

# Evde Bakım Hemşireliği

**Dr. Güler Cimete**

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

## ÖZET

*Kronik hastalıkların artışı, yaşam süresinin uzaması, hastane hizmeti maliyetinin yükselişi ve evde bakım teknolojisinin gelişmesi evde bakım hizmetlerinin yaygın bir şekilde kullanılmasına neden olmaktadır. Hemşireler bütüncü yaklaşımı kullandığından, evde bakım hizmetlerinin çoğunluğu da hemşirelik hizmetlerinden oluşur. Değişik hastalıklara sahip hastalar evde bakım hizmetinden yararlandığı için hemşirelerin çok yönlü beceri ve yeterliliğe sahip olması gerekir. Bu becerilerden en önemlileri etkili iletişim kurma, sağlık değerlendirmesi yapabilme, kritik düşünme, hızlı karar verme, problem çözme, teknik araçları kullanabilmektir. Bu nedenle evde bakım hemşirelerinin hastanelerin akut bakım ünitelerinde en az bir yıl çalışmış olması ve evde bakım hemşireliği sertifikasına sahip olması önerilmektedir.*

*Anahtar Kelimeler: evde bakım hizmetleri, evde bakım hemşireliği, evde bakım ekibi*

## SUMMARY

*Increase of patients with chronic disease and increase of survival, to become expensive of hospital care and developing of high technology for home care cause to common use of home care services. The most of home care services are composed from nursing care because nurses use holistic approach. Home care patients have different disease that's why home care nurses have to have many skills and efficiency. The most important of them are effective communication, critical thinking, decision making, problem solving, health assessment, health education and to use high technology easily. Thus, it is recommended that home care nurses have to be worked an acute unit at least one year and to have home care nursing certificate.*

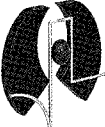
*Key Words: home care services, home care nursing, home care team*

## GİRİŞ

Evde bakım, sağlığı geliştirmek, sürdürmek, düzeltmek ya da hastalık/sakatlığın etkisini en aza indirirken bağımsızlık düzeyini yükseltmek, yaşam süresi ve kalitesini artırmak, çocukların büyüme-gelişmesini desteklemek, terminal dönemdeki hastalar için kaliteli bir yaşam sonu bakımı sunmak ve mümkünse evde ölümün gerçekleşmesini sağlamak için birey ve ailelere yaşadıkları ortamda sunulan kapsamlı sağlık hizmetlerini belirtir (1-4).

Evde bakım hizmetlerinin temelinde bütüncü bakış açısı ve multidisipliner ekip anlayışı yer alır. Evde bakım ekibi içinde; hekim, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmetler çalışanı, destek personel, uğraşı terapisti, konuşma terapisti, diyetisyen, hasta, aile üyeleri, gönüllüler vb. bulunmaktadır. Bireyin evde bakım gereksinimi, ekip üyelerinin kimlerden oluşacağını ve hizmet içeriği ile süresini belirler. Ancak, kamu destekli evde bakım sisteminin bulunmadığı durumlarda, bu hizmetlerin içeriği birey ve ailenin ödeme gücü doğrultusunda belirlenir (1-3).

Evde bakım hizmetlerinin tarihi gelişimi incelendiğinde, hemşirelik hizmetleri şeklinde başladığı ve uzun yıllar bu şekilde yürütüldüğü görülmektedir. 1885'de Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin bazı eyaletlerinde evde hemşirelik bakımı sunmak üzere gönüllü kuruluşlar kurulmuş, ilerleyen yıllarda bunlar Ziyaretçi Hemşireler Birliği'ni oluşturmuştur. 1900'lü yılların başında, endüstrileşmeye bağlı hızlı göçün getirdiği sağlıksız yaşam koşulları ve enfeksiyon hastalıkları, hemşirelerin evlere düzenledikleri ziyaretleri artırmıştır. Bu dönemde ziyaretçi hemşirelerin yanı sıra, halk sağlığı hemşireleri ve diğer hemşireler serbest çalışarak, akut ve kronik hastalıklı hastaların evlerinde günde 24 saat, haftada 7 gün süreyle bakım sunmaya başlamıştır (1,3,5,6).



ABD’de evde bakım hizmetleri 1966 yılında kamu sigortası kapsamına alınmıştır ve bunu takiben evde bakım kuruluşları ile evde bakım hizmeti türleri hızla artış göstermiştir. Multidisipliner ekip hizmeti şeklinde sunulmaya başlanan evde bakım hizmetleri, evde bakıma uygun teknik ekipmanların geliştirilmesiyle daha karmaşık bir hizmet şekline dönüşmüştür. Evde bakım teknolojisinin gelişimi, ventilatör desteği gibi yoğun bakım gerektiren hastaların bile hastaneden erken taburculuğunu ve evde izlemine beraberinde getirirken, evde bakım hemşiresinin bilgi ve becerilerinde değişimi zorunlu kılmıştır. Hastanelerde 1-3 yıl yoğun bakım gerektiren hastalara bakım vermiş ve evde bakım sertifikasına sahip hemşirelerin evde bakım hemşiresi olması koşulu getirilmeye başlanmıştır (1,3, 5-7).

Birey ve ailelerin gereksinim duydukları evde bakım hizmetleri incelendiğinde, ağırlıklı olarak hemşirelik bakımından oluştuğu görülmektedir. Bunun nedeni hemşirelik bakımının bütüncü felsefeye temellenmesidir. Bu felsefeye göre bireyin fiziksel sorunu, duygusal, sosyal, spiritüel sorunlara neden olabilir ve bu alanların her birine yönelik sorunlar önlenmez ya da tedavi edilmez ise tekrar diğer boyutları etkileyerek problemlerin artmasına zemin hazırlar. Yine, birey fiziksel ve sosyal çevresinden etkilenir ve çevresini etkiler. Bu nedenle, evde bakım hemşiresi, bireyin yukarıda belirtilen boyutlarının yanı sıra ailesi/yakınları ve ev içi-dışı çevresini de içerecek şekilde veri toplamalıdır. Gözlem, görüşme ve fizik değerlendirme yöntemleri ile elde edilen verilerin analizi ile hemşirelik tanıları (hemşirelerin bağımsız olarak tanılayıp tedavi etmeye yetkili oldukları problemler) ve kolleboratif problemler (hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin işbirliği ile çözümlenen problemler) belirlenirken, hemşirenin sorumluluk alanı dışındaki problemler için ilgili sağlık profesyoneli ya da vaka yöneticisi ile iletişim kurulur. Evde bakım hizmeti sunulan birey ve aileye yönelik hemşirelik tanıları sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici özelliktedir (1-3,7).

Evde bakım hemşireleri çok farklı tıbbi tanılı hastaların bakımını sunmak üzere yetiştirilirler. Onlar, ev ortamının karmaşık ve mücadele gerektiren yapısına hasta ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal gereksinimlerini entegre ederek kapsamlı bir bakım sunmak durumundadırlar. Evde bakım hemşireleri ev ortamında genellikle tek sağlık profesyoneli olarak çalışacakları için bağımsız fonksiyon gösterebilmeli, aile üyeleri ve diğer ekip üyeleri ile çok iyi işbirliği ilişkisi geliştirebilmelidir (kollebratif problemler için

de). Bireye, yaşadığı ortamda-kendi evinde hizmet sunulması, pek çok teknik ekipman ve sağlık profesyoneli ile donatılmış hastane-kurum hizmetinden farklılık gösterir. Ev ortamının birey ve aileye ait olması onların rahatlığını, otorite ve kontrollerini artırırken, evde bakım personeli için etkili iletişim, hızlı problem çözme ve farklı dinamiklere uyum yeteneğini zorunlu kılar. Ayrıca, ev ortamının hasta gereksinimleri doğrultusunda, uygun bir bakım ortamına dönüştürülmesi de güçlük yaratan alanlardandır. Bu nedenle, evde bakım hizmeti sunacak ekip üyelerinin, evde bakıma yönelik özel eğitimden geçmiş olmaları gerekir ve bu eğitim aracılığı ile hizmette standardizasyon sağlanarak hizmet kalitesi de artırılır (1-4,7). Kar’ın (8) çalışmasında, evde bakım hemşirelerinin çoğunluğunun, tanımadığı insanların evinde hizmet verme (%72.3), evde uygun bakım ortamı sağlama (%73.8), hasta ve yakınlarının önerilere uymamaları (%80) konularında güçlük yaşadıkları saptanmıştır.

JCI (Joint Commission International), evde bakım hizmeti sunan kuruluşlar için “hasta gereksinimlerini karşılamaya uygun sayıda ve yeterlilikte personel çalıştırma, personelin oryantasyonunu, sürekli eğitimini gerçekleştirme, personelin gelişimini ve yeterliliğini değerlendirme” şeklinde genel standartlar/akreditasyon kriterleri koymuştur. Bununla birlikte, evde bakım hizmeti sunacak personel için eğitim çeşitleri, her ülkenin gereksinimleri ve koşulları dahilinde şekillendirilmekte, ancak çoğunluğu birbirleriyle benzerlik göstermektedir (9,10).

Evde bakım hizmetlerinin çok uzun yıllardır verildiği ABD, Kanada gibi ülkelerde, 4 yıllık lisans eğitimini tamamlayarak evde bakım hemşireliği, geriatri hemşireliği, rehabilitasyon hemşireliği, yara bakım hemşireliği gibi sertifika programlarından geçen hemşireler, evde bakım kuruluşlarında görev yapmaktadır. Evde bakım hemşireliği sertifika programı genellikle 45 saatlik olup, sağlık bakımı ortamı, evde bakım hemşiresinin rolü, veri toplama, bakım planı oluşturma ve uygulama, bakım sonucunu değerlendirme, etkili ekip iletişimi, enfeksiyon kontrolü, hasta/aile eğitimi, hasta hakları ve etik ilkeler, dokümantasyon gibi konuları içermektedir. Bazı ülkelerde, evde bakım hemşireliği ve geriatri hemşireliği alanında master ve doktora programları da vardır (4,7,11,13).

Hastane-kurum hizmetlerinin yüksek maliyeti, 1983 yılında “bakım yönetimi” anlayışının doğmasına neden olmuştur. Toplumun maliyet-etkili kaliteli



hizmet beklentisi, gerek kamu gerekse özel sigorta kuruluşlarının bakım kalitesini düşürmeden maliyeti kısımları yönünde hastanelere baskı yapmasına neden olmuştur. Özellikle prospektif ödeme sisteminin getirilmesi (verilecek hizmetlerin ve bedelinin önceden belirlenmesi), hastaların erken taburculuğunu zorunlu kılmış ve bu durum evde bakım hizmetine gereksinim duyan birey sayısını artırmıştır (1,6,11). Bakım yönetimi yaklaşımı, bir vaka yöneticisinin, vakanın tüm hizmetlerini koordine etmesini gerektirmektedir ve bu yaklaşım özellikle çok yönlü sağlık hizmetine gereksinim duyan hastaların evde bakım hizmetlerinin koordine edilmesi için çok önemlidir. Vakaların çoğunluğu kapsamlı hemşirelik bakımına gereksinim duyduğundan vaka yöneticisi genellikle hemşirelerden oluşmaktadır (2,4).

### **Evde bakım hemşiresinin özellikleri, görev ve sorumlulukları**

Evde bakım hemşireleri, hastalık veya yaralanması iyileşmekte olan çocuk ve yetişkin, yeni doğum yapmış kadın ve bebeği, kronik hastalığı nedeniyle palyatif bakım gereksinimi olan birey, demanslı yaşlı, paralizili birey, ventilatöre bağlı birey gibi çok geniş bir yelpazeyi oluşturan hastaların fiziksel bakımı, hasta ve/veya ailesinin eğitimi, emosyonel ve sosyal desteği gibi çok geniş kapsamlı hizmetleri gerçekleştirir (1-3,7,9,10,14).

Evde bakım kuruluşlarında çalışan hemşireler kurum yöneticisi, vaka yöneticisi, koordinatör, evde bakım hemşiresi gibi pozisyonlarda çalışır ve eğitici, danışman, geliştirici-koruyucu-tedavi edici, rehabilite edici, koordine edici, yönetici, aştırmacı rollerini gerçekleştirirler.

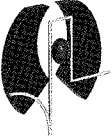
Bu tür hizmetleri gerçekleştirecek hemşireler; hızlı ve etkili karar verme, inisiyatif kullanma gücüne, multidisipliner ekiple etkili çalışma ilişkisi geliştirme-sürdürme becerisi ve esnekliğine, hızlı veri toplama ve doğru tanı koyabilme, problemlere etkili çözüm getirebilme, destek personel, hasta ve aileye etkili eğitim, danışmanlık ve denetim yapabilme becerisine, hemşirelik teorileri ve hastalık süreçlerine ilişkin geniş bilgi temeline, güvenlik önlemlerini bilme ve güvenli çalışma ortamı yaratabilme becerisine, acil durumlarda sakin ve etkili reaksiyon gösterme becerisine, güçlü yazılı-sözlü iletişim kurabilme ve çok az süpervizyonla bağımsız bir şekilde çalışma becerisine sahip olmalıdır (1-4,7,9). Özellikle vaka yöneticisi ya da koordinatör hemşirelerde iletişim, danışmanlık, sorun çözme, çatışma yönetimi, zaman yönetimi, değişim yönetimi becerilerinin bulunması

gerekir. Çünkü vaka yöneticisi hemşire; birey ve ailenin bakımını planlar, ekibin çalışmalarını koordine eder, gereksiz hizmet uygulamalarını önler, bakım kalitesini artırırken kaynak kullanımını sınırlar, toplum kaynaklarını birey yararına harekete geçirir (2).

Hastaneden taburcu edilecek hastanın evde bakım hizmeti almaya gereksinimi olduğunda, hekim ve hemşiresi vakayı evde bakım kuruluşuna/birimine sevk eder ve vakaya ilişkin bilgileri onlarla paylaşır. Evde bakım biriminde görevli vaka yöneticisi/ bakım koordinatörü hemşire, hekimi ile birlikte hastanın durumunu değerlendirir ve hizmet alma durumu ile içeriği hakkında karar verir. Hasta ve aile ile evde bakım hizmet koşulları hakkında tartışılır. Vaka yöneticisi/ bakım koordinatörü hemşire ya da evde bakım hemşiresi, problem çözme yaklaşımını uyguladığından, birey, aile ve çevreye yönelik kapsamlı ve sürekli veri toplar. Hasta ve ailenin gereksinim duyduğu hizmet çeşidi ve süresinin belirlenebilmesi, sürekli veri toplanması ile mümkündür. Bu nedenle evde bakım hemşiresi gözlem, görüşme ve fizik değerlendirme becerilerine sahip olmalıdır. Hemşirenin özellikle sezgi yeteneğinin gelişmiş olması ve etkili iletişim kurabilmesi, doğru ve tam veri toplayabilmesi için gereklidir. Evde bakım ekibi üyelerinden herbirinin topladığı veriler diğer üyelerle de paylaşılmalıdır. Hemşire, evde bakım hizmetinin başlangıcında ve hizmet devam ettiği sürece devamlı veri toplar ve elde ettiği verileri analiz ederek hemşirelik tanılarını ve kolloboratif problemleri belirler. Bu problemlerin çözümü için gerekli hemşirelik girişimlerini ve bu girişimlerin kimler tarafından, ne sıklıkla ve ne tür araçlar kullanılarak gerçekleştirileceğini tanımlar. Hemşirenin elde ettiği veriler, farklı sağlık disiplini üyeleri tarafından çözümlenecek problemleri gösteriyorsa, ilgili bireylerle iletişime geçer ve bu verileri paylaşır. Her bir hemşirelik tanısı için ölçülebilir, gözlenebilir hasta sonuçlarını belirler (14). Evde bakım hizmetlerinde amaç, hasta ve ailenin bağımsızlığını desteklemek ve mümkünse evde bakım hizmetlerine gereksinim duymayacak duruma gelmelerini sağlamaktır.

Evde bakım hizmeti sunulan hasta ve ailelerinde sık karşılaşılan hemşirelik tanıları ve kolloboratif problemler ile bunların çözümü için gerçekleştirilen hemşirelik aktivitelerinden bazıları aşağıda verilmiştir (1-4,7,9,10,15):

1- Solunum ve dolaşım sistemine ilişkin tıbbi tanısı ve 'etkisiz solunum örüntüsü, hava yolunu temizlemede etkisizlik' gibi hemşirelik tanıları olan



hastalar için oksijen, postural drenaj, vibrasyon uygulamaları, solunum egzersizi yaptırır, aspire eder, trakeostomi bakımı verir, hekim ile işbirliği içinde invazif ya da noninvazif ventilatör destekli hastanın izlemine yapar, kardiyak monitörizasyon ve EKG değerlendirmesi yapar, aktivite toleransını izler ve gerektiğinde kısıtlama yapar, kan basıncı, kalp atımı, solunum ve periferel dolaşımı izler ve anormal bulguları vaka yöneticisi/bakım koordinatörü ile paylaşır.

2- Hastaya rahat ve güvenli ortam sağlamak amacıyla enfeksiyon ve kaza riskini önleyici önlemleri alır. Özellikle yatağa bağımlı hastanın güvenliğini sürekli kontrol eder.

Mevcut enfeksiyon ve/veya enfeksiyon riski tanılarını için invazif uygulama malzemelerinin sterilizasyonunu ve aseptik tekniğe uygun kullanımını sağlar, diğer araç-gereç ve malzemelerin uygun temizliği ve kullanımını, atıkların uygun şekilde saklanması ve imhasını sağlar ve bunları destek personel ve aile üyelerine öğretir.

Hipertermi, enfeksiyonun önemli bir göstergesi olduğundan, vücut sıcaklığını izler, ılık uygulama yapar, istem dosyasına yazılan antipiretik ilacı verir. Hastanın ilaç istemlerini kontrol eder, ilaçları uygular, etki ve yan etkilerini izler, parenteraller dışındaki ilaçların uygulanmasını hastaya, aileye ve/veya destek personele öğretir. Gerektiğinde kan ve kan ürünlerinin transfüzyonunu gerçekleştirir.

Hasta odasının temizliği ve ortamın düzenlenmesi için destek personel ya da aileyi yönlendirir.

Gerektiğinde hastanın pozisyonunu verir ve değiştirir, hastayı ayağa kaldırır, yürütür, sandalye/tekerlekli sandalyeye oturup-kalkmasına yardım eder ve bunları aileye ve/veya destek personele öğretir.

Hasta için gerekli özel tanı ve/veya tedavi işlemlerinin uygulanmasında hekime ya da diğer ekip üyelerine yardım eder. Gerektiğinde kan, dışkı, ter, drenaj, balgam, kusmuk, 24 saatlik idrar, steril idrar örneklerini toplar, örnekleri zamanında ve uygun koşullarda laboratuvara gönderir, sonucu izler ve kaydeder, hekim ve bakım koordinatörüne bildirir.

Tanı, tedavi ve bakım aktiviteleri için gerekli olacak araç-gereç ve malzemelerin istemini yapar, bunların yeterliliği ve çalışma durumunu bakım koordinatörüne bildirir.

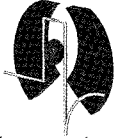
3- Doku bütünlüğünün bozulması tanısı için, dekübitüs bakımı verir, yara bakımı, stoma bakımı yapar, sargıları değiştirir, yatağa bağımlı hastaların pozisyonunu değiştirir, masaj yapar, deri temizliği yapar (silerek ya da yıkayarak baş, vücut, ayak temizliği), ağız bakımı verir ve varsa özel ağız bakımı protokollerini uygular, meme bakımı verir, perine temizliği ve ped kontrolü yapar, bunları hasta, aile ve destek personele öğretir.

4- Vücut gereksinimlerinden az/fazla beslenen ya da sıvı dengesizliği olan hastaların besin gereksinimleri için diyetisyenle işbirliği yapar. Ağızdan beslenen hastaya yemek için uygun pozisyon verir, gerekiyorsa yemeğini yedirir ya da yardım eder, beslenmeye ilişkin gözlemlerini kaydeder. Total parenteral nutrisyon (TPN) ve iv sıvı uygulamaları, orogastrik/nazogastrik tüp takar, duodenal ya da jejunal tüple, gastrostomi ile besleme yapar ve tüp bakımı uygulamaları. Sağlıklı beslenme ilkeleri, diyet içeriği, oral besleme, tüple besleme ilkelerini hasta, aile, destek personele öğretir. Hastanın sıvı gereksinimini hesaplar ve oral/parenteral yolla uygulamaları, hekimin belirttiği elektrolitleri sıvısına ekler.

5- İshal, konstipasyon ve inkontinans evde bakım hastalarında sık görülen problemlerdendir. Bu problemlerin çözümünde hekim, hemşire, diyetisyenin işbirliği gerekir. Hemşire, hastaların diyet ve sıvısını ayarlar, aktif-pasif egzersiz uygulamaları, ilaç uygulamaları, üriner kateter, rektal tüp uygulamaları, lavman, lavaj yapar, kolostomi bakımı yapar, mesane kateterizasyonu uygulamaları ve bakımını gerçekleştirir, değişik tüpleri ve drenaj torbalarını kontrol eder ve değiştirir, kusma, akıntı, kanama kontrolleri yapar, yeni saptanan semptomları vaka yöneticisi/koordinatörü ile paylaşır, tüm girişimlerini gözlemleri ile birlikte kaydeder. Boşaltım, insanların mahrem alanlarından birisi olduğundan, hemşire normal dışı yollarla ve yatakta boşaltımın hasta ve aile için anlamını belirler ve uyumlarını destekleyici yaklaşımlar uygulamaları.

Gastrostomi, kolostomi, trakeostomi gibi yapılar hastaların beden imajlarını bozup benlik saygılarını düşürebileceğinden, hemşire bu tür hastaların bakımında yeni bedenlerine uyumlarını destekleyici yaklaşımlar (bireye olumlu yönleri ve özelliklerini fark ettirmek gibi) sergiler.

6- Uykusuzluk, yorgunluk ve ağrı hastada rahatsızlık yaratan önemli sorunlardır. Kaliteli uyku dinlenmeyi sağlayarak yorgunluğu azaltabilir. Ağrı uykusuzluğa yol açabileceği gibi, uykusuzluk da ağrı algısını artırabilir. Ev ortamının uykuyu destekleyecek şekilde



düzenlenmesi, bireye uygulanacak bakım aktivitelerinin aynı saatlere toplanarak ona dinlenme zamanı bırakılması, analjeziklerin yanı sıra stresle baş etme yöntemlerinin uygulanması, bu üç problemin çözümünde yararlı olur. Terminal dönemdeki hastaların ağrı ve yorgunluk kontrolü çok önemlidir ve hekim-hemşire işbirliği içinde palyatif bakım ilkelerini (ağrı için gerekiyorsa narkotik analjeziklerin uygulanması ve tolerans gelişiminin dikkate alınmaması gibi) uygulamalıdır.

7- Evde bakım hizmeti alan hastalar genellikle fiziksel, duygusal, sosyal, spiritüel sorunlar yaşamaktadırlar ve benzer durum aile üyeleri için de geçerlidir. Hasta ve aile pek çok kayıp yaşamıştır ve yenilerini yaşama riskleri yüksektir. Kayıplar keder sürecini beraberinde getirir. Bu nedenle hasta ve aile stres, anksiyete, öfke, suçluluk, suçlama, ümitsizlik, güçsüzlük, depresyon, benlik saygısı düşüklüğü gibi duygular yaşar. Bu duygularla etkili şekilde baş edemediklerinde, psikofizyolojik sorunlarla kriz yaşama riskleri artar (16). Evde bakım hastası olan ve yeterli evde bakım desteği alamayan aile üyelerinde hipertansiyon, migren, ülser, diyabet, disk hernisi, eklem ağrıları, yorgunluk, depresyon, anksiyete gibi hastalıklar yaygındır (17,18). Bu nedenle evde bakım hemşireleri, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı ile işbirliği içinde çalışarak hasta ve ailenin yaşadıkları duyguları ve bunların nedenleri ile etkilerini iyi belirlemeli, bunların üstesinden gelmek için etkili stresle baş etme yöntemlerini öğrenmeleri, uygulamaları konularında yardımcı olmalıdırlar. Sosyal destek kaynaklarından yararlanılması da stresle baş etmede çok önemlidir. Sivil toplum kuruluşları, gönüllü bireyler, belediyeler gibi kamu kuruluşları ile akraba ve arkadaşlar, sosyal destek kaynaklarını oluşturur. Hemşire, bu kaynaklardan yardım alınması için gerekli girişimlerde bulunabilir. Hasta yakınlarına, hasta ve aileye nasıl yardım edebileceklerinin öğretilmesi de hemşirenin önemli girişimlerindedir (16).

8- Hemşire hastanın bilişsel, algısal durumunu kontrol eder ve değişiklikleri acilen ekip üyeleri ile paylaşır. Demanslı, Alzheimer'lı hastalarda sözel iletişim, koordinasyon, hatırlama, öğrenme yetilerinde bozukluk olduğundan, kontrolleri güçtür ve toleranslı olunması çok önemlidir. Bu hastaların rahatsız edici uyarılardan ve değişimlerden uzak tutulmasının önemli olduğu ve bunların nasıl gerçekleştirileceği destek personel ve aileye öğretilmelidir (14).

Hemşire, bilgi eksikliğinin kontrol kaybı ve korkuya yol açtığını, bireyleri bağımlı duruma getirdiğini

bilerek, hastanın hastalığı, tedavisi, kontrolü, prognozu hakkında hekimle işbirliği içinde hasta ve aileyi bilgilendirmeli, uygun bakım aktivitelerini hasta, aile ve destek personele öğretmelidir. Karadağ, Yücel, Erken ve ark. (19) nöroloji kliniğinde yatan hasta yakınlarının, hastanın pek çok bakımını bilmediklerini ve gerçekleştirdikleri bazı bakım aktivitelerinin de hatalı olduğunu bildirmiştir. Bu da taburculuk hizmetlerinin yetersizliğini ve evde bakım hizmetlerine duyulan gereksinimi ortaya koymaktadır.

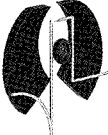
9- Hemşire, terminal dönemdeki hastalar için palyatif bakım ilkelerini uygular ve diğer ekip üyelerinin uygulamasını destekler. Hastanın geri kalan günlerini ağrı-acı çekmeden, dispne, kanama, bulantı-kusma, ishal-konstipasyon yaşamadan, anksiyete, öfke, depresyon, güçsüzlük gibi hoş olmayan duygularla savaşmadan, sevdikleri ile birlikte huzurlu ve sakin bir şekilde geçirmesini sağlamaya çalışır. Hasta ve aileyi ölüm hakkında konuşmaya hazır bulunmaları yönünden değerlendirir ve hazır iseler duygu, düşünce ve isteklerini paylaşmaları için cesaretlendirir. Ölüm sonrası yas sürecinin sağlıklı olarak atlatılabilmesinde, vedalaşmanın önemli olduğunu bilerek, hasta ve aileyi vedalaşmaya hazır duruma gelmeleri için destekler. Ölüm halinde cesedi hazırlar ve ilgili kişi ve birimler ile iletişime geçer. Ölüm anı ve sonrasında aile üyeleri ile birlikte olur ve ilk tepkilerini sağlıklı yaşamalarını destekler (16).

## Hemşirenin Diğer Görevleri

Evde bakım hizmetlerinin bir bölümü destek personel tarafından gerçekleştirilebilecek niteliktedir. Hastanın hijyeni, yedirilmesi, pozisyon değişimi, yataktan-sandalyeden kaldırılması, gezdirilmesi, yatırılması, parenteraller dışındaki ilaçlarının verilmesi, vücut ısısının ölçülmesi, kitap-gazete okunması ve hastanın genel durumundaki değişikliklerin hemşireye bildirilmesi bu tür aktivitelerdendir. Evde bakım hemşiresi, destek personelin hastaya hangi konularda nasıl yardım edeceğini açıklar ve belli aralıklarla denetler ve eksik yönleri için eğitir.

Evde bakım hemşireleri kardiyopulmoner resüsitasyon sertifikasına sahip olmalı ve acil durumlar için geliştirilen protokole uygun karar alıp (yeniden canlandırma, oksijen verme, acil ilaç uygulama gibi) uygulamalı ve kaydetmelidir.

Evde bakım hizmetlerinde kayıtlar ve yazılı-sözlü iletişim çok önemlidir. Bu nedenle tüm ekip üyeleri gibi hemşire de etkili kayıt tutmalı, hasta ve aile



durumundaki değişiklikleri kısa sürede vaka yöneticisi ve/veya diğer ekip üyeleri ile paylaşmalıdır.

Hemşire, sık aralıklarla gerçekleştirilen ve ekip üyelerinin biraraya gelerek vakaları tartıştıkları toplantılara katılmalıdır.

Evde bakım hizmetleri ve ekipmanı çok hızlı gelişim göstermekte olduğundan, hemşire sertifika / kurs programı, sempozyum gibi eğitim toplantılarına katılmalı ve bilgilerini geliştirip yenilemelidir. Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştığı ülkelerde bu hizmetler hızlı gelişme gösteren önemli bir pazar olarak görülmekte, bu nedenle özel evde bakım kuruluşu sayısı hızla artmaktadır. Bu kuruluşlardan hizmet satın alınması, sundukları hizmetin kalitesi ve ucuzluğu ile bağlantılı olduğundan, kaliteyi geliştirme-iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin geniş kapsamı nedeniyle, hemşirelerin bu tür çalışmaların içinde yer almaları önemlidir.

Evde bakım, hasta, aile ve sağlık personeli haklarının kolayca ihlal edilebileceği bir alandır. Bu nedenle, hizmet başlatılmadan önce hasta ve aile ile haklar ve sorumluluklar konusu tartışılmış olmalı ve bu konuya ilişkin yazılı kurallar aileye verilmelidir. Hasta ve aile tedavi ve bakım kararlarına katılmalı ve bu amaçla önceden bilgilendirilmelidirler. Evde bakım elemanları kendi kişisel değerlerini hasta ve aileye empoze etmeye çalışmamalıdır. Hemşire tüm bakım uygulamalarında mesleki değerlere ve etik ilkelere uymalı ve hasta/aile haklarının savunuculuğunu yapmalıdır.

## Ülkemizde Evde Bakım Hemşireliği

Ülkemizde, yaşlı nüfusun hızla artması, kronik hastalıklı ve özürlü birey oranının %12'lere ulaşması, aile üyelerinin bakım verici rolü üstlenememeleri, evde bakım teknolojisinin gelişmesi, hastanelerden erken taburculuğun yaygınlaşması, taburculuk hizmetlerinin hasta ve yakınlarını evde bakım için yeterince hazırlamaması gibi nedenlerle, sağlık sistemimiz içine entegre edilmiş kamu destekli evde bakım sistemine gereksinim duyulmaktadır.

1961 yılında yürürlüğe giren Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesine Dair Kanun (224 sayılı) doğrultusunda oluşturulan 154 sayılı yönerge, kronik hastalıklı bireylerin evde izlem ve bakım görevini "halk sağlığı hemşireleri" ne vermiş

olmasına karşın, yasanın uygulamaya aktarılacağı yeterli alt yapı sağlanmadığından bu hizmet istendiği şekilde gerçekleştirilmemiştir. 1980'li yıllarda toplum talebi doğrultusunda çoğunlukla hemşireler tarafından ve hemşirelik bakımı ile destek personel hizmetleri sunan "evde yaşlı ve hasta bakım" kuruluşları açılmaya başlanmıştır. 2000'li yıllarda bunların sayısı da artış olmuştur. 10 Mart 2005'de çıkarılan "Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile özel evde bakım şirketlerinde hemşire ve destek personelin yanı sıra 3 hekim çalıştırma zorunluluğu getirilmiştir. Aynı yönetmelik, koşulları uygun kamu hastanelerinin bünyesinde evde bakım birimleri açılabilceğini belirtmekte olduğundan, günümüzde birkaç hastane bünyesinde evde bakım birimi kurulmuştur. Bu birimlerde de genellikle hekim, hemşire ve destek personel görev yapmaktadır ve sınırlı sayıda hastanın evde ventilatör desteği, solunum fizyoterapisi, yara bakımı, kan basıncı izlemi, parenteral ilaç-sıvı uygulamaları gibi hizmetleri gerçekleştirilmektedir.

Diğer pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de evde bakım hizmeti sunulan kitle, terminal dönem kanser hastaları, serebrovasküler olay yaşamış hastalar, paralizili hastalar, kalp hastaları, KOAH'lılar, ciddi operasyon geçirenler, kaza sonucu ciddi yaralanması olanlar, yenidoğan bebek ve anneleri, yalnız yaşayan hasta yaşlılar-Alzheimer'li hastalardan oluşmaktadır. Hemşirelerin çalışma süreleri ailenin ödeme gücüne ve hastanın gereksinimine göre 30 dakika ile 24 saat arasında değişiklik göstermektedir (20). Sık gerçekleştirilen bakım uygulamaları; yara bakımı, solunum terapileri, oksijen uygulaması, ventilatör desteği ve izlemi, parenteral ilaç, sıvı, TPN uygulamaları, tüple besleme, fiziksel egzersizler, sağlık eğitimi, banyo, masaj, mobilizasyon gibi destek hizmet uygulamalarıdır.

## Ülkemizde Evde Bakım Hemşireliği Eğitimi

Evde bakım hemşireliği, lisans eğitimi programlarının Halk Sağlığı Hemşireliği dersinde bir konu olarak işlenmekte, olanağı olanlar klinik uygulama yaptırabilmektedir. Ülkemizde evde bakım hemşireliğine yönelik bilim uzmanlığı (master) programı yoktur.

Bazı hemşirelik yüksekokulları ve Evde Bakım Derneği, evde bakım hemşireliği sertifika programı düzenlemektedir. Bu programların konu içerikleri ve



saatleri değişiklik göstermektedir. Evde Bakım Derneği (www.evdebakim.org.tr), evde bakım hemşireleri ile görüşerek, yaşlı/hasta/özürlü bireylerin evde bakım gereksinimlerine ışık tutan araştırma bulgularından yararlanarak ve diğer ülkelerdeki sertifika programlarını inceleyerek 2006 yılında Evde Bakım Hemşiresi Sertifika Programı geliştirmiş, iki gruba uygulayarak revize etmiştir (21). Program 72 saatlik kuramsal bilgi ve teknik laboratuvar uygulamaları ile 24 saatlik klinik (evde) uygulamayı içermektedir. Programa, en az 1 yıllık mesleki deneyime sahip hemşire ve sağlık memurları kabul edilmektedir.

Evde Bakım Hemşiresi Sertifika Programı hemşirenin evde bakımda;

- Olumlu iletişim kurabilmesi (hasta, aile, sağlık ekibi ile)
- Kapsamlı sağlık değerlendirmesi yapabilmesi
- Bütüncü bakış açısı kazanması
- Kritik düşünebilmesi
- Kapsamlı veri toplayıp, problemleri tanıması, bakımı planlaması, uygulaması, değerlendirmesi
- Teknik beceri gerektiren uygulamalarını gerçekleştirebilmesi
- Evde teknik ekipmanı kullanabilmesi
- Başetmeyi destekleyebilmesi
- Sağlık eğitimi yapabilmesi
- Kapsamlı kayıt tutabilmesi için hazırlanmıştır.

Evde bakım hemşirelerinin, yasal olarak yükümlü oldukları görevleri gerçekleştirmek üzere yetiştirilmeleri gerekir. Ancak, Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkındaki Yönetmelik hemşirenin görevlerini son derece sınırlamakta ve bu görevlerden bir bölümünü hekime/mesul müdüre vermektedir. Oysa, kurum hizmetlerinde olduğu gibi evde bakım hizmetlerinde de hemşirelik bakımı çok geniş yer tutmaktadır. Yönetmelik, ülkemizde ve diğer ülkelerdeki hemşirelerin gerçekleştirdiği hemşirelik hizmetlerinin çok gerisinde kalmaktadır ve değiştirilmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

- 1- Stanhope M (1996) Educational Requirement for Practice. Community health nurse in home health and hospice care. In Stanhope M, Lancaster J (eds) Community health nursing. Promoting health of aggregates, families and individuals. Mosby Year Book, Inc, St.Louis, Baltimore, Chicago, NewYork, Philadelphia, Portland, London, Madrid, Syngapore, Tokyo, Sydney, pp 805-834.
- 2- Rice R (1996) Historical perspective. In Rice R (ed) Home health nursing practice, concepts and application. 2nd. Edition, Mosby Year Book, Inc. St.Louis, Baltimore, Chicago, NewYork, Philadelphia, Portland, London, Madrid, Syngapore, Tokyo, Sydney, pp 3-15.
- 3- Martinson IM, Widmen AG, Portillo CJ (2002) Home health care nursing. 2nd. Ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, NewYork, St.Louis, Sydney, Toronto, pp 3-10.
- 4- Statements on Home Care for Patients with Respiratory Disorders. American Thoracic Society Documents (2005) Am J Respir Crit Care Med 171:1443-1464.
- 5- Rice R (1996) Case management and leadership strategies for home health nurses. In Rice R (ed) Home health nursing practice, concepts and application. 2nd. Ed. Mosby Year Book, Inc. St.Louis, Baltimore, Chicago, NewYork, Philadelphia, Portland, London, Madrid, Syngapore, Tokyo, Sydney, pp 119-130.
- 6- History of home health care, [http:// indian-river.fl.us/health/home care](http://indian-river.fl.us/health/home%20care)
- 7- Gruber MV (2006) Home health care nursing information and overview.
- 8- Kar G (2008). Evde bakım hizmeti veren hemşirelerin hizmetlerde yaşadıkları güçlükler ve iş doyum düzeyleri. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi. 20-23 Nisan, İstanbul. Özet Kitabı, s 152.
- 9- Comprehensive Accreditation Manual for Home Care 2004-2005. (2003) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Department of Publications, Illinois.
- 10- Comprehensive Accreditation Manual for Home Care 2006-2007. (2006) Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations. Department of Publications, Illinois.
- 11- Home Care Nursing. [www. cei.elders.org](http://www.cei.elders.org)
- 12- National Association for Home Care and Hospice.
- 13- Home care educational manual (2007). Office of Public Health Nursing, Florida Department of Health, Home Care Project.
- 14- Aştı N (1998) Demanslının evde bakımı ve aile için başa çıkma yolları. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi (24-26 Eylül 1998 İstanbul) Kitabı. M.Ü. Teknik eğitim Fakültesi Matbaa Birimi, İstanbul, s.193-200.
- 15- Carpenito LJ (2006) Çeviren Erdemir F. Hemşirelik tanıları