

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EVDE BAKIM HEMŞİRELERİNİN
ÇALIŞMA ALANINDA KARŞILAŞTIKLARI
GÜÇLÜKLERİN VE BAKIM VERMEDE
DUYULAN GEREKSİNİM ALANLARININ
BELİRLENMESİ**

SELDA ÇOBAN

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR- 2014

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2010970118

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EVDE BAKIM HEMŞİRELERİNİN
ÇALIŞMA ALANINDA KARŞILAŞTIKLARI
GÜÇLÜKLERİN VE BAKIM VERMEDE
DUYULAN GEREKSİNİM ALANLARININ
BELİRLENMESİ**

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SELDA ÇOBAN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
PROF. DR. ZÜHAL BAHAR

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2010970118

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Selda ÇOBAN “EVDE
BAKIM HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA ALANINDA KARŞILAŞTIKLARI
GÜÇLÜKLERİN VE BAKIM VERMEDE DUYULAN GEREKSİNİM
ALANLARININ BELİRLENMESİ” konulu Yüksek Lisans tezini 05.09.2014
tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Zühal BAHAR

(Başkan)



Prof. Dr. Ayşe BEŞER

(Üye)

Doç. Dr. Hatice MERT

(Üye)



Yrd.Doç.Dr.Fatma VURAL

(Yedek Üye)

Yrd.Doç.Dr. Nihal GÖRDES AYDOĞDU

(Yedek Üye)

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iii
ŞEKİL DİZİNİ	iv
KISALTMALAR	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı	8
1.3. Araştırmanın Soruları	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Evde Bakım	9
2.2. Evde Bakımın Amacı ve Yararları	10
2.2.1. Evde Bakımın Amacı	10
2.2.2. Evde Bakımın Yararları	10
2.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı	11
2.3.1. Kısa Süreli Evde Bakım Hizmetleri	13
2.3.2. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri	14
2.4. Dünyada Evde Bakım Hizmetleri	15
2.5. Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri	16
2.6. Evde Bakım Hizmetleri Hasta Grubu	17
2.7. Evde Bakım Ekibi	17
2.8. Evde Bakım Hemşireliği	19
2.8.1. Evde Bakım Hemşireliği Standartları	20
2.8.2. Evde Bakım Hemşireliği Uygulamaları	22
2.8.2.1. Doğrudan Bakım	22
2.8.2.2. İndirekt Bakım	22
2.8.3. Evde Bakım Hemşireliği Süreci ve Amaçları	24
2.8.4. Evde Bakımda Hemşirenin Roller ve Oryantasyon Stratejileri	26

2.8.4.1. Evde Bakım Hemşiresinin Rollerini	27
2.8.4.2. Rollerin Uygulanmasında Beceriler	31
2.8.5. Evde Bakım Hemşireliğinde Sertifikasyon	33
2.8.6. Evde Bakım Hemşiresi İçin Yasal ve Etik Konular	33
2.8.7. Evde Bakım Hizmetlerinde Karşılaşılan Güçlükler	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Tipi	39
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Çalışma Materyali	39
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	39
3.6. Veri Toplama Araçları	39
3.7. Araştırma Planı	41
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
3.10. Etik Kurul Onayı	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
6.1. Sonuç	76
6.2. Öneriler	77
7. KAYNAKLAR	81
8. EKLER	90
Ek 1. Veri Kayıt Formu	91
Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	96
Ek 3. Etik Kurul İzin Belgesi	97
Ek 4. Kurum İzinleri	98
Ek 5. Özgeçmiş	105

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Tablo İsmi	Sayfa No
Tablo 1	Evde Bakım Hemşireliği Standartları	21
Tablo 2	Etkili ve Verimli Evde Bakım Hemşirelerinin Yeterlilikleri	28
Tablo 3	Evde Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri	42
Tablo 4	Evde Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özellikleri	43
Tablo 5	Evde Bakım Hemşirelerinin Evde Bakım Hemşireliği Eğitimi ile İlgili Bulgularının Dağılımı	44
Tablo 6	Evde Bakım Hizmetinde Hemşirelerin Hissettiği Yeterlilik Düzeyine Ait Bulguların Dağılımı	45
Tablo 7	Evde Bakım Hemşirelerinin Gereksinim Duyduğu Eğitim Konularının Dağılımı	45
Tablo 8	Evde Bakım Hemşirelerinin Kurumun Evde Bakım Hizmetleri İşleyişine Yönelik Bilgilerinin Dağılımı	46
Tablo 9	Evde Bakımı Planlayan Kişi/ Kişilerin Dağılımı	47
Tablo 10	Evde Bakım Hemşirelerinin Evde Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanlarıyla İlgili Görüşlerinin Dağılımı	47
Tablo 11	Evde Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlüklerle İlişkin Bulgularının Dağılımı	48
Tablo 12	Kurum Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı	49
Tablo 13	Hemşirelik ve Hemşirelik Hizmetleri Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı	51
Tablo 14	Fiziksel Ortam Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı	52
Tablo 15	Hasta ve Yakınları Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı	53

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Şekil İsmi	Sayfa No
Şekil 1	Aile Hemşireliği Sürecinin Kavramsallaştırılması	25

KISALTMALAR

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
ADLs : Günlük Yaşam Aktivitelerinin
IADLs : Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerinin
NIOSH : The National Institute for Occupational Safety and Health
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
JCI : Joint Commission International
ANA : Amerikan Hemşireler Birliği

TEŐEKKÖRLER

Tez alıŐmamn planlanması, hazırlanması ve sonuçlanması sűrecinde bilgisiyle yoluma ıŐık tutan danıŐmanım Deęerli Hocam Prof. Dr. Zuhul BAHAR'a, yűksek lisans eğitimim boyunca her alanda ilgilerini, desteklerini, ۆnerilerini esirgemeyen bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Hocam Prof. Dr. AyŐe BEŐER'e, çalıŐmama içtenlikle katılmayı kabul eden evde bakım birimleri hemŐirelerine, hayatımın her dۆneminde beni destekleyen sabır, ilgi ve anlayıŐıyla her zaman yanımda olan çok değerli annem Yűksel TATMAN'a, mutluluk ve umut kaynağım niŐanlım Hasan CERİM'e sonsuz teŐekkűrlerimi sunarım.

Selda ÇOBAN

**EVDE BAKIM HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA ALANINDA KARŞILAŞTIKLARI
GÜÇLÜKLERİN VE BAKIM VERMEDE DUYULAN GEREKSİNİM ALANLARININ
BELİRLENMESİ**

Selda ÇOBAN, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, selda_coban35@hotmail.com

ÖZET

Bu araştırma evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlükleri ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma verileri, Mayıs-Haziran 2013 tarihleri arasında İzmir ili kamu hastanelerinin ve belediyelerinin evde bakım birimlerinden toplanmıştır. Çalışma örneklemini 54 evde bakım hemşiresi oluőturmıőtur.

Veriler, Evde Bakım Hemşirelerinin alıőma Alanında Karşılaştıkları Güçlükler ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanları Anket Formu ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Anket alıőmaları için gerekli izinler kurumlardan ve hemşirelerden alınmıştır.

Verilerin yüzdeler hesaplaması yapılarak sayı ve yüzde dağılımları oluşturulmuştur. Buna göre; evde bakım hemşirelerinin yaşlarının ortanca değerinin 35.00 olduğu, %85.2'sini kadınların oluşturduğu, günlük ziyaret sayısı ortanca değerinin 5.00 olduğu, hiçbirinin evde bakım oryantasyon eğitimi almadığı, eğitime ihtiyaç duyanların oranının %77.8 olduğu, %42.6'sının evde bakım uygulamaları ve %20.4'ünün tıbbı cihaz konularında eğitime gereksinim duydukları saptanmıştır. Hemşirelerin %63'ünün hizmet karşılığı hak ettiği ücreti alamamaya bağlı, %61.1'inin evlere ulaőtımda, %57.4'ünün hizmet içi eğitimlerin yetersizliğine, %64.8'inin ilk kez gittiği evlerde neyle karşılaőtacaėını bilmemekten dolayı, %66.7'sinin ev ortamının bakım için uygun ortam haline dönüşmesinde güçlüklerle karşılaştıkları belirlenmiştir. %90.7'si uygulamalarla ilgili beceri eksikliğine bağlı güçlüklerle karşılaőtamazken, %38.9'unun bilgi eksikliğine bağlı güçlüklerle karşılaştıkları tespit edilmiştir.

Çalışma sonuçlarına göre, evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında en çok (%72.2) fiziksel ortamdan kaynaklanan güçlüklerden “tanımadığı insanların evinde olmaktan dolayı güvenliğiyle ilgili” güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır. Evde bakım hemşirelerinin güçlüklerinin değerlendirilmesi, güçlüklerle başa çıkmak için hem bireysel hem de örgütsel stratejilerin geliştirilmesi ve kurumlarda gerekli organizasyonel düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Evde bakım, evde bakım hemşireliği, evde bakımda güçlükler, evde bakımda gereksinim alanları.

**DETERMINING OF DIFFICULTIES OF HOMECARE NURSES ENCOUNTER ON WORK AREAS
AND NURSING REQUIREMENT AREAS**

Selda ÇOBAN, Dokuz Eylül University Institute Of Health Sciences, selda_coban35@hotmail.com

ABSTRACT

This study was done as a determining study on difficulties for homecare nurses and detecting of nursing requirement areas.

Study data was collected from public hospitals and homecare departments of municipalities of Izmir from May to June 2013. Study sampling includes 54 homecare nurses.

Data was collected via face to face dialogs and questionnaire. Required permissions were taken from nurses and institutions for survey studies.

Percentage calculations of the data were done and numbered and percentage distribution were created. According to that calculation the median value of homecare nurses age is 35.00, 85.2% of this consist of women, daily visitation median value is 5.00, there is no one who have no orientation education of homecare, 77.8% of nurses who need education, 42.6% need homecare application educations and 20.4% need medical instruments educations. Nurses encounter difficulties in some situations; 63% of nurses don't get money who deserve standard fee of provision of services, 61.1% transportation, 57.4% insufficient in-service education, 64.8% of who goes first time that knows nothing about new homes and encounters what, 66.7% home ambient become appropriate ambient for maintenance. It is determined that while the 90.7% of nurses were not encountered difficulties about application related skills, 38.9% of nurses encounter difficulties about insufficient of knowledge.

According to the study results, it was determined that homecare nurses the most encounter (72.2%) "people who nurses don't know, due to being in their homes that nurses securities-related conditions" difficulty of resulting from physical ambient in their work areas. It is suggested that evaluation of homecare nurses difficulties, improvement of both

individual and organizational strategies and required organizational regulations in institutions for coping with difficulties.

Keywords: Homecare, homecare nursing, homecare difficulties, requirement areas in homecare

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda sağlık harcamalarındaki sürekli artış, buna karşın sağlık hizmetleri kaynaklarının sınırlı olması, sağlık hizmetinde risk önleyici ve maliyet azaltıcı yaklaşımları gündeme getirmiştir (1). Tıp teknolojisinin gelişmesiyle, hastalıkların tanı ve tedavisinde birçok yenilikler ile yaşam süresi uzatılmış, doğumda beklenen yaşam umudu yükselmiştir. Bu gelişmelerin paralelinde ortaya çıkan demografik değişimler sonucunda artan yaşlılık, özürllülük ve kronik hastalıkların oranı ve yaşam kalitesi yönündeki eğilimler bakım hizmetlerinde daha önce öngörülmeleyen taleplerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu taleplerden biri olan evde bakım hizmetleri, son yıllarda artan oranda sağlık ve sosyal bakım sistemi içinde yer almaya başlamıştır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre evde bakım; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulmasıdır (3). Resmi gazetede yayınlanan, 10.03.2005 tarihli 25751 sayılı Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği'ne göre ise evde bakım; "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"(4) olarak tanımlanmaktadır.

Evde bakım bireylere yaşam siklusu içinde, kendi yerleşim alanlarında sağlık hizmeti sağlayan, sağlık bakım sunum sisteminin geniş ve bütüncül bir parçasıdır. Diyabet ve benzeri kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi, ilaç uygulamaları, tıbbi beslenme tedavisi ve olası sağlık sorunlarına yönelik hizmet sunan bir sistemdir (2,5,6). Bireylerin bakım gereksinimlerini en iyi şekilde karşılayacağı, giderleri azaltacağı ve kaliteyi arttıracacağı düşünülen bir bakım modelidir (7,8). Bu anlamda evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir (9).

Evde bakım hizmetleri, bireyin ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden multidisipliner ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır (2,5,6,8,10). Hastanın gereksinimleri doğrultusunda sunulan evde bakım hizmeti, hemşirelik hizmetlerinden, evde doktor muayenesine, kısa

veya uzun süreli, tedavi hizmetlerinden; laboratuvar hizmetlerine kadar uzanan geniş bir yelpazede, yüksek teknoloji desteği ve deneyimli tıbbi personel tarafından verilmelidir. Bu nedenle günümüzde, sağlık bakımının sunumundaki sistemin vazgeçilmez bir parçasıdır ve yararlı sonuçlar nedeni ile tercih edilen bir tedavi şeklidir (7,11).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association_ANA), ev sağlığı hemşireliğini, toplum sağlığı hemşireliği ve diğer hemşirelik uzmanlıklarından seçilen teknik becerilerin bir sentezi olarak tanımlamaktadır (12). Resmi gazetede yayınlanan, 09.04.2011 tarihli 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğe göre Evde bakım hemşiresi, yatağa bağımlı veya kendi ihtiyaçlarını bir başkasının desteği olmaksızın karşılayamayacak durumda evde bakım gereksinimi olan bireylere hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumludur. Hemşireler genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra ev ortamını hastanın gereksinimlerine uygunluk yönünden değerlendirir (ısı, ışık, havalandırma, hijyen, tekstil, zemin, duvarlar vb.). Gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyarınları kontrol altına alarak hastanın uyku ve dinlenmesini sağlar. Bireyin günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, çevre düzenlemesi ve sosyal gereksinimlerin karşılanmasına yönelik görev alan bakım destek elemanlarının denetimini yapar, gerektiğinde ilgililere bildirimde bulunur. Birey ve ailenin eğitim ve danışmanlık ihtiyacının belirlenmesini ve yerine getirilmesini sağlar. Bireyin öneri, istek ve şikâyetlerini dinler ve değerlendirir ve ilgili birimlere yönlendirir (13).

Evde bakım hizmetlerini yürüten sağlık ekibi içinde yer alan hemşire özellikle bakım verici rolü açısından tedavi ve rehabilitasyonun etkin olmasında, bireyin mevcut sağlık durumunun iyileştirilmesinde çok önemli bir etkinliğe sahiptir. Evde bakım hizmeti sunan hemşire, hastanın klinik veya hastaneye yatış sonrası durumu, yatış süresi ve sonrası dönemi kapsayan bilgileri toplamalı, bilgi akışı sağlayan bir kayıt sistemini oluşturmalı, hasta ve ailesini tanıma girişimleri başlatmalıdır. Evde bakım sürecinde hemşirenin yürüteceği fonksiyonların bir bakım modelinin, bakım paketi ve hemşirelik sürecine göre düzenlenmesi gerekir (14). Evde bakım hemşireleri, otonomiye sahiptir ve diğer disiplinlerden bağımsız olarak uygulama yaparlar. Evde bakım hemşireliği uygulaması, hasta, aile üyeleri, bakım vericiler, interdisipliner ekip ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için uğraşanların işbirliği ile sürdürülmelidir. Evde bakım ekibinin birbiri ile ilişki ve iş birliğinin yanı sıra, bazı kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde olması önem taşır (5,6,11). Evde sağlık bakım hemşireleri için profesyonel yeterliliğin gösterilmesi, ortaya koyulması

en öncelikli gereksinimlerdendir. Evde bakım hemşireleri bir çeşit eğitimsel ve pratik oluşturduktan sonra bu alana yönelmektedir. Deneyim ve eğitimsel hazırlıktaki farklılıklar hemşirelerin evde bakım sunmalarında yaptıkları katkıları etkiler. Evde bakım hemşireleri, hem meslektaşları arasında hem de toplumda bir güven oluşturmak ve yüksek bir yeterlilikle fonksiyon gösterebilmek için eğitim almak zorundadırlar. Yaşam deneyimi, sevecenlik, özfedakarlık ve profesyonellik kaliteli birey bakımında vazgeçilmez unsurlardır. Evde bakım hizmeti sunan hemşirenin en az bir lisans derecesi alması gerekmektedir (15-17).

Evde bakım hizmetlerinin birçok ülke için yeni bir sektör olması, yeni riskleri ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir (18). Evde bakım hizmetleri pek çok dış etkene açık, detaylı bir eğitim programı ve yakın bir kontrol mekanizması gerektiren güç organizasyonlardır. Sağlık personeli sürekli hastanın yakınında değildir. Evde bakımı sağlayacak sağlık personelinin güvenliğini sağlamada bazı problemler ortaya çıkabilir (19). Sağlık iş görenlerinin güvenli bir ortamda, mesleki kararlarını özgürce vererek çalışma hakkı uygun planlanmamış ev ziyaretleri sırasında zedelenebilir. Çevreye karşı sorumluluk sağlık iş görenleri tarafından göz ardı edilmemesi gereken önemli bir etik ödevidir ve sağlık iş görenlerinin evde hasta tedavisi sonrası oluşacak tıbbi atıkların kontrolünde sorunlar yaşayabileceği düşünülmektedir (20). Evde bakım hizmeti verecek bireyin alışmış olduğu bir ortam dışında bakım verecek olması verimliliği azaltabilir. Sağlık personeli, hasta ve ailesi arasında etkili bir iletişim kurulmayabilir (10).

Kar'ın (21) çalışmasında evde bakım hizmeti veren hemşirelerin %58,5'inin uygulamaları yalnız yapmaya bağlı güçlük yaşadığı, %44,6'sının ise aileden bakım için yardım alamamaya bağlı güçlük yaşadığı bulunmuştur. Hemşirelerin %21,5'i ise hizmetler sırasında güçlük yaşamadığını belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunların en aza indirgenmesi, gereksinimlerini giderecek düzenlemelerin yapılması durumunda hastalara daha kaliteli bir hizmet sunulabilecektir (22-24). Evde bakım hizmeti veren sağlık profesyonelleri, memnun edilmesi gereken bir iç müşteri gibi görülürse iş ortamında karşılıklı memnuniyet kendiliğinden doğacak, bu da iş doyumunu arttırarak hizmetlerin daha verimli sunulmasını sağlayacaktır (25,26).

Türkiye’de evde bakım son yıllarda hızla gelişme gösteren bir hizmet alanıdır ve evde bakım ile ilgili düzenlemeler henüz başlangıç aşamasındadır. Evde bakım hizmeti sunucularının en önemli aktörlerinden olan hemşireler, hizmetin sunulmasında ve hasta memnuniyetinin sağlanmasında evde bakım başarısını etkilemektedir. Türkiye ihtiyacı dolayısıyla evde bakımda hizmet veren hemşire sayısı her geçen gün artacaktır. Ülkemizde özel kuruma bağlı evde bakım hizmeti daha önce başlasa da kamu ve belediye destekli evde sağlık birimleri 2005’ten bu yana hizmet vermektedir. Bu birimlerde hizmet veren sağlık personelinin karşılaşmakta oldukları güçlüklerin tespitinin oldukça önemli olmasına rağmen bu durumu ortaya koyan sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Evde bakım hemşirelerinin yaşadıkları güçlüklerin ve benzerliklerin belirlenmesi uygun girişimleri planlayacak olan evde bakım kurum yetkilileri için önemli bir gereksinimdir. Evde bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlüklerin önlenmesi için güçlüklerin tespit edilmesi gerekmektedir. Bu araştırmanın evde bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlüklerin değerlendirilmesini ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarının belirlenmesini sağlayarak, güçlükleri engelleyecek girişimlere kaynak oluşturacağı, hemşirelik bilimine ve uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırmanın, evde bakım hemşirelerinin değerlendirilmesine yönelik çalışma olması bakımından önem kazanmakta ve benzer konularda yapılabilecek çalışmalar için de bir zemin oluşturacağı düşünülmektedir. Evde bakım hemşireliğine yeni bir bakış açısı sağlamada, alanda yaşanan güçlükleri ortaya çıkarmada ve çözüm için gerekli organizasyonlar konusunda da yol göstereceği beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlükleri ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Evde bakım hemşirelerinin çalışma alanlarında karşılaştıkları güçlükler nelerdir?
2. Evde bakım hemşirelerinin bakım vermede duydukları gereksinim alanları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EVDE BAKIM

Evde bakım; profesyonel bakım elemanlarının önceden hastane ortamında yaptıkları kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, fizik tedavi, konuşma terapileri ve solunum terapileri, özel ilaç uygulamaları ve total parenteral beslenme gibi işlemleri bireyin kendi evinde uyguladıkları resmi ve düzenli bir bakım programıdır (11,18).

Evde bakım; sağlık bakımı ve destekleyici bakımı sağlamak üzere sağlık profesyonelleri ve yardımcıları tarafından sunulan bir hizmettir (27). DSÖ'ne göre evde bakım; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulmasıdır (3). Ülkemizde Resmi Gazete'de yayınlanan, 10.03.2005 tarihli 25751 sayılı Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği'ne göre ise 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 sunulmasıdır (4).

Evde bakım bireylere yaşam siklusu içinde, kendi yerleşim alanlarında sağlık hizmeti sağlayan, sağlık bakım sunum sisteminin geniş ve bütüncül bir parçasıdır. Diyabet ve benzeri kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi ve rehabilitasyon tedavisi, ilaç uygulamaları, tıbbi beslenme tedavisi ve olası sağlık sorunlarına yönelik hizmet sunan bir sistemdir (2,5,6).

Danış (27), evde bakımı; özürlü, yaşlı, süregelen hastalığı olan veya nekahat dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadın üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modeli olarak tanımlamaktadır.

Evde bakım, kurum bakımına alternatif olarak, bireylerin yaşadıkları çevreden, evlerinden ve ailelerinden kopmadan sağlık bakımı alabilmeleridir. Sağlığın korunmasından terminal dönemde bakıma kadar değişen sınırlar içinde gerçekleşir. Bireylerin bakım gereksinimlerini en iyi şekilde karşılayacağı, giderleri azaltacağı ve kaliteyi arttıracacağı düşünülen bir bakım modelidir (7, 28).

2.2. EVDE BAKIMIN AMACI VE YARARLARI

2.2.1. Evde Bakımın Amacı

Evde bakım sürecinde uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylere ve ailelere günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek maksimum tedaviye ulaşma yolu ile hastalık ve yetersizliğin etkilerini en aza indirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek amaçlanmaktadır. Hasta ve aile bu amaçlar doğrultusunda normal bakım sistemi içinde, sağlığını ve bağımsızlığını kazanması için eğitilmelidir.

Dünyada ve Türkiye’de evde bakımı gerekli kılan temel eğilimler incelendiğinde;

- Yaşlı nüfusun artması
- Artan kronik hastalıklar ve kanser vakaları
- Sağlık harcamalarındaki artış
- Sağlık harcamalarında kısıtlamaların artarak sürmesi
- Kaliteli sağlık hizmeti için talebin artması
- 7/24 sürekli sağlık hizmetine geçiş
- Tıpta ve teknolojideki gelişimler
- Hastalık yönetimi programlarının koruyucu sağlık sistemi içine girmesi

söylenbilir (29).

Sağlığın olabildiğince tekrar kazanılması, geliştirilmesi, sürdürülmesi, olası komplikasyonların en aza indirilmesi ve sonuçta her bireyin sonu olan rahat bir ölümü sağlamaktır. Evde bakım sistemi; sadece evde bakım ile sınırlı değildir. Ev, hastane ve sosyal hizmetler kurumu arasındaki bağlantıyı sağlamak önem taşımaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetlerine yönelik kapsamlı maliyet-yarar, maliyet-etkililik çalışmalarına gerekli önem verilmediği için sistem işlememektedir.

Evde bakım hizmetinde amaç, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek en doğru tedaviye ulaşmak yolu ile hastalığın etkilerini en aza indirmek ve aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (11).

2.2.2. Evde Bakımın Yararları

Evlerde sağlık bakımının en önemli iki faydası, sağlık harcamalarında sağladığı düşüş ve kişinin kendi aile ortamında bakımına imkan vermesidir (30,31).

Gelişmiş ülkelerde evde bakımın; hasta, aile ve toplum açısından yararları saptanmıştır. Hem hasta hem de aileler için tercih edilen bir bakım modeli olan evde bakım modelinin avantajları şu şekilde sıralanabilir:

- Yaşam kalitesini arttırır.
- Fonksiyonel durumu iyileştirir/sürdürür.
- Bireye ve aileye özgü bakım planlanabilir
- Bağımsızlığı destekler ve geliştirir.
- Kronik hastalıklara bağlı komplikasyonları azaltır.
- İş gücü kaybını önler.
- Hastanede yatma süresini azaltır.
- Kurumsal bakım gereksinimini azaltır.
- Hastaneye başvuru oranını azaltır.
- Maliyeti azaltır.
- Ev ortamında hastaların tedavi sürecinin hızlandırır.
- Aile ve hastanın işinden, sosyal yaşamından kopmasını ve sosyal izolasyonu önler.
- Bireyin ve ailenin katılımı sağlanabilir.
- Bakımın sürekliliği sağlanabilir.
- Koruyucu sağlık uygulamaları için ve toplum eğitimi için olanak sağlar.
- Kurumsal bakımın neden olduğu stresi azaltır.
- Enfeksiyon riskini azaltır.
- Huzurlu ölüme olanak verir (2,5,6).

2.3. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN KAPSAMI

Evde bakım hizmetleri, genel olarak; bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını da sağlamaktadır (15). Bu anlamda evde bakım hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilmektedir (13).

Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım, yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamları çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahat dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak otuz gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve altı aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumundaki verilen hizmetleri içine almaktadır (16). Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım (formal care) ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (informal care).

Uzmanlık düzeyinde verilen (formal care) evde bakım hizmetleri genel olarak şu hizmetlerden oluşmaktadır:

- *Hemşirelik hizmetleri:* Bireyin evine düzenli veya belirli aralıklarla uzman hemşirelerin ziyaretleri ve evde hemşirelik hizmetleri
- *Destek sağlık hizmetleri:* Psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma ve meşguliyet tedavisi gibi bireyin hareketini ve evde birine muhtaç olmadan yaşamasına yardım edecek hizmetler
- *Gündüz/Gece bakımı:* Gündüz/gece bakım merkezlerinde bakıma muhtaç bireye gereksinimine uygun hizmet
- *Kişisel bakım (öz bakım):* Bakıma muhtaç bireyin banyo yaptırılması, giyinmesine yardım vb. gibi günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardımcı olacak hizmetler
- *Ev işlerine yardım, ev düzeninin yeniden oluşturulması:* Evin temizlik, ütü ve alışveriş gibi hizmetlerine yardım hizmetleri ile daha güvenli yaşamayı sağlayacak ev düzeni değişikliklerinin yapılmasıdır. Örneğin, kapı, kilit onarımı, çatı onarımı, çıkış rampaları oluşturmak, banyo güvenliği oluşturmak, tekerlekli sandalyenin evde dolaşımındaki engelleri ortadan kaldırmak vb.
- *Sosyal destek:* Bireyin alışverişine yardım, randevularına götürülmesi, faturalarının ödenmesi, sosyal etkinliklere ve arkadaş ziyaretlerine götürülmesini sağlayacak hizmetler

- *Gıda ve beslenme hizmetleri:* Evinde yemek hazırlama ve pişirme işlevini yerine getiremeyenlere evlere yemek dağıtım hizmetleri, sağlık eğitimi vb.
- *Danışmanlık hizmetleri:* Bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikayetlerinin ele alındığı hizmetler
- *Bakıcılar için destek hizmetler:* Evde bakımı üstlenen gerek aile bireyleri gerekse para karşılığında hizmet sunan bakıcılara sağlanacak hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler, iki şekilde verilmektedir. Birincisi; *Geçici Bakım (Respite care):* Bakıcıların belirli dönemlerde dinlendirilmesi ya da izinli sayılması durumunda, söz konusu hizmetlerin geçici bir süre için kurumlarda (bakımevi benzeri yerlerde) verilmesidir. İkincisi; *Bakıcı Destek Kuruluşları:* Bu kuruluşlar, bakıcıların daha iyi hizmet vermelerini sağlayacak eğitim, bilgi, danışmanlık ve bakıcı hakları gibi temel konularda bakıcıların desteklenmesini hedeflemektedir (17).

2.3.1. Kısa Süreli Evde Bakım Hizmetleri

Sosyal, ekonomik, demografik etkenler, aile yapılarının değişmesi, göçmenlik, kentsel ve kırsal sosyal çevre değişimleri, yoksulluk gibi faktörler, ailelerin birinci derecede görev almalarını giderek zayıflatmaktadır. Söz konusu bakımı yüklenen aile bireylerinin çok yönlü bakım becerilerini başarmaları zor olabildiği gibi, eğer aile bireyleri yeterli bilgi ve donanıma sahip değilse (bakım sorumluluğunu yerine getirmek, basit cihazları kullanabilmek vb gibi), eskisinden daha kötü olabilecek sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle, özellikle evde tıbbi hizmetler günümüzde konusunda bilgi birikimi olan multidisipliner ekip anlayışıyla yerine getirilmektedir (13).

Kısa süreli evde bakım hizmetlerinin temel hedefi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon gibi bireyin en kısa sürede kendi kendine yetebilecek duruma gelmesini sağlayacak hizmetlerin bireyin evinde sağlanmasıdır (16). Bu hizmetler birey merkezli olup, yeniden sağlığına kavuşması, sağlık düzeyinin yükseltilmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile ailesi ve kendisine sağlık sorunlarıyla baş edebileceği temel becerilerin kazandırılmasını sağlayacak birçok disiplini kapsayan hizmetlerle bir bütünlük içinde verilmektedir (17).

Kısa süreli evde bakım hizmetleri olarak; hekimlik, hemşirelik hizmetleri, meşguliyet tedavisi, konuşma tedavisi, fizik tedavi, ayak bakımı, beslenme ve sosyal hizmetlerin verilmesini içermektedir. Örneğin, ameliyat sonrası bakım, cerrahi kaynaklı yara bakımı, solunum tedavisi, fiziksel ve meşguliyet tedavisi, konuşma, dil gelişimi tedavisi, hasta ve

bakım verenin eğitimi, damar içi ve beslenme tedavisi ile enjeksiyon uygulamaları vb. gibi oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır. Evde kısa süreli tıbbi bakım, birçok ülkede genellikle sağlık sigortası içinde, kamu kaynaklarıyla finanse edilebilmekte ve düzenlenebilmektedir. Sözü edilen hizmetler; devlet kuruluşları, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve kar amaçlı kuruluşlar tarafından sağlanabilmektedir (12,26).

2.3.2. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri

Uzun süreli evde bakım hizmetlerinin hedefi, bakım hizmetlerine sürekli olarak gereksinim duyan kronik hastalar, yaşlılar ve özürlülerin sağlığını korumak; bakıma muhtaçlık derecelerinin daha da artmasını önlemek; hastalık ve özürlülüğün ortadan kaldırılamadığı durumlarda olabildiğince bağımsız yaşamayı sağlayacak eğitim ve beceriler kazandırmak ve profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmetlerini sunmaktır (25). Bakıma muhtaçlık; günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı yaşam aktivitelerinden en az birini yardımsız olarak yerine getirememesi durumudur (1,2). Günlük yaşam aktivitelerinin (ADLs) ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinin (IADLs) yerine getirilmesinde zorluk çekme ve bilişsel yetersizlik, zorunlu gözetim altında tutulma gereksinimi, bakım hizmetlerinden yararlanma koşulu olarak birçok ülkede kullanılmaktadır. Bazı ülkelerde yaşa bağlı oluşabilecek sağlık ve bakım sorunlarından dolayı bakıma muhtaç olanlar da kapsam içine alınmıştır. Bu yaklaşıma benzer şekilde, Qureshi ve arkadaşları da, uzun süreli evde bakımın temel amacını; yaşam kalitesinin korunması, çevresel koşullara uyum, kişisel bakım becerilerinin yeniden kazandırılması, kendisini değerli ve saygın hissetmesi, kültürel, bireysel ve dinsel görüşlerine uygun bakımın sunulması ve ailesinin de bakım planının içinde yer alması olarak belirtmişlerdir (14).

Wasik ve arkadaşları (32), evde bakım hizmetlerinin mantığını tanımlamak için güçlendirmek, kolaylaştırmak, yükseltmek terimlerinin öneminden söz etmişlerdir. Güçlendirmek; amaç, kişinin ya da ailenin, kendi hedeflerini tanımlamasını ve kendi kararlarını almasının sağlanmasıdır. Güçlendirme aile merkezli hizmetin kalbini ve ruhunu temsil eden bir terim olarak kabul görmektedir. Güçlendirme teriminde üç temel yeti önem kazanmaktadır. Bunlar; gereksinim duyulan kaynaklara ulaşabilme ve onları kontrol edebilme, karar verebilme ve problem çözme, kaynakları temin etme ve diğer kişilerle etkili iletişim kurabilmek için gerek duyulan davranışların kazanılmasıdır. Güçlendirme aynı zamanda etiğin temel ilkelerinde “özerklik” ile yakından ilişkilidir. Tıbbın temel

amacı insanı insan yapan temel unsurlardan biri olan özerkliği, hastalık, yaşlılık gibi durumlarda onarmak ve desteklemektir. Evde bakım hizmetleri bireyin hükümlanlık alanını koruyarak ve onun kendi alışkanlıklarının olabildiğince çok kısmını elinde tutmasına olanak vererek özerkliğın en üst düzeyde saygı görmesini sağlar. Kolaylaştırma; ailenin kendi kendisine faaliyette bulunmasını kolaylaştıracak kaynakları bulmasında ona yardımcı olmak anlamına gelir. Yükseltmek; hali hazırda mevcut bulunan güçlerin üzerinde yapılanmanın sağlanması ifade eder (32,33).

Toplum temelli koruyucu, önleyici, tedavi edici ve geliştirici bir sosyal hizmet modeli olan evde bakım; özürli, hasta ve yaşlı bireylere, yaşadıkları ortamda verilen, tıbbi ve kişisel bakım, psikososyal destek, hizmetlerinin yanı sıra ev ortamının dışında da ihtiyaç duydukları serbest zaman değerlendirme, tatil, ulaşım gibi aktiviteleri yerine getirebilmeleri için sağlanan yardım ve destek hizmetlerini içerir (27).

2.4. DÜNYADA EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Evde sağlık hizmetleri eski çağlardan günümüze uzanan bir hizmettir (33). Dünyada evde bakım hizmetleri içerisinde; evde yardım (*home help*), evde takip hizmetleri (*home attendant care*), ev sağlık hizmetleri (*home health services*), süreli bakım (*respite care*), evlere yemek servisi (*meals-on wheels*), telefonla yardım servisi (*tele care service*) ve evlere bakım-onarım hizmeti (*handyman service*) gibi hizmetler yer almaktadır. Uygulamada bu hizmetler için “home care services”ın eş anlamlısı olan “domiciliary care services” kavramı da kullanılmaktadır (34).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) bu alanda en gelişmiş ülkelerden biridir. 18. yüzyılda fakir hastaların evlerine düzenlenen ziyaretlerle başlayan hizmetler, 1909’da ilk kez sigortalar tarafından ödenmeye başlamıştır (35). Evde bakım hizmeti ABD’de 1965 yılında yasalaşmıştır (36). 1970’li yıllarda özel sağlık sigortaları evde bakımın daha az masraflı olduğunu ve hastane bakım maliyetlerini kendileri açısından düşürdüğü için aktif olarak kullanmaya başlamıştır. 1980’lerde Ulusal Evde Bakım Derneği kurulmuş ve bu alanda akreditasyon zorunlu hale getirilmiştir (35). Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği 1994 verilerine göre; ABD’de evde bakım ve destek hizmetleri veren kurum sayısı 15027’dir (37). Evde bakım sektörünün büyüklüğü 170 milyar dolar civarında olup taburcu

olan hastaların %15-20'si de evde bakım hizmetlerine yönlendirilmektedir. Bu hizmetlerin tüm sağlık harcamaları içindeki payı ise %7,8'dir (35).

Avrupa'da evde bakım hizmeti yıllardır uygulanan bir toplum hizmetidir. Hollanda, İsveç, Danimarka ve İngiltere, İskoçya gibi ülkelerde hükümetler evde sağlık ve bakım hizmetlerini sunarken bir yandan da kaliteli hizmetlerin verilmesini sağlayacak programları desteklemektedirler (33,38,39). Evde bakım hizmetleri İngiltere sağlık bakım sisteminde büyük bir sorun olan hastanelerdeki yatış için kısmen çözüm olmuştur (33).

Avrupa'daki evde sağlık hizmetleri uygulamalarına bakıldığında; İspanya'da evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı yaklaşık 14 milyondur. İngiltere'de ise yaşlıların 1/6'sı uzun dönem bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Japonya'da yaşlıların büyük bölümü geleneksel yapılarına bağlı olarak aileleri tarafından ev ortamında bakılmaktadır (17). 65 yaş üzeri nüfusta 1998 yılı itibarıyla evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfus Kanada'da %17, Amerika'da %16, Avustralya'da %11.7, İsveç'te %11.2, Almanya'da %9.6, Fransa'da %6,1 ve Japonya'da ise %5'dir (40). Doğu Avrupa'da, uzun süreli bakım daha çok hastanede yapıldığı için evde bakım aileler tarafından verilmektedir. Moldova, Ukrayna ve Belarus'ta olduğu gibi, bu ülkelerde ailelere destek amacıyla hükümet tarafından verilen tek hizmet kızıl haç (hemşire grubu ve sağlık merkezleri) tarafından yürütülmektedir (41).

2.5. ÜLKEMİZDE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Gelişmiş ülkelerde yoğun olarak kullanılan evde bakım ve tedavi uygulamaları ülkemizde de yaygınlaşmaktadır. Eczacıbaşı Topluluğu ve ABD'li The Corridor Group ortaklığıyla 2001 yılı sonlarında kurulan Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri A.Ş. Türkiye'de ilk kez gerçekleştirilen geniş kapsamlı bir organizasyonla "evde bakım" hizmeti vermeye başlamıştır (29).

"Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve özel sektör tarafından yürütülen evde bakım uygulamaları bu yönetmeliğe tabi tutulmuştur. Yönetmeliği takiben "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetleri için İl Sağlık Müdürlükleri'nde Evde

Sağlık Hizmetleri İletişim ve Koordinasyon Merkezi kurulmuş ve hizmetler başlamıştır. İhtiyacı olan bireyler Türkiye'nin her yerinden 444 38 33 (444 EV DE) numaralı telefonu arayarak koordinasyon merkezlerine ulaşabilmekte, toplum sağlığı merkezlerine, aile hekimlerine veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde kurulmuş olan evde sağlık hizmeti birimlerine telefonla sözlü veya dilekçe ile yazılı olarak müracaat edebilmektedirler. Sağlık bakanlığının yanı sıra evde bakım hizmetleri belediyeler ve sivil toplum örgütleri tarafınca da sunulmaktadır.

2.6. EVDE BAKIM HİZMETLERİ HASTA GRUBU

Evde bakım; tedavisi evde devam edecek hastalar ve evde bakıma muhtaç hastalar olarak iki yönlü incelenmelidir (42). Her iki hizmet grubu da birbirinden farklı nitelikte olup tedavisi evde devam edecek hasta grubu bir iyileşme dönemi ve destek tedaviyi; evde bakıma muhtaç hasta grubu da kronik, devam eden sağlık sorunlarını ve tedavinin hastane koşullarında tamamlanmış olduğunu ifade etmektedir (43).

Evde sağlık hizmetleri başta yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar olmak üzere toplumdaki bütün yaş gruplarına hitap etmektedir. Evde sağlık hizmetleri alanlar arasında en büyük çoğunluğu oluşturan gruplar; ameliyat sonrası bakım ihtiyacı olanlar, ortopedi ve travmatoloji hastaları, kalp-damar-hipertansiyon hastaları, kanser hastaları, akciğer ve solunum hastaları, diyabet hastaları, nöroloji hastaları, oksijen tedavisine ihtiyacı olan diğer hastalar, yeni doğum yapan anne ve bebekleri, bakım ihtiyacı olan yaşlılar ve özürlüler, yara bakımı, enjeksiyon, infüzyon ve diğer kısa süreli hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyanlar, laboratuvar tetkik ve test hizmetlerine ihtiyacı olanlar ve evinde her türlü medikal ekipman ihtiyacı olanlar şeklinde sıralanabilir (44).

İşbaşı ve Tütüncüoğlu yaptıkları çalışmada (45), hastaların diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları, nörolojik hastalıklar, kanser ve terminal dönem sorunları ve akut hastalıklar nedeniyle evde bakım hizmeti aldıklarını belirtmiştir.

2.7. EVDE BAKIM EKİBİ

Evde bakım, ev ortamında formal klinik ve sosyal hizmetler ile informal hizmetlerin, çeşitli sağlayıcılar aracılığıyla sunulduğu ve doğal olarak da emek yoğunluklu bir hizmettir. Bu sağlayıcılar hemşire, terapist (fiziksel terapist, mesleki ve konuşma terapisti gibi), evde

bakım yardımcıları, sosyal hizmetler çalışanları, hekimler, diyetisyenler, evde çalışan hizmetliler, ev arkadaşları ve gönüllüler gibi profesyonel veya profesyonel olmayan kişilerden oluşabilir (46). Çok geniş bir uygulama alanı olan evde bakım, bu yönüyle disiplinler arası ekip çalışmasını gerektiren bir hizmettir (27). Evde bakım ekibi taburculuk sonrası tedaviye/ilaca uyumu ve evde bakım planlarını düzenlemede, uygulamada ve izlemede/değerlendirmede işbirliği içinde çalışır. Planlamadan sonraki hastanın periyodik evde bakım hizmetleri uygulaması batıda ağırlıklı olarak hemşirelerce yapılmaktadır (47).

Evde bakım hizmetinde yer alan meslek elemanlarının iş tanımları ana hatları ile aşağıdaki şekildedir;

Sosyal hizmet uzmanı: Meslek elemanları arasındaki koordinasyon ve eşgüdümü sağlar, sosyal inceleme ve değerlendirme raporunu hazırlar, vaka yöneticiliği yapar, ev ziyaretleri gerçekleştirir, psiko-sosyal destek ve danışmanlık hizmeti verir, bireyin problem çözme kapasitesinin geliştirilmesine katkıda bulunur, hizmet sürecinde gereksinim duyulan toplum kaynaklarını organize eder (48).

Hekim: Tıbbi koordinasyonu sağlar, hizmetten yararlananların sağlık durumlarını takip eder, tıbbi danışmanlık ve eğitim verir, hizmetten yararlananların kullandıkları rutin ilaçları yazar ve gerekirse onları uzmanlık gerektiren başka bir tıp alanına havale eder (48).

Hemşire: Hizmetten yararlananların sağlık durumları hakkında doktora bilgi verir, ilaçların doğru ve düzenli bir biçimde alınmasını sağlar, ilaçların etki ve yan etkilerine ilişkin eğitim planlar ve uygular, pansuman enjeksiyon, derece ve tansiyon ölçümü gibi temel düzeydeki sağlık hizmetlerinin ev ortamına götürülmesini sağlar, bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesine ilişkin eğitim planlar ve uygular, bireyin birlikte yaşadığı kişileri bütüncül bir yaklaşımla tüm uygulama ve eğitimlere katar (48).

Fizyoterapist: Doktor tarafından tanısı konan bireylerin fizyoterapi ve rehabilitasyon programlarını planlar ve uygular, özürlülük ve yaşlanmaya bağlı olarak görülen yeti kayıpları ile eklem ve kas rahatsızlıklarının rehabilitasyonunda tıbbi tedaviye destek verir. Sağlıklı bireylerin özel egzersiz ve rehabilitasyon programları ile fiziksel uyumlarını arttırarak, olası hastalık ve sakatlıkları önlemeye çalışır, verilen egzersizlerin kontrollü ve düzenli bir biçimde yapılmasını sağlar. Yaptığı çalışmalar hakkında doktoru düzenli olarak bilgilendirir (48).

Diyetisyen: Hizmetten yararlananların sağlık ve yaş durumlarını göz önünde bulundurarak düzenli, dengeli ve sağlıklı beslenebilmeleri için uygun yemek listesini

hazırlar, doktor tarafından önerilen diyetlerine uymalarını sağlar, hazır yemek servisi hizmeti ile ev ortamına götürülen mönülerin standardını kontrol eder, sağlıklı ve ekonomik beslenme yöntemleri konusunda eğitim planlar ve uygular (48).

Psikolog: Hizmetten yararlananların motivasyonunun yükseltilmesi, duygusal boşalmalarının sağlanması, endişe ve kaygılarının en aza indirilmesi, ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık verilmesi, aynı sorunu paylaşan kişilerle tedavi, serbest zaman değerlendirme vb. gruplar oluşturulması gibi konularda mesleki çalışmalar yapar (48).

Ev ekonomisti: Hizmetten yararlananların ekonomik düzeylerini yükseltmek, yaşayışlarını iyileştirmek ve mevcut kaynaklarını (para-zaman vb.) daha verimli kullanmalarını sağlamak amacıyla eğitim planlar ve uygular, ev idaresi, mal ve hizmet satın alma konularında gerekli yönlendirmeleri yapar, ev aletlerinin, yiyecek ve giyeceklerin seçilmesi ve kullanılması hakkında önerilerde bulunur (48).

İş-uğraşı terapisti: Hizmetten yararlananların belirlenen aktivite ve görevlerde performanslarını düzeltmeye, güçlendirmeye ve artırmaya çalışır, adaptasyon ve üretkenlik için gerekli olan beceri ve fonksiyonları öğrenmelerine yardımcı olur (48).

Evde bakım profesyonelleri ve yardımcı ekip üyeleri, rollerini yerine getirmede çeşitli yeteneklerin yanı sıra hasta ve aileyi desteklemede, gerekli olan etkili iletişimci olma, bireyin karar vermesini sağlama, iyi bir destekleyici olma gibi üç anahtar yeteneğin geliştirilmesini önermektedir (29).

2.8. EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ

Evde bakım; ekip işbirliğini gerektiren bir süreçtir. İyi bir ekip çalışması ile pozitif bir çevre oluşturulur, çalışanlar arasında iyi ilişkiler kurulur ve tüm bireylerin sürekli ve kaliteli bir bakım alması sağlanır. Evde bakım hemşiresi ekibin temel üyelerinden biridir. Hasta, aile ve bakım veren ile daha fazla etkileşim içinde bulunmaktadır (29).

Evde bakım hemşiresi, literatür doğrultusunda tanımı yapıldığında; uygun hasta, onların ailelerine ve bakım veren bireye odaklanan, akut, kronik ve terminal dönemdeki hastalara; evlerinde veya bakım evlerinde gerekli hizmeti saptayan, planlayan, uygulayan ve değerlendiren bir profesyoneldir. Evde bakım hemşireleri profesyonel otonomilerinin bilincinde çalışabilen, etkili iletişim becerilerine sahip olan, doğru ve yerinde karar verme

becerisi olan, hastalarına uygun bakım planlayan ve hemşirelik bilgisini ev ortamında sergileyebilen hemşirelerdir (29).

Evde bakım hemşireliğinin temelleri; sağlığın geliştirilmesi, hastalığı önleme ve sağlığı korumadır. Uygulamaya merkez olan evde bakım hemşireliği unsurları:

- Değerlendirme, izleme ve klinik karar verme
- Bakım planlama ve bakım koordinasyon
- Sağlık onarımı, restorasyon ve palyasyon
- Öğretim ve eğitim
- İletişim
- İlişkiler (49).

Evde bakımda hemşireler; hastanın güvenliği sağlama, özbakım ihtiyaçlarını karşılama, yara/basınç yarası/cerrahi yara bakımı verme, kardiyak monitorizasyon, EKG ve diğer izlemleri yapma, TPN, tüp ya da oral beslemeyi sağlama, palyatif bakım ilkelerini uygulama, aile ve hastanın eğitimi, sosyal ve emosyonel destek gibi hizmetler vermenin yanı sıra enfeksiyon ya da enfeksiyon riski için invaziv uygulama malzemelerinin sterilizasyonunu, malzemelerin aseptik tekniğe uygun kullanımını sağlar, ortamın temizliği ve düzenini de oluşturur (50).

2.8.1. Evde Bakım Hemşireliği Standartları

Amerikan Hemşireler Birliği tarafından yayınlanan ANA, 2008 Evde Bakım Hemşireliği Standartları, bir uzmanlaşma alanı olarak hemşirelere yol göstermektedir. Standartlar; uygulama standartları ve profesyonel performans standardı olmak üzere 15 standarttan oluşmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Evde Bakım Hemşireliği Standartları

I. Uygulama Standartları

1. **Organizasyon:** Tüm evde bakım hizmetleri planlı, iyi organize edilmiş, profesyonel bir hemşire tarafından yönetilen nitelikte olmalıdır.

2. **Tanımlama:** Hemşire sürekli, kesin, kapsamlı ve sistematik bir şekilde veri toplama

3. **Beklenen Sonuçlar:** İstendik bakım sonuçlarını belirleme

4. **Planlama:** Bakım planları yapma ve hedefler oluşturma

5. **Uygulama:** Planlama ve hedefler doğrultusunda hemşirelik girişimleri yapma ve kaydetme

- Bakım koordinasyonu
- Sağlık öğretimi ve sağlık tanıtımı
- Danışma
- Önerilen tedaviyi yapma

6. **Değerlendirme:** Hasta ve ailesinin bakıma verdiği yanıtları değerlendirme

II. Profesyonel Performans Standartları

7. **Kaliteli uygulama:** yaptığı uygulamalarda kaliteye önem verme

8. **Eğitim:** Kendini sürekli olarak eğitime ve hemşirelik bilgi birikimini geliştirme

9. **Profesyonel Uygulama Değerlendirmesi:** Profesyonel uygulamaları sürekli değerlendirir.

10. **Meslektaşlık:** Hemşirelik ilke ve uygulamalarında mesleki değerleri dikkate alma

11. **İşbirliği:** Tüm sağlık personelleri ile iletişim kurma

12. **Etik:** Uygulamada etik yaklaşımlar için Amerikan Hemşireler Birliği'nin oluşturduğu etik kodlardan yararlanma

13. **Araştırma:** Araştırmalar yapma, araştırmalara katılma ve bilgi birikimini arttırma

14. **Kaynak Kullanımı:** Etkin ve uygun kaynakları kullanma

15. **Liderlik:** Amaçladığı hedefler doğrultusunda grubu yönlendirme gücüne sahip olma

Evde bakım hemşireleri tüm standartları dikkate alarak bakım verir ve uygulamalarda teorilerden yararlanır (29,51).

2.8.2. Evde Bakım Hemşireliği Uygulamaları

Evde bakım hemşireleri farklı uygulamaları yürütürler. Hastalara; doğrudan bakımın yanı sıra indirekt bakım da uygulanmaktadır (29).

2.8.2.1. Doğrudan Bakım

Hastanın tüm gereksinimlerini karşılamak üzere değişik bakım aktivitelerini içerir. Hastayı profesyonel tanılama araçları kullanarak tüm yönlerini saptayarak değerlendirir. Yara pansumanlarının değişimi, önerilen tedavileri uygulamayı, katater takmayı ve izlemeyi, önerilen egzersiz ve diyeti uygulamayı ve sonuçlarını izlemeyi ve hasta eğitimi gibi etkinlikleri planlar ve yürütür. Hasta ve ailede pozitif sağlık davranışlarının gelişmesi için yol gösterici olur. Hasta ve aileye günlük yaşamlarında gerekli olan bazı uygulamaları gösterir ve denetler. Hasta ve ailenin kültürel geçmişini, ekonomik durumunu, kişisel tercihlerini dikkate alarak düzenlemeler yapar. Hastanın durumuna ilişkin olası belirti ve bulguları izler, uygun hemşirelik tanıları koyar, uygun girişimlerde bulunarak, sonuçlarını ekiple paylaşır. Hasta ve ailesinin; fonksiyonlarını en ileri düzeyde sürdürmeleri için gerekli içsel ve dışsal kaynaklar doğrultusunda farkındalık sağlar ve gerektiğinde onları uygun disiplinlere yönlendirir (29).

2.8.2.2. İndirekt Bakım

Bu tip bakım hastanın ekip üyeleri ile etkileşim kuramadığı durumlarda uygulanır. İndirekt bakım; evde sağlık hizmeti verecek hemşire ile hastanedeki hemşire arasındaki iletişimin sağlanmasıdır. Evdeki durum telefon ve bilgisayar aracılığı ile karşı tarafa iletilerek gerekli görüş ve öneriler paylaşılır. Daha sonra belirli aralar ile ekip toplanarak ortaya çıkan problemin nasıl çözümlendiği hangi kaynak ve servislerden destek alındığı paylaşılır ve belgelenir. Evde bakım hemşiresinin performansı uygulamalara yönelik tuttuğu kayıtlar doğrultusunda ev sağlık bakım kurumları tarafından denetlenerek belgelenir (29).

Hastaların evde bakımını sürdürmeleri için gereksinim duyulan bakım hizmetleri iki kategoride incelenir: geleneksel bakım hizmetleri, ileri teknoloji kullanılan bakım hizmetleri (29).

Geleneksel Bakım Hizmetleri

Hasta tanılama uygulamaları, hasta ve aile eğitimini içeren kaliteli bakım, tedaviler ve egzersiz programı, yardımcı aletlerin kullanımı, konuşma, dil terapisi gibi rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Bu bakım yoluyla hastada olanaklar ölçüsünde kaliteli bir yaşam geliştirebilir. Ayrıca bu program ev düzenlemelerini içermektedir. Ortaya çıkan tüm semptomların kontrolünde hemşireler semptom yönetimini bir plan dahilinde gerçekleştirirler. Bazı durumlarda hasta gereksinimlerine yönelik olarak lenf ödem yönetimi, yara bakımı, stoma bakımı, beslenme danışmanlığı gibi konularda özel profesyonellerden yararlanır (29).

İleri Teknoloji Kullanılan Bakım Hizmetleri

Günümüzde teknolojik gelişmeler doğrultusunda tüm kronik hastalar için evde değişik teknolojileri içeren araçlar uygulanabilir hale gelmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerde genellikle evde infüzyon tedavisi sık olarak uygulanmaktadır. Ayrıca; analjeziyi sağlama, antiemetik, antifungal tedavi, sıvı tedavisi, takip için kan örneği alma, enteral-parenteral beslenme tedavisi, solunum tedavisi ve diğer tedaviler evde uygulanabilmektedir (29).

Evde bakım hemşirelik uygulamalarının aşağıda belirtilen özelliklere sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır.

- Bütüncül görüş ile bireyin, ailenin ve bakım verenlerin hastanın optimal iyiliğini sağlamak amacıyla, çevresel ve toplumsal kaynakların entegrasyonu üzerine odaklanmalıdır.

- Evde bakım hemşirelik uygulamalarında, aile, ev ve toplum kavramlarını benimseyen, klinik hemşirelik bilgisi ve becerisini de gerektiren bir hizmettir.

- Evde bakım uygulamalarında; hizmeti verme süreci, tanılama, hemşirelik tanısı koyma, planlama, sonuçları saptama, hem bakım verme hem de bakımı değerlendirmeyi kapsayan hemşirelik süreci adımlarına göre hizmet verilmelidir.

- Bakım; aralıklı ya da sürekli ve primer, sekonder ve/ veya tersiyer önlemeye yönelik olabilir. Evde bakım hemşireliği; hastalığı önleme, sağlığı sürdürme, restore etme ve palyatif tedavi yöntemlerini kapsar.

▪ Subakut ve sürekli evde bakımda bakım programlarındaki adımlar çeşitlilik gösterir. Daha spesifik olarak, girişimler; sekonder önleme üzerine odaklanmaktadır (örneğin, tedavi, bakım, rehabilitasyon). Herhangi bir yaş grubu ya da tanı ile sınırlı değildir.

▪ Evde bakım hemşireleri; uygun bir toplumsal ortamda ya da hastanın evinde hastaya bakım sağlamak için hemşirelik uygulaması içerisinde yer alan geniş bir yelpazede yer alan bilgilerle becerileri birleştirir. Evde bakım hemşiresi uygulamalarının yanı sıra; eğitim, koordinasyon ve kaynakların kullanımı, teknik bakımı tüm düzeylerde sağlama ve gözlem yapma, klinik bulguları tanımlama ve kanıta dayalı araştırma bulgularını uygulama, yardımcı personeli denetleme ve hastasının haklarını ve değerlerini savunma gibi birçok rolü bir arada sürdürmelidir.

▪ Evde bakım hemşireleri; psikolojik, kültürel ve çevresel faktörlerin bireyin sağlık hastalık döngüsünde etkili olduğu gerçeğini kabul eder ve bu konulara veri toplamada yer verir.

▪ Evde bakım hemşireliği; hemşirelik uygulama standartlarını ve ANA (1992)'nin sürekli bakım, disiplinler arası iş birliği, profesyonel gelişim araştırma, etik gibi konuları içeren profesyonel hemşirelik standartları rehberliğinde yerine getirilir (29,52).

Evde bakım hemşireleri, otonomiye sahiptir ve diğer disiplinlerden bağımsız olarak uygulama yaparlar. Evde bakım hemşireliği uygulaması, hasta, aile üyeleri, bakım vericiler, inter disiplinler ekip ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için uğraşanların işbirliği ile sürdürülmelidir. Evde bakım ekibinin birbiri ile ilişki ve iş birliğinin yanı sıra, bazı kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde olması önem taşır (5,6,11).

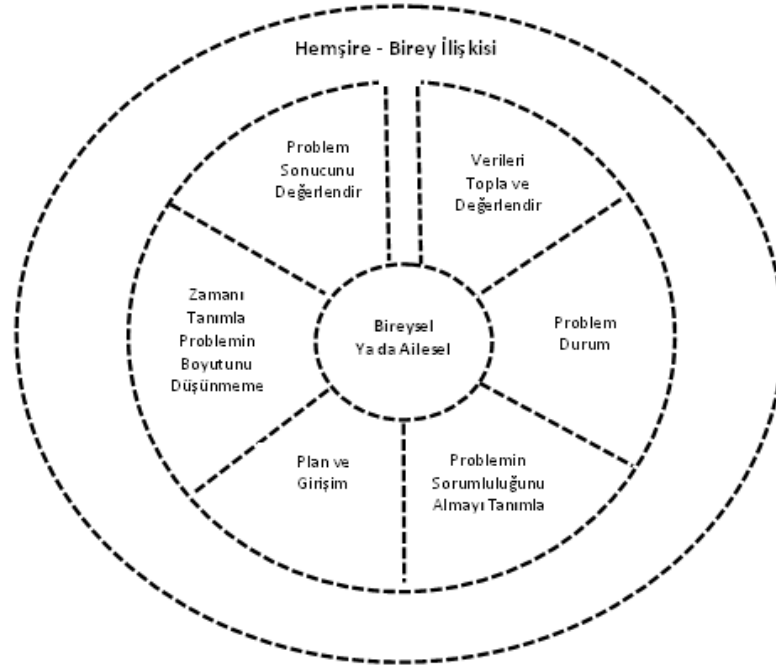
Rice (52), evde bakım hemşireliğinin özelleşmiş bir uygulama alanı olarak gelişmeye devam etmesinin; tıbbi teknolojinin hastane dışında kullanımının artmasına, sağlık bakım hizmetlerinin sosyal ve ekonomik olarak yeniden yapılanmasına, bakım gereksinimi duyan hastaların birden fazla probleminin evde yönetilmesine olanak sağlayacağını belirtmektedir. Ev ortamındaki bakım kalitesinin evde bakım hemşirelerinin çalışmalarıyla yükseleceğini belirtmiştir.

2.8.3. Evde Bakım Hemşireliği Süreci ve Amaçları

Evde bakım hemşireliğinin temel amacı; hastanın evde bakım gereksinimlerini gidermek için durumu anlamak ve bilgi ve beceriye dayalı bir tedavi ile ailelere ve bakım vericilere destek sağlamaktır (52). Spesifik anlamda evde bakım hemşiresi, hastanın

bakımını planlar, konforunu sağlayan girişimlerde bulunur; sağlığını yükseltici, geliştirici, restore edici girişimler ile hastalıkların sonucunu iyileştirerek ve komplikasyonları önleyerek; rehabilitasyon girişimleri uygular (ANA, 1986). Rice (52) evde bakım hemşireliği uygulama prensiplerinin; sağlığın düzelmesine daha fazla yardımcı olan, direkt maliyet etkili ve kaliteli sağlık bakımın sağlanması olduğunu belirtmiştir. Hemşireler, bakım vericiler ve hasta arasında işbirliği sağlamalı ve kendi denetiminde optimal sağlık ya da fonksiyonlarının en iyi düzeyde olması için evde öz bakım girişimlerinin yönetilmesini sağlamalıdır. Evde bakım hemşireleri hastanın bakım yönetimi, eğitimi ve savunuculuğu sayesinde bu amacı rahatlıkla yerine getirebilmektedirler (29).

Evde bakım hemşireliği uygulamaları Omaha Sınıflandırma Sistemi doğrultusunda yapılmaktadır (Şekil 1). Omaha sistemi yaklaşımı evde bakımda aile hemşireliği sürecinde kullanılmaktadır (29,53).



Şekil 1. Aile Hemşireliği Sürecinin Kavramsallaştırılması
Omaha sisteminin evde bakım hemşireliğine uygulanması

Evde bakım hemşireliği uygulama sürecinde tanımlanan, organize bir yapıyı göstermektedir. Martin ve Scheet (54) hemşire- hasta ilişkisi, klinik karar/değerlendirme ve hemşirelik sürecinin doğasındaki interaktif dinamikliği gösteren bu sirküler modeli

belirtmişlerdir. Dıştaki halka, bakımın önemi ve uygun hemşire-hasta ilişkisini göstermektedir. Bu modelde; müşteri, hasta ve ailedir; müşterinin öneminin merkeze yerleştirilmesini vurgulamıştır. Hemşire-hasta ilişkisinde ardışık geçişler olmakla beraber, sıklıkla çok yönlü bir işleyiş bulunmaktadır. Müşterinin sağlık durumunun evdeki değişimini yansıtmakta olduğunu ve sıklıkla bu durumu kompleks güçlerin etkilediği belirtilmektedir. Bu süreç ev sağlığında hemşirelik uygulamalarına kapsamlı bir yaklaşım sağlamaktadır.

2.8.4. Evde Bakımda Hemşirenin Roller ve Oryantasyon Stratejileri

Evde bakım geleneksel hastane uygulamaları ile karşılaştırıldığında hemşirenin daha fazla otonomiye sahip olduğu görülmektedir. Hemşireler, normal çalışma saatlerine ek fazla çalışma saatlerinin bulunmasına rağmen (evde bakım şirketlerinin 7/24 saat çağrı sistemini kullanması ve hafta sonları görevlerin olmasına rağmen) insanlarla kurulan sosyal ağ ve uygulamaların bağımsız olarak gerçekleştirilmesi bu alanın tercih edilme nedenleri arasındadır (55).

Evde bakımda özel yeterlilikler incelendiğinde, temel, kurumsal ve sisteme ait yeterliliklerinin etkili olduğu görülmektedir. Evde bakım hemşireleri için; üç tip (temel yeterlilikler, organizasyonel yeterlilikler, sisteme ait yeterlilikler) yeterlilik belirlenmiştir (29).

Temel Yeterlilikler

Hasta ve aileler ile sahnelenen klinik uygulamalarında bilgi, beceri, yargısal başvuru gibi konuları içeren yeterliliklerdir.

1. Tanılama ve izlem
2. Bakım planlama
3. Klinik karar verme
4. Etkili iletişim
5. Hemşire-hasta ilişkilerinin kurulması ve sürdürülmesi
6. Uygulama becerileri/ hemşirelik bakım uygulamaları
7. Kültürel yeterlilik
8. Kanıta dayalı uygulama

Organizasyonel Yeterlilikler

İşveren beklentileri ile ilgili toplantı yeterlilikleridir.

1. Zaman yönetimi ve organizasyonel beceriler
2. Bakım koordinasyonu
3. Sevk etme
4. Kompleks teknoloji ile profesyonellik
5. Kaliteli bakım

Sistem Yeterlilikleri

Evde bakım hemşireliğinde finansman, yönetim, sağlık sistemi ve servislerinin dağıtımını gibi konularda yeterliliklerdir.

1. Hasta savunma
2. Sistem bilgisi
3. Evde sağlık hemşireliğinde yeterlilik için çerçeveler organize etmek (29).

2.8.4.1. Evde Bakım Hemşiresinin Rollerini

Bennefield (56), etkin ve etkili evde bakım hemşirelerinin yeterliliklerini belirlemiştir. Hemşireler; bilişsel, psikomotor, duygusal, etkili ve verimli olma özelliklerini taşımalıdır (Tablo 2).

Tablo 2. Etkili ve Verimli Evde Bakım Hemşirelerinin Yeterlilikleri

<p>1. BİLİŞSEL</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Gerçekleri tanıma ve hatırlamayı içeren bilgi ve yeni bir durum veya problem ile başa çıkmada entelektüel yöntemlerin geliştirilmesi <p>2. PSİKOMOTOR</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hemşirelerin el becerileri▪ Enjekte etme yetenekleri▪ Akciğer seslerinin dinlenmesinde fiziksel süreç▪ Nazogastrik tüp takılımı▪ Elbise değişiminin fiziksel süreci <p>3. DUYGUSAL</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Tedavi edici dokunma▪ Hasta ile iletişimde gösterilen empati▪ Hasta mahremiyetini sürdürmek▪ Hemşirenin hasta ve ailesi üzerinde kendi değerlerini göstermeden hasta tarafından olaylara bakarak iletişim kurmak <p>4. ETKİ</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Hemşirelerin yönetim ve hastalara evde bakım sağlamada önde gelen hedeflerini başarma dereceleri <p>5. VERİM</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Zaman ve materyal kaybı olmadan yapılan ev ziyaretleri▪ Ev ziyaretleri sırasında zaman yönetimi▪ Materyal ve zaman kaybından kaçınmak için kaynakların bilinçli kullanımı

Bu özellikler doğrultusunda evde bakım hemşireleri değişik roller üstlenirler (29).

1. Eğitici rolü

Hemşire sürekli hasta ve ona bakım veren ile birlikte planlı bir iletişim kurar. Bu iletişim sürecinde, hemşire evde gereksinimi olan bakımı nasıl yöneteceklerine dair bilgiler verir. Bu süreçte hasta ve bakım verenin tüm özellikleri ve eğitim durumu dikkate alınarak

bilgilerin hangi yollarla öğrenileceği değerlendirilir ve eğitsel yöntemlerle onlara ulaşmaya çalışılır.

Evde bakımda eğitim konuları

- Hastalık süreci
- Rapor edilen belirti ve bulgular
- Semptom yönetimi
- Oral/IV ilaç verme
- Evde öz yönetim
- Evde rehabilitasyon
- Egzersiz
- Günlük yaşam aktivitelerinin ve enstrümental aktivitelerin yönetimi
- Beslenmenin sürdürülmesi
- Tedavi rejiminin uygulanması
- İleri bakım planlama
- Terminal evre
- Başa çıkma becerilerinin öğretilmesi

Hastanın bakımına ilişkin eğitimlere bakım alacak bireyin de katılması eğitim etkinliğini artırır.

2. Hasta savunuculuğu

Hastanın sorunlarını ele almayı, hastanın sağlık ekibine kendi durumu ile ilgili soru sormasını, sağlık ekibi üyelerine de hastaya zaman ayırma konusunda uyarıda bulunmayı öğretir. Bu konu birçok kaynakta tartışılmıştır (51).

3. Vaka yöneticisi

Vaka yönetim modeli, değerlendirme, uygulama, koordinasyon ve bakımın sonuçlarını değerlendirmeyi içerir. Günümüzde evde bakım hemşireliğinde maliyet etkili uygulamalar ile birlikte kaliteli bakım beklenmektedir. Bu nedenle hemşirenin hastaya, ailesine ve bakım verene bilgi verirken, gerçekçi amaçlarla bakım planı oluşturduğu ve sonuçları değerlendirmesi gerektiği bilgisi verilmelidir. Evde bakım hemşiresinin kaliteli bakım stratejilerinin geliştirilmesinde önemli rolleri vardır.

- Gerektiğinde sorumluluğu doğru kişiye doğru zamanda yönlendirir.
- Diğer personeli denetler.

- Uygulama ortamındaki kaynakları yönetir/ etkili kullanır.
- Bireysel kaynakların etkili kullanımını sağlar.
- Aktiviteleri koordine eder.
- Sağlık kurumunu bireye, bireyi de kuruma karşı temsil etme sorumluluğu vardır.

Evde bakımda primer hemşirelik vaka yönetimi modelinde evde bakım hemşirelerinde olması gereken yeterlilikler Herleman tarafından 2008’de tanımlanmıştır. Bu yeterlilikler; taburculuk planı doğrultusunda hastanın hastaneden eve naklinde gerekli prosedürleri uygulama; hemşirelik sürecini uygulayabilme, eğitim sürecini uygulama, en üst düzeyde bakım ve tedaviyi (ilaç tedavisi, IV ve santral katater bilgi ve becerisi, çeşitli yara bakım tedavi ve yara bakımı) sürdürme, ev- hastane arasındaki süreci yönetme, geri ödemenin gerçekleşmesi için etkin kayıt tutma ve etkili iletişim becerileridir.

Herleman (57); evde bakım hemşiresinin vaka yönetimi ile hasta bakımını yönetme rollerini ayrıntılı olarak inceleyerek vaka yönetiminde beş temel öge belirlemiştir.

1. Bakımı koordine eder.
2. Bakımın sürekliliğini sağlar.
3. Hasta durumundaki değişiklikleri saptar.
4. Diğer ekip üyeleri ile birlikte önerilen bakımı uygular.
5. Bakım kapsamında finansal durumları konusunda farkındalığı ve anlaşılabilirliğini sağlar.

Vaka yönetimi modelinde; hizmeti alan, hizmeti veren ve ücreti ödeyen kurum arasında sürekli etkileşim ile sürdürülür.

4. Danışmanlık rolü

Hemşire hasta ve ailesinin sağlığını korumaları, geliştirmeleri ya da hastalığın etkileri ile baş etmeleri için kendi kaynaklarını/ sağlanabilecek kaynakları tanımalarına, kullanmalarına, durumlarına tam olarak anlamalarına ve sağlıklı bir karar vermelerine yardım eder. Hemşire genellikle bu rollerin çoğunu aynı anda yerine getirir. Bakım verirken eğitir, eğitirken danışmanlık eder (29).

5. Bakım verici rolü

Hemşire, hasta bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal durumunu iyileştirmeye yardım eder. Durumun birey ve aile üzerinde ki fiziksel, psiko-sosyal etkilerini tanımlar ve iyileştirici girişimlerde bulunur (29).

6. Spirütüalite ve estetik roller

Maslow, 1960'lı yıllarda gereksinimler hiyerarşisinde; maneviyat ve moral değerlere en üst basamakta yer vermiştir. Virginia Henderson, hemşireliğin amacının; bireyi temel gereksinimlerini karşılamada bağımsız hale getirmek olduğunu belirtmiş ve bu temel gereksinimlerin fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, spiritüel ve entelektüel alanlardan oluştuğunu ileri sürerek 14 temel gereksinim tanımlamıştır. Bunlardan birisi “inançları doğrultusunda ibadet etme” gereksinimidir. Hemşirelerin bireylerin spiritüel gereksinimlerini değerlendirebilmeleri ve karşılayabilmeleri için donanımlı olmaları gerekir. Birçok evde bakım hemşiresi inanç, umut, sevgi gibi spirütüel bakımın yararlılığına değinmektedir (29).

Hemşirelerden beklenen estetik roller ise; yaratıcılık, duyarlılık, anlayışlılık, hakkına sahip çıkma, öz saygı, gizlilik, umut, güven, akılcılık ve sorumluluk olduğu ileri sürülmüştür.

Hemşirelerin profesyonel rollerini yerine getirirken bazı becerilere sahip olmaları gerekmektedir. Bu beceriler; ölçme, değerlendirme, etkili iletişim kurabilme, karar verme, kritik ve yaratıcı düşünme, kendine yön vermeyi içermektedir (29).

2.8.4.2. Rollerin Uygulanmasında Beceriler

1. Ölçme ve değerlendirme becerileri: Hastanın, ailenin ve ev çevresinin bütün olarak ele alınarak derinliğine değerlendirmesi gerekir. Değerlendirmeler ya yüz yüze direkt görüşmeler yolu ile ya da telebakım sistemi ile telefonla yapılmalıdır. Hastalardan ve bakım vericilerden gelen öneriler çok önemlidir.

Hemşire sıklıkla yaptığı ziyaretler sırasında bakımın planlanmasında çeşitli rehberleri kullanabilmelidir (29).

2. Etkili iletişim kurabilme: Multidisipliner ekip içerisinde bulunan hemşire koordinasyonu sağlama ve bakımı planlamada iletişim kanallarını açarak sürdürülebilir bir

iletişim kurmalıdır. Bu sayede sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurarken hasta ve yakınlarının, bakıcı ile iletişimi sağlayarak uyumlu çalışmalarını sağlar (29).

3. Karar verme: Evde bakım, farklı sorumlulukları ve uygulamalarda özgürlükler sağlar. Doktor otoritelerinde değişikliklere rağmen bakım planı ve ev ziyaretleri evde bakım hemşiresi tarafından yapılmaktadır. Eğer hemşire hastanın ihtiyaçlarını belirlerken dikkat gerektiren, aciliyeti olan durumları belirler ise hastaya hemen acil servise nakleder ya da doktorun muayenehanesine götürür. Evde bakım hemşireleri yerine getirecekleri aktiviteler doğrultusunda yeteneklerini kullanmalıdır (29).

4. Etkili kayıt tutma: Hemşireler kalite geliştirme çalışmalarını sadece daha iyi hizmet sunmak için değil, aynı zamanda sağlık sektöründe sağlam bir yer edinmek ve mesleklaşme sürecinde yol almak için de yapmak zorundadırlar. Ev ziyaretleri sırasında bakım verenler yaptıkları işlemler ve görüşmeleri kayıt altına almalıdır. Bu kayıtları tutarken hemşireler evde bakım rehberlerinde yer alan bilgileri tam olarak bilmeli ve bu bilgilerden yararlanmalıdır (29).

5. Kritik ve yaratıcı düşünme: eleştirel düşünme; araştırma, sezgi, mantık ve deneyime dayanan, evrensel değerleri olan bir süreçtir ve karşılaşılan zorluklarda kullanılmaktadır. Her yönlü düşünmeyi, bazen de karşıt düşünmeyi gerektirir. Temelinde; bireyin kendi düşüncelerini gözlemleyebilme ve bunları anlamlandırabilme yeteneği yatar, sorunları daha bilinçli olarak çözme ve etkili karar vermeyi sağlar. Eleştirel düşünme sürecinin içerdiği beceriler arasında; kanıtlanmış gerçekler ve öne sürülen iddialar arasındaki farklılığı yakalayabilme, elde edilen bilgilere ait kaynakların güvenilirliklerini test edebilme vardır. Ayrıca, ilişkisiz bilgileri kanıtlardan ayıklayabilme, önyargı ve bilişsel hataların farkında olabilme, tutarsız yargıların farkına varabilme, etkili soru sorabilme, sözlü ve yazılı dili etkili kullanabilme ve bireyin kendi düşüncelerinin farkına vardığı üst biliş ve benzerleri de yer alır.

Yaşamsal ve kritik kararlar alan, uygulayan hemşirelerin eleştirel düşünme becerilerini geliştirmeleri, mesleğin artık yatak başı bakım hizmeti olarak görülmemesi, bilime inanan ve gerçekleri araştırıp uygulayan, teorikle bağlantılı, el becerisi yanında zihinsel ve entellektüel gücünü de kullanan, kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştiren bir disiplin olmasında oldukça önemlidir. Araştırmalar eleştirel düşünmenin, zihinsel yeteneğin önemli bir boyutu olduğunu, olgunlaşma ve yaşantı zenginliklerinde

etkilendiğini, bu nedenle eleştirel düşünme ile eğitim arasında önemli bir ilişki olduğunu açıklamaktadır (29).

6. Kendine yön verme: evde bakım hemşireleri çoğunlukla kendilerini yönlendirirler. Onların haftalık, günlük programlarını başlatır. Programlara göre karar verilen ve gerekli olan uygulamaları hastaya uygular. Hastanın evinde her alanın değerlendirmesini yaparak aile üyelerinin bakımda oryantasyonunu sağlar. Ayrıca telefonla ya da yapılan ev ziyaretleri ile bakım planında değişiklikler yapar ve bildirir (29).

2.8.5. Evde Bakım Hemşireliğinde Sertifikasyon

Sağlık bakım profesyonelleri için hazırlanan sertifika programları, uzmanlık derecesini ve geçerliliğini göstermesi bakımından hizmet eder. Şu anda American Credentialing Center (ANCC)'den elde edilebilen genel ve klinik uzman düzeylerinde, evde bakım hemşireleri için geçerli iki tip sertifikasyon ve yeniden sertifikasyon programları bulunmaktadır. Sertifikalı bir evde bakım hemşiresi olmak ve evde bakım hemşireliğinde sertifika alımını öğrenmek Kayıtlı Hemşire lisansı için zorunludur ve ayrıca minimum iki yıllık bir deneyim ile birlikte son 36 ay içerisinde 1500 saat ve haftada minimum 8 saat olmak üzere, güncel evde bakım uygulamaları ile ilgili bir sertifika programını başarı ile tamamlamış olma şartı aranmaktadır. Aynı zamanda hemşire, devam eden iki yıl içinde 20 saatlik eğitim bağlantısı kurmak zorundadır. Ülkemizde evde bakım hemşireleri için ilk sertifikasyon programı 1993 yılında Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) işbirliği ile başlatılmış olup programlar dernek ve özel kurumlarca yürütülmektedir (29).

2.8.6. Evde Bakım Hemşiresi İçin Yasal ve Etik Konular

Evde sağlık hizmeti sunmanın karmaşık doğası nedeni ile evde bakım hemşireleri, yasal gereklilikler, etik rehberler ve ev ortamında hemşirelik uygulamasının içeriğinin söz konusu bağlamı içerisindeki yasal ve etik uygulamaların farkında olmalıdır. Etik konular; evde bakımla ilgilenen hemşirelere ilişkin birçok konudan kaynaklanabilir. Bu konular, yetersiz ya da dengesiz beslenen, yeterli barınağı ya da tıbbi desteği olmayan, iyi bir destek sisteminden yoksun ve evde ölmeyi seçen bireylerle çalışma gibi değişik durumları içerir.

Konular, ikilemler ya da çatışmaların tipi ne olursa olsun, evde bakım hemşireleri, ANA'nın uygulama standartları (1991, 2008) ve hemşirelik kodları (1985) rehber

almalıdırlar. Mantıklı ve özenle yaklaşım gösteren, ilgili prensipleri anlayan ve uygulayan, profesyonel ilişkiler kurabilen (rehberlik ajansları ya da forumlar gibi) kişiler olmalıdırlar. Ayrıca; evde bakım hemşireleri: hasta hemşire ilişkisini, hastanın yeterlilik ve sorumluluklarını, gelecek planları ya da yaşam arzularını, profesyonel sorumluluklar ve sorumluluk bilinci ile taraf tutma, bakım standartları, bakımın dokümantasyonu, ödenecek borç ve yanlış uygulamalar açısından değerlendirmelidir (29).

Tüm dünyada ve ülkemizde, evde bakım programları, sağlık bakım sistemi içindeki yerini almaktadır. Evde bakım sisteminde, bakımı alan birey, ekip üyeleri ve evde bakım organizasyonunun, aynı amaç doğrultusunda çalışmaları önem taşımaktadır. Günümüzde bu sistemin yürütülmesinde hasta izleminin yapılması önem taşımaktadır. I.D.N.S yöntemi ile telefon numarasını çeviren hekim, bilgisayarlara bağlanabilmekte ve hasta numarasını girerek hasta kayıtlarına ulaşabilmektedir. Bu sistem, Türkiye’de bir buçuk yıldır kullanılmaktadır. Evde sağlık bakımı devam ederken; yeni durumların görülmesine bağlı olarak, yeni evde hemşirelik bakımı sunma ve yeni organizasyon yolları ortaya çıkmaktadır. Evde bakım hemşireliği uygulaması ve olanağı, teoriler, kavramlar, uzman hemşirelerin prensipleri ve genel olarak hemşireler tarafından iyi bir şekilde açıklanmıştır. Evde bakım hemşiresi aynı zamanda kendi rol ve sorumluluklarını ve bu değişen sağlık bakım sistemi içerisindeki yetki ve fırsatlarını düşünmeli ve gelişime açık olmalıdır (29).

2.8.7. Evde Bakım Hizmetlerinde Karşılaşılan Güçlükler

Ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfus artışı ve buna bağlı olarak kronik ve dejeneratif hastalıkların, kanser hastalarının ve bedensel engelli sayısının artması, sağlık bilincinin gelişmesi ile birlikte “koruyucu, destekleyici ve rehabilite edici sağlık ve sosyal hizmet ihtiyacının” öneminin artması, evde sağlık hizmetlerinin gelişimine neden olmuştur (58). Evde sağlık bakım hizmetleri sağlık sistemi içerisinde talebin hızla arttığı ve uygulamada sıklıkla tercih edilen alanlardan biri haline gelmiştir (59).

Tüm alternatif hizmetler gibi evde sağlık hizmetleri uygulamasında da bazı sorunlarla karşılaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin her aşaması hizmet sunanlar ve hizmetten faydalananlar açısından bazı riskler içermektedir (59). Evde sağlık hizmetlerinin yeni bir alan olması yeni riskler ve denetim sorununu beraberinde getirmektedir. Evde sağlık hizmetleri, detaylı bir eğitim programı ve ciddi bir kontrol mekanizması gerektiren zor organizasyonlardır (33).

Çalışma alanında karşılaşılan güçlükler her meslek için gelişimi ve kaliteyi etkileyen engellerdir. Ülkemizde evde bakım hizmetlerinde, hemşireler en fazla insan gücünü oluşturmaktadır. Güçlükler evde bakım hemşiresinin insana hizmet sunması, sürekli ve dikkatli çalışma gerektirmesi nedeniyle daha da önem kazanmaktadır. Evde bakım hemşireliğinde çalışma alanında güçlüklerin var olduğu öne sürülmektedir. Hellman (60) yaptığı çalışmada, evde bakım hemşirelerinin yaşadıkları güçlükleri dört kategoride sınıflandırmıştır;

- Kurumun özelliklerine bağlı güçlükler:
 - Dokümantasyon sistemi
 - Ücret ödeme şekilleri
 - Destek/ staff ekip
 - Disiplinler arası iletişim yolları
 - Hizmet içi eğitimin varlığı
 - Yazılı iş tanımları
 - Yazılı hizmet politikaları
 - Etkili denetim
 - Geri bildirim
- Yaşanan çevrenin özelliklerine bağlı güçlükler:
 - Hastanın oturduğu yere ulaşım
 - Zaman
 - Hava koşulları
 - Trafik
- Hastanın/ ailenin özelliklerine bağlı güçlükler:
 - Konutun genelindeki fiziki ortam
 - Ulaşabildikleri sosyal destek
 - Hasta ve ailesinin yaşı
 - Öğrenebilme yeteneği
 - Var olan sağlık durumları ile ilgili bilgi düzeyleri
 - Bakıma katılma yetenekleri ve işbirliği
 - İletişim becerileri
 - Bakım gereksinimlerinin düzeyi

- Hemşirenin özelliklerine bağlı güçlükler:
 - Evde bakım deneyimi
 - Hemşirenin kendini yeterli hissetme durumu
 - Aldığı mesleki temel ve mezuniyet sonrası eğitim
 - İletişim becerileridir.

Ülkemizde evde bakım hizmetleri gelişmediğinden hem bakım veren, hem de bakım alan bireyler pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar. Literatür incelemesi sonucu elde edilen bilgilere göre hemşirelerin evde bakım hizmetlerinde karşılaştıkları güçlükler:

Hasta ve ailesinden kaynaklanan güçlükler; tedavileri kendi düşünceleri doğrultusunda değiştirmeleri, beslenme rejimlerine uymamaları, hasta ve ailesinin, sağlık personelinin beklentilerin sağlık personelinin rolü ile uyuşmaması (ev işleri yapmalarını istemeleri gibi), evde bakım hemşiresi tarafından planlanan bakıma hasta ve ailesinin direnç göstermesi, hemşire tarafından sağlanan bilgilerin yanlış kullanımı, hasta ve ailesinin yaptığı hataların sorumluluğu gibi etik sorunlar (45,61,62), aile fertlerinin sürekli hasta ile birlikte olmasının yarattığı gerginlik (63,64,65). Kar (21), hasta ve yakınlarının bakıma müdahale etmeleri, hasta ve yakınlarının önerilere uymamaları konusunda hasta ve ailesine bağlı güçlük yaşadıklarını bildirmiştir.

Hemşirelerden kaynaklanan güçlükler; hasta ve aile ile uygun etkili profesyonel ilişki kuramama (45,61,62,63,66), evde kullanılan teknikler ve cihazlarla ilgili bilgi ve deneyim eksikliğidir (45,61,62).

Multidisipliner ekip çalışmasının olmaması, tıbbi tedavinin düzenlenmesinde güçlük yaşanması, hasta hekim bağlantısının kurulamaması gibi güçlükler yaşanmaktadır (45,61,62). Sağlık bakımında iş birliği sağlamak ve hastaların evlerinde bakımı başarıyla sürdürmek için çok sayıda sağlık bakım ekibi üyesine ve bunların arasında olumlu ve etkili bir iletişime ihtiyaç vardır (67-71). Evde bakımda bakımın sürekliliğinin sağlanması önemlidir. Bu hem hasta ve ailesine yapılan etkili eğitimler, hem de ekip, kurum ve diğer hizmet sunucuları arasındaki etkili iletişimle sağlanır (38,67-71).

Değişen sosyal ve sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere evde bakımın hızla değişmesiyle personel gelişiminin önemi artmaktadır. Evde bakım hemşireliği için eğitim kaçınılmazdır (67-72). Ülkemizde evde bakım hizmetleri yeni yaygınlaşmakta olup, evde bakım hizmetlerinin sunumunun nasıl yapılacağına dair belirlenmiş bir model olmaması,

altyapı planlamalarının yapılmaması, bu hizmetleri verecek nitelikli insan gücünün yanında hemşire eksikliklerini doğurmaktadır (73).

Evde sağlık bakım hizmetleri sunum sürecinde aile üyelerini de içeren evde bakım sağlayıcıların bu sistemde nasıl yer alacağı ya da bu sistemin ev için nasıl geliştirileceği açık değildir. Öte yandan tedavi ve bakımın hastanın evinde yapılması nedeni ile evde bakım ekibini oluşturan profesyoneller diğer meslektaşlarından izole edilirler ve hizmet sunum sürecinde eş zamanlı destek alabilecekleri meslektaşları yoktur (59). Hemşirelerin hastanede çok kolay yardım alarak yaptıkları işleri yalnız yapmak zorunda kalması (45,61,62) çalışma alanında diğer bir karşılaştıkları güçlüktür.

Şehir içinde bakım verilecek hasta evine kolay ulaşılamaması ya da eve ulaşmak için yeterli ulaşım kaynaklarının olmaması (45,61,62) nedeniyle güçlükle karşılaştıkları belirtilmiştir.

Evde sağlık hizmetleri uygulamasında personel ve hasta güvenliği ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Personel güvenliğini ele alırsak, eve gidildiğinde neyle karşılaşılacağı bilinmemektedir. Evde sağlık hizmetleri uygulamasının yeni olmasına rağmen bazı ciddi olmayan olayların yaşandığı bilinmektedir (31). Tanımadıkları kişilerin evlerinde zaman geçirmek zorunda olmalarına bağlı günlük yaşadıkları belirtilmiştir (45,61,62).

Evlerin sağlık bakımından öte yaşamak için dizayn edilmiş olması, hastanelerde var olan benzer yapıların evde olmayışı, evde bakım hizmetlerinde fiziksel çevreyi düzenleyen standartların yokluğu hizmet sunumu sürecinde hasta ve çalışan güvenliği açısından riskleri artırmaktadır (59). Kar (21), hemşirelerin hasta evlerine ulaşma, hasta evlerinde bakım için uygun ortam sağlama, evlerde kendi ihtiyaçlarına zaman ayıramama konusunda fiziksel ortama bağlı günlük yaşadıklarını bildirmiştir. Ev ortamında hastanın değerlendirilmesi ve tedavilerinin yürütülmesinde ev ortamının uygun olmaması, dikkat dağıtıcıların olması (ışık, ses, ziyaretçiler), evlerdeki sağlık koşullarının uygunsuzluğunu (45,61,62) hemşirelerin karşılaştıkları güçlükler olarak belirtilmiştir.

Ayrıca kurumlarda, çalışanları korumak için fiziksel çevrede düzenlemeler yapılabilirken evde bakım hizmetlerinde bunu sağlamak daha zordur ve kullanılan teknolojiler, malzemeler kalite ve güvenlik standartları doğrultusunda hastaneler için tasarlanmıştır ancak evde kullanılmaktadır (59).

Evde sağlık hizmetlerini verecek personelin alışmış olduğu bir ortam dışında hizmet vermesi verimliliğini azaltmakta ve hizmet sunumunu zorlaştırabilmektedir (63,66). Ayrıca sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, evde sağlık hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel bir kişinin olmaması evde bakımın hastane bakımı karşısında bir dezavantajdır (66,74).

Kar (21), hemşirelerin kurumda verilen hizmet içi eğitilmeye katılma, iş tanımlarının olmaması, tedavi orderlerinin sözlü olması konusunda kuruma bağlı güçlük, hastayı taşıma ve pozisyon verme, tanımadığı insanların evlerinde hizmet verme konusunda hemşirelik hizmetlerine bağlı güçlük yaşadıklarını bildirmiştir.

Hemşirelerin evde bakım hizmetlerinin mali karşılığını alamaması, evde bakım hizmetlerinin sunumunda yasal düzenlemelerin yetersiz olması, evde bakım hemşirelerinin iş güvencesinin olmaması, evde bakım hizmetlerine yol gösterecek yeteri kadar araştırma ve yayının bulunmaması (45,61,62) belirtilen diğer güçlüklerdir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlükleri ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; İzmir ili kamu hastanelerinin ve belediyelerinin evde bakım birimlerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri Mayıs- Haziran 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey ve Güney Genel Sekreterliklerine bağlı hastanelerin ve İzmir ili belediyelerinin evde bakım birimlerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçim tekniğine gidilmemiştir. Araştırma örnekleme çalışmaya katılmayı kabul eden evde bakım birimi hemşireleri (n=54) alınmıştır.

Örnekleme dahil etme kriterleri

1. Evde bakım hemşiresi pozisyonunda çalışan olması,
2. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmanın materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlükler ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarıdır. Bağımsız değişkenler ise hemşirelerin sosyo-demografik özellikleridir (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı vs.).

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, “Evde Bakım Hemşirelerinin Çalışma Alanında Karşılaştıkları Güçlükler ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanları Anket Formu (hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini, karşılaştıkları güçlükleri ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarını belirlemeye yönelik soruları içermektedir.)” kullanılmıştır (Ek 1). Anket formunun uyumu beş uzman kişinin görüşü alınarak değerlendirilmiştir. Katılımcılardan araştırmanın amacı açıklandıktan sonra sözlü ve yazılı

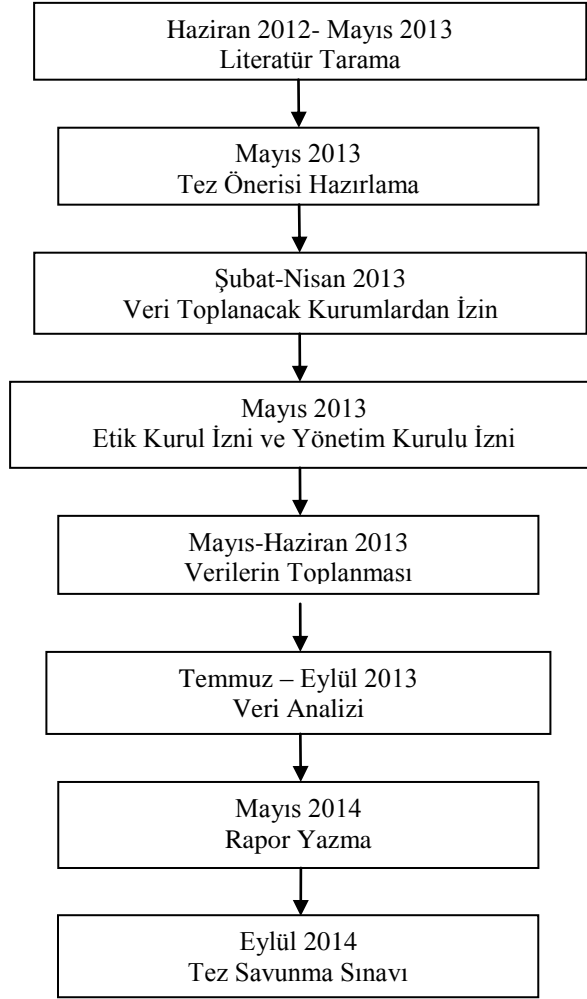
izin alınmıştır (Ek 2). Araştırma verileri araştırmacının kendisi tarafından araştırmaya katılacak evde bakım hemşireleri ile yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir.

3.6.1. Evde Bakım Hemşirelerinin Çalışma Alanında Karşılaştıkları Güçlükler ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanları Anket Formu

Evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlükler ve bakım vermede duyulan gereksinim alanları anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde evde bakım hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin sorular, ikinci bölümde evde bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlüklerle ilişkin sorular yer almaktadır.

Evde bakım hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin sorular; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan kurum, mesleki çalışma süresi, evde bakım hemşiresi olarak hizmet verilen süre, meslekte çalışılan alanlar, çalışma şekli, hemşire sayısını yeterli bulma durumu, iş yoğunluğu, evde bakım hemşireliği eğitimine yönelik sorular, hissedilen yeterlilik düzeyi, gereksinim duyulan eğitim konuları, hemşirelerin kurum evde bakım hizmetleri işleyişine yönelik bilgileri, bakımı planlayan kişi/kişiler, bakım vermede duyulan gereksinim alanlarının belirlenmesine yönelik 29 sorudan oluşmaktadır. Anketin ikinci bölümünde evde bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükleri tespit etmek amacıyla, mevcut literatür incelenerek evde bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlüklerle ilişkin sorular; kurum kaynaklı güçlükler (24 soru), hemşirelik ve hemşirelik hizmetleri kaynaklı güçlükler (32 soru), fiziksel ortam kaynaklı güçlükler (7 soru), hasta ve yakınları kaynaklı güçlükler (9 soru) olmak üzere dört başlık altında yer almıştır (Ek 1).

3.7. Araştırma Planı



3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri girişi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.00 paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından yapılmıştır. Elde edilen verilerin yüzdeler hesaplanması yapılarak sayı ve yüzde dağılımları oluşturulmuştur.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları bulunmamaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın uygulanabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 09.05.2013 tarihli 2013/17-01 karar numaralı etik kurul izin belgesi (Ek 3) ve araştırmanın yapılacağı kurumlardan kurum izin belgeleri alınmıştır (Ek 4). Araştırmaya katılanlara çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu okutulmuş ve yazılı izinleri alınmıştır (Ek 2).

4. BULGULAR

Evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlükleri ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarını belirlemek üzere tanımlayıcı olarak planlanan, Mayıs-Haziran 2013 tarihleri arasında toplam 54 hemşire ile gerçekleştirilen araştırmamızdan elde edilen bulgular iki bölümde ele alınmıştır;

1. Evde bakım hemşirelerinin sosyo-demografik ve mesleki özelliklere ilişkin bulguları
2. Evde bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlüklerle ilişkin bulguları

4.1. EVDE BAKIM HEMŞİRELERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLERİ

Tablo 3. Evde Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

ÖZELLİKLER		n	%
Yaş	Ortanca		35.00
Cinsiyet	Kadın	46	85.2
	Erkek	8	14.8
Eğitim Durumu	Lisansüstü (yüksek lisans/doktora)	3	5.6
	Lisans	20	37.0
	Lisans tamamlama	8	14.8
	Ön lisans	15	27.8
	Sağlık meslek lisesi	8	14.8
Çalışılan Kurum	Kamu Hastanesi	33	61.1
	Belediye	21	38.9
Toplam		54	100

Evde bakım hemşirelerinin yaş dağılımı 24–60 arasında olup ortanca değeri 35.00 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin %85.2'si kadın, %14.8'i erkek; %5.6'sı lisansüstü, %37'si lisans, % 14.82'i lisans tamamlama, %27.8'i ön lisans, %14.8'i sağlık meslek lisesi mezunu; %61.1'i kamu hastanelerinde, %38.9'u belediyelerde çalışmaktadır (Tablo 3).

Tablo 4. Evde Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özellikleri

ÖZELLİKLER	n	%	
Mesleki çalışma süresi (yıl)	Ortanca	13.00	
Evde bakım hemşiresi olarak hizmet verdikleri toplam süre (ay)	Ortanca	24.00	
Meslekte Çalışılan Alanlar*	Poliklinik	14	25.9
	Dahiliye servisleri	17	31.5
	Cerrahi servisleri	16	29.6
	Çocuk servisleri	5	9.3
	Kadın h. ve doğum servisleri	11	20.4
	Geriyatri servisleri	1	1.9
	Psikiyatri servisleri	3	5.6
	Yoğun bakım	15	27.8
	Acil servis	30	55.6
	Ameliyathane	11	20.4
	Aile hekimliği / sağlık ocağı	13	24.1
	İş sağlığı	4	7.4
	Eğitim hemşireliği	7	13
	Huzurevi	1	1.9
Diyaliz birimi	3	5.6	
Evde bakım hizmetinde çalışma şekli	Devamlı gündüz	52	96.3
	Ziyaret şeklinde	1	1.9
	Nöbet usulü	1	1.9
Günlük ziyaret sayısı	Ortanca	5.00	
Evde bakım hemşiresi sayısını yeterli bulma durumu	Yeterli	16	29.6
	Yetersiz	38	70.4
İş yoğunluğu	Çok Yoğun	13	24.1
	Yoğun	26	48.1
	Normal	13	24.1
	Az	2	3.7
Toplam		54	100

*Birden fazla seçeneğe yanıt verilmiştir.

Mesleki çalışma süresi ortanca değerinin 13.00 yıl olduğu ve süre dağılımlarının 1 ile 41 yıl arasında değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Hemşirelerin evde bakım hemşiresi olarak hizmet verdikleri toplam sürenin ortanca değeri 24.00 aydır. Evde bakım hizmetinden önce çalıştıkları alanlara bakıldığında %55.6'sının acil servislerde, %31.5'inin dahiliye servislerinde, %29.6'sının cerrahi servislerinde, %27.8'inin yoğun bakımlarda, %25.9'unun poliklinikte, %24.1'inin aile hekimliği/ sağlık ocağı, %7.4 iş sağlığı hemşireliği, %1.9'unun huzurevlerinde çalıştıkları belirlenmiştir. Evde bakım hizmetinde hemşirelerin %96.3'ünün devamlı gündüz çalıştığını, %70.4'ünün kurumun evde bakım hemşiresi sayısını yetersiz bulduğunu, %48.1'i iş yoğunluğunu yoğun olarak ifade

etmişlerdir. Evde bakım hemşirelerinin günlük ziyaret sayısı 1 ile 17 arası değişiklik gösterirken ortanca değeri 5.00'dır (Tablo 4).

Tablo 5. Evde Bakım Hemşirelerinin Evde Bakım Hemşireliği Eğitimi ile İlgili Bulgularının Dağılımı

ÖZELLİKLER		n	%
Evde bakım hizmetleri için eğitime ihtiyaç duyma durumu	İhtiyaç duyan	42	77.8
	İhtiyaç duymayan	12	22.2
Evde bakım hemşireliği eğitimi alma durumu	Eğitim alan	23	42.6
	Eğitim almayan	31	57.4
	Toplam	54	100
Evde bakım hemşireliği eğitimini alma zamanı*	Lisans/Lisansüstü eğitiminde	6	11.1
	Evde bakım birimi oryantasyon eğitiminde	0	0.0
	Hizmet içi eğitimde	3	5.6
	Evde bakım kursunda	12	22.2
	Kongre/sempozyumda	12	22.2
Evde bakım hemşireliği ile ilgili alınan eğitimlerin içeriği*	Evde bakım hakkında genel bilgi	16	29.6
	Evde bakımın fiziksel özellikleri	8	14.8
	Kullanılan tıbbi cihaz ve malzemeler	11	20.4
	Evde bakım hemşireliği ve girişimleri	13	24.1
	Acil durumlarda müdahale	5	9.3
	Evde bakımda hasta özellikleri	8	14.8
	Hasta bakımı (Terminal dönem- yaşlı-yenidoğan vb.)	15	27.8
	Kişilerarası iletişim	10	18.5
	İş tanımları	7	13
	Hasta bakım protokolleri	5	9.3
	Kurum işleyişi	6	11.1
	Hasta hakları	9	16.7
	Yara ve stoma bakımı	13	24.1
	Kayıt formları	5	9.3

*Birden fazla seçeneğe yanıt verilmiştir.

Evde bakım hizmetleri için eğitime ihtiyaç duyanların oranı %77.8'dir. Evde bakım hemşireliği eğitimi alanların oranı %42.6'dır. Evde bakım hemşireliği eğitimini, hemşirelerin %22.2'si evde bakım kursunda, %22.2'si kongre/sempozyumda, %11.1'i lisans ya da lisansüstü eğitimde aldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerden hiçbirinin evde bakım birimi oryantasyon eğitimi almadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %29.6'sının evde bakım hakkında genel bilgi, %27.8'inin hasta bakımı (terminal dönem, yaşlı, yenidoğan vb.), %24.1'inin evde bakım hemşireliği ve girişimleri, %24.1'inin yara ve stoma bakımı konularında eğitim aldıkları saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Evde Bakım Hizmetinde Hemşirelerin Hissettiği Yeterlilik Düzeyine Ait Bulguların Dağılımı

ÖZELLİKLER		n	%
Evde bakım hizmetinde hemşirelerin hissettiği yeterlilik düzeyi	Oldukça Yeterli	8	14.8
	Yeterli	21	38.9
	Kısmen Yeterli	24	44.4
	Zayıf	1	1.9
	Kesinlikle Yetersiz	0	0.0
Toplam		54	100

Hizmet sunumunda evde bakım hemşirelerinin %14.8'i kendini oldukça yeterli, %38.9'u yeterli, %44.4'ü kısmen yeterli hissettiğini belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Evde Bakım Hemşirelerinin Gereksinim Duyduğu Eğitim Konularının Dağılımı

ÖZELLİKLER		n	%
Gereksinim duyulan eğitim konuları*	Terminal Dönem Bakımı	3	5.6
	Doğum Öncesi Bakım	2	3.7
	Hasta Hakları	3	5.6
	Görev, Yetki, Sorumluluklar	9	16.7
	Tıbbi Cihazlar	11	20.4
	Evde Bakım Uygulamaları	23	42.6
	Aile Planlaması	4	7.4
	Terapötik İletişim	3	5.6
	Kronik Hasta Bakımı	1	1.9
	Yaşlı Bakımı	5	9.3
	Yara/ Stoma/ Katater/ Ngs Bakımı	8	14.8
	Bebek Beslenmesi	1	1.9
	Acil Durumlarda Müdahale	3	5.6

*Birden fazla seçeneğe yanıt verilmiştir.

Evde bakım hemşirelerinin %42.6'sı evde bakım uygulamaları, %20.4'ü tıbbi cihaz, %16.7'si görev, yetki ve sorumluluklar, %14.8'i yara/ stoma/ katater/ ngs bakımı, %9.3'ü yaşlı bakımı, %7.4'ü aile planlaması, %5.6'sı acil durumlarda müdahale, %5.6'sı terapötik iletişim, %5.6'sı terminal dönem bakımı, %5.6'sı hasta hakları, %3.7'si doğum öncesi bakımı, %1.9'u kronik hasta bakımı, %1.9'u bebek beslenmesi konularında eğitime gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 7).

Tablo 8. Evde Bakım Hemşirelerinin Kurumun Evde Bakım Hizmetleri İşleyişine Yönelik Bilgilerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER		n	%
Evde bakıma yönelik hizmet içi eğitim programı	Var	10	18.5
	Yok	44	81.5
İş tanımları	Var	18	33.3
	Yok	24	44.4
	Bilmiyor	12	22.2
Yazılı evde bakım protokolleri	Var	15	27.8
	Yok	23	42.6
	Bilmiyor	16	29.6
Hizmetin denetlenme durumu	Denetleniyor	34	63
	Denetlenmiyor	20	37
Denetleyen yetkili	Sağlık müdürlüğü	8	14.8
	Sağlık bakım hizmetleri müdürü	7	13
	Başhekim/yardımcıları	3	5.6
	Hekim	1	1.9
	Genel sekreter	1	1.9
	Sağlık işleri müdürlüğü	14	25.9
	Yok	20	37
Toplam		54	100

Hemşirelerin %81.5'i kurumun evde bakıma yönelik hizmet içi eğitim programı olmadığını, %18.5'i ise olduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin %33.3'ünün kurumun evde bakım hemşiresine yönelik iş tanımlarının olduğunu, %44.4'ü iş tanımlarının olmadığını, %22.2'si iş tanımlarının olup olmadığını bilmediğini; hemşirelerin %42.6'sı yazılı bakım protokollerinin olmadığını, %29.6'sı bakım protokollerinin olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir. Evde bakım hizmetinin denetlenme durumu sorulduğunda hemşirelerin %37'si denetlenmediğini, %63'ü denetlendiğini; %14.8'i sağlık müdürlüğü, %13'ü sağlık bakım hizmetleri müdürü, %5.6'sı başhekim/yardımcıları, %1.9'u hekim, %1.9'u genel sekreter, %25.9'u sağlık işleri müdürlüğü tarafından denetlendiğini belirtmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 9. Evde Bakımı Planlayan Kişi/ Kişilerin Dağılımı

ÖZELLİKLER		n	%
Bakımı planlayan kişi/ kişiler	Hekim	6	11.1
	Hemşire	27	50
	Hekim ve hemşireler tarafından ortak	17	31.5
	Hasta/ yakınlarının isteklerine göre	2	3.7
	Hastanede taburculuk planlamasındaki yetkililerce	2	3.7
Toplam		54	100

Evde bakım hizmetlerinde bakımın %50 yalnız hemşireler, %31.5 hekim ve hemşirelerin ortaklığıyla planlandığı tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Evde Bakım Hemşirelerinin Evde Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanlarıyla İlgili Görüşlerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER		n	%
Evde bakım vermede duyulan gereksinim alanlarının olma durumu	Var	20	37
	Yok	34	63
	Toplam	54	100
Evde bakım vermede duyulan gereksinim alanları*	Doktor veya ekip varlığı	8	14.8
	Hizmette standardizasyon	5	9.3
	İletişim aracı (telsiz/ navigasyon vb.)	5	9.3
	Eğitim	12	22.2
	Araç gereç donanımı	3	5.6
	İletişim/organizasyon desteği (kurumlar arası, kişiler arası)	6	11.1
	Ulaşım aracı	8	14.8
	Destek personel yardımına	9	16.7
	Evde bakım birimi odası	4	7.4

*Birden fazla seçeneğe yanıt verilmiştir.

Evde bakım hemşirelerinden %37'sinin evde bakım vermede duyulan gereksinim alanlarının olduğu tespit edilmiştir. Evde bakım vermede duyulan gereksinim alanları %22.2 eğitim, %16.7 destek personel, %14.8 doktor veya ekip eksikliği, %14.8 ulaşım aracı, %11.1 iletişim/organizasyon desteği (kurumlar arası, kişiler arası), %9.3 hizmette standardizasyon, %9.3 evlere ulaşımında iletişim aracı (telsiz-navigasyon vb.), %7.4 evde bakım birimi odası, %5.6 araç gereç donanımı olarak tespit edilmiştir (Tablo 10).

4. 2. EVDE BAKIM HEMŞİRELERİNİN KARŞILAŞTIKLARI GÜÇLÜKLERE İLİŞKİN BULGULARI

Tablo 11. Evde Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Güçlüklere İlişkin Bulgularının Dağılımı

ÖZELLİKLER		n	%
Evde bakım hizmetinde en fazla güçlük yaşanan hasta grupları*	Bilinci kapalı hastalar	22	40.7
	Yaşam destek aletlerine bağlı ve yaşamlarına özel bir bakımla devam eden bireyler	29	53.7
	Konfüze/deliryumda olan hastalar	14	25.9
	Terminal dönemdeki bireyler	11	20.4
	Hastalıklarının akut döneminde çeşitli nedenlerle hastaneden taburcu edilen bireyler	7	13
	Duyu kaybı olan hastalar	6	11.1
	Engellilik düzeyi belirlenmiş bireyler	11	20.4
	Yaşlılar	12	22.2
	Gebe	7	13
	Lohusalar	4	7.4
	Yenidoğan	7	13
	Kronik hastalıklı bireyler	9	16.7
	Günlük tedavi planı hastanede kalmayı gerektirmeyen hastalar	5	9.3
	Konuşmada dil farklılığı olan hastalar	8	14.8
	Öfkeli ve tedavi/bakımı reddeden hastalar	18	33.3
İletişimde en çok güçlük yaşadığımız gruplar*	Hasta	14	25.9
	Hasta yakınları	42	77.8
	Meslektaşlarım	3	5.6
	Hekim grubu	11	20.4
	Yardımcı personel/ diğer hizmet grupları	3	5.6
	Yöneticiler	14	25.9

*Birden fazla seçeneğe yanıt verilmiştir.

Evde bakım hemşirelerinin %53.7'si yaşam destek aletlerine bağlı ve yaşamlarına özel bir bakımla devam eden bireylerin en fazla güçlük yaşadıkları hasta grubu olduğunu ifade etmişlerdir. %40.7'si bilinci kapalı hastalarda, %33.3'ü öfkeli ve tedavi/bakımı reddeden hastalarda güçlük yaşadıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin iletişimde en çok güçlük yaşadığı grup % 77.8 oranıyla hasta yakınları, en az güçlük yaşadığı gruplar ise %5.6 ile meslektaşları ve yardımcı personel/ diğer hizmet grupları olarak tespit edilmiştir (Tablo 11).

Tablo 12. Kurum Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı

Güçlükler	Karşılaşma Durumu			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Yönetimle ilgili problemler yaşamaya bağlı	26	48.1	28	51.9
Kurumun bireysel gelişimini desteklememesine bağlı	30	55.6	24	44.4
Hizmet içi eğitimlerin yetersizliğine bağlı	31	57.4	23	42.6
Kurum hizmet içi eğitimlerine katılmada	19	35.2	35	64.8
Bakım protokollerinin olmamasına bağlı	30	55.6	24	44.4
Görev tanımlarının olmamasına bağlı	28	51.9	26	48.1
Kayıt formlarının fazla olması nedeniyle	22	40.7	32	59.3
Kayıt formlarının hizmeti değerlendirmede uygun olmamasına bağlı	23	42.6	31	57.4
Evde bakım biriminin yanı sıra farklı birimde de görevlendirilmeye bağlı	20	37.0	34	63.0
Hizmetler sırasında ekibe ulaşma / haberleşmede	16	29.6	38	70.4
Acil durumlarda kimi/ nereyi arayacağımı bilmemeye bağlı	12	22.2	42	77.8
Evlere ulaşımında	33	61.1	21	38.9
Sözel istem (order) uygulaması olmasına bağlı	16	29.6	38	70.4
Evde bakım kurumunun denetleme sistemiyle ilgili	12	20.4	42	75.9
Hizmet karşılığı hak ettiğim ücreti alamamaya bağlı	34	63.0	20	37.0
Hasta bakımıyla ilgili kuruma geri bildirimde	7	13.0	47	87.0
İhtiyacım olduğunda kurumdan yardımcı destek personel sağlamada	21	38.9	33	61.1
Ekipman/ malzeme yokluğuna bağlı	23	42.6	31	57.4
Kurum tarafından malzemelerin temin edilmesiyle ilgili	15	27.8	39	72.2
Günlük ziyaret sayısının fazla olmasına bağlı	10	18.5	44	81.5
Uzun ve yorucu iş saatlerinden dolayı	14	25.9	40	74.1
Özlük haklarımın korunmamasıyla ilgili	26	48.1	28	51.9
Ekip içi iletişim kopukluğu ve ekip çatışmasına bağlı	16	29.6	38	70.4

Evde bakım hemşirelerinin %63'ü hizmet karşılığı hak ettiği ücreti alamamaya bağlı, %61.1'i evlere ulaşımında güçlükle karşılaşırken, %57.4'ü hizmet içi eğitimlerin yetersizliğine, %55.6'sı kurumun bireysel gelişimini desteklememesi, %55.6'sı bakım protokollerinin olmamasına, %51.9'u görev tanımlarının olmamasına bağlı güçlükle karşılaşmaktadır. Hemşirelerin %70.4'ünün sözel istem (order) uygulaması olmasına bağlı güçlükle karşılaşmadıkları saptanmıştır. %38.9'u ihtiyacı olduğunda kurumdan yardımcı destek personel sağlamada, %37'si ise evde bakım biriminin yanı sıra farklı birimde de görevlendirilmeye bağlı güçlükle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %87'sinin

hasta bakımıyla ilgili kuruma geri bildirimde, %81.5'inin günlük ziyaret sayısının fazla olmasına bağlı, %77.8'sinin acil durumlarda kimi/ nereyi arayacağını bilmemesine bağlı, %75.9'unun evde bakım kurumunun denetleme sistemiyle ilgili, %74.1'inin uzun ve yorucu iş saatlerinden dolayı, %72.2'sinin kurum tarafından malzemelerin temin edilmesi ile ilgili güçlkle karşılaşmadığı saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelik ve Hemşirelik Hizmetleri Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı

Güçlükler	Karşılaşma Durumu					
	Evet		Hayır		Yanıtsız**	
	n	%	n	%	n	%
Uygulamalarla ilgili bilgi eksikliğine bağlı	21	38.9	33	61.1	-	-
Uygulamalarla ilgili beceri eksikliğine bağlı	5	9.3	49	90.7	-	-
Motivasyon eksikliğinden dolayı	18	33.3	36	66.7	-	-
Zaman yetersizliği nedeniyle	17	31.5	37	68.5	-	-
İş sorumluluklarının fazlalığından dolayı	27	50.0	27	50.0	-	-
Alışmış olduğum ortam dışında bakım verecek olmama bağlı	19	35.2	34	63.0	1	1.9
Uygun bakımı planlanmada	9	16.7	43	79.6	2	3.7
Evde bakım verirken zamanımı planlamada	13	24.1	38	70.4	3	5.6
Birey ve ailenin eğitim ve danışmanlık ihtiyacını belirlemede	15	27.8	37	68.5	2	3.7
Uygulamaları yalnız yapmaya bağlı	25	46.3	27	50.0	2	3.7
Hizmet anında yakınımda bilgi alacağım tecrübeli kişilerin olmamasına bağlı	23	42.6	29	53.7	2	3.7
İlk kez gittiğim evlerde neyle karşılaşacağımı bilmemekten dolayı	35	64.8	19	35.2	-	-
Reçete edilen ilaç, yan etki, etkileşim, kullanım şekillerine ilişkin bilgi eksikliğine bağlı	9	16.7	40	74.1	5	9.3
Oral/ Parenteral tedavi hazırlama ve uygulamada	4	7.4	39	72.2	11	20.4
Kemoterapi hazırlama ve uygulamada	5	9.3	20	37.0	29	53.7
Kataterlerin takımı ve bakımında (ngs vb.)	13	24.1	30	55.6	11	20.4
Beslemede (oral, ngs ile, total parenteral vb.)	13	24.1	30	55.6	11	20.4
Boşaltımda (lavman, rektal tüp uygulama vb.)	8	14.8	33	61.1	13	24.1
Yanık/ yara/ basınç bakımında	6	11.1	42	77.8	6	11.1
Oksijen ve buhar uygulamada	4	7.4	30	55.6	20	37.0
Aspirasyon yapmada	5	9.3	33	61.1	16	29.6
CPR uygulamada	7	13.0	16	29.6	31	57.4
Vital bulgu takibinde	1	1.9	49	90.7	4	7.4
Acil girişimleri uygulamada	13	24.1	31	57.4	10	18.5
Hastanın hijyenik gereksinimlerini karşılamada	17	31.5	33	61.1	4	7.4
Hastayı taşıma ve pozisyon vermede	30	55.6	23	42.6	1	1.9
Entübe/ ventilatörde/ trakeostomili hasta bakımında	25	46.3	23	42.6	6	11.1
Çoğunlukla terminal dönemdeki/ bilinci kapalı hastalara bakım veriyor olmamdan dolayı	21	38.9	30	55.6	3	5.6
Gerekli cihazları kullanmada	18	33.3	33	61.1	3	5.6
Bakım destek elemanlarının denetiminde	8	14.8	32	59.3	14	25.9
Mesleki kararları özgürce verememeye bağlı	15	27.8	37	68.5	2	3.7
Verdiğim hizmeti kaydetmede/ rapor yazmada	14	25.9	40	74.1	-	-

**Hemşirelerden uygulamadıkları işlemleri boş bırakmaları istenmiştir.

Evde bakım hemşirelerinin %90.7'si uygulamalarla ilgili beceri eksikliğine bağlı güçlükle karşılaşmazken, %38.9'u uygulamalarla ilgili bilgi eksikliğine bağlı güçlükle karşılaşmaktadır. Hemşirelik ve hemşirelik hizmetleri kaynaklı güçlüklerle bakıldığında en çok karşılaşılan güçlüklerin %64.8 ilk kez gittiğim evlerde neyle karşılaşacağımı bilmemekten dolayı, %55.6 hastayı taşıma ve pozisyon vermede, %46.3 entübe/ventilatörde/ trakeostomili hasta bakımında, %50.0 iş sorumluluklarının fazlalığından dolayı olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %46.3'ü uygulamaları yalnız yapmaya bağlı evde bakım hizmetlerinde güçlükle karşılaşmaktadırlar. %90.7'si vital bulgu takibinde, %79.6'sı uygun bakımı planlanmada, % 77.8'i yanık/ yara/ basınç bakımında, %74.1'i reçete edilen ilaç yan etki, etkileşim, kullanım şekillerine ilişkin bilgi eksikliğine bağlı güçlükle karşılaşmamaktadırlar. Evde bakım hemşirelerinin %57.4'ünün CPR, %53.7'sinin kemoterapi, %37'sinin oksijen ve buhar uygulamadıkları belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 14. Fiziksel Ortam Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı

Güçlükler	Karşılaşma Durumu			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Ev ortamının bakım için uygun ortam haline dönüşmesini sağlamada	36	66.7	18	33.3
Gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol altına alarak hastanın uyku ve dinlenmesini sağlamada	31	57.4	23	42.6
Evlerin ısıtılması ile ilgili	32	59.3	22	40.7
Evlerin havalandırılmasıyla ilgili	33	61.1	21	38.9
Hasta odalarına giriş-çıkışların kontrolünde	28	51.9	26	48.1
Tanımadığım insanların evinde olmaktan dolayı/güvenliğimle ilgili	39	72.2	15	27.8
Tıbbi atıkların kontrolünde	19	35.2	35	64.8

Evde bakım hemşirelerinin %72.2'si tanımadığı insanların evinde olmaktan dolayı güvenliğiyle ilgili, % 66.7'si ev ortamının bakım için uygun ortam haline dönüşmesini sağlamada, %61.1'i evlerin havalandırılmasıyla ilgili, %59.3'ü evlerin ısıtılmasıyla ilgili, %57.4'ü gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol altına alarak hastanın uyku ve dinlenmesini sağlamada, %51.9'u hasta odalarına giriş çıkış kontrolünde güçlükle karşılaştıklarını ifade ederken, %64.8'i tıbbi atıkların kontrolünde güçlükle karşılaşmadıklarını ifade etmiştir (Tablo 14).

Tablo 15. Hasta ve Yakınları Kaynaklı Güçlüklerin Dağılımı

Güçlükler	Karşılaşma Durumu			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Hasta/ yakınlarıyla iletişimde	29	53.7	25	46.3
Hastanın durumu hakkında kendisine/ yakınlarına bilgi verirken	22	40.7	32	59.3
Hasta/ yakınlarının eğitiminde	22	40.7	32	59.3
Hasta ve yakınlarının bakıma müdahale etmesiyle nedeniyle	32	59.3	20	37.0
Hasta ve yakınlarının bakımdan doyum alamamalarına bağlı	33	61.1	21	38.9
Hasta ve yakınlarının önerilerime uymamaları konusunda	31	57.4	23	42.6
Hasta/ yakınlarının beklentilerinin her ziyarette artmasına bağlı	31	57.4	23	42.6
Görev tanımım dışında hizmet istenmesiyle ilgili (ev işi vb)	33	61.1	21	38.9
Evlerde şiddet, taciz vb. durumlarla karşılaşmaya bağlı	13	24.1	41	75.9

Evde bakım hemşirelerinin %61.1'i hasta ve yakınlarının bakımdan doyum alamamalarına, %61.1'i görev tanımı dışında hizmet istenmesine, % 59.3'ü hasta ve yakınlarının bakıma müdahale etmesine, %57.4'ü hasta ve yakınlarının önerilere uymamalarına, %57.4'ü hasta veya yakınlarının beklentilerinin her ziyarette artmasına bağlı güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Hemşirelerin %40.7'sinin hasta veya yakınlarının eğitiminde ve hastanın durumu hakkında bilgi verirken güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır. Hemşirelerin %24.1'i evlerde şiddet, taciz vb. durumlara bağlı güçlüklerle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. (Tablo 15).

Evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında %72.2'lik en yüksek oranda fiziksel ortamından kaynaklanan güçlüklerden “tanımadığı insanların evinde olmaktan dolayı güvenliği ile ilgili” güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır (Tablo 14).

5. TARTIŞMA

5.1. EVDE BAKIM HEMŞİRELERİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE MESLEKİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULARININ İNCELENMESİ

Evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlükleri ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada araştırma kapsamına alınan evde bakım hemşirelerinin 24-60 yaş arasında olduğu ve ortalama yaşının 35.00 olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Çalışmaya katılan evde bakım hemşirelerinin %85.2'sini kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 3). Araştırmada hemşirelerin çoğunluğunun kadın oluşu bu konuda yapılmış diğer araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (21). Dünya genelinde kadınlar çağlar boyu “bakım sağlayan/ bakım verici” olarak görülmüşlerdir. Gerek doğu gerekse batı kültürlerinde kadın, doğasına uygun olarak “iyileştirici” vasfını benimsemiştir. Hemşirelik mesleği bu nedenle uzun zamandır kadın meslekleri sıralamasının en başında yer almıştır ve birçok genç kadının kariyer rüyası olmuştur. Alışılmışın dışında iş saatleri olan ve nispeten istikrarlı istihdam olanağı sağlayan hemşirelik, geleneksel olarak “kadın için iyi bir iş” olarak görülmektedir (75,76). Çalışmaya katılan evde bakım hemşirelerinin %14.8'inin erkek olduğu görülmektedir (Tablo 3). Kar'ın (21) çalışmasında bu oran %10.8 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde 1954 yılında çıkarılan hemşirelik kanunu, erkek hemşire yetiştirilmesine olanak tanımayan bir yasal düzenlemeydi (Resmi Gazete. Sayı: 8647. 02.03.1954 tarih ve 6283 nolu Hemşirelik Kanunu). 50 yıldan fazla bir süre yürürlükte kalan bu yasa, günümüzün gereksinimlerine yanıt vermediğinden ve hemşireliğin meslekleşmesine ket vuran “bir kadın mesleği” olduğuna ilişkin maddeyi barındırdığından, Ocak 2007'de resmi gazetede yayımlanan “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile değiştirilmiştir (Resmi Gazete. Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun). Böylece 2007'de yapılan yasal düzenlemeler ile hemşirelikte cinsiyet ayırımı ortadan kalkmıştır ve böylece günümüzde erkekler, yasal olarak hemşirelik mesleğinin bir üyesi olabilmektedir. Sonuç olarak, ülkemizde 2007 yılında güncellenen hemşirelik yasının sonucu olarak, erkekler, hemşire unvanı alabilmektedir. Dünyada her alanda gözlenen değişim ve gelişmeler sonucu kadın mesleği olarak algılanan hemşireliği, her iki cinsin de yapabileceği ve cinsiyetle ilgili kalıp yargıların ortadan kaldırılabilmesi düşünülmüştür (77). Hemşirelik mesleğinde erkek hemşire sayısı her geçen gün artmaktadır. Çıkarılan yasa ve ekonomik faktörler erkeklerin

hemşirelik mesleğine yönelik eğilimini arttırmaktadır. Bu çalışmada erkek evde bakım hemşirelerinin oranının Kar (21)'in çalışmasındaki orana göre daha yüksek olmasının nedeni, bu gelişmelere bağlanabilir.

Hemşirelerin eğitim düzeyi incelendiğinde %5.6'sının lisansüstü, %37'sinin lisans, %14.8'inin lisans tamamlama, %27.8'inin ön lisans, %14.8'inin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu saptanmıştır. Toplamda %85.2'sinin üniversite, %14.8'inin lise mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Evde bakım hizmeti sunacak personel için eğitim çeşitleri, her ülkenin gereksinimleri ve koşulları dahilinde şekillendirilmekte, ancak çoğunluğu birbirleriyle benzerlik göstermektedir (78,79). Evde bakım hizmetlerinin çok uzun yıllardır verildiği ABD, Kanada gibi ülkelerde, 4 yıllık lisans eğitimi tamamlayarak evde bakım hemşireliği, geriatri hemşireliği, rehabilitasyon hemşireliği, yara bakım hemşireliği gibi sertifika programlarından geçen hemşireler, evde bakım kuruluşlarında görev yapmaktadır. Bazı ülkelerde, evde bakım hemşireliği ve geriatri hemşireliği alanında master ve doktora programları da vardır (80-83). Ülkemizde evde bakım hemşireliği, lisans eğitimi programlarının halk sağlığı hemşireliği dersinde bir konu olarak işlenmekte, olanağı olanlar uygulama yaptırabilmektedir (50). Ayrıca son yıllarda evde bakım hemşireliğine yönelik master programları açılmaya başlanmıştır. Bu araştırmadaki üniversite mezunu hemşire oranının evde bakımda bu konuda yapılmış benzer çalışmadaki (21) orana kıyasla artmış olması, son yıllarda ülkemizdeki hemşirelik eğitiminin düzeyi konusunda gelişmeler yaşandığını gösterme açısından dikkate değer bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %61,1'i kamu hastanelerinde, %38,9'u belediyelerde çalışmaktadır (Tablo 3). İzmir'de toplam 27 kamu hastanesi bulunmaktadır ve bu kurumlarda çalışan evde bakım hemşirelerinin tamamına ulaşılmıştır. İzmir ilinin 31 belediyesinden sadece iki tanesi evde bakım hizmetlerini sürdürmekte olup diğer belediyeler aktif evde bakım hizmeti vermemektedirler. Bu veriler ülkemizin evde bakım konusunda büyük eksikliği olduğunu göstermektedir.

Mesleki çalışma süresi ortanca değeri 13.00 yıldır (Tablo 4). Kar'ın çalışmasında evde bakımda çalışan hemşirelerin mesleki çalışma sürelerinin daha az olduğu görülmektedir (21). Literatürde evde bakım hemşiresi en az iki yılı servis/ünitede görev yapmış hemşireler arasından görevlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (84). Literatürler doğrultusunda çalışma bulgularına dayanarak, hemşirelerin meslekte deneyimli olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışmada katılımcıların evde bakım hemşiresi olarak hizmet verdikleri toplam sürenin ortanca değeri 24.00 aydır. Hemşireler evde bakım hemşireliğini minimum 1 ay, maximum 84 ay yani 7 yıl yapmışlardır (Tablo 4). Kar (21), hemşirelerin çoğunluğunun bir yıldan az süredir evde bakım hemşiresi olarak çalıştığını ve nedeninin çalışmanın evde bakım hizmetine yeni başlayan bir kurumda yapılması ve daha önce evde bakım hizmeti veren kurumların çalışmaya katılmak istememeleri olarak belirtmiştir. “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu şekilde özel sektör tarafından yürütülen evde bakım uygulamaları bu yönetmeliğe tabi tutulmuştur. Yönetmeliği takiben “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe girmiş ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetleri başlatılmıştır. Bu çalışmada evde bakım hemşiresi olarak hizmet verilen sürenin artmış olmasının nedeni; 10 yıllık süreçte ülke genelinde evde bakımda pozitif yönlü gelişmelerin varlığı, evde bakıma kamu ve belediye sağlık hizmetlerinin destek vermesi kaynaklı olabilir.

Araştırmadaki hemşirelerin evde bakım hizmetinden önce çalıştıkları alanlara göre dağılımlarına baktığımızda; %55.6’sının acil servislerde çalıştıkları görülmektedir. Hemşirelerin %31.5’i dahiliye, %29.6’sı cerrahi, %27.8’i yoğun bakım servislerinde de çalışmışlardır. Ayrıca halk sağlığı deneyimi olan hemşirelerin oranı %33,4’tür (Tablo 4). Kar (21)’in yaptığı çalışmada, hemşirelerin meslekleri boyunca çalıştıkları alanlara bakıldığında en yüksek oranda acil servislerde çalışmış oldukları tespit edilmiş olup buna bağlı hemşirelerin akut bakım deneyimleri yeterli görülürken, halk sağlığı deneyimlerinin olmadığı belirtilmiştir. Hemşirelerin evde bakım hizmetinden önce en çok çalıştıkları alan acil servis olarak tespit edilerek çalışmalarda bu sonuçlar paralellik göstermektedir. Twardon’un (72) belirttiği gibi, evde bakım hemşireliği halk sağlığı ve akut bakım deneyimini kapsayan bir karışımı gerektirmektedir. Evde bakım hemşirelerinin hastanelerin akut bakım ünitelerinde en az bir yıl çalışmış ve evde bakım hemşireliği sertifikasına sahip olması önerilmektedir (85). Bu bilgiler doğrultusunda çalışma grubunda yer alan evde bakım hemşirelerinin halk sağlığı ve akut bakım deneyimlerinin olduğu görülmektedir. Çalışmada evde bakım hemşirelerinin acil servis çalışmışlık oranının yüksek olması acil servis geçmişi olanların birime tercih edilmesinden kaynaklanabilir.

Evde bakım hizmetinde hemşirelerin %96.3'ü devamlı gündüz çalışmaktadır (Tablo 4). Çalışma bulgularına zıt olarak Kar (21) çalışmasında, evde bakım hizmeti veren hemşirelerin çoğunluğunun yarı zamanlı olarak evde bakım merkezinde çalışmakta olduğunu ve yarısından fazlasının evde bakım dışında başka bir kurumda da görev yaptıklarını bildirmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin tamamına yakınının devamlı gündüz çalışıyor olmasının nedeni; hastane ve belediyelerin evde bakım birimlerinin yalnızca gündüz hizmet vermekte olmasına bağlı olup kalan %3.7'lik kısımdaki evde bakım hemşirelerinin kurumda evde bakım birimi dışında başka birimde de görev yapmakta olduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin %70.4'ü kurumun evde bakım hemşiresi sayısını yetersiz bulduğunu, %48.1'i iş yoğunluğunun yoğun olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan evde bakım hemşirelerinin günlük ziyaret sayısı bir ile 17 arası değişiklik gösterirken ortanca değerinin 5.00 olduğu görülmektedir (Tablo 4). Çalışma bulguları, evde bakım birimlerinde hasta hemşire oranının istenen düzeyde olmadığını düşündürmekte, evde bakım birimlerinde hemşire sayısının dikkatle belirlenmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmakta ve evde bakım hastasının sayısı arttıkça, evde bakım hemşiresi sayısı artmalıdır. Kamu ve belediye destekli evde bakım hizmetlerinin halkın kullanımına sunulmuş olmasıyla hizmet kullanımının artacağı dolayısıyla hemşire ihtiyacının büyüyeceği beklenen bir sonuçtur. Evde bakım hemşiresi sayısının eksikliği kurumlarda henüz evde bakıma yeterince önem verilmediğini ve bu konuda özen gösterilmediğini düşündürmektedir.

Evde bakım hizmetleri için eğitime ihtiyaç duyanların oranı %77.8 olarak saptanmıştır (Tablo 5). Bu çalışmada evde bakım hizmetleri için eğitime ihtiyaç duyanların oranının çok yüksek olmasının nedeni, kurumların evde bakıma yönelik düzenli bir eğitim programlarının olmamasından kaynaklanabilir. Hemşirelerin çalışma ortamının ev olmasından dolayı hizmette güçlüklerle karşılaşılıyor olmaları eğitime olan ihtiyacı arttırabilir.

Evde bakım hemşireliği eğitimi alanların oranı %42.6'dır (Tablo 5). Çalışma bulgularına zıt olarak Kar (21) kurumda hizmet içi eğitimlere önem verildiği ve hemşirelerin donanımlı hale gelmelerini sağlayacak çeşitli eğitimler aldıklarını saptamıştır. Literatürlerde evde bakım hizmeti sunacak ekip üyelerinin, evde bakıma yönelik özel eğitimden geçmiş olmaları gerekliliği vurgulanmıştır (80,81,86). Araştırma bulgularına

göre; evde bakım hemşirelerinin büyük bir kısmı, evde bakım hemşireliğine yönelik eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgu, evde bakım hizmeti veren kurumların hemşirelerine gereken eğitimleri düzenlemediğini dolayısıyla eğitimlere ve evde bakıma gereken önemi henüz vermediklerini düşündürmektedir. Evde bakım hemşireliği eğitimini, hemşirelerin %22.2'sinin evde bakım kursunda, %22.2'sinin kongre/sempozyumda aldıkları saptanmıştır. Eğitim alan hemşirelerin kurs, kongre, sempozyum vb. kaynaklardan destek aldığı göze çarpmaktadır. Evde bakım alanında bu tarz programların var olması ülkemiz açısından oldukça sevindirici bir başarıdır. Programların artırılmasının, geliştirilmesinin ve buralara katılımcıların teşvik edilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Bulguların diğer çalışma bulgularıyla zıtlık göstermesinin nedeni özel evde bakım merkezi hemşireleri ile değil kamu ve belediyelerdeki evde bakım hemşireleri ile yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ülke çapında sadece sınırlı sayıdaki kurumun verdiği sertifika programları haricinde, evde bakım hemşirelerine yönelik eğitim ve destek programları içeren sertifika programlarının olması gerekmektedir. Sertifika programlarının olması evde bakım hizmetlerinin niteliğini, etkinliğini, verimliliğini, sürekliliğini sağlayacaktır. Uluslararası standartlara uygun kurs programlarının düzenlenmesi ve söz konusu programların yaygınlaştırılması gerekmektedir. Evde bakım birimlerinin yapılandırılmasında ve bu birimlerde görev yapan sağlık personeline verilen hizmet içi eğitimlerin, müfredatı, sertifikasyonu ve uygulama usul ve esaslarına ilişkin yönerge taslağı düzenlenmelidir. Bünyesinde evde bakım birimi bulunan kurum evde bakım hemşirelerinin eğitim taleplerinin değerlendirilmesi ve sertifika programlarına katılımın desteklenmesi gereklidir.

Hemşirelerden hiçbirinin evde bakım birimi oryantasyon eğitimi almadığı saptanmıştır. Evde bakım hemşireliği eğitimini hizmet içi eğitimde alanların oranı %5.6'dır (Tablo 5). Çalışma bulgularına zıt olarak Kar (21), kurum hizmet içi eğitimlerinin olduğunu ifade eden hemşirelerin çoğunlukta olduğunu belirtmiştir. Twardon'a göre hizmet içi eğitim hemşirelerin yeterli pratik ve beceriyi kazanmalarını sağlayarak bağımsız karar verme yeteneğini artırır ve profesyonel gelişimlerini destekler (72). Joint Commission International (JCI), 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 birbiriyle benzerlik göstermektedir (78,79). Bu çalışmada hemşirelerden hiçbirinin evde bakım hizmetleri oryantasyon eğitimi almamış olması, kamu ve belediye sağlık hizmetlerinin evde bakım hizmetlerine yönelik hemşire oryantasyon programlarının olmadığını düşündürmektedir. Twardon (72)'un belirttikleri doğrultusunda bulgular incelendiğinde kurumda hizmet içi eğitimlere önem verilmediği ve hemşirelere güncel bilgi donanımı sağlayacak hizmet içi eğitimlerin yeteri kadar düzenlenmediği göze çarpmaktadır. Ayrıca çalışmamızın kamu hastaneleri ve belediye evde bakım hemşireleri ile Kar (21)' ın çalışmasının özel evde bakım merkezi hemşireleri ile yapılması farklılıkların kurumlarla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelerin %29.6'sının evde bakım hakkında genel bilgi, %27.8'inin hasta bakımı (terminal dönem, yaşlı, yenidoğan vb.), %24.1'inin yara ve stoma bakımı konularında eğitim aldıkları saptanmıştır. Evde bakım hemşireliği ve girişimleri konusunda eğitim alanların oranı %24.1, kişilerarası iletişim konusunda eğitim alanların oranı %18.5, kayıt formları hakkında eğitim alanların oranı %9.3'tür (Tablo 5). Kar (21), hemşirelerin evde bakım hemşireliği, kayıt formları, kişiler arası iletişim, hemşirelik girişimleri konularında eğitim aldıkları saptayarak verilen bakımın kayıt edilmesi, kayıt formlarının içeriği, kişiler arası ilişkiler ve hemşirelik girişimleri ile ilgili sorun yaşamada güçlük düzeyinin az olabileceği ifade edilmiştir. Alçıkaya (87) araştırmasında sağlık çalışanının mutlak eğitilmesi gerektiği ve bilgi becerilerini en üst düzeyde kullanması gerektiğini savunmaktadır. Literatür incelendiğinde sonuçların benzer olmadığı, bulguların paralellik göstermediği fark edilmektedir. Bu çalışmadaki evde bakım hemşirelerinin aldığı eğitim konularında oranların çok düşük olması oldukça çarpıcıdır. Oranların bu denli düşük olması, kamuya ait evde bakım birimi hemşirelerine özel kuruluşlardaki kadar eğitim verilmediğini düşündürmektedir. Çalışmadaki hemşirelerin aldıkları eğitim konularının diğer çalışmadaki hemşirelerden farklı olması eğitimlerin çoğunluğunun kurs, kongre, sempozyum, lisans ya da lisansüstü eğitimde alınmış olmasından kaynaklanabilir.

Hizmet sunumunda evde bakım hemşirelerinin %14.8'i kendini oldukça yeterli, %38.9'u yeterli, %44.4'ü kısmen yeterli hissettiğini belirtmiştir (Tablo 6). Bu çalışmaya benzer olarak Kar (21), hemşirelerin çoğunluğunun evde bakım vermek için hastanede edindikleri deneyimlerini yeterli bulduklarını belirtmiştir. Hellman (60), hemşirelerin evde bakım deneyimi, kendini yeterli hissetme durumu ve aldığı eğitimler nedeniyle

hemşirelerin özelliklerine bağlı güçlükler yaşadıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda evde bakım hemşirelerinin hizmet sunumunda kendini kısmen de olsa yeterli hissetmelerinin nedenleri; araştırmaya katılan hemşirelerin mesleki çalışma yılı ortalamasının yüksek olması, evde bakım hizmetinden önce çalıştıkları alanlar incelendiğinde yarısının acil servis deneyimli olması bunun yanı sıra daha önce dahiliye, cerrahi servisleri ve yoğun bakımda çalışmış olmaları (Tablo 4) kaynaklı olabilir.

Evde bakım hemşirelerinin %42.6'sı evde bakım uygulamaları, %20.4'ü tıbbi cihaz, %16.7'si görev, yetki ve sorumluluklar, %14.8'i yara/stoma/katater/ngs bakımı, %9.3'ü yaşlı bakımı konularında eğitime gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 7). Dünyadaki sertifika programları incelenerek ülkemizde 2006 yılında geliştirilen evde bakım hemşiresi sertifika programı hemşirenin evde bakımda; hasta, aile, sağlık ekibi ile olumlu iletişim kurabilmesi, kapsamlı sağlık değerlendirmesi yapabilmesi, bütüncül bakış açısı kazanması, kritik düşünebilmesi, kapsamlı veri toplayıp, problemleri tanıması, bakımı planlaması, uygulaması, değerlendirmesi, teknik beceri gerektiren uygulamalarını gerçekleştirebilmesi, evde teknik ekipmanı kullanabilmesi, baş etmeyi destekleyebilmesi, sağlık eğitimi yapabilmesi, kapsamlı kayıt tutabilmesi için hazırlanmıştır. Evde bakım hemşirelerinin, yasal olarak yükümlü oldukları görevleri gerçekleştirmek üzere yetiştirilmeleri gerekir (50). 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 (80-83). Sık gerçekleştirilen bakım uygulamaları; yara bakımı, solunum terapileri, oksijen uygulaması, ventilatör desteği ve izlemi, parenteral ilaç, sıvı, total parenteral nütrisyon uygulamaları, tüple besleme, fiziksel egzersizler, sağlık eğitimi, banyo, masaj, mobilizasyon gibi destek hizmet uygulamalarıdır (50). 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 (74,80,81). Evde bakım hemşireleri çok farklı tıbbi tanıli 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. 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 (50). Evde bakım hizmetlerinin sunulduğu hasta perspektifi genişledikçe ve alanda çalışan hemşire sayısı arttıkça evde bakım hemşirelerinin ihtiyaç duyduğu eğitim konularının artacağı beklenen bir sonuçtur.

Evde bakım hizmetleri spesifik bir branşın hastalıklarına yönelik değil, tüm branşları kapsayıcı hizmet verdiği yadsınamaz bir gerçektir. Bu bağlamda evde bakım hemşireleri evde kullanımı gerektiren tüm tıbbi cihaz ve ekipmanların iyi bir kullanıcısı olmanın yanı sıra hasta ve yakınlarına kullanma konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetleri de vermesi gereklidir. Evde bakım hemşirelerinin tıbbi cihaz konularında eğitime gereksinim duyduklarını ifade etmelerinin nedeni; çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde bakım hizmetinde kullanıma ihtiyaç duyulan cihazların çeşitlilik göstermesine, belli alanlarda çalışmanın getirdiği bazı cihazlara yabancılaşmaya ve teknolojik gelişmelere bağlanabilir.

Evde bakım hemşirelerinin yara/stoma/katater/ngs bakımı konularında eğitime gereksinim duyduklarını ifade etmelerinin nedeni; çağımızda hasta bakım hizmetleri ile ilgili yeni bilgiler üretilmekte ve anlayışlar geliştirilmektedir. Bu sebepler sürekli eğitimi kaçınılmaz kılmaktadır. Personel veriminin en üst düzeyde tutulması için her konuda yenilenen eğitim çalışmalarıyla evde bakım hemşirelerinin desteklenmesi gereklidir.

Hemşirelerin %81.5'i evde bakıma yönelik hizmet içi eğitim programlarının olmadığını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda zıt sonuçlar bulunmaktadır. Kar (21), evde bakım kurumunda hizmet içi eğitim olduğunu ifade eden hemşirelerin oranının oldukça yüksek olduğunu saptamıştır. Literatür incelendiğinde hizmet içi eğitimin, kaliteli bir hizmet için önemi, yapılan yasal düzenlemelerden de anlaşılmaktadır. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 214.maddesi ile devlet memurlarının hizmet esnasında yetiştirmeleri düzenlenerek hizmet içi eğitimler yasal zorunluluk haline gelmiştir. Madde, "Devlet memurlarının yetiştirmelerini sağlamak, verimliliğini artırmak ve daha ileriki görevlere hazırlamak amacıyla uygulanacak hizmet içi eğitim, Devlet Personel Başkanlığı tarafından ilgili kurumlarla birlikte hazırlanacak yönetmelikler dahilinde yürütülür." hükmünü içermektedir (88). Bu çalışmada hizmet içi eğitim olmadığını ifade edenlerin oldukça yüksek olmasının nedeni, kamu ve belediyelerin evde bakım birimlerine yönelik hizmet içi

eğitimlere gereken önemin verilmiyor olmasından hatta evde bakım hemşirelerine yönelik hiç eğitim yapılmamasından kaynaklandığı düşünölmektedir. Literatürdeki zıt sonuçlar, evde bakım hemşirelerini eğitimlerle destekleyen kurumların özel evde bakım kurumları olmasından kaynaklanmaktadır.

Hemşirelerin %44.4'ü kurumun evde bakım hemşiresine yönelik iş tanımlarının olmadığını ifade etmiştir (Tablo 8). Literatürler incelendiğinde Boyoğlu (38) 1998'de İstanbul'da hastaneye dayalı evde bakım birimleri ve özel evde bakım bürolarıyla yaptığı çalışmasında kurumların %65'inde iş tanımlarının olmadığını saptamıştır. Karşıt olarak Kar (21), özel evde bakım kurumunun çalışanlara yönelik iş tanımlarının olduğunu ve bu konuda eğitimlerin verildiğini ifade ederken hemşirelerin yaklaşık yarısının (%66,2) iş tanımlarının var olduğunu belirttiklerini bildirmiştir. Araştırma bulgularında, hemşirelerin yaklaşık yarısının iş tanımlarının olmadığını ifade etmeleri hemşireler tarafından iş tanımlarının yeteri kadar araştırılmadığını düşündürmektedir.

Evde bakım hemşirelerinin %42.6'sı yazılı bakım protokollerinin olmadığını, %29.6'sı bakım protokollerinin olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir (Tablo 8). Kar (21), kurum yetkililerinin, bazı uygulamalarla ilgili bakım protokollerinin olduğunu ve oluşturulmaya devam edildiğini belirtirken hemşirelerin %73,8'inin kurumlarında bakım protokollerinin olduğunu ifade ettiklerini belirtmiştir. Bu çalışmada yazılı evde bakım protokollerinin olduğunu söyleyenlerin yüzdesinin çok düşük olmasının nedeni; evde bakım hizmetlerinde henüz bakım üzerinde yoğunlaşmadığı ya da diğer işlerle uğraşarak bakıma daha az önem vermelerinden kaynaklanabilir. Kamuda evde bakım hizmetlerine gereken önemin yeni veriliyor olması nedeniyle bir takım eksikliklerin olması normal kabul edilebilirken, görev tanımları ve bakım protokolleri gibi sistemin temelini oluşturan parçaların üzerinde daha fazla durulması gerektiği düşünölmektedir. Bu durum evde bakım hizmetlerinde hemşirelerin ortak dili kullanamamalarına ve bakım standardının sağlanamamasına neden olabilir.

Evde bakım hizmetinin denetlenme durumu sorulduğunda hemşirelerin %63'ü denetlendiğini; %25.9'u sağlık işleri müdürlüğü, %14.8'i sağlık müdürlüğü, %13'ü sağlık bakım hizmetleri müdürü tarafından denetlendiğini belirtmişlerdir (Tablo 8). Kar (21), özel evde sağlık hizmetleri kurumunun yetkililerinin, hasta ve ailesi ile görüşme, hasta evinde gözlem, kayıtları inceleme gibi farklı yöntemleri kullanarak hizmeti ve çalışanlarını denetlediğini saptamıştır. Bakımın çok yönlü değerlendirilmesinin de hizmetin kalitesi ve

hasta bakımının güvenilirliği açısından oldukça önemli olduğunu vurgulamıştır. Çalışmada evde bakım hizmetinin denetlenme oranının tamama ulaşmıyor olmasının nedeni; evde bakım hizmetinin kontrol ve denetleme sistem/meکانizmalarının gelişmemiş olmasından kaynaklanabilir.

Evde bakım hizmetlerinde bakımın %50 yalnız hemşireler, %31.5 hekim ve hemşire ortaklığıyla planlandığı tespit edilmiştir (Tablo 9). Kar'ın çalışmasında (21), evde bakımın planlanmasında birinci derecede evde bakım hizmeti uzman/yönetici hemşiresinin, ikinci derecede hekimin, üçüncü derecede bakım veren hemşirelerin etkili olduğunu saptamıştır. Ayrıca yönetici hemşirenin hizmet talep eden hastayı gördüğü, gereksinimleri saptayarak evde bakıma kabulüne karar verdiği, hizmeti ve ekibi organize ederek sürekli bakımın yürütülmesini ve denetlenmesini sağladığını belirtmiştir. Çalışmamızda, evde bakım hastasına direk bakım veren hemşirelerin bakımın planlanmasında yüksek oranda etkili olması kendilerine bu konuda yeteri kadar söz hakkı verildiğini düşündürmektedir. Nedeni; hemşirelikte deneyimlerinin oldukça fazla olması ve bakım için gerekli becerilere sahip olmaları olabilir. Bu bulgular evde bakım hemşireliğinin ülkemizdeki gelişimi açısından sevindiricidir.

Evde bakım hemşirelerinden %37'sinin evde bakım vermede duyulan gereksinim alanlarının olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin evde bakımda en çok gereksinim duydukları alanın %22.2'lik oranla eğitim olduğu tespit edilmiştir. %16.7'sinin destek personel yardımına, %14.8'inin doktor veya ekip varlığına, %14.8'inin ulaşım aracına, %11.1'inin kurumlar arası iletişim/organizasyon desteğine, %9.3'ünün hizmette standardizasyona gereksinim duydukları saptanmıştır. Bu sonuçlardan anlaşılacağı gibi hemşirelerin evde bakım hizmetlerinde birçok gereksinim alanına ihtiyaç duyduğu göze çarpmaktadır (Tablo 10). Nedenleri; evde bakım deneyimlerimizin az olması, yeteri kadar risk, ihtiyaç, sorun, yetersizlik tespitlerinin yapılmamış olması olabilir.

5.2. EVDE BAKIM HEMŞİRELERİNİN KARŞILAŞTIKLARI GÜÇLÜKLERE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Evde bakım hemşirelerinin %53.7'si yaşam destek aletlerine bağlı ve yaşamlarına özel bir bakımla devam eden bireylerin en fazla güçlük yaşadıkları hasta grubu olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %40.7'si bilinci kapalı hastalarda, %33.3'ü öfkeli ve tedavi/bakımı reddeden hastalarda güçlük yaşadıklarını belirtmiştir (Tablo 11). Hastalar çoğu kez

tedaviyi ve bakımı reddederek, işbirliği yapmayarak, sık sık isteklerde bulunarak, sözel sataşma ya da iğneleyici sözcükler kullanarak, sürekli yakınlara öfkelerini doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya koyabilmektedirler (89,90). Kar (21), hemşirelerin tam bağımlı hastalara bakım vermede güçlük yaşadıklarını saptamıştır. Ayrıca hemşirelerin çoğunluğunun erişkin hastalara ve kadın hastalara bakım vermede hiçbir zaman güçlük yaşamadıklarını belirtmiştir. Hemşirelerin yaşam destek aletlerine bağlı ve yaşamlarına özel bir bakımla devam eden veya bilinci kapalı hastalarda güçlük yaşamaları bu grup hastalarda bakımda strateji geliştirememelerinden ve bilgi yetersizliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin iletişimde en çok güçlük yaşadığı grup % 77.8 oranıyla hasta yakınları, en az güçlük yaşadığı gruplar ise %5.6 ile meslektaşları ve yardımcı personel/diğer hizmet grupları olarak tespit edilmiştir (Tablo 11). Çalışma bulgularına zıt olarak, Kar (21) hemşirelerin çoğunluğunun hasta ve yakınları ile iletişimde hiçbir zaman güçlük yaşamadıklarını vurgulamıştır. Hemşirelerin iletişimde güçlük yaşadığı en büyük grup hekimler, en az iletişim güçlüğü yaşanan grup ise hasta ve yakınlarıdır (91). Literatürde hemşirenin sağlık ekibinin diğer üyeleri arasında, ekiple hasta ailesi arasında ve hasta ile aile arasındaki iletişimde esas rolü oynadığı belirtilmiştir (92-94). Çalışma alanının hasta evleri olması kurum sağlık hizmet sunum alanlarına göre daha iyi bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Bu yüzden hemşirelerin hasta ve ailesiyle, meslektaşlarıyla, hekimlerle, yardımcı sağlık elemanları ve diğer sağlık ekibi üyeleriyle ilişki ve iletişimlerinin iyi olması gerekmektedir. Dolayısıyla iletişim sürecinde yaşanacak güçlük evde bakım sürecini negatif etkileyecektir. Bu çalışmada hemşirelerin iletişimde en çok güçlük yaşadığı grubun hasta yakınları olması hasta ve hasta yakınlarına yönelik sistematik bir bilgilendirme faaliyeti bulunmaması ile ilişkili olabileceği gibi, aile özelliklerinden de kaynaklanabilir. Çalışmamız sonucunda meslektaşlar ve yardımcı personel/diğer hizmet grupları ile iletişim güçlüğünün az yaşanması sevindiricidir. Ancak bunun meslektaş ve yardımcı personel/diğer hizmet grupları ile fazla iletişim kurulmamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.2.1. Kurum Kaynaklı Güçlükler

Evde bakım hemşirelerinin kurum kaynaklı güçlüklerinin dağılımı incelendiğinde evlere ulaşımında, hizmet karşılığı hak ettiği ücreti alamamaya, hizmet içi eğitimlerin yetersizliğine, kurumun bireysel gelişimini desteklememesi, bakım protokollerinin ve görev tanımlarının olmamasına bağlı güçlüklerle karşılaşmakta oldukları saptanmıştır (Tablo 12). Hellman (60) yaptığı çalışmada hemşirelerin; kayıt sistemi, iletişim yolları, hizmet içi eğitimler, yazılı iş tanımları ve hizmet politikaları nedeniyle kuruma bağlı güçlükler yaşadıklarını belirlemiştir.

Evde bakım hemşirelerinin %63'ü hizmet karşılığı hak ettiği ücreti alamamaya bağlı güçlüklerle karşılaşmaktadır (Tablo 12). Bu çalışmada evde bakım hemşirelerinin hizmet karşılığı hak ettiği ücreti alamamaya bağlı güçlüklerle karşılaşmaları, ülkemizde evde bakım hizmetlerinin başlamış olmasına karşın hizmet sunumunda gerekli alt yapı hazırlığının yeterli olmaması neden olmuş olabilir. Ayrıca bu durum kamu hastanelerindeki evde bakım birimlerinin; döner sermaye ve performans yönetmeliğindeki özellikli birimler (acil, enfeksiyon kontrol komitesi vb.) arasında yer almamasından kaynaklanabilir.

Evde bakım hemşirelerinin %61.1'i evlere ulaşımında güçlüklerle karşılaşmaktadır (Tablo 12). Literatür incelendiğinde benzer sonuçlar bulunmaktadır. Hellman (60) yaptığı çalışmada hemşirelerin, hastanın oturduğu yere ulaşım nedeniyle güçlükler yaşadıklarını ve bu güçlüğü yaşayan çevrenin özelliğine bağlı olduğunu belirtmiştir. Yaşar (95), evde bakımda hastaneye ulaşım ve hasta transportunda güçlük yaşandığını belirtmiştir. Kar (21), hemşirelerin hasta evlerine ulaşım ile ilgili güçlük yaşadıklarını saptamıştır. Çalışmamızda, bu oranın yüksek olması, kullanılan ulaşım araçlarında eksiklik yaşandığını, navigasyon vb. cihazların bulunmamasından dolayı adreslerin rahat bulunamamasını akla getirirken bakımın sürekliliğinde kesilmelere yol açacağı dolayısıyla başta hemşirelik bakımı olmak üzere tüm evde sağlık ve bakım hizmetlerini aksatacağı tahmin edilmektedir.

Hemşirelerin %57.4'ü hizmet içi eğitimlerin yetersizliğine, %55.6'sı kurumun bireysel gelişimini desteklememesine, %55.6'sı bakım protokollerinin olmamasına, %51.9'u görev tanımlarının olmamasına bağlı güçlüklerle karşılaşmaktadır (Tablo 12). Kar (21) çalışmasında, evde bakım hizmetinde çalışan hemşirelerin tamamına yakınının hizmet içi eğitimlere katılmakta güçlük yaşadıklarını belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin, iş

tanımlarının olmaması, sözel istem (order) uygulaması olması, malzemelerin aile tarafından temin edilmesi nedenleriyle güçlük yaşadıklarını saptamış olup, iş tanımlarının varlığı ve hemşireler tarafından biliniyor olması onların bu konuda güçlük yaşama durumlarını azaltmadığını ifade etmiştir. Çalışmada, kurumlarda evde bakıma yönelik hizmet içi eğitimlerin yetersizliğine, hemşirelerin bireysel gelişiminin desteklenmemesi, bakım protokollerinin olmaması bağlı hemşirelerin güçlük yaşamaları, kurumların evde bakım hemşirelerine yönelik hizmet içi eğitim uygulamalarının yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Evde bakım hemşirelerinin görev tanımlarının olmamasına bağlı güçlüklerle karşılaşmakta olmalarının nedeni, Türkiye’de evde bakım kavramının ulusal politikalara göre standartları ve görev tanımları olmamasından kaynaklanabilir.

Evde bakım hemşirelerinin %70.4’ünün sözel istem uygulaması olmasına bağlı güçlüklerle karşılaşmadıkları saptanmıştır (Tablo 12). Literatürler incelendiğinde yapılan çalışmalarda tedavi orderlerinin sözlü olmasına bağlı güçlük yaşandığı belirtilmektedir. Stanhope ve ark. (71), tedavilerin sözlü order edilmesinin ve yazılı hale getirilmesinin aksamasının evde bakım hizmetinde sık yaşanan bir sorun olduğunu vurgulamışlardır. Kar (21), hemşirelerin kuruma bağlı yaşadıkları güçlüklerin arasında tedavi orderlerinin sözlü olmasına bağlı güçlüğü olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada sözel istem uygulaması olmasına bağlı güçlüklerle karşılaşılmasının nedeni; evde bakım hemşirelerinin tedavi uygulamalarının fazla olmamasından, tedavi orderlerinin yazılı olmasından kaynaklanabilir.

Evde bakım hemşirelerinin %37’sinin evde bakım biriminin yanı sıra farklı birimde de görevlendirilmeye bağlı güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır (Tablo 12). Hemşireler evde bakım birimi dışında ek olarak acil servis, EKG birimi, poliklinik vb. görev yerlerinde de çalıştırıldıklarını ifade etmişlerdir. Ek görevlerle birlikte evde bakım hemşiresinin güçlüklerle karşılaşması kaçınılmaz olacaktır. Bu çalışmada hemşirelerin evde bakım biriminin yanı sıra farklı birimlerde görevlendirilmeye bağlı güçlüklerle karşılaşılmasının nedenleri; evde sağlık ve bakım hizmetlerine verilen önem ile ilişkili olabileceği gibi, kurumda hemşire sayısının yetersizliğinden kaynaklanabilir.

Hemşirelerin %87’sinin hasta bakımıyla ilgili kuruma geri bildirimde, %75.9’unun evde bakım kurumunun denetleme sistemiyle ilgili, %74.1’inin uzun ve yorucu iş

saatlerinden dolayı, %72.2'sinin kurum tarafından malzemelerin temin edilmesi ile ilgili güçlükle karşılaşmadıkları saptanmıştır (Tablo 12). Kar (21), kurumun hizmeti denetleme sistemiyle ilgili, kayıt formlarının hizmeti değerlendirmede yeterliliği, kurum tarafından malzemelerin temin edilmesi, kurumun hemşirelerin özlük haklarını koruması ve bireysel gelişimi desteklemesi ile ilgili hemşirelerin güçlükle yaşamadıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda hasta bakımıyla ilgili kuruma geri bildirimde ve kurumunun denetleme sistemiyle ilgili güçlükle yaşanmama oranının yüksek olmasının nedenleri; geri bildirim verilmemesinden, temelde geri bildirim isteyen denetleme mekanizmasının olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Uzun ve yorucu iş saatlerinden dolayı güçlükle yaşanmama oranının yüksek olmasının nedeni, nöbetsiz çalışma sisteminden dolayı hemşirelerin çalıştıkları bölümden memnun olmalarından kaynaklanabilir. Kurum tarafından malzemelerin temin edilmesiyle ilgili güçlükle yaşanmama oranının yüksek olmasının nedeni, malzeme taleplerinde kurumların hemen yanıt vermesi kaynaklı olabilir.

Evde bakım hemşirelerinin %18.5'inin günlük ziyaret sayısının fazla olmasına bağlı güçlükle karşılaştıkları bulunmuştur (Tablo 12). Literatürde benzer olarak, evde bakım hizmetlerinde hemşire eksikliğine bağlı zorluk yaşanmakta olduğu belirtilmiştir (96). Banerjee (97), tek bir hasta için haftada bir ziyaret yapıyorken ekip sayısındaki artışa rağmen, hasta sayısındaki artış nedeniyle evde bakımda güçlükle yaşanmakta olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin %38.9'unun ihtiyacı olduğunda kurumdan yardımcı destek personel sağlamada güçlükle karşılaştıkları saptanmıştır (Tablo 12). Hemşirelerin yarısından fazlasının uygulamaları yalnız yapmaya bağlı güçlükle yaşadığını belirtmiştir (21). Hemşireler evde bakım hizmeti sırasında çoğu zaman yalnızdır ve uygulamalarını tek başına yapmak zorundadırlar. Evde bakım hizmetinin amaçlarından biri de hasta ve ailesini bakım konusunda yeterli hale getirmektir (26,71). Ailenin bakıma katılmaması evde bakımın bu amacına ulaşmasını engelleyebilir. Ayrıca ailenin bakım sırasında hemşireye yardımcı olmaması ve hastanın bakımına katılmaması, hemşirelerin yardım gereken işleri tek başına yapmasına ve bakım verme rolünde zorlanmasına neden olacaktır (21). Yapılan çalışmada, hemşirelerin ihtiyacı olduğunda kurumdan yardımcı destek personel sağlamada güçlükle karşılaşmaları; iyi planlanmış evde bakım hizmet ekibinin bulunmamasından, kurum ile evde bakım birimi eş güdümünün kaliteli olmayışından, kurum yetkililerinin

evde bakım biriminin personel destek talebinin diğeri birimlerden sonra değerlendirme sırasına alınmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çalışmada evde bakım hemşirelerinin acil durumlarda kimi, nereyi arayacağını bilmemesine bağlı güçlüklerle karşılaşma oranının düşük olmasının nedeni; Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönergenin 15. maddesinde yer alan “evde sağlık hizmeti verilen kişilerin mevcut durumları hariç, yeni oluşan acil haller birimin görev alanına girmez. Bu durumlarda 112 İl Ambulans Servisi ya da doğrudan sağlık kuruluşlarının acil servislerine başvuru esastır.” ifadesinden kaynaklanabilir. Ayrıca hemşirelerin çoğunluğunun üniversite mezunu olması ve mesleki çalışma yılı ortalamalarının yüksek olması (Tablo 4) yani meslekte deneyimli olmalarından ya da hemşirelerin acil durumlarla karşılaşılmayacağını düşünüyor olmalarından kaynaklanabilir.

5.2.2. Hemşirelik ve Hemşirelik Hizmetleri Kaynaklı Güçlükler

Evde bakım hemşirelerinin %90.7'si uygulamalarla ilgili beceri eksikliğine bağlı güçlüklerle karşılaşmazken, %38.9'u uygulamalarla ilgili bilgi eksikliğine bağlı güçlüklerle karşılaşmaktadır (Tablo 13). 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 (52,81,86,98). Hellman (60) 1991'de yaptığı çalışmada hemşirenin evde bakım deneyimi, kendini yeterli hissetme durumu ve aldığı eğitimler nedeniyle hemşirelerin özelliklerine bağlı güçlükler yaşadıklarını belirtmiştir. Çalışmamızdaki evde bakım hemşirelerinin beceri eksikliğine bağlı güçlüklerle karşılaşmamaları durumu beklenen bir sonuçtur. Nedeni, meslekte deneyimli olmalarından kaynaklanabilir. Evde bakım hemşirelerinin bilgi eksikliğine bağlı güçlüklerle karşılaşmaları çoğunun evde bakım hemşireliğine yönelik eğitim almadıkları, hiçbirinin evde bakım birimi oryantasyon eğitimi almadığı ve evde bakım hizmetleri için eğitime ihtiyaç duyanların oranının oldukça yüksek olduğunu gösteren verilerle örtüşmekte olup nedeni kurumlarda evde bakıma yönelik düzenli hizmet içi eğitim programlarının olmamasından kaynaklanabilir. Ayrıca evde bakıma yönelik kurs/ kongre/ sempozyumlara kurum ya da firma desteğinin olmaması ve bu programlara katılmayı özendiren uygulamaların yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Hemşirelik ve hemşirelik hizmetleri kaynaklı güçlüklerle bakıldığında yüksek oranda karşılaşılan güçlüklerin ilk kez gittiği evlerde neyle karşılaşacağını bilmemekten dolayı, hastayı taşıma ve pozisyon verme, entübe/ ventilatörde/ trakeostomili hasta bakımında, iş sorumluluklarının fazlalığından dolayı olduğu bulunmuştur (Tablo 13).

Hemşirelerin %64.8'i ilk kez gittiği evlerde neyle karşılaşacağını bilmemekten dolayı güçlüklerle karşılaştığını ifade etmiştir (Tablo 13). Benzer çalışmada evde bakım hemşirelerine ait böyle bir güçlük bulgusuna rastlanmamıştır (21). Literatürde, ihtiyaç duyulan bakım tipi ve süresini belirlemenin genellikle zor olduğu vurgulanmıştır (99). Bu çalışmada hemşirelerin ilk kez gittiği evlerde neyle karşılaşacağını bilmemekten dolayı güçlüklerle karşılaşmalarının oran olarak yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Nedenlerinin, hasta ve ailesinin hastane sonrası gereksinimlerinin iyi değerlendirilmemesinden, evde bakım hizmetleri yönetim sürecinin iyi planlanmamış olmamasından, temelde ihtiyaç duyulan bakım tipi ve süresini belirlemenin güç olmasından ve evde bakım deneyimlerinin az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Evde bakım hemşirelerinin % 55.6'sı hastayı taşıma ve pozisyon vermede güçlüklerle karşılaşmaktadır (Tablo 13). Kar (21), hemşirelerin hemşirelik hizmetlerine bağlı yaşadıkları güçlükler arasından hemşirelerin çoğunluğunun hastayı taşıma ve pozisyon vermeye bağlı güçlük yaşadıklarını belirtmiştir. Çalışmada evde bakım hemşirelerinin hastayı taşıma ve pozisyon vermede güçlük yaşamalarının nedenleri; uygulamaları yalnız yapma, ihtiyaç olduğunda kurumdan yardımcı destek personel sağlayamama ve aileden bakım için yardım alamama kaynaklı olabilir.

Evde bakım hizmetlerinde hemşirelerin %46.3'ü entübe/ ventilatörde/ trakeostomili hasta bakımında güçlüklerle karşılaşmaktadır (Tablo 13). Evde bakım hemşirelerinin en fazla güçlük yaşadıkları hasta grubunun yaşam destek aletlerine bağlı ve yaşamlarına özel bir bakımla devam eden bireyler olduğu bulgusu (Tablo 11) bu veriyi desteklemektedir. Evde bakımda en ağır seyirli, invaziv yaşam desteğine en çok gereksinim duyan, çoğunlukla terminal dönemde bulunan, yaşam fonksiyonlarının desteklendiği karmaşık hasta gruplarıdır. Bu hastalar; birincil hastalık geçinceye kadar, yaşamsal işlevlerden bir veya birkaçının yapay olarak veya destekle sürdürülmesi gereken, sürekli izlenmesi gereken, özel ve yoğun hemşirelik bakımı gerektiren, ölümcül komplikasyonlar ortaya çıkarabilecek hastalardır.

Hemşire dikkatli bir gözlemci olmalı, hastanın durumundaki en ufak değişikliği anında değerlendirebilmeli ve acil durumlarda nasıl davranabileceğini iyi bilmelidir. Evde bakım hemşirelerinin bu grup hasta bakımında güçlüklerle karşılaşmalarının nedenleri; ani karar verebilme ve müdahale edebilme becerilerinin yetersizliğinden, sözel iletişimde bulunamayan hastalarla etkili iletişimi sağlama eksikliğinden, tek hemşire iş yükünün oldukça fazla olmasından, bilgi ve beceri yetersizliğinden, yoğun bakım deneyimi azlığından ve bakımda strateji geliştirememelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Evde bakım hemşirelerinin yarısının iş sorumluluklarının fazlalığından dolayı güçlüklerle karşılaştığı saptanmıştır (Tablo 13). Hemşirelerin, kurum evde bakım hemşiresi sayısını yetersiz bulduğu, iş yoğunluğunu yoğun olarak ifade ettikleri, günlük ziyaret sayılarının ortalamasının 6.14 ± 4.40 (Tablo 4) olduğu, evde bakım biriminin yanı sıra farklı birimde de görevlendirilmeye bağlı güçlüklerle karşılaştıkları (Tablo 12) bulguları bu veriyi desteklemektedir. Bunun nedeni; evde bakım hemşirelerinin sayılarının yetersiz olması, hemşire başına çok sayıda nüfus düşmesi, hizmette ekip anlayışının oturmamış olması, evde bakım hizmetine rutinde yalnız hemşirenin gidiyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hemşirelerin %46.3'ü uygulamaları yalnız yapmaya bağlı evde bakım hizmetlerinde güçlüklerle karşılaşmaktadırlar (Tablo 13). Bu verinin, hemşirelerin ihtiyacı olduğunda kurumdan yardımcı destek personel sağlamada güçlüklerle karşılaştıkları bulgusuyla örtüştüğü fark edilmektedir. Çalışmada hemşirelerin uygulamaları yalnız yapmaya bağlı güçlüklerle karşılaşmalarının nedeni, multidisipliner ekip anlayışının olmamasından kaynaklanabilir.

%90.7'si vital bulgu takibinde, %79.6'sı uygun bakımı planlanmada, % 77.8'i yanık/ yara/ basınç bakımında, %74.1'i reçete edilen ilaç, yan etki, etkileşim, kullanım şekillerine ilişkin bilgi eksikliğine bağlı güçlüklerle karşılaşmamaktadırlar (Tablo 13). Çalışmada bu oranların yüksek olmasının nedeni; mesleki çalışma yılı ortalamasının yüksek olması (Tablo 4) yani hemşirelerin meslekte deneyimli olmasından, evde bakım hizmetinden önce acil servis, yoğun bakım, dahiliye ve cerrahi servis deneyimlerinin bulunmasından (Tablo 4) kaynaklanabilir. Hemşirelerin evde bakım hakkında genel bilgi, hasta bakımı

evde bakım hemşireliği ve girişimleri, yara ve stoma bakımı konularında eğitim aldıkları (Tablo 5) bulgusu bu bulguları desteklemektedir.

Evde bakım hemşirelerinin %57.4'ünün CPR, %53.7'sinin kemoterapi, %37'sinin oksijen ve buhar uygulamadıkları belirlenmiştir (Tablo 13). Evde bakım hemşirelerinin devamlı hasta yanında olamaması CPR uygulama oranını etkileyen en önemli etkenlerden birisidir. Ülkemizde evde bakım birimlerinin multidisipliner hizmet vermiyor olması, hemşire başına çok yüksek nüfusun düşmesi ve birimlerin çoğunun tek hemşire ile işlev görmesi gibi nedenlerden dolayı evde bakım hemşireliğinde henüz tüm hemşirelik uygulamalarının yapılamaması beklenen bir sonuçtur.

5.2.3. Fiziksel Ortam Kaynaklı Güçlükler

Evde bakım hemşirelerinin fiziksel ortam kaynaklı güçlüklerinin dağılımı incelendiğinde en yüksek oranlı olanların; tanımadığı insanların evinde olmaktan dolayı güvenliğin sağlanması, ev ortamının bakım için uygun ortam haline dönüşmesinin sağlama, evlerin havalandırılma ve ısıtılmasıyla ilgili güçlüklerle karşılaşmakta oldukları saptanmıştır (Tablo 14).

Hemşirelerin %72.2'si tanımadığı insanların evinde olmaktan dolayı güvenliğiyle ilgili güçlüklerle karşılaşmaktadır (Tablo 14). Çalışma sonuçlarına benzer olarak aynı oranda hemşirenin tanımadığı insanların evinde hizmet verme nedeniyle güçlük yaşadıkları tespit edilmiştir (21). Evde bakım hizmeti verecek bireyin alışmış olduğu bir ortam dışında bakım verecek olması verimliliği azaltabilir (33,100). Bu bulgular hemşirelerin hasta evlerinde kendilerini güvende hissetmemelerinden kaynaklanıyor olabilir. Hem hizmet sunan hem hizmet alan için etkili iletişim ile güven ortamının oluşturulması ve hemşirelerin hasta evlerinin güvenilirliğinden emin olmaları gerekmektedir. Ülkemizde son yıllarda sağlık personeli güvenliği ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin, güvenliği tehdit edebilecek kişiler için bu açıdan fırsat kapısı olacağı düşünülmektedir.

Evde bakım hemşirelerinin % 66.7'si ev ortamının bakım için uygun ortam haline dönüşmesini sağlamada güçlüklerle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 14). Bu bulguya benzer olarak, evde bakım hizmeti veren hemşirelerin hizmetlerde yaşadıkları güçlükler

üzerine yapılan çalışmada, hemşirelerin yaşadığı güçlüklerden birinin hastaların evlerinde bakım için uygun ortam sağlama olduğu belirtilmektedir (21). Literatürde, hemşirelerin bakım verdikleri ailede yabancı olmaları dolayısıyla hasta ve ailesinin kendi ev ortamının düzenlenmesinde daha etkili oldukları ifadeleri bu bulgumuzu desteklemektedir (38,45,101). Ev ortamının birey ve aileye ait olması evde bakım personeli için etkili iletişim, hızlı problem çözme ve farklı dinamiklere uyum yeteneğini zorunlu kılar. Ev ortamının hasta gereksinimleri doğrultusunda, uygun bakım ortamına dönüştürülmesi de güçlük yaratan alanlardandır (81,86,98). Bu çalışmada ev ortamının bakım için uygun hale dönüşmesini sağlamada hemşirelerin güçlükle karşılaşmış olmalarının birçok nedeni olabilir. Bunlar; hasta ve ailelerinin kendi yaşam alanlarına müdahale edilmesine izin vermeme ve olası değişikliklere karşı çıkma durumlarından kaynaklanabileceği gibi hemşirelerin iş yükünün fazlalığı ya da zaman kısıtlılığı nedeniyle yeterli vakit bulamama ve evde bakım hizmetlerinde deneyimlerinin yeterli olmaması kaynaklı olabilir.

Hemşirelerin %61.1'i evlerin havalandırılmasında, %59.3'ü evleri ısıtılmasında, %57.4'ü gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol altına alarak hastanın uyku ve dinlenmesini sağlamada, %51.9'u hasta odalarına giriş çıkış kontrolünde güçlükle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Kar'ın (21) çalışma sonuçları da benzerlik gösterirken, evlerin havalandırılmasında ve hasta odalarına fazla sayıda kişinin giriş çıkışı nedeniyle hemşirelerin evde bakımda güçlük yaşadıkları vurgulanmaktadır. Çalışma alanının hasta evleri olması hasta ve yakınlarının kontrolünü arttırmakta dolayısıyla bazı şeyleri değiştirmek daha da güçleşmektedir. Hasta ziyaretlerinin popüler olduğu toplumumuzda hastane ortamında bile güçlük yaşayan hemşirelerin hasta evlerinde zorlanacakları tahmin edilen bir sonuçtur. Bu konularda hasta ve yakınlarına havalandırma, ısıtma, gürültü, ışık gibi çevresel uyaranları kontrol altına almanın, hasta uyku ve dinlenmesini sağlamanın, hasta odasına giriş çıkış kontrolünün gerekliliği ve önemi konularında eğitimler verilmelidir.

Evde bakım hemşirelerininin %35.2'si tıbbi atıkların kontrolünde güçlükle karşılaştıklarını, %64.8'i güçlükle karşılaşmadıklarını ifade etmiştir (Tablo 14). The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) raporunda (102), evde bakım uygulayan hemşirelerin ilaçlara ve yan etkilerine ilaçların hazırlanmasından, uygulanması ve ilacın atılmasına kadar çeşitli basamaklarda maruz kalmakta olduklarını

belirtmiştir. NIOSH, American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) ve Occupational Safety&Health Administration (OSHA)'a göre uygulanan güvenlik önlemleri belirlenmiştir (102-105). Ancak bu önlemlere rağmen personelin maruz kaldığı ilaçlarla ilgili yapılan çalışmalarda halen artışlar gözlenmektedir. Bu durum ilaç kullanımında fayda-zarar dengesinin tekrar gözden geçirilmesini gündeme getirmektedir (106). Evde bakım hemşirelerinin tıbbi atıkların kontrolünde güçlüklerle karşılaşmalarının nedeni; ilaçların alınması, depolanması, hazırlanması, taşınması, uygulanması, atıkların yok edilmesi ve tıbbi denetimin sağlanmasında gerekli güvenlik önlemlerinin alınmamasından kaynaklandığı sanılmaktadır. Bunun dışında hemşirelerin konu hakkında bilgisizliğini, çalışma ortamının ev olmasını, zaman kısıtlılığını, donanım yetersizliğini ve evde bakım araçlarının gelişmemiş olmasını akla getirmektedir.

5.2.4. Hasta ve Yakınları Kaynaklı Güçlükler

Evde bakım hemşirelerinin %61.1'i hasta ve yakınlarının bakımdan doyum alamamalarına, % 59.3'ü hasta ve yakınlarının bakıma müdahale etmesine, %57.4'ü hasta ve yakınlarının önerilere uymamalarına, %57.4'ü hasta veya yakınlarının beklentilerinin her ziyarette artmasına bağlı güçlüklerle karşılaşmaktadırlar (Tablo 15). Kar (21), hemşirelerin çoğunluğunun hasta ve yakınlarının hemşirelik bakımına müdahale etmesi ve önerilere uymaması konusunda güçlük yaşadığını vurgulamış olup bunun yanı sıra hasta ve ailesine bağlı yaşanan güçlüklerin dağılımı incelendiğinde aile üyelerinin bakıma yardım etmemesi konusunda da güçlük yaşandığını saptamıştır. Hellman (60), hemşirelerin; hasta ve ailesinin bakıma katılma yetenekleri ve iş birliği nedeniyle hasta ve ailesinin özelliklerine bağlı güçlükler yaşadıklarını belirlemiştir. Çalışma bulguları, hemşirelerin tüm alanlarda olduğu gibi evde bakımda da eğitimci ve danışmanlık rollerini yeteri kadar yerine getirmediklerini düşündürmektedir. Eğitimci rolünü yerine getiremeyen hemşire, hasta ve ailenin sorunlarına çözüm getirecek bilgi, beceri, tutum ve davranışların kazandırılmasını sağlayamayacaktır. Dolayısıyla evde bakımın amaçlarından biri olan hasta ve ailesine öz-bakım yeteneği kazandırmayı da zorlaştıracığı sanılmaktadır.

Evde bakım hemşirelerinin güçlüklerle karşılaştığı konulardan biri de görev tanımı dışında hizmet istenmesidir. Hemşirelerin %61.1'inin görev tanımı dışında hizmet istenmesine bağlı güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır. Kar'ın (21), çalışma bulgularında

ise bu oran oldukça düşüktür. İşbaşı ve Tütüncüoğlu'nun (45) 1998'de kendi evde bakım kurumlarına yönelik yaptığı çalışmada evde bakım sırasında hemşirelerden bakım dışında ev işleri gibi başka hizmetlerin de istendiğini bulması, bu bulgumuzu desteklemektedir. Bu çalışmada, hemşirelerin görev tanımı dışında hizmet istenmesine bağlı güçlüklerle karşılaşmış olmaları beklenen bir sonuçtur. Güçlüğün nedenleri; hemşirelerin evde bakım hizmetlerinde profesyonel ilişkiler kuramaması, kapsamlı ve multidisipliner evde bakım hizmetlerinin sunulmayışı dolayısıyla temizlik vb. işlerde ihtiyacı karşılayacak destek ekibin olmaması, hizmetin ücretsiz olmasından kaynaklı suistimal edilmek istenmesi, kurumların hemşireleri bu konuda yeterince desteklememeleri kaynaklı olabilir.

Hemşirelerin %40.7'sinin hasta veya yakınlarının eğitiminde ve hastanın durumu hakkında bilgi verirken güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır (Tablo 15). Kar (21), hemşirelerin yaklaşık yarısının hasta ve ailesine eğitim vermede güçlük yaşadığını saptamıştır. Yeterli kültürel veri toplayamayan hemşire, bakım verdiği bireyin davranışlarının altında yatan kültürel nedenleri analiz edememekte ve bireylerin sağlık hizmetini kabul etmeme, hizmetten etkili yararlanmama nedenlerini değerlendirememektedir. Konuyla ilgili olarak Türkiye'de yapılan çalışmalar göstermiştir ki özellikle iletişim, dini inanç ve yaşam biçimi kendisinininkinden farklı olan bireylere bakım verilirken güçlük yaşanmaktadır (107,108). Yaptığımız çalışmada, evde bakım hemşirelerinin hasta veya yakınlarının eğitiminde ya da hastanın durumu hakkında bilgi vermede güçlüklerle karşılaşmalarının nedeni; evde bakım hizmeti sundukları hasta ve ailesi hakkında yeterli kültürel veri toplayamamasından, eğitim programlarının kişilerin ihtiyaç ve önceliklerine göre planlanıp programlanmamasından ve eğitimci vasıflarını yeterince geliştirememiş olmalarından kaynaklanabilir.

Evde bakım hemşirelerinin %24.1'i evlerde şiddet, taciz vb. durumlara bağlı güçlüklerle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 15). Bazı çalışmalarda, özellikle sağlık sektöründe çalışanların, hasta, hasta yakını ve diğer insanlardan şiddete maruz kalma risklerinin diğer sektör çalışanlarına göre 4 ila 16 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (109,110). Estry-Behar ve ark. (111), Belçika, Almanya, Finlandiya, Fransa, İtalya, Hollanda, Norveç, Polonya, Slovakya ve İngiltere'yi kapsayan çalışmada hemşirelerin şiddete maruz kaldığını saptanmıştır. Zampieron ve ark. (112), bir yılda hemşirelerin yaklaşık yarısının saldırıya maruz kaldığını belirlemiştir. Gerberich ve ark.'nın "Minnesota Nurses' study"

çalışmasında (113), bir yıl içinde fiziksel şiddet, sözel şiddet, cinsel taciz, tehdit olayı görüldüğü; şiddetin %97.0'si hasta, %67.0'si hasta yakını tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır. Abbas ve ark. (114), hemşirelerin son bir yılda birden fazla kez herhangi bir şiddet olayı ile karşılaşma oranını %27.7 olarak saptamıştır. NIOSH sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının çalışma hayatları boyunca en az bir kez hasta ve yakınlarının saldırısına maruz kaldığını saptamıştır (115,116). Yaptığımız çalışmada, evde bakım hemşirelerinin evlerde şiddet, taciz vb. durumlara bağlı güçlkle karşılaşmaları sağlık çalışanlarının şiddet yönünden risk altında olduğunu hatırlatırken, şiddetin gittikçe arttığı günümüzde bu bulgu hiç şaşırtıcı değildir. Şiddet, yalnız evde bakıma ait bir sorun değil, yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Şiddetten korunma ve önleme çalışmalarının, eğitimlerin, etkili sağlık kurumu yönetimlerinin, şiddete maruziyette hemşirenin ilgili hasta veya yakını hakkında işlem yapabileceği bir mercinin olmaması nedenleriyle güçlük yaşanmakta oldukları düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlükleri ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Evde bakım hemşirelerinin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Günümüzde erkek hemşire sayısı artışıyla birlikte erkek evde bakım hemşiresi oranı da artış göstermektedir (Tablo 3). Evde bakım hizmeti veren kamu ve belediye kurumlarının evde bakıma yönelik oryantasyon eğitimi bulunmamaktadır. Hemşirelerin evde bakıma yönelik eğitime ihtiyaçları bulunmaktadır (Tablo 5). Hemşirelerin evde bakımda en çok gereksinim duydukları alan eğitimidir. Hemşirelerin destek personel yardımına, doktor/ ekip varlığına, ulaşım aracına, kurumlar arası iletişim/organizasyon desteğine, hizmette standardizasyona gereksinim duydukları saptanmıştır (Tablo 10). Evde bakım hemşirelerinin yaşam destek aletlerine bağlı ve yaşamlarına özel bir bakımla devam eden bireylerin en fazla güçlük yaşadıkları hasta grubu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin iletişimde en çok güçlük yaşadığı grup hasta yakınları, en az güçlük yaşadığı gruplar meslektaşları ve yardımcı personel/diğer hizmet grupları olarak tespit edilmiştir (Tablo 11).

Evde bakım hemşirelerinin kurum kaynaklı karşılaştıkları güçlüklerin; evlere ulaşımında zorluk yaşamaya, hizmet karşılığı hak ettiği ücreti alamamaya, hizmet içi eğitimlerin yetersizliğine, kurumun bireysel gelişimini desteklememesine, bakım protokollerinin ve görev tanımlarının olmamasına bağlı güçlükler olduğu ve evde bakım biriminin yanı sıra farklı birimde de görevlendirilmeye bağlı güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır.

Hemşirelerin evde bakım birimi dışında ek olarak acil servis, EKG birimi, poliklinik vb. görev yerlerinde de çalıştırıldıkları belirlenmiştir (Tablo 12). Evde bakım hemşirelerinin ilk kez gittiği evlerde neyle karşılaşacağını bilmemeden dolayı, iş sorumluluklarının fazlalığından dolayı, hastayı taşıma ve pozisyon verme, entübe/ventilatörde/ trakeostomili hasta bakımı konularında hemşirelik ve hemşirelik hizmetleri kaynaklı güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Uygulamalarla ilgili beceri eksikliğine bağlı güçlüklerle karşılaşmazken, bilgi eksikliğine bağlı güçlüklerle karşılaşmaktadır. Hemşirelerin

çoğunluğu ilk kez gittiği evlerde neyle karşılaşacağını bilmemekten dolayı güçlükle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin uygulamaları yalnız yapmaya bağlı evde bakım hizmetlerinde güçlükle karşılaşmaktadırlar (Tablo 13). Evde bakım hemşirelerinin fiziksel ortam kaynaklı güçlüklerinin dağılımı incelendiğinde en yüksek oranlı olanların; tanımadığı insanların evinde olmaktan dolayı güvenliğiyle ilgili, ev ortamının bakım için uygun ortam haline dönüşmesini sağlamada, evlerin havalandırılma ve ısıtılmasında güçlükle karşılaşmakta oldukları saptanmıştır (Tablo 14). Evde bakım hemşireleri hasta ve yakınlarının bakımdan doyum alamamalarına, bakıma müdahale etmesine, önerilere uymamalarına, beklentilerinin her ziyarette artmasına bağlı güçlükle karşılaşmaktadırlar (Tablo 15). Evde bakım hemşirelerinin güçlükle karşılaştığı konulardan biri de görev tanımını dışında hizmet istenmesidir.

Sonuç olarak, evde bakım hemşireleri çalışma alanında en yüksek oranda fiziksel ortamdaki kaynaklanan güçlüklerden “tanımadığı insanların evinde olmaktan dolayı güvenliği ile ilgili” güçlükle karşılaşmaktadırlar (Tablo 14).

6.2. Öneriler

1. Evde bakım hemşirelerinin sayılarının artırılması, hemşire başına düşen nüfusun hizmeti uygun şekilde verebilecek şekilde ayarlanması,
2. Üniversitelerin hemşirelik lisans programlarında evde bakım hemşireliği dersine yer verilmesi ve konuların detaylı işlenebilmesi için yeterli ders saatinin ayrılması, dersleri bu alanda uzmanlaşmış kişilerin anlatması, tüm öğrencilerin aktif uygulama yapabileceği staj desteğinin sağlanması,
3. Evde bakım birimlerinde hemşireler istihdam edilirken öncelikli tercihin 4 yıllık lisans eğitimini örgün eğitimle tamamlayarak en az 1 yıl akut bakım ünitelerinde çalışmış ve evde bakım hemşireliği sertifikasına sahip hemşirelerden yana kullanılması, mevcut çalışan evde bakım hemşirelerinin ise sertifika programlarına en kısa sürede yönlendirilmesi,
4. Evde bakım hemşireliği eğitim programlarında evde bakım uygulamaları, tıbbi cihazların kullanımı, görev/yetki/sorumluluklar, yara/stoma/katater/ngs bakımı, yaşlı bakımı, aile planlaması, acil durumlarda müdahale, terapötik iletişim, terminal dönem

- bakımı, hasta hakları, doğum öncesi bakım, kronik hasta bakımı, bebek beslenmesi konularına öncelik verilmesi,
5. Evde bakım hizmetlerinde ortak bir dilin oluşabilmesi için hemşirelerin görev tanımlarına farkındalıklarının artırılması, standardize edilmiş evde bakım protokollerinin oluşturulması,
 6. Kurumların hizmetleri devamlı takip etmeleri için evde bakım hizmeti kontrol ve denetleme sistemi geliştirilmesi,
 7. Evde bakım hemşirelerinin eğitim, destek personel, doktor/ekip eksikliği, ulaşım aracı, iletişim/organizasyon desteği (kurumlar arası, kişiler arası), hizmette standardizasyon, iletişim aracı, evde bakım birim odası, araç gereç donanımı gibi alanlardaki gereksinimlerini gidermeye yönelik girişimlerde bulunulması,
 8. Kurumlarda evde bakım ekibine özel sabit oda tahsis edilmesi,
 9. Hemşirelerin yaşam destek aletlerine bağlı ve yaşamlarına özel bir bakımla devam eden bireylere, bilinci kapalı hastalara, öfkeli ve tedavi/bakımı reddeden hastalara yönelik bakımda eğitimle desteklenmesi,
 10. Hasta ve yakınları ile ön görüşme yapılması, hasta ve aile özelliklerinin tanınması, onlara yönelik sistematik bilgilendirme faaliyetinin düzenlenmesi, hasta yakınlarına bakımda aktif rol verilmesi, bakıma uyumun artırılması ve güçlülere engel olmak için aile ile işbirliği içerisinde olunması,
 11. Hasta ve yakınlarının hastane sonrası gereksinimlerinin iyi değerlendirilmesi ve evde bakım hizmetleri yönetim sürecinin iyi planlanması,
 12. Kurumlarda evde bakım birimlerinin döner sermaye ve performans yönetmeliğindeki özellikli birimler arasında yer alması,
 13. Evde bakım birimine yeterli donanıma sahip ekip sayısı kadar ulaşım aracının tahsis edilmesi, kurumun başka işlerinde araçları kullanmaması, araçlara sabit navigasyon cihazlarının yerleştirilmesi,
 14. Türkiye’de evde bakım kavramının ulusal politikalara göre standartları ve görev tanımlarının hazırlanması, standardize edilmiş evde bakım protokollerinin hazırlanması,
 15. Evde bakımda tedavi orderlerinin yazılı olarak düzenlenmesi,

16. Evde bakım hemşirelerinin evde bakım birimi dışında farklı birimlerde görevlendirilmemesi, hemşire sayısının yetersizliğinin bu yolla çözülmeye çalışılmaması,
17. Evde bakım birimlerinin yapılandırılmasında ve bu birimlerde görev yapan sağlık personeline verilen hizmet içi eğitimlerin, müfredatı, sertifikasyonu ve uygulama usul ve esaslarına ilişkin yönerge taslağının düzenlenmesi,
18. Evde bakım hizmeti sunan kurumların evde bakım hemşireliğine yönelik sistemli eğitim programlarının oluşturulması, hemşirelerin başlangıçta evde bakım oryantasyon eğitiminin ardından düzenli periyotlarda hizmet içi eğitim programlarıyla desteklenmesi, sistemli eğitim programlarının işlerlik ve süreklilik kazanması, hemşirelerin gelişmelerinin ve yeterliliklerinin düzenli olarak değerlendirilmesi,
19. Evde bakıma yönelik düzenlenen kurs/kongre/sempozyum programlarının sıklaştırılması, kurs içeriklerinin ihtiyaç olan konular doğrultusunda geliştirilmesi ve güncellenmesi, kurumların hemşirelerini bu tür organizasyonlara katılımları konusunda teşvik edici olmaları ve katılımlar için kurum/firma desteğinin sağlanması,
20. Hizmetin multidisipliner ekip anlayışı içinde sunulması, hemşirelerin yanında devamlı yardımcı destek personelin bulunması, hemşirelerin yalnız çalışmaması,
21. Evde bakım hemşirelerine entübe/ ventilatörde/ trakeostomili hastalara bakım, sözel iletişimde bulunamayan hastalarla etkili iletişim, ani karar verebilme ve müdahale edebilme konularında beceri geliştirici eğitimlerin düzenlenmesi,
22. Hizmet başlangıcında hasta evlerinin çalışan açısından güvenilirliğinin uzman ekip tarafından değerlendirilmesi,
23. Hizmet verilecek her eve tanışma ziyareti düzenlenmesi,
24. Hizmet sunan ve alan için etkili iletişim ile güven ortamının oluşturulması,
25. Hemşirelerin kendilerini güvende hissetmeleri için çağrı cihazı kullanması,
26. Hasta ve yakınlarına evde çevresel uyaranları kontrol altına almanın, hastanın uyku ve dinlenmesini sağlamanın, hasta odası giriş çıkış kontrolünün gerekliliği ve önemi konularında eğitimlerin düzenlenmesi,
27. Tıbbi atıkların kontrolüne yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, araçlarda tıbbi atık kutularının prosedüre uygun halde bulundurulması,
28. İlaçların alınmasından atıkların yok edilmesine kadar tüm süreçte tıbbi denetimin sağlanmasında gerekli güvenlik önlemlerinin alınması,

29. Eksiksiz ve nitelikli evde bakım hizmeti sağlayabilecek donanıma sahip araçların alınması,
30. Hasta ve yakınlarının evde bakım hizmeti konusunda bilgilendirilmesi,
31. Evde bakım hemşirelerinden görev tanımı dışında bir şey istendiğinde yapılmaması ve hizmette standardizasyon için sınırların çizilmesi,
32. Evde bakım hizmeti sunulacak hasta ve ailesi hakkında detaylı veri toplanması, hizmet programlarının ihtiyaç ve önceliklere göre planlanıp uygulanması,
33. Hemşirelerin eğitimci ve danışmanlık rollerini yerine getirebilmeleri için eğitimlerle desteklenmesi,
34. Şiddetten korunmaya ve şiddeti önlemeye yönelik eğitimlerin ve etkili sağlık kurumları yönetimlerinin düzenlenmesi, şiddeti önleme amacıyla risk yönetimi ve kriz değerlendirmesi yapılması, hemşirelere şiddet ile profesyonel yöntemlerle başa çıkma becerisi kazandırılması, olay kaydının ve bildiriminin yapılması hakkında bilgilendirme yapılması,
35. Evde bakım hemşirelerinin güçlüklerinin değerlendirilmesi, güçlüklerle başa çıkmak için hem bireysel hem de örgütsel stratejilerin geliştirilmesi ve kurumlarda gerekli organizasyonel düzenlemelerin yapılması,
36. Evde bakım çalışanlarına özgü tüm boyutların derinlemesine incelendiği nitel araştırmaların planlanması ve yürütülmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Marchall T. Koroner kalp ameliyatı önlenmesi artan maliyet yararlılık örneklemelerinden çıkarılan dersler. *BMJ Türkiye*, 2004; 9(1):41-44.
2. Oğlak S. Evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları*, 2007; 13-229.
3. World Health Organization. <http://www.who.int/chronic conditions/ltc/en/>. Erişim tarihi:18.09.2012.
4. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 10 Mart 2005, sayı: 25751, www.saglik.gov.tr. Erişim tarihi: 21.07.2012.
5. Arıoğul S. Evde bakım sistemleri ve ülkemizde yaşlı sağlığı hizmetleri. İçinde: *Geriatric ve Gerontoloji*. Ankara, MN Medikal & Nobel, 2006; 25-35.
6. Küçükgüçlü Ö. Evde bakım. 4. Türk Geriatri, Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi, 2010; İzmir, 100-102.
7. Fadiloğlu Ç. Evde bakım hizmetlerinin gelişimi ve önemi. İçinde: Fadiloğlu Ç, Doğan F, Ertem G, ed. *Evde bakım*. İzmir: Meta Basım, 2006; 7-27.
8. Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Türk Geriatri Dergisi*, 2007; 10(2), 100-108.
9. American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians. *Medical management of the home care patient. Annual Report*, 2004.
10. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde bakım hizmetlerine genel bakış. *Türkiye Klinikleri Journal Med Ethics*, Ankara, Law and History, 2004; 12:2, 109-120
11. Emiroğlu NO. Evde bakımın sağlık ve sosyal sistemimize entegrasyonu: hemşirelik mesleği açısından öneriler. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi, 2008; İstanbul, 54-55.
12. Şahbaz M, Tel H. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2006; 9(2), 85-93.
13. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 09 Nisan 2011, sayı: 27910, Ek 2, Çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları. Erişim tarihi: 21.07.2012.
14. Sayan A. Günümüzde evde bakım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik YO Dergisi*, 2004; 7: 91-96.

15. Grunfeld E, Glossop R, McDowell I, Danbrook C. Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. Canadian Medical Association, 1997; 157(8), 1101-1104.
16. Güven S, Hazer O. Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin aile ve yaşlılık açısından gereği, önemi ve bu konuda ev ekonomistlerinin yeri. 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Bildiri Kitabı, 1998; İstanbul, 65-70.
17. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal Of Geriatrics. 2002; 5(4), 155-159.
18. Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 7(2), 15-22.
19. American Medical Association-American Academy of Home Care Physicians. Medical management of the home care patient, Annual Report, 2005.
20. Yaşar KE. Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.
21. Kar G. Evde bakım hizmeti veren hemşirelerin hizmetlerde yaşadıkları güçlükler ve iş doyumunu düzeyleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
22. Anuk D. Tedavi ekibinde stres ve tükenmişlik. V. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Kongresi, Kongre Kitabı: 182-187, 21-23 Ekim,1998, İstanbul.
23. Özet A, Işıkhani V, Kömürcü Ş, Arpacı F, Öztürk B, Yalçın A. Kanser hastaları ile çalışan sağlık personelinin iş doyumları. Türk Onkoloji Dergisi, 1998; 13(1):14-17.
24. Luquette J. Stress, compassion fatigue, and burnout: effective self-care techniques for oncology nurses. Oncology Nursing Forum, 2007; 34(2):490.
25. Tekarslan E, Kılınç T, Şencan H, Baysal AC. Davranışın sosyal psikolojisi., İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları. 2000; yayın no:278, İstanbul.
26. Türköz Y. İşe ve kuruma yönelik tutum hangi boyutlarda ölçülmektedir? Modern Hastane Yönetimi Dergisi. 2000; 4(1), İstanbul.
27. Danış MZ. Toplum Temelli Bakım Anlayışı.
<http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3ttrbakim.htm>. Erişim tarihi: 11.09.2011.

28. Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. Türk Geriatri Dergisi, 2007; 10(2), 100-108.
29. Fadıloğlu Ç, Ertem G, Őenuzun AF. Evde sağlık ve bakım. 1.Baskı. Ankara, Gökтуđ Yayıncılık, 2013; 3-23.
30. http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=148:evde-bakm-hizmetlerinin-avantajlar&catid=59:evde-bakm-hizmeti&Itemid=201. Erişim tarihi: 07.06.2011.
31. BaŐđul Ç, Keskin İ, Kara H, Aksoy M. Sağlık alanında yeni bir hizmet: evde sağlık hizmetleri, Ankara İL Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi,
http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%C4%9E%C4%B0T%C4%B0M/02_02_2012_10_52_37.doc. Erişim tarihi: 21.07.2013.
32. Wasik BH, Bryant D, Lyons C. Home visiting: procedures for helping families. Newbury Park, CA: Sage, 1990; 48.
33. Karabağ H. Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007: 36.
34. Barker LR, The Social Work Dictionary, NASW Press, USA, 1999; 218-219.
35. Centers for Medicare and Medicaid Services. <http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=240>. Erişim tarihi: 12.05.2011.
36. www.tahud.org.tr/download?tip=sunumlar&id=8. Erişim tarihi: 06.05.2011.
37. Kaye WL. The proliferation of home care programs, Journal of Gerontological Social Work, 1995; 24(3-4): 1-6.
38. Boyoğlu R. Hastane destekli evde bakım hizmetleri ve sunumu. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1998.
39. Aksakoğlu G. Evde sağlık hizmeti. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, 1990; İstanbul.
40. Jakopzode S. Coping with Aging: International Challenges. Health Affairs. 2000; 19(3): 213-225.

41. Seyyar, A. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılığa Bağlı Bakım Sorununa Karşı Güvence Sistemleri. Özveri Dergisi. 2005; 2(1): 377-503.
<http://www.ozida.gov.tr/?menu=ozveri&sayfa=ov3/ov3yaslibakim>. Erişim tarihi: 06.05.2011.
42. Ünal N, Selvi Can Ö. Evde bakım ve tedavi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2008; 6 (4); 7.
43. Elevli E. Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın tespit edilmesi konusunda bir araştırma. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
44. <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/150-evde-bakim-hizmetlerinden-kimler-faydalanabilir.html>. Erişim Tarihi: 07.06.2011.
45. İşbaşı S, Tütüncüoğlu G. Evde bakım sürecine genel bakış. I. Ulusal Evde Bakım Hemşireliği Kongresi Kitabı. İstanbul, 1998.
46. Tarricone R, Tsouros DA. Home care in Europe, WHO Regional Office for Europe, 2008 (çev: Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. Avrupa’da evde bakım hizmetleri somut gerçek, 2013).
47. Hellwig K. Home care. NK Worley (ed): Mental Health Nursing in the Community’de, St. Louis, Mosby-Year Book, Inc., 1996; 203-216.
48. Danış M.Z, Toplum Temelli Bakım Anlayışı,
<http://www.dezavantaj.org/index.php/aratirmalar/8-engelli/297-toplum-temelli-bakim-anlay-> . Erişim Tarihi: 07.06.2013.
49. Community Health Nurses of Canada. Home health nursing competencies. Toronto, Ontario: 978-0-9733774-4-6, 2010. Version 1.0.: 8-12.
50. Çimete G. Evde bakım hemşireciliği. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2008; 6(4), 47-53.
51. American Nurses Association (ANA) . Home health nursing: scope and standards of practice, 2008. Maryland: Author.
52. Rice R. 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, New York, Philadelphia, Portland, London, Madrid, Syngapore, Tokyo, Sydney, 1996, 119-130.

53. Saba VK. Nursing classifications: home health care classification system (HHCC): an overview. *Online Journal of Issues Nurs*, 2002; 7(3):9
54. Martin KS, Scheet NJ. *The Omaha System: Applications for community health nursing*. Philadelphia, Saunders, 1992.
55. Musser DB, Rice R. The role of the home care nurse and orientation strategies. In: Rice R. *Home care nursing practice*. Mosby elsevier, 2005; 3: 25-36.
56. Benefield LE. Competencies of effective and efficient home care nurses. *Home Care Manager*, 1998; 2(3), 25-28.
57. Herleman L. Home care primary nurse case management model. *Home Health Care Management & Practice*, 2008, 20(3): 235-244.
58. Bozkurt İ, Taş Ş. İstanbul'da evde sağlık hizmetleri ve evde sağlık hizmetleri İstanbul çalıştayı raporu.
evsad.org.tr/modules/TDMDDownloads/singlefile.php?cid=3&lid=27. Erişim tarihi: 20.01.2014.
59. Avcı K. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta ve Çalışan Güvenliği
evsad.org.tr/modules/TDMDDownloads/singlefile.php?cid=3&lid=51. Erişim tarihi: 10.04.2013.
60. Hellman AE. Analysis of a Home Health Agency's Productivity System. *Public Health Nursing*, 1991 December; 8 (4): 62-66.
61. Kara BJ. Home health care and rehabilitation nursing. *Nursing clinics of North America*. 1989; 24 (1): 171-177.
62. Saatçi E, Öztunç G, Bozdemir N, ve ark. Aile hekimliği evde bakım hizmeti. *Arşiv dergisi*, 2000; 9:270.
63. Tanlı S. Evde bakım hizmetlerinin firmalaştırılması: bir işletme planı önerisi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek lisans Tezi, İstanbul, 1996.
64. Aras JD. *Bringing the hospital home: ethical and social implications of high-tech home care*, Baltimore, 1995, The Johns Hopkins University Press.
65. Karamercan E. Evde bakım: sağlık hizmetlerinde yeni bir olgu, *Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı*, 2001; 39: 935- 944.
66. Çoban M. Evde bakım hizmetleri konusunda görüş belirleme: Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi doktorları ve hemşireleri üzerinde bir uygulama, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003.

67. Benefield LE. Making the transition to home care nursing. *AJN*, 1996; 96 (10): 47-49.
68. Carr P. Rules of home care nursing. *Home Health Care Nurse*, 2002;20 (6):358.
69. Kirk R, Kranz D. Developing home care standarts you can count on... and cost on! *JOVA*, 1992; 22(10).
70. Malloy C, Heartshorn J. *Acute care nursing in the home a holistic approach*, 1989.
71. Stanhope M, Lancaster J. *Community Health Nursing*. Mosby Year Book, St. Louis. Fourth Edition, 1996.
72. Twardon C, Gartner M, Cherry C. A competency achievement orientation program. *JONA*, V:23, N: 7/8, P:20-25, July/Augst, 1993.
73. Yılmaz K, Koçaşlı S, Topçu T. Evde bakımda Florence Nightingale yaklaşımı: ortam hijyeni.
<http://evsad.org.tr/modules/TDMDDownloads/singlefile.php?cid=3&lid=18>. Erişim tarihi: 09.06.2014.
74. Marks I, Connolly J, Muijen M. Home-versus hospital based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 1994; 165(2): 179-194.
75. Elhan GS, Metin P, Perzivat L. *Sağlık Sektöründe Kadın*. 1. Basım, Cem Vereb Ofset, s. 23, Ankara, 2000.
76. İnanç N, Üstünsöz A. Kadın, güç ve hemşirelik. *Hemşirelik Forumu*. 1998;1(2): 65.
77. Kaya N, Turan N, Öztürk A. Türkiye’de erkek hemşire imgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*,2011;8:1. <http://www.insanbilimleri.com>. Erişim tarihi: 06.05.2011.
78. *Comprehensive Accreditation Manual for Home Care 2004-2005*. (2003) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Department of Publications, Illinois.
79. *Comprehensive Accreditation Manual for Home Care 2006-2007*. (2006) Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations. Department of Publications, Illinois.
80. *Statements on Home Care for Patients With Respiratory Disorders*. American Thoracic Society Documents, 2005. *Am J Respir Crit Care Med* 171: 1443-1464.
81. Gruber MV. Home health care nursing information and overview. 2006.
82. Home Care Nursing. www.cei.elders.org. Erişim tarihi: 06.06.2011.

83. Home care educational manual, 2007. Office of Public Health Nursing, Florida Department of Health, Home Care Project.
84. http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/Y_Calismasi.pdf. Erişim tarihi: 11.01.2014.
85. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 01.02.2010, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanligınca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u-.html>. Erişim tarihi: 21.07.2012.
86. Stanhope M. 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, New York, Philadelphia, Portland, London, Madrid, Singapore, Tokyo, Sydney, 1996; 805-834.
87. Alçıkaya Y. Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hemşirelerde İş Tatmin Düzeyinin Ölçülmesi. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
88. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu.
89. Roberts SL. Behavioral Concepts and Throughout Life-Span. Washington, Prentice-Hall Inc. 1978.
90. Terakye G. Hasta Hemşire İlişkileri. 5. baskı. Ankara, Zirve Ofset Ltd. Şti.1998.
91. Karakuş Z. Enfeksiyon kontrol hemşirelerinin çalışma alanında yaşadığı güçlükler ve eğitimin rolü. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
92. Badır A. Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Oryantasyonu ve Sürekli Eğitimi. Yoğun Bakım Dergisi, 1999; 2 (3): 15-17.
93. Telci L. Yoğun Bakım Nasıl Olmalıdır? Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2004; 1: 15-17.
94. Ernle WD, Young D. Life and Death in the ICU. Ed: Civetta J.M., Ethical Considerations Critical Care, Third Editions, Philadelphia, 1997.
95. Yaşar F. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.

96. Walsh M. Coleman JR. Trials And Tribulations: A Small Pilot Telehealth Home Care Program For Medicare Patients. *Geriatric Nursing*, Volume 26, Number 6 2005;26: 341-346.
97. Banerjee P. The effect of homecare in terminal cancer patients. *Indian journal of palliative care*. 2009 july-dec; v.15(2) 155-158.
98. Martinson IM, Widmerı AG, Portillo CJ () Home health care nursing. 2nd. Ed. WB. Saunders Company, Philadelphia, London, NeWYork, St.Louis, Sydney, Toronto, 2002; pp 3-10.
99. World Health Organization Technical Report Series, 898. WHO, Geneva. Home based long-term care, 2000: 1- 37.
100. Karadağ M. Türk silahlı kuvvetlerinde görevli hekim öğretim üyelerinin evde bakım hizmetleri konusundaki görüşleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.
101. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 8. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayıncılık, 1998.
102. National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH Alert: Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings. DHHS (NIOSH) Publication No. 2004-165. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention; 2004.
103. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP Guidelines on Handling Hazardous Drugs. *Am J Health Syst Phar m* 2006; 63: 1172–1193.
104. Polovich M, White JM, Kelleher LO, eds. *Chemotherapy and Biotherapy Guidelines and Recommendations for Practice*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Society; 2005. Available at: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id_8337. Accessed August 21, 2006.
105. Peterson AM, Barton-Burke M. Introduction to chemotherapy drugs, in Wilkes GM, Barton- Burke M (eds). *Oncology Nursing Drug Handbook*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2005: 255–288.
106. Uyan O. Antineoplastik İlaçlarda Çalışan Sağlığı. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi: s230, 2013, Ankara.

107. Tortumluoglu G, Okanlı A, Ozyazıcıoğlu N, Akyıl R. Defining cultural diversities experienced in patient care by nursing students in eastern Turkey. *Nurse Education Today* 2006; 26(2):169-75.
108. Tortumluoğlu G, Okanlı A, Şıpkın S, Özyazıcıoğlu N, Akyıl R. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin bakım verirken yaşadıkları kültürel deneyimler ve etkileyen faktörler. T.S.K.II üncü Ulusal/Uluslar arası Katılımlı hemşirelik Kongresi. 8-11 Mayıs, 2007. Dedeman Ski Lodge, Erzurum.
109. Elliott P. Violence in health care: what nurse managers need to know. *Nurs Manag.* 1997; 28: 38-41.
110. Sibbald B. Physician, protect thyself. *Can Med Assoc J.* 1998; 159 (8): 987-989.
111. Estryng-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, et al. Violence risks in nursing- results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med.* 2008; 58: 107-114.
112. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, et al. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *JClin Nurs.* 2010; 19: 2329-2341.
113. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med.* 2004; 61: 495-503.
114. Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, et al. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc.* 2010; 85(1-2): 29- 43.
115. Harrell E. Workplace violence, 1993-2009. Washington, DC: US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, National Crime Victimization Survey, 2011. Available at: <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/wv09.pdf> Access date: March 20, 2013.
116. Violence in the healthcare workplace. *CME Resource.* 2012; 26: 1-23.

8. EKLER

Ek 1. Veri Kayıt Formu

Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek 3. Etik Kurul İzin Belgesi

Ek 4. Kurum İzinleri

Ek 5. Özgeçmiş

Ek 1. Veri Kayıt Formu

**EVDE BAKIM HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA ALANINDA KARŞILAŞTIKLARI
GÜÇLÜKLER VE BAKIM VERMEDE DUYULAN GEREKSİNİM ALANLARI
ANKET FORMU**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışması olup anket formu evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlükleri ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarını belirlemeye yönelik hazırlanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler evde bakım hizmetlerinin planlanması açısından büyük katkı sağlayacaktır

Ankete verdiğiniz bilgiler araştırma amaçlı olup, kesinlikle gizli tutulacaktır. Boş soru bırakmamanızı rica ediyorum. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim. Saygılarımla.

Selda ÇOBAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket No: ...

Sorular

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Eğitim durumunuz: () Sağlık meslek lisesi
() Ön lisans
() Lisans tamamlama
() Lisans
() Lisansüstü (yüksek lisans/doktora)

4. Çalıştığınız Kurum: () Kamu Hastanesi () Belediye

5. Mesleki toplam çalışma süreniz: ... yıl

6. “Evde bakım hemşiresi ” olarak hizmet verdiğiniz toplam süre : ... ay

7. Meslek hayatınız boyunca evde bakım dışında çalıştığınız alanlar (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

() Poliklinik	() Acil servis
() Dahiliye servisleri	() Ameliyathane
() Cerrahi servisleri	() Aile hekimliği/ Sağlık ocağı
() Çocuk servisleri	() İş sağlığı
() Kadın h. ve doğum servisleri	() Eğitim hemşireliği
() Geriatri servisleri	() Huzurevi
() Psikiyatri servisleri	() Diyaliz birimi
() Yoğun bakım	() Diğer (açıklayınız.....)

8. Evde bakım hizmetinde çalışma şekliniz :

() Devamlı gündüz () Ziyaret şeklinde () Nöbet usulü () Diğer (açıklayınız

9. Günlük ortalama ziyaret sayınız : ...

10. Kurumunuzun evde bakım hemşiresi sayısı size yeterli mi? Evet Hayır

11. İş yoğunluğunuz: Çok yoğun yoğun normal az

12. Evde bakım hizmetleri için eğitime ihtiyaç duyuyor musunuz? Evet Hayır

13. Evde bakım hemşireliği ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

Evet Hayır (yanıtınız hayır ise 16. soruya geçiniz)

14. Almış olduğunuz eğitimi ne zaman aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lisans/ Lisansüstü eğitiminde | <input type="checkbox"/> Evde bakım kursunda |
| <input type="checkbox"/> Kurum oryantasyon eğitiminde | <input type="checkbox"/> Kongre/sempozyumda |
| <input type="checkbox"/> Hizmet içi eğitimde | <input type="checkbox"/> Diğer..... |

15. Eğitim içeriğinde yer alan konuları belirtiniz. (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evde bakım hakkında genel bilgi | <input type="checkbox"/> İş tanımları |
| <input type="checkbox"/> Evde bakımın fiziksel özellikleri | <input type="checkbox"/> Hasta bakım protokolleri |
| <input type="checkbox"/> Kullanılan tıbbi cihaz ve malzemeler | <input type="checkbox"/> Kurum işleyişi |
| <input type="checkbox"/> Evde bakım hemşireliği ve girişimleri | <input type="checkbox"/> Hasta hakları |
| <input type="checkbox"/> Acil durumlarda müdahale | <input type="checkbox"/> Yara ve stoma bakımı |
| <input type="checkbox"/> Evde bakımda hasta özellikleri | <input type="checkbox"/> Kayıt formları |
| <input type="checkbox"/> Hasta bakımı (Terminal dönem- yaşlı-yenidoğan vb.) | <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız.....) |
| <input type="checkbox"/> Kişilerarası iletişim | |

16. Evde bakım hizmeti sunumunda kendinizi hissettiğiniz yeterlilik düzeyi:

oldukça yeterli yeterli kısmen yeterli zayıf kesinlikle yetersiz

17. Daha kaliteli bir hizmet için hangi konularda eğitime gereksinim duyuyorsunuz?

.....
.....

18. Kurumunuzun “evde bakıma yönelik hizmet içi eğitim programı” var mı? Evet Hayır

19. Kurumunuzun “evde bakım hemşirelerine yönelik “yazılı iş tanımı” var mı?

Evet Hayır Bilmiyorum

20. Kurumunuzun “yazılı evde bakım protokolleri” var mı? Evet Hayır Bilmiyorum

21. Biriminizin “evde bakım ekibi” kimlerden oluşmaktadır?

.....

22. Kurumunuz verdiğiniz bakımı denetliyor mu? Evet Hayır (24. soruya geçiniz)

23. Verdiğiniz bakım kim ya da kimler tarafından denetleniyor?

.....

24. Hasta bakımı kim ya da kimler tarafından planlanıyor?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hekim | <input type="checkbox"/> Hasta ve/veya yakınlarının isteklerine göre |
| <input type="checkbox"/> Bakım veren hemşire bireysel olarak | <input type="checkbox"/> Hastanede taburculuk planlamasındaki yetkililerce |
| <input type="checkbox"/> Hekim& hemşireler tarafından ortak | <input type="checkbox"/> Diğer..... |

25. Evde bakım hemşireliği hizmet sunumunda herhangi bir güçlükle karşılaşılıyor musunuz?

Evet Hayır

26. Evde bakım hizmetinde en fazla güçlük yaşadığınız hasta grupları hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Bilinci kapalı hastalar
- Yaşam destek aletlerine bağlı ve yaşamlarına özel bir bakımla devam eden bireyler
- Konfüze/deliryumda olan hastalar
- Terminal dönemdeki bireyler
- Hastalıklarının akut döneminde çeşitli nedenlerle hastaneden taburcu edilen bireyler
- Duyu kaybı olan hastalar
- Engellilik düzeyi belirlenmiş bireyler
(Uluslararası Fonksiyon, Özürlülük ve Sağlık Sınıflaması kriterlerine göre)
- Yaşlılar (65 yaş üstü)
- Gebeler
- Lohusalar
- Yenidoğan
- Kronik hastalıklı bireyler
- Günlük tedavi planı hastanede kalmayı gerektirmeyen hastalar
- Konuşmada dil farklılığı olan hastalar
- Öfkeli ve tedavi/bakımı reddeden hastalar
- Diğer (açıklayınız

27. Evde bakım hizmetlerinde iletişimde en çok güçlük yaşadığınız gruplar: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hasta | <input type="checkbox"/> Yardımcı personel ve diğer hizmet grupları |
| <input type="checkbox"/> Hasta yakınları | <input type="checkbox"/> Yöneticiler |
| <input type="checkbox"/> Meslektaşlarım | <input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız)..... |
| <input type="checkbox"/> Hekim grubu | |

28. Evde bakım vermede gereksinim duyduğunuz alanlar var mı? Evet Hayır

29. Evet ise evde bakım vermede duyduğunuz gereksinim alanları nelerdir? (açıkça yazınız.)

.....
.....
.....

Karşılaşabileceğiniz güçlülere ilişkin aşağıdaki ifadelerden size uygun olan sütuna (X) işaret koyunuz. **LÜTFEN BOŞ SORU BIRAKMAYINIZ**

Kurum kaynaklı güçlükler	Evet güçlülle karşılaşıyorum	Hayır güçlülle karşılaşmıyorum
Yönetimle ilgili problemler yaşamaya bağlı		
Kurumun bireysel gelişimimi desteklememesi nedeniyle		
Hizmet içi eğitimlerin yetersizliği nedeniyle		
Kurum hizmet içi eğitimlerine katılmada		
Bakım protokollerinin olmamasına bağlı		
Görev tanımlarının olmamasına bağlı		
Kayıt formlarının fazla olması nedeniyle		
Kayıt formlarının hizmeti değerlendirmede uygun olmamasına bağlı		
Evde bakım birimi yanında farklı birimde de görevlendirilmeye bağlı		
Hizmetler sırasında ekibe ulaşma / haberleşmede		
Acil durumlarda kimi/ nereyi arayacağımı bilmemeye bağlı		

Evlere ulaşımında		
Sözel istem (order) uygulaması olmasına bağlı		
Evde bakım kurumunun denetleme sistemiyle ilgili		
Hizmet karşılığı hak ettiğim ücreti alamamaya bağlı		
Hasta bakımıyla ilgili kuruma geri bildirimde		
İhtiyacım olduğunda kurumdan yardımcı destek personel sağlamada		
Ekipman/ malzeme yokluğuna bağlı		
Kurum tarafından malzemelerin temin edilmesiyle ilgili		
Günlük ziyaret sayısının fazla olmasına bağlı		
Uzun ve yorucu iş saatlerinden dolayı		
Özlük haklarımın korunmamasıyla ilgili		
Ekip içi iletişim kopukluğu ve ekip çatışmasına bağlı		
Diğer (açıklayınız).....		
Hemşirelik ve hemşirelik hizmetleri kaynaklı güçlükler (! Uygulamadığınız işlemleri boş bırakınız)	Evet güçlkle karşılaşıyorum	Hayır güçlkle karşılaşmıyorum
Uygulamalarla ilgili bilgi eksikliğine bağlı		
Uygulamalarla ilgili beceri eksikliğine bağlı		
Motivasyon eksikliğinden dolayı		
Zaman yetersizliği nedeniyle		
İş sorumluluklarının fazlalığından dolayı		
Alışmış olduğum ortam dışında bakım verecek olmama bağlı		
Uygun bakımı planlanmada		
Evde bakım verirken zamanımı planlamada		
Birey ve ailenin eğitim ve danışmanlık ihtiyacını belirlemede		
Uygulamaları yalnız yapmaya bağlı		
Hizmet anında yakınımnda bilgi alacağım tecrübeli kişilerin olmamasına bağlı		
İlk kez gittiğim evlerde neyle karşılaşacağımı bilmemekten dolayı		
Reçete edilen ilaç yan etki, etkileşim, kullanım şekillerine ilişkin bilgi eksikliğine bağlı		
Oral/ Parenteral tedavi hazırlama ve uygulamada		
Kemoterapi hazırlama ve uygulamada		
Kataterlerin takımı ve bakımında (ngs, idrar sondası vb.)		
Beslemede (oral, ngs ile, total parenteral vb.)		
Boşaltımda (lavman, rektal tüp uygulama, stoma bakımı vb.)		
Yanık/ yara/ basınç bakımında		
Oksijen ve buhar uygulamada		
Aspirasyon yapmada		
CPR uygulamada		
Vital bulgu takibinde		
Acil girişimleri uygulamada		

Hastanın hijyenik gereksinimlerini karşılamada		
Hastayı taşıma ve pozisyon vermede		
Entübe/ ventilatörde/ trakeostomili hasta bakımında		
Çoğunlukla terminal dönemdeki/ bilinci kapalı hastalara bakım veriyor olmamdan dolayı		
Gerekli cihazları kullanmada		
Bakım destek elemanlarının denetiminde		
Mesleki kararları özgürce verememeye bağlı		
Verdiğim hizmeti kaydetmede/ rapor yazmada		
Diğer (açıklayınız).....		
Fiziksel ortam kaynaklı güçlükler	Evet güçlükle karşılaşıyorum	Hayır güçlükle karşılaşmıyorum
Ev ortamının bakım için uygun ortam haline dönüşmesini sağlamada		
Gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol altına alarak hastanın uyku ve dinlenmesini sağlamada		
Evlerin ısıtılması ile ilgili		
Evlerin havalandırılmasıyla ilgili		
Hasta odalarına giriş-çıkışların kontrolünde		
Tanımadığım insanların evinde olmaktan dolayı/güvenliğimle ilgili		
Tıbbi atıkların kontrolünde		
Diğer (açıklayınız).....		
Hasta ve yakınları kaynaklı güçlükler	Evet güçlükle karşılaşıyorum	Hayır güçlükle karşılaşmıyorum
Hasta/ yakınlarıyla iletişimde		
Hastanın durumu hakkında kendisine/ yakınlarına bilgi verirken		
Hasta/ yakınlarının eğitiminde		
Hasta ve yakınlarının bakıma müdahale etmesiyle nedeniyle		
Hasta ve yakınlarının bakımdan doyum alamamalarına bağlı		
Hasta ve yakınlarının önerilerime uymamaları konusunda		
Hasta/ yakınlarının beklentilerinin her ziyarette artmasına bağlı		
Görev tanımım dışında hizmet istenmesiyle ilgili (ev işi vb)		
Evlerde şiddet, taciz vb. durumlarla karşılaşmaya bağlı		
Diğer (açıklayınız).....		

Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın Katılımcı,

Türkiye’de evde bakım son yıllarda hızla gelişme gösteren ve ilgili düzenlemelerin henüz başlangıç aşamasında olduğu bir hizmet alanıdır. Evde bakım hizmetinin en önemli aktörlerinden olan hemşireler, hizmetin sunulmasında ve hasta memnuniyetinin sağlanmasında evde bakım başarısını etkilemektedir. Evde bakım hemşirelerinin bireylere etkili bir hizmet verebilmesi için çalışma alanında karşılaştıkları güçlüklerin belirlenmesi ve önlenmesi gerekmektedir. Evde bakım hemşirelerinin çalışma alanında karşılaştıkları güçlükleri ve bakım vermede duyulan gereksinim alanlarını belirlemek amacıyla bu çalışmayı yapmaktayız. Anket süresi yaklaşık 15 dakika sürecektir. Katılımınız tamamıyla gönüllülük esasına dayanmaktadır ve verdiğiniz cevaplar tarafımızca saklı tutulacaktır. Destek ve katılımınız için teşekkürler.

Araştırmacı

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya Katılacak Bireyin;

Adı Soyadı:

İmza:

Tarih: /..../.....

Açıklamaları yapan araştırmacı;

Adı Soyadı: Selda Çoban

Telefon: 05056627241

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Ek 3. Etik Kurul İzin Belgesi

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2013/17-01	Tarih: 09.05.2013
	Prof.Dr.Zuhal BAHAR'ın sorumlusu olduğu "Evde Bakım Hemşirelerinin Çalışma Alanında Karşılaştıkları Güçlüklerin ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanlarının Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Psikiyatri Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Ek 4. Kurum İzinleri



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği

Şube : İdari Hizmetler Başkanlığı
Sayı : 67938315 / 3651
Konu : Selda ÇOBAN'ın
Tez Çalışması

28.02.2013

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İZMİR

Fakülteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans öğrencisi Selda ÇOBAN'ın "Evde Bakım Hemşirelerinin Çalışma Alanında Karşılaştıkları Güçlükler ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinin Alanları" konulu tez çalışmasının, Şubat-Haziran 2013 tarihlerinde Birliğimize bağlı hastanelerimizde yapabildiğiyle ilgili Genel Sekreterliğimiz Olur yazısı ektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK
Genel Sekreter

EKİ:

1 Adet Onay fotokopisi.

21/02/2013 HEM.N.KILIÇ
21/02/2012 Dr. M.N. HİDİR




T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği

Şube : İdari Hizmetler Başkanlığı
Sayı : 67938315/
Konu : Selda ÇOBAN'ın
Tez Çalışması

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

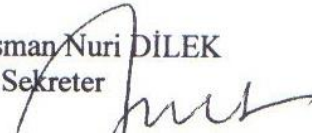
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans öğrencisi Selda ÇOBAN'ın "Evde Bakım Hemşirelerinin Çalışma Alanında Karşılaştıkları Güçlükler ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanları" isimli tez çalışmasının uygulanmasını Genel Sekreterliğimize bağlı hastanelerin Evde Bakım Birimlerinde Şubat-Haziran 2013 tarihlerinde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini tensiplerinize arz ederim.


Dr.Mehmet Nil HİDİR
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR.

15/02/2013

Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK
Genel Sekreter



Giden evrak

2013-3379



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Başkanlığı
İzmir Güney Bölgesi Genel Sekreterliği

SAYI : 23592379/
BİRİM : Tıbbi Hizmetler Başkanlığı
KONU: Evde Bakım hizmetleri
Anket çalışması

14.02.2013

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne)

İlgi: 04.02.2013 tarih ve 314 sayılı yazınız

İlgi sayılı yazınıza istinaden Halk Sağlığı Yüksek Lisans programı öğrencisi Selda ÇOBAN'ın "Evde Bakım Hemşirelerinin Çalışma Alanında Karşılaştıkları Güçlükler ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanları" konulu tez çalışmasına ilişkin Genel Sekreterliğimize vermiş olduğu dilekçe tarafımızca, incelenmiş olup kurumlarımızda yapacağı anket çalışması uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Behzat ÖZKAN
İzmir Güney Bölgesi
Genel Sekreteri

25/02/2013
695

izmir

Ayrıntılı Bilgi: 2177

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Basın Sitesi / İZMİR 35360
Tlf: 0232 244 44 44 Faks: 0232 243 15 30 www.iaeh.gov.tr

Öğrenci Kızı
25/02/2013

BORNOVA BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sağlık İşleri Müdürlüğü

Sayı: 85035239- 773.99- 185
Konu: Uygulama İzni Hk.

13.02.2013




DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi: 04.02.2013 tarih 311 sayılı yazımız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Yüksek Lisans programı öğrenciniz Selda ÇOBAN'ın sorumluluğunuz altındaki hastanelerin Evde Bakım Birimleri'nde tez çalışmasının uygulamasını Şubat- Haziran 2013 tarihleri arasında yapması tarafımdan uygun görülmüş olup bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Kamil Okyay SINDIR
Belediye Başkanı

Öğrenci İşleri
15/02/2013

13.02.2013-D. ÇİMEN- Hemşire 
13.02.2013-Dr. N. ÇAKIR- Sağlık İşleri Müd. V. 
13.02.2013-L. TAVŞANLI- Başkan Yard. 

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt No : 15-02-2013
Derece No : 555

Adres: Erzene Mah. 2. Sok. No: 7 K.2 İçtaş Binası Bornova- İZMİR
Tel & fax: 0 232 373 40 15

BORNOVA BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sağlık İşleri Müdürlüğü


Sayı: 85035239- 773.99- 189
Konu: Uygulama İzni Hk.

13.02.2013

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi: 04.02.2013 tarih 311 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Yüksek Lisans programı öğrenciniz Selda ÇOBAN'ın sorumluluğunuz altındaki hastanelerin Evde Bakım Birimleri'nde tez çalışmasının uygulamasını Şubat- Haziran 2013 tarihleri arasında yapması tarafimca uygun görülmüş olup bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Kamil Okyay SINDIR
Belediye Başkanı

SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıtlar
26/02/2013
721

Öğrenci İşleri
26/02/2013



T.C
İZMİR GAZİEMİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sağlık İşleri Müdürlüğü

Sayı : M.35.3.GAZ.0(23-1)20.0.0.0/96
Konu : Tez Çalışması Hk..

(1030)

Tarih: 13/02/2013


DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

☺

İlgi: B.08.6.YÖK.2DE.E.68.0.72.00-310 sayılı, 04/02/2013 tarihli yazınız.

İlgi yazınıza istinaden öğrenciniz, Selda ÇOBAN'ın "Evde Bakım Hemşirelerinin Çalışma Alanında Karşılaştıkları Güçlükler ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanları" isimli tez çalışmasının, bünyemizde bulunan Evde Bakım Biriminde, ilgi yazınızda belirtilen tarihlerde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır. Bilgilerinize.

Rica ederim.


Mehmet TUNÇER
Belediye Başkanı a.
Başkan Yardımcısı





T.C.
İZMİR KARABAĞLAR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sağlık İşleri Müdürlüğü

Sayı : M.35.3.KRB.0.23.10.07/185

12/02/2013

Konu:

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
İZMİR

İlgi : 04/02/2013 tarih ve 309 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız incelenmiş olup, içerik bakımından Müdürlüğümüz Evde Bakım Hizmetleri çalışmalarının bu duruma elverişli olmadığı tespit edilmiştir. Müdürlüğümüzün "Evde Bakım Projesi" mevcuttur. "Evde Bakım Projesi" kapsamında yatalak, yaşlı, muhtaç vatandaşlarımız; hemşirelerimiz ve hekimlerimiz tarafından kontrol altına alınmaktadır. Doktora gidemeyen vatandaşlarımıza ev ortamında tansiyon, şeker ölçümü, pansuman, serum, enjeksiyon, nebulizasyon verilmesi ve ateş ölçümü gibi tıbbi yöntemlerle "yardımcı sağlık hizmeti" götürülmektedir.

Ancak Müdürlüğümüzde "yardımcı sağlık personeli" ve hekim eksikliği nedeniyle "Evde Bakım Hizmetleri"ne bir süre ara verilmiştir. Ayrıca tez çalışmasına kapsamlı bir kaynak sağlayacak ölçüde bir hizmetimiz yoktur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr.Cengiz ÜZÜN
Belediye Başkanı a.
Başkan Yardımcısı

İşleri
26/02/2013

SAYI : 12/02/2013
K. : 705
E. :
D. : 309

Adres: Gazi Mah. 3882 Sok.No:3 Eskiizmir Karabağlar /İzmir Ayrıntılı Bilgi İçin:H.KARAASLAN
Telefon : 0 232 414 76 46 E-posta : saglik@karabaglar.bel.tr
Fax : 0 232 271 04 04 Elektronik Ağ : www.karabaglar.bel.tr



EK 8. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

ADI SOYADI: SELDA ÇOBAN

TC Kimlik No:	23333146702
Doğum Yılı:	1984
Yazışma Adresi :	Mehmet Emin Gürkan Cad. Gazi Mah. No:6 Daire:13 Gaziemir İzmir/Türkiye
Telefon :	5056627241
e-posta :	selda_coban35@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	İzmir Buca Anadolu Lisesi	-	Fen Bilimleri	Orta Öğretim	2002
Türkiye	Marmara Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2008
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Yüksek Lisans	Devam ediyor

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi	Türkiye	İzmir	Total Parenteral Nutrisyon Ünitesi	Hemşire	Eylül 2008 Mart 2009
Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri	Türkiye	İzmir	Eğitim ve İnfüzyon	Hemşire	Mart 2009 Nisan 2011
Arkas Holding	Türkiye	İzmir	İnsan Kaynakları	İşyeri Hemşiresi	Ağustos 2011 Nisan 2012
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Türkiye	İzmir	Genel Cerrahi	Hemşire	Temmuz 2012 Ağustos 2012

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Diş Hekimliği Fakültesi	Hemşire	Ağustos 2012 Şubat 2014
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Mentör Hemşire	Şubat 2014 ----

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Türk S., Yoldaş Y., Öztürk S., Dolu N., Doğan F., **Çoban S.**, Kamer G. (2007).
Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Küresel Isınma İle İlgili Bilgi ve Davranışları.
Uluslararası Katılımlı 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul.

Bostan N., **Çoban S.**, Babaoğlu M. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Yara Bakımına
Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Görüşleri. Uluslararası Katılımlı I. Cerrahi Hemşireliği Kanıtla
Dayalı Uygulamalar Kongresi: Yara ve Stoma Bakımı, İzmir.

Diğer yayınlar

YÖNETİM – İDARİ GÖREVLER

7. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Başkanı, 25-27 Haziran 2008

Marmara Üniversitesi Öğrenci Konseyi Üyesi, 2006- 2008

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Temsilciliği, 2006- 2008

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Sınıf Temsilciliği, 2004- 2008

Marmara Üniversitesi Mezuniyet Töreni Organizatörlüğü, 2008

ÜYE OLUNAN MESLEKİ BİLİMSEL SANATSAL KURULUŞLAR

Türk Hemşireler Derneği

KATILDIĞI KURSLAR VE ALDIĞI SERTİFİKALAR

“Pedagojik Formasyon Eğitimi”, İzmir, 2014

“Etkili Sunum Teknikleri” İzmir, 2010

“Romatoloji Hemşire Kursu”, Antalya, 2009

“Temel Yaşam Desteği” Eğitimi, İzmir, 2009

“Romatoloji Hemşire Kursu”, Marmaris, 2009

“Aseptik İlaç Hazırlama ve Total Parenteral Nutrisyon” Eğitim Programı, Ankara, 2008

“Baxa Exacta Mix EM 2400 TPN Dolum Sistemi Kullanıcı Eğitimi”, Ankara, 2008

“Yara Bakımı” Kursu, Antalya, 2008

“Yara Kapatılması” Kursu, Antalya, 2008

“Ameliyathanede Harmonic Teknoloji Kullanımı” Kursu, Antalya, 2008

“Kardiyopulmoner Resüsitasyon” Kursu, İstanbul, 2008

“Bilgisayar” Kursu, İzmir, 1998

UZMANLIK ALANLARI

Halk Sağlığı Hemşireliği
Evde Bakım
İş Sağlığı

Düzenleme Tarihi: Ağustos 2014