı, hatırlama ve performans açısından kompleks egzersizlerden kaçınılması önerilmektedir (7).

b. Yeterli ve Dengeli Beslenme: Yaşlı bireyin beslenmesini etkileyebilecek; fizyolojik, psikolojik, sosyoekonomik nedenler, hastalıklar, ilaç-besin etkileşimi hemşire tarafından tanılanlardır. Tat ve koku değişiklikleri, yutma güçlükleri gibi gastrointestinal değişiklikler, sedanter yaşam gibi fiziksel nedenler beslenmeyi etkilemektedir (13). Genelde yaşlı beslenmesini olumsuz etkileyen etkenler yaşlılığın tek başına yaşaması, yiyecek alışverişi, yiyecek hazırlama ve pişirmeyi zorlaştıracak veya olanaksız kılabacak fiziksel engeli, bu konuda yardımcı olacak kişi ve kurumların olmaması, çiğneme ve dişlerle ilgili sorunlar ve yeterli beslenmesini sağlayacak gelirinin olmamasıdır.



Bunların yanı sıra; iştahı, besin gereksinmesini arttıran ve azaltan hastalıklar veya kullanılan ilaçlar, depresyon veya mental sorunlar; yaşlının beslenme durumunu etkiler. Bu konular dikkate alınarak yaşlı bireye özgü, uygun hemşirelik girişimleri planlanarak uygulanmalı ve girişimlerin etkinliği değerlendirilmelidir (14). Yaşlıların beslenmesinde kalori, mineral ve vitamin alımı yeterli ve dengeli bir şekilde mümkünse bir diyetisyen gözetiminde hazırlanmalı, öğün aralıkları düzgün olacak şekilde, öğün sayıları artırılıp, yenen miktar azaltılarak beslenme düzenlemesi yapılmalıdır. Bu düzenlemeler içine kalsiyum ve D vitamini desteği de dahil edilmelidir (4). Hemşire; yaşlı bireyin sağlıklı beslenme davranışı kazanmasını sağlama, sigara içiyorsa bıraktırma, çay ve kahve alımını azaltma konusunda eğitimi rolünü kullanmalıdır.

c. Mental Durum: 65 yaş üzeri yaşlı bireylerde %5, 80 yaş üzerinde %20 sıklıkla görülen demans; kısa süreli bellekte zayıflama nedeniyle hastaların rehabilitasyon programlarına uyum sağlayamamalarına neden olur. Bu nedenle, yaşlı bireylerin ailelerinin uygun bakım konusunda eğitilmeleri ile rehabilitasyon programından daha iyi düzeyde yararlanmaları sağlanabilir. Aynı zamanda yaşlı bireylerin çoğunda görülen depresyon; egzersiz programına katılımı önemli ölçüde etkileyerek rehabilitasyonu engelleyebilir. Bu nedenle gerektiğinde uzman yardımı alınmalıdır. Hafızaya ilişkin problemlere yönelik planlanacak girişimlerde; yeni öğrenmenin hızı yavaşlatılmalı, yapılan uygulamalar tekrarlanmalı, uygulanacak prosedürler hastaya dikkatli ve yavaş bir şekilde açıklanmalı ve yeni materyaller eskileriyle ilişkilendirilmelidir (7).

d. İlaç Kullanımı: Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımının temel ilkelerine dikkat edilmesi rehabilitasyonun başarısında anahtar rol oynamaktadır. İlaç tedavisinin gerekliliğinin hekim tarafından belirlenmesinden sonra; en önemli boyut olan yaşlı bireyin ilaca uyumunun sağlanması ve sürdürülmesi konusunda hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Yaşlı bireye ilaç tedavisi planlanırken kişiye özel bir tedavi planlamasının yanı sıra, verilecek eğitiminde bireyselleştirilmesi gerekmektedir. Bireyselleştirilmiş biçimde hazırlanan ilaç eğitim programlarının yaşlı bireylerin kullandıkları ilaç bilgilerini olumlu yönde etkilediği bildirilmekte ve yaşlı bireylerin ilaç yönetimlerini başarılı bir şekilde yapabilmelerinde hemşirelerin önemli bir rol üstlenmeleri gerektiğine dikkat çekilmektedir (15). İlaça uyumu arttırmaya yönelik uygulamalar yaşlı bireye özgü bir ilaç kullanım şeması oluşturulması ile başlamalı ve bireye açıkça yazılı bir şekilde verilmelidir. İlaç kutularının üzerine ilaç dozu büyük harflerle yazılmalı, her ilacın kullanım amacı açıklanmalıdır. İstenmedik etkiler görüldüğünde hekime başvurusunun önemi anlatılmalıdır. Yaşlı bireylerin ilaç kullanımına uyup uymadığı, kalan tabletler sayılarak kontrol edilmelidir. Hastaya günlük ilaç kutusu sağlanmalıdır. Bu kutu üzerine ilacın adı, dozu ve alınma zamanı açıkça yazılmalıdır. İlaç kutusu taşıma kolaylığı sağlaması için küçük olmalı, tabletlerin şekli ve renginin görülebilmesi için sert ve şeffaf bir malzemedan yapılmış olmasına özen gösterilmelidir. Yaşlı bireyde yutma güçlüğü varsa, ilaçların katı formları yerine sıvı formları tercih edilmelidir. Aynı zamanda hemşire, ilaçların yan etkilerine kar-

şı uyandırıcı olmalı ve yan etkileri erken tanınarak bu semptomların rehabilitasyona engel olmasına izin vermemelidir.

e. Sosyal ve Çevresel Faktörler: Yaşlılıkla birlikte fiziksel kapasite, kendine güven, bağımsızlık ve gelir düzeyi azalır veya kaybolur. Bu durumlar tıbbi problemlerin dışında yaşlı bireyin genel sağlık durumunu da büyük ölçüde etkiler. Rehabilitasyonun etkinliği ve sürekliliği açısından yaşlı bireyin fiziksel çevresi, evi ve sosyal ortamı ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Bireyin evinde bulunan merdivenler, banyo ve tuvalet, mutfak, ısınma, aydınlanma, havalandırmaya ait donanımlar gözden geçirilmelidir. Bu donanımlar hastayı destekleyici ve kullanışlı hale getirilmeli, olası kaza riskleri en aza indirilmelidir. Yaşlı bireyin ailesinin durumu, yeterlilikleri ve aileyle olan ilişkiler, sosyal ağ büyüklüğü ve sayısı, ailenin yaşlı bireye geçmişte verdikleri ve gelecekte verebilecekleri destek belirlenmelidir (16,17).

f. Dokunma, Görme ve İşitme Sorunları: Yaşlı bireylerde; görme yeteneğinde azalma ve katarakt; oldukça sık karşılaşılan bir bozukluk olmakla birlikte rehabilitasyon sürecini ve yaşlının eğitilmesini engelleyebilir. Görme bozuklukları; aynı zamanda yaşlı bireyin yaşam kalitesini oldukça olumsuz etkileyebilecek düşmeler için başlı başına bir risk faktörüdür. (18) Bu tür sorunları olan yaşlı bireye planlanacak ve uygulanacak girişimlerde bu durumlar özellikle ortaya konmalı, mümkünse tedavisi sağlanmalıdır. Hemşire, görme bozukluğu olan yaşlı bireylerin eğitimlerinde kullanılan yazılı materyallerin büyük puntolarla yazılı olmasına, güçlü kontrast renklerin kullanılmasına, resimlerdeki detayların en az düzeyde tutulmasına, parlak fakat yaygın ışıklandırma kullanılmasına, şekillerin açık bir şekilde çizilmiş olmasına, hastanın kullandığı gözlüklerin temiz olmasına dikkat etmelidir. Yaşlı bireyde olabilecek işitme kaybı da tanınmalı ve rehabilitasyon sürecinde uygun girişimlerde bulunulmalıdır. Bireydeki ilerleyen işitme kaybı ve sesleri ayırtmama sorunlarına karşı; yavaş bir şekilde konuşulmalı; dudak hareketleri aşırı şekilde abartılmadan, açık bir şekilde telaffuz edilmeli; normal sesle konuşulmalı; hastanın eğitimcinin yüzünü açık bir şekilde görebilmesi sağlanmalı; eğitimci beden dilini kullanmalı ve hastanın kullandığı yardımcı işitme cihazlarının çalışıyor olduğundan emin olunmalıdır. Yaşlı bireylerde dokunma duyusunun ve koordinasyonun yeteneğinin azalmasına bağlı olarak küçük objeleri tutmada, yazmada güçlük ve yanıt verme zamanının uzaması gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bu durumlarda uygulama için hastaya zaman tanınmalı ve hastaya cesaret verilmelidir (5).

g. Düşme ve Kazalar: Yürümeye ilişkin problemler, deformitelere bağlı pozisyon hissini azaltması, denge problemleri yaşlı bireylerde düşmeye yatkınlığı arttıran faktörlerden olup görme ve işitme problemleri, hafıza kayıpları ve ilaç yan etkileri bu durumları daha da kötüleştirir. Özellikle yürüme egzersizlerinde sorunlar yaratabilen ayaklardaki deformite ve çeşitli nedenlerden kaynaklanan ayak ağrıları daha önceden saptanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır. Daha öncesinde düşme öyküsü olup olmadığı sorularak yaşlının denge problemleri tanılanmaya çalışılmalı ve gerektiğinde baston, yürüteç gibi yardımcı cihazların kullanımı konusunda yaşlı birey desteklenmeli ve kullanması konusunda ikna edilmelidir (9).



h. Boşaltım Sistemi Sorunları: İnkontinans kadınlarda pelvik kasların ve sfinkterlerin zayıflamasına bağlı olarak daha belirgin bir problemdir. Yaşlı erkeklerde ise benign prostat hiperτροφisi nedeniyle idrar çıkışı engellendiği zaman sık sık, az az idrar kaçakları görülebilir (4). Bu problemi yaşayan erkek hastaların semptomlarının şiddetini belirlemede Amerikan Üroloji Derneği'nin geliştirdiği skala (AUA Scale) kullanılabilir(18). Boşaltım sistemine ilişkin sorunları olan yaşlı bireylerin öncelikle boşaltım alışkanlıkları tanılanmalı, inkontinans olup olmadığı sorgulanmalı ve varsa inkontinansın (idrar ve fekal inkontinans) nedeni ortaya konulmalıdır. İnkontinansı olan bireyler çoğunlukla bu sorunu paylaşmaktan çekinebilirler. Basit bir boşaltım günlüğü kullanılarak inkontinansın özelliklerine (niteliği, sayısı vs.) ilişkin veriler elde edilebilir (18). Barsak peristaltizminin yavaşlamasına bağlı olarak sık karşılaşılan konstüpsiyon durumunda ise; ilaç ve ilaç dışı girişimler planlanır ve uygulanır.

BAŞARILI BİR REHABİLİTASYONU ENGELLEYEBİLECEK DURUMLAR

Yaşlı hastanın rehabilitasyon sürecini olumsuz etkileyebilecek internal ve external faktörlerin ortaya konması ile rehabilitasyonun başarısı en üst düzeyde tutulmaya çalışılmalıdır. Hemşire; bu durumları tanılayarak ve uygun girişimlerde bulunarak rehabilitasyon sürecinin olumsuz yönde etkilenmesini engelleyici bir rol oynayabilir.

Rehabilitasyonu Engelleyen Faktörler

Internal faktörler: Motivasyon yokluğu, hastanın eğitim düzeyi, hastalık sürecinin kendisi (örn. İnmeden sonra algılanmanın bozulması), fiziksel fonksiyonun derecesi, umutsuzluk (tüm fonksiyonlarına asla kavuşamayacağına inanma), ve duysal bozukluklar internal faktörleri içermektedir.

External faktörler: Psikolojik çevre (sosyal destek yokluğu), fiziksel çevre (uygun olmayan ev koşulları), ailenin yaşlıya reaksiyonu (aşırı koruyuculuk ya da ihmal), ekonomik durum (rehabilitasyona ait giderlerin karşılanması), sosyal beklentiler external faktörleri içermektedir (19).

Sonuç olarak; geriyatrik rehabilitasyonda hemşire; temel sorumluluğu olan yaşlı bireyin eğitimini sağlamada, öğrenmeyi olumsuz etkileyecek faktörlerin varlığını tanımlamalı ve öğrenme sürecini yapılandırmak için uygun girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır. Bu yolla yaşlının daha doyumlu bir yaşam sürmesi sağlanabilir.

ÖNERİLER

- Hemşireler geriyatrik rehabilitasyon bilgisine sahip olmaları,
- Hasta eğitimi konusunda hastaya özgün eğitim planı geliştirilmesi,
- Değişik yaşlı gruplarına uygun eğitim programları planlanması,

- Gelişen bilim ve teknoloji doğrultusunda hemşirelerin geriyatri konusunda bilgilerini güncelleştirmeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Clemen-Stone S, Eigsti DG, McGuire SL. Comprehensive Family And Community Health Nursing; 3.Edition, Mosby Year Book, St. Louis; 1991.
2. Tatar M. Geriyatri Merkezlerinin Örgütlenmesi. In:Hacettepe Üniversitesi Geriyatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi Sempozyum Kitabı, Ankara, 2002.
3. Harvell J. "Addressing the Healthcare Needs of Our Aging Population with Technology", Department of Health and Human Services, www.iceusa.org/conferences/geriatrictech/ (Erişim tarihi: 6.8.2004)
4. Koldaş Ş, Kutlay Ş. "Geriyatrik Rehabilitasyon" Romatizma Cilt: 17, Sayı:3; 2002, s: 195-205.
5. Chin P, Finocchiaro D, Rosenbrough A. Rehabilitation Nursing Practise, Mc-Graw Hill Companies, Newyork, 1998.
6. Hoeman SP. Rehabilitation Nursing Process and Application, Mosby-Year Book, Second Edition, 1996
7. Kemmy J, Close A. Health Promotion Theory & Practise, Mac-Millan Press Ltd, London, 1995.
8. Birol L. Hemşirelik Süreci, 5.Baskı; Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir, 2002.
9. Gökçe-Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S. Geriyatri, Hekimler Yayın Birliği, 1997, Ankara.
10. Dursun H. Bölüm 5.18:Yaşlılarda Rehabilitasyon Uygulamaları. In: Beyazova M.; Kutsal-Gökçe Y (Eds) Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon, Güneş Kitabevi, Ankara, 2000, s: 1353-1359.
11. Gökçe-Kutsal Y, Bal S. Yaşlılık ve Kadın Sağlığı. www.huk-sam.hacettepe.edu.tr/yaslilik.htm (Erişim Tarihi:23.06.2004)
12. Çetin A. Geriyatrik Yaşam Kalitesi Ve Rehabilitasyon. In: Hacettepe Üniversitesi Geriyatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi Sempozyum Kitabı, Ankara, 2002.
13. Abrams WB, Beers MH, Berkow R. The Merck Manuel of Geriatrics. Second Edition, 1995.
14. Rakıcıoğlu N. Yaşlı Beslenmesi. In:Hacettepe Üniversitesi Geriyatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi Sempozyum Kitabı, Ankara, 2002.
15. Tokem Y, Karadakovan A. Yaşlı Bireylere Verilen İlaç Eğitim Programının İlaç Yönetimleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi. In: 2. Ulusal Geriyatri Kongresi Kongre Kitabı, 20-24 Ekim 2003, Antalya, s:164.
16. Tomanbay İ. Sosyal Rehabilitasyon-Sosyal Geriyatri. In: Hacettepe Üniversitesi Geriyatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi Sempozyum Kitabı, 2002, Ankara.
17. Özgül A. Bölüm 5.17: Geriyatrik Patolojinin Esasları. In: Beyazova M.; Kutsal-Gökçe Y (Eds) Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon, Güneş Kitabevi, Ankara, 2000, s:1341-1351.
18. "Assessment Of The Geriatric Patients"; AGRC Online Curriculum; <http://ucsfagrc.org/module>; (Erişim Tarihi:2.8.2004)
19. "General Management Principles/ Barriers To Successful Rehabilitation" Geriatric Medicine In Clinical Practise, www.geriatricsyllabus.com/gener/rehab.htm (Erişim Tarihi: 15 Eylül 2002)