

EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Nursena TOK
Onur Özlem ÖZTÜRK

Teknik Rapor No: 15/2021-1



TEKNİK RAPOR

EVDE BAKIM HİZMETLERİ

YAZARLAR

NURSENA TOK Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi YL Programı

Dr. ONUR ÖZLEM ÖZTÜRK Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Dr. Öğretim Üyesi

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	3
1. GİRİŞ	5
2. TANIMLAR	5
Uzmanlık düzeyinde verilen evde bakım hizmetleri şunlardır:	7
2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	9
2.2. ABD’de Evde Bakım Hizmetleri Gelişimi	9
2.3. Avrupa’da Evde Bakım Hizmetleri	9
2.4. Diğer Ülkelerde Evde Bakım Hizmetleri	10
2.5. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri	12
a) T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:	13
b) H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:	14
c) D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:	14
2.6. Evde Bakım Hizmeti Kapsamı	18
2.7. Evde Bakım Hizmeti Uygulamasını Gerektiren Durumlar	19
2.8. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler	19
2.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları	19
2.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları	20
2.11. Evde Bakım Hemşireliği	21
2.12. Evde Bakım Hizmetlerinde Ev Ziyareti Uygulaması	24
Evde bakım hizmetlerinin temelinde ev ziyareti uygulamaları yer almaktadır. Bireyin, ailesinin ve yaşadığı çevresinin bir bütün olarak ele alınıp ihtiyaçları belirlenir. Bu ihtiyaçlar doğrultusunda çeşitli ev ziyaretleri yapılmaktadır.	24
2.12.1. Ev Ziyareti Öncesi Hazırlık	25
2.12.3. Ev Ziyareti Sonrası Uygulamalar	27
2.13. Evde Bakım Hizmetlerinde Hemşirelik Bakım Süreci	27
2.13.1. Verilerin Toplanması	28
2.13.2. Tanılama	30
A) Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği Sınıflaması (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA)	31
B) OMAHA Sistemi	32
C) Klinik Bakım Sınıflama Sistemi (CCC-Clinical Care Classification)	35
D) Evde Sağlık Sonuç ve Değerlendirme Bilgi Seti (OASIS)	37
2.13.3. Planlama	38
2.13.4. Uygulama	38
2.13.5. Değerlendirme	38

Bu yayında yer alan bilgilerden tümü ile yazar/ yazarlar sorumludur ve bu bilgiler hiç bir şekilde “Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfının” görüşünü yansıtmamaktadır.

EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Yayımlayan

SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM VAKFI
Süleyman Sırrı Cad. No: 12/5
06410 Sıhhiye / ANKARA
Tel: 0. 312 435 13 46 - 435 97 22
Fax: 0.312 434 46 59
www.ssyv.org.tr
ssyv@ssyv.org.tr

E-yayın olarak Vakfımızın ssyv.org.tr
adresinden ulaşılabilir.

Tasarım ve Baskı

BİREKLAM ARISI
Kazım Karabekir Caddesi 91/12 İskitler / ANKARA
Tel: 0.312 384 05 03
Sertifika No: 49462

ISBN: 978-605-85528-8-3

Yayın No: 15-2021/1

Kasım 2021



*Bu yayının tüm hakları
Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı'na aittir.
Kaynak gösterilmeksizin kısmen veya
tamamen alıntı yapılamaz, hiçbir yöntem
ile kopya edilemez, çoğaltılamaz ve
yayımlanamaz.*

Ücretsizdir. Para ile satılamaz.

ÖNSÖZ

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfının misyonu, “Toplumsal gereksinimler ve etik değerler çerçevesinde uluslararası gelişmeleri de izleyerek bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal sağlığının korumasına, geliştirilmesine ve halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkı sağlamak için, sağlık ve sosyal hizmetleri desteklemek, güçlendirmek, değişen gereksinimler çerçevesinde hizmet modelleri oluşturmak; ülkenin her düzeydeki sağlık insan kaynaklarının yetiştirilmesine ve geliştirilmesine katkıda bulunmak; sağlık ve sosyal hizmetler alanlarında bilimsel bilgi üretmek, bilginin yaygınlaşmasına katkı sağlamak ve verimliliği artırıcı düşünceler geliştirmek; bu düşünceleri yetkililere, kamuoyuna iletmek ve gerçekleştirilebilmesi için çaba göstermek; aynı amaçlar için çalışan kurum ve kuruluşlara maddi ve manevi katkıda bulunmak; toplumun sağlık bilgisine ve hizmetlerine ulaşımını artırmak ve toplumun sağlığını ilgilendiren alanlarda savunuculuk yapmaktır.”

Misyonumuz içinde belirtilen sağlık insan kaynaklarının yetiştirilmesi ve bilgi üretilip yaygınlaştırılması hususlarını özellikle vurgulamak isteriz. Bu nedenle Vakıf kaynaklarının önemli bir oranını sağlık ve sosyal alanlarda eğitim gören gençleri karşılıksız burslarla desteklemeye, araştırmalara katkı yapmaya, bilimsel toplantı ve yayınlarla bütün sağlıkçıları ve toplumu bilgilendirmeye ayırıyoruz.

İşte, teknik raporlar dizisinin temel amacı Vakfımızın ilgi alanındaki konularla ilgili yenilikleri ve güncel gelişmeleri, o alandaki uzman kişilerin destekleri ile derleyerek sağlık çalışanlarına ve topluma aktarmak, bu konularda eğitim gören, araştırma yapan ve hizmet veren kişilere ulaştırabilmektir. Yayınlarımızı ücretsiz ve elektronik olarak ilgilenen herkesin erişimine sunmakla önemli bir görev yaptığımıza inanıyoruz. Bu amacımıza erişmek için her türlü öneri, eleştiri ve katkıya hazır olduğumuzun bilinmesini istiyor ve teknik rapor konularının seçiminde ve hazırlanmasında bütün sağlıkçıların desteğini ve katkılarını bekliyoruz.

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı

1. GİRİŞ

Evde bakım hizmetleri; engellilere, yaşlılara, kronik hastalıklara veya hastalık sonrası iyileşme sürecinde olan bireylere ve bu kişilerin ailelerine yaşadıkları mekânda, destek olmak, sosyal yaşama ayak uydurmak, hayatlarını mutlu ve huzurlu bir şekilde devam ettirerek toplumla bütünleşmelerini sağlamak, bakıma muhtaç bireyin aile üyeleri ve özellikle ailedeki kadınların üzerindeki yükünü azaltmak, aileye sağlanan psikolojik, fizyolojik, sosyal ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içine alan bir bakım modeli olarak karşımıza çıkmaktadır (Tekin,2018). Evde bakım hizmeti alan kişiler, birlikte yaşadıkları ailesi ve çevresinden bağımsız düşünülemez. Dolayısıyla multidisipliner yaklaşım çerçevesinde birey, aile ve çevresi bakım sürecine katılım sağlayarak ikamet ettikleri mekânda hizmet alabilmektedir.

Günümüzde hızla artan nüfusun hastane ortamında uzun süreli bakımın, maddi yükü, hastada hastaneye yatışla ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sorunlara neden olabilmektedir. Teknolojik gelişmelerle birlikte evde bakım hizmetleri; sağlık hizmetlerinin ev ortamında sunulmasına olanak sağlamaktadır. Ülkemizde uygulanan evde sağlık ve bakım hizmetleri alanındaki araştırmalar günden güne artarak gelişimini sürdürmektedir (Tekin,2018).

Evde bakım hizmetlerinde hedef öncelikle birey ve ailesinin mevcut sağlığını korumak, geliştirmek ve yükseltmek, sonrasında bireyin günlük yaşam aktivitelerinde olabildiğince bağımsız olabilmesini sağlamak, yetersizliklerinin en aza indirilmesini sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (Ardahan ve Arabacı, 2017).

2019 yılının Aralık ayında Çin' in Wuhan kentinde, bulaşma riski yüksek olan SARS-COV-2 olarak isimlendirilen bir virüs tespit edilmiştir. Dünya'da hızla yayılmış olup, Türkiye'de bir kişiye bulaşması ile 11 Mart 2020 tarihinde ilk vaka gözlenmiştir. Böylelikle ülkemizde salgın süreci başlatılmıştır. Koronavirüs salgınıyla mücadele ettiğimiz ve tecrit edildiğimiz bugünlerde evde verilen hizmetlerin önemi daha da artmıştır. Günlük yürütülmekte olan işler dahi ev ortamında yapılmaya başlanmışken sağlık bakım sisteminin artan teknoloji ile birlikte ev ortamına taşınması, evde bakım ve sağlık hizmetlerine olan önemi daha da arttırmıştır.

2. TANIMLAR

Evde bakım hizmetini ifade eden birçok tanım mevcuttur. Bunlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır:

Evde bakım; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacını güden bakım sistemidir (Altuntaş, 2010).

Farklı meslek ve dal üyelerinin iş birliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde sunulan hizmetleri kapsamaktadır.

Kişinin yeniden sağlığına kavuşması ve yaşamını sürdürmesini desteklemek amacıyla, sağlık elemanları, sosyal hizmet görevlileri ya da aile bireyleri tarafından kişinin yaşadığı ortamda verilen hizmetlerdir (Yılmaz, 2010).

10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan, Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliğine göre; “hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” olarak tanımlanmaktadır.

Evde bakım hizmetleri ile ilgili tanımlamalar; evde verilen sağlık hizmetlerinin süresine göre (kısa süreli, uzun süreli), hizmetlerin kim(ler) tarafından sunulduğuna göre (formal, informal), hizmetin içeriğine göre (koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici, rehabilite edici bakım) farklılaşmaktadır. Aşağıda bu tanımlara daha ayrıntılı olarak yer verilmiştir:

Evde kısa süreli bakım: Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri; tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası dönemi (postoperatif dönem) içinde verilmektedir. Bu süre genellikle 30 gün ile sınırlandırılmaktadır.

Bu hizmetlerin temel hedefi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmeti vererek kişinin en kısa sürede yardım almadan günlük işlerini yapabilecek duruma gelmesidir. Bu hizmetler arasında ameliyat sonrası bakım, yara bakımı, solunum tedavisi, enjeksiyonlar, damar içi tedaviler, mesane kateter bakımı, beslenme konularında destek, ayak bakımı, fizik tedavi, aileye ve kişinin kendisine sağlık sorunlarıyla başa çıkabileceği konularda eğitim, kişiye veya ailesine psikolojik danışmanlık hizmetleri sayılabilir (Öztek,2020).

Evde Uzun Süreli Bakım: Bu hizmetler hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini içermekte olup ve 6 aydan fazla bakım verilmesini gerektirir. Bu hastaların çoğu daha önce hastaneye başvurmuş, tanıları konulmuş hastalardır. İlk tanının evde konulması çoğu kez mümkün değildir, ayrıca evde bakım hizmetinin amacına uygun değildir. Evde ziyaret edilen bakım hastalarının ilk değerlendirmesi hekim ve hemşire tarafından yapıldıktan sonra hastalığa ve gereksinime göre ilgili hastanelere yönlendirilebilir (İlhan, 2015).

Uzun süreli evde bakımın hedefi, kronik hastalar, yaşlılar engelli kişiler ve ailelerin sağlığını korumak, mevcut sağlığını geliştirmek veya sağlığını kaybetmiş kişilerin günlük yaşamlarını olabildiğince bağımsız geçirmelerini sağlamaktır (Öztek,2020).

Uzun süreli evde bakım ihtiyacı olan hastalar ile ilgilenen kişilere, ailesine veya bakıcısına bakım hizmetleri ile ilgili eğitim verilmelidir. Eğitim sonrası bakım sürecinin takibi yapılmalıdır.

Evde Formal Bakım: Profesyonel meslek grupları tarafından sunulan uzmanlık düzeyinde verilen bakım hizmetlerini işaret eder. Hekimler, lisans eğitimini tamamlamış hemşirelik mezunu kişiler, evde bakım ile ilgili bölümlerden mezun olmuş kişiler, sağlık alanından mezun olan ve konu ile alakalı sertifika almış kişiler, eğitimini tamamlamış psikolog, fizyoterapist, diyetisyenler tarafından yapılan bakımdır.

Uzmanlık düzeyinde verilen evde bakım hizmetleri şunlardır:

1. Hemşirelik hizmetleri: Hemşirelerin kişiyi evinde veya yaşadığı alanda düzenli ve belirli aralıklarla ziyaret ederek kişinin ihtiyacına yönelik verdiği profesyonel sağlık hizmetidir.

2. Destek sağlık hizmetler: Kişinin yaşamını destekleyen psikoterapi, fizik tedavi, nakil hizmeti, ayak bakımı, konuşma ve meslek terapisi gibi verilen hizmetlerdir.

3. Öz Bakım: Bakıma muhtaç kişinin giyinme, genel vücut banyosu, saç banyosu, saç kesimi, erkeklerde sakal tıraşı, tırnak kesimi gibi günlük faaliyetlerini yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetlerdir.

4. Ev işlerine yardım, hane temizliği: Kişinin kendi başına yapamayacağı ev temizliği, toz alma, ev süpürölüp silinmesi, iş sağlığı ve güvenliği talimatlarına uyarak cam silinmesi, ev düzeni, onarım gibi işlerine yardım amacıyla verilen hizmetlerdir.

5. Sosyal destek: Kişinin kendi başına yapamayacağı alışverişine yardım ev dışına çıkarılması, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere götürölmesi gibi hizmetlerdir.

6. Gıda ve beslenme hizmetleri: Kişinin kendi başına yapamayacağı yemek hazırlamasına yardım etme ya da evlere yemek dağıtım hizmetleridir.

7. Danışmanlık hizmetleri: Bireye hakları ve sorumlulukları ile ilgili verilen danışmanlık, kişinin isteklerinin karşılanması, şikâyetlerinin çözölümü, gerekli kurumlarla iş birliği ve koordinasyon sağlanması için verilen hizmetlerdir (Yılmaz,2010).

Evde İnfomal Bakım: Bakıma gereksinimi olan kişinin eşinin, akrabalarının, arkadaşlarının bakım sürecinde olmasını ve yürütmesini tanımlamaktadır.

Koruyucu Evde Bakım: Bireyin ve ailesinin yaşadıkları ortamda, mevcut sağlık durumunu korumak ve yükseltmek amacıyla uygulanan bakım hizmetlerini tanımlamaktadır. Tarama testleri, aşı uygulamaları, sağlık eğitimleri örnek verilebilir.

Tanı Koyucu Bakım: Hastaneye ulaşamayan hastaların muayene yapılarak tanılarının ev ortamında belirlenmesini içeren bakımdır.

Tedavi Edici Bakım: Kişiyeye yönelik konulan tanı çerçevesinde ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik yapılan profesyonel girişimlerdir.

Evde Rehabilite Edici Bakım: Evde rehabilite edici bakım almanın sağlanması temel amacı, bireylerin var olan fiziksel kapasitelerinin korunması, geliştirilmesi, yaşam kalitesinin sağlanması, yaşadıkları toplum içinde “bağımsız” yaşama olanağının artırılmasıdır. Erken rehabilitasyon hizmeti almayan hastalarda yatak yarası (dekübitüs ülseri), eklem kontraktürü, kas atrofisi gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bunların geç dönemde tedavisi hem hasta için, hem hasta yakınları için oldukça zordur. Hasta bireylerin evde aldıkları bu hizmetle olası komplikasyonlar önlenmiş olup yaşam kalitesi ve bağımsız yaşama olanağı artırılmış olacaktır (İlhan,2015).

Evde bakım hizmetlerinde amaç;

- Bireyin ve ailenin sağlığını korumak,
- Bireyin ve ailenin mevcut sağlık durumunu yükseltmek,
- Bireyin yaşam kalitesini arttırmak,
- Sağlığını kaybetmiş kişilerin yeniden sağlığına kavuşmasını sağlamak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin, profesyonel düzeyde aile bireylerinin katılımı ile bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır.

2.1.Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Birçok antik toplumda, doğumda vücuttan kan geldiği için doğumun kadınları ve doğumda olanları kirli yaptığına inanılıyordu.

Bu sebeple doğuran kadının tecrit edilerek özel doğum mekânlarına götürülmesi gerektiği düşünülmüştü.

Hititler ve daha sonra Romalılar döneminde doğumun evde mi yoksa evin dışında mı yapılması gerektiği tartışılmaya başlandı. Soranus, “Jinekoloji” adlı kitabında, Roma’da doğum başladığında ebenin gerekli malzemeleri alıp gebenin evine gittiğinden bahsetmektedir (Aksoy, 2015).

2.2.ABD’de Evde Bakım Hizmetleri Gelişimi

Evde bakım hizmetlerinin ilk kapsamlı kayıtlarına ABD sahiptir. ABD’de 18. yüzyılda verilen evde bakım uygulaması, düşük gelirli çocuklara ve ailelerine sağlanan bir kamu bakımı yöntemi olarak benimsenmiş ve kurumsal bakım terk edilmeye başlanmıştır. ABD’de evde bakım hizmetleri açısından ilk organizasyon 1796 yılında Boston Dispanseri tarafından yapılmıştır. 1947’de New York’taki Montefiore Hastanesi Evde Bakım Ünitesi kurulmuştur ve ilk hastane destekli evde bakım uygulamaları gerçekleştirilmiştir. O zamana kadar hemşirelik hizmetleriyle sınırlı olan evde bakım hizmetleri, hastane desteği ile diğer sağlık profesyonellerinin katılımıyla bütüncül bir hizmet haline gelmiştir. 1960 yılında yaşlılar için ücretsiz evde bakım hizmeti onaylanmıştır. 1965 yılından itibaren ABD’de Medicare ve Medicaid sigorta sisteminin uygulanmasıyla sosyal güvenlik sistemleri, evde bakım hizmetlerini karşılamaya başlamıştır. 1982’de ABD’de Ulusal Evde Bakım Derneği kurulmuştur. 1990’lı yıllarda evde bakım hizmetinin kapsamı ve hizmet veren kurumlar artmıştır. Evde bakım sektörü, ABD’de en hızlı büyüyen ikinci sektör haline gelmiştir.

ABD’de Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Üst Kurulu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, JCAHO) evde bakım kuruluşlarını dört temel sınıfa ayırarak değerlendirmiştir. Bunlar:

1. Kişisel bakım ve hasta bakıcılığı hizmetleri,
2. Evde tıbbi malzeme desteği hizmetleri,
3. Evde infüzyon desteği hizmetleri,
4. Hemşirelik hizmetleridir (Aksoy, 2015).

2.3. Avrupa’da Evde Bakım Hizmetleri

Orta Çağ Avrupa’sında hastalığın diğer hastalara geçmesini engellemeye yönelik karantina uygulamaları, 17. yüzyılda veba salgınlarında uygulanan “evde izolasyon” ve “evde sağlık hizmetleri” nin kaynağını oluşturmuştur. 17. yüzyıl veba salgınları sırasında evler, hastaların barındığı ve hastaların evlerini terk etmelerinin yasaklandığı yerler haline gelmiştir. Bu dönemde uygulanan evde sağlık hizmeti ile hastalar izole edilerek ve hasta bireylerin temel ihtiyaçları olabildiğince karşılanarak hasta olmayanların korunması amaçlanmıştır.

Evde bakım hizmetlerinin en önemli öncülerinden Florance Nightingale, hasta bakımı ile görevlendirilecek kadınların özel eğitim almasını ve eğitilmiş kadınların ev ziyaretleri için özel hemşire olarak görevlendirilmesi gerektiğini öne sürmüştür.

Nightingale'in önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool'da evde hasta bakımı sağlayan, misafir hemşire yetiştiren eğitim süreci 1,5 yıl olan okul açılmıştır.

Nightingale ayrıca, hemşirelerin eğitim aldıktan sonra kırsal kesimde yaşayan annelere hijyen bilgilerinin sağlanması için kırsal sağlık personeli ve hemşire olmayan sağlık ziyaretçilerini eğitmesi konusunda tavsiyelerde bulunmuştur.

Avrupa'da 1937 yılında Danimarka'da başlatılan ev ziyareti programı, başarılı bir hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka'da altı yıllık bir pilot çalışma yapılmış, ev ziyaretlerinin bebek ölüm oranını ve hastalık oranını azalttığını göstermiştir. Böylece evde bakım hizmetlerinin önemi daha da artmıştır.

İngiltere'de 1980 ile 1990 yılları arasında sağlık hizmetlerindeki büyük değişikliğin bir sonucu olarak, evde bakım hizmetleri, büyük bir sorun olan İngiltere sağlık sisteminde hastaneye yatış için kısmi bir çözüm olmuştur.

1862 yılından sonra İngiltere- Liverpool'da Bölge Hemşirelik Sistemi'nin temeli atılmıştır.

Mary Robinson isimli kişi, evde hasta bakımı veren ilk hemşire olarak kayıtlara geçmiştir. Evde hastane odaklı tıbbi bakımın yanında evde kalan kişilere hijyen ve evde hasta bakımı konusunda eğitim de vermiştir.

Bu hizmetlerin finansmanı ilk olarak 1909'da sigortalar tarafından ödenmeye başlanmıştır. Onun öncesinde kiliseler gönüllü ziyaretçiler tarafından hasta evlerinde hizmet vermişlerdir. Kiliselerden sonra belediyeler 1898 yılında bu hizmeti üstlenmiştir (Yılmaz, 2019).

Danimarka, Finlandiya, İsveç gibi ülkelerde evde bakım hizmetleri belediyelerin sorumluluğu altındadır.

İrlanda'da, evde bakım hizmetlerinin tamamını eyalet karşılamaktadır.

İzlanda, İsveç, Macaristan'da belediyeler geri ödeme yapmakta ve bütün tıbbi hizmetleri kişilere sağlamaktadır.

İngiltere, İtalya ve Fransa'da da evde bakım hizmetleri geri ödeme kapsamındadır.

Hollanda'da evde bakım hizmetleri kapsamında hemşirelik hizmetleri verilirken anelik bakımı ile ilgili hizmetler de verilmektedir. Halihazırda 300'ü aşkın evde bakım kuruluşu hizmet vermektedir (Aksoy, 2015).

2.4. Diğer Ülkelerde Evde Bakım Hizmetleri

Kanada'da evde bakım hizmetleri kavramı 1970'lerde sağlık sistemine, 1970-1980 döneminde bütün eyaletlerde sağlık sistemine dahil edilmiştir. Giderler esas olarak eyaletin kendi gelirlerinden elde edilirken, federal hükümet tarafından da desteklenmektedir.

İsrail’de bakım hizmetleri Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından yürütülmekte ve kurumsal bakım yasa kapsamında değildir. Güncel yasa 1 Nisan 1988’den beri yürürlükte olup, günlük yaşam aktivitelerinde engelli, yalnız yaşayan ve günde en az iki saat desteğe ihtiyaç duyan veya yalnız yaşamayan ancak en az iki buçuk saat desteğe ihtiyaç duyan 60 yaş üstü kadınları ve 65 yaş üstü erkekleri içermektedir. Kişinin hizmetlerden tam olarak yararlanabilmesi için gelirin ortalamasının üzerinde olmaması şartı vardır. Aksi takdirde yapılan harcamalar için katkı payı alınmaktadır.

Japonya’da nüfusun yaşlanmasıyla birlikte bakıma muhtaç yaşlılar için sosyal bakım hizmetlerinin önemi de artmaktadır. Kurumsal bakım hizmetleri çoğunlukla kimsesiz yaşlıların bakımına yönelik sunulmaktadır. Japonya’da 70 yaşın üzerindeki her yaşlı için evde veya kurumsal bakımda ücretsiz tıbbi hizmetler de sağlanmaktadır. Japon bakım sigortası programı, yerel yönetimler (belediyeler) tarafından yürütülmeye devam etmektedir.

Çin’de evde bakım sisteminin önemi ekonomik sebeplerden ziyade sosyokültürel değerleridir. Hizmeti sunan ve devamlılığını sağlayan kişiler aile içerisindeki kişilerdir. Aile içerisinde bir üye seçilip, evde bakım hakkında eğitilerek bakım sorumluluğu devredilmektedir. Bu kişiler evde bakım hizmetlerini gayri resmi bakıcılar ismi altında uygulamaktadır (Aksoy, 2015).

Birçok ülkede evde bakım hizmeti uygulamaları gerek uygulama koşulları bakımından gerekse maliyet karşılığı bakımından farklılıklar göstermektedir. Aşağıda Ülkelere Özgü Evde Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu tablosu yer almaktadır:

Ülkemizde sağlık hizmetleri uygulamalarındaki gelişmelerin ilki Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) kapsamında başlamıştır. 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu evde bulaşıcı hastalıkların tanı ve tedavisi, salgın hastalıklarda tecrit uygulamaları, ana-çocuk izlemi ve hekimlerin evde hasta muayenesi hükümlerini getirmiştir.

Evde bakım hizmetlerine bir adım olarak ülkemizde ziyaretçi hemşire kavramı ilk kez 1943 yılında yayınlanmış olan Trahom Mücadele Talimatnamesi’nde yer almıştır. Verem Savaşı Dispanserine bağlı olarak açılmış olan Erenköy Sosyal Hemşire Okulu da, halk sağlığı alanında çalışacak hemşireler yetiştirmek amacıyla 1943 yılında açılmıştır. Verem Savaşı Dispanserleri, Ruh ve Akıl Sağlığı Dispanserleri, Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) Merkezleri ve diğer sosyal hemşirelik alanlarında görevlendirilmişlerdir (Öztek,2001).

Tablo 2.1. Ülkelere Özgü Evde Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu
(Tarricone ve Tsouros, 2008).

Ülke	Evde Sağlık Bakımı	Evde Sosyal Bakımı
Belçika	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye
Danimarka	Yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
Finlandiya	Yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
Fransa	Sosyal sigorta ve yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
Almanya	Sosyal sigorta	Sosyal sigorta
İrlanda	Merkezi veya bölgesel hükümet	Merkezi veya bölgesel hükümet
İtalya	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye
Hollanda	Sosyal sigorta	Sosyal sigorta
Portekiz	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye
İspanya	Sosyal sigorta	Yerel hükümet veya belediye
İsveç	Yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
İngiltere	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye

2.5. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ile ‘Süreğen hastalıklı bireylerin, evde izlemlerinin halk sağlığı hemşirelerince sürdürülmesi’ hükmü getirilmiştir. 1963 yılında birinci beş yıllık kalkınma planında az sayıda nüfusun faydalandığı ve maliyeti yüksek hastane tedavileri yerine evden ve ayaktan tedaviye yönelik bir sağlık teşkilatının kurulması gerekliliğine yer verilmiştir.

Evde bakım ifadesi “uzun süreli evde bakım” olarak ilk defa Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Sağlık Hizmetlerinin Kuruluş ve Çalışmaları hakkındaki yönetmelikte yer almıştır (Çoban, 2014).

Evde bakım ve sağlık uygulamaları içerisinde ruh sağlığı hizmetlerin geliştirilmesine yönelik ilk hukuki metin yayımlanmıştır. Resmî Gazete’de Yayımlanan 12 Şubat 1988 gün ve 88/12616 sayılı “1988 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair” Bakanlar Kurulu Kararında “Ruh sağlığı hizmetlerinin hastanede verilen hizmetin yanında evde bakım ve takip yoluyla verilmesi sağlanacak, rehabilitasyon hizmetleri geliştirilecek.” hükmü yer almıştır. Böylece ruh sağlığı hizmetlerinin de evde bakım çerçevesinde verilebileceği belirtilmiştir (Çoban, 2014).

2001 yılında İstanbul Büyükşehir Belediyesi evde bakım hizmetleri projesini başlatmıştır. Bu uygulamaları takiben Türkiye’de evde bakım hizmetleri 10/03/2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ ile hizmeti içeren yasal düzenleme gerçekleşmiştir. Yönetmeliğin amacı; evde bakım hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir.

Sağlık bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde bakım hizmetleri sunulması için evde sağlık hizmetleri birimleri ve sistemin çalıştırılmasına ilişkin sağlık bakanlığınca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge (01.02.2010 tarihli 3895 sayılı) yürürlüğe konmuştur. 2010 yılında çıkarılan bu yönergeye göre bakanlığa bağlı sağlık kuruluşların, eğitim araştırma hastanelerinin, genel veya dal hastanelerinin, Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinin (ADSM) bünyesinde kurulan evde sağlık hizmetleri birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri aracılığı ile sunulmaktadır. Devamında 2015 yılında Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (27.02.2015/29280 sayılı) Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Yönetmeliğe göre amaç; *“ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında yapılması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi amacıyla Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlemek; bu hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır.”* (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (27.02.2015/29280 sayılı)

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (27.02.2015/29280 sayılı)’e göre evde sağlık hizmet tipleri üçe ayrılmıştır:

a) T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:

- TSM’lere (Toplum Sağlığı Merkezleri) bağlı olarak kurulan birimlerdir.
- Evde sağlık hizmetini öncelikli olarak sunmakla görevlidir.

- Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur.
- Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir.
- İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır.
- Evde sağlık hizmeti sunulan günlük hasta sayısı on ve üzerinde olan yerlerde en az bir T tipi birim kurulur. Birbirine yakın olan kk ilçelerde aynı kriter doğrultusunda ortak hizmet birimi açılabilir.

b) H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimlerdir.
- Öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi T tipi birimler tarafından verilmesi mümkün olmayan hizmetlerin sunumuyla mükelleftir.
- T tipi birimleri destekler.
- Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur.
- Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir.
- İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır.
- Hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilir.
- Hastane rollerinin belirlendiği gruplamaya göre A, B ve C tipi hastanelerin bulunduğu ilçelerde en az bir H tipi birim kurulur.

c) D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri:

- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı ADSM'ler bünyesinde kurulan birimlerdir.
- Ekipte bir diş hekimini ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik (27.02.2015/29280 sayılı)'e göre;

Başvuru: hasta, hasta yakını, diğer kişi veya kurumlar tarafından 444 3 833 numaralı telefon hattı aranarak ya da "Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu" doldurularak veya TSM/AHB'ler aracılığıyla il koordinasyon merkezine yapılır.

Hastaneden taburcu aşamasında olup evde sağlık hizmet ihtiyacı olduğu değerlendirilen hastalar, hekim tarafından koordinasyon merkezine bildirilir. Hastanın ihtiyacı doğrultusunda gerekli gün sıklığı belirlenerek hizmet verilemeye başlanır.

Verilen hizmetler:

- Hastaya, konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, bulunduğu ev ortamında muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi,
- İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla, uzun süreli kullanımı sağlık raporu ile belgelendirilen ilaçların reçete edilmesi,
- Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması,
- Hastanın ve ailesinin, evde bakım sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında bilgilendirilmesi,
- Hastaya, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipman konusunda, eğitim ve danışmanlık vb. hizmetlerin verilmesi,
- Gerekli görülen hallerde hastanın ilgili sağlık kuruluşuna ve/veya sağlık kuruluşundan evine nakli, diğer sağlık kuruluşları ile koordinasyonu sağlar.

Kayıt: Hastalara ait veriler Halk Sağlığı Bilgi Sistemi çalışmaları kapsamında oluşturulan Evde Sağlık Hizmetleri Modülü kullanılarak kayıt altına alınır.

Hizmetin Sonlandırılması: Hastaya sunulan evde sağlık hizmeti aşağıdaki hallerde sonlandırılır:

- Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın iyileşmesi,
- Hasta için uygulanan bakım ve tedavinin, sağlık personeli gerektirmeden yapılabilecek hale gelmesi,
- Hastanın kendisinin veya hastanın yakınının hizmeti sonlandırmayı talep etmesi,
- Hastanın vefat etmesi,
- Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde,
- Hasta veya hastanın yakınının personelin güvenliğine yönelik uygun olmayan davranışlarda bulunmaları,
- Evde sağlık hizmeti sunulan hastanın, çeşitli nedenlerle ikamet ettiği bölgenin değişmesi.

Tablo 2.2. Türkiye’de evde sağlık ve bakım uygulamaları ile ilgili ilk uygulamalar, kavramsal kullanımlar ve yapısal ilkler (Aybars, 2019).

Tarih	Kullanılan Kavram/Uygulama	Kullanıldığı Mevzuatın Adı
19.07.1931	Ev ziyareti	UHK Tatbikatına Dair 1852 sayılı 21 No’lu Tamim
17.05.1934	Evde Muayene	Zührevi Hastalıklar ve Fuhuşla Mücadele Nizamnamesinin 14. Maddesine Tevfikan Yapılmış Olan Talimatname
06.10.1934	Evde tedavi	Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname
16.07.1935	İnformal bakıma atıfta bulunulmuştur.	Hava Harbinden Korunmada Yurt Sıhhat İşleri Talimatı
12.06.1937	Kamu kurumu personeline ve kurum çalışanlarına evde tedavi sunulması	Emniyet Teşkilatı Kanunu
08.02.1963	Evde tedavi hizmetleri örgütlemesinin geliştirilmesi önerisi	Birinci Kalkınma Planı
08.02.1963	Evde tedavi birimlerinin kurulması pilot bölge çalışmalarına bağlama önerisi.	Birinci Kalkınma Planı
12.12.1968	Kamu hastaneleri bünyesinde evde ve ayakta tedavi sisteminin geliştirilmesi amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’nca Seçilecek birer hastanede gerekli servisler kurularak deneme uygulaması yapılması.	1969 Yılı Programının Uygulanması Koordinasyonu ve İzlemesine Dair Karar
05.11.1976	Uzun süreli evde bakım kullanımı	Milli Eğitim Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelik
29.08.1983	Uzman hekimler ve dış hekimleri evde muayene ve tedavi hizmetlerinde yer almıştır.	Yargıtay İç Yönetmeliği
30.10.1989	Evde hasta bakımı yıllık programlara dahil edildi.	“1990 Yılı Programının uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair” Bakanlar Kurulu Kararı
30.10.1989	Evde bakım kapsamında hizmet verilecek grup ilk kez yatalak yaşlı olarak tanımlanmakta ve hizmet içeriğinin tedavi edici sağlık hizmeti dışında bireylerin sosyal gereksinimleri de karşılamaya yönelik geliştirileceği belirtilmektedir.	“1990 Yılı Programının uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair” Bakanlar Kurulu Kararı
22.10.1989	İlk defa uluslararası bir anlaşmada “evde tedavi (home care)” kavramı kullanılmıştı	Türk Hükümeti ile UNICEF Arasında 1988–1992 İş Birliği Programı kapsamında Uygulama Planı

28.10.1990	İlk defa sosyal hizmetler ve kapsamında evde bakım hizmeti vermek üzere yatalak yaşlıların evde bakımı için Ankara'da bir merkez kurulduğunda bildirilmiştir. Bu evde bakım hizmeti vermek üzere açılmış olan ilk özelleşmiş merkezdir.	"1991 Yılı Programının uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair" Bakanlar Kurulu Kararı
19.08.1993	"Evde hizmet" kavramı ilk defa engellileri de kapsayacak biçimde kullanıldı "de" yer almıştır.	Özürümlerin Tespiti, İncelenmesi, Bakım ve Rehabilitasyonuna Dair Yönetmelik
04.12.2004	Evde bakım hizmetlerinde çalışanlar sağlık iş kolunda kabul edilmiştir.	İş Kolu Tespit Kararı
10.03.2005	Doğrudan ve sadece evde bakım hizmetlerini konu edinen ilk yasal düzenleme.	Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Sunumu Hakkında Yönetmelik
06.07.2005	Evde bakım hizmetleri, aile hekimlerinin görevi olarak belirlenmiştir.	Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik
02.02.2008	"Evde bakım hemşireliği" ve klinik eğitim içerisinde evde bakım hemşireliğinin yer alması gerektiği belirtildi.	Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık, Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik
28.05.2008	Evde verilen hizmeti, bakım ve tedavi ayırımı yapmadan sağlık hizmeti vermek olarak tanımlayan ilk metin	Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi Yönetmeliği
01.02.2010	"Evde Bakım Hizmeti" "Evde Sağlık Hizmeti" olarak değiştirildi.	Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge
24.02.2011	Ağız ve diş sağlığı merkezi (ADSM) ve hastaneleri de evde sağlık hizmeti kapsamına alınmıştır.	Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge
21.01.2012	İlk defa evde sağlık hizmetleri bedellerinin hizmet başına ödeme yöntemi ile kamu bütçesinden ödeneceği belirtildi.	Sağlık Uygulama Tebliği
27.02.2015	Bakanlık ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık hizmetlerinin teşekkül ettirilmesi, sevk ve idaresi ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanmasına dair usul ve esasları belirlenmiştir.	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik

Evde sağlık ve bakım hizmetleri Türkiye’de yeni bir kavram olmadığı gözlemlenmektedir. Mevcut hizmet ilk yıllarda ev ziyareti olarak kayıtlara geçmiş, ilerleyen yıllarda yönetmelik çerçevesinde evde bakım ve evde sağlık ismini almıştır. Ele alınan sağlık hizmeti genel olarak incelendiğinde, insanın biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğu ve ihtiyaçları belirlenirken bu özellik temel alınarak hizmetin, insanı bir bütün olarak ele alması söz konusudur. Verilen hizmetler kişilerin durum değerlendirmesini yaparken belirleyeceği problemleri sistemsel olarak değil, bireyi bir bütün olarak ele alması önemlilik arz etmektedir. Bu doğrultuda verilen hizmet devamlı ve kişiye yarar sağlayacak nitelikte olmalıdır. Ayrıca evde bakım sürecinde, sadece kişilere verilen hizmetin değerlendirilmesi amaçlanmamalı, bireylerin ihtiyaçlarını karşılayarak sağlık düzeylerinin ve bağımsızlıklarının artırılması amaç edinilmelidir. Fakat Türkiye’de bakım uygulamalarında bireylere hekim odaklı tedavi anlayışı ile hizmet verilmektedir.

2.6. Evde Bakım Hizmeti Kapsamı

Evde sağlık ve bakım hizmetleri akut ve kronik sağlık problemlerinin beraberinde çeşitli yaş grupların ve bazı özel grupların ihtiyacı doğrultusunda evde bakıma gereksinim duymaktadırlar (Evde Bakım Derneği, 2010). Evde sağlık hizmetlerinden faydalanacak olan kitle aşığada sıralanmıştır:

- Kronik hastalığı olan kişiler (Diyabet, hipertansiyon, kanser, KOAH vb.),
- ICF(International Classification of Functioning Disability and Health) kriterlerine göre engellilik düzeyi belirlenen kişiler,
- Nöroloji hastası kişiler,
- Yara bakımına gereksinim duyan kişiler,
- İnvaziv girişime gereksinim duyan kişiler (IV-IM-SC enjeksiyon, mesane sondası, trakeostomi bakımı),
- Terminal dönem hastaları,
- Evde laboratuvar tetkiki gereksinimi olan hastalar,
- Evde psikolojik danışmanlık hizmeti gereksinimi olan kişiler,
- Evde fizyoterapi hizmeti gereksinimi olan kişiler,
- Kendi kendine ihtiyaçlarını karşılayamayan kişiler için evde refakat, hane temizliği veya kişisel temizlik hizmeti ihtiyacı olan kişiler,
- Hastaneden eve, evden hastaneye nakil hizmeti ihtiyacı olan hastalar,
- Genellikle 65 yaş ve üzeri yaşlılar,
- Ameliyat sonrası postoperatif bakıma ihtiyaç duyan kişiler,
- Yenidoğan,
- Lohusa kişilerdir.

2.7. Evde Bakım Hizmeti Uygulamasını Gerektiren Durumlar

Evde uygulanması mümkün, gerekli araç gereçlerin kullanımı ve yeterli sağlık ekibi sağlandığında risk oluşturmayacak girişimler doğrultusunda her türlü sağlık hizmeti verilebilmektedir. İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlık olduğundan çevresi ile birlikte bu hizmetler verilmektedir. İlk olarak uygulama yapılacak evin şartlarının uygunluğu değerlendirilir. Değerlendirme sonuçları doğrultusunda gereksinimler belirlenerek karşılanmalıdır. Bu gereksinimler öncelik sırasına konularak müdahale edilmelidir. Ev ortamında uygun koşullar sağlandığında sağlık hizmeti kesintisiz bir şekilde verilir. Günümüz koşullarında yatağa bağımlı 65 yaş üzeri yaşlıların ve kronik hastalığı olan kişilerin evde sağlık ve bakım ihtiyacının fazla olduğu görülmektedir. Bu hastaların yanı sıra, hipertansiyon hastalarının, serebrovasküler hastalığı olan kişilerin, böbrek hastalarının, KOAH gibi solunum sistemi hastalarının, karar verme yetisi olmayan engelli kişilerin, zihinsel yetersizliği olan kişilerin, ameliyat sonrası dönemde bakıma ihtiyacı olan kişilerin, terminal dönem hastaların ve evde izlemi yapılabilecek, hastaneden taburcu edilmiş hastaların evde sağlık hizmetlerinden yararlanması uygun görülmüştür (Öksüz, 2018).

2.8. Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler

Evde sağlık hizmetleri bir sağlık hakkıdır. Sağlık ve sosyal hizmetler birbirleriyle koordineli olarak yürütülmelidir. Evde sağlık birbirleri ile koordineli olarak verilmesi gereken hizmetler, aşağıdaki hizmetleri içermelidir (Evde Bakım Derneği, 2010).

- Sağlık hizmetleri,
- Psikolojik danışmanlık hizmetleri,
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri,
- Tıbbi cihaz desteği hizmetleri,
- Eğitim hizmetleri (hasta ve yakını),
- Yeterli ve dengeli beslenme takibi,
- Sosyal destek hizmetleri,
- Hane ve kişisel temizlik hizmetleri,
- Ulaşım yardımı ve nakil hizmetleridir.

2.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları

Evde bakım hizmetleri, hastanede yatış süresini azaltmaktadır. Kişinin hastanede yatış süresi kısalmış olacak ve maliyet kaybı azalacaktır. Böylelikle hastane enfeksiyonlarının ve mortalitenin azalması sağlanacaktır.

Hastanın tedavi ve bakımının evde sürdürülmesi kişinin benliğinin korunmasını sağlar. Evde ailesinin yanında ve yaşadığı alanda bakım alması yaşam kalitesini arttırmaktadır. Tanıdığı çevre içerisinde olması kişiye güven vermektedir. Aynı zamanda evinde sürdürülen bakım hizmetleri, süregelen alışkanlıklarının devam etmesine olanak sağlamaktadır. Bu da kişiyi özgür kılması açısından yararlıdır.

Hastanın çevresi ile iletişimi sağlığına olumlu etki oluşturmaktadır. Evinden ayrılmış olan hasta kabuğundan ayrılmış midyeye benzetilmektedir. Yeni bir ortama alışma süreci ve hastane ortamında kişinin hasta rolünü etkin kullanacağı, dolayısıyla hastalığının iyileşme sürecini geciktirdiği düşünülmektedir. (Çoban ve Ark., 2004). Dolayısıyla kişinin kendi yaşadığı alanda tedavi görmesi, tedavi sürecini hızlandırmaktadır.

Evde Bakım Hizmeti kişiye özel sağlık hizmeti sağlamaktadır. Hastanın biricikliğine odaklanarak kendisini değerli hissetmesini sağlamaktadır. Bireyin özerkliğini ve onurunu korumasına yardımcı olmaktadır.

Hasta ve yakınlarına eğitim hizmetleri ile bilinçlendirilmesi sağlanmaktadır. Hangi durumda nasıl bir yol izleyeceğini bilen hasta yakınları, ilerleyen zamanlarda bağımsız olarak bakım verebilmektedir. Böylelikle hasta ve yakınlarının stres faktörleri azalmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ulaşılabilirliğine olanak sağlamaktadır. Evde bakım hizmetleri ile bağışıklama ve gebe-bebek izlem takibi sağlanabilmektedir (Çoban ve Ark., 2004).

Kişi kendi yaşadığı alanda psikolojik olarak rahat hissedeceğinden, bütüncül bakım içerisinde aktif olabilmesine ve öz bakım aktivitelerine katılmasına olanak sağlamaktadır.

2.10. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları

Evde bakım hizmetleri denetim ve kontrolü güç organizasyonlardır. Geniş çaplı hizmetler kapsamı olup, hem personel hem de hasta yakınları eğitim ile desteklenmelidir.

Uygulama sonrası sağlık personeli gerekli bilgilendirme ve eğitim verdikten sonra evden ayrılmaktadır. Evden ayrıldıktan sonra özellikle intravenöz uygulama sonrası ödem, hematoma veya cilt altında sıvı birikmesi söz konusu olabilmektedir.

Hastanın ailesinin eğitim düzeyinin düşük olması, verilen eğitimlerin anlaşılabilmesi, verilen talimatların uygulanamayışı da olumsuzlukları arasında sayılabilir.

Hastanın ailesi tükenmişlik duygusunu hissederek yıllardır bakım vermenin yorgunluğunu yaşayabilmektedir. Bu nedenle verilen talimatlara uymamaları, özensiz oluşları bakım sürecini olumsuz etkilemektedir.

Hastanın evinin imkânlarının verilecek hizmete uygun olmayışı (hasta yatağının olmamasından kaynaklı yerde yatması gibi) hizmet kalitesini olumsuz anlamda etkilemektedir.

Hastanın durumunun ağır ve riskli olduğu, hastanede tedavi ve gözetim altında takip edilmesinin uygun olduğu durumlar hizmetin kısıtlılıkları arasındadır.

Hasta veya ailesinin tedaviye uyumsuzluğu veya direnç göstermesi bakım sürecini aksatabilmektedir.

Hizmet veren personelin güvenliğinin sağlanması konusunda karşılaşılan problemler, hizmetin personel açısından dezavantajları arasında sayılabilir.

Evde bakım hizmetleri, personel ve verilen hizmet açısından iş birliği gerektirmektedir. Aşağıda Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerini yürüten ekip, kurum ve kuruluşlar tablo halinde yer almaktadır:

Tablo 2.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri Sunucuları (Arslan, 2018)

Ekip	Kurumlar	Kuruluşlar
Hekim	Eğitim Kurumları (MEB)	Meslek Kuruluşları
Hemşire	İlgili Bakanlıklar	Gönüllü Kuruluşlar
Diyetisyen	Hastaneler	Sigorta Şirketleri
Fizyoterapist	Belediyeler (İl ve İlçe)	Firmalar
Sosyal Hizmet Uzmanı		Özel Sağlık Kuruluşları
Psikolog		Hemşirelik Kuruluşları
Şoför		
Sağlık Yöneticisi		
Yardımcı Personel		

2.11. Evde Bakım Hemşireliği

Evde bakım hemşireliği evde verilen sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Hasta ve yakınları ile geçirdikleri zaman, verdikleri bakım süresi ve sıklığı diğer sağlık mensuplarından daha fazladır. Hemşire hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını belirleyerek öncelik sırasına koymaktadır. İhtiyaçlarını karşılamak için ziyaret planları oluşturur. Kişinin bağımlılığını en aza indirerek yaşam kalitesini arttırmak için kişiye uygun, yaşadığı ortamda gerekli uygulama ilkelerini gerçekleştirmekle sorumludur.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Yönetmeliği (2005)’ne göre evde bakım hemşiresinin sorumlulukları aşağıdaki gibidir:

- Hekimin tedavi için yazılı ve imzalı istemini almak, hemşire formlarına kaydetmek ve uygulamak, uygulama sonuçlarını kaydetmek,
- Hasta için gerekli özel işlemlerin uygulanmasında hekime ve diğer ekip üyelerine destek sağlamak,
- Hasta bakım planındaki işleri yapmak, yaşamsal bulgularını değerlendirmek, kaydetmek, değişiklikleri hekime rapor etmek,
- Tedavi planına göre hastaya oral, parenteral ve haricen verilecek ilaçlarını vermek ve kaydetmek, uygulanan ilaçların etki ve yan etkilerini gözlemek, kaydetmek,
- Hizmetlerde gerekli olacak araç-gereç, malzemeler için istek yapmak, bunların yeterli ve çalışır şekilde bakımı için görüş bildirmek,
- Araç-gereçleri kullandıktan sonra temizlemek, dezenfekte etmek ve gerektiğinde sterilizasyon için hazırlamak,
- Hasta ve ailesine, hastalık ile tedavi ve bakımına ilişkin, sınırları önceden hekimi ile birlikte belirlenmiş olarak bilgi vermek,

h) Hasta ve ailesine, gereksinimlerine göre, hastalığa özel, kendi kendine bakım ya da yardımla bakım teknikleri gibi konularda ve genel sağlık konularında eğitim yapmak,

ı) Tüm uygulama ve işlemlerini etik kurallarına uyararak, hasta hakları doğrultusunda uygulamaktır.

Evde bakım hemşireleri kişilere hizmet verirken çeşitli güçlükler ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu güçlükler; hasta ve ailesinden kaynaklı, sağlık personelinin kendisinden kaynaklı, çalıştığı kurumun özelliklerinden kaynaklı veya hastanın yaşadığı alan ve çevresinden kaynaklı olabilmektedir. Bu güçlükler karşısında hemşireler işlerini sık sık değiştirmekte, işlerinden ayrılmakta veya emekli olmayı tercih etmektedir (Yurtsever ve Yılmaz, 2016).

Hasta ve ailesinden kaynaklı; hemşirenin uyguladığı bakıma direnç göstermeleri ve uzun yıllar bakım verdiği kişilere yönelik yorgunluk sonucu hastalarına karşı ilgisizlik göstermeleri hemşireyi zorlayan durumlardır. Hasta veya ailesinin sürekli isteklerinin oluşu diğer güçlük sebebidir. Bu istekler bakım malzemeleri veya görev tanımı dışındaki istekleri olabilmektedir.

Sağlık personelinin kendisinden kaynaklı; mesleki becerinin eksikliği, tükenmişlik yaşamaması, profesyonel iletişim kurulamaması veya kendisini mesleğini gerçekleştirme konusunda yeterli hissetmemesi sayılabilir.

Çalıştığı kurum kaynaklı; iş güvencesinin olmayışı, yasal düzenlemelerin yeterli olmaması, çalıştığı ekip ile ilgili sıkıntılar, düşük ücret alınması, hizmet içi eğitim yetersizliği veya çalışılan kuruma ulaşım sorunu yaşanabilmektedir.

Hastanın yaşadığı alan veya çevresinden kaynaklı olarak ise bakım verilecek eve ulaşımın zor olması, ev ortamının tedavi ve bakım için uygun olmaması, hava koşulları ile mücadele, güvenlik açısından yaşanan zorluklar arasında sayılabilir.

Hemşirelerin ziyaret gerçekleştirirken karşılaştığı güçlükleri tablo halinde görelim:

Tablo 2.4. Evde Bakım Hizmetlerinde Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlükler (Kalanlar, 2019)

Evde Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlükler	
Hasta ve ailesinden kaynaklanan güçlükler	<ul style="list-style-type: none">• Tedavilerini kendi düşünceleri doğrultusunda değiştirmeleri,• Beslenme rejimlerine uymamaları,• Evde bakım hemşiresinin hasta için yaptığı plana karşı direnç gösterilmesi,• Hemşire tarafından sağlanan bilginin yanlış kullanımı,• Hasta ve ailesinin yaptığı hataların sorumluluğu,• Aile fertlerinin hasta ile birlikte olmasının yarattığı gerginlik,• Öğrenebilme yetenekleri,• Var olan sağlık durumları ile ilgili bilgi düzeyleri,• Bakıma katılma yetenekleri ve işbirliği,• İletişim becerileri,• Bakım gereksinimlerinin düzeyi,• Hasta ve ailesinin sağlık personelinde beklentisinin sağlık personeli rolü ile uyuşmaması,
Hemşirelerden kaynaklanan güçlükler	<ul style="list-style-type: none">• Hasta ve ailesi ile profesyonel iletişim kuramama,• Evde kullanılan ekipmanlar hakkında bilgi ve deneyim eksikliği,• Multidisipliner ekip çalışmasının olmaması,• Tedavi ve bakımın düzenlenmesinde güçlük yaşanması,• Evde bakım ile ilgili eğitim veya deneyim eksikliği,• Hemşirenin kendini yeterli hissetmeme durumu,• Etkili iletişim kuramama,
Kurumun özelliklerine bağlı güçlükler	<ul style="list-style-type: none">• Evde bakım ile ilgili finansman eksikliği,• Yazılı iş tanımının yeterli olmayışı,• Ekip çalışma anlayışının yerleşmemiş olması,• Malzeme temini konusunda yetersizlikler,• Hizmet içi eğitim yetersizliği,• Olumsuz geri bildirimler,
Yaşanan çevrenin özelliklerine bağlı güçlükler	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yaşadığı yere ulaşım zorluğu,• Hava koşulları ile mücadele zorunluluğu,• Trafik sorunu,• Konutun fiziki ortamı,• Hastanın odasının özellikleri (ışık, ses vb.),• Konutun iç ve dış güvenliğine bağlı personel güvenliği riski.

2.12. Evde Bakım Hizmetlerinde Ev Ziyareti Uygulaması

Evde bakım hizmetlerinin temelinde ev ziyareti uygulamaları yer almaktadır. Bireyin, ailesinin ve yaşadığı çevresinin bir bütün olarak ele alınıp ihtiyaçları belirlenir. Bu ihtiyaçlar doğrultusunda çeşitli ev ziyaretleri yapılmaktadır.

Rutin ev ziyaretleri, kontrol ziyaretleri, doktor ziyaretleri, denetleyici ziyaret, taburculuk ziyareti çeşitleri arasında sayılabilir.

Ev ziyareti aşamaları temel olarak ziyaret öncesi hazırlık, ziyaretin uygulanması ve ev ziyareti sonrası faaliyetler olarak tanımlanabilir. Evde bakım ziyaretlerinin her aşaması planlı, düzenli ve ekip üyeleri ile koordineli bir şekilde yürütülmelidir. Ev ziyareti aşamaları ve bu aşamalarda uygulanan faaliyetler tabloda özetlenmiştir.

Tablo 2.5. Ev Ziyareti Aşamaları ve Aktiviteleri (Aktaş, 2019).

Aşama	Aktivite
Ev Ziyareti Öncesi Hazırlık	Başlangıç Aşaması: Ziyaret için başvuru kabulü Ev ziyaretinin amacını oluşturma Ev ziyaretinin gerekçesi ve amacı hakkında hasta veya ailesiyle bilgi paylaşma
	Ziyaret Öncesi Aşama: Yönlendirilen kişinin öyküsünü inceleme Hasta-aile ile ziyaret amacını paylaşma Kişi ve ailesinin onamını alma Ev ziyareti planı yapma, hasta veya ailesine bilgi verme
Ev Ziyareti Uygulama	Ev Aşaması: Kişisel ve mesleki kimliği tanıtmak İlişki kurmak için sosyal olarak etkileşimde bulunma Hemşire-hasta ilişkisi kurma Hemşirelik sürecinin uygulanması
	Sonlandırma Aşaması: Aile ve hasta ile ziyareti değerlendirme Ziyaretin amaca ulaşıp ulaşılmadığını belirleme Gelecek ziyaretleri planlama
Ev Ziyareti Sonrası Faaliyetler	Ziyaret Sonrası Aşama: Ziyaretteki tüm verilerin kaydedilmesi Bir sonraki ziyareti planlama

2.12.1. Ev Ziyareti Öncesi Hazırlık

Hastanın bilgileri, adresi, geçmiş tıbbi öyküsü, bakım gereksinimi kuruma başvuru esnasında kayıt edilerek başvuru yapan kişi listesine düşmektedir. Yönlendirilen hastanın geçmiş tıbbi öyküsü, adres bilgileri, telefon bilgisi, başvuru amacını içeren kayıt formu ziyaret öncesi sağlık personeli tarafından incelenmelidir. Ziyaret planı yapılırken hastanın tıbbi tanısının ne olduğu, hangi hizmete ihtiyacı olduğu, uygulanacak bakımın tarihi ve ailenin/hastanın kabulü üzerine iletişime geçilerek bilgi verilmektedir.

İletişim genellikle telefon üzerinden arama ile gerçekleştirilmektedir. Evde bakım hemşiresi; ziyaret öncesinde hasta veya ailesi ile kurduğu sözel iletişimde hastanın genel durumu hakkında bilgi alabilir, aciliyet durumunu belirleyebilir ve bu sayede ziyaret planı sıralamasını oluşturabilmektedir.

Ziyaret planlanırken hastanın evde olduğu gün bilgisi mutlaka teyit edilmelidir. Bazı durumlarda hasta, hastanede olabilir. Bazı durumlarda ise immobil hastaların yakınları evde olmayabilir. Dolayısıyla zaman kaybı yaşanabilir, bütçe harcamaları artabilir, hizmet planı aksayabilir.

Hasta ve yakını ile iletişime geçildikten sonra bakım gereksinimlerine göre malzemeler, araç içi düzeni, hasta dosyasının formları hemşire tarafından hazırlanmaktadır. Evde bakım hemşiresinin çanta içerisinde bulunması gereken genel malzemeler şu şekilde sıralanabilir:

- Alkol içerikli el dezenfektanı
- Kesici-delici atık kutusu
- Vital ölçüm aletleri (tansiyon aleti, ateş ölçer, pulsoksimetre)
- Steril gazlı bez (çeşitli boylarda)
- Sargı bezi
- Sabitleyici bant, flaster
- Pansuman için çeşitli pomadlar
- Alkollü mendil
- Enjektör bandı
- Makas
- İzotonik
- Enjektör (5 cc, 10 cc, 20 cc vb.)
- Enjektör ucu
- İntraket (sarı,mavi, pembe vb.)
- Steril-non steril eldiven
- Antiseptik solüsyon
- Stapler sökücü

- İdrar sondası (foley veya slikon)
- İdrar torbası
- Steril Kayganlaştırıcı Jel
- Glukometre
- Şeker ölçüm stripleri
- Tek kullanımlık maske
- Tek kullanımlık muayene örtüsü
- Tek kullanımlık koruyucu önlük
- Koruyucu gözlük
- Bisturi
- Steteskop
- Dil baskılayıcı
- Atık poşeti
- Basit kan testleri yapmak için gerekli malzemeler (kapiller tüp)
- Basit plastik veya kağıttan oluşturulmuş metre
- Eğitim verilmek üzere ziyaret gerçekleştiriliyorsa eğitim materyalleri

Gün içerisinde ziyaret planlanan hastaların isimleri, adresteki ilçeleri, o günün tarihi de yazılarak kurum içerisindeki sorumlu hemşireye verilmektedir. Böylelikle sağlık personelinin o gün hangi hastalara ve hangi adrese gittiği kayıt altına alınmış olur.

2.12.2. Ev Ziyaretini Uygulama

Ev ziyaretinde eve girilmeden yapılacak ilk şey mutlaka personel kimliği gösterilerek kişinin kendisini tanıtmasıdır. Hangi kurumdan geldiğinin bilgisini de bu esnada vermelidir. Uygulamaya başlanmadan önce hangi amaçlı ziyaret gerçekleştirildiği açıklanmalıdır.

Bilinci açık hastada kendisinden, değil ise yakınlarından yapılacak işlem hakkında aydınlatılmış onam formu imzalatılmaktadır.

Uygulama aşamasında kapsamlı bir şekilde veriler toplanmalıdır. Bireyin ihtiyaçlarını belirlerken aynı zamanda ailesinin ihtiyaçları da belirlenmelidir. Bireye bu sayede çevresi ile bütüncül bakım verilme olanağı sağlanmış olur.

Kişiler başvuru esnasında bütün ihtiyaçlarını dile getirmemiş olabilir: Telefonda iletişim kurarken çekinmiş olabilir, fazla talep karşısında reddedilme korkusu olabilir, bütün gereksinimleri aklında tutamamış olabilir, hizmet verilen alanları tanımıyor olabilir. Bu sebeple, ziyaret esnasında kişinin tek ihtiyaç alanına odaklanmak doğru olmayacaktır. İnsan vücudunun tüm sistemleri hakkında veriler toplanmalıdır. Devamında çevresi, yaşadığı alan ve ailesinin gereksinimleri de raporlanmalıdır.

Verileri toplarken gözlemlerden, görüşmelerden ve muayene yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Hastanın ifade ettiği sözel kelimeler ve sözsüz davranışları gözlemlenmektedir. Hasta ile görüşme esnasında oda yeteri kadar aydınlatılmış, havalandırılmış, dikkatini dağıtan faktörler minimize edilmiş olmalıdır. Aynı zamanda görüşülen kişi telaşsız, sakin ve ağrısız durumda iken görüşmeler yapılarak raporlanmalıdır. İnceleme, palpasyon, perküsyon, oskültasyon gibi muayene yöntemlerinden yararlanılmaktadır.

Veri toplarken kişinin önceliklerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. İnsan hayatını olumsuz etkileyen, birey ve ailesi için bir an önce çözüme kavuşması gereken problemlere öncelik verilmelidir. Hastanın birden fazla ihtiyacı olabilir. Öncelikleri belirlerken hastanın görüşleri de alınmalıdır. Dolayısıyla hasta için önemli olduğunu düşündüğümüz gereksinim kişi için öncelikli olmayabilir. Gereksinimlerin belirlenip değerlendirildiği, problemlerin sınıflandırıldığı ve uygulanabilir bakım planı süreci böylelikle başlamış olmaktadır.

Uygulama aşamasında öncelik sırası belirlenmiş olan gereksinimleri karşılanmaya yönelik bakım planı uygulanmaktadır. Planlanan girişim sırasında değişiklik söz konusu olduğunda evde bakım hemşiresi durumu yönetmek ile sorumludur.

İşlem sonrası hasta veya yakınına yapılan işlemler hakkında özet geçilebilir. Yanı sıra belirli konularda eğitim verilmelidir. Eğitim sonrası "Anlattıklarımı anladınız mı?" şeklinde soru yöneltilmemelidir. Kişi anlamamış olsa dahi mahcup olmamak adına veya anlamadığını söylemeye çekinebileceğinden o esnada anladığını ifade edebilir. Burada yapılması gereken "Anlattıklarımı tekrar edebilir misiniz, anladığınızı gösterebilir misiniz?" şeklinde anlatılan ile anlaşılan durum arasında farklılık olup olmadığı gözlemlenmelidir. Ziyaret planı uygulandıktan sonra bir sonraki ziyaretin ne zaman olacağı hakkında hasta ve ailesi ile karar verilmelidir.

İlk hasta ziyareti uygulaması rutin olarak bakım alan hastalara göre verilen hizmet süresi daha uzun olabilmektedir. Ziyaret süresi hastanın ve ailesinin gereksinimlerine bağlı, bilgi beceri durumuna bağlı, hastanın genel durumuna bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir.

2.12.3. Ev Ziyareti Sonrası Uygulamalar

Yapılan işlemler (yara bakımı, enjeksiyon, kan alımı, intravenöz uygulama, postoperatif bakım, eğitim vb.) tarih, saat eşliğinde hastanın dosyasına rapor edilmekte ve elektronik kayıt sistemi üzerinden giriş yapılmaktadır.

Hastanın genel durumuna göre ve yakınları ile birlikte belirlenen tarihe göre ziyaret gün bilgisi verilerek bir sonraki ev ziyareti planı yapılmaktadır.

Hastanın tedavisi ile ilgili değişiklik yapılması durumunda sağlık birimindeki doktor direktif formuna göre yapılan değişiklik bilgisi hasta veya yakınına telefon ile iletişime geçilerek verilmelidir.

2.13. Evde Bakım Hizmetlerinde Hemşirelik Bakım Süreci

Sağlık profesyonelleri içerisinde büyük bir kitleyi oluşturan hemşireler, bakıma bi-

limsel ve planlı yaklaşım içeren hemşirelik sürecini; bakım öncesi, sırası ve sonrasında kullanmaktadır. Hemşirelik süreci, hemşirenin bilimsel düşünme kriterlerini içine alan problem çözme yaklaşımıdır (Biro,2007). Bakım sürecinde amaç, sağlıklı/hasta kişinin ailesi ile birlikte bir bütün olarak ele alınarak her türlü ihtiyacını gidermektir. Hemşirelik bakım süreci, bireyin ve ailesinin mevcut veya olası gereksinimlerini belirlemek, bu gereksinimlerini kişiye özel olarak öncelik sırasına koymak, sıralanmış gereksinimlerin planlanması, planlanan girişimlerin uygulanması ve değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir. Hemşirelik bakım süreci, hemşirelik yapılan her alanda uygulanmaktadır. Sadece hastane, klinik ortamında değil, evde verilen bakım hizmetlerinde de uygulanmaktadır (Seçginli ve Yaş, 2019).

Hemşirelik süreci veri toplama, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. Bu süreçte hemşire, kritik düşünme becerisini kullanmaktadır. Hemşirelik sürecinin kişiye, ailesine, bakıma ve sağlık personeline birden fazla yararı sayılabilir (Kaya, 2010). Bunlar:

- Bakımı sistematik ve profesyonel bir şekilde vermek,
- Bilimsel yaklaşım sergilemeyi sağlamak,
- Bakımın kalitesini arttırmak,
- Birey ve ailenin sağlığını korumak, geliştirmek veya iyileştirmek,
- Sağlıklı/hasta bireye, ailesine çevresi ile birlikte bütüncül yaklaşımı sağlamak,
- Hemşireye kritik düşünme becerileri kazandırmak,
- Hemşirelik bakımında, hemşirenin bağımsız rollerini arttırmak, otonomi yeteneğini kullanmasını sağlamak,
- Hemşirenin yaptığı bakımın görünürlüğünü sağlamak,
- Hemşirenin bilimsel yaklaşımını arttırmak, profesyonelleşmesini sağlamak,
- Yasal olan ve etik yazılı doküman elde etmek,
- Araştırmalar için yazılı kaynak elde etmek,
- Diğer sağlık profesyonel ekip üyeleri arasındaki iletişimi ve koordinasyonunu kolaylaştırmak,
- Karışıklığı ortadan kaldırmak,
- Elektronik tıbbi kayıt sisteminin gelişmesine yardımcı olmak,
- Öğrenci hemşirelere klinik karar verme öğretilmesine yardımcı olmak, sayılabilir.

2.13.1. Verilerin Toplanması

Hemşire, bakım verme aşamasından önce hasta veya sağlıklı bireyi tanımakla işe başlar. Hasta/sağlıklı bireyin, ailenin ve çevresinin mevcut veya olası problemleri/gereksinimleri kapsamlı ve eksiksiz olarak belirlenmelidir. Veri toplarken karşımıza iki türlü tanım çıkmaktadır:

Objektif veri; profesyonel sağlık ekibi üyelerinin ölçüm, gözlem laboratuvar sonuçları ve fizik muayene yoluyla topladıkları verilerdir. Örneğin kan basıncı, bası yarası, nabız sayısı, akciğer sesleri gibi.

Subjektif veri; hasta/sağlıklı bireyin, ailesinin sözel olarak ifade ettikleridir. “Bütün gece öksürmekten uyuyamadım, göğüs ağrım var, hastam dün sürekli bağırdı.” gibi ifadeler subjektif veriye örnek verilebilir.

Veri toplarken görüşme, gözlem ve fizik muayene yöntemlerine başvurulmaktadır:

Görüşme; kişinin adres bilgileri, tanısı, genel durumu, evde bakıma ihtiyaç duyduğu alan bilgileri telefonla görüşülerek ön bilgi şeklinde alınmaktadır. Hizmet başladığında ise, ev ortamında kullandığı ilaçlar, beslenme ve dışkılama alışkanlığı, sıvı tüketim miktarı, kronik hastalıkları, psikolojik durumu, mevcut ve olası gereksinimleri, evde bakıma başvurma sebebi bilgileri toplanmakta ve kaydedilmektedir. Genellikle hizmet götürülen kişi veya ailesinden bu bilgiler alınmaktadır. Görüşme esnasında hemşire, iyi bir dinleyici olmalı, araştırmacı, sorgulayıcı olmalı ve terapötik iletişim becerilerini etkili bir şekilde kullanabilmelidir. Durum değerlendirmesi yaparken kişilerin sakin olmasına, çevrenin iyi aydınlatılmış, havalandırılmış olmasına ve dikkati dağıtan dış faktörlerin minimize edilmesine dikkat edilmelidir.

Görüşme esnasında kişi veya ailesinden alınabilecek veriler aşağıda sıralanmıştır:

- Bakım gereksinimi kişinin tanısı
- Kişinin kronik hastalık varlığı
- Beslenme alışkanlıkları, nutrisyonel değerlendirme
- Boşaltım alışkanlıkları
- Vital bulguları
- Kullandığı ilaçlar
- Solunum sistemi kontrolü
- Dolaşım sistemi kontrolü
- Mental yeterlilik durum değerlendirme
- Psikolojik, ruhsal durum değerlendirme
- Geçmişte geçirdiği operasyon varlığı
- Kişinin boy ve kilosu
- Son altı ay içerisinde toplu kilo kaybı olup olmadığı
- Düşme riski değerlendirilmesi
- Bakım gereksinimi olan kişinin bası yarası oluşma riski açısından değerlendirilmesi
- Hane içerisinde kimlerin yaşadığı
- Hane içinde yaşayan kişilerin birbirleri ile olan iletişimi
- Bakım gereksinimi olan kişiye ailenin ilgisi
- Hasta olan kişinin hastalığı kabullenışı
- Hane içi ve dışı şartları
- Sosyoekonomik durum değerlendirilmesi

- Hane temizliği, kişisel temizlik gereksinimi
- Kişilerin güvenlik durumu
- Hizmet verilecek kişi yatağa bağımlı ise hasta yatağının varlığı
- Hizmet verilecek kişi yarı bağımlı ise kullanılan yardımcı araç gereç varlığı
- Mevcut gereksinimlerin yanında olası gereksinimler
- Hasta/sağlıklı kişinin sözel olarak ifade ettikleri, sayılabilir.

Görüşme sonrasında toplanan veriler protokole uygun biçimde hasta dosyasına ve elektronik sistem üzerine kayıt edilmektedir.

Gözlem; hasta/sağlıklı bireyin evindeki tüm şartlar kontrol edilmektedir. Aydınlatmadan havalandırmaya, hane içindeki iletişimden, hastanın genel durumuna kadar bütüncül bir yaklaşım ile gözlemlenmektedir. Bireyin sadece fiziksel durumu değil sosyal, psikolojik ve biyolojik alanlarda da gözlem yapılmaktadır. Hanenin sosyoekonomik durumu göz ardı edilmemelidir. Her bireyin sağlıklı yaşama ve mümkün olan en iyi şartlarda bakım alma hakkı göz önüne alınarak gereksinimler doğru ve eksiksiz olarak belirlenmelidir. Gerektiği takdirde ilgili birimlerle iletişim ve koordinasyon sağlanarak ihtiyaçlar karşılanabilmektedir.

Fizik Muayene; kişinin öyküsü alınırken birtakım sübjektif veriler elde edilmektedir. Bu verilerin geçerliliğini sağlamak ve objektif veriler elde etmek için bireyin fizik muayenesine başvurulmaktadır.

Bu süreç içerisinde inspeksiyon (gözle muayene), palpasyon (el ile muayene), perküsyon (parmaklarla vurarak muayene), oskültasyon (steteskop ile muayene) yöntemleri kullanılmaktadır. Evde bakım sürecinde objektif verilerin alınması sırasında tansiyon aleti, pulse oksimetre, ateş ölçer ve steteskop aletlerinin kullanıldığı söylenebilir (Biral, 2007; Humphrey ve Milone-Nuzzo, 1996).

Gözlem, görüşme ve fizik muayene sonucunda elde edilen veriler organize edilerek sınıflandırılmaktadır. Aynı zamanda veriler doğrulanmaktadır. Çeşitli sebeplerle yanlış ölçüm yapılmış olabilir, değerler normalden sapabilir. Bu tür durumlarda ölçümler yenilenerek doğrulanmalıdır. Örneğin kişi yürüdükten hemen sonra tansiyon ölçüldüğünde yüksek çıkabilir veya sıcak yiyecek-içecek almış olan kişinin oral yoldan ateş ölçümü sonucu değer yüksek çıkabilir. Veri sonuçlarının bu şekilde kayıt edilmesi tanılama sürecinde yanılmaya neden olabilir. Bu nedenle veriler şartlar değiştirilerek, farklı bölgelerden, farklı zamanlarda alınarak doğrulanmalıdır.

2.13.2. Tanılama

Birey/ailenin mevcut veya olası problemlerine ve yaşam süreçlerine yönelik yanıtları hakkında hemşirenin profesyonel olarak verdiği klinik karardır.

Hemşirelik tanısı hemşirenin hedeflenen sonuçlara ulaşmasında önemli bir yoldur. Veriler eşliğinde kişinin mevcut veya risk olarak görülen problemleri kişiye özel öncelik sırasına konulmalıdır. Kişinin birden fazla ihtiyaç belirlenebilir. Görüş bilgisi alınarak öncelik verilen ihtiyaç doğrultusunda tanılama süreci başlatılmalıdır. Hemşire tarafından belirlenen tanılar çeşitli olarak farklılık göstermektedir.

Tanı Çeşitleri:

Gerçek-Mevcut Tanı: Kişide problemin, semptomun, belirti, bulgunun ve etyolojinin var olduğu tanı çeşididir. Örneğin akut ağrı, konstipasyon, anksiyete vb.

Risk Tanı: Kişide problemin var olmadığı ancak risk faktörlerinin olduğu ve gerekli önlemler alınmazsa mevcut tanıya dönüşebilecek olan tanıdır. Örneğin; mesane sondası takılan hastada enfeksiyon belirti ve bulgularının olmaması durumunu ele alacak olursak ‘Enfeksiyon Riski’ tanısı konulabilir. Vücut içerisine dışarıdan yabancı bir madde yerleştirilmesi enfeksiyon riski tanısını karşımıza çıkarmaktadır. Perine bölgesi temizliği yapılmadığı, idrar torba değişimi yapılmadığı ve sıvı miktarı kısıtlandığı takdirde enfeksiyon gelişme durumu kaçınılmaz olacak, tanı mevcut olan ‘Enfeksiyon’ tanısına dönüşecektir.

İyilik Tanı: Hasta/sağlıklı bireye var olan sağlık/iyilik düzeyini koruma ve geliştirme için kullanılan tanılardır. Örneğin ‘Manevi İyiliği Arttırmak İçin İsteklilik’.

Olası Tanı: Kişideki sağlık problemi kanıtlanamayan veya tanımlanmayan tanılardır. Genellikle etyolojisi belli değildir. Örneğin yalnız yaşayan bir kişi ameliyat olmak için hastaneye yatırılmıştır. Buradaki sağlık personelinin ilgisi, tanı ve tedavi için hasta ile iletişime geçmeleri kişiye iyi gelmiş, taburcu edileceği esnada taburcu olmak istemediğini dile getirmiştir. Sağlık personelinin ilgisi ile bir bağ kurulmuştur. Normal şartlarda insanlar hastanede kalmaktan hoşlanmaz ve kısa süre içinde taburcu olmak isterken, örnekteki kişi hastaneden ayrılmak istememektedir. Burada ‘Etyolojisi Belli Olmayan Olası Sosyal İzolasyon’ tanısı konulabilir.

Sendrom Tanısı: Diğer tanı çeşitlerinin sınıflandırılarak birleşmesiyle oluşturulan tanıdır. NANDA’da sendrom tanısına örnek olarak ‘Kullanılmama Sendromu’ tanısı uzun süreli yatağa bağımlı hastalar için konulabilecek bir tanıdır (Türgay, 2013).

Hemşirelik bakım sürecinde çeşitli alanlarda görev yapan hemşireler, uzun yıllardır birden fazla tanılama araçları kullanmaktadırlar. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği Sınıflaması (NANDA-North American Nursing Diagnosis Association), OMA-HA sistemi, Klinik Bakım Sınıflama Sistemi (CCC-Clinical Care Classification), Evde Sağlık Sonuç ve Değerlendirme Bilgi Seti (OASIS) tanılama sistemlerinden birkaçıdır (Seçginli ve Yaş, 2019).

A) Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği Sınıflaması (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA)

Evde bakımda sağlıklı/hasta birey ve ailenin problemlerinin uygun girişimlerin seçilerek çözüme kavuşmasını sağlamak amacıyla tanılama sistemi olarak kullanılan hemşirelik sınıflandırma sistemlerindedir (Seçginli ve Yaş, 2019).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA/American Nurses Association) tarafından Hemşirelik Uygulama Standartları belirlenmiştir. Bu standartlar hemşirelik bakım sürecini; tanılama, hemşirelik tanısı, planlama, uygulama, değerlendirme olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda hemşirelik bakım süreci, hemşirelik uygulamalarına rehberlik etmiştir (Erer ve ark., 2017).

1973 yılında Seat Louis Üniversitesi'nden Mary Ann Levin ve Kristine Gebbie tarafından hemşirelik terminolojisine duyulan ihtiyaçların artması ile birlikte, hemşirelik sınıflandırma sisteminin temeli atılmıştır (Seçginli ve Yaş, 2019).

NANDA Hemşirelik Tanıları Terminolojisi 1982 yılında oluşturulmuştur. 1992 yılında ise NANDA uluslararası ismini almıştır. Gün geçtikçe geliştirilmiş, hemşirelik bakım süreci dahiliye, kadın doğum, genel cerrahi gibi alanlara göre sınıflandırılmıştır. Sadece hasta bireyler üzerinde durulmamış, koruyucu sağlık hizmetleri ile halk sağlığı alanında da hemşirelik yaklaşımlarına yer verilmiştir.

1997 yılında hemşirelik tanılarının değerlendirme sonuçlarının sınıflandırılması (NOC), hemşirelik bakım girişimlerinin sınıflandırılması (NIC) olarak NANDA tarafından sınıflandırma çeşitliliği yapılmıştır. NANDA'ya göre hemşirelik bakım süreci basamakları ise; tanılama, hemşirelik tanısı, NOC (hastada beklenen sonuçların sınıflandırılması), planlama (NIC: Hemşirelik bakım girişimleri bu aşamanın içinde), uygulama, değerlendirme şeklindedir. (Erer ve ark., 2017).

NANDA Hemşirelik Tanılarını; mevcut/gerçek, sağlığı geliştirme, potansiyel, sendrom, risk tanı olarak çeşitlendirmiştir. Hemşirelik tanıları içerisinde belirti/bulgular, etyolojik faktörler, tanımlayıcı özellikler yer almaktadır. Ayırt edici olarak risk tanılarında belirti bulgu yer almamaktadır.

B) OMAHA Sistemi

Omaha sistemi 1975 yılında Kuzey Amerika Ziyaretçi Hemşireler Birliği tarafından geliştirilmiş olup, sağlık bakım kalitesini değerlendirme ihtiyacı karşılanmaya çalışılmıştır (İskender ve Kaplan, 2019).

Omaha sisteminin geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş olup, 1992 yılında yayınlanmıştır (Martin 2005; İskender ve Kaplan, 2019).

Omaha sisteminin amacı; mevcut hemşirelik bakım sistemini, geliştirmek ve sistem uygulamalarını dokümente etmektir (İskender ve Kaplan, 2019).

Omaha sisteminin yararlarını sıralayacak olursak;

- Hemşirelik uygulamalarında öğrencilere ve diğer sağlık ekiplerine yönelik, kişilerin problemlerinin belirlenmesi, kategorize edilerek sınıflandırılması ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesini görünür kılar.
- Kişilerin mevcut veya olası problemlerinin tanılanmasında yardımcı olur.
- Tanılamaya yönelik kişiye uygun girişimlerin gerçekleştirilmesine ve değerlendirilmesine olanak sağlar.
- Kişiye yönelik sağlık bakım uygulamalarının gelişmesini sağlar.
- Sağlık ekibi üyelerinin birbiri ile iletişimini kolaylaştırır (Martin, 2005)

Hemşirelik süreci ile uyumlu olan Omaha Sistemi üç bölümden oluşmaktadır: Problem Sınıflama Sistemi, Problem Değerlendirme Ölçeği, Girişim Şeması.

1.Problem Sınıflama Sistemi: Problem sınıflama sistemi içerisinde bilgiler aşağıda sıralanmıştır:

- Problem Alanları (Çevresel, Fizyolojik, Psikososyal, Sağlık Davranışları Alanı)
- Tanılar/Problemler (42 adet)
- Problem çeşitleri (Aktüel, Potansiyel, Sağlığı Geliştirme) ve her problemin kapsamı (birey, aile, toplum) (Seçginli ve Yaş 2019).

Her bir probleme ait belirti bulgular da Omaha Sistemi'nde yer almaktadır (Öztürk, 2011).

Tablo 2.6. Omaha Sistemi (Öztürk, 2011)

OMAHA SİSTEMİ		
1.PROBLEM SINIFLAMA LİSTESİ (PSL)	2.PROBLEM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PDÖ)	3.HEMŞİRELİK GİRİŞİM ŞEMASI (HGŞ)
Tanılama Alanları	5 puanlık Likert tipi bir ölçektir.	Hemşirelik Girişim Kategorileri
-Çevresel	Problem;	-Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık (ERD)
-Psikososyal	-Bilgi	-Tedavi İşlem (Tİ)
-Fizyolojik	-Davranış	-Vaka Yönetimi (VY)
-Sağlık Davranışları	-Durum boyutlarına göre değerlendirilir.	-Sürveyans (SV)
Problemler		Hedefler (76 hedef) bireye özel girişimler
42 adet hemşirelik tanısı		
Değiştiriciler		
-Sağlığı Geliştirme		
-Potansiyel problem		
-Aktüel problem		
-Birey, aile veya toplum		

Tablo 2.7. Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi Tanılama Alanları (Seçginli ve Yaş, 2019)

ÇEVRESEL ALAN	PSİKOSOSYAL ALAN	FİZYOLOJİK ALAN	SAĞLIK DAVRANIŞLARI ALANI
Yaşam alanı, mahalle ve toplumu kapsayan fiziksel çevresel kaynaklar <ul style="list-style-type: none"> • Gelir • Sanitasyon • Konut • Yaşanılan Mahalle/İş Yeri Güvenliği 	Davranış biçimi, duygu, iletişim, ilişkiler ve gelişimsel özellikler <ul style="list-style-type: none"> • Toplum kaynakları ile iletişim • Sosyal etkileşim • Rol değişimi • Kişilerarası iletişim • Maneviyat • Yas • Ruh sağlığı • Cinsellik • Bakım verme/ebeveynlik • İhmal, istismar 	Yaşamın sürekliliğini sağlayan vücut fonksiyonları <ul style="list-style-type: none"> • İşitme, görme, konuşma • Ağız sağlığı • Bilinç • Deri • Solunum • Dolaşım • Sinir, kas-iskelet fonksiyonu • Bağırsak fonksiyonu • Üriner, Üreme fonksiyon 	Hastalık risklerini azaltma, iyileşme durumunu geliştirme davranışlar <ul style="list-style-type: none"> • Beslenme • Uyku düzeni • Fiziksel aktivite • Kişisel bakım • Madde kullanımı • Aile planlaması • Sağlık bakım denetimi

2. Problem Değerlendirme Ölçeği: Ölçek 5’li likert bir yapı ile değerlendirilmektedir. Tanımlanmış her bir problem bilgi, davranış ve durum olmak üzere üç parametre üzerinde ele alınmaktadır (Seçginli ve Yaş, 2019). Ölçek; problemleri karşılaştırmayı, problemin şiddetini, problemin önem ve önceliğini belirlemeyi, verilen bakımın sonuçlarını ve bakımın kalitesini değerlendirmeyi sağlarken bunların yanında, maliyet analizi yapmayı da sağlamaktadır (Erdoğan ve ark., 2005; Öztürk, 2019).

Tablo 2.8. Problem Değerlendirme Ölçeği (Öztürk, 2019)

Kavram	1	2	3	4	5
Bilgi Bireyin bilgiyi hatırlama ve yorumlama yeteneği	Bilgisi yok	Çok az	Temel düzeyde	Yeterli düzeyde	Üst düzeyde
Davranış Bireyde gözlenebilen yanıtlar, harekete dönüşen aktiviteler	Uygun Değişil	N a d i r e n Uygun	Tutarsız	Genellikle uygun	Her zaman uygun
Durum Bireyin objektif/sübjektif bulgularına dayandırılan durumu	Çok ciddi	Ciddi	Orta düzeyde	Çok az düzeyde	Yok

3. Girişim Şeması: Sağlık bakım sürecine yönelik kişilerin sağlık problemlerine ilişkin kişiye özgü planlama ve uygulama aşamasıdır (Seçginli ve Yaş, 2019). Girişimler dört bölümden oluşur:

-Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık (ERD)

-Tedavi İşlem (Tİ)

-Vaka Yönetimi (VY)

-Sürveyans (SV).

Kişinin problemine ilişkin girişim alanı seçilir, girişim şeması içerisinde bulunan toplam 76 hedef içerisinde uygun olanlar seçilerek bireye özgü planlama ve uygulama aşamasına geçilmektedir (Erdoğan ve ark., 2005).

Omaha sistemi, Türkiye’de ilk başlarda halk sağlığı, okul sağlığı, evde bakım, toplum sağlığı merkezlerinde uygulanmaktaydı. Ancak günümüzde multidisipliner bir şekilde bakım uygulamalarında yer almaktadır (İskender ve Kaplan, 2019).

C) Klinik Bakım Sınıflama Sistemi (CCC-Clinical Care Classification)

Virginia Saba ile Georgetown Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu araştırma ekibi üyeleri tarafından Klinik Bakım Sınıflama Sistemi, 1988-1991 yılları arasında evde bakım uygulamalarında kullanılması amacıyla geliştirilmiştir (Seçginli ve Yaş, 2019).

Sistemin içeriğinde hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri olmak üzere 2 standart sınıflama yer almaktadır.

CCC Sistemi Portekizce, Slovence, Almanca, Korece, İspanyolca, Norveççe, Türkçe ve Farsçaya çevirisi yapılmıştır (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu, 2012).

Klinik Bakım Sınıflama Sistemi, ilk zamanlar Evde Sağlık Bakımı Sınıflaması (Home Health Care Classification-HHCC) sistemi olarak geliştirilmiştir. Sistemin asıl amacı; evde bakım uygulama standartlarını geliştirmek, bakım sonuçlarını değerlendirmektir. Sistem içerisinde 20 bakım ögesi oluşturulmuştur (İskender ve Kaplan, 2019). Günümüzde bu bakım ögelerine bir tane daha eklenerek Klinik Bakım Sınıflama Sistemi adını almış ve toplam 21 bakım ögesi tarafından sınıflandırılmaktadır (Seçginli ve Yaş, 2019). 21 bakım ögesi, (A)’dan (U)’ya kadar alfabetik olarak sistem içerisinde sıralanmaktadır (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu, 2012).

CCC sisteminde her bir hemşirelik girişimi ve hemşirelik tanıları elektronik kayıt sistemi içerisinde bir kod ile gösterilmektedir. Sistem içerisinde toplam 21 bakım ögesi, 182 hemşirelik tanısı, 198 hemşirelik girişimleri, 3 beklenen sonuçlar yer almaktadır (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu, 2012).

Sistem toplamda dört aşamadan oluşmaktadır:

1. Bakım alanları (Sağlık davranışları, fonksiyonel durum, fizyolojik durum, psikolojik durum)

2. Bakım Öğeleri (Klinik bakım sınıflama sistemi hemşirelik tanıları, Klinik bakım sınıflama hemşirelik girişimleri)

3.Hemşirelik tanıları ve hemşirelik girişimleri

4.Hemşirelik sonuçları, eylem tipleri (Harris,2005; Seçginli ve Yaş, 2019).

Tablo 2.9. Hemşirelik Süreci ve CCC Sistem (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu, 2012)

Sorunları Değerlendirme	21 adet Bakım Ögesi
Tanılama	182 Hemşirelik Tanısı
Sonucu Tahmin Etme	3 Beklenen Sonuç
Planlama	198 Hemşirelik Girişimi
Uygulama	4 Eylem Tipi
Değerlendirme	3 Gerçekleşen Sonuç

Hemşirelik tanıları kişi ve ailesinin gereksinimlerine yönelik seçilerek uygulamaya konmaktadır. CCC sisteminde hemşirelik tanıları 59 ana kategori, 123 alt kategori olmak üzere toplamda 182 adet hemşirelik tanısı yer almaktadır (Harris, 2005; Korkmaz Aslan ve Emiroğlu, 2012).

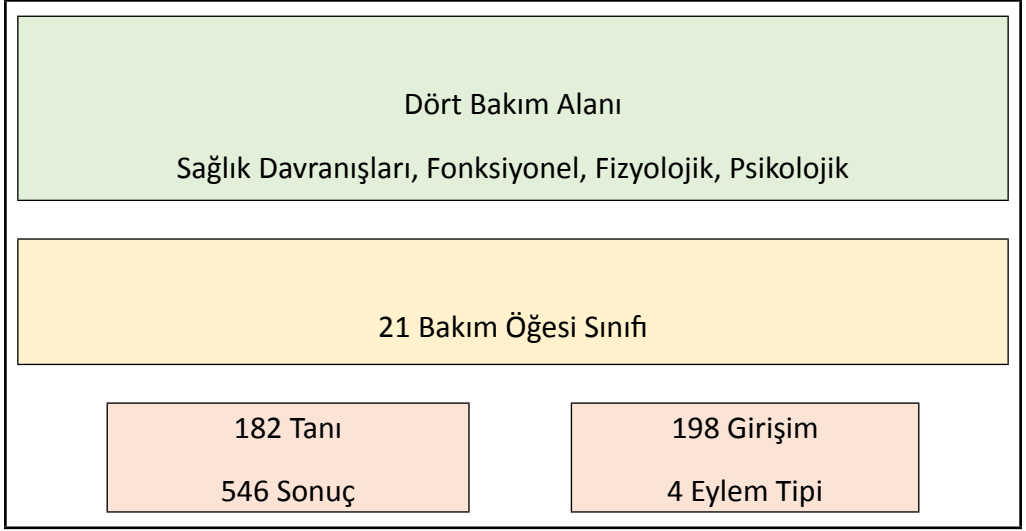
CCC sistem içerisinde hemşirelik tanılarına örnek olarak; “A01 Aktivitede Değişim”, “C05 Kalp Atımında Değişim”, “E11.1 Ailenin Fedakârlığa Dayalı Baş Etmesi”, “A01.6. Uyku Düzeninde Bozulma”, “J24.3. Bedenin Beslenmesinde Fazlalık ‘’, ‘R46 Deri Bütünlüğünde Değişim” verilebilir (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu, 2012; Seçginli ve Yaş, 2019).

Klinik bakım sınıflama sistemi içindeki hemşirelik girişimleri; 72’si ana kategori, 126’sı alt kategori olarak toplamda 198 girişim bulunmaktadır. CCC sistem girişimlerine örnek olarak; “A01 Aktivite Bakımı”, “C08 Kardiyak Bakım”, “E12.1 Baş Etme Desteği”, “J67. Kilo Kontrolü”, “A04.Uyku Örüntüsü Kontrolü”, “E12 Danışmanlık Hizmeti”, “J29.5 Enteral Beslenme”, “J29 Beslenme Bakımı” verilebilir (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu, 2012).

CCC sistem içerisinde uygulanan girişimler içerisinde kişinin özellikli ihtiyaçlarına yönelik dört adet eylem tipi bulunmaktadır: Tanılama, Bakım, Öğretme/Eğitim, Yönetme/Sevk etme.

CCC sistem içerisinde uygulanan hemşirelik girişimleri sonuçları, uygulamadan önce beklenen sonuçlar ve gerçekleşen sonuçlar olmak üzere belirlenmektedir. Uygulamadan önce beklenen sonuçlar; gelişme olacak, stabil kalacak, gerileme olacak şeklinde kayıt edilmektedir. Gerçekleşen sonuçlar ise gelişme oldu, stabil kaldı, gerileme oldu şeklinde kayıt edilmektedir (Korkmaz Aslan ve Emiroğlu, 2012).

Şekil 2.1. Klinik Bakım Sınıflama Sistemi Yapısı (Seçginli ve Yaş, 2019)



D) Evde Sağlık Sonuç ve Değerlendirme Bilgi Seti (OASIS)

Evde bakım hizmetlerinde hemşirelik tanılama sistemleri içinde önemli bir yeri mevcuttur. Planlanan girişimlerin uygulanması sonrasında bakım sonuçlarını değerlendirmek, evde bakımda kaliteyi arttırmak amacıyla oluşturulmuştur. Bu değerlendirmeler veri seti kapsamında geçerlilik ve güvenilirlik analizleri ile yapılmaktadır (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2018).

Veri setinin içerisinde hasta takip formu, bakımın başlangıcında toplanan veriler, bakımın yeniden başlatılması esnasında toplanan veriler, takip-izlem esnasında toplanan veriler, hastanın evden hastaneye transferi sırasında toplanan veriler, hasta evde bakımdan taburcu edilirken toplanan veriler ve evde bakım sürecinde toplanan tüm verileri içeren tüm öğeler yer almaktadır (Seçginli ve Yaş, 2019).

OASIS veri seti içerisinde;

- Yaşam alanı
- Deri
- Solunum
- Kardiyak fonksiyon durumu
- Boşaltım durumu
- İlaç rejimi
- Acil gereksinimler
- Terapi gereksinimi
- Nörolojik durum
- Davranışsal durum
- Emosyonel durum
- Mevcut ve geçmiş tıbbi öyküsü alanlarında soru ve cevaplar yer almaktadır.

Bu veriler toplandıktan sonra değerlendirme yapılmaktadır. Sistem evde bakım ve sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda kullanılmaktadır (Seçginli ve Yaş, 2019; Centers for Medicare & Medicaid Services, 2018).

2.13.3. Planlama

Sağlıklı/hasta bireyin görüşme, gözlem ve fizik muayene sonucu verilen klinik tanılamaya uygun girişimlerin planlanması aşamasıdır.

Hastanın kabulü esnasında, başlangıçtaki ilk planı, var olan-devam eden plan ve taburculuk planı çeşitleri arasındadır.

Planlama süreci; tanımlanan problemlerin öncelik sıralamasına konulması ile başlanmaktadır. Bireyin yaşamını tehdit eden problemler öncelikli olarak ele alınması gerekir. Öncelikleri belirlerken hasta/sağlıklı birey ile beraber karar verilmelidir. Problemlerin öncelikleri belirlenirken Maslow'un Temel İnsan Gereksinimleri hiyerarşisinden yararlanılabilir.

Planlama aşamasının bir diğer aşaması hasta bakımının amaçlarının ve istenen sonuçların belirlenmesidir. Hedefler herkes tarafından aynı şekilde anlaşılacak biçimde açık, net ve ulaşılabilir olmalıdır.

Belirlenen hedeflere ulaşmak amacıyla kişiye uygun girişimler seçilir. Girişimlerin seçiminde problemin etiolojisi ve istenen sonuçlar dikkate alınmalıdır. Etiyolojik faktörlerin seçimi uygulanacak girişimlere ışık tutacağından önemlilik arz etmektedir. Örneğin; yetersiz sıvı alımına veya çeşitli sebeplerle sıvı kaybına bağlı sıvı volüm eksikliği tanısında, etiyoloji sıvı alımının yetersiz oluşu veya sıvı kaybı olduğuna göre planlanacak girişim sıvı alımının artırılması olacaktır. Beklenen sonuç ise günde yaklaşık 2000-2500 ml su içmesi olmalıdır.

Planlama sürecin son aşaması bakım planının yazılmasıdır (Türgay, 2013).

2.13.4. Uygulama

Problemlerin öncelik sırasına konularak uygun hedefler doğrultusunda planlanan girişimlerin uygulamaya geçilmesi aşamasıdır. Bakım verilme aşaması da denebilir.

Kişiye bakım verilme esnasında çıkabilecek diğer problemler gözlemlenmelidir. İhtiyaç doğrultusunda bakım planının işleyişi değiştirilebilir. Bu tür değişiklik durumunda gerekçe kaydedilmelidir.

Uygulanan veya belirli sebeplerle uygulanamayan her girişim, değişiklik ve sonuçlar kaydedilmelidir. Kayıtlar resmi dayanak olarak gösterilebilirken aynı zamanda bakımın devamlılığını ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile iletişimi sağlamaktadır.

2.13.5. Değerlendirme

Plana uygun yürütülen hemşirelik girişimlerinin hedefe ulaşp ulaşmadığının belirlendiği aşamasıdır.

Değerlendirme aşaması bakım sürecinin son aşaması olduğu gibi bir diğer bakım sürecinin başlangıcıdır. Böylece bakım sürecinin dinamik olduğunu söyleyebiliriz.

Problemin çözümünün olup olmadığı bu aşamada belirlenmektedir. Bakım süreci esnasında gelişen komplikasyon veya değişiklik durumları bu aşamada gözlemlenebilmektedir.

Değerlendirme sonuçları açık, anlaşılır, ulaşılabilir ve net olmalıdır. Genel ifadeler belirsiz olduğundan kaçınılmalıdır. ‘‘Hastanın genel durumu iyi’’ sonucu hasta ile ilgili kesin bilgi vermemektedir.

- Hedef gerçekleştirilmiştir,
- Hedef kısmen gerçekleştirilmiştir. Uygulamaya devam edilmelidir,
- Hedefe ulaşamamıştır. Bakım süreci yenilenmelidir, şeklinde değerlendirme yapılabilir (Türgay, 2013).

KAYNAKÇA

1. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A.2015. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Uygulamaları, *Derleme*, Ankara, 7(1):118-123.
2. Altuntaş M, Yılmaz T, Güçlü Y, Öngel K. 2010. Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki
3. Uygulama Şekilleri, *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, İzmir, 20 (3): 153-8.
4. Ardahan M, Arabacı Z. 2017. Evde Bakımda Sosyal Politikalar ve Evde Bakım Hemşireliği, *Derleme*, Cilt:26 Sayı:1 38-43.
6. [Aslan G, Emiroğlu O. 2012. Hemşireliğin Görünürlüğü Artırmak İçin Standardize ve Kodlu](#)
7. *Bir Sınıflama Sisteminin Kullanılması: Klinik Bakım Sınıflama Sistem*, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, Ankara, 69-70.
8. Aslan Ş, Uyar S, Güzel Ş. 2018. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye, *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 45-56.
10. Ay F. Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul.
12. Birol L. 2005. Hemşirelikle ilgili kuramlar. *Hemşirelik Süreci*. 7. Baskı. Etki Yayıncılık, İzmir, 51-102.
14. Birol L. 2007. Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım, Etki Yayınevi İzmir.
16. Çoban M, Esatoğlu A. 2004. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Disiplinler arası Sosyal Psikiyatri AD, Yüksek Lisans Öğrencisi, Sağlık Yönetimi Bilim Uzmanı, Ankara.
18. Çoban M, Esatoğlu A, İzgi M. 2014. Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri
19. Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, Ankara, Vol. 1, No. 3, 154-76.
20. Erdoğan S, Nahcivan ÖN, Esin MN, Demirezen E, Coşansu G, Bulduk S, Seçginli S, Öztürk N. 2005. Halk sağlığı hemşireliği dersi uygulama rehberi, İstanbul Üniversitesi yayınları, yayın no:4588.9- 38.
22. Erer M, Akbaş M, Yıldırım G. 2016. Hemşirelik Sürecinin Evrimsel Gelişimi *Hemşirelik Süreci*. *Derleme*, Lokman Hekim Dergisi, Mersin, 7(1):1-5.
24. [Harris MD. 2005. Handbook of home health care administration \(4th ed.\). Canada: Jones & Barlett Learning.](#)
26. Herdman TH ve Kamitsuru S. (Eds.). 2014. *NANDA International Nursing Diagnoses, Definitions & Classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
27. *Definitions & Classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.

28. Humphrey CJ. 1996, *Orientation to home care nursing. United States of America, Aspen*
29. *Publication.*
30. İlhan B, Karakuş B, Aslan D, Erdoğan D, Erdil F, Çalagan F, Bilgili N, Ersoy V. 2015. *Evde*
31. *Bakım Hizmetleri ile İlgili Sağlık Emek ve Meslek Örgütlerinin Görüş ve Yaklaşımları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.*
32. İlhan B, Karakuş B., Aslan D., Erdoğan D., Erdil F., Çalagan F., Bilgili N., Ersoy V., 2016. *Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Sağlık Emek ve Meslek Örgütlerinin Görüş ve Yaklaşımları, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.*
33. İskender Ö, Kaplan S. 2020. *Uluslararası Hemşirelik Sınıflandırma Sistemleri, Türkiye Sağlık*
34. *Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, Ankara, 2(2), 1-10.*
35. Kaya N, Babadağ K, Kaçar G, Uygur E. 2010. *Hemşirelerin Hemşirelik Model / Kuramlarını,*
36. *Hemşirelik Sürecini ve Sınıflama Sistemlerini Bilme ve Uygulama Durumlar, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, İstanbul, Cilt:3 Sayı:3.*
37. Martin KS. 2005. *The Omaha System: A Key to Practice, Documentation and Information*
38. *Management (2nd ed.).St Louis, MO Elsevier Saunders.*
39. Öztekin Z. 2020. *Halk Sağlığı Kuramları ve Uygulamaları, Bireklam Arısı, Ankara.*
40. Öztürk Y. 2011. *Koronar Arter bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk*
41. *Sürecinde Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi'nin (ohebis) Kullanılması, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.*
42. Tarricone R, Tsouros AD. *Home Care in Europe. The Solid Facts. World Health Organisation Europe. Universita Commerciale Luigi Bocconi; 2008:14.*
43. URL-1, 2015. *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin*
44. *Sunulmasına Dair Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>, (Erişim Tarihi:10.03.2021).*
45. URL-2, 2015. *Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalışmayı.*
46. *<https://docplayer.biz.tr/16335294-Evde-bakim-derneği-www-evdebakim-org-tr.html>, (Erişim Tarihi:10.03.2021).*
47. URL-3, 2005. *Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik.*
48. *<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, (Erişim Tarihi:10.03.2021).*
49. URL-4, *https://omahasystem.nl/Site_Omaha/docs/pdf/karen-vilans.pdf, (Erişim*
50. *Tarihi:10.03.2021).*
51. URL-5, *[https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-](https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/HHQIOASISUserManual)*
52. *[Instruments/HomeHealthQualityInits/HHQIOASISUserManual](https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/HHQIOASISUserManual), (Erişim*
53. *Tarihi:10.03.2021).*
54. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M,
55. Doğanyılmaz D, ERDEM S. 2010. *Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, İstanbul Tıp Dergisi, İstanbul, 11(3):125-132.*
56. Yılmaz M., 2019. *Evde Bakım Hemşireliği, Akademisyen Kitabevi, Ankara.*
57. Yurtsever N, Yılmaz M. 2016. *Evde Bakım Alanında Çalışan Hemşirelerin Çalışma Koşulları,*
58. *Yaşadıkları Güçlükler ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, İzmir, 1(1): 19-25.*

SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM VAKFI

Süleyman Sırrı Cad. No: 12/5 06410 Sıhhiye/ANKARA

Tel: (0.312) 435 13 46 - 435 97 24

Fax: (0.312) 434 46 59

Web: www.ssyv.org.tr

E-mail: saglikvetoplum@ssyv.org.tr