

Aile Merkezli Bakım

Selma Dünder
Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi

Aile merkezli bakım (AMB), sağlık hizmeti veren ekip ile hastaların aileleri arasında iş birliğine dayalı, sağlık hizmetinin planlanması, sunulması ve değerlendirilmesini içeren bir bakım yaklaşımıdır (Erdeve 2009).

Hemşirelikte sağlık bakım modellerin pek çoğunda hasta, merkeze konmuştur. Son zamanlardaki bu anlayış değişmektedir çocuğun bakımının sağlanmasında holistik görüş ve aile işbirliği benimsenmiş ve yaygınlaşmıştır. Bu gelişimle beraber aile merkezli bakım kavramı oluşmuş ve aileleri çocuklarının bakımında bilirkişi durumuna getirilmesinin önemi üzerinde durulmuştur. Aile merkezli bakım; tüm ailelerin çocuklarına bakım vermek isteyecekleri inancına dayanan bir bakım felsefesidir. Pediatrik yoğun bakımda yatan çocuk alışkın olduğu ortam ve kişilerden uzak, yabancı ortam ve kişilerle olmak zorunda olması ve yoğun invaziv işlemlere maruz kalması anksiyeteyi arttırmaktadır. Artan anksiyetenin önüne geçebilmek için ebeveyn işbirlikli bakım modeli sağlamak gereklidir.

AMB'in dört temel içeriği vardır:

1. İtibar ve saygı: Sağlık çalışanları ailelerin değerleri, inançları ve kültürel geçmişlerinden kaynaklanan tercihlerine ve görüşlerine saygı duyar ve bunları sunulan bakıma entegre eder.
2. Bilgi paylaşımı: Sağlık çalışanları hastaları ile ilgili bilgileri ve gelişmeleri aileler ile düzenli olarak tam, doğru ve ön yargısız olarak paylaşır.
3. Ailenin bakımda yer alması: Aileler kendi seçimleri ve istekleri düzeyinde hastalarının bakımında yer almaya ve onlarla ilgili karar vermeye cesaretlendirilirler.
4. Aile ile iş birliği: Aileler bakım ile ilgili programların geliştirilmesinde, kurumun tasarımında ve profesyonellerin eğitiminde sağlık çalışanları ile iş birliği içerisinde olurlar (Erdeve 2009, Boztepe 2009).

Aile Merkezli Bakımın Amacı;

- Çocuk-aile arasındaki bağları güçlendirmek,
- Ailenin çocuğun bakımına katılımını sağlamak ve
- Çocuğun normal yaşamını sürdürmektir.

Aile ve çocuk arasındaki sevgiye dayalı güçlü ve destekleyici ilişki çocuk için en önemli destek kaynağıdır. Bu nedenle aileler çocuklarının bakımının her aşamasına dahil edildiğinde kendi yeteneklerine güven duymakta ve çocuklarının bakımında daha az stres yaşamaktadırlar(Bruce B, Ritchie J. 1997, İşler ve Conk 2006).

Aile Merkezli Bakımın Genel İlkeleri

Aile merkezli bakımın genel ilkeleri Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics (AAP))'ne göre (İşler ve Conk 2006, American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care 2003, Laurence L. 2004, Boztepe 2009)

- Her çocuğa ve ailesine saygı duymak
- Etnik, etik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara, bu farklılıkların ailenin deneyimi ve bakım anlayışı üzerindeki etkisine saygı duymak
- Zor ve destek gerektiren durumlarda hem aile hem de çocuğun gücünü bilmek, kabul etmek ve onları cesaretlendirmek
- Bakım ve destek yaklaşımlarıyla, çocuğun ve ailenin seçimini desteklemek ve onlara yol göstermek
- Politikaları, yöntemleri ve gereksinim karşılayan uygulamaları yaşama geçirerek, bu hizmetlerin her çocuğun ve ailenin kültürel değerlerine, inançlarına ve gereksinimlerine uyarlanabilirliğini sağlamak
- Ailelerle her zaman geçerlilikleri olan yararlı ve doğru buldukları yollarla dürüst, tarafsız bilgileri paylaşmak,
- Çocuğa, aileye ya da bakım veren bireye; gebelik, doğum, bebeklik, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde resmi ya da gayri resmi (aileden aileye) destek sağlamak ya da sunmak
- Ailenin, çocuğun bakımında, eğitiminde, plan ve program geliştirmesinde sağlığın bütün alanları ile işbirliği yapmasını sağlamaktır.

AİLE MERKEZLİ BAKIMIN TARİHSEL GELİŞİMİ

Hastanede tedavi gören çocuklarda ondokuzuncu yüzyılın başlarında enfeksiyon ve yaygın görülen çocukluk hastalıklarını önlemek için sıkı izolasyon yöntemleri uygulanmaktaydı. Bunu sağlamak için ebeveynler hasta çocukların yanlarında kalmaları engelleniyordu. Bu yıllarda hasta çocuğa ebeveyn yerine sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin daha iyi bakım vereceğine inanılıyordu.

1960'lı yıllara kadar süren bu görüş, 1961-1978 yılları arasında yerini anneyi çocuğun bakımında desteklemeye bırakmıştır. 1978 yılından sonra ise anne ile çocuğun bakımında işbirliği modeli benimsenmiştir. Ayrıca 20. Yüzyılın ikinci yarısında özellikle Robertson , Spitz ve Bowlby tarafından psikoloji ve psikopatoloji alanında yapılan araştırmalarla annenin çocuğun bakımındaki

önemi belirlenmiştir. Bu araştırmalarda anne yoksunluğunun iyileşmeyi geciktirdiği çocuğun sonrası yaşamında kişiliğini ve ruh sağlığını etkilediği belirlenmiştir.

Aile Merkezli Bakımda İşbirliği

Aile merkezli bakımın başarı ile yürütülmesi için sağlık ekibi üyelerinin çocuk ve aile ile işbirliği becerisine sahip olması gerekmektedir:

İşbirlikçi Model (DALE 1996)

Dale (1996) özel ihtiyaçları olan çocukların aileleri ile birlikte çalışmasını ve bu ilişkiyi kapsamlı bir şekilde anlattığı model, işbirlikçi modelidir. Bu model verimli çalışmak için işbirliğini artıran bir iletişim modelidir.

Dale'nin İşbirlikçi Modelinin Öğeleri :

- Aileler ve profesyoneller farklılıklara ve öneriler için önemli katkılara sahiptir.
- Böylece her insan diğerine katkı sağlayabilir.
- Her biri durumlarının ayrı ve farklı bakış açılarıyla karşılaşabilir.
- Profesyoneller, ailelerin de bakış açılarını öğrenerek farklı bakış açıları arasında köprü kurabilme sorumluluğuna sahiptirler.
- İki farklı ilişki ve işbirliği mevcuttur. Her biri karar vermede kendi bakış açısını kullanır.
- İşbirliği iki sonuç çıkarabilir. Ortak anlama ya da farklı anlama
- İlişkide değişen bir ilerleme olabilir. Bu anlaşma ve anlaşmama arasındadır.
- İlişkilerdeki anlaşmazlıklar geçici ve kalıcı olarak ayrılabilir.

Hemşirelikte işbirlikçi modelde; bakım ortamında çocuk ve ailenin bakıma katılımını sağlamada ve kendileri için en faydalı olanını araştırmada açık uçlu sorular sorulmaktadır. Böylece aile, çocuk için neyin faydalı olduğunu ve yalnızca profesyonellerin kararı ile değil, kendilerinin isteklerinin de dikkate alınmış olduğunu fark ederler.

Ailelere bilgi verilirse bu onları çocuklarının bakımında katılımcı yaşantılar üstlenmeye cesaretlendirir.

Ailelere temel ebeveynlik becerilerini hastane ortamında kullanmalarına ve çocuklarının bakımına uyum sağlamalarına destek olunmalıdır :

Ülkemizde de aile merkezli bakımı destekleyen, ailelerin çocuklarının bakımına katılımları ve işbirliğini belirlemeye yönelik bazı çalışmalar yapılmıştır . Karapınar ve ark. , annelerin invaziv girişim sırasında çocuklarına sedasyon ve analjezik uygulanması konusundaki tercihleri ile ilgili çalışmalarında; annelerin % 84' ünün ağırlı girişimlerde çocuklarına sedasyon uygulanmasını tercih ettiğini belirlemişler ve bu uygulamaları yapan çocuk hekimlerinin, annelerin bu konudaki tercihlerini dikkate almaları, hizmet kalitesini ve hekim-hasta-aile ilişkisini olumlu yönde etkilemesi nedeniyle önemli olduğu görüşüne varmışlardır.

Egemen ve ark. (23)'ı ise, invaziv işlemler sırasında ailenin varlığı ve karar vermede katılımları ile ilgili sağlık bakım profesyonellerinin (hekim ve hemşireler) tutumlarını belirlemek, hekim ve hemşirelerin yaklaşımları arasındaki farkı incelemek için yaptıkları çalışmada; her iki grubun da (hekim ve hemşirelerin) resüsitasyon gibi yoğun invaziv işlemler sırasında değil, daha az invaziv işlemler sırasında (kan alma vb) ailenin çocuğun yanında bulunmasının daha uygun olduğu görüşünde hem fikir olduklarını belirlemişlerdir. Hekim ve hemşirelerin tutumları arasındaki ortak görüş ise, özellikle acil üniteleri gibi dinamik ortamlarda invaziv işlemler sırasında ailenin varlığının hizmet kalitesi geliştirmede temel olduğudur.

Öğretme Yetenekleri

- Bakımın neden gerekli olduğu hakkında aileye bilgi vermedir. Ailelerin hatırlamaları için en önemli şey tekrar ve vurgudur. Çok fazla tekrardan da kaçınılmalı ve taburcu olurken aileye yazılı bilgi verilmeli,
- Aileye kendi yetenekleri gösterilmeli,
- Güven ve yeterlik sağlamak için hemşirenin aileyle birlikte yeteneklerini gösterebilecekleri fırsatlar sağlamalı,
- Sağlık ekibi üyeleri tarafından aile bireylerine performansları ve yetenekleri için geri bildirim verilmeli ve değerlendirme yapılmalı,
- Aile üyelerinin yeteneklerini bağımsızca uygulamada yeterli duruma gelmesi sağlanmalıdır.

Aile ile Etkili İletişimi Sağlamada LEARN Modeli :

İşbirliği sağlamada kullanılan beceriler, aile ve çocuk arasındaki iletişimi kolaylaştırır. Berlin ve Fowkes (1983) iletişim yapısının değerini **LEARN Modeli** ile vurgulamıştır ve bunun hemşireler ve aileler arasında kullanılması gerektiğini savunmuşlardır .

LEARN Modeli, ailenin gereksinimlerine, hemşirelerin farklı problemlerde kendi bakış açılarındaki benzer ve farklı bilgileri onaylamak için birbirlerini dikkatle dinlemelerine ve çocuk bakımına yönelik tartışmalara odaklanmıştır .

“LEARN” Modeli;

L=Listen(Dinle)

(ailenin bakış açısını anlamak için)

E=Explain your perception as the nurse

(hemşire olarak kendi bakış açınızı açıklama)

A=Acknowledge and discuss differences and similarities

(farklılıkları ve benzerlikleri tartışma ve ortak karara varma)

R=Recomend Treatment

(Önerilen tedavi şekli)

N=Negotiate agreement

(tartışarak uzlaşma)

Ahman (1994) yalnızca iletişim modellerinin kullanılması ile aile-sağlık ekibi ortaklığındaki birlikteliği gerçekleştirmenin yeterli olmadığını, profesyonellerin iletişimi yapılandırmayı öğrenmeleri gerektirdiğine dikkat çekmiştir . Casey (1995) hemşirelerin bilgilerini, deneyimlerini ve yeterliliklerini paylaşmaya ve aileleri dinlemeye istekli olmalarını, pediatri hemşireliği becerisi olarak tanımlamıştır . Aile merkezli bakım için aile ve çocuklarla çalışarak, iletişim yeteneğini yapılandırarak, çalışmalara işbirliği kazandırmanın kaçınılmaz olduğu görülmektedir.

SİNERJİ MODELİ

Sinerji Modeli Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği tarafından geliştirilen, hasta ve hemşirenin kombine olarak hareket etmesini gerektiren bir modeldir. Bu model içerisinde hasta ve ailesi hasta-hemşire etkileşiminde aktif katılımcı olarak rol almaktadır.

Sinerji modelinin yapısını hemşireyi ilgilendiren hasta özellikleri, hasta için önemli olan hemşire yetenekleri/yeterlikleri, ve hasta özellikleri ve hemşire yetenekleri ile birlikte güçlendirilen/arttırılan hasta sonuçlarıdır.

Bu modelde hastanın sağlık durumunu yansıtan sekiz özellik bulunmaktadır. Bu özellikler; 1- esneklik, 2-hassasiyet/yatkınlık, 3-stabilite, 4- komplekslik, 5- kaynakların uygunluğu, 6- bakıma katılım, 7-karar verme sürecine katılım ve 8- tahmin edilebilirlik düzeyini içermektedir. Hasta özellikleri tanımlandıktan sonra, gerekli sürekliliği sağlamak için hastaların gereksinimleri doğrultusunda belirlenen sorunları gidermede olması gereken hemşire yeterlilikleri; 1- klinik düşünce/yargı, 2- ahlaki değerler ve savunuculuk, 3- bakım uygulamaları, 4- işbirliği, 5- sistematik düşünme, 6- farklılıkları kabul etme, 7- klinik değerlendirme ve 8- öğrenme kolaylığıdır.

AMB AİLEYE VE SAĞLIK ÇALIŞANI ÜZERİNE ETKİSİ

Çocukların alışık oldukları güven verici ortamdaki uzaklaşmaları ve hastane ortamı gibi yabancı bir ortama girmeleri anksiyete yaşamalarına neden olur. Hastane ortamında çocukların anksiyete yaşamalarının diğer nedenleri ise; fiziksel yönden zarar görme, invaziv girişimler, ameliyat, ölüm, ağrı ve kontrol kaybı yaşamaktır. Ancak çocuklar için hastaneye yatmadaki en önemli anksiyete kaynağı, ebeveynlerinden ayrılma sürecidir. Çocuğa gereksinimi olan duygusal desteği sağlamak için primer bakım veren kişilerle hastaneye yattığında da ilişkisinin devam ettirilmesi önemlidir. Hastanede ebeveynin varlığı ve bakıma katılımı, çocuğun sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkiler. Bu süreklilik ise ancak aile merkezli bakım uygulamaları ile sağlanabilir.

Aile merkezli bakım uygulamaları doğrultusunda ebeveynin hastanede yatan çocuğunun bakımına katılması, çocuğun bakımında kaybettiği kontrol duygusu tekrar yaşamasını sağlar ve ebeveyn ve sağlık personeli arasındaki iletişimi güçlendirir. Evans ebeveynlerin çocuklarının bakımına katılması ile ilgili yaptığı bir çalışma da, ebeveynler çocuklarının bakımına katılmaları-nın sadece çocukları için değil, kendileri için de çok faydalı olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, bu çalışmada ebeveynler çocuğun bakımına katılmalarının anksiyetelerini azalttığını ve çocuğun bakımında kontrol duygusu yaşamalarını sağladığını belirtmişlerdir. Bilgilendirilen ve kararlara dahil edilen ebeveynlerin anksiyeteleri azalır ve çocuklarının bakımında kendilerine olan güvenleri artar.

Aile merkezli bakımın diğer bir yararı ise; ebeveynlerin bakımın her sürecine katılmalarını sağladığı için bakımın ve verilen eğitimin sürekliliği sağlanabilmektedir. Ebeveynin aile merkezli bakımda olduğu gibi 24 saat çocuğuyla birlik te kalabilmesi ebeveynin sağlık eğitimi için hemşirelere fırsat sağlar. Ayrıca, ebeveynlerin çocuğuyla birlikte olmasının diğer bir yararı ise ağırlı ve invaziv işlemler sırasında ebeveynlerin çocuklarının yanında kalarak destek verebilmelerini sağlamasıdır.