

SAĞLIK HİZMETLERİNDE EVDE BAKIM

Editörler

PROF. DR. SAFİYE ÖZVURMAZ
PROF. DR. FİLİZ ADANA



SERÜVEN
YAYINEVİ

Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • C. Cansın Selin Temana

Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design • Serüven Yayınevi

Birinci Basım / First Edition • © Ağustos 2026

ISBN • 978-625-8810-99-8

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Serüven Yayınevi'ne aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz. The right to publish this book belongs to Serüven Publishing. Citation can not be shown without the source, reproduced in any way without permission.

Serüven Yayınevi / Serüven Publishing

Türkiye Adres / Turkey Address: Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

Telefon / Phone: 05437675765

web: www.seruyenyayinevi.com

e-mail: seruyenyayinevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 47083

SAĞLIK HİZMETLERİNDE EVDE BAKIM

Editörler

PROF. DR. SAFİYE ÖZVURMAZ
PROF. DR. FİLİZ ADANA

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM 1

EVDE BAKIM HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ1

Dilek HASOY, Safiye ÖZVURMAZ

BÖLÜM 2

CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI EVDE BAKIM13

Büşra ŞAHİN, Duygu YEŞİLFİDAN

BÖLÜM 3

KRONİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIM.....31

Fatma KURT

BÖLÜM 4

NÖROLOJİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIM45

Pelin TİKBAŞ, Filiz ADANA, Güllü GÖNÜLER

BÖLÜM 5

PALYATİF EVDE BAKIM65

Belkıs CAN, Buşra ARIK ŞEN, Filiz ADANA

BÖLÜM 6

PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIM77

Abdülkadir DENİZ, Safiye ÖZVURMAZ

BÖLÜM 7

YAŞLILIKTA EVDE BAKIM103

Buşra ARIK ŞEN, Belkıs CAN

BÖLÜM 8

EVDE PEDİATRİK PALYATİF BAKIM: GÜNCEL KANITLAR VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI115

Pelin KARATAŞ

BÖLÜM 9

EVDE BAKIM HİZMETLERİNDE DEZAVANTAJLI GRUPLAR VE RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNİN YERİ133

Sema TOKER



EVDE BAKIM HİZMETLERİNE GENEL BAKIŞ

“ ”

Dilek HASOY¹
Safiye ÖZVURMAZ²

¹ Dr. Hem., T.C. Sağlık Bakanlığı Torbalı Devlet Hastanesi, Orcid 0000-0001-9447-9048

² Prof. Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0002-1842-3058

Giriş

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde son yıllarda görülen en önemli dönüşümlerden biri, bakımın yalnızca hastane temelli yapılardan çıkarılarak bireyin yaşadığı ortama doğru genişlemesidir. Modern evde bakım hizmetlerinin gelişimi; kronik hastalıkların ve engellilikle geçen yılların artması, ileri yaş bireylerin toplam nüfus içindeki oranının yükselmesi ve nüfusun sağlık ihtiyaçlarının çeşitlenmesi karşısında, mevcut sağlık sistemlerinin akut hastalık ve hastane merkezli örgütlenme modellerinin yetersiz kalmasıyla zorunlu bir hale gelmiştir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin odağı yalnızca hastane tedavisinden uzaklaşarak, süreklilik gerektiren bakım hizmetlerine doğru genişlemeye başlamıştır. Bu değişimde nüfus yaşlanmasının payı oldukça anlamlıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 60 yaş ve üzeri nüfusun 2020'de yaklaşık 1 milyar iken 2030'da 1,4 milyara, 2050'de ise 2,1 milyara ulaşacağı ön görülmekteyken, 80 yaş ve üzeri nüfusun da 2050'ye kadar üç katına çıkarak 426 milyona ulaşması beklenmektedir (WHO, 2025a). Tüm bu sayısal artışın yanı sıra; dünya nüfusunun 2000 yılında sağlıklı yaşam beklentisi 58,1den 2019 yılında 63,5 e yükselmiş fakat düzelme eğilimi esas olarak engellilikle geçirilen yılların azalmasından ziyade ölüm oranlarındaki düşüşten kaynaklandığı bildirilmiştir. Özellikle diyabet ve Alzheimer hastalığından kaynaklanan engelliliğe ayarlanmış yaşam yıllarının (DALY) 2000 ile 2021 yılları arasında iki kattan fazla arttığı bildirilmiştir (WHO, 2025a). Tüm bu değişimler yalnızca sağlık hizmeti talebini değil, sosyal bakım, rehabilitasyon, bakım veren desteği ve bakım finansmanı ihtiyacını da kaçınılmaz olarak değiştirmektedir.

Dünya genelindeki durum incelendiğinde, 2023 yılı itibarıyla 31 OECD ülkesinde 65 yaş ve üzeri nüfusun ortalama %12'sinin uzun dönemli bakım hizmetlerinden yararlandığı görülmektedir. 23 OECD ülkesinde uzun dönemli bakım alanlar içinde evde bakım alanların oranı 2013'te yüzde 66 iken 2023'te yüzde 70'e yükselmiştir (OECD, 2025). Bu eğilim, yaşlı bireylerin kurum yerine ev ve toplum temelli desteklerle yaşamaya devam etmesi yönündeki tercihinin güçlendiğini göstermektedir.

Ülkemizde nüfus verilerine göre 2024 yılında Türkiye'de yaşlı birey sayısı 9.112.298 kişiye ulaşmış ve toplam nüfus içindeki payı yüzde 10,6 olmuştur; aynı durum ve eğilim verilerine göre bu oranın 2030'da yüzde 13,5'e, 2040'ta yüzde 17,9'a, 2060'ta yüzde 27,0'a yükselmesinin beklendiği bildirilmiştir (TÜİK, 2025). Dolayısıyla ülkemizin de, genç nüfus avantajının azaldığı, yaşlı bakım ihtiyacının arttığı ve uzun dönemli bakım sisteminin daha kurumsal, bütünsel ve sürdürülebilir biçimde ele alınması gereken bir döneme girdiği söylenebilir.

Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı

Evde bakım, hastalık, engellilik, yaşlılık, işlev kaybı veya terminal dönem nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini bağımsız sürdüremeyen bireylere kendi ev ortamlarında sunulan tıbbi, hemşirelik, rehabilitasyon, kişisel bakım, psikososyal destek, palyatif bakım ve sosyal destek hizmetlerinin bütünüdür. Kavram, yalnızca “evde sağlık” hizmetini değil, sağlık ve sosyal bakımın keşişiminde yer alan geniş bir hizmet alanını ifade eder (Sarioğlu ve Sezgin, 2025, p. 166). Bu bağlamda evde bakım, yalnızca yaşlı nüfusla sınırlı kalmayıp engelli bireyler, kronik hastalar veya tıbbi destek gereksinimi duyan her yaşta grubu kapsayan geniş bir hedef kitleye odaklanmaktadır (Altındiş ve Üner, 2023, p. 64; Kambur ve Yıldırım, 2025; Yağar, 2021, p. 2).

Evde bakım hizmetleri, bireyin alışık olduğu yaşam çevresinde desteklenmesini, kurum bakımına veya uzun hastane yatışlarına duyulan ihtiyacın azaltılmasını ve bakımın aile, toplum ve profesyonel sistemler arasında paylaşılmasını hedefler. Bunun sonucunda uzun dönemli bakımın, kronik geriyatrik durumların yönetimi, rehabilitasyon, palyatif bakım, sağlığın korunması, bakım verme ve sosyal destek hizmetlerini içeren bütünleşik ve kişi merkezli bir süreklilik olarak yapılandırılması gerekmektedir (Lussi et al., 2024, p. 628; WHO, 2025b). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın evde sağlık düzenlemelerinde de evde sağlık hizmeti, muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım, takip, rehabilitasyon, sosyal ve psikolojik danışmanlık unsurlarını içeren bir hizmet alanı olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Evde bakım hizmetleri aşağıdaki bileşenlerden oluşur:

Tıbbi bakım ve izlem: Hekim değerlendirmesi, ilaç düzenlemesi, kronik hastalık takibi, yara bakımı, enjeksiyon, sonda ve beslenme tüpü takibi gibi hizmetleri kapsar.

Hemşirelik hizmetleri: Vital bulgu takibi, bası yarası önleme, ilaç uygulaması, hasta ve aile eğitimi, bakım planının izlenmesi gibi görevleri içerir.

Rehabilitasyon: Fizyoterapi, ergoterapi, konuşma terapisi ve işlevselliği artırmaya yönelik uygulamalar, özellikle inme, kırık, nörolojik hastalıklar ve yaşlılıkta düşme riski açısından önemlidir.

Kişisel bakım: Banyo, giyinme, beslenme, tuvalet, hareket etme gibi temel günlük yaşam aktivitelerinde destek sağlanmasını içerir.

Psikososyal destek: Yalnızlık, depresyon, bakım stresi, aile içi rol değişimi ve sosyal izolasyonla mücadele açısından sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve toplum destek mekanizmalarının katkısını gerektirir.

Palyatif bakım: Ağrı ve semptom kontrolü, terminal dönem desteği, hasta ve aileye psikososyal destek ve yaşam sonu bakım planlamasını içerir.

Sosyal destek hizmetleri: Ev düzenlemesi, yemek, temizlik, ulaşım, sosyal katılım, yardımcı cihaz ve bakım veren desteği gibi alanları kapsar.

Bu yapı, evde bakımın çok disiplinli bir hizmet olduğunu göstermektedir. Evde bakım yalnızca multi disiplinler sağlık personeliyle değil bakım elemanı, belediye hizmetleri, aile üyeleri ve gönüllü kuruluşların katkısıyla yürütülmesi gereken bir hizmettir. Böylece, bireylere ihtiyaçlarına yönelik özelleştirilmiş ve maliyet etkin bakım süreçlerinin oluşturulması, hastaların toplumsal yaşama uyumunu kolaylaştırdığı gibi, aile üyeleri ve diğer bakım verenler üzerindeki fiziksel ve psikolojik yükü de önemli ölçüde hafifletmektedir. Bu bütüncül yaklaşım, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde hastaneye olan bağımlılığı azaltarak uzun süreli bakım hizmetlerinin daha hasta ve aile merkezli, ayrıca sürdürülebilir biçimde yürütülmesini sağlamaktadır (Yazıcıoğlu ve Bağçıvan, 2022). Bununla birlikte, hizmet sunumundaki olumlu kazanımlara karşın, evde bakım modelinin lojistik kısıtlamalar, nitelikli personel yetersizliği ve ailevi bakım yükünün zaman zaman profesyonel desteğin önüne geçmesi gibi yönetilmesi gereken zorlukları da bulunmaktadır (Balcı ve Koçatakan, 2021, p. 188; Kısaç et al., 2023, p. 410).

Evde bakım uygulamalarında üç temel modelden söz edilebilir. Birincisi, profesyonel modeldir; bakım hizmetleri kamu, özel sektör veya sigorta sistemi tarafından finanse edilen eğitimli personel eliyle yürütülür. İkincisi, aile temelli modeldir; bakımın ana sorumluluğu aile üyeleri tarafından üstlenilir. Üçüncüsü, karma modeldir; profesyonel bakım, aile bakım emeği ve toplum destekleri bir arada kullanılır. Birçok ülkede evde bakım sistemlerinin hâlen aile bakım emeğine önemli ölçüde dayandığını, ancak bu modelin bakım verenlerin ruh sağlığı ve istihdamı üzerinde olumsuz etkiler doğurabildiğini göstermektedir (OECD, 2025). Hasta için en uygun bakımı sürdürürken, zorlukları aşmak ve bakım veren üzerindeki baskıyı hafifletmek amacıyla, multi-disipliner ekiplerin rolünün güçlendirilmesi ve palyatif bakım gibi süreçlerde gönüllü destek mekanizmalarının entegrasyonu, sürdürülebilir bir evde bakım modeli oluşturulmasında stratejik bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

Evde bakım hizmetlerinden yararlanan başlıca gruplar şunlardır: ileri yaştaki bireyler, engelliler, kronik hastalar, yatağa bağımlı bireyler, palyatif bakım hastaları, ameliyat veya hastane taburculuğu sonrası geçici bakım gereksinimi olan her yaş grubundan kişiler ve yaşam sonu dönemde destek gereksinimi bulunan hastalardır.

Evde Bakım Hizmetlerinin Önemi

Evde bakım, bireyin kendi yaşam çevresinde, alışkanlıklarını, sosyal ilişkilerini ve mahremiyetini koruyarak bakım almasına olanak tanır. Bu durum özellikle yaşlı bireyler, demans hastaları, engelliler ve terminal dönem hastaları için önemlidir. Ev ortamı, hastane veya kurum bakımına kıyasla bireyin kimlik, özerklik ve aidiyet duygusunu daha fazla destekleyebilir. Ancak bu

olumlu etki, ev ortamının fiziksel olarak güvenli olması, bakım verenlerin desteklenmesi ve profesyonel bakımın süreklilik göstermesi koşuluyla mümkündür.

Evde bakım, aile üyelerinin bakım sürecine katılımını artırır. Aile, bireyin tercihlerini, kültürel alışkanlıklarını ve günlük rutinlerini en iyi bilen destek kaynağıdır. Bununla birlikte evde bakımın aileye devredilmesi, bakım sorumluluğunun görünmez ve çoğu zaman ücretsiz emek olarak aile içinde, özellikle kadınlar üzerinde yoğunlaşmasına yol açabilir. OECD'ye göre 26 OECD ülkesinde gayriresmî bakım verenlerin yüzde 61'i kadındır (OECD, 2025). Bu nedenle evde bakım politikaları, aileyi yalnızca bakım kaynağı olarak değil, desteklenmesi gereken bir özne olarak ele almalıdır. Buna karşın, Türk kültüründe bakım sorumluluğunun geleneksel olarak aile üyeleri tarafından üstlenilmesi, hizmetin insani boyutunu güçlendirse de, toplumun yaşlanması ve destek ağlarının daralmasıyla birlikte sistemin uzun vadeli sürdürülebilirliğini ciddi şekilde tehdit etmektedir (Kambur ve Yıldırım, 2025). Bu durum, bakım verenlerin üzerindeki fiziksel ve psikolojik yükü hafifletmek ve hizmet sürekliliğini sağlamak adına, profesyonel evde bakım modellerinin aile temelli yapıyla daha bütünleşik bir biçimde güçlendirilmesinin zorunlu olduğunu göstermektedir (Kısaç et al., 2023, p. 410). Ayrıca, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, hastaların hastanede yatış sürelerini kısaltarak sağlık maliyetlerini düşürmekte ve kaynakların daha verimli yönetilmesine imkân tanımaktadır (Sontur ve Kartal, 2025, p. 109).

Evde bakım, uygun hasta gruplarında hastane yatışlarının azaltılması, hastane sonrası taburculuğun desteklenmesi, kronik hastalık yönetiminin güçlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması açısından önemlidir. Cochrane tarafından yayımlanan 2024 tarihli derleme, hastane yatışını önleyici “hospital at home” modellerinin seçilmiş hasta gruplarında mortalite açısından büyük fark yaratmayabileceğini, ancak altı ay sonunda evde yaşama olasılığını artırabileceğini ve bazı durumlarda maliyeti azaltabileceğini bildirmiştir (Edgar et al., 2024). Bu bulgu, evde bakımın hastanenin basit bir alternatifi değil, uygun hasta seçimi ve iyi bakım koordinasyonu gerektiren bir hizmet modeli olduğunu göstermektedir.

Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu Yönleri

Bireyin yaşaya geldiği, alışkın olduğu kendi yaşam çevresinde desteklenmesi evde bakımın hasta açısından en önemli olumlu yönüdür. Evde bakım, kişinin aile, komşuluk ve sosyal çevre ilişkilerini sürdürmesine katkıda bulunabilir. Bu yaklaşım, özellikle yaşlı bireylerin kendi ev ortamlarında kalarak yerinde yaşlanmalarına ve özerkliklerini koruyarak daha mutlu bir yaşam sürmelerine olanak tanımaktadır (Bilgin et al., 2021, p. 970). Ayrıca, tanıdık bir ortamda sunulan bu hizmetlerin, bireyin sağlık durumunun psikososyal boyutunu güçlendirerek kronik rahatsızlıklara bağlı gelişebilecek depresyon

ve izolasyon risklerini minimize ettiği bildirilmiştir (Mah et al., 2021, p. 146). Bu durum yalnızlık ve kurumsal bakımın yaratabileceği uyum sorunları açısından önemlidir.

Evde bakımın olumlu bir tarafı da aile katılımının artmasıdır. Aile üyeleri bakım planına dahil olduğunda tedavi uyumu, erken belirti farkındalığı ve bakım sürekliliği güçlenebilir. Bunun sonucunda evde bakımın, kronik hastalık yönetiminde sürekliliği desteklemesi muhtemeldir. Diyabet, kalp yetmezliği, KOAH, demans ve inme sonrası durumlar gibi uzun süreli izlem gerektiren hastalıklarda ev temelli takip, bireyin günlük yaşam koşullarını doğrudan görmeyi ve müdahaleleri buna göre uyarlamayı mümkün kılar ki bu da başarılı bir hastalık yönetimini sağlayacaktır. Disiplinler arası ekipler tarafından sunulan kişiselleştirilmiş evde bakım hizmetlerinin, hastanın ve çevresindekilerin tedavi süreci hakkında kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmesini sağlayarak iyileşme çıktılarını optimize ettiği bildirilmiştir (Ceylan- tekin ve Dayanır, 2025, p. 115).

Evde bakımın en sık vurgulanan olumlu yönü, uygun planlandığında hastane yatışlarını ve gereksiz kurum bakımını azaltabilmesidir. Ev temelli birincil bakım ve hastane yerine evde bakım modellerine ilişkin çalışmalar, seçilmiş gruplarda hastane başvurularının ve uzun dönemli kurum bakımına geçişin azalabileceğini göstermektedir (Edgar et al., 2024). Evde bakım hizmetlerinin sistematik bir şekilde sunulması, hasta yatış sürelerini kısaltarak hastanelerdeki yatak kapasitesi üzerindeki yükü hafifletmekte ve kaynak verimliliğini artırmaktadır (Sontur ve Kartal, 2025, p. 88). Bununla birlikte bu sonuçlar her hasta grubu için genellenemez; evde bakımın etkisi hasta profili, hizmet yoğunluğu, ekip niteliği ve sosyal destek düzeyine bağlıdır.

Evde Bakım Hizmetlerinin Olumsuz Yönleri ve Sınırlılıkları

Evde bakımın en önemli sınırlılığı, bakım yükünün aileye ve özellikle kadınlara aktarılma riskidir. Bakım verenlerin büyük bölümünün kadın olduğunu, kadınların ücretsiz bakım işlerinde erkeklere göre günde 50 dakikadan fazla ek zaman harcadığını ve OECD ülkelerinde uzun dönemli bakım çalışanlarının büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu bildirilmektedir (United Nations Department of Economic and Social Affairs [UN DESA], 2024). Bu durum, bakım veren bireylerde fiziksel ve zihinsel tükenmişliğe yol açarak yaşam kalitelerini düşürebilmekte ve bazen hastane ortamında beklenen maliyet tasarrufunun aslında bakım vericiler üzerine bir yük aktarımı olduğunu göstermektedir (Megido et al., 2023, p. 18). Ayrıca, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşması, bakım veren aile bireylerinin sosyal izolasyon yaşamasına ve iş gücü piyasasından çekilerek ekonomik bağımsızlıklarını kaybetmelerine zemin hazırlayabilmektedir (Altunay ve Özkul, 2022, p. 1020).

İkinci sınırlılık, profesyonel insan kaynağı eksikliğidir. Evde bakım- da personel eksikliği, hizmetin sürekliliğini, kalite denetimini ve hasta

güvenliğini doğrudan etkiler. Uzun dönemli bakım ihtiyacının hızla artması bu alanda çalışan profesyonel iş gücü ihtiyacının karşılanabilme hızı ile uyumsuz değişimi nedeniyle arttığını, personel teminini zorlaştırdığı belirtilmektedir (OECD, 2025). Evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasına karşın uygulamada önemli güçlükler bulunmaktadır. İnsan gücü yetersizliği, ekip içi koordinasyon sorunları, kırsal bölgelerde ulaşım güçlüğü, cihaz ve sarf malzeme eksiklikleri ile kayıt sistemlerindeki farklılıklar bu alanın temel sınırlılıkları arasında sayılabilir. Ev ortamının fiziksel özellikleri de bakım kalitesini etkileyebilmektedir; dar alanlar, hijyen koşullarındaki yetersizlik, uygun yatak ve yardımcı ekipman eksikliği profesyonel uygulamaları zorlaştırabilir. Bu nedenle evde sağlık hizmetleri, yalnızca klinik gereksinim üzerinden değil, çevresel ve sosyal koşullar üzerinden de değerlendirilmelidir.

Üçüncü sorun erişim eşitsizlikleridir. Evde bakım hizmetlerine erişim, coğrafi bölge, gelir düzeyi, aile desteği, dijital okuryazarlık, konut koşulları ve yerel hizmet kapasitesi gibi faktörlere bağlı olarak değişebilir. Kırsal bölgelerde ulaşım mesafesi, personel sayısı, acil müdahale kapasitesi ve düzenli izlem güçlükleri daha belirgin olabilir. Bölgesel eşitsizlikler bakım alan bireyi ve ailesini yoğun bir biçimde etkileyecektir.

Dördüncü olarak finansman ve kalite standardizasyonu sorunları çözülmemelidir. Kamu hizmetleri, belediye gibi yerel yönetimler tarafından verilen hizmetler, özel bakım hizmetleri entegrasyonu sağlanmalıdır. Evde bakımın sağlık hizmeti, sosyal hizmet ve aile desteği bileşenleri farklı kurumlarca yürütüldüğünde veri paylaşımı, vaka yönetimi ve sorumluluk alanları belirsizleşebilir ve bu ilk olarak bakım alan birey ve bakım vericisini etkileyecektir.

Dünyada Evde Bakım Hizmetlerinin Durumu

Dünya genelinde evde bakım sistemleri, ülkelerin refah rejimi, sağlık finansmanı, aile yapısı, yerel yönetim kapasitesi ve uzun dönemli bakım sigortası modellerine göre farklılaşmaktadır. Buna rağmen ortak eğilim, kurum temelli bakımdan ev ve toplum temelli bakıma geçiştir. OECD verileri, uzun dönemli bakım alıcıları içinde evde bakım alanların oranının arttığını, ancak Avrupa ülkelerinde günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığı olan yaşlıların önemli bir bölümünün hâlen yeterli destek alamadığını göstermektedir (OECD, 2025).

Avrupa ülkelerinde evde bakım, genellikle kamu finansmanı, sosyal sigorta, yerel yönetim hizmetleri ve aile desteğinin bileşimiyle yürütülür. İskandinav ülkelerinde bakım hizmetleri daha çok vergi temelli kamu hizmeti olarak örgütlenmiştir; belediyeler evde bakım, kişisel yardım, hemşirelik ve sosyal destek hizmetlerinin temel sağlayıcılarıdır. Almanya ve Hollanda gibi ülkelerde uzun dönemli bakım sigortası modelleri öne çıkar. Bu modellerde nakdi yardım, aynı hizmet veya karma destek seçenekleri bulunabilir. Ancak

Avrupa genelinde de bakım personeli açığı, maliyet baskısı ve bakım veren yükü önemli politika sorunlarıdır (OECD, 2025).

ABD’de evde bakım, Medicare ve Medicaid üzerinden parçalı bir yapıda finanse edilir. Medicare, hastalık veya yaralanma sonrası belirli koşullarda evde sağlık hizmeti kapsamı sunar; hizmet genellikle hekim onayı, evde bulunma durumu ve nitelikli bakım gereksinimi gibi ölçütlere bağlıdır. Medicaid ise Ev ve Toplum Temelli Hizmetler programları aracılığıyla yaşlılar, fiziksel engelliler, zihinsel ve gelişimsel engelliler ve ruh sağlığı veya madde kullanım sorunu olan bireylerin kurum yerine ev ve toplum içinde desteklenmesine olanak tanır (Medicaid, 2026).

Kanada’da evde bakım hizmetleri eyalet ve bölgelerin sorumluluğunda örgütlenir. Kamu finansmanlı evde bakım, ameliyat veya akut hastalık sonrası kısa süreli destek, kronik hastalıklarda uzun süreli bakım, rehabilitasyon ve yaşam sonu bakım programlarını kapsayabilir (Canadian Institute for Health Information, 2026). Kanada modeli, federal sağlık ilkeleriyle eyalet bazlı hizmet örgütlenmesinin birleştiği bir yapıda ev bakım hizmetlerini sürdürmektedir.

Japonya, yaşlanmanın en hızlı yaşandığı ülkelerden biridir ve 2000 yılında uzun dönemli bakım sigortası sistemini yürürlüğe koymuştur. Japonya’nın uzun dönemli bakım sigortası, yaşlı bireylerin ihtiyaç değerlendirmesine göre evde bakım, gündüz bakım, kısa süreli yatılı bakım ve kurum bakımından yararlanmasını sağlar (Yamada ve Arai, 2020). Bu model, aile bakım yükünü azaltmayı ve bakım hizmetlerini daha kurumsal bir finansman yapısıyla desteklemeyi amaçlamaktadır.

Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Durumu

Evde bakım hizmetleri her yaş grubu için gerekli ve önemli olsa da planlamada yaşlanan nüfus ve kronik hastalık yükü dikkate alınmaktadır. Özellikle yaşlı nüfusta kronik hastalık yükü de evde bakım ihtiyacını artırmaktadır. Bu bağlamda evde bakım uygulamaları, yalnızca tıbbi bir gereklilik olmanın ötesinde, değişen aile dinamikleri ve demografik dönüşümlerle birlikte toplumsal refahın sürdürülebilirliği açısından stratejik bir sosyal politika aracı haline gelmiştir (Aydın, 2024).

TÜİK’in 2024 verilerine göre 65 yaş ve üzeri ölümlerde dolaşım sistemi hastalıkları yüzde 39,9, solunum sistemi hastalıkları yüzde 17,2 ve tümörler yüzde 14,1 oranındadır (TÜİK, 2025). Bu tablo, kalp damar hastalıkları, solunum hastalıkları, kanser, nörolojik hastalıklar ve çoklu kronik hastalık yönetiminin evde bakım politikaları açısından merkezi önem taşıdığını göstermektedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetleri, hastaneye gitmekte güçlük yaşayan, yatağa bağımlı, kronik hastalığı bulunan veya tıbbi bakım gereksinimi olan bireylere ev ortamında sağlık hizmeti sunmayı

amaçlar. 2023 tarihli “Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile hizmetin kapsamı genişletilmiş, kalite ve kapasite standartları yeniden düzenlenmiş, taburculuk sonrası süreli evde sağlık hizmeti ile uzun süreli hizmet ihtiyacına yönelik modeller tanımlanmıştır. Yönetmelik ayrıca 80 yaş ve üzerindeki bireylerin talep etmeleri halinde evde sağlık hizmetinden doğrudan yararlanabilmesini ve uzaktan sağlık hizmetlerinden yararlanılabilmesini içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Türkiye’de evde bakım alanının sosyal boyutundaki en önemli araçlarından biri evde bakım yardımıdır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, evde bakım yardımının 2006 yılında engelli bireylerin aileleri yanında desteklenmesi amacıyla başlatıldığını bildirmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2025). Bu program, aile yanında bakımın sürdürülmesine maddi katkı sağlamakla birlikte, bakım emeğinin niteliği, bakım verenin sosyal güvencesi, psikososyal desteği ve profesyonel bakım desteğiyle entegrasyonu açısından geliştirilmesi gereken alanlar barındırmaktadır.

Türkiye’de belediyeler evde temizlik, sıcak yemek, kişisel bakım, ulaşım, medikal malzeme desteği, sosyal destek ve yaşlı danışma hizmetleri gibi alanlarda rol üstlenmektedir. Özel sektör ise evde hemşirelik, bakıcı hizmeti, fizyoterapi, hasta refakati ve tıbbi cihaz desteği gibi hizmetler sunmaktadır. Ancak bu hizmetlerin kapsamı, niteliği ve erişilebilirliği yerel kapasiteye ve hane gelirine göre değişmektedir. Bu nedenle Türkiye’de evde bakım alanının temel sorunlarından biri, farklı kurum ve sektörlerin sunduğu hizmetlerin ortak ihtiyaç değerlendirmesi, vaka yönetimi, kalite standardı ve veri sistemi içinde bütünleştirilmesidir.

Türkiye’nin güçlü yönleri arasında Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetlerinin ülke genelinde ölçeklenmiş olması, evde bakım yardımının aile yanında bakımı desteklemesi, yaşlanma politikalarının kalkınma planı ve ulusal eylem belgelerinde yer alması ve dijital sağlık uygulamalarının evde sağlık alanına entegre edilmeye başlanması sayılabilir.

Sonuç

Evde bakım hizmetleri, çağdaş sağlık ve sosyal politika sistemlerinin merkezî alanlarından biridir. Yaşlanan nüfus, kronik hastalık yükü, engellilik, hastane maliyetleri ve aile yapısındaki dönüşüm, bakımın yalnızca hastanelerde veya kurumlarda sürdürülemeyeceğini göstermektedir. Evde bakım, bireyin yaşam kalitesini, bağımsızlığını, mahremiyetini ve bakım sürekliliğini destekleme potansiyeline sahiptir. Aynı zamanda sağlık sisteminin sürdürülebilirliği, sosyal refah devletinin kırılgan gruplara karşı sorumluluğu ve insan hakları açısından stratejik bir araçtır.

Bununla birlikte evde bakım, doğru yapılandırılmadığında aile bakım verenler üzerinde ağır fiziksel, psikolojik ve ekonomik yük oluşturabilir.

Bakım emeğinin kadınlar üzerinde yoğunlaşması, profesyonel personel eksikliği, erişim eşitsizlikleri, finansman sorunları ve kalite denetimi eksikliği evde bakımın temel sınırlılıklarıdır. Bu nedenle evde bakım, yalnızca aileye devredilmiş bir sorumluluk olarak değil, kamusal, profesyonel ve toplumsal desteklerle güçlendirilmiş bütünsel bir sistem olarak tasarlanmalıdır.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetleri ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı evde bakım yardımı önemli kurumsal dayanaklar oluşturmuştur. Ancak yaşlı nüfusun hızlı artışı, tek başına yaşayan yaşlıların çoğalması, kronik hastalık yükü ve bakım veren gereksinimleri dikkate alındığında, Türkiye’nin evde bakım alanında daha bütünsel, standartlaştırılmış, veri temelli ve bakım veren dostu bir modele geçmesi gerekmektedir. Gelecekte evde bakımın maliyet-etkililiği, bakım veren yükü, bölgesel eşitsizlikler, hizmet kalitesi, dijital sağlık uygulamaları ve uzun dönemli bakım finansmanı konularına odaklanılmalıdır.

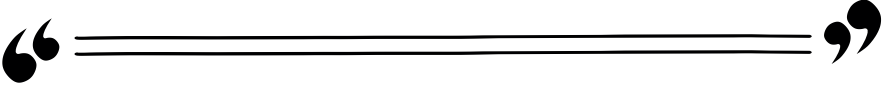
KAYNAKLAR

1. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2025). *Evde Bakım Yardımı ödemelerine ilişkin bakanlık açıklaması*. <https://www.aile.gov.tr/bursa/duyurular/evde-bakim-yardimi-odemelerinde-banka-degisikligi-hakkinda-onemli-duyuru/>
2. Altındış, E., ve Üner, E. (2023). Yaşlı Bakım Modellerinin Karşılaştırılması. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 6(1), 60–71. <https://doi.org/10.47141/geriatrik.1099573>
3. Altunay, Z., & Özkul, M. (2022). Geçmişin Değeri Günün Sosyal Problemi: Yaşlılık ve Modern Toplumda Yaşlı Bakımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 13(35), 1012–1036. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1020968>
4. Aydın, A. (2024). Türkiye ve Seçilmiş Avrupa Ülkelerinde Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu, Kapsamı ve İçeriği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 1408–1421. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1410883>
5. Balcı, N., ve Koçatakan, P. (2021). Covid-19 Gibi Salgınlarda Evde Bakım Hizmetlerinin Önemi: Kısa Bir Bakış. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 15(1), 186–193. <https://doi.org/10.21763/tjfm.790769>
6. Bilgin, Ö. F., Tamkoç, B., & Aydoğdu, Ö. (2021). Türkiye’de Yaşlılara Yönelik Hizmetlerin Yerinde Yaşlanma Yaklaşımıyla Değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 21(53), 963–977. <https://doi.org/10.21560/spcd.vi.702917>
7. Canadian Institute for Health Information. (2026). *Home care*. <https://www.cihi.ca/en/topics/home-care>
8. Ceylantekin, Y., & Dayanır, D. (2025). Ev Ziyaretlerinin Önemi: Geleneksel Derleme. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 114–123. <https://doi.org/10.54061/jphn.1602502>
9. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, Shepperd S. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 Mar 5;3(3):CD007491. doi: 10.1002/14651858.CD007491.pub3. PMID: 38438116; PMCID: PMC10911897
10. Kambur, E. S., ve Yıldırım, T. (2025). Sağlık Sistemlerinde Uzun Dönemli Bakım Hizmetlerine Yönelik İnceleme: Türkiye, Almanya, Hollanda ve Japonya Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 16(47), 1075–1087. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.1568888>
11. Kıskaç, N., Hacıoğlu, B., Güven, M., Rashıdı, M., Yıldırım, G., & Hacıoğlu, Y. (2023). Profile of Home Healthcare Patients and Evaluation of Health Service Provided to Patients-Istanbul Province Example. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20, 409–418. <https://doi.org/10.38079/igusabder.1301138>
12. Lussi, C., Bickenbach, J., Halvorsen, R., & Sabariego, C. (2024). Trends over the past 15 years in long-term care in Switzerland: a comparison with Germany, Italy, Norway, and the United Kingdom. *BMC Geriatrics*, 24(1), 627–627. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05195-8>

13. Mah, J., Stevens, S., Keefe, J., Rockwood, K., & Andrew, M. K. (2021). Social factors influencing utilization of home care in community-dwelling older adults: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 21(1), 145–145. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02069-1>
14. Medicaid. (2026) <https://www.medicaid.gov/medicaid/home-community-based-services>
15. Megido, I., Sela, Y., & Grinberg, K. (2023). Cost effectiveness of home care versus hospital care: a retrospective analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 21(1), 13–13. <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00424-0>
16. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). *Ageing and long-term care*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/component-88.html.
17. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Dair Yönetmelik* <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm>.
18. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm>
19. Sarıoğlu, Ç., ve Sezgin, D. (2025). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri Sunumu: Orijinal Araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 22(3), 163–185. <https://doi.org/10.70915/spkd.1758660>
20. Sontur, M. E., ve Kartal, N. (2025). Sosyal Politika Bağlamında Engelli Evde Bakım Hizmetleri Üzerine Bir İnceleme: Bir Alan Araştırması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 25(2), 85–112. <https://doi.org/10.30976/susead.1645070>
21. Türkiye İstatistik Kurumu. (2025). İstatistiklerle Yaşlılar. <https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54079>
22. Yağar, F. (2021). Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerine İlişkin Hasta Beklentilerinin Doküman Analizi Yöntemi ile İncelenmesi. *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute*. <https://doi.org/10.30794/pausbed.945207>
23. Yamada M, & Arai H. Long-Term Care System in Japan. *Ann Geriatr Med Res*. 2020 Sep;24(3):174-180. doi: 10.4235/agmr.20.0037. Epub 2020 Aug 24. PMID: 32829572; PMCID: PMC7533196.
24. Yazıcıoğlu, İ., ve Bağçıvan, G. (2022). Chronic Disease Management Models: Traditional Review. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(4), 1251–1257. <https://doi.org/10.5336/nurses.2022-91307>
25. World Health Organization. (2025a). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
26. World Health Organization. (2025b). *Integrated continuum of long-term care*. <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-continuum-of-long-term-care>.



CERRAHİ GİRİŞİM SONRASI EVDE BAKIM



Büşra ŞAHİN¹
Duygu YEŞİLFİDAN²

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Ana Bilim Dalı Aydın, Türkiye, ORCID: 0000-0003-0341-4076

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim
Dalı Aydın, Türkiye, ORCID: 0000-0002-0290-1553

Giriş

Dünya genelinde yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve sağlık hizmetlerinin hastane merkezli yapılardan toplum temelli bakım modellerine yönelmesi, evde bakım hizmetlerine olan gereksinimi önemli ölçüde artırmaktadır. Birleşmiş Milletler verileri, 65 yaş ve üzeri nüfusun önümüzdeki yıllarda hızla artacağını göstermekte olup bu durum, cerrahi girişim sonrası bakım gereksinimi bulunan birey sayısında da artışa neden olacaktır (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2021).

Günümüzde birçok hasta, karmaşık sağlık sorunlarına rağmen bakım ve tedavi süreçlerinin mümkün olduğunca kendi yaşam ortamlarında sürdürülmesini tercih etmektedir (Genet ve ark., 2012; Gomes ve ark., 2013). Bununla birlikte evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşması, hasta bakımının daha karmaşık hale gelmesine ve farklı sağlık profesyonelleri arasında etkin iş birliği gereksiniminin artmasına yol açmaktadır. Bu nedenle cerrahi girişim sonrası evde bakım sürecinde hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist ve diğer sağlık profesyonellerinin koordineli çalışması; bakımın güvenli, etkili ve hasta merkezli şekilde sürdürülmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Cerrahi girişimler, günümüzde tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin ayrılmaz bir parçası olmakla birlikte, ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle dikkatli izlem ve kapsamlı bakım gerektirmektedir. Minimal invaziv cerrahi tekniklerin yaygınlaşması, gelişmiş anestezi uygulamaları ve hızlandırılmış iyileşme protokollerinin kullanılması sonucunda hastanede kalış süreleri giderek kısalmakta, buna bağlı olarak postoperatif bakımın önemli bir bölümü ev ortamında sürdürülmektedir. Bu değişim, taburculuk sonrası bakımın planlanmasını ve bakım sürekliliğinin sağlanmasını hasta güvenliğinin temel bileşenlerinden biri haline getirmiştir (Astier-Peña ve ark., 2021).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmetlerinde önlenebilir zararların azaltılması amacıyla yayımladığı Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 kapsamında, sağlık hizmetleri arasındaki bakım geçişlerinin güvenli şekilde yönetilmesini, hasta ve bakım verenlerin bakım sürecine aktif katılımını ve bakımın hastane sonrası dönemde de kesintisiz olarak sürdürülmesini öncelikli hedefler arasında tanımlamaktadır. Bu yaklaşım doğrultusunda evde bakım hizmetleri, yalnızca hastanede başlatılan tedavinin devamı olarak değil, komplikasyonların önlenmesi, fonksiyonel iyileşmenin desteklenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla yürütülen bütüncül bir bakım modeli olarak değerlendirilmektedir (World Health Organization [WHO], 2021).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, cerrahi girişim sonrası evde bakımın hasta sonuçları üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Hastaneden eve geçiş sürecinde uygulanan yapılandırılmış geçiş bakımı programlarının yenidoğan hastaneye yatış oranlarını azalttığı, acil servis başvurularını düşürdüğü ve

hasta yaşam kalitesini iyileştirdiği bildirilmektedir (Tyler ve ark., 2023). Tyler ve arkadaşlarının (2023) sistematik derleme ve ağ meta-analizinde, bakım koordinasyonu, hasta eğitimi ve yapılandırılmış izlem uygulamalarını içeren müdahalelerin sağlık hizmeti kullanımını anlamlı düzeyde azalttığı gösterilmiştir. Benzer şekilde Marini ve arkadaşları (2025), taburculuk sonrası bakım girişimlerinin hasta ve bakım veren sonuçlarını iyileştirdiğini; özellikle hasta eğitimi, öz bakım desteği, telefonla izlem ve bakım koordinasyonunun etkili bileşenler olduğunu bildirmiştir. Ayrıca hemşire liderliğinde yürütülen geçiş bakımı programlarının tedaviye uyumu artırdığı, komplikasyonların erken dönemde tanınmasını kolaylaştırdığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Marini ve ark., 2025).

Cerrahi girişim sonrası evde bakım kavramı; hasta eğitimi, öz bakım becerilerinin geliştirilmesi, bakım verenlerin desteklenmesi, bakım koordinasyonu ve hasta güvenliğinin sağlanmasını kapsayan çok boyutlu bir süreç olduğu belirtilmektedir (Tyler ve ark., 2023; Sakashita et al., 2025). Özellikle hastaneden eve geçiş sırasında yaşanan iletişim eksiklikleri ve bakım koordinasyonundaki yetersizliklerin ilaç hataları, komplikasyonlar ve yeniden hastaneye yatışlar açısından önemli risk faktörleri oluşturduğu bilinmektedir. Bu nedenle taburculuk planlamasının multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmesi ve bakımın ev ortamında da sürdürülebilir şekilde organize edilmesi gerekmektedir (Tyler ve ark., 2023; Marini ve ark., 2025).

Cerrahi girişim sonrası evde bakımın etkinliği yalnızca klinik sonuçlarla değerlendirilmemekte; aynı zamanda hastanın fonksiyonel bağımsızlığı, yaşam kalitesi, öz bakım yeterliliği ve bakım deneyimi gibi hasta merkezli sonuçlarla da ilişkilendirilmektedir. Bu kapsamda hasta ve bakım verenlerin bakım sürecine aktif katılımı, bireyselleştirilmiş eğitim programları ve düzenli izlem uygulamaları bakımın başarısını artıran temel unsurlar arasında yer almaktadır (Nissen, 2020). Leclerc-Loiselle ve arkadaşları (2024), evde bakım hemşirelerinin yalnızca teknik bakım sunmadığını; terapötik ilişki geliştirme, öz bakımı destekleme, duygusal destek sağlama, toplum kaynaklarıyla bağlantı kurma ve davranış değişikliğini teşvik etme gibi sağlık geliştirme odaklı roller üstlendiğini bildirmektedir.

Bu doğrultuda cerrahi girişim sonrası evde bakım, komplikasyonların önlenmesi ve iyileşmenin desteklenmesinin ötesinde; hasta güvenliğini güçlendiren, bakım sürekliliğini sağlayan, öz bakım becerilerini geliştiren ve bireyin yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bütüncül ve hasta merkezli bir bakım yaklaşımı olarak ele alınmalıdır. Cerrahi hastaların bakım gereksinimlerinin doğru belirlenmesi, etkili taburculuk planlaması yapılması ve kanıta dayalı evde bakım uygulamalarının hayata geçirilmesi, postoperatif dönemde olumlu sağlık sonuçlarının elde edilmesinde kritik öneme sahiptir.

Cerrahi Girişim Sonrası Evde Bakımın Amaçları ve Önemi

Cerrahi girişim sonrası evde bakım, hastanın taburculuğunu takiben iyileşme sürecinin güvenli, etkili ve kesintisiz bir şekilde sürdürülmesini amaçlayan kapsamlı sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Günümüzde minimal invaziv cerrahi tekniklerin yaygınlaşması, gelişmiş anestezi uygulamaları ve hızlandırılmış iyileşme programlarının kullanılması sonucunda hastanede kalış süreleri kısalmış, buna bağlı olarak postoperatif bakımın önemli bir bölümü ev ortamına taşınmıştır. Bu nedenle evde bakım hizmetleri, yalnızca hastanede başlatılan tedavi ve bakımın devamı olarak değil, bakım sürekliliğinin sağlanması ve hasta güvenliğinin desteklenmesi açısından sağlık sistemlerinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir (World Health Organization [WHO], 2021).

Cerrahi girişim sonrası evde bakımın temel amacı, hastanın güvenli iyileşmesini desteklemek, komplikasyon gelişme riskini azaltmak ve bireyin mümkün olan en kısa sürede fonksiyonel bağımsızlığını yeniden kazanmasını sağlamaktır. Bunun yanı sıra ağrının etkin şekilde yönetilmesi, yara iyileşmesinin desteklenmesi, enfeksiyonların önlenmesi, ilaç tedavisine uyumun artırılması, beslenme durumunun iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi de evde bakımın temel hedefleri arasında yer almaktadır (Rebar ve Bashaw, 2021). Dünya Sağlık Örgütü, evde bakım hizmetlerinin bireylerin kendi yaşam ortamlarında bakım almalarını destekleyerek bağımsız yaşamın sürdürülmesine katkı sağladığını ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımını azaltabildiğini belirtmektedir (WHO, 2021).

Güncel evde bakım yaklaşımları, bakımın yalnızca hastalığa odaklanan bir süreç olarak değil, bireyin biyopsikososyal gereksinimlerini kapsayan bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde ele alınmasını önermektedir. Bu kapsamda hasta eğitimi, öz bakım becerilerinin geliştirilmesi, bakım verenlerin desteklenmesi ve sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyonun sağlanması evde bakımın temel bileşenleri arasında yer almaktadır. Etkili hasta eğitiminin tedaviye uyumu artırdığı, komplikasyonların erken tanınmasını kolaylaştırdığı ve hasta memnuniyetini geliştirdiği bildirilmektedir (Nissen, 2020). Özellikle taburculuk sonrasında uygulanan yapılandırılmış geçiş bakımı programlarının yeniden hastaneye yatış oranlarını azalttığı ve hasta sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmiştir (Tyler et al., 2023).

Evde bakım hizmetlerinin başarısı yalnızca klinik sonuçlarla değerlendirilmemekte, aynı zamanda bireyin fonksiyonel kapasitesi, öz bakım yeterliliği, yaşam kalitesi ve bakım deneyimi gibi hasta merkezli göstergelerle de ilişkilendirilmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, hasta ve bakım verenlerin bakım sürecine aktif katılımını içeren bakım modellerinin daha başarılı sonuçlar verdiğini ortaya koymaktadır (Marini ve ark., 2025). Özellikle yaşlı bireylerde, kronik hastalığı bulunan kişilerde ve büyük cerrahi girişim

geçiren hastalarda bakım gereksinimlerinin sistematik biçimde değerlendirilmesi ve bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulması önerilmektedir.

Evde bakımın kapsamı yalnızca teknik bakım uygulamalarından oluşmamaktadır. Evde bakım hasta güvenliği, bakım koordinasyonu, iletişim yönetimi ve bakım geçişlerinin etkin şekilde planlanmasını içeren karmaşık bir bakım modelidir. Bu doğrultuda evde bakım hemşireleri; hasta değerlendirmesi, bakım planlaması, eğitim, danışmanlık, bakım koordinasyonu ve komplikasyonların erken tanınması gibi çok boyutlu sorumluluklar üstlenmektedir. Ayrıca evde bakım hemşirelerinin terapötik ilişki geliştirme, öz bakım davranışlarını destekleme, duygusal destek sağlama ve bireyleri toplum kaynaklarına yönlendirme gibi sağlık geliştirme odaklı rollerinin bulunduğu bildirilmektedir (Leclerc-Loiselle ve ark., 2024).

Sonuç olarak cerrahi girişim sonrası evde bakım, yalnızca komplikasyonların önlenmesini hedefleyen bir süreç değil; hasta güvenliğini güçlendiren, bakım sürekliliğini sağlayan, öz bakım becerilerini geliştiren ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan bütüncül bir bakım yaklaşımıdır. Bu nedenle evde bakım hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında hasta merkezli, kanıta dayalı ve multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir (Leclerc-Loiselle ve ark., 2024; Marini ve ark., 2025).

Cerrahi Hastanın Taburculuğa Hazırlanması ve Taburculuk Eğitimi

Taburculuk, cerrahi bakım sürecinin son aşaması olarak değerlendirilmekle birlikte, hastanın iyileşme sürecinin ev ortamında devam etmesi nedeniyle bakım sürekliliğinin başlangıcı olarak da kabul edilmektedir. Cerrahi girişim sonrası dönemde hastaların önemli bir kısmı, henüz tam iyileşme sağlanmadan taburcu edilmekte ve bakım gereksinimlerinin büyük bölümü ev ortamında karşılanmaktadır. Bu nedenle taburculuk planlaması, hastanın güvenli bir şekilde ev ortamına geçişini sağlamak ve postoperatif komplikasyon riskini azaltmak amacıyla yürütülen sistematik ve multidisipliner bir süreçtir (Rebar ve Bashaw, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmetleri arasındaki bakım geçişlerini hasta güvenliğinin kritik bileşenlerinden biri olarak tanımlamakta ve taburculuk sürecinde bakım koordinasyonunun güçlendirilmesini önermektedir (WHO, 2021). Hastaneden eve geçiş döneminde yaşanan iletişim eksiklikleri, yetersiz bakım koordinasyonu ve bilgi kayıpları; ilaç hataları, tedaviye uyumsuzluk, komplikasyon gelişimi ve yeniden hastaneye yatışlar için önemli risk faktörleri oluşturmaktadır. Bu nedenle taburculuk planlamasının yalnızca hastanın taburcu edileceği gün başlatılan bir süreç olarak değil, cerrahi bakımın erken dönemlerinden itibaren planlanan ve bireyselleştirilen bir bakım yaklaşımı olarak ele alınması gerekmektedir (Marini ve ark., 2025).

Etkili bir taburculuk planı oluşturulabilmesi için hastanın fiziksel, bilişsel,

psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin kapsamlı biçimde değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın fonksiyonel kapasitesi, öz bakım becerileri, sağlık okuryazarlığı düzeyi, ev ortamının özellikleri, sosyal destek kaynakları ve bakım veren gereksinimleri değerlendirilerek bireyselleştirilmiş bir taburculuk planı hazırlanmalıdır (Nissen, 2020). Özellikle ileri yaş, çoklu kronik hastalık varlığı, karmaşık ilaç kullanımı, yalnız yaşama ve sınırlı sosyal destek gibi faktörler taburculuk sonrası dönemde komplikasyon riskini artırabileceğinden, bu hastaların daha yakından izlenmesi önerilmektedir (Marini ve ark., 2025).

Taburculuk eğitimi, cerrahi girişim sonrası evde bakımın en önemli bileşenlerinden biridir. Hastaların ev ortamında güvenli bakım uygulamalarını sürdürebilmeleri için cerrahi yara bakımı, ilaç kullanımı, beslenme düzenlemeleri, fiziksel aktivite, ağrı yönetimi, dren ve kateter bakımı ile komplikasyon belirtileri konusunda kapsamlı bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Rebar ve Bashaw, 2021). Eğitim içeriği, hastanın bireysel gereksinimlerine göre düzenlenmeli ve yalnızca bilgi aktarımına odaklanmamalıdır. Hastanın verilen bilgileri anlayabilmesi, uygulayabilmesi ve gerektiğinde sağlık profesyonelleriyle iletişime geçebilmesi amaçlanmalıdır (Nissen, 2020).

Güncel çalışmalar, taburculuk eğitiminde hasta ve bakım verenlerin aktif katılımının önemini vurgulamaktadır. Özellikle hasta merkezli eğitim yaklaşımlarının öz bakım becerilerini geliştirdiği, tedaviye uyumu artırdığı ve komplikasyonların erken dönemde tanınmasını kolaylaştırdığı bildirilmektedir. Bu kapsamda eğitim sürecine aile üyelerinin ve bakım verenlerin dahil edilmesi, özellikle yaşlı ve bağımlılık düzeyi yüksek hastalarda bakımın etkinliğini artırmaktadır (Tyler ve ark., 2023).

Son yıllarda yapılan sistematik derlemeler, taburculuk sonrasında uygulanan telefon görüşmeleri, ev ziyaretleri, tele-sağlık uygulamaları ve hemşire liderliğinde yürütülen geçiş bakımı programlarının hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bu müdahalelerin yeniden hastaneye yatış oranlarını azalttığı, hasta memnuniyetini artırdığı ve bakım sürekliliğini güçlendirdiği bildirilmektedir (Tyler ve ark., 2023; Sakashita ve ark., 2025). Bu nedenle güncel bakım modellerinde taburculuk eğitimi, tek seferlik bir bilgilendirme etkinliği olarak değil, taburculuk sonrası izlem ve destek süreçleriyle bütünleştirilmiş dinamik bir bakım bileşeni olarak değerlendirilmektedir.

Sonuç olarak taburculuk planlaması ve eğitimi, cerrahi girişim sonrası evde bakımın temel yapı taşlarından biridir. Etkili bir taburculuk süreci; hasta güvenliğinin sağlanmasına, komplikasyonların önlenmesine, öz bakım becerilerinin geliştirilmesine ve bakım sürekliliğinin desteklenmesine katkı sağlamaktadır. Bu nedenle taburculuk planlamasının multidisipliner ekip yaklaşımıyla yürütülmesi ve bireyselleştirilmiş eğitim stratejileri ile desteklenmesi önerilmektedir.

Cerrahi Yara Bakımı ve Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi

Cerrahi yara bakımı, postoperatif dönemde iyileşme sürecinin desteklenmesi ve komplikasyonların önlenmesi açısından evde bakımın en önemli bileşenlerinden biridir. Cerrahi yara iyileşmesi; hastanın yaşı, beslenme durumu, kronik hastalıkları, immün yanıtı, cerrahi girişimin özellikleri ve uygulanan bakımın niteliği gibi çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Taburculuk sonrası dönemde yara bakımının uygun şekilde sürdürülmesi, yara iyileşmesinin hızlandırılması, cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi ve hastanın yaşam kalitesinin korunması açısından kritik öneme sahiptir (Rebar ve Bashaw, 2021).

Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE), ameliyat sonrası en sık görülen sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar arasında yer almakta ve morbidite, mortalite, yeniden hastaneye yatış oranları ve sağlık bakım maliyetlerinde artışa neden olmaktadır. Centers for Disease Control and Prevention(CDC), cerrahi alan enfeksiyonlarının önemli bir bölümünün uygun enfeksiyon kontrol önlemleri ve hasta eğitimi ile önlenebileceğini bildirmektedir (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024). Bu nedenle taburculuk öncesinde hasta ve bakım verenlere yara bakımına ilişkin kapsamlı eğitim verilmesi önerilmektedir.

Cerrahi yara bakımında temel amaç; yara bölgesinin temiz tutulması, enfeksiyon riskinin azaltılması ve normal yara iyileşme sürecinin desteklenmesidir. Hastalara yara yerinin günlük olarak gözlemlenmesi, yara çevresindeki değişikliklerin izlenmesi ve olağan dışı bulguların erken dönemde fark edilmesi gerektiği öğretilmelidir. Özellikle yara yerinde kızarıklık, şişlik, hassasiyet artışı, ısı artışı, kötü kokulu akıntı, yara kenarlarında ayrılma, beklenmeyen kanama veya ateş gelişmesi durumunda sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği vurgulanmalıdır (NICE, 2019).

Güncel rehberler, primer iyileşme gösteren cerrahi yaralarda gereksiz pansuman değişikliklerinden kaçınılmasını önermektedir. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) rehberine göre, yara temizliği gerektiğinde steril serum fizyolojik kullanılmalı, yara bakımında aseptik tekniklere uyulmalı ve yara iyileşmesini olumsuz etkileyebilecek gereksiz topikal uygulamalardan kaçınılmalıdır (NICE, 2019). Ayrıca hastalara yara bakımından önce ve sonra el hijyeninin sağlanmasının enfeksiyon riskini azaltmadaki önemi açıklanmalıdır.

Ev ortamında yara bakımının güvenli şekilde sürdürülebilmesi için hasta ve bakım verenlerin pansuman uygulamalarını doğru şekilde gerçekleştirebilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle eğitim sürecinde yalnızca sözlü bilgi verilmesi yeterli görülmemeli; pansuman uygulamalarının gösterilmesi, yazılı materyallerle desteklenmesi ve hastanın uygulamayı doğru şekilde yapabildiğinin değerlendirilmesi önerilmektedir (Nissen, 2020). Özellikle yaşlı bireylerde, görme problemi olan hastalarda veya karmaşık yara bakımı gerektiren durumlarda evde bakım hemşiresi desteği planlanmalıdır.

Cerrahi yara iyileşmesini etkileyen önemli faktörlerden biri de hastanın genel sağlık durumudur. Diyabet, obezite, sigara kullanımı, malnütrisyon, periferik vasküler hastalık ve immünsüpresyon gibi durumlar yara iyileşmesini geciktirebilmekte ve enfeksiyon riskini artırabilmektedir (Rebar ve Bashaw, 2021). Bu nedenle yüksek riskli hastalarda yara değerlendirmelerinin daha sık yapılması ve bakım planının bireyselleştirilmesi önerilmektedir.

Son yıllarda hasta merkezli bakım yaklaşımları doğrultusunda, yara bakımında hastaların öz bakım becerilerinin desteklenmesi ön plana çıkmıştır. Hastaların yara bakımına aktif katılım göstermeleri, enfeksiyon belirtilerini erken dönemde tanıyabilmeleri ve bakım sürecinde sorumluluk üstlenmeleri komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamaktadır (Leclerc-Loiselle ve ark., 2024). Bu yaklaşım aynı zamanda hastaların sağlık durumları üzerindeki kontrol algılarını güçlendirmekte ve tedaviye uyumu artırmaktadır.

Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde yalnızca yara bakımına odaklanılması yeterli değildir. Beslenme durumunun iyileştirilmesi, glisemik kontrolün sağlanması, sigaranın bırakılması, uygun fiziksel aktivitenin sürdürülmesi ve reçete edilen ilaçların doğru şekilde kullanılması da enfeksiyon riskinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır (CDC), 2024. Bu nedenle yara bakımına ilişkin eğitimlerin diğer evde bakım uygulamalarıyla bütüncül şekilde planlanması gerekmektedir.

Sonuç olarak cerrahi yara bakımı ve cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesi, postoperatif evde bakımın temel bileşenlerinden biridir. Kanıta dayalı yara bakım uygulamalarının benimsenmesi, hasta ve bakım veren eğitimlerinin güçlendirilmesi ve enfeksiyon belirtilerinin erken dönemde tanınması; komplikasyonların azaltılmasına, iyileşme sürecinin desteklenmesine ve hasta güvenliğinin artırılmasına önemli katkılar sağlamaktadır (Rebar ve Bashaw, 2021; CDC, 2024).

Postoperatif Dönemde Beslenme Yönetimi ve Nutrisyonel Destek

Beslenme, cerrahi girişim sonrası iyileşme sürecinin temel belirleyicilerinden biri olup yara iyileşmesi, immün fonksiyonların sürdürülmesi, enfeksiyonların önlenmesi ve fonksiyonel iyileşmenin desteklenmesinde kritik rol oynamaktadır. Cerrahi girişimler, metabolik stres yanıtını tetikleyerek enerji gereksinimlerinde artışa, protein katabolizmasına ve besin ögesi gereksinimlerinde değişikliklere neden olmaktadır. Bu nedenle postoperatif dönemde yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve iyileşme sürecinin hızlandırılması açısından büyük önem taşımaktadır (Wobith ve Weimann.,2022).

Malnütrisyon, cerrahi hastalarda sık karşılaşılan ancak çoğu zaman gözden kaçabilen önemli bir klinik sorundur. Yetersiz beslenme; yara iyileşmesinde gecikme, enfeksiyon riskinde artış, kas kaybı, hastanede kalış süresinde

uzama ve mortalite artışı ile ilişkilendirilmektedir. Özellikle ileri yaş, malignite, gastrointestinal cerrahi, kronik hastalıklar ve ameliyat öncesi kilo kaybı olan bireylerde malnütrisyon riski daha yüksektir. Bu nedenle ESPEN rehberleri, cerrahi hastalarda beslenme durumunun ameliyat öncesi ve sonrası dönemde sistematik olarak değerlendirilmesini önermektedir (Weimann ve ark., 2025).

Güncel kanıtlar, hemodinamik olarak stabil ve gastrointestinal fonksiyonları yeterli olan hastalarda oral beslenmenin mümkün olan en erken dönemde başlatılmasını desteklemektedir. Geleneksel olarak uygulanan uzun süreli açlık uygulamalarının aksine, erken oral beslenmenin bağırsak fonksiyonlarının daha hızlı geri dönmesine katkı sağladığı, enfeksiyon oranlarını azalttığı ve hastanede kalış süresini kısalttığı bildirilmektedir (Taburculuk sonrasında da hastaların yeterli enerji ve protein alımını sürdürebilmeleri için bireyselleştirilmiş beslenme önerileri verilmelidir (Wobith, ve Weimann.,2022).

Protein, yara iyileşmesinde rol oynayan kollajen sentezi, fibroblast proliferasyonu ve doku onarımı için gerekli temel besin öğelerinden biridir. Postoperatif dönemde artan protein gereksiniminin karşılanamaması kas kütlelerinde azalma, fonksiyonel kayıp ve iyileşmede gecikme ile sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle cerrahi hastalarda günlük protein alımının bireysel gereksinimler doğrultusunda artırılması önerilmektedir. Özellikle büyük cerrahi girişim geçiren, yaşlı veya malnütrisyon riski bulunan bireylerde protein desteğinin yara iyileşmesi ve fonksiyonel toparlanma üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Weimann ve ark., 2025).

Mikrobesin öğeleri de postoperatif iyileşme sürecinde önemli işlevlere sahiptir. C vitamini kollajen sentezi ve yara iyileşmesinde rol oynarken, çinko hücresel proliferasyon ve immün fonksiyonların sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Demir ise eritropoez ve oksijen taşınmasında temel rol üstlenmektedir. Ancak vitamin ve mineral desteklerinin rutin olarak tüm hastalara verilmesi yerine, bireysel gereksinimler doğrultusunda değerlendirilmesi önerilmektedir. Özellikle eksiklik saptanan veya risk altında bulunan hastalarda uygun destek tedavilerinin planlanması gerekmektedir (Rebar ve Bashaw, 2021).

Diyabet, kronik böbrek hastalığı, kardiyovasküler hastalıklar ve gastrointestinal sistem cerrahileri gibi özel durumlar, postoperatif dönemde beslenme planının bireyselleştirilmesini gerektirmektedir. Bu hasta gruplarında standart beslenme önerileri yerine hastalığa özgü beslenme yaklaşımlarının uygulanması önem taşımaktadır. Gerekliğinde diyetisyen desteği alınması, beslenme planlarının düzenli olarak gözden geçirilmesi ve hastaların beslenme durumlarının izlenmesi önerilmektedir (Rebar ve Bashaw, 2021; Weimann ve ark., 2025).

Cerrahi girişim sonrası dönemde sıvı dengesi de beslenme yönetiminin önemli bir bileşenidir. Yetersiz sıvı alımı dehidratasyona, elektrolit dengesizliklerine ve iyileşme sürecinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte bazı hasta gruplarında sıvı kısıtlaması gerekebileceğinden, sıvı alımına ilişkin öneriler hastanın klinik durumuna göre bireyselleştirilmelidir. Özellikle kalp yetersizliği, böbrek hastalığı veya karaciğer hastalığı bulunan bireylerde sıvı yönetimi dikkatle planlanmalıdır (Weimann ve ark., 2025).

Evde bakım sürecinde hemşireler, hastaların beslenme durumlarını değerlendirme, beslenme ile ilişkili riskleri belirleme, uygun eğitim sağlama ve gerekli durumlarda ilgili uzmanlara yönlendirme sorumluluğuna sahiptir. Ayrıca hasta ve bakım verenlerin yeterli protein ve enerji alımının önemi, öğün planlaması, sıvı tüketimi ve özel diyet gereksinimleri konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Beslenme eğitimlerinin bireyselleştirilmesi ve hastanın yaşam koşullarına uygun şekilde planlanması, tedaviye uyumun artırılmasına katkı sağlamaktadır (Nissen, 2020; Weimann ve ark., 2025).

Sonuç olarak postoperatif dönemde beslenme yönetimi ve nutrisyonel destek, yara iyileşmesinin desteklenmesi, enfeksiyon riskinin azaltılması, fonksiyonel iyileşmenin hızlandırılması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından evde bakımın temel bileşenlerinden biridir. Bu nedenle cerrahi hastalarda beslenme durumunun düzenli olarak değerlendirilmesi, bireyselleştirilmiş beslenme planlarının oluşturulması ve gerekli durumlarda multidisipliner destek sağlanması önerilmektedir (Wobith, ve Weimann.,2022; Weimann ve ark., 2025).

Postoperatif Aktivite Yönetimi ve Mobilizasyonun Desteklenmesi

Mobilizasyon, cerrahi girişim sonrası iyileşme sürecinin temel bileşenlerinden biri olup, postoperatif komplikasyonların önlenmesinde ve fonksiyonel kapasitenin yeniden kazanılmasında önemli rol oynamaktadır. Cerrahi girişimler sonrasında gelişen ağrı, yorgunluk, hareket kısıtlılığı ve komplikasyon korkusu nedeniyle hastalar sıklıkla fiziksel aktivitelerini azaltma eğilimindedir. Ancak uzun süreli immobilizasyon; kas gücü kaybı, fonksiyonel bağımsızlıkta azalma, pulmoner komplikasyonlar, venöz tromboembolizm ve yaşam kalitesinde bozulma gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle güncel cerrahi bakım yaklaşımları, erken ve kontrollü mobilizasyonu postoperatif iyileşmenin temel unsurlarından biri olarak kabul etmektedir (Rebar ve Bashaw, 2021).

Erken mobilizasyon, hastanın klinik durumuna uygun olarak mümkün olan en kısa sürede hareket etmesini ifade etmektedir. Yapılan çalışmalar, erken mobilizasyonun akciğer fonksiyonlarını iyileştirdiğini, atelettazi ve pnömoni gibi pulmoner komplikasyonları azalttığını, bağırsak fonksiyonlarının geri dönüşünü hızlandırdığını ve hastanede kalış süresini kısalttığını göster-

mektedir (Weimann ve ark., 2025). Ayrıca erken mobilizasyonun kas kaybını azaltarak fonksiyonel iyileşmeyi desteklediği ve günlük yaşam aktivitelerine dönüş sürecini hızlandırdığı bildirilmektedir.

Taburculuk sonrasında aktivite düzeyinin artırılması kademeli ve bireyselleştirilmiş bir plan doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Hastaların fiziksel aktivite düzeyi; cerrahi girişimin türü, yaşı, komorbid hastalıkları, fonksiyonel kapasitesi ve iyileşme durumu dikkate alınarak belirlenmelidir. Genel olarak hastaların günlük yürüyüş sürelerini aşamalı olarak artırmaları, uzun süre aynı pozisyonda kalmaktan kaçınmaları ve gün içinde düzenli hareket etmeleri önerilmektedir (Rebar ve Bashaw, 2021).

Mobilizasyonun önemli amaçlarından biri venöz tromboembolizmin önlenmesidir. Özellikle ortopedik, abdominal, pelvik ve onkolojik cerrahiler sonrasında tromboembolik komplikasyon riski artmaktadır. Düzenli yürüyüş, alt ekstremitte egzersizleri ve önerilen durumlarda kompresyon çoraplarının kullanımı venöz dolaşımın desteklenmesine katkı sağlamaktadır. Hastalara bacaklarda ani şişlik, ağrı, kızarıklık veya nefes darlığı gibi belirtilerin acil değerlendirme gerektirebileceği konusunda eğitim verilmelidir (WHO, 2021).

Cerrahi yara bölgesinin korunması da mobilizasyon eğitiminin önemli bileşenlerinden biridir. Hastalara ani dönme hareketlerinden, ağır yük kaldırmaktan ve cerrahi bölgeye aşırı basınç oluşturabilecek aktivitelerden kaçınmaları gerektiği açıklanmalıdır. Özellikle abdominal cerrahi geçiren hastalarda öksürme, hapsirme veya yataktan kalkma sırasında insizyon bölgesinin desteklenmesi önerilmektedir. Cerrah tarafından belirtilen ağırlık kaldırma kısıtlamalarına uyulması yara ayrılması ve insizyonel herni gibi komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamaktadır (Rebar ve Bashaw, 2021).

Postoperatif dönemde fiziksel aktivite planlanırken enerji koruma stratejileri de dikkate alınmalıdır. Hastalara aktivitelerini gün içine yaymaları, aşırı yorgunluğa neden olacak girişimlerden kaçınmaları ve gerektiğinde dinlenme araları vermeleri önerilmelidir. Aktivite planı oluşturulurken bireyin günlük yaşam alışkanlıkları ve ev ortamındaki fiziksel koşullar göz önünde bulundurulmalıdır. Araç kullanma, işe dönme ve sportif faaliyetlere yeniden başlama gibi konular da taburculuk eğitiminin önemli başlıkları arasında yer almaktadır. Bu aktivitelerin ne zaman güvenli şekilde yapılacağı cerrahi girişimin türüne, hastanın genel durumuna ve iyileşme hızına göre değişmektedir. Bu nedenle standart öneriler yerine bireyselleştirilmiş planlamaların yapılması önerilmektedir. Hastaların kendilerini zorlamadan, hekim ve hemşirelerinin önerileri doğrultusunda aktivite düzeylerini artırmaları gerektiği vurgulanmalıdır (Rebar ve Bashaw, 2021).

Evde bakım hemşireleri, mobilizasyon sürecinin planlanması ve izlenmesinde önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Hemşireler hastanın fonksiyonel kapasitesini değerlendirmeli, güvenli hareket teknikleri konusunda eğitim ver-

meli ve düşme risklerini belirlemelidir. Ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerine bağımsız şekilde katılmalarını desteklemek ve gerekli durumlarda fizyoterapi veya rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirme yapmak hemşirenin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır (Yılmaz Şenyüz ve ark., 2017).

Mobilizasyon ve fiziksel aktivite yönetimi, postoperatif iyileşmenin hızlandırılması, komplikasyonların önlenmesi ve fonksiyonel bağımsızlığın yeniden kazanılması açısından evde bakımın temel bileşenlerinden biridir. Hastaların bireysel özelliklerine uygun olarak planlanan aktivite programları, yaşam kalitesinin artırılmasına ve güvenli iyileşme sürecinin desteklenmesine önemli katkılar sağlamaktadır.

Postoperatif İlaç Yönetimi ve Tedaviye Uyumun Sağlanması

İlaç yönetimi, cerrahi girişim sonrası evde bakımın temel bileşenlerinden biri olup komplikasyonların önlenmesi, semptom kontrolünün sağlanması ve iyileşme sürecinin desteklenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Taburculuk sonrasında hastalar sıklıkla analjezikler, antibiyotikler, antikoagülanlar, gastrointestinal sistem ilaçları ve kronik hastalıklarına yönelik tedavileri birlikte kullanmaktadır. Bu durum ilaç etkileşimleri, doz hataları ve tedaviye uyumsuzluk riskini artırabilmektedir. Bu nedenle postoperatif dönemde ilaçların güvenli kullanımı ve tedaviye uyumun sağlanması hasta güvenliğinin öncelikli alanlarından biri olarak kabul edilmektedir (WHO, 2019).

Hastaneden eve geçiş sürecinde ilaç uyumunun yapılması, ilaç güvenliğinin sağlanmasında önemli bir uygulamadır. İlaç uyumu; hastanın ameliyat öncesinde kullandığı ilaçlar ile taburculuk sırasında reçete edilen ilaçların karşılaştırılmasını, devam ettirilecek, kesilecek veya doz değişikliği yapılacak ilaçların belirlenmesini kapsamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2019'da yayınladığı ilaç güvenliği raporunda, bakım geçişleri sırasında meydana gelen ilaç hatalarının önlenabilir hasta zararlarının önemli bir bölümünü oluşturduğunu ve ilaç uyumunun bu risklerin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğunu bildirmektedir (WHO, 2019). Bu nedenle taburculuk öncesinde hastaya güncel ilaç listesinin verilmesi ve ilaç değişikliklerinin ayrıntılı şekilde açıklanması önerilmektedir.

Postoperatif dönemde en sık kullanılan ilaç gruplarından biri analjeziklerdir. Ağrının etkin biçimde kontrol altına alınması, hastanın mobilizasyonunu desteklemekte, uyku kalitesini artırmakta ve iyileşme sürecine aktif katılımını kolaylaştırmaktadır. Güncel rehberler, ağrı yönetiminde mümkün olduğunca multimodal analjezi yaklaşımının benimsenmesini ve nonopioid analjeziklerin öncelikli olarak kullanılmasını önermektedir. Opioid analjeziklerin gerekli olduğu durumlarda ise en düşük etkili dozun ve en kısa tedavi süresinin tercih edilmesi önerilmektedir (Dowell ve ark., 2022). Hastalara opioid kullanımına bağlı gelişebilecek sedasyon, baş dönmesi, kabızlık, bulantı ve düşme riski gibi yan etkiler konusunda eğitim verilmelidir.

Antibiyotik tedavisi uygulanan hastalarda tedaviye uyumun sağlanması büyük önem taşımaktadır. Hastalara antibiyotiklerin kullanım amacı, uygulama sıklığı ve tedavi süresi açıklanmalı; semptomlar gerilemiş olsa bile tedavinin hekim tarafından önerilen süre boyunca tamamlanması gerektiği vurgulanmalıdır. Antibiyotiklerin erken kesilmesi enfeksiyonun kontrol altına alınamamasına, tedavi başarısızlığına ve antimikrobiyal direnç gelişimine katkıda bulunabilmektedir. Ayrıca alerjik reaksiyon, ciddi gastrointestinal yakınmalar veya beklenmeyen yan etkiler gelişmesi durumunda hastaneye başvurulması gerektiği açıklanmalıdır (WHO, 2019).

Bazı cerrahi hasta gruplarında tromboembolik komplikasyonların önlenmesi amacıyla antikoagülan tedaviler uygulanabilmektedir. Bu hastalarda ilaçların doğru dozda kullanılması, doz atlanmaması ve kanama belirtilerinin izlenmesi önem taşımaktadır. Hastalara idrarda veya dışkıda kan görülmesi, beklenmeyen morluklar, uzun süren kanamalar veya ani baş dönmesi gibi bulguların acil değerlendirme gerektirebileceği konusunda bilgi verilmelidir (Rebar ve Bashaw, 2021).

Tedaviye uyumu etkileyen önemli faktörlerden biri sağlık okuryazarlığıdır. Hastaların ilaçların kullanım amaçlarını, dozlarını ve olası yan etkilerini anlamaları tedaviye uyumu artırmaktadır. Bu nedenle ilaç eğitimleri bireyselleştirilmeli, karmaşık tıbbi terminolojiden kaçınılmalı ve yazılı materyallerle desteklenmelidir. Nissen (2020), hasta eğitiminde bireyin öğrenme gereksinimlerinin değerlendirilmesini ve bilgilerin hastanın anlayabileceği şekilde sunulmasını önermektedir. Özellikle ileri yaşlı bireylerde, çoklu ilaç kullanan hastalarda ve bilişsel fonksiyonları etkilenmiş kişilerde bakım verenlerin eğitime dahil edilmesi önem taşımaktadır.

Evde bakım hemşireleri ilaç yönetiminin planlanması ve izlenmesinde önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Hemşireler hastanın ilaç kullanımını değerlendirmeli, ilaçlara ilişkin bilgi eksikliklerini belirlemeli, olası yan etkileri izlemeli ve gerekli durumlarda ilgili sağlık profesyonelleri ile iletişime geçmelidir. Ayrıca ilaç tedavisinin günlük yaşam üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi ve tedaviye uyumu güçlendirecek stratejilerin geliştirilmesi hemşirelik bakımının önemli bileşenleri arasında yer almaktadır (Yılmaz Şenyüz ve ark., 2017).

Sonuç olarak postoperatif ilaç yönetimi, cerrahi girişim sonrası evde bakımın temel unsurlarından biridir. Güvenli ilaç kullanımı, etkili hasta eğitimi, ilaç uyumu uygulamaları ve düzenli izlem süreçleri; ilaç kaynaklı komplikasyonların önlenmesine, tedaviye uyumun artırılmasına ve hasta güvenliğinin güçlendirilmesine önemli katkılar sağlamaktadır.

Dren, Kateter ve Diğer Tıbbi Cihazların Evde Yönetimi

Cerrahi girişim sonrasında bazı hastalar dren, üriner kateter, nefrostomi tüpü, gastrotomi tüpü, trakeostomi kanülü veya diğer tıbbi cihazlarla taburcu edilebilmektedir. Bu cihazlar, postoperatif dönemde iyileşmenin izlenmesi, vücut sıvılarının drenajının sağlanması, organ fonksiyonlarının desteklenmesi ve komplikasyonların önlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ancak cihazların uygun şekilde yönetilememesi enfeksiyon, tıkanıklık, cihaz kaybı, cilt bütünlüğünde bozulma ve yeniden hastaneye yatış gibi ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle hasta ve bakım verenlerin cihaz yönetimi konusunda kapsamlı biçimde eğitilmesi, cerrahi girişim sonrası evde bakımın önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Rebar ve Bashaw, 2021; Blok ve ark.,2026).

Drenler, cerrahi alanda biriken kan, seröz sıvı veya enfekte materyalin uzaklaştırılmasını sağlayarak iyileşme sürecini desteklemektedir. Evde dren ile izlenen hastalarda drenaj miktarı, rengi, kıvamı ve kokusu düzenli olarak değerlendirilmelidir. Drenaj miktarında ani artış veya azalma, drenaj renginde belirgin değişiklik, kötü koku oluşumu ya da dren çevresinde kızarıklık ve ağrı gelişmesi komplikasyon belirtisi olarak değerlendirilmelidir. Hastalara drenlerin çekilmemesi, kıvrılmaması ve dren sisteminin bütünlüğünün korunması konusunda eğitim verilmelidir (Rebar ve Bashaw, 2021; Blok ve ark.,2026).

Üriner kateterler, özellikle ürolojik cerrahiler, pelvik cerrahiler ve bazı büyük abdominal cerrahiler sonrasında geçici olarak kullanılabilir. Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları, evde bakım sürecinde karşılaşılan önemli komplikasyonlardan biridir. Bu nedenle Centers for Disease Control and Prevention (CDC), üriner kateterlerin yalnızca gerekli olduğu sürece kullanılması ve mümkün olan en kısa zamanda çıkarılmasını önermektedir. Kateter ile taburcu edilen hastalara el hijyeninin önemi, kapalı drenaj sisteminin korunması, drenaj torbasının mesane seviyesinin altında tutulması ve kateter hattının kıvrılmasının önlenmesi konusunda eğitim verilmelidir. (CDC, 2024).

Kateter bakımında günlük perine hijyeninin sağlanması ve kateter giriş bölgesinin düzenli olarak değerlendirilmesi önerilmektedir. Bununla birlikte rutin antiseptik uygulamaların enfeksiyon riskini azalttığına ilişkin yeterli kanıt bulunmadığından, standart hijyen uygulamalarının sürdürülmesi yeterli kabul edilmektedir. Hastalara ateş, kötü kokulu veya bulanık idrar, suprapubik ağrı, kateterden idrar gelmemesi, kateter çevresinden sızıntı olması veya kateterin yerinden çıkması gibi durumlarda hastaneye başvurmaları gerektiği açıklanmalıdır. (CDC, 2024).

Ürolojik cerrahiler sonrasında bazı hastalar nefrostomi tüpü veya üreteral stent ile taburcu edilebilmektedir. Bu hastalarda drenajın devamlılığı, tüpün sabitlenmesi ve enfeksiyon belirtilerinin izlenmesi önem taşımaktadır. Nefrostomi drenajında ani kesilme, yoğun kanama, ateş veya şiddetli yan ağrısı gibi

bulguların acil değerlendirme gerektirebileceği hastalara açıklanmalıdır. Benzer şekilde üreteral stent bulunan hastalarda hematüri, irritatif işeme semptomları ve ağrı gibi yakınmalar görülebileceği, ancak ateş ve ciddi ağrı gelişmesi durumunda sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği belirtilmelidir (Blok ve ark.,2026).

Evde bakım sürecinde kullanılan diğer tıbbi cihazlar arasında enteral beslenme tüpleri, stoma sistemleri ve trakeostomi kanülleri yer almaktadır. Bu cihazların yönetimi sırasında enfeksiyon kontrol önlemlerine uyulması, cihazların doğru şekilde sabitlenmesi ve düzenli değerlendirme yapılması gerekmektedir. Özellikle stoma ve gastrostomi bakımında cilt bütünlüğünün korunması, sızıntıların önlenmesi ve bakım verenlerin uygulama becerilerinin geliştirilmesi önem taşımaktadır Vukovic ve Dinic.,2018; Blok ve ark.,2026).

Evde bakım hemşireleri, dren ve kateterlerin izlenmesi, komplikasyonların erken dönemde tanınması ve hasta eğitimlerinin sürdürülmesinde önemli rol üstlenmektedir. Hemşireler, cihazların işlevselliğini değerlendirmeli, bakım uygulamalarını gözlemlemeli ve ortaya çıkabilecek sorunlarda uygun yönlendirmeleri yapmalıdır. Ayrıca cihaz yönetimine ilişkin kaygı yaşayan hasta ve bakım verenlere psikososyal destek sağlanması da hemşirelik bakımının önemli bileşenleri arasında yer almaktadır (Yılmaz Şenyüz ve ark., 2017).

Sonuç olarak dren, kateter ve diğer tıbbi cihazların evde güvenli şekilde yönetilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve iyileşme sürecinin desteklenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Etkili hasta eğitimi, düzenli izlem ve bakım verenlerin sürece aktif katılımı, cihaz ilişkili komplikasyonların azaltılmasına ve hasta güvenliğinin artırılmasına katkı sağlamaktadır (Blok ve ark.,2026).

KAYNAKLAR

1. Astier-Peña, M. P., Martínez-Bianchi, V., Torijano-Casalengua, M. L., Ares-Blanco, S., Bueno-Ortiz, J. M., & Fernández-García, M. (2021). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030: Identificando acciones para una atención primaria más segura [The Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Identifying actions for safer primary health care]. *Atención Primaria*, 53(Suppl. 1), 102224. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>
2. Blok, B., Hamid, R., Hentzen, C., Karsenty, G., Kessler, T. M., Musco, S., Padilla-Fernández, B., & Panicker, J. N. (2026). *EAU guidelines on neuro-urology*. Arnhem, The Netherlands: EAU Guidelines Office.
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) prevention guideline*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://www.cdc.gov>
4. Centers for Disease Control and Prevention. (2024, April 12). *CDC's core infection prevention and control practices for safe healthcare delivery in all settings*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/core-practices/index.html>
5. Dowell, D., Ragan, K. R., Jones, C. M., Baldwin, G. T., & Chou, R. (2022). CDC clinical practice guideline for prescribing opioids for pain—United States, 2022. *MMWR Recommendations and Reports*, 71(3), 1–95. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7103a1>
6. Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2012). *Home care across Europe: Current structure and future challenges*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
7. Gomes, B., Calanzani, N., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. J. (2013). Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. *BMC Palliative Care*, 12, 7. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-7>
8. Leclerc-Loiselle, J., Gendron, S., & Daneault, S. (2024). Nursing activities for health promotion in palliative home care: An integrative review. *Palliative Care and Social Practice*, 18, 26323524241235191. <https://doi.org/10.1177/26323524241235191>
9. Marini, G., Bianchi, M., Rossi, A., et al. (2025). Transitional care interventions in improving patient and caregiver outcomes after discharge: A scoping review. *Healthcare*, 13(3), 312. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030312>
10. National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Surgical site infections: Prevention and treatment (NG125)*. London, England: National Institute for Health and Care Excellence.
11. Nissen, K. (2020). *A guide for effective home health education* (Doctor of Nursing Practice project). University of Minnesota, Minneapolis, MN.
12. Rebar, C., & Bashaw, M. (2021). Concepts of care for perioperative patients. In D. D. Ignatavicius, M. L. Workman, C. R. Rebar, & N. M. Heimgartner (Eds.), *Medical-surgical nursing: Concepts for interprofessional collaborative care* (10th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

13. Sakashita, C., Endo, E., Ota, E., & Oku, H. (2025). Effectiveness of nurse-led transitional care interventions for adult patients discharged from acute care hospitals: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 24(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03040-w>
14. Tyler, N., Hodkinson, A., Planner, C., Angelakis, I., Keyworth, C., Hall, A., Jones, P. P., Wright, O. G., Keers, R., Blakeman, T., & Panagioti, M. (2023). Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(11), e2344825. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44825>
15. United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2021). *Highlights report 2020–2021*. New York, NY: United Nations.
16. Vukovic, N., & Dinic, L. (2018). Enhanced recovery after surgery protocols in major urologic surgery. *Frontiers in Medicine*, 5, 93. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00093>
17. Weimann, A., Bezmarevic, M., Braga, M., Correia, M. I. T. D., Funk-Debleds, P., Gianotti, L., Gillis, C., Hübner, M., Inciong, J. F. B., Jahit, M. S., Klek, S., Kori, T., Laviano, A., Ljungqvist, O., Lobo, D. N., Segurola, C. L., Montroni, I., Reddy, B. R., Saur, N. M., Schweinlin, A., ... Bischoff, S. C. (2025). ESPEN guideline on clinical nutrition in surgery—Update 2025. *Clinical Nutrition*, 53, 222–261. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2025.08.029>
18. Wobith, M., & Weimann, A. (2022). Postoperative nutrition management: Who needs what? *Visceral Medicine*, 38(5), 354–362. <https://doi.org/10.1159/000526665>
19. World Health Organization. (2019). *Medication safety in transitions of care: Technical report*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/325453>
20. Yılmaz Şenyüz, K., Koçaşlı, S., & Topçu, E. T. (2017). The role of surgical nurses in home care in the light of Florence Nightingale. *Journal of Education and Research in Nursing*, 14(4), 283–286. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.283>



KRONİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIM

“ ”

Fatma KURT¹

¹ Dr.Hem. Sağlık Bakanlığı Aydın Efeler İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş

Kronik hastalıklar günümüzün gittikçe artan halk sağlığı sorunlarından biridir ve küresel olarak sağlık sistemleri üzerinde önemli ölçekte bir yük oluşturur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünya genelinde meydana gelen ölümlerin büyük çoğunluğu bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan kaynaklanmakta ve bu ölümlerin başlıca nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet gibi kronik hastalıklar yer almaktadır (WHO, 2021). DSÖ ve Birleşmiş Milletler tarafından kronik hastalıkları, yüksek ölüm oranları ve sağlık harcamalarındaki aşırı maliyeti nedeni ile sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit olarak tanımlanmaktadır (Hakverdioğlu Yönt, 2023). DSÖ, sağlık harcamalarının büyük bir kısmının (%60-80) kronik hastalıkların tedavisi için kullanıldığını vurgulamaktadır.

Ülkemizde de kronik hastalıklar ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır. Türkiye'ye ilişkin DSÖ istatistikleri ne göre tüm ölümlerin yaklaşık %85'ini kronik hastalıkların oluşturduğu tahmin edilmektedir. Bu hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar (%49), kanser (%18), solunum hastalıkları (%9) ve diyabet (%2) en yüksek paya sahiptir (Özdemir ve Taşcı, 2013). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ise ülkemizde tüm ölümlerin %76,4'ünün kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleştiği bildirilmiştir (Hakverdioğlu Yönt, 2023). Bu epidemiyolojik geçiş süreci, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını zorunlu kılmaktadır.

Yaşlı nüfusun artış eğilimi de bu sorunu derinleştirmektedir. Birleşmiş Milletler verilerine göre 1974 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun dünya çapındaki payı yüzde 5,5 iken 2024 yılında bu oran yüzde 10,3'e yükselmiş, toplam yaşlı nüfus yaklaşık 833 milyon kişiye ulaşmıştır (Sarioğlu ve Sezgin Emüler, 2025). Türkiye'de ise 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2015 yılında yüzde 8,2 iken 2024 yılında yüzde 10,6'ya yükselmiştir. Bu oranın 2030 yılında yüzde 13,5'e, 2040 yılında ise yüzde 18,2'ye ulaşması beklenmektedir (TÜİK, 2024). TÜİK Türkiye Yaşlı Profili Araştırması 2023 verilerine göre yaşlı nüfusun %78,7'sinin bir veya birden fazla kronik hastalığı bulunmaktadır.

Evde bakım; bireyin yaşadığı ortamda sağlık hizmetlerinin sunulmasını amaçlayan multidisipliner bir bakım yaklaşımıdır. Bu model yalnızca tedavi edici hizmetleri değil; koruyucu, rehabilite edici ve destekleyici bakım uygulamalarını da kapsamaktadır (Aslan Uyar ve Güzel, 2018). Artan kronik hastalık yükü ve yaşlı nüfus oranları, sağlık sistemlerini hastane merkezli bakım modelinden toplum ve ev temelli bakım modellerine doğru yönlendirmiştir. Evde bakım hizmetleri, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından stratejik bir öncelik haline gelmiştir. Birey açısından, evde bakım hizmeti kendi sosyal yaşam alanından uzaklaşmadan sağlık hizmeti ve sosyal bakıma erişiminin kolaylaşması; dolayısı ile yaşam kalitesinin artması, sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlaması, hastane dışı zamanlarda da profesyonel yardım ihtiyacını karşılanması açısından önemlidir (Erkan ve Altuntaş, 2019; Kısaç ve ark.,

2023; Balcı & Koçatakan, 2021; Çayır, 2020; Doğan Merih Ertürk, Yemenici, Satman, 2021). Türkiye’de 2023 yılında evde sağlık hizmetlerinden yararlanan toplam hasta sayısı 1.472.285 iken, 2024’te bu sayı %13,13 artışla 1.665.671’e ulaşmıştır (Sarioğlu ve Sezgin Emüler, 2025). Bu veriler, evde bakım hizmetlerine yönelik talebin hızla arttığını ve konunun sağlık politikalarındaki önemini açıkça ortaya koymaktadır.

Kronik Hastalık Kavramı

Tanım ve Genel Özellikler

Kronik hastalıklar; uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tamamen tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak öz bakım sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem, destek ve bakım gerektiren durumlar olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2012; Özdemir ve Taşcı, 2013). Başka bir tanıma göre kronik hastalıklar, bir yıl veya daha uzun süren, sürekli tıbbi müdahale gerektiren veya günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran ve bulaşıcı olmayan durumlar olarak ifade edilmektedir (Hakverdi-oglu Yönt, 2023; Akdoğan ve Kaya, 2022).

Kronik hastalıkların temel özellikleri arasında hastalığın uzun süreli olması, tam iyileşmenin genellikle mümkün olmaması, tedaviye sürekli uyum gerektirmesi, bireyin fonksiyonel kapasitesinde ve yaşam kalitesinde düşüşe yol açması ve multidisipliner bir bakım yaklaşımı gerektirmesi sayılabilir. Bu hastalıklar yalnızca fiziksel boyutuyla değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarıyla bireyi, aileyi ve toplumu derinden etkilemektedir.

Yaygın Kronik Hastalıklar

Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünya genelinde ilk sırada yer alan mortalite nedenidir ve her yıl yaklaşık 17,9 milyon kişinin KVH nedeni ile öldüğü bildirilmektedir. DSÖ verilerine göre ölümlerin %31’inin KVH’den kaynaklandığı ve bu ölümlerin %75’inin düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği belirtilmektedir (Şahin ve Tülüce, 2023). KVH’ler; koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, hipertansiyon, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatileri kapsamaktadır. Türkiye’de yapılan TEKHARF ((Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışmasının 2017 raporuna göre erişkinlerde kalp hastalığı prevalansı %6,7 olarak belirlenmiştir (Şahin ve Tülüce, 2023).

Hipertansiyon

Erişkinlerde sistolik kan basıncının 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık riskini artıran en önemli risk

faktörlerinden biridir ve dünya genelinde prevalansı giderek artmaktadır (Şahin ve Tülüce, 2023). Türkiye’de hipertansiyon prevalansı toplum taramalarında %30-40 arasında değişmektedir ve bu durum hem bireysel hem toplumsal düzeyde ciddi sağlık sonuçlarına yol açmaktadır.

Diyabetes Mellitus

Diyabet, kronik hastalıklar arasında prevalansı en hızlı artan hastalıklardan biridir ve ciddi komplikasyonlara yol açması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Diyabetli bireylerde depresif bozukluk oranının %33’e kadar ulaşabildiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise diyabet merkezine başvuran hastaların %30,8’inde anksiyete, %51,1’inde depresyon saptanmıştır (Özdemir ve Taşcı, 2013). Evde bakım hizmeti alan diyabetli hastaların tutum ve davranışlarını inceleyen araştırmalar, bu hastaların tedaviye uyum ve öz bakım konusunda önemli desteğe ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır. Tele-sağlık uygulamalarının en yaygın kullanıldığı kronik hastalıklar arasında diyabet %45 ile ilk sırada yer almaktadır (Doğan Merih ve ark., 2021).

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)

KOA, tüm dünyada ve Türkiye’de önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Evde bakım gereksinimi olan solunum sistemi hastalıkları arasında KOA, akciğer fibrozisi, kifoskolyoz, bronşektazi ve kistik fibrozis yer almaktadır. Bu hastalarda sürekli farmakolojik tedaviye ek olarak oksijen tedavisi, ventilatör desteği ve pulmoner rehabilitasyonun çeşitli bileşenlerinin uygulanması gerekmektedir. Dünya genelinde evde bakım ve solunum desteği gerektiren hastaların çoğunluğunu KOA hastaları oluşturmaktadır (Deniz, Çeldir Emre, ve Özdemir, 2016). KOA tanısı alan hastalarla yapılan çalışmalarda, hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede tamamen ve orta düzeyde bağımlı oldukları saptanmıştır (Hakverdioğlu Yönt, 2023).

Kronik Hastalıkların Birey, Aile ve Toplum Üzerindeki Etkileri

Kronik hastalıklar; bireyin yaşam kalitesinde düşüşe, fonksiyonel kapasite ve işlevselliğinde azalmaya, çalışma performansının olumsuz etkilenmesine, sosyal izolasyonun artmasına ve bakım gereksiniminin artmasına neden olabilmektedir (Hakverdioğlu Yönt, 2023). Psikososyal açıdan değerlendirildiğinde, kronik hastalığı olan bireylerde üzüntü, öfke, ümitsizlik, çaresizlik, endişe, içe kapanma, öz güvende azalma, aile ve iş yaşantısında rol kaybı, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, depresif duygudurum ve sosyal izolasyon gibi sorunlar sıklıkla görülmektedir (Özdemir ve Taşcı, 2013). Bireyde kronik hastalık varlığı, fiziksel yetersizlik artışına ve günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlılığın artmasına neden olabilmektedir.

Aile üzerindeki etkiler de son derece önemlidir. Kronik hastalıklarda tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle sağ kalma süresinin uzaması ve evde

bakımın önem kazanması, hasta yakınlarına ağır sorumluluklar yüklemektedir (Akdoğan ve Kaya, 2022). Araştırmalar, kronik hastalığı olanlara bakım veren aile bireylerinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve aile yaşantılarında ciddi zorluklar yaşadığını ortaya koymaktadır. Bakım veren ve alan kişilerin kişilik özellikleri, aile stresörleri, baş etme yöntemleri ve sosyal destek, bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkileyen en belirgin faktörler olarak göze çarpmaktadır (Ati, Handini, Rahmasari, Amadea, 2025; Lateef, Abed, Aldeen, 2025). Engelliliğe neden olan durumlarda genellikle kadınlar bakım veren rolünü üstlenmekte ve tüm bakım verenlerin üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır. Bakım verenlerin kronik süreçte yaşadığı fiziksel ve duygusal tükenmişlik, hizmetin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (Szenk-Czyczerska ve ark., 2020).

Toplumsal boyutta ise kronik hastalıklar, sağlık hizmeti, bakım ve tedavi masrafları yönünden kişileri hızla yoksullaştırabilmekte ve düşük-orta gelir düzeyindeki ülkelerde daha ağır bir yük oluşturmaktadır (Özdemir ve Taşcı, 2013). Sağlık harcamalarının %60'ının kronik hastalıkların tedavisinde kullanılması, bu hastalıkların ekonomik boyutunu açıkça ortaya koymaktadır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı verilerine göre toplam 22 milyon kronik hastalık sahibi birey bulunmaktadır ve nüfusun %12,3'ünün engelli olduğu tahmin edilmektedir (Çayır, 2020).

Evde Bakım Hizmetleri

Tanım ve Kavramsal Çerçeve

Evde bakım hizmetleri, bireylerin sağlık sorunları, ileri yaş, kronik hastalıklar, yaralanmalar veya fonksiyon kayıpları nedeniyle bağımsız olarak günlük yaşam aktivitelerini sürdüremedikleri durumlarda, profesyonel sağlık ekipleri ya da bakım verenler aracılığıyla ev ortamında sunulan sunulan tıbbi, rehabilitatif ve destekleyici bakımı fade etmektedir (Sarioğlu ve Sezgin Emüler, 2025; WHO, 2015). Evde bakım; hekim önerisi ve yönlendirmesi doğrultusunda bütüncül sağlık hizmetlerinin hastaların yaşadıkları ortamda aile bireyleri ve sağlık profesyonelleri aracılığıyla verilmesidir (Doğan Merih ve ark., 2021).

Evde bakım kavramı, sağlık hizmetlerinin sağlık kurumu dışındaki yaşam ortamlarında sunulmasını vurgulayan bir yaklaşım olup farklı kaynaklarda bu hizmet modeli için çeşitli terminolojiler kullanılmaktadır. Bu tanımlardan anlaşılacağı üzere evde bakım kavramı çok geniş bir hizmet alanını kapsamakta olup, sağlık ve sağlık dışı farklı alanlardan uzmanların bakım veren aileyle iş birliği içinde çalışmasını gerektirmektedir (Doğan Merih ve ark., 2021). Evde bakım; birey ve ailesine, yaşadığı ortam içerisinde hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin disiplinler arası iş birliği içinde çalışan ekip tarafından verilmesini içeren bir süreçtir (Akdemir ve ark., 2012).

Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı ve Türleri

Evde bakım hizmetleri; sağlık değerlendirmeleri, tedavi ve izlem uygulamaları, rehabilitasyon çalışmaları, fiziksel ve mesleki destek programları, kronik hastalık yönetimi, hasta eğitimi ve palyatif bakım gibi çok yönlü hizmetlerden oluşmaktadır. (Sarioğlu ve Sezgin Emüler, 2025; WHO, 2002; WHO, 2015). Hizmetlerin kapsamı bireyin klinik durumu ve ihtiyacına göre değişebilmekte; kronik hastalık yönetimi, terminal dönem bakım gereksinimlerinin karşılanması, rehabilitasyon uygulamaları, solunum desteği ve özel beslenme tedavileri gibi farklı girişimleri içerebilmektedir (Doğan Merih ve ark., 2021)

Tıbbi Bakım

Evde tıbbi bakım; tanı ve muayene işlemleri, ilaç uygulamaları, enjeksiyonlar, yara bakımı, kan alımı ve laboratuvar tetkikleri, cihazlı tedavi uygulamaları gibi klinik müdahaleleri kapsamaktadır. Türkiye’de evde sağlık hizmetleri kapsamında bireyin sağlık durumunun değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik uygulamalar en yaygın hizmet grubunu oluşturmakta olup, 2023-2024 yılları arasında bu oran %47-48 aralığında seyretmiştir (Sarioğlu ve Sezgin Emüler, 2025). Diyabet, KOAH, kalp yetmezliği, demans ve terminal dönem kanser hastaları evde bakımın öncelikli grupları arasında yer almaktadır.

Rehabilitatif Bakım

Rehabilitasyon hizmetleri, evde bakım sürecinde fonksiyonel destek ihtiyacının karşılanması açısından kritik öneme sahiptir. Özellikle nörolojik bozukluklar ve hareket kısıtlılığına neden olan durumlar, rehabilitasyon ve destekleyici bakım gereksinimlerini ön plana çıkarmakta ve rehabilitasyon hizmetlerinin önemini artırmaktadır. Türkiye’de rehabilitasyon hizmetlerinin toplam evde sağlık hizmetleri içindeki payı yaklaşık %27 civarında olup, bu oran evde bakım sürecinde fonksiyonel iyileşmeye odaklı yaklaşımın güçlendiğini göstermektedir (Sarioğlu ve Sezgin Emüler, 2025).

Palyatif Bakım

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya olan bireylerin ve ailelerinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerini karşılamaya yönelik bütüncül bir yaklaşımdır. Terminal dönem hastalarının fiziksel ve psikolojik rahatlığının sağlanması, evde bakım hizmetlerinin temel amaçları arasındadır. Kanser hastaları başta olmak üzere ileri dönem kronik hastalığı olan bireylerin hastane ortamı yerine kendi ev ortamında aileleriyle birlikte yaşamlarını sürdürmeyi tercih ettikleri bilinmektedir (Çayır, 2020). Palyatif bakım hizmetinden faydalanmış ve palyatif bakım sonrasında ev ortamında izlenmesi gereken bireyler evde sağlık hizmetlerinin öncelikli hedef kitlesi arasında yer almaktadır (Sarioğlu ve Sezgin Emüler, 2025).

Destekleyici ve Sosyal Bakım

Destekleyici bakım; bireyin günlük yaşam aktivitelerinde yardım sağlanması, beslenme desteği, hijyen bakımı, psikososyal destek ve aile eğitimini kapsamaktadır. Evde bakım hizmetleri bireye tıbbi bakım hizmetlerinin verilmesi ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda sosyal destek unsurlarını da kapsamaktadır (Solmaz ve Altay, 2019). Bu hizmet modelinde etkili bir bakım sürecinin sağlanabilmesi için birey ve ailesi çok yönlü olarak değerlendirilmekte; belirlenen gereksinimler doğrultusunda farklı meslek gruplarının iş birliğiyle organize edilmiş bir bakım hizmeti sunulmaktadır.

Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları

Evde bakım hizmetlerinin sunduğu avantajlar hem birey ve aile düzeyinde hem de sağlık sistemi düzeyinde değerlendirilebilir. Literatürde evde sağlık hizmetlerinin en önemli iki katkısının sağlık harcamalarında düşüş sağlaması ve bireyin kendi evinde sağlık hizmetine erişiminin güvence altına alınması olduğu belirtilmektedir (Solmaz ve Altay, 2019). Bu avantajlar arasında hasta özerkliğinin sağlanması, yaşam kalitesinin artırılması, hasta uyumunun yükseltilmesi, hastane başvurularının azaltılması, hastane enfeksiyonu riskinin düşürülmesi ve sağlık giderlerinin azaltılması sayılabilir (Çayır, 2020). Bunlara ek olarak kişiye özel bakım imkânı, iyileşme sürecinin hızlanması, kesintisiz ve standart hizmet sunumu, hasta ve yakınlarının bakım konusunda eğitilmesi ve zamandan tasarruf sağlanması da evde bakımın güçlü yönleri arasındadır (Solmaz ve Altay, 2019).

Kanada'da yapılan çalışmalarda, evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesiyle hastaneye kabul oranlarında %22'lik, hastanede yatış süresinde ise %20'lik bir azalma sağlandığı belirlenmiştir (Solmaz ve Altay, 2019). Evde bakım hizmeti; tedavi ve bakım hizmetlerinin hastane ortamının olumsuz koşullarından uzakta, yakınların bulunduğu ev ortamında verilmesiyle bireyin iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir (Akdemir ve ark., 2012).

Evde Bakım Hizmetlerinin Sınırlılıkları

Evde bakım hizmetlerinin önemli avantajlarının yanı sıra bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Yakın bir kontrol mekanizması kurmakta zorlanılması, özel yaşamın gizliliğinin zedelenmesi riski, evde gelişebilecek komplikasyonların kontrolünde güçlükler yaşanması, multidisipliner yaklaşımın hastane dışında uygulanmasındaki zorluklar, profesyonel ekip oluşturmada karşılaşılan güçlükler, yalnızca evde sağlık hizmetleriyle ilgilenebilecek sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması ve sağlık personelinin kişisel güvenlik sorunları başlıca dezavantajlar arasında sayılmaktadır (Çayır, 2020). Ayrıca aile hekiminin hasta sayısının fazlalığı, poliklinik işlerinin yoğunluğu, ulaşım giderleri ve sağlık personelinin ev ortamında karşılaşılabileceği etik sorunlar da dikkate alınması gereken sınırlılıklar olarak öne çıkmaktadır (Solmaz ve Altay, 2019).

Kronik Hastalıklarda Evde Bakimin Önemi

Hastane Yükünü Azaltma

Kronik hastalıkların uzun süreli ve tekrarlayan tedavi gereksinimleri, hastaneler üzerinde ciddi bir baskı oluşturmaktadır. Evde bakım hizmetleri, hastaların hastanede kalış süresini kısaltarak yatak devir hızını artırmakta ve hastanelerden daha fazla hastanın hizmet almasını sağlamaktadır (Doğan Merih ve ark., 2021). Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinden yararlanan hasta sayısındaki %13,13 oranındaki artış ve ev ziyareti sayısında %18,5’lik yükseliş, hizmet kapasitesinin genişlediğini ortaya koymaktadır (Sarioğlu ve Sezgin Emüler, 2025). Hizmet alan hastaların %76’sının 65 yaş üstü bireylerden oluşması, yaşlılığa bağlı kronik hastalıkların hizmet talebini belirleyen temel faktör olduğunu göstermektedir.

Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, özellikle nörolojik-psikiyatrik hastalıklar başta olmak üzere uzun süreli bakım gerektiren hastaların düzenli takip ve değerlendirmelerinin ev ortamında karşılanmasıyla hastane acil servislerine ve yataklı servislere olan başvuruları azaltmaktadır. Hemşire telefon desteği ve evde tele-izlem uygulamalarının da hastaneye yatış oranlarında anlamlı bir azalma sağladığı çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur (Doğan Merih ve ark., 2021).

Yaşam Kalitesini Artırma

Evde bakımın en önemli hedeflerinden biri, bireyin hastalık durumunun günlük yaşam aktivitelerine etkisinin en aza indirilerek kısa sürede en yüksek düzeyde fonksiyon görme becerisine ve bağımsızlığına ulaşmasını sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır (Akdemir ve ark., 2012). Evde bakımda bireyin kendi evinde, güvenli ve tanıdık ortamında bakım alması, aile desteğinin sürekli sağlanması ve psikososyal açıdan olumlu bir atmosferin oluşturulması yaşam kalitesini doğrudan etkileyen faktörlerdir.

Yapılan araştırmalar, hastaların evde bakılmasının yaşam kalitelerini artırdığını tutarlı biçimde göstermektedir (Akdoğan ve Kaya, 2022). Yaşlılıkta evde bakım; yaşlı bireylerin yalnızca sağlık durumlarının iyileştirilmesine değil, aynı zamanda özerkliklerinin korunmasına, sosyal etkileşimlerinin sürdürülmesine, psikolojik iyi oluşlarının desteklenmesine ve bilişsel kapasitelerinin geliştirilmesine pozitif yönde katkı sağlamaktadır (Solmaz ve Altay, 2019). Evde bakım hizmeti alan bireylerin ve ailelerinin hastalık sürecini daha etkin yönettiği, ilaç kullanımında daha dikkatli olduğu ve tedavi kontrollerinin takibini düzenli biçimde yaptığı belirlenmiştir (Akdoğan ve Kaya, 2022).

Hasta ve Aile Memnuniyetini Yükseltme

Evde bakım hizmetleri, hastaların kendilerini rahat hissettikleri ev ortamında sağlık hizmeti almasına olanak tanıyarak memnuniyet düzeylerini

artırmaktadır. Evde bakımda birey evinde sağlık durumuna göre sürekli hizmet alabilmekte ya da belirli günlerde/saatlerde ziyaret edilmekte ve tedavisi-ne/bakımına ilişkin düzenlemeler anında yapılabilmektedir (Akdemir ve ark., 2012). Dijital sağlık uygulamalarıyla hastaların sağlık personeline ve bakıma daha kolay ulaşabildikleri ve bu durumun memnuniyeti artırdığı bildirilmektedir (Doğan Merih ve ark., 2021).

Hasta yakınlarının memnuniyeti de evde bakım hizmetlerinden olumlu etkilenmektedir. Evde bakım hizmetinden yararlanan hasta yakınlarının hastalık sürecindeki ilaç kullanımında daha dikkatli olduğu, tedavi ve kontrollerin takibini düzenli yaptığı, hastasının hastalığı hakkında bilgilere ulaşmak için çabaladığı ve hastasının psikolojik iyi oluşunu sürdürmek için destek gruplarına yönlendirme yaptığı saptanmıştır (Akdoğan ve Kaya, 2022). Evde bakım hizmetleri, hasta yakınlarının gereksinim duyduğu sağlık bilgisine ulaşmasını sağlayarak tedavi sürecini yönetme ve hastanın iyileşmesi için yönlendirme becerileri kazanmalarına katkıda bulunmaktadır.

Maliyet Etkinlik

Evde bakım hizmetleri, sağlık ekonomisi açısından hastane bakımına kıyasla önemli ölçüde düşük maliyetli bir alternatif sunmaktadır. Kalp hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıkların hastanede yatak tedavilerinin çok yüksek maliyetle sektöre yansması, evde bakım ve tedavilerinin sağlık ekonomisinde maliyet düşürücü etkisini ön plana çıkarmaktadır (Solmaz ve Altay, 2019). Evde sağlık bakımı, hastane temelli yataklı tedavi hizmetlerine kıyasla daha düşük maliyetli bir alternatiftir ve sağlık bütçelerinin sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkeler için önemli bir seçenektir.

Tele-sağlık uygulamaları da maliyet etkinlik açısından önemli katkılar sağlamaktadır. Hastaların sağlık kurumlarına başvurularının ve ev ziyaretlerinin sayısının azaltılmasıyla bakım maliyetlerinin düşürülmesi hedeflenmektedir. Maliyet-etkinlik çalışmaları, ev tabanlı sağlık uygulamalarının ödeme ve geri ödeme kararlarında yol gösterici olduğunu ortaya koymaktadır (Doğan Merih ve ark., 2021). Sağlık sistemlerinin daha sürdürülebilir, maliyet etkin ve birey merkezli yaklaşımları benimsemesi, evde bakım hizmetlerinin sağlık politikalarındaki stratejik önemini artırmaktadır (Sarioğlu ve Sezgin Emüler, 2025).

Komplikasyonları Önleme ve Bakım Sürekliliği

Evde bakım hizmetleri, kronik hastalıklarda gelişebilecek komplikasyonların erken dönemde saptanması ve önlenmesi açısından kritik bir işlev üstlenmektedir. Evde sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımıyla bakımda süreklilik sağlanmakta, hastaların durumundaki değişiklikler erken dönemde saptanarak müdahale edilmekte ve hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin sorumluluk almaları desteklenmektedir (Doğan Merih ve ark., 2021). Bakımın

sürekliliği, taburculuk planlaması ve evde bakım hizmetleriyle sağlanabilmektedir (Akdemir ve ark., 2012).

Evde bakım hastalarında enfeksiyon kontrolü özellikle önemlidir. Çalışmalar, evde bakım hastalarında akciğer enfeksiyonlarının en sık görülen enfeksiyon türü olduğunu göstermektedir. Altta yatan kronik hastalıkların varlığı enfeksiyonların daha ağır seyretmesine neden olabilmekte ve hastalığın kontrolden çıkmasına yol açabilmektedir (Evde Bakım Hizmetleri Çalışması, 2015). Bu nedenle evde bakım sürecinde düzenli izlem, erken müdahale ve hasta/aile eğitimi komplikasyonların önlenmesinde hayati öneme sahiptir.

Hemşireler, evde bakım sürecinde bakım verici rolleri açısından tedavi ve rehabilitasyonun etkin olmasında, bireyin mevcut sağlık durumunun iyileştirilmesinde çok önemli bir yere sahiptir. Kronik hastalık yükünün azaltılmasında hemşirelerin rolüne dikkat çeken Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), sağlığın geliştirilmesine yönelik davranış değişikliklerinin desteklenmesi, hemşirelik bakımının kesintisiz sürdürülmesine katkı sağlaması ve kronik hastalık yönetimine ilişkin profesyonel bilgi birikiminin artırılmasının gerektiğini vurgulamaktadır (Hakverdioğlu Yönt, 2023).

Evde Bakımda Teknoloji Kullanımı ve Yenilikçi Yaklaşımlar

Son yıllarda dijital sağlık uygulamaları ve tıbbi teknolojilerdeki ilerlemeler, sağlık hizmetlerinin sunumunu yeniden şekillendirerek evde bakım hizmetlerinde dönüştürücü değişikliklere neden olmuştur. Dijital dönüşümün sağlık alanına yansımaları sonucunda yapay zekâ, tele-sağlık, giyilebilir teknolojiler uzaktan sağlık hizmetleri, akıllı izleme teknolojileri, bakım robotları ve veri odaklı uygulamalar gibi birçok yenilikçi çözüm kullanılmaya başlanmıştır (Doğan Merih ve ark., 2021) Bu yenilikçi yaklaşımlar sayesinde, kaynakların kısıtlı olduğu evde bakım hizmetlerinde erişilebilir çözümler üretilebilmekte, hasta ve çalışan memnuniyeti artırılabilen ve maliyetler düşürülebilmektedir.

Kronik hastalık yönetiminde önemli bir yere sahip olan tele-sağlık teknolojileri hastaların bakım ve tedavi süreçlerinin desteklenmesinde ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde önemli bir araç olarak öne çıkmaktadır. Bağımsız yaşamı desteklemeye yönelik geliştirilen akıllı ev ve destek teknolojileri, bazı ülkelerde kullanılmaya başlanmıştır. Bu teknolojiler bireylerin güvenliğini artırırken biyolojik göstergelerin izlenmesine ve çevresel koşulların sürekli değerlendirilmesine olanak tanımaktadır (Doğan Merih ve ark., 2021). Cihazlı tedavi oranlarındaki yükseliş, kronik solunum sistemi hastalıkları, ileri düzey nörolojik bozukluklar ve terminal dönem onkolojik durumlarda kullanılan tıbbi cihazların ev ortamında uygulanabilirliğinin arttığını göstermektedir (Sarioğlu ve Sezgin Emüler, 2025).

Sonuç

Kronik hastalıklar, 21. yüzyılda küresel ölçekte en önemli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Artan yaşlı nüfus, değişen hastalık örüntüleri ve sağlık harcamalarındaki sürekli yükseliş, sağlık hizmetlerinin sunumunda köklü dönüşümleri zorunlu kılmaktadır. Bu dönüşümün en kritik bileşenlerinden biri olan evde bakım hizmetleri, kronik hastalık yönetiminde hastane merkezli bakıma güçlü ve sürdürülebilir bir alternatif sunmaktadır.

Bu bölümde ele alınan kanıtlar, evde bakım hizmetlerinin hastane yükünü azaltma, yaşam kalitesini artırma, hasta ve aile memnuniyetini yükseltme, maliyet etkinlik sağlama ve komplikasyonları önleme konularında önemli katkılar sağladığını ortaya koymaktadır. Türkiye’de evde sağlık hizmetlerine yönelik talebin hızla artması ve hizmet kapasitesinin genişlemesi, bu alandaki gelişmelerin olumlu bir ivme kazandığını göstermektedir.

Evde bakım hizmetlerinin daha etkin ve yaygın biçimde sunulabilmesi için multidisipliner ekip yaklaşımının güçlendirilmesi, sağlık personelinin evde bakım konusunda kapasitesinin artırılması, tele-sağlık ve dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonunun hızlandırılması, bakım standartlarının ve kalite göstergelerinin ulusal düzeyde belirlenmesi ve aile bakım vericilerine yönelik eğitim ve destek programlarının geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca evde bakım hizmetlerinin finansmanının kamu kaynaklı olarak güvence altına alınması ve sigorta kapsamının genişletilmesi, hizmetin toplumun tüm kesimleri tarafından eşit biçimde erişilebilir olması açısından büyük önem taşımaktadır.

Hemşireler, evde bakım ekibinin temel üyesi olarak kronik hastalık yönetiminde bakım verici, eğitici, danışman ve koordinatör rolleriyle hayati bir işlev üstlenmektedir. Hemşirelik mesleğinin evde bakım alanındaki yetkinliğinin geliştirilmesi, lisansüstü düzeyde uzmanlaşma programlarının yaygınlaştırılması ve kanıta dayalı uygulamaların benimsenmesi, bakım kalitesinin yükseltilmesinde belirleyici bir rol oynayacaktır.

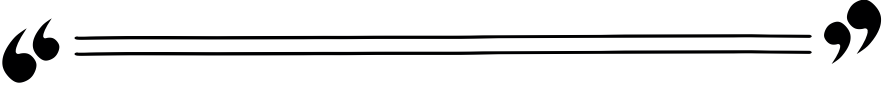
KAYNAKLAR

1. Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., & Canlı Özer, Z. (2012). Yatağa bağımlı hastaların evde bakım hizmeti gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57-65. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2012.04.0184>
2. Akdoğan, E., & Kaya, E. (2022). Kronik hastalığa sahip olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının hastalık süreci yönetimine ilişkin davranışlarının incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(2), 373-388. <https://izlik.org/JA63XZ64YC>
3. Aslan, Ş., Uyar, S., & Güzel, Ş. (2018). Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1, 45-56. doi:10.35375/sayod.520957
4. Ati, M. P. P. P., Handini, F. S., Rahmasari, D., & Amadea, R. K. (2025). Sociodemographic influence on quality of life in caregivers of chronic disease care. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 7(1), 727-734. doi:10.37287/ijghr.v7i1.4839
5. Balcı, N., & Koçatakan, P. (2021). COVID-19 gibi salgınlarda evde bakım hizmetlerinin önemi: Kısa bir bakış. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(1), 186-193. doi:10.21763/tjfmpe.790769
6. Çayır, Y. (2020). Evde sağlık hizmetleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(1), 147-155. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.693164>
7. Deniz, S., Çeldir Emre, J., & Özdemir, Ö. (2016). Evde bakım hizmetleri'nin takip ettiği hastalardaki akciğer enfeksiyon sıklığı [Frequency of pulmonary infection in patients followed by home care services]. *Smyrna Tıp Dergisi*, 1, 35-39.
8. Doğan Merih, Y., Ertürk, N., Yemenici, M., & Satman, İ. (2021). Evde sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 76-89. <https://doi.org/10.54537/tusebdergisi.1037224>
9. Erkan, H., & Altuntaş, M. (2019). Evaluation of care burden for the patients receiving home health care. *Ankara Medical Journal*. doi:10.17098/amj.624528
10. Hakverdioğlu Yönt, G. (2023). Kronik hastalıklarda bakım bağımlılığı ile ilgili literatürün gözden geçirilmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 575-578. <https://izlik.org/JA84PF29SW>
11. Kıskaç, N., Hacıoğlu, B., Güven, M., Rashıdı, M., Yıldırım, G., & Hacıoğlu, Y. (2023). Evde sağlık hastalarının profili ve hastalara verilen sağlık hizmetinin değerlendirilmesi: İstanbul ili örneği. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20, 409-418. doi:10.38079/igusabder.1301138
12. Lateef, M., Abed, B. J., & Aldeen, H. H. M. (2025). Impact of chronic disease on the quality of life of caregiver: A cross sectional study in Baghdad/Alkarkh. *International Journal of Advanced Community Medicine*, 8(2), 1-6. doi:10.33545/comed.2025.v8.i2.a.381
13. Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72. <https://izlik.org/JA43XS34MT>

14. Sarioğlu, Ç., & Sezgin Emüler, D. (2025). Türkiye’de evde sağlık hizmetleri sunumu: Orijinal araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 22(3), 163-185. <https://doi.org/10.70915/spkd.1758660>
15. Szlenk-Czyczerska, E., Guzik, M., Bielska, D., Ławnik, A., Polański, P., & Kurpas, D. (2020). Needs, aggravation, and degree of burnout in informal care providers of patients with chronic CVD. *Research Square*. doi:10.21203/rs.3.rs-22861/v1
16. Solmaz, T., & Altay, B. (2019). Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 149-158. <https://izlik.org/JA66FE63WK>
17. Şahin, A., & Tülüce, D. (2023). Kardiyovasküler hastalıkların evde bakımı ve koruyucu hemşirelik. İçinde S. Çıtlık Sarıtaş, S. Bülbüloğlu, & G. Kapıkıran (Ed.), *Kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları cerrahisi ve bakım* (ss. 395-403). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
18. Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). İstatistiklerle yaşlılar. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
19. World Health Organization. (2002). *Home-based and long-term care*. Geneva, Switzerland: Author.
20. World Health Organization. (2012). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva, Switzerland: Author.
21. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland: Author.
22. World Health Organization. (2021). *Noncommunicable diseases fact sheet*. Geneva, Switzerland: Author.



NÖROLOJİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIM



Pelin TİKBAŞ¹

Filiz ADANA²

Güllü GÖNÜLER³

1 Dr.Öğr.Üyesi,, Aydın Adanan Menderes Üniversitesi Nazilli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Evde Hasta Bakımı Programı, Aydın, Türkiye. ORCID:0000-0002-4217-6579

2 Prof. Dr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye ORCID:0000-0002-7677-0170

3 Doktora Öğrencisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye. ORCID:0009-0008-7978-0156

Giriş

Nörolojik hastalıklar, dünya genelinde mortalite, morbidite ve engelliliğin en önemli nedenleri arasında yer almakta olup bireyler, aileler ve sağlık sistemleri üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Son yıllarda gerçekleştirilen Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease [GBD]) çalışmaları, nörolojik hastalıkların dünya çapında sağlık kaybı ve engelliliğin başlıca nedeni haline geldiğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2024) yayımladığı raporda, 2021 yılı verilerine göre dünya genelinde 3 milyardan fazla insanın en az bir nörolojik hastalıkla yaşadığı ve bu hastalıkların küresel hastalık yükünde artış gösterdiği belirtilmektedir (World Health Organization [WHO], 2024). İnme, demans, Parkinson hastalığı, epilepsi, multipl skleroz ve nöromusküler hastalıklar gibi kronik nörolojik durumlar, bireylerin fonksiyonel bağımsızlığını azaltmakta ve uzun süreli bakım gereksinimini artırmaktadır. Bu nedenle nörolojik hastalıkların yalnızca akut tedavi süreçleriyle değil, uzun dönem bakım ve rehabilitasyon gereksinimleri açısından da ele alınması gerekmektedir.

Nörolojik hastalıklarda hastane sonrası dönem, iyileşme sürecinin devam ettiği ve komplikasyonların önlenmesinde kritik öneme sahip bir aşamadır. Özellikle inme, travmatik beyin yaralanması ve nörodejeneratif hastalıklar sonrasında bireyler sıklıkla hareket kısıtlılığı, bilişsel bozukluklar, iletişim sorunları, yutma güçlüğü ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Hastaneden taburculuk sonrasında yeterli bakım ve rehabilitasyon desteğinin sağlanamaması, yeniden hastaneye yatışların artmasına, fonksiyonel kayıpların ilerlemesine ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Güncel kanıtlar, ev temelli rehabilitasyon ve bakım uygulamalarının fonksiyonel iyileşmeyi desteklediğini, bireyin günlük yaşam aktivitelerine katılımını artırdığını ve bakım sonuçlarının olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Bok et al., 2023; Westlake et al., 2023).

Evde bakım hizmetleri, nörolojik hastalık sonrası bireyin kendi yaşam ortamında güvenli, sürekli ve bütüncül bakım almasını amaçlayan profesyonel sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler; semptom yönetimi, ilaç takibi, rehabilitasyon uygulamaları, komplikasyonların önlenmesi, bakım veren eğitimi ve psikososyal destek gibi çok boyutlu girişimleri içermektedir (Yılmaz, 2019). Evde bakımın temel amacı, bireyin mümkün olan en yüksek fonksiyonel düzeye ulaşmasını sağlamak, bağımsızlığını desteklemek ve yaşam kalitesini artırmaktır. Ayrıca bakım veren yükünün azaltılması, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin güçlendirilmesi ve sağlık harcamalarının kontrol altında tutulması açısından da önemli katkılar sunmaktadır. Yaşlanan nüfus ve kronik nörolojik hastalıkların artan prevalansı göz önünde bulundurulduğunda, nörolojik hastalık sonrası evde bakım uygulamalarının önemi giderek daha fazla artmaktadır.

1.Nörolojik Hastalık Sonrası Evde Bakımın Temel İlkeleri

Nörolojik hastalık sonrası evde bakım hizmetlerinin temelini hasta merkezli bakım yaklaşımı oluşturmaktadır. Hasta merkezli bakım, bireyin yalnızca hastalığına odaklanmak yerine fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel özelliklerini dikkate alan kapsamlı bir bakım anlayışını ifade etmektedir. İnme, Parkinson hastalığı, multipl skleroz ve demans gibi nörolojik hastalıklarda bireylerin bakım gereksinimleri hastalığın türüne, şiddetine, fonksiyonel durumuna ve yaşam koşullarına göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle bakım planı oluşturulurken hastanın tercihleri, hedefleri, değerleri ve yaşam biçimi göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta ve bakım verenin karar verme süreçlerine aktif katılımı, tedaviye uyumu artırmakta ve bakım sonuçlarının iyileşmesine katkı sağlamaktadır (WHO,2023; Institute for Healthcare Improvement, 2024).

Nörolojik hastalıkların karmaşık ve çok boyutlu yapısı nedeniyle evde bakım sürecinde bütüncül değerlendirme yaklaşımının benimsenmesi gerekmektedir. Bütüncül değerlendirme; bireyin nörolojik fonksiyonlarının yanı sıra fiziksel kapasitesi, bilişsel durumu, psikolojik iyilik hali, sosyal destek sistemi, çevresel koşulları ve bakım gereksinimlerinin kapsamlı olarak incelenmesini içermektedir. Özellikle günlük yaşam aktiviteleri, hareket kabiliyeti, iletişim becerileri, beslenme durumu, ağrı düzeyi ve düşme riski gibi alanların düzenli olarak değerlendirilmesi, olası komplikasyonların erken dönemde belirlenmesine ve uygun girişimlerin planlanmasına olanak sağlamaktadır. Güncel literatür, multidimensional değerlendirme yöntemlerinin bakım kalitesini artırdığını ve bireyin fonksiyonel bağımsızlığını desteklediğini göstermektedir (Bernstein et al., 2025; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2025).

Nörolojik hastalık sonrası evde bakımın etkili şekilde yürütülebilmesi için multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmesi ve bakım sürekliliğinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Nörolog, aile hekimi, hemşire, fizyoterapist, ergoterapist, dil ve konuşma terapisti, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi farklı disiplinlerden profesyonellerin iş birliği içerisinde çalışması, hastanın çok yönlü gereksinimlerinin karşılanmasına katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte hastaneden eve geçiş sürecinde bakımın kesintiye uğramaması, sağlık profesyonelleri arasında etkin iletişimin kurulması ve bakım planlarının düzenli olarak güncellenmesi gerekmektedir (Langhorne & Baylan, 2017). Bakım koordinasyonu sayesinde yeniden hastaneye yatışların azaltılması, komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması mümkün olmaktadır. Özellikle kronik nörolojik hastalıklarda uzun dönemli takip ve koordinasyonun sürdürülmesi, başarılı evde bakım uygulamalarının temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Pires, Kunkel, Kipps, Goodwin, & Portillo, 2024; WHO, 2023).

2. Evde Bakım Gerektiren Başlıca Nörolojik Hastalıklar

Nörolojik hastalıklar, dünya genelinde engellilik ve bakım gereksiniminin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Güncel küresel veriler, 2021 yılında 3 milyardan fazla insanın en az bir nörolojik hastalıkla yaşadığını ve nörolojik hastalıkların dünya çapında hastalık yükü ve engelliliğin başlıca nedeni haline geldiğini göstermektedir (WHO, 2024). Bu hastalıkların önemli bir bölümü kronik seyirli olup bireylerin fonksiyonel bağımsızlığını azaltmakta ve uzun süreli evde bakım gereksinimi doğurmaktadır. Evde bakım gerektiren nörolojik hastalıkların başında inme gelmektedir. İnme sonrası bireylerde hemipleji, konuşma bozuklukları, yutma güçlüğü, bilişsel sorunlar ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık gelişebilmektedir. Benzer şekilde Parkinson hastalığı ilerleyici motor kayıplar, denge bozuklukları ve hareket kısıtlılığı nedeniyle uzun dönemli bakım gerektirmektedir. Alzheimer hastalığı ve diğer demans türleri ise bilişsel işlevlerde bozulma, davranışsal değişiklikler ve öz bakım becerilerinde azalma ile karakterizedir. Bu durumlar, hastaların güvenliğinin sağlanması ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi için sürekli bakım desteğini gerekli kılmaktadır (Bloem et al., 2021; Livingston et al., 2024). Multipl skleroz ve Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) gibi nörodejeneratif hastalıklar da evde bakım hizmetlerinin önemli hedef grupları arasında yer almaktadır. Multipl sklerozda yorgunluk, denge sorunları ve hareket kısıtlılığı ön planda iken ALS’de ilerleyici kas güçsüzlüğü, solunum problemleri ve iletişim güçlükleri ortaya çıkmaktadır. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde bireylerin bakım gereksinimleri artmakta ve multidisipliner evde bakım desteği gerekli hale gelmektedir. Güncel çalışmalar, özellikle ALS ve multipl skleroz hastalarında ev temelli bakım ve rehabilitasyon uygulamalarının yaşam kalitesini desteklediğini göstermektedir (McGinley, Goldschmidt, & Rae-Grant, 2021). Epilepsi, travmatik beyin yaralanmaları ve omurilik yaralanmaları da uzun süreli evde bakım gerektirebilen nörolojik durumlar arasındadır. Epilepsi hastalarında nöbet kontrolünün sağlanması, ilaç uyumunun sürdürülmesi ve güvenlik önlemlerinin uygulanması önem taşımaktadır. Travmatik beyin yaralanmaları sonrasında bireylerde fiziksel, bilişsel ve davranışsal sorunlar gelişebilirken, omurilik yaralanmaları hareket kaybı, mesane-bağırsak disfonksiyonları ve basınç yarası riski gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle söz konusu hastalıklarda evde bakım hizmetleri yalnızca hastanın değil, bakım verenlerin de eğitimini ve desteklenmesini içeren kapsamlı bir yaklaşım gerektirmektedir (WHO, 2024).

3. Evde Hastanın Kapsamlı Değerlendirilmesi

Nörolojik hastalık sonrası evde bakım sürecinde kapsamlı hasta değerlendirmesi, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, komplikasyonların önlenmesi ve bireye özgü bakım planının oluşturulması açısından kritik öneme sahiptir. Nörolojik hastalıklar yalnızca sinir sistemini değil, bireyin fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal işlevlerini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle evde bakım

hizmetlerinde değerlendirme süreci multidimensional bir yaklaşımla yürütülmeli ve düzenli aralıklarla güncellenmelidir. Kapsamlı değerlendirme sayesinde hastanın mevcut durumu objektif olarak belirlenebilmekte, bakım hedefleri oluşturulabilmekte ve bakım sonuçları izlenebilmektedir (NICE, 2025).

3.1 Fiziksel Değerlendirme

Fiziksel değerlendirme, nörolojik hastalık sonrası bireyin genel sağlık durumunun belirlenmesinde temel aşamalardan biridir. Evde bakım sürecinde öncelikle kan basıncı, nabız, solunum sayısı, vücut sıcaklığı ve oksijen saturasyonu gibi vital bulgular değerlendirilmelidir. Özellikle inme, Parkinson hastalığı ve ALS gibi hastalıklarda kardiyovasküler ve solunumsal değişikliklerin erken dönemde fark edilmesi komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamaktadır (Winstein et al., 2016). Mobilite ve hareket kapasitesinin değerlendirilmesi, bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirme düzeyinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Yürüme, denge, transfer becerileri ve kas kuvveti değerlendirilerek düşme riski analiz edilmelidir. Bununla birlikte ağrı değerlendirmesi de fiziksel değerlendirmenin önemli bir bileşenidir. Nöropatik ağrı, kas-iskelet sistemi ağrıları veya hareketsizliğe bağlı gelişen ağrılar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Ağrının şiddeti, süresi ve günlük yaşam üzerindeki etkileri standart ölçekler kullanılarak değerlendirilmelidir (Treede et al., 2019). Uzun süre yatağa bağımlı kalan nörolojik hastalarda basınç yarası gelişme riski önemli bir sorundur. Basınç yaraları enfeksiyon, ağrı ve hastaneye yeniden yatış riskini artırabilmektedir. Bu nedenle deri bütünlüğü düzenli olarak incelenmeli ve Braden Ölçeği gibi geçerli değerlendirme araçları kullanılarak risk düzeyi belirlenmelidir. Riskli hastalarda pozisyon değişikliği, basıncı azaltıcı destek yüzeyleri ve cilt bakımı uygulamalarının planlanması gerekmektedir (European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, ve Pan Pacific Pressure Injury Alliance [EPUAP/NPIAP/PPPIA], 2019).

3.2 Nörolojik Değerlendirme

Nörolojik değerlendirme, evde bakım sürecinin merkezinde yer almakta olup hastalığın ilerleyişinin ve bakım gereksinimlerinin izlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Değerlendirme sürecinde öncelikle bilinç durumu incelenmelidir. Hastanın uyanıklık düzeyi, çevreyle iletişimi, oryantasyonu ve yanıt verme kapasitesi değerlendirilerek olası nörolojik değişiklikler belirlenebilir. Bilinç düzeyindeki değişiklikler enfeksiyon, ilaç yan etkileri veya hastalığın ilerlemesi gibi durumların erken göstergesi olabilmektedir (Bickley, 2020). Kognitif işlevlerin değerlendirilmesi özellikle Alzheimer hastalığı, diğer demans türleri ve inme sonrası bireylerde büyük önem taşımaktadır. Bellek, dikkat, yönelim, dil becerileri ve yürütücü işlevler gibi bilişsel alanlar değerlendirilmelidir. Bu amaçla Mini Mental Durum Muayenesi (MMSE) veya Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA) gibi standart araçlardan yararlanıla-

bilmektedir (Nasreddine et al., 2005). Motor fonksiyonların değerlendirilmesi kapsamında kas gücü, kas tonusu, koordinasyon, denge ve istemli hareketler incelenmektedir. Ayrıca duyu kayıplarının değerlendirilmesi de nörolojik izlemin önemli bir parçasıdır. Dokunma, ağrı, sıcaklık ve pozisyon duyularındaki değişiklikler günlük yaşam aktivitelerini ve güvenliği doğrudan etkileyebilmektedir. Düzenli nörolojik değerlendirme, fonksiyonel kayıpların erken belirlenmesine ve uygun rehabilitasyon girişimlerinin planlanmasına katkı sağlamaktadır (McGinley et al., 2021).

3.3 Psikososyal Değerlendirme

Nörolojik hastalıklar yalnızca fiziksel işlevlerde değil, psikolojik ve sosyal alanlarda da önemli değişikliklere yol açabilmektedir. Hastalık sonrası gelişen fonksiyon kayıpları, bağımlılık düzeyinin artması ve sosyal rollerin değişmesi depresyon ve anksiyete riskini artırmaktadır. Özellikle inme, Parkinson hastalığı ve multipl skleroz hastalarında depresyon prevalansının genel nüfusa göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle evde bakım sürecinde ruhsal durumun düzenli olarak değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda profesyonel psikolojik destek sağlanması önem taşımaktadır (Aarsland et al., 2021). Sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi de bakım sürecinin önemli bileşenlerinden biridir.

Aile üyeleri, bakım verenler, arkadaşlar ve toplum kaynakları hastanın bakım sürecinde önemli destek mekanizmaları oluşturmaktadır. Yetersiz sosyal destek, bakım yükünün artmasına, tedaviye uyumun azalmasına ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle mevcut destek kaynaklarının belirlenmesi ve gerektiğinde sosyal hizmetlere yönlendirme yapılması gerekmektedir (Aamodt et al., 2024; Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014).

Yaşam kalitesi değerlendirmesi, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halinin bütüncül olarak incelenmesini sağlamaktadır. Nörolojik hastalıkların uzun süreli etkileri göz önünde bulundurulduğunda, yaşam kalitesinin düzenli olarak değerlendirilmesi bakım sonuçlarının izlenmesi açısından önemlidir. Günümüzde SF-36, EQ-5D ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri bu amaçla yaygın olarak kullanılmaktadır. Yaşam kalitesine ilişkin veriler, bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulmasına ve bakımın etkinliğinin değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır (Cieza et al., 2019).

4. Günlük Yaşam Aktivitelerinin Desteklenmesi

Nörolojik hastalıklar sonrasında ortaya çıkan fiziksel, bilişsel ve duyuusal fonksiyon kayıpları bireylerin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) bağımsız olarak yerine getirme becerilerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Günlük yaşam aktiviteleri; bireyin temel öz bakım gereksinimlerini karşılamasını sağlayan kişisel hijyen, giyinme, beslenme, tuvalet kullanımı ve hareket etme

gibi işlevleri kapsamaktadır. İnme, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, multipl skleroz ve omurilik yaralanmaları gibi nörolojik durumlarda bireyler bu aktiviteleri yerine getirirken çeşitli güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Evde bakım hizmetlerinin temel amaçlarından biri, bireyin mümkün olan en yüksek bağımsızlık düzeyine ulaşmasını sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır (WHO, 2024).

Kişisel Hijyen: Kişisel hijyen uygulamaları, bireyin sağlık durumunun korunması ve enfeksiyonların önlenmesi açısından önemli bir günlük yaşam aktivitesidir. Nörolojik hastalıklara bağlı hareket kısıtlılığı, denge bozuklukları veya bilişsel sorunlar nedeniyle bireyler banyo yapma, ağız bakımı, saç bakımı ve el hijyeni gibi uygulamalarda yardıma ihtiyaç duyabilmektedir. Evde bakım sürecinde bireyin mevcut fonksiyonel kapasitesi değerlendirilerek mümkün olduğunca bağımsız katılımı desteklenmelidir. Kaymaz zeminler, tutunma barları ve duş sandalyeleri gibi çevresel düzenlemeler hem güvenliği artırmakta hem de öz bakım becerilerinin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır (National Institute on Aging, 2023).

Giyinme: Giyinme becerisi, ince motor koordinasyon, denge, kas gücü ve bilişsel işlevlerin birlikte çalışmasını gerektiren bir aktivitedir. Hemipleji, tremor, rijidite veya koordinasyon bozukluğu bulunan bireylerde giyinme önemli ölçüde zorlaşabilmektedir. Bu süreçte bakım verenler bireyin yapabildiği görevleri kendisinin yerine getirmesini teşvik etmeli ve yalnızca gerekli durumlarda yardım sağlamalıdır. Cırt cırtlı veya elastik kıyafetler, büyük düğmeler ve uyarlanmış giyim ürünleri gibi yardımcı araçlar bağımsızlığı artırabilmektedir. Özellikle Parkinson hastalığı ve inme sonrası rehabilitasyon programlarında giyinme becerisinin geliştirilmesi önemli hedeflerden biri olarak kabul edilmektedir (Samuel, 2023).

Beslenme: Beslenme, sağlığın sürdürülmesi ve iyileşme sürecinin desteklenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Nörolojik hastalıklarda disfaji (yutma güçlüğü), el becerilerinde kayıp, bilişsel bozukluklar ve iştah değişiklikleri yeterli beslenmeyi olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle bireyin beslenme durumu düzenli olarak değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda diyetisyen desteği alınmalıdır. Disfajisi olan bireylerde uygun kıvamda besinlerin kullanılması, dik pozisyonunda beslenme ve aspirasyon belirtilerinin izlenmesi önem taşımaktadır. Ayrıca özel tasarlanmış çatal, kaşık ve bardaklar gibi yardımcı ekipmanlar bireyin beslenme sırasında daha bağımsız olmasına katkı sağlayabilmektedir (Lee, 2022).

Tuvalet Gereksinimleri: Nörolojik hastalıklar mesane ve bağırsak fonksiyonlarını etkileyerek inkontinans, üriner retansiyon veya konstipasyon gibi sorunlara yol açabilmektedir. Tuvalet gereksinimlerinin karşılanmasında yaşanan güçlükler bireyin bağımsızlığını, öz saygısını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Evde bakım sürecinde tuvalete erişimin kolaylaştırılması,

uygun yardımcı ekipmanların kullanılması ve düzenli tuvalet alışkanlıklarının desteklenmesi önemlidir. Özellikle omurilik yaralanmaları, multipl skleroz ve ileri evre Parkinson hastalarında mesane ve bağırsak yönetimi bakımın temel bileşenlerinden biridir (Panicker , Fowler & Kessler 2015).

Transfer ve Mobilizasyon: Transfer ve mobilizasyon, bireyin yatak, sandalye, tekerlekli sandalye veya tuvalet gibi farklı alanlar arasında güvenli şekilde hareket etmesini ifade etmektedir. Nörolojik hastalıklarda kas güçsüzlüğü, denge kaybı ve koordinasyon bozuklukları düşme riskini artırmaktadır. Bu nedenle transfer becerileri düzenli olarak değerlendirilmeli ve bireye uygun mobilizasyon teknikleri öğretilmelidir. Yürüteç, baston, transfer tahtası ve tekerlekli sandalye gibi yardımcı cihazlar bireyin hareketliliğini destekleyebilmektedir. Güvenli transfer uygulamaları yalnızca hastanın değil, bakım verenlerin de kas-iskelet sistemi yaralanmalarından korunmasına katkı sağlamaktadır. Erken ve düzenli mobilizasyon uygulamalarının fonksiyonel bağımsızlığı artırdığı ve komplikasyonları azalttığı bildirilmektedir (Winstein et al., 2016; WHO, 2024).

5. İlaç Yönetimi ve Tedaviye Uyum

Nörolojik hastalıkların yönetiminde farmakolojik tedavi, semptomların kontrol altına alınması, hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından temel bir role sahiptir. İnme, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, multipl skleroz, epilepsi ve amiotrofik lateral skleroz gibi nörolojik hastalıklarda ilaç tedavisi çoğu zaman uzun süreli ve karmaşık bir süreç gerektirmektedir. Evde bakım ortamında ilaçların doğru zamanda, doğru dozda ve uygun şekilde kullanılması tedavi başarısını doğrudan etkilemektedir. Bununla birlikte bilişsel bozukluklar, görme problemleri, çoklu ilaç kullanımı ve bakım veren eksikliği gibi faktörler ilaç yönetiminde çeşitli güçlüklerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle evde bakım sürecinde ilaç yönetimi ve tedaviye uyumun düzenli olarak değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (WHO, 2023).

İlaç Kullanımının İzlenmesi: İlaç kullanımının izlenmesi, bireyin reçete edilen tedavi planına uygun şekilde ilaçlarını kullanıp kullanmadığının değerlendirilmesini kapsamaktadır. Nörolojik hastalıklarda ilaç uyumsuzluğu semptomların kötüleşmesine, komplikasyonların gelişmesine ve hastaneye yeniden yatışların artmasına neden olabilmektedir. Özellikle epilepside antiepileptik ilaçların düzensiz kullanımı nöbet sıklığını artırırken, Parkinson hastalığında dopaminerjik tedaviye uyumsuzluk motor belirtilerin kötüleşmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle ilaçların kullanım zamanı, dozu ve uygulama şekli düzenli olarak gözden geçirilmeli; hasta ve bakım verenlere ilaçların amacı ve kullanımına ilişkin eğitim verilmelidir. İlaç kutuları, doz hatırlatıcı sistemler ve dijital sağlık uygulamaları tedaviye uyumun artırılmasında etkili araçlar olarak kullanılabilir (Jimmy & Jose, 2011).

Polifarmasi Yönetimi: Polifarmasi, genellikle bireyin aynı anda beş veya daha fazla ilaç kullanması olarak tanımlanmakta ve özellikle yaşlı nörolojik hastalarda sık görülmektedir. Parkinson hastalığı, demans ve inme sonrası dönemde eşlik eden kronik hastalıkların varlığı nedeniyle çoklu ilaç kullanımı yaygınlaşmaktadır. Polifarmasi; ilaç-ilâç etkileşimleri, ilaç-yiyecek etkileşimleri, düşme riski, bilişsel bozulma ve advers ilaç reaksiyonları açısından önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle evde bakım sürecinde kullanılan tüm reçeteli ve reçetesiz ilaçlar düzenli olarak gözden geçirilmeli, gereksiz ilaç kullanımı azaltılmalı ve tedavi planı güncellenmelidir. Özellikle yaşlı bireylerde ilaçların periyodik olarak değerlendirilmesi, güvenli ilaç kullanımının sağlanmasında temel yaklaşımlardan biri olarak kabul edilmektedir (Rankin et al., 2018; Samuel, 2023).

Yan Etki Takibi: Nörolojik hastalıklarda kullanılan ilaçlar çeşitli yan etkilere neden olabilmektedir. Antiepileptik ilaçlar sedasyon ve denge bozukluklarına, antiparkinson ilaçlar ortostatik hipotansiyon ve halüsinasyonlara, demans tedavisinde kullanılan ilaçlar ise gastrointestinal sorunlara yol açabilmektedir. Evde bakım sürecinde hastalar ve bakım verenler olası yan etkiler konusunda bilgilendirilmeli ve yeni gelişen belirtiler düzenli olarak izlenmelidir. Özellikle yaşlı bireylerde ilaç yan etkileri atipik belirtilerle ortaya çıkabileceğinden dikkatli gözlem gerekmektedir. Yan etkilerin erken dönemde fark edilmesi, gerekli durumlarda tedavi düzenlemelerinin yapılmasına ve ciddi komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamaktadır (Mangoni & Jackson, 2004).

İlaç Hatalarının Önlenmesi: İlaç hataları, hastaya zarar verebilecek önlenbilir olaylar arasında yer almakta ve evde bakım ortamında önemli bir hasta güvenliği sorunu oluşturmaktadır. Yanlış ilaç kullanımı, doz hataları, uygulama zamanının karıştırılması veya ilaçların uygunsuz saklanması gibi durumlar ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Nörolojik hastalıklarda bilişsel bozukluklar ve karmaşık ilaç rejimleri bu riski daha da artırmaktadır. İlaç hatalarının önlenmesi için ilaç listelerinin güncel tutulması, reçetelerin düzenli olarak gözden geçirilmesi, hasta ve bakım veren eğitimlerinin sürdürülmesi ve ilaç uygulamalarında “doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru zaman ve doğru uygulama yolu” ilkelerinin benimsenmesi gerekmektedir. Ayrıca elektronik ilaç takip sistemleri ve ilaç hatırlatıcı teknolojiler güvenli ilaç kullanımını destekleyen önemli uygulamalar arasında yer almaktadır (Institute for Safe Medication Practices [ISMP], 2024; WHO, 2023).

6. Beslenme ve Yutma Güçlüğü Yönetimi

Nörolojik hastalıklar, bireylerin beslenme durumunu ve yutma fonksiyonlarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. İnme, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, amiotrofik lateral skleroz (ALS), multipl skleroz ve travmatik beyin yaralanmaları gibi nörolojik durumlarda yutma kaslarının koordinasyo-

nunda bozulma, iştah azalması, bilişsel sorunlar ve motor fonksiyon kayıpları nedeniyle beslenme güçlükleri ortaya çıkabilmektedir. Bu durumlar yetersiz enerji ve besin alımına, kilo kaybına, malnütrisyon, dehidrasyona ve aspirasyon pnömonisine yol açabilmektedir. Beslenme durumunun korunması ve güvenli yutmanın sağlanması, nörolojik hastalık sonrası evde bakımın temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Burgos et al., 2018).

Malnütrisyon Riski: Malnütrisyon, enerji ve besin öğelerinin yetersiz alımı sonucunda ortaya çıkan ve hastalık prognozunu olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Nörolojik hastalıklarda disfaji, iştahsızlık, depresyon, bilişsel bozukluklar ve fiziksel bağımlılık malnütrisyon riskini artırmaktadır. Özellikle yaşlı bireylerde malnütrisyon; enfeksiyon riskinin artması, yara iyileşmesinin gecikmesi, kas kaybı ve yaşam kalitesinin azalması ile ilişkilidir. Bu nedenle evde bakım sürecinde vücut ağırlığı, beden kitle indeksi, son dönemdeki kilo değişiklikleri ve besin tüketim durumu düzenli olarak değerlendirilmelidir. Malnütrisyon riskinin belirlenmesinde Mini Nutritional Assessment (MNA) ve Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) gibi standart araçlardan yararlanılabilmektedir (Cederholm et al., 2019).

Disfaji Değerlendirmesi: Disfaji, yutma fonksiyonunun bozulması sonucu besin, sıvı veya tükürüğün ağızdan mideye güvenli şekilde taşınamaması olarak tanımlanmaktadır. İnme sonrası hastaların yaklaşık yarısında erken dönemde disfaji görülebilmekte, Parkinson hastalığı ve ALS gibi ilerleyici nörolojik hastalıklarda ise zamanla sıklığı artabilmektedir. Disfaji yalnızca beslenme yetersizliğine değil, aynı zamanda aspirasyon ve aspirasyon pnömonisi gibi ciddi komplikasyonlara da neden olabilmektedir. Bu nedenle evde bakım sürecinde öksürük, boğaz temizleme ihtiyacı, yemek sırasında ses değişikliği, uzamış yeme süresi ve açıklanamayan kilo kaybı gibi belirtiler açısından hastalar değerlendirilmelidir. Gerekğinde videofloroskopik yutma çalışması veya fiberoptik endoskopik yutma değerlendirmesi gibi ileri değerlendirme yöntemlerine başvurulmalıdır (Dziewas et al., 2021).

Güvenli Beslenme Teknikleri: Disfajisi olan bireylerde güvenli beslenme tekniklerinin uygulanması aspirasyon riskini azaltmak ve yeterli besin alımını sürdürmek açısından büyük önem taşımaktadır. Beslenme sırasında hastanın dik pozisyonda oturması, küçük lokmalar halinde beslenmesi, yavaş yeme alışkanlığının desteklenmesi ve uygun kıvamda gıdaların tercih edilmesi önerilmektedir. Uluslararası Disfaji Diyet Standardizasyon Girişimi (IDDSI) tarafından tanımlanan kıvam düzenlemeleri, sıvı ve katı gıdaların güvenli şekilde tüketilmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca yemek sırasında dikkat dağıtıcı unsurların azaltılması ve gerektiğinde bakım veren desteğinin sağlanması güvenli yutmayı destekleyen uygulamalar arasında yer almaktadır (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative [IDDSI], 2024; Christmas & Rogus-Pulia, 2019).

Enteral Beslenme Uygulamaları: Oral beslenmenin güvenli veya yeterli olmadığı durumlarda enteral beslenme önemli bir tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Özellikle ileri evre ALS, ciddi disfajiye sahip inme hastaları ve ağır nörolojik fonksiyon kaybı bulunan bireylerde enteral beslenme gereksinimi ortaya çıkabilmektedir. Enteral beslenme nazogastrik tüp veya perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) yoluyla uygulanabilmektedir. Evde enteral beslenme uygulamalarında tüp bakımının doğru şekilde yapılması, beslenme ürünlerinin uygun koşullarda hazırlanması ve komplikasyonların izlenmesi büyük önem taşımaktadır. Tüp tıkanıklığı, aspirasyon, diyare, enfeksiyon ve beslenme intoleransı gibi komplikasyonların erken dönemde fark edilmesi bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır. Güncel kılavuzlar, enteral beslenmenin multidisipliner ekip yaklaşımı ile yürütülmesini ve hasta ile bakım verenlerin düzenli olarak eğitilmesini önermektedir (Bischoff et al., 2022).

Beslenme durumunun korunması ve yutma güçlüğüne etkin şekilde yönetilmesi, nörolojik hastalıklarda komplikasyonların önlenmesi, fonksiyonel iyileşmenin desteklenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle evde bakım hizmetlerinde beslenme ve yutma fonksiyonlarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve bireye özgü girişimlerin planlanması gerekmektedir.

7. Hareket ve Rehabilitasyonun Desteklenmesi

Nörolojik hastalıklar, bireylerin hareket kabiliyetini, kas gücünü, denge becerilerini ve fonksiyonel bağımsızlığını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. İnme, Parkinson hastalığı, multipl skleroz, amyotrofik lateral skleroz (ALS), travmatik beyin yaralanmaları ve omurilik yaralanmaları gibi nörolojik durumlarda ortaya çıkan motor fonksiyon kayıpları, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini zorlaştırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle evde bakım sürecinde hareketliliğin korunması ve rehabilitasyon uygulamalarının sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır. Rehabilitasyonun temel amacı, bireyin mevcut fonksiyonel kapasitesini en üst düzeye çıkarmak, bağımsızlığını desteklemek ve sekonder komplikasyonların gelişimini önlemektir (WHO, 2023).

Ev egzersiz programları, nörolojik rehabilitasyonun temel bileşenlerinden biridir. Hastaneden taburculuk sonrasında düzenli egzersizlerin sürdürülmesi; kas kuvvetinin korunmasına, eklem hareket açıklığının artırılmasına, denge ve koordinasyon becerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Germe, kuvvetlendirme, denge ve yürüme egzersizleri nörolojik hastalıklarda yaygın olarak kullanılan uygulamalar arasında yer almakta olup bireyin hastalığına, fonksiyonel kapasitesine ve rehabilitasyon hedeflerine göre kişiselleştirilmelidir. Özellikle inme sonrası bireylerde ev temelli rehabilitasyon programlarının fonksiyonel iyileşmeyi desteklediği ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı artırdığı bildirilmektedir (Bok et al., 2023; Winstein et al., 2016).

Hareket kısıtlılığına bağlı olarak gelişebilen önemli komplikasyonlardan biri kontraktürlerdir. Kas ve bağ dokularında meydana gelen kısılma sonucunda ortaya çıkan kontraktürler, eklem hareket açıklığının kalıcı olarak azalmasına neden olabilmektedir. Uzun süreli immobilizasyon, spastisite ve kas güçsüzlüğü kontraktür gelişimi açısından başlıca risk faktörleri arasında yer almaktadır. Özellikle inme, ALS ve omurilik yaralanmaları olan bireylerde düzenli pozisyon değişiklikleri, pasif ve aktif eklem hareket açıklığı egzersizleri ile uygun oturma ve yatma pozisyonlarının sağlanması kontraktürlerin önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Gerekliğinde ortez kullanımından yararlanılması ve koruyucu girişimlerin erken dönemde başlatılması fonksiyon kaybının ve ağrının azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Harvey, 2008).

Nörolojik hastalıklarda hareket ve denge bozukluklarına bağlı olarak düşme riski de artmaktadır. Denge problemleri, kas güçsüzlüğü, görme bozuklukları, bilişsel etkilenmeler ve kullanılan bazı ilaçlar düşme olasılığını yükseltebilmektedir. Özellikle Parkinson hastalığı ve inme sonrası dönemde düşmeler önemli bir morbidite ve yaralanma nedeni olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle ev ortamında kaygan zeminlerin ortadan kaldırılması, yeterli aydınlatmanın sağlanması, kablo ve halı gibi engellerin düzenlenmesi, uygun ayakkabı kullanımının teşvik edilmesi ve denge egzersizlerinin uygulanması gibi önleyici stratejiler benimsenmelidir. Ayrıca bakım verenlerin güvenli transfer teknikleri konusunda eğitilmesi de düşmelerin önlenmesine katkı sağlamaktadır (Montero-Odasso et al., 2022). Hareketliliğin desteklenmesinde yardımcı cihazlar da önemli bir role sahiptir. Bastonlar, yürüteçler, tekerlekli sandalyeler, transfer tahtaları, ayak bileği ortezleri ve çeşitli destekleyici ekipmanlar, bireyin bağımsızlığını artırmak ve güvenliğini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Yardımcı cihazların seçimi bireyin fonksiyonel durumu, çevresel koşulları ve rehabilitasyon hedefleri dikkate alınarak yapılmalıdır. Uygun şekilde kullanılan cihazlar mobilitayı artırmakta, enerji tüketimini azaltmakta ve düşme riskini azaltmaktadır. Bununla birlikte cihazların etkili ve güvenli şekilde kullanılabilmesi için hasta ve bakım verenlerin gerekli eğitimleri alması önem taşımaktadır (Sehgal, Jacobs & Biggs, 2021).

8. Komplikasyonların Önlenmesi ve Yönetimi

Nörolojik hastalıklar sonrasında ortaya çıkan fonksiyon kayıpları, immobilizasyon, yutma bozuklukları ve otonom sinir sistemi etkilenmeleri çeşitli komplikasyonların gelişme riskini artırmaktadır. Bu komplikasyonlar yalnızca bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekle kalmamakta, aynı zamanda yeniden hastaneye yatış, mortalite ve bakım maliyetlerinde artışa da neden olabilmektedir. Evde bakım hizmetlerinde komplikasyonların erken dönemde tanınması ve uygun önleyici girişimlerin zamanında uygulanması, bakım kalitesinin artırılmasında ve hasta güvenliğinin sağlanmasında temel yaklaşımlar arasında yer almaktadır (WHO,2023). Nörolojik hastalarda özellikle basınç yaraları, aspirasyon, enfeksiyonlar, derin ven trombozu, kabızlık ve

üriner sistem sorunları gibi komplikasyonlar sık görülmekte olup, bu durumların düzenli izlem, risk değerlendirmesi ve uygun hemşirelik girişimleri ile önlenmesi önem taşımaktadır (Karadakovan ve Aslan, 2022).

Basınç yaraları, uzun süreli basınç, sürtünme veya kesme kuvvetlerinin etkisiyle deri ve deri altı dokularda meydana gelen hasar olarak tanımlanmaktadır. Özellikle yatağa bağımlı veya hareket kabiliyeti kısıtlı nörolojik hastalarda önemli bir komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Basınç yaraları enfeksiyon, ağrı, uzamış bakım süreci ve yaşam kalitesinde azalma ile ilişkilidir. Bu nedenle risk altındaki bireylerin düzenli olarak değerlendirilmesi ve önleyici girişimlerin uygulanması gerekmektedir. Pozisyon değişikliklerinin düzenli yapılması, basıncı azaltıcı yatak ve minderlerin kullanılması, cilt bütünlüğünün izlenmesi ve yeterli beslenmenin sağlanması basınç yaralarının önlenmesinde etkili uygulamalar arasında yer almaktadır (EPUAP/NPIAP/PPPIA, 2019).

Aspirasyon, besin, sıvı veya ağız içeriğinin solunum yollarına kaçması sonucu meydana gelen ve ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir durumdur. İnme, Parkinson hastalığı, ALS ve demans gibi nörolojik hastalıklarda disfaji sıklığının artması aspirasyon riskini yükseltmektedir. Aspirasyon sonucunda aspirasyon pnömonisi gelişebilmekte ve bu durum mortalite açısından önemli bir risk oluşturmaktadır. Evde bakım sürecinde yutma fonksiyonlarının düzenli olarak değerlendirilmesi, uygun kıvamda besinlerin kullanılması, beslenme sırasında dik pozisyonun sağlanması ve beslenme sonrasında belirli bir süre oturur pozisyonun sürdürülmesi önerilmektedir. Ayrıca hasta ve bakım verenlerin aspirasyon belirtileri konusunda bilgilendirilmesi önem taşımaktadır (Dziewas et al., 2021).

Nörolojik hastalıklarda enfeksiyonlar sık görülen ve klinik seyri olumsuz etkileyen komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Özellikle üriner sistem enfeksiyonları, solunum yolu enfeksiyonları ve cilt enfeksiyonları ön plana çıkmaktadır. Hareket kısıtlılığı, disfaji, kateter kullanımı ve bağışıklık sisteminin zayıflaması enfeksiyon riskini artırabilmektedir. Enfeksiyonların önlenmesinde el hijyeninin sağlanması, kateter bakımının uygun şekilde yapılması, ağız bakımının sürdürülmesi ve aşılama programlarının takip edilmesi önemlidir. Ayrıca enfeksiyon belirtilerinin erken dönemde fark edilmesi ve uygun sağlık hizmetlerine yönlendirme yapılması komplikasyonların ilerlemesini önleyebilmektedir (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024; Karadakovan & Aslan, 2022).

Derin ven trombozu (DVT), genellikle alt ekstremitelerdeki derin venlerde pıhtı oluşumu ile karakterize ciddi bir komplikasyondur. Özellikle uzun süre hareketsiz kalan inme ve omurilik yaralanmalı hastalarda görülme riski yüksektir. DVT, pulmoner emboli gibi yaşamı tehdit eden sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle evde bakım sürecinde erken mobilizasyonun

desteklenmesi, düzenli egzersizlerin sürdürülmesi, yeterli sıvı alımının sağlanması ve riskli bireylerde hekim önerisi doğrultusunda tromboprofilaksi uygulanması önem taşımaktadır. Alt ekstremitelerde şişlik, ağrı, kızarıklık veya ısı artışı gibi belirtiler açısından düzenli izlem yapılmalıdır (Kearon et al., 2016).

Kabızlık ve üriner sistem sorunları nörolojik hastalıklarda sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen komplikasyonlardır. Azalmış fiziksel aktivite, yetersiz sıvı alımı, kullanılan ilaçlar ve nörolojik fonksiyon kayıpları kabızlık gelişimine katkıda bulunmaktadır. Kabızlığın önlenmesinde yeterli sıvı tüketimi, liften zengin beslenme ve bireyin fiziksel aktivitesinin desteklenmesi önerilmektedir. Üriner sorunlar ise üriner inkontinans, retansiyon ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle multipl skleroz, Parkinson hastalığı ve omurilik yaralanmalarında nörojenik mesane sık görülmektedir. Düzenli mesane boşaltım programlarının uygulanması, sıvı dengesinin izlenmesi ve enfeksiyon belirtilerinin değerlendirilmesi üriner komplikasyonların yönetiminde önemli yer tutmaktadır (Panicker et al., 2015).

9. Kognitif, Davranışsal ve İletişimsel Sorunların Yönetimi

Nörolojik hastalıklar yalnızca motor fonksiyonları değil, aynı zamanda bilişsel süreçleri, davranışları ve iletişim becerilerini de etkileyebilmektedir. İnme, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, multipl skleroz, travmatik beyin yaralanmaları ve diğer nörolojik durumlar sonucunda bireylerde bellek kayıpları, dikkat eksiklikleri, davranış değişiklikleri, ajitasyon ve iletişim bozuklukları gelişebilmektedir. Bu sorunlar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, bakım gereksinimini artırmakta ve hem hasta hem de bakım verenler üzerinde önemli psikososyal yük oluşturmaktadır. Evde bakım sürecinde bilişsel, davranışsal ve iletişimsel problemlerin erken dönemde belirlenmesi ve uygun girişimlerin uygulanması, yaşam kalitesinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır (Livingston et al., 2024).

Bellek bozuklukları nörolojik hastalıklarda en sık karşılaşılan bilişsel sorunlardan biridir. Özellikle Alzheimer hastalığı ve diğer demans türlerinde kısa süreli bellek kaybı ön planda görülürken, inme ve travmatik beyin yaralanmalarında dikkat, planlama ve yürütücü işlevlerde bozulmalar ortaya çıkabilmektedir. Evde bakım sürecinde günlük rutinlerin oluşturulması, takvim ve hatırlatma sistemlerinin kullanılması, çevresel ipuçlarından yararlanılması ve bilişsel uyarım aktivitelerinin uygulanması bilişsel işlevlerin desteklenmesine katkı sağlayabilmektedir. Bireyin mevcut bilişsel kapasitesine uygun etkinliklere katılımının teşvik edilmesi, fonksiyonel bağımsızlığın korunmasına ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülebilmesine yardımcı olmaktadır (WHO, 2023).

Bilişsel etkilenmelere sıklıkla davranışsal değişiklikler de eşlik etmektedir. Nörolojik hastalıklarda görülen davranış değişiklikleri arasında

irritabilite, apati, dürtüsellik, saldırganlık, huzursuzluk ve ajitasyon yer almaktadır. Bu belirtiler özellikle demans ve travmatik beyin yaralanması olan bireylerde yaygın olarak görülmektedir. Davranışsal belirtilerin yönetiminde öncelikle altta yatan nedenlerin belirlenmesi gerekmektedir. Ağrı, enfeksiyon, uyku bozukluğu, ilaç yan etkileri veya çevresel stres faktörleri davranış değişikliklerini tetikleyebilmektedir. Ajitasyonun yönetiminde sakin ve güvenli bir çevrenin oluşturulması, günlük rutinlerin korunması, bireyin gereksinimlerinin zamanında karşılanması ve dikkat dağıtıcı uyaranların azaltılması önerilmektedir. Güncel yaklaşımlar, farmakolojik olmayan yöntemlerin ilk seçenek olarak kullanılmasını, ilaç tedavisinin ise yalnızca gerekli durumlarda değerlendirilmesini önermektedir (Kales, Gitlin & Lyketsos, 2014).

Nörolojik hastalıklar sonucunda iletişim becerilerinde de çeşitli bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. İnme sonrası afazi, Parkinson hastalığında konuşma hızında ve ses şiddetinde azalma, ALS'de ise ilerleyici konuşma kaybı görülebilmektedir. İletişim problemleri bireyin sosyal katılımını azaltmakta, bakım sürecinde önemli güçlükler yaratmakta ve psikolojik iyilik halini olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle afazi, dilin anlaşılması veya ifade edilmesinde ortaya çıkan bir iletişim bozukluğu olup sıklıkla inme sonrasında görülmektedir. Dizatri ise konuşmada görev alan kasların etkilenmesi sonucu gelişen motor konuşma bozukluğudur. Bu bireylerle iletişim kurarken kısa ve anlaşılır cümlelerin kullanılması, konuşma sırasında yeterli zaman tanınması ve sözel olmayan iletişim yöntemlerinden yararlanılması önerilmektedir. Konuşma ve dil terapistleri tarafından yürütülen rehabilitasyon programları, iletişim becerilerinin geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Brady, Kelly, Godwin, Enderby, & Campbell, 2016; Simmons-Mackie, Raymer & Cherney, 2016).

İleri düzey iletişim bozukluğu yaşayan bireylerde alternatif ve destekleyici iletişim yöntemlerinden yararlanılabilmektedir. Resim kartları, iletişim panoları, tablet tabanlı uygulamalar ve göz hareketleriyle kontrol edilen teknolojiler bireyin iletişim kurmasını destekleyebilmektedir. Bunun yanı sıra aile üyelerinin etkili iletişim stratejileri konusunda eğitilmesi büyük önem taşımaktadır. Aile bireylerinin sabırlı, destekleyici ve empatik bir iletişim yaklaşımı benimsemesi hem bireyin psikolojik iyilik halini hem de bakım sürecinin etkinliğini olumlu yönde etkilemektedir. Özellikle iletişim güçlüğü yaşayan bireylerde bakım verenlerin uygun iletişim tekniklerini kullanması, yanlış anlaşılımların ve davranışsal sorunların azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Beukelman ve Light, 2020).

10. Aile, Bakım Veren Desteği ve Ev Ortamının Güvenli Düzenlenmesi

Nörolojik hastalık sonrası evde bakım sürecinde aile üyeleri ve bakım verenler, hastanın günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi, tedaviye uyumun sağlanması, komplikasyonların önlenmesi ve psikososyal iyilik halinin

desteklenmesinde merkezi bir role sahiptir. İnme, demans, Parkinson hastalığı, multipl skleroz, ALS ve omurilik yaralanmaları gibi kronik nörolojik durumlarda bakım süreci uzun süreli, yoğun ve çok boyutlu olabilmektedir. Bu durum bakım verenlerde fiziksel yorgunluk, duygusal zorlanma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sorunlara yol açabilmektedir. Bakım yükünün artması, bakım veren tükenmişliği ve bakım kalitesinde azalma ile sonuçlanabileceğinden, evde bakım planı yalnızca hastayı değil, aile ve bakım vereni de kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır (Aamodt et al., 2024).

Bakım verenlerin desteklenmesinde eğitim önemli bir yer tutmaktadır. Aile üyeleri ve bakım verenlere hastalığın seyri, ilaç kullanımı, beslenme, güvenli transfer, basınç yarası önleme, düşme riski, acil durum belirtileri ve iletişim teknikleri hakkında düzenli eğitim verilmelidir. Eğitimlerin hastanın gereksinimlerine ve bakım verenin bilgi düzeyine uygun şekilde planlanması, bakım verenin öz yeterliliğini artırmakta ve bakım sürecinde yaşanan kaygıyı azaltmaktadır. Bununla birlikte bakım verenlerin yalnızca bilgi açısından değil, psikososyal yönden de desteklenmesi gerekmektedir. Danışmanlık, destek grupları, sosyal hizmet yönlendirmeleri ve kısa süreli dinlenme bakımı gibi uygulamalar bakım yükünün azaltılmasına ve bakım verenin ruhsal sağlığının korunmasına katkı sağlayabilmektedir (WHO, 2023).

Ev ortamının güvenli şekilde düzenlenmesi, nörolojik hastalığı olan bireyin bağımsızlığını artırmak ve komplikasyonları önlemek açısından temel bir bakım bileşenidir. Hareket kısıtlılığı, denge bozukluğu, kas güçsüzlüğü, bilişsel bozulma ve görme problemleri düşme riskini artırabilmektedir. Bu nedenle ev içinde kaygan zeminler, gevşek halılar, yetersiz aydınlatma, eşik ve kablo gibi risk faktörleri ortadan kaldırılmalıdır. Banyo ve tuvalet alanlarında tutunma barları, kaymaz paspaslar, yükseltilmiş klozet aparatları ve duş sandalyeleri kullanılabilir. Yatak yüksekliğinin uygun hale getirilmesi, sık kullanılan eşyaların kolay ulaşılabilir yerlere yerleştirilmesi ve acil çağrı sistemlerinin bulundurulması da ev güvenliğini artıran uygulamalar arasındadır (Montero-Odasso et al., 2022).

Yardımcı teknolojiler ve akıllı ev uygulamaları, nörolojik hastalık sonrası evde bakımın güvenliğini ve sürdürülebilirliğini güçlendiren önemli araçlar haline gelmiştir. Baston, yürüteç, tekerlekli sandalye, transfer tahtası, ortezler ve özel beslenme ekipmanları gibi yardımcı cihazlar bireyin günlük yaşam aktivitelerine katılımını artırabilmektedir. Bunun yanında hareket sensörleri, düşme algılama sistemleri, ilaç hatırlatıcılar, uzaktan izlem cihazları ve akıllı ev sistemleri hem hastanın güvenliğini desteklemekte hem de bakım verenin yükünü azaltabilmektedir. Ancak bu teknolojilerin seçiminde hastanın bilişsel durumu, fiziksel kapasitesi, ev koşulları, maliyet, mahremiyet ve kullanım kolaylığı dikkate alınmalıdır. Yardımcı teknolojilerin etkili kullanılabilmesi için hasta ve bakım verenlere uygulamalı eğitim verilmesi ve teknolojilerin düzenli olarak gözden geçirilmesi gerekmektedir (WHO ve UNICEF, 2022).

KAYNAKLAR

- Aamodt, W. W., Kluger, B. M., Mirham, M., Job, A., Lettenberger, S. E., Mosley, P. E., & Seshadri, S. (2024). Caregiver burden in Parkinson disease: A scoping review of the literature from 2017–2022. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 37(2), 96–113. doi:10.1177/08919887231195219
- Aarsland, D., Batzu, L., Halliday, G. M., Geurtsen, G. J., Ballard, C., Chaudhuri, K. R., & Weintraub, D. (2021). Parkinson disease-associated cognitive impairment. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(1), 47. doi:10.1038/s41572-021-00280-3
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: A clinical review. *JAMA*, 311(10), 1052–1060. doi:10.1001/jama.2014.304
- Bernstein, I., Keetley, R., Gilloway, E., Ramanuj, P., Williams, J., Jim, J., ... Whitely, M. (2025). Rehabilitation for chronic neurological disorders including acquired brain injury: Information for the public. *Rehabilitation*, 2025, 10–15.
- Beukelman, D. R., & Light, J. C. (2020). *Augmentative and alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs* (5th ed.). Paul H. Brookes Publishing.
- Bickley, L. S. (2020). *Bates' pocket guide to physical examination and history taking*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Bischoff, S. C., Austin, P., Boeykens, K., Chourdakis, K., Cuerda, C., Jonkers-Schuitema, C., Lichota, M., Nyulasi, I., Schneider, S. M., Stanga, Z., & Pironi, L. (2022). ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. *Clinical Nutrition*, 41(2), 468–488. doi:10.1016/j.clnu.2021.10.018.
- Bloem, B. R., Henderson, E. J., Dorsey, E. R., Okun, M. S., Okubadejo, N., Chan, P., & Munneke, M. (2020). Integrated and patient-centred management of Parkinson's disease: A network model for reshaping chronic neurological care. *The Lancet Neurology*, 19(7), 623–634.
- Bok, S. K., Song, Y., Lim, A., Jin, S., Kim, N., & Ko, G. (2023). High-tech home-based rehabilitation after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(7), 2668. doi:10.3390/jcm12072668
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi:10.1002/14651858.CD000425.pub4
- Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J. C., Dziewas, R., Genton, L., & Bischoff, S. C. (2018). ESPEN guideline: Clinical nutrition in neurology. *Clinical Nutrition*, 37(1), 354–396. doi:10.1016/j.clnu.2017.09.003
- Cederholm, T., Jensen, G. L., Correia, M. I. T. D., Gonzalez, M. C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., & GLIM Working Group. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition—A consensus report. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 10(1), 207–217. doi:10.1002/jcsm.12383

- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *CDC's core infection prevention and control practices for safe healthcare delivery in all settings*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/core-practices>
- Christmas, C., & Rogus-Pulia, N. (2019). Swallowing disorders in the older population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(12), 2643–2649. <https://doi.org/10.1111/jgs.16137>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. doi:10.1016/S0140-6736(20)32340-0
- Dziewas, R., Michou, E., Trapl-Grundschober, M., Lal, A., Arsava, E. M., Bath, P. M., & Verin, E. (2021). European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for dysphagia. *European Stroke Journal*, 6(3). doi:10.1177/23969873211039721
- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline*.
- Harvey, L. (2008). *Management of spinal cord injuries: A guide for physiotherapists*. Elsevier.
- Institute for Safe Medication Practices. (2024). *Targeted medication safety best practices for hospitals (2024–2025 edition)*. <https://www.ismp.org>
- International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (2024). *The IDDSI framework and testing methods*. <https://www.iddsi.org/>
- Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient medication adherence: Measures in daily practice. *Oman Medical Journal*, 26(3), 155–159. doi:10.5001/omj.2011.38.
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., Lyketsos, C. G., & Detroit Expert Panel. (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762–769. doi:10.1111/jgs.12730
- Karadakovan, A., & Aslan, F. E. (Ed.). (2022). *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım* (6. bs.). Akademisyen Kitabevi.
- Kearon, C., Akl, E. A., Ornelas, J., Blaivas, A., Jimenez, D., Bounameaux, H., ... Moores, L. (2016). Antithrombotic therapy for VTE disease. *Chest*, 149(2), 315–352. doi:10.1016/j.chest.2015.11.026
- Langhorne, P., & Baylan, S. (2017). Early supported discharge services for people with acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000443. doi:10.1002/14651858.CD000443.pub4
- Lee, H. (2022). The importance of nutrition in neurological disorders and nutrition assessment methods. *Brain & NeuroRehabilitation*, 15(1), e1. doi:10.12786/bn.2022.15.e1
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report. *The Lancet*,

404(10452), 572–628. doi:10.1016/S0140-6736(24)01296-0

- Mangoni, A. A., & Jackson, S. H. D. (2004). Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 57(1), 6–14. doi:10.1046/j.1365-2125.2003.02007.x
- McGinley, M. P., Goldschmidt, C. H., & Rae-Grant, A. D. (2021). Diagnosis and treatment of multiple sclerosis. *JAMA*, 325(8), 765–779. doi:10.1001/jama.2020.26858
- Montero-Odasso, M., van der Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., et al. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults. *Age and Ageing*, 51(9), afac205. doi:10.1093/ageing/afac205
- National Institute for Health and Care Excellence. (2025). *Rehabilitation for chronic neurological disorders including acquired brain injury (NG252)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng252>
- Nasreddine, S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA). *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Panicker, J. N., Fowler, C. J., & Kessler, T. M. (2015). Lower urinary tract dysfunction in neurological patients. *The Lancet Neurology*, 14(7), 720–732. doi:10.1016/S1474-4422(15)00027-0
- Pires, S. B., Kunkel, D., Kipps, C., Goodwin, N., & Portillo, M. C. (2024). Person-centred integrated care for people living with Parkinson's, Huntington's and Multiple Sclerosis. *Health Expectations*, 27, e13948. doi:10.1111/hex.13948
- Rankin, A., Cadogan, C. A., Patterson, S. M., Kerse, N., Cardwell, C. R., Bradley, M. C., Ryan, C., & Hughes, C. M. (2018). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD008165. doi:10.1002/14651858.CD008165.pub4
- Samuel, M. J. (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria®. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(7), 2052–2081. doi:10.1111/jgs.18372
- Sehgal, M., Jacobs, J., & Biggs, W. S. (2021). Mobility assistive device use in older adults. *American Family Physician*, 103(12), 737–744.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. R. (2016). Communication partner training in aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 97(12), 2202–2221.e8. doi:10.1016/j.apmr.2016.03.023
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., et al. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19–27. doi:10.1097/j.pain.0000000000001384
- Westlake, K., Akinlosotu, R., Udo, J., Goldstein Shipper, A., Waller, S. M., & Whittall, J. (2023). *Some home-based self-managed rehabilitation interventions can improve*

arm activity after stroke: A systematic review and narrative synthesis. Frontiers in Neurology, **14**, 1035256. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1035256>

Winstein, C. J., Stein, J., Arena, R., Bates, B., Cherney, L. R., Cramer, S. C., **et al.** (2016). *Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. *Stroke*, 47(6), e98–e169. doi:10.1161/STR.0000000000000098

World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2022). *Global report on assistive technology*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049451>

World Health Organization. (2023). *Package of interventions for rehabilitation*. World Health Organization.

World Health Organization. (2024, March 14). *Over 1 in 3 people affected by neurological conditions, the leading cause of illness and disability worldwide*. <https://www.who.int/news/item/14-03-2024-over-1-in-3-people-affected-by-neurological-conditions--the-leading-cause-of-illness-and-disability-worldwide>.

Yılmaz, M. (Ed.). (2019). *Evde bakım hemşireliği* (1. baskı, 322 s.). Akademisyen Kitabevi.



PALYATİF EVDE BAKIM

“ ”

Belkıs CAN¹

Buşra ARIK ŞEN²

Filiz ADANA³

1 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği PhD, Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Anestezi Programı, Aydın, Türkiye, ORCID: 0000-0002-6587-3078

2 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği PhD, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gediz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tele Sağlık Teknikerliği Programı, Kütahya, Türkiye, ORCID: 0000-0003-2131-2751

3 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Aydın, Türkiye, ORCID: 0000-0002-7677-0170

Giriş

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarla yaşayan bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve manevi gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla ele alan sağlık hizmetidir. Bu hizmetin temel amaçları arasında semptom kontrolünün sağlanması, psikolojik yükün azaltılması, işlevselliğin geliştirilmesi ve sonuç olarak yaşam kalitesinin yükseltilmesi yer almaktadır (Chen ve ark, 2019). Yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan bireyler ve onların yakınları, fiziksel, ruhsal, toplumsal ya da manevi pek çok güçlükle baş etmek zorunda kalır. Palyatif bakımın temel hedefi, tüm bu zorluklar karşısında hem hastaların hem de ailelerinin yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu bakım, aynı zamanda hasta yakınlarına destek veren kişilerin yaşam kalitesini de olumlu yönde etkiler. Nüfus giderek yaşlanmakta, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve bazı bulaşıcı hastalıkların yükü de artmaktadır. Bu eğilimler sonucunda palyatif bakıma olan küresel ihtiyacın önümüzdeki dönemde daha da artması beklenmektedir. Erken dönemde başlatılan palyatif bakım, hastaneye yatışları ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımını önemli ölçüde azaltır. Palyatif bakım; doktorlar, hemşireler, destek personeli, acil tıp teknisyenleri, eczacılar, fizyoterapistler ve gönüllüler gibi birçok farklı uzmanlık alanından profesyonelin bir arada çalıştığı bir hizmetler bütünüdür. Bu ekibin her bir üyesi, hastaya ve ailesine kapsamlı destek sunmada eşit derecede hayati roller üstlenir (WHO, 2020).

Dünya çapında yaşam sürelerinin uzaması, kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığını artırmakta ve bu hastalıklarla yaşayan bireylerin sayısında yükselişe neden olmaktadır. Kronik hastalıkların ve bunlara bağlı gelişen akut sağlık sorunlarının giderek yaygınlaşması, dünya genelinde sağlık sistemleri üzerinde önemli bir yük meydana getirmektedir. Hızla büyüyen hasta nüfusuna yanıt verebilmek adına, bakım hizmetlerinin sunumunda yenilikçi yaklaşımlar artık kaçınılmaz hâle gelmiştir (Hernandez ve ark, 2009). Palyatif bakım modelleri, temel olarak hizmetin sunulduğu mekâna göre iki ana grupta sınıflandırılmaktadır: yatarak palyatif bakım ve evde palyatif bakım. Yatarak palyatif bakım, hastaneler ya da toplum sağlığı merkezleri gibi kurumlarda sağlanan hizmetleri kapsamakta; bu model genellikle özel poliklinik uygulamaları, semptom kontrolü, yoğun tıbbi destek ve kısa süreli geçici bakım için tahsis edilmiş özel servisleri içermektedir. Evde palyatif bakım ise, hastaların kendi ev ortamlarında sürdürülen, kapsayıcı ve çok disiplinli bir yaklaşımı temsil etmektedir. Bu model; semptom kontrolü, psikososyal destek, bakım verenlere yönelik yardım ve sağlık profesyonelleriyle eş güdüm gibi unsurları içermektedir. Evde palyatif bakım, yalnızca hastaların evde hayatlarını sonlandırmalarını mümkün kılmanın ötesinde bir anlam taşır; hastalık sürecinin tüm aşamalarında yaşam kalitesini artırmayı, hasta özerkliğini, bireyin onurunu ve aile bütünlüğünü korumayı amaçlamaktadır (Yun ve ark, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı, yaşamı tehdit eden durumlarla bağlantılı fiziksel, ruhsal, sosyal ya da manevi sorunlar yaşayan hastalar ile

bunların aile üyelerinin yaşam kalitesini, acıyı önleme ve hafifletme yoluyla iyileştirmeyi hedefleyen bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır. Günümüzde, küresel çapta palyatif bakıma gereksinim duyan 56,8 milyon bireyin yalnızca yaklaşık %14'üne her yıl bu hizmet sunulabilmektedir. Bunun yanı sıra, nüfusların giderek yaşlanması ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ile bazı bulaşıcı hastalıkların artan yükü nedeniyle palyatif bakıma olan talebin daha da artacağı öngörülmektedir. Bu sorunun çözülebilmesi için ulusal düzeyde kapsamlı politika ve programlar geliştirilmesi, yeterli kaynak ayrılması ve sağlık çalışanlarına palyatif bakım konusunda acilen eğitim verilmesi gerekmektedir (WHO, 2020).

İleri evre hastalıkla karşılaşan hasta ve bakım verenlerinin kayda değer bir çoğunluğunun evde bakım ve yaşam sonu süreçlerinin ev ortamında yürütülmesini tercih ettiğini belirtmek önemlidir. Bu eğilim, palyatif bakım gereksinimi olan hastaların, özellikle kanser veya demans gibi oldukça sık rastlanan hastalıklardan etkilenen bireylerin, ihtiyaçlarının karşılanmasında Hastane Temelli Evde Bakım ya da Evde Hastanecilik modellerinin taşıdığı kritik rolü ortaya koymaktadır. Ev ortamı, hastalara aidiyet ve duygusal güvenlik hissi kazandırmakta; aile bağlarının devamını desteklemekte; sık hastane ziyaretlerine bağlı olarak gelişen ruhsal sıkıntıyı hafifletmekte; sağlık kaynaklarının daha verimli kullanımını mümkün kılmakta ve hem hasta hem de bakım veren bireylerin yaşam kalitesini yükseltmektedir. Tüm bu avantajları nedeniyle evde palyatif bakım, Birleşik Krallık, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri gibi pek çok gelişmiş ülkede tercih edilen bir bakım modeli konumuna gelmiştir. Söz konusu ülkelerde uygulanan bütünsel toplum temelli bakım modelleri ve ileri düzey evde bakım sistemleri, hastaların bakım deneyimlerinde kayda değer iyileşmeler sağlamış ve sağlık harcamalarını azaltmıştır (Yun ve ark, 2011).

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalığa bağlı sorunlarla mücadele eden hastalar (hem yetişkinler hem de çocuklar) ve onların aileleri için yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bir hizmet anlayışıdır. Bu yaklaşım, fiziksel, ruhsal veya manevi kaynaklı ağrı ve sıkıntıların henüz erken dönemde fark edilmesi, doğru şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi sayesinde acıyı önler ya da hafifletir. Acıyı hafifletme süreci, yalnızca bedensel belirtilerle sınırlı kalmaz; aynı zamanda bunların ötesindeki sorunları da ele almayı gerektirir. Palyatif bakımda, hastalar ve onlara bakan kişiler ekip çalışmasıyla desteklenir. Bu destek; günlük pratik gereksinimlerin karşılanmasını ve yas sürecine yönelik danışmanlık hizmetlerini de kapsar. Amaç, hastaların yaşamlarının son anına kadar olabildiğince aktif bir biçimde yaşamalarını sağlayacak bir destek mekanizması sunmaktır. Palyatif bakım, sağlık hakkı bağlamında açıkça tanınan temel bir insan hakkıdır. Bu hizmetler, kişilerin kendine özgü ihtiyaç ve tercihlerini ön planda tutan, birey merkezli ve bütüncül sağlık hizmetleri aracılığıyla verilmelidir. Çok sayıda farklı hastalık için palyatif bakıma

gereksinim duyulur. Bu desteğe ihtiyaç gösteren yetişkinlerin büyük çoğunluğu, kalp ve damar hastalıkları (%38,5), kanser (%34), kronik solunum yolu rahatsızlıkları (%10,3), AIDS (%5,7) ve diyabet (%4,6) gibi kronik hastalıklarla yaşamaktadır. Bunlara ek olarak; böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multipl skleroz, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, nörolojik rahatsızlıklar, demans, doğuştan gelen anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz gibi pek çok başka durum da palyatif bakım gerektirebilir. Palyatif bakıma muhtaç hastalarda en sık rastlanan ve en ağır seyreden iki belirti, ağrı ve nefes darlığıdır. Örneğin, AIDS ya da kanser tanısı konmuş hastaların %80'i; kalp-damar hastalığı veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanların ise %67'si, hayatlarının son döneminde orta veya şiddetli düzeyde ağrı yaşamaktadır. Bu gibi durumlarda ağrının kontrol altına alınabilmesi için opioidler vazgeçilmez bir role sahiptir. Opioidler ayrıca nefes darlığı gibi diğer yaygın ve rahatsız edici bedensel yakınmaların hafifletilmesinde de etkilidir. Belirtilerin henüz erken evrede kontrol altına alınması hem acıyı dindirmek hem de bireyin onurunu korumak açısından etik bir yükümlülüktür (WHO, 2020).

Palyatif Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükleri

Bakım yükü kavramı ilk kez 1963'te Grad ve Saisbury tarafından "bakım verme sürecinde bakım veren kişide ortaya çıkan bedensel ve duygusal etkiler" şeklinde tanımlanmıştır. Her ne kadar "yük" kavramı olumsuz bir çağrışım yapsa da literatürde, bakım verme eyleminin gurur verici olabileceğine, bir başka bireye yardım etmenin bakım vereni değerli ve önemli hissettirebileceğine ve bu süreci olumlu algılayan kişilerin varlığına dikkat çekilmektedir (Yeşil ve ark, 2016). Bununla birlikte, bakım yükünün bakım veren bireyler üzerinde fizyolojik, ruhsal ve sosyal açıdan olumsuz etkileri olduğu da bilinmektedir. Ayrıca palyatif bakımın temel özelliklerinden biri, aile üyeleri, akrabalar ve bakıcıların da bakım sürecine dâhil edilmesidir (Oechsle ve ark, 2013). Palyatif bakım hastaları için yaşam duygusu, güvenlik ve bütünlük temel gereksinimlerdir ve bu gereksinimlerin büyük bir kısmı, hasta ile en çok vakit geçiren ve ona en yakın olan bakım veren tarafından karşılanmaktadır (Reigada ve ark, 2015). Bu durum, bakım verenin üstlendiği sorumluluklar nedeniyle fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan ciddi şekilde etkilenebileceğini göstermektedir. Öyle ki uzun süreli bakım veren bireylerde uyku bozuklukları sıkça görülmekte ve beraberinde uykusuzluğa bağlı pek çok sorun ortaya çıkmaktadır (De Korte-Verhoef ve ark, 2014; Kulkarni ve ark, 2014). Ayrıca bakım verenler, çoğunlukla hastanın ve hastalığa bağlı sorunların farkında olup bunlara öncelik verirken, kendi sağlık sorunlarını göz ardı edebilmekte ya da ikinci plana atabilmektedir. Bu sorunlar biriktiğinde ve zamanında müdahale edilmediğinde bakım veren bireyde yük oluşmakta ve bu durum strese yol açmaktadır (Tripodoro ve ark, 2015). Özellikle yüksek düzeyde bakım yükü taşıyan bireylerde depresyon ve sosyal izolasyon görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir (Saria ve ark, 2017). Bakım veren aile üyeleri ekonomik açıdan da zorluk yaşamakta;

hem çalışma hayatını sürdürmek hem de bakım maliyetlerini karşılamakta güçlük çekmektedirler. Bu süreçten sosyal ve kültürel çevreleri de olumsuz etkilenebilmektedir. Ruhsal açıdan bakım verenler, özerklik ve özgüven kaybı yaşayarak olumsuz bir ruh hâline bürünebildikleri gibi, fiziksel sağlıklarında da bozulmalar meydana gelerek olumsuz etkilenebilmektedirler. Bu nedenle bakım sürecinde multidisipliner ekip desteğiyle hasta ile bakım veren aile üyesi arasındaki bakım ilişkisinin kolaylaştırılması, süreçte karşılaşılan olumsuz faktörlerin en aza indirilmesi ve sonuç olarak hasta ile ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, bakımın tüm tarafları açısından büyük önem taşımaktadır (Rha ve ark, 2015).

Palyatif bakım, temel felsefesi gereği yalnızca hastaların değil; onlara bakan bireylerin ve hasta yakınlarının da yaşam kalitesinin yükseltilmesini hedefler. Bu doğrultuda bakım verenler, hasta bakımına ilişkin sorumluluklarını yerine getirirken bir yandan da kişisel yükümlülüklerini sürdürmeye çalışmaktadırlar. Bakım verenlerin deneyimlediği bu yük, yönetilemediği durumlarda bireyin yaşam kalitesini düşürmekte; yalnızca fiziksel veya toplumsal açıdan değil, ruhsal yönden de sağlığını tehdit eder hale gelmektedir. Bu nedenle başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının, palyatif bakım hastalarına olduğu kadar bakım verenlere yönelik de eğitimler düzenlemesi ve çeşitli girişimler uygulaması, bakım verenin yükünü hafifletebilir ve yaşam kalitesini artırabilir (Bulut ve ark, 2023).

Sonuç olarak, yaşamının son döneminde olan ve ağır hastalıklarla mücadele eden bireylere bakan aile üyelerine sunulacak eğitimler, uygulanacak destekleyici girişimler ve verilecek yardımlar sayesinde bakım yükünün azaltılabileceği ve bu bireylerin yaşam kalitelerinin artırılacağı düşünülmektedir (Bulut ve ark, 2023).

Evde Palyatif Bakımın Küresel Dinamikleri: Politikalar, Kaynaklar ve Öneriler

Küresel düzeyde yürütülen çalışmalar, evde palyatif bakıma yönelik politika ve mali desteğin önemini tutarlı bir biçimde ortaya koymaktadır (Clark ve ark, 2007). Uluslararası deneyimler, standartlaştırılmış politikaların ve net finansal yapıların, özellikle pediatrik palyatif bakım gibi uzmanlık gerektiren alanlarda bakıma erişilebilirlik ve sürdürülebilirliği kayda değer ölçüde iyileştirdiğini göstermektedir (Jünger ve ark, 2010). Ayrıca, uluslararası kanıtlar, kültürel yeterliliği de içeren kapsamlı eğitim programlarının, sağlık çalışanlarının hasta ve aileleriyle etkili iletişim kurma becerilerini anlamlı ölçüde geliştirdiğini desteklemektedir (Parker ve ark, 2020; Kaihlanen ve ark, 2019). Öte yandan, kaynak yetersizlikleri, özellikle hemşirelik alanında olmak üzere, Kanada ve Hindistan gibi farklı ülkelerde evrensel olarak kabul edilen önemli bir engel teşkil etmektedir (Qanungo ve ark, 2021; Graham ve ark, 2022). Çin bağlamında bu sorun, özellikle kırsal ve az gelişmiş bölgelerde olmak üzere,

kentsel ve kırsal alanlar arasındaki tıbbi kaynak dağılımındaki belirgin eşitsizlik nedeniyle daha da karmaşıklaşmakta; bu durum evde palyatif bakım hizmetlerinin gelişiminin önünde ciddi bir engel oluşturmaktadır (Kaasa ve ark, 2018). Bu sebeple kariyer gelişimine yönelik hükümet yatırımları, teşvik mekanizmaları ve uzaktan tıp teknolojisinden yararlanma yoluyla toplum hemşireliği kapasitelerinin artırılmasını önermektedir (Steindal ve ark, 2023; Lundereng ve ark, 2023).

Bir ülkedeki palyatif bakım anlayışı; o yerin sağlık altyapısına, ekonomik ve toplumsal şartlarına, kültürel yapısına ve sağlık personelinin niceliği ile niteliğine bağlı olarak değişir. Bu nedenle ülkemizde palyatif bakımın bağımsız bir uzmanlık dalı haline getirilmesi, disiplinler arası hizmet sunabilen merkezler aracılığıyla gereksiz yoğun bakım yatışlarının azaltılması, sağlık çalışanlarına yönelik mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerin sağlanması, çocuk palyatif bakım ünitelerine ilişkin yasal düzenlemelerin yapılması, palyatif bakımın birinci, ikinci ve üçüncü basamakta bütünleşik bir halde yürütülebilmesi için ulusal politikaların oluşturulması, gönüllü ve sivil toplum kuruluşlarının sisteme dâhil edilmesi ve ülkemizin sosyokültürel dokusu ile yaşam tarzına uygun hospis uygulamalarının hayata geçirilmesi önemlidir (Aslan, 2020). Bu konuda Türkiye’de yaşanan nüfus göz önüne alındığında uygun adımların kararlılıkla hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Yaşam Boyu Evde Bakım Hizmetleri ve Palyatif Bakımda Hemşirelerin Rolü

Birinci basamak palyatif hemşireliğinin evde sağlık bakım (ESB) pratiğine entegre edilmesi, ciddi hastalığı olan bireyler ve aileleri için yaşam kalitesinin artırılmasına ve yüksek standartta bakım sunumuna önemli katkılar sağlayabilir. Bu bağlamda, ESB ortamında görev yapan hemşirelerin birinci basamak palyatif bakımda etkin olabilmeleri için çeşitli temel yeterliliklere sahip olmaları gerekmektedir. Bunlar arasında uzman terapötik iletişim becerileri, ağrı ve diğer semptomları yönetme kapasitesi, bakım verenlerin yük ve sıkıntı düzeylerini değerlendirme yetkinliği ile hastaların gereksinimlerini belirleme ve uygun sevk ile geçiş süreçleri için bunları geniş sağlık ekibine aktarma becerisi yer almaktadır. Ayrıca, ESB hemşirelerinin bakım hizmetlerini etik, yasal ve mali açılardan iyi kavraması; güçlü bir kültürel duyarlılığa sahip olması ve sağlık eşitliğine bağlılık göstermesi beklenmektedir. Bunlara ek olarak, evde sağlık bakımında birinci basamak palyatif hemşireliği, hemşirelerin sıklıkla aile içi dinamikleri ve karar alma süreçlerini etkileyen psikososyal, manevi ve kültürel öğelerde yol alabilmesini zorunlu kılmaktadır (Murali ve ark, 2024).

Uygulama alanındaki sınırlılıklar, palyatif bakım için tutarsız ödeme mekanizmaları ve palyatif bakım eğitimindeki eksiklikler, evde sağlık bakımını bünyesinde sunulan palyatif bakım hizmetlerinin değişkenlik göstermesine yol açmaktadır (Bowman ve ark, 2019). Bunun yanı sıra, sınırlı iş gücü ile

palyatif bakım sunumunda hemşirelerin değişken düzeylerdeki bilgi birikimi ve özgüven eksikliği, uzmanlık gerektiren palyatif bakım uygulamalarının yaygınlaşmasını kısıtlamaktadır (Murali ve ark, 2022; Kamal ve ark, 2019). Bu noktada, özelleştirilmiş eğitim ve öğretim programları hayati bir öneme sahiptir (Brody ve ark, 2016). Evde sağlık bakımı genelinde, iletişim ve semptom yönetimi gibi temel bilgi ile becerileri ön plana çıkaran eğitim kampanyalarına gereksinim duyulmaktadır (Sullivan ve ark, 2023). Birinci basamak palyatif bakıma yönelik sürekli eğitim programları ve bu alanda verilen akademik krediler, evde sağlık bakımında palyatif hemşirelik hizmetlerinin sunumu için gerekli bilgi düzeyini, mesleki güveni ve hazır bulunuşluğu geliştirme potansiyeli taşımaktadır. ESB hemşireleri ayrıca klinik uygulama deneyimleri veya Yaşam Sonu Hemşirelik Eğitim Konsorsiyumu gibi programlar aracılığıyla birinci basamak palyatif bakımda uzmanlık kazanabilmektedir (Ferrell ve ark, 2023). ESB hemşireleri ciddi hastalığa bağlı özelleştirilmiş danışmanlık hizmetleri sunduğundan, hazır bulunuşluğa odaklanmış kanıta dayalı eğitim ve öğretim yaklaşımları önceliklendirilmelidir (Brody ve ark, 2016). Bununla birlikte, ESB hemşirelerine evde hasta ve aile merkezli bakımı başarıyla yürütebilmeleri ve geliştirebilmeleri için yeterli kaynakların (örneğin destek personeli, ziyaretler arasında daha uzun süre, personeli elde tutmaya yönelik teşvikler) sağlanması gerekmektedir. Evde sağlık bakımı sunan hemşirelerin genellikle günde birden fazla hastayı ziyaret etmeleri ve ziyaret başına ödeme modeli etrafında şekillenmiş yüksek verimlilik beklentilerini karşılamaları beklenmektedir (Narayan, 2024). Bu tür gereksinimler, hemşirelerin yoğun olabilen birinci basamak palyatif hemşireliği uygulamaları aracılığıyla karmaşık bakım ihtiyaçlarını etkili bir biçimde ele alma kapasitelerini sınırlayabilmektedir. Daha uzun ziyaret sürelerinin planlanması, hemşirelere bu tür kapsamlı bakımı sunmaları için gerekli zamanı sağlayacaktır.

Etkili bir birinci basamak palyatif bakım; aileler ve klinisyenler arasındaki iletişimi geliştirmede, ağrı ve diğer semptomları hafifletmede, güvenli ve destekleyici bir ev ortamı oluşturmada, bakımı hasta ve ailelerin kültürel değerlerine göre uyarlamada, hasta ve yakınlarına yönelik psikososyal desteği iyileştirmede ve bakımın sürekliliği ile gerektiğinde ön ölüm bakımına geçişi sağlamada belirleyici bir etkiye sahip olabilir. Bu bakımın önemli ölçüde zaman ve çaba gerektirdiğinin kabul edilmesi büyük önem taşımaktadır. Hemşireler, birinci basamak palyatif hemşireliğinin evde sağlık bakımına daha fazla entegre edilmesine yönelik araştırma ve eğitim çalışmalarına aktif olarak dâhil edilmelidir. Birinci basamak palyatif bakım yaklaşımlarının geliştirilmesinde hemşirelerin seslerinin eşit şekilde temsil edilmesi, olumlu hasta ve aile merkezli sonuçlara ulaşmak açısından kritik bir öneme sahiptir. Bakımın karmaşıklığı ülke genelinde giderek artmakta olup birçok hasta eve bağımlı durumda yaşamakta ve evde sağlık bakımı hizmetlerine güvenmektedir (Leff ve ark, 2021). Çoğunlukla aşırı stres altındaki ailelere sahip olan hasta profili giderek

daha yaygın hâle gelmektedir. Hemşireler, bu hastalar ve aileleri için birinci basamak palyatif bakımın sunulmasını sağlamada eşsiz bir role sahiptir ve bu rolü etkili bir şekilde yerine getirebilmeleri için kendilerine uygun eğitim, kaynak ve destek sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Aslan, Y. (2020). Türkiye’de ve Dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19–27. <https://doi.org/10.38053/agttd.632674>
- Bowman, B. A., Twohig, J. S., & Meier, D. E. (2019). Overcoming barriers to growth in home-based palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 22(4), 408–412. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0478>
- Brody, A. A., Guan, C., Cortes, T., & Galvin, J. E. (2016). Development and testing of the Dementia Symptom Management at Home (DSM-H) program: An interprofessional home health care intervention to improve the quality of life for persons with dementia and their caregivers. *Geriatric Nursing*, 37(3), 200–206. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.01.002>
- Bulut, H., Bozkurt, C., & Demirkol Sakar, D. (2023). Palyatif bakım hastalarına bakım veren bireylerin bakım yüklerinin yaşam kaliteleri üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1086–1096. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1225687>
- Chen, Y. Y., Wu, X. J., Li, X. Y., Cheng, Q. Q., & Mao, T. (2019). Development of hospice care under the background of Healthy China construction. *Chinese Nursing Management*, 6, 801–805.
- Clark, D., Wright, M., Hunt, J., & Lynch, T. (2007). Hospice and palliative care development in Africa: A multi-method review of services and experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(6), 698–710. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.033>
- De Korte-Verhoef, M. C., Pasman, H. R., Schweitzer, B. P., Francke, A. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & Deliëns, L. (2014). Burden for family carers at the end of life: A mixed-method study of the perspectives of family carers and GPs. *BMC Palliative Care*, 13(1), Article 16. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-16>
- Ferrell, B. R., Paice, J. A., Coyne, P. J., Economou, D., Thaxton, C. A., Wholihan, D., Battista, V., & Haskamp, A. (2023). Outcomes of a national training curriculum to advance generalist level palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 26(2), 228–234. <https://doi.org/10.1089/jpm.2022.0262>
- Graham, C., Schonnop, R., Killackey, T., Kavalieratos, D., Bush, S. H., Steinberg, L., Mak, S., Quinn, K., & Isenberg, S. R. (2022). Exploring health care providers’ experiences of providing collaborative palliative care for patients with advanced heart failure at home: A qualitative study. *Journal of the American Heart Association*, 11(13), Makale e024628. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.024628>
- Hernandez, C., Jansa, M., Vidal, M., Nuñez, M., Bertran, M. J., Garcia-Aymerich, J., & Roca, J. (2009). The burden of chronic disorders on hospital admissions prompts the need for new modalities of care: A cross-sectional analysis in a tertiary hospital. *QJM: An International Journal of Medicine*, 102(3), 193–202.
- Jünger, S., Pastrana, T., Pestinger, M., Kern, M., Zernikow, B., & Radbruch, L. (2010).

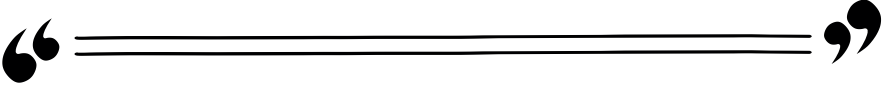
- Barriers and needs in paediatric palliative home care in Germany: A qualitative interview study with professional experts. *BMC Palliative Care*, 9, Article 10. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-9-10>
- Kaasa, S., Loge, J. H., Aapro, M., Albrecht, T., Anderson, R., Bruera, E., Brunelli, C., Caraceni, A., Cervantes, A., Currow, D. C., Deliens, L., Fallon, M., Gómez-Batiste, X., Grotmol, K. S., Hannon, B., Haugen, D. F., Higginson, I. J., Hjermstad, M. J., Hui, D., ... Lundeby, T. (2018). Integration of oncology and palliative care: A Lancet Oncology Commission. *The Lancet Oncology*, 19(11), e588–e653. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30415-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30415-7)
- Kaihlainen, A. M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18, Makale 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0363-x>
- Kamal, A. H., Wolf, S. P., Troy, J., Leff, V., Dahlin, C., Rotella, J. D., Handzo, G., Rodgers, P. E., & Myers, E. R. (2019). Policy changes key to promoting sustainability and growth of the specialty palliative care workforce. *Health Affairs*, 38(6), 910–918. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00018>
- Kulkarni, P., Kulkarni, P., Ghooi, R., Bhatwadekar, M., Thatte, N., & Anavkar, V. (2014). Stress among care givers: The impact of nursing a relative with cancer. *Indian Journal of Palliative Care*, 20(1), 31–39. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.125554>
- Leff, B., Sheehan, O. C., Harrison, K. L., Eaton England, A., Mickler, A., Basyal, P. S., Garrigues, S. K., Schuchman, M., Perissinotto, C., Garrett, S. B., & Ritchie, C. S. (2021). A home-based care research agenda by and for homebound older adults and caregivers. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 40(12), 1715–1721. <https://doi.org/10.1177/07334648211004731>
- Lundereng, E. D., Nes, A. A. G., Holmen, H., Winger, A., Thygesen, H., Jøranson, N., Borge, C. R., Dajani, O., Mariussen, K. L., & Steindal, S. A. (2023). Health care professionals' experiences and perspectives on using telehealth for home-based palliative care: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, Makale e43429. <https://doi.org/10.2196/43429>
- Murali, K. P., Kang, J. A., Bronstein, D., McDonald, M. V., King, L., Chastain, A. M., & Shang, J. (2022). Measuring palliative care-related knowledge, attitudes, and confidence in home health care clinicians, patients, and caregivers: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, 25(10), 1579–1598. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0580>
- Murali, K. P., Ma, C., Harrison, K. L., Hunt, L. J., Rosa, W. E., & Boyden, J. Y. (2024). Palliative nursing in home health care across the lifespan. *The American Journal of Nursing*, 124(12), 53–59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0001095240.11717.87>
- Narayan, M. C. (2024). Structural barriers to high-quality home healthcare nursing: What home health nurses want Medicare policy makers and agency administrators to know. *Home Health Care Management & Practice*, 36(1), 3–11.

- Oechsle, K., Goerth, K., Bokemeyer, C., & Mehnert, A. (2013). Symptom burden in palliative care patients: Perspectives of patients, their family caregivers, and their attending physicians. *Supportive Care in Cancer*, 21(7), 1955–1962.
- Parker, M., Fang, X., & Bradlyn, A. (2020). Costs and effectiveness of a culturally tailored communication training program to increase cultural competence among multi-disciplinary care management teams. *BMC Health Services Research*, 20(1), Makale 784. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05662-z>
- Qanungo, S., Calvo-Schimmel, A., McGue, S., Singh, P., Roy, R., Bhattacharjee, G., Panda, N., Kumar, G., Chowdhury, R., & Cartmell, K. B. (2021). Barriers, facilitators and recommended strategies for implementing a home-based palliative care intervention in Kolkata, India. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 38(6), 572–582. <https://doi.org/10.1177/1049909120969127>
- Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novella, A., & Gonçalves, E. (2015). The caregiver role in palliative care: A systematic review of the literature. *Health Care: Current Reviews*, 3(2). <https://doi.org/10.4172/2375-4273.1000143>
- Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E., & Lee, J. (2015). Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: The relationship and correlates. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(4), 376–382. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.01.004>
- Saria, M. G., Nyamathi, A., Phillips, L. R., Stanton, A. L., Evangelista, L., Kesari, S., & Maliski, S. (2017). The hidden morbidity of cancer: Burden in caregivers of patients with brain metastases. *The Nursing Clinics of North America*, 52(1), 159–178. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.10.002>
- Steindal, S. A., Nes, A. A. G., Godskesen, T. E., Holmen, H., Winger, A., Österlind, J., Dihle, A., & Klarare, A. (2023). Advantages and challenges of using telehealth for home-based palliative care: Systematic mixed studies review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, Makale e43684. <https://doi.org/10.2196/43684>
- Sullivan, S. S., Mann, C. M., & Wittenberg, E. (2023). Communication openings: A novel approach for serious illness communication in homecare. *Journal of Gerontological Nursing*, 49(11), 33–41. <https://doi.org/10.3928/00989134-20231011-02>
- Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos. Revista de Crítica Social*, (17), 307–330.
- World Health Organization. (2020). Palliative care. Retrieved June 7, 2026, from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy, E., & Korkmaz, M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54–66. <https://izlik.org/JA34HY63CG>
- Yun, Y. H., Lee, M. K., Kim, S. Y., Lee, W. J., Jung, K. H., Do, Y. R., Kim, S., Heo, D. S., Choi, J. S., Park, S. Y., Jeong, H. S., Kang, J. H., Kim, S. Y., Ro, J., Lee, J. L., Park, S. R., & Park, S. (2011). Impact of awareness of terminal illness and use of pal-

liative care or intensive care unit on the survival of terminally ill patients with cancer: Prospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 29(18), 2474–2480. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.30.1184>



PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIM



Abdülkadir DENİZ¹

Safiye ÖZVURMAZ²

1 Doktora Öğrencisi Abdülkadir DENİZ, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
ORCID: 0000-0001-5255-1195

2 Prof. Dr. Safiye ÖZVURMAZ, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0002-1842-3058

Giriş

Psikiyatrik hastalıklar, günümüzde küresel hastalık yükünün başlıca bileşenlerinden biri olup bireylerin yaşam kalitesi, işlevselliği ve toplumsal yaşama katılımı üzerinde önemli etkiler yaratan temel halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır (Fan vd., 2025). Depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve anksiyete bozuklukları gibi yaygın psikiyatrik hastalıklar yalnızca bireysel düzeyde değil, aileler, sağlık sistemleri ve toplumlar üzerinde de önemli sosyal ve ekonomik sonuçlar doğurmaktadır (Kieling vd., 2024). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya nüfusunun yaklaşık sekizde birinin herhangi bir ruhsal bozuklukla yaşadığını bildirmekte; ruhsal hastalıkların iş gücü kaybı, üretkenlik azalması, yaşam kalitesinde bozulma ve erken mortalite ile yakından ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2021). Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease-GBD) 2019 verileri de ruhsal bozuklukların engellilikle geçirilen yaşam yıllarının önde gelen nedenleri arasında yer aldığını göstermektedir (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

Ruhsal hastalıkların yaygınlığına rağmen ruh sağlığı hizmetlerine erişimde önemli eşitsizlikler bulunmaktadır. Özellikle ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin önemli bir bölümü yeterli tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Bu durum, ruh sağlığı hizmetlerinin yalnızca hastane merkezli modeller aracılığıyla sunulmasının bireylerin gereksinimlerini karşılamada her zaman yeterli olmadığını ortaya koymaktadır (Johnson vd., 2022; Bolton, 2023). Tarihsel olarak ruhsal hastalıkların yönetiminde uzun süreli hastane yatışlarına dayalı kurumsal bakım modeli benimsenmiş olsa da zamanla bu yaklaşımın bireyin toplumsal yaşamdan uzaklaşmasına, sosyal rollerini kaybetmesine ve damgalanmanın artmasına katkıda bulunduğu yönünde eleştiriler gündeme gelmiştir (Simona ve Marshall, 2017). Ayrıca kurumsal bakımın maliyet ve insan hakları açısından sınırlılıkları alternatif bakım modellerine yönelimi artırmıştır. Bu gelişmeler sonucunda ortaya çıkan kurumsuzlaştırma (deinstitutionalization) hareketi, ruh sağlığı hizmetlerinde önemli bir paradigma değişimi yaratmış; bakım anlayışı hastane merkezli yapıdan toplum temelli ve iyileşme odaklı hizmet modellerine doğru evrilmiştir (van Ginneken vd., 2021; Keynejad, Spagnolo, ve Thornicroft, 2022).

Toplum temelli ruh sağlığı yaklaşımı, bireyin mümkün olduğunca kendi yaşam çevresinde desteklenmesini esas almakta; yalnızca semptomların kontrolünü değil, aynı zamanda toplumsal işlevselliğin korunmasını, bağımsız yaşam becerilerinin geliştirilmesini ve yaşam kalitesinin artırılmasını hedeflemektedir. Bu doğrultuda geliştirilen toplum ruh sağlığı merkezleri, mobil kriz ekipleri ve evde bakım hizmetleri birçok ülkede ruh sağlığı sistemlerinin temel bileşenleri hâline gelmiştir. Özellikle toplum temelli bakım uygulamalarının hastane yatışlarını azalttığı, tedaviye uyumu desteklediği ve bireylerin toplumsal yaşama katılımını güçlendirdiği bildirilmektedir (Rosen vd., 2020; Johnson vd., 2022).

Psikiyatrik hastalıklarda evde bakım, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bileşenlerinden biridir. Evde bakım; bireyin kendi yaşam ortamında değerlendirilmesini, izlenmesini ve desteklenmesini sağlayan, multidisipliner ekip yaklaşımına dayalı kapsamlı bir hizmet modelidir. Bu model kapsamında bireyin gereksinimlerine yönelik bütüncül bakım hizmetleri sunulmaktadır. Geleneksel yataklı tedavi modellerinden farklı olarak evde bakım yaklaşımı, bireyin sosyal ilişkilerini ve günlük yaşam rutinlerini sürdürmesine olanak tanırken iyileşme sürecini kendi yaşam bağlamı içerisinde desteklemektedir (Mokwena ve Ngoeni, 2020).

Psikiyatrik hastalıklarda evde bakım hizmetlerinin planlanması, koordinasyonu ve sürekliliğinin sağlanmasında hemşireler önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Özellikle halk sağlığı hemşireleri ve ruh sağlığı hemşireleri; erken tanılama, risk değerlendirmesi, ev ziyaretleri, tedaviye uyumun izlenmesi, psikoeğitim, aile danışmanlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinde aktif rol almaktadır (Soares vd., 2025).

2. PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIMIN KURAMSAL TEMELLERİ

2.1. Bütüncül Bakım Anlayışı ve Terapötik Dinamikler

Psikiyatrik hastalıklar biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel etkenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkan karmaşık sağlık sorunlarıdır. Bu nedenle çağdaş ruh sağlığı hizmetlerinde bütüncül bakım yaklaşımı benimsenmektedir. Bütüncül bakım anlayışı, bireyin fiziksel sağlık durumunu, ruhsal belirtilerini, aile ilişkilerini, yaşam koşullarını, sosyal destek sistemlerini ve toplumsal işlevselliğini bir bütün olarak değerlendirmeyi esas almaktadır (Ravan, Pattnaik, Samal, ve Das, 2023; Bolton, 2023).

Psikiyatrik hastalıklarda evde bakım, bu bütüncül yaklaşımın uygulamadaki en önemli örneklerinden biridir. Ev ortamında sunulan hizmetler yalnızca klinik belirtilerin izlenmesini değil; bireyin günlük yaşam aktivitelerinin, öz bakım becerilerinin, aile içi ilişkilerinin, çevresel stresörlerinin ve sosyal destek kaynaklarının doğal yaşam koşulları içerisinde değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır. Böylece bakım planları bireysel gereksinimlere göre düzenlenebilmektedir (Şermet, 2025). Ev ortamının sağladığı bu doğal gözlem fırsatı, özellikle halk sağlığı hemşireleri açısından önemli avantajlar sunmaktadır. Hemşireler bireyin yaşam koşullarını doğrudan gözlemleyerek tedaviye uyum, ilaç kullanımı, öz bakım yeterliliği, aile desteği ve risk faktörleri hakkında daha kapsamlı değerlendirmeler yapabilmektedir. Bu durum, erken tanılama, bireyselleştirilmiş bakım planlama ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır (Soares vd., 2025).

Psikiyatrik evde bakımın bir diğer önemli özelliği terapötik ilişkinin bireyin doğal yaşam ortamında kurulabilmesidir. Hastane ortamında çoğu zaman

sınırlı kalan terapötik etkileşim, ev ortamında bireyin günlük yaşam deneyimleriyle bütünleşerek daha güvene dayalı bir bakım sürecinin gelişmesini destekleyebilmektedir. Bu nedenle psikiyatrik evde bakım hizmetleri, yalnızca tedavi sunan bir model değil; aynı zamanda bireyin iyileşme sürecini destekleyen terapötik bir bakım yaklaşımı olarak değerlendirilmektedir (Şenocak, Arslantaş, ve Yüksel, 2019 ; Besoaín-Cornejo vd., 2025).

2.2. Biyopsikososyal-Manevi Model ve İyileşme (Recovery) Odaklı Yaklaşım

Psikiyatrik evde bakımın temel kuramsal dayanaklarından biri biyopsikososyal modeldir. Günümüzde bu model, bireyin inanç ve değerlerini de kapsayan biyopsikososyal-manevi yaklaşım doğrultusunda ele alınmaktadır. Günümüzde bu yaklaşım, bireyin inançlarını, değerlerini ve yaşam anlamını da kapsayacak şekilde biyopsikososyal-manevi model doğrultusunda genişletilmiştir (Şenocak vd, 2019; Bolton, 2023; Şermet, 2025).

Biyolojik boyut; ruhsal belirtilerin yönetilmesinin yanı sıra fiziksel sağlık durumunun izlenmesini de kapsamaktadır. Ciddi ruhsal hastalığı bulunan bireylerde kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite ve metabolik sendrom gibi fiziksel sağlık sorunlarının daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bu nedenle evde bakım sürecinde ilaç tedavisinin izlenmesi, metabolik risklerin değerlendirilmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi önemli bir yer tutmaktadır (Bolton, 2023; Walburg vd., 2023).

Psikolojik boyut; bireyin bilişsel süreçleri, baş etme becerileri, duygu düzenleme kapasitesi ve psikolojik dayanıklılığı ile ilişkilidir. Özellikle bilişsel davranışçı yaklaşımlar, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi ve sosyal beceri eğitimleri ev temelli bakım uygulamalarında sıklıkla kullanılmaktadır (Solmi vd., 2022).

Sosyal boyut, psikiyatrik evde bakımın en güçlü yönlerinden birini oluşturmaktadır. Yoksulluk, işsizlik, yalnızlık, sosyal dışlanma ve damgalanma gibi sosyal belirleyiciler ruhsal hastalıkların ortaya çıkışını, seyrini ve tedavi sonuçlarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Evde bakım ekipleri bireyin sosyal çevresini doğrudan değerlendirebildikleri için sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, aile ilişkilerinin desteklenmesi ve çevresel risklerin azaltılmasına yönelik girişimlerde bulunabilmektedir (Vázquez, Tintó, Arjona, Martínez, ve Díaz, 2023).

Manevi boyut ise bireyin yaşamına yüklediği anlamı, değer sistemini, umut duygusunu ve inançlarını kapsamaktadır. Bu nedenle güncel ruh sağlığı hizmetlerinde kültürel duyarlılığın geliştirilmesi ve manevi bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Rocha vd., 2025; Şermet, 2025).

Psikiyatrik evde bakımın bir diğer önemli kuramsal temeli ise iyileşme (recovery) odaklı yaklaşımdır. İyileşme modeli, ruhsal hastalığın tamamen

ortadan kalkmasını zorunlu bir hedef olarak görmek yerine bireyin hastalığıyla birlikte anlamlı, üretken ve bağımsız bir yaşam sürdürebilmesini ön plana çıkarmaktadır. Bu yaklaşımda bakımın amacı bireyin umut duygusunu güçlendirmek, öz yeterliliğini artırmak, yaşam üzerindeki kontrol hissini desteklemek ve toplumsal rollerini sürdürebilmesine yardımcı olmaktır (Mousavizadeh ve Jandaghian Bidgoli, 2023).

Halk sağlığı hemşireliği uygulamalarında iyileşme odaklı yaklaşım; bireyin güçlü yönlerini ortaya çıkarmayı, bakım kararlarına aktif katılımını desteklemeyi ve toplumsal yaşama katılımını güçlendirmeyi hedeflemektedir. Bu nedenle güncel psikiyatrik evde bakım uygulamaları semptom odaklı bakım anlayışının ötesine geçerek birey merkezli, güçlendirme temelli ve rehabilitasyon odaklı bir yapı içerisinde sunulmaktadır (Soares vd., 2025).

3. EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN İÇERİĞİ

3.1. Kapsamlı Değerlendirme ve Bireyselleştirilmiş Bakım Planlaması

Psikiyatrik hastalıklarda evde bakım hizmetlerinin temelini kapsamlı değerlendirme ve bireyselleştirilmiş bakım planlaması oluşturmaktadır. Değerlendirme süreci; bireyin ruhsal ve fiziksel sağlık durumu, işlevsellik düzeyi, aile ilişkileri, sosyal destek sistemleri, yaşam koşulları ve çevresel risk faktörlerini bütüncül bir yaklaşımla ele almalıdır. Ev ortamında gerçekleştirilen değerlendirmeler, bireyin yaşamını doğal bağlamı içinde gözlemlene olanağı sağlayarak klinik ortamlarda elde edilmesi güç bilgilerin ortaya çıkarılmasına katkı sağlamaktadır (Thornicroft, 2022; Domínguez Vázquez vd., 2023).

Bu süreçte bireyin öz bakım becerileri, günlük yaşam aktiviteleri, ilaç kullanımı alışkanlıkları, uyku ve beslenme düzeni, sosyal ilişkileri ve toplum içindeki işlevselliği sistematik olarak değerlendirilir. Ayrıca alkol ve madde kullanımı, ekonomik güçlükler, sosyal izolasyon ve güvenlik riskleri gibi hastalığın seyrini etkileyebilecek faktörler de göz önünde bulundurulur. Özellikle ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde öz bakım yetersizlikleri ve sosyal geri çekilmenin ev ortamında daha gerçekçi biçimde değerlendirilebildiği bildirilmektedir (Kıskaç vd., 2023).

Kapsamlı değerlendirmenin ardından bireyselleştirilmiş bakım planı oluşturulur. Güncel ruh sağlığı yaklaşımlarında bakım planlaması; bireyin, uygun durumlarda aile üyelerinin ve bakım verenlerin aktif katılımını içeren iş birliğine dayalı bir süreç olarak ele alınmaktadır. Bakım hedeflerinin bireyin gereksinimleri, güçlü yönleri ve yaşam koşulları doğrultusunda belirlenmesi tedaviye katılımı ve bakımın etkinliğini artırmaktadır (Domínguez Vázquez vd., 2023).

Psikiyatrik değerlendirme ve bakım planlaması dinamik bir süreçtir. Ruhsal belirtiler, işlevsellik düzeyi ve çevresel koşullar zaman içerisinde değişebildiğinden değerlendirmelerin düzenli aralıklarla yinelenmesi gerek-

mektedir. Özellikle nüks riski taşıyan bireylerde belirtilerdeki küçük değişikliklerin erken fark edilmesi, krizlerin ve yeniden hastaneye yatışların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Hsieh vd., 2022).

3.2. Tedavi Yönetimi ve Tedaviye Uyumun Desteklenmesi

Farmakolojik tedavi, psikiyatrik hastalığın yönetiminde temel tedavi bileşenlerinden biridir. Ancak tedavinin başarısı yalnızca uygun ilacın reçetelenmesine değil, bireyin tedaviye uyum göstermesine ve yan etkilerin etkili biçimde yönetilmesine bağlıdır. Bu nedenle evde bakım hizmetlerinde ilaç yönetimi; ilaç kullanımının izlenmesi, yan etkilerin değerlendirilmesi, psiko-eğitim hizmetlerini kapsayan bütüncül bir bakım alanı olarak değerlendirilmektedir (Hsieh vd., 2022; Lau vd., 2022).

Tedaviye uyumsuzluk; şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıklarda nükslerin ve yeniden hastaneye yatışların önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Ev ziyaretleri sırasında bireyin ilaç kullanımına uyumu değerlendirilmekte, olası yan etkiler izlenmekte ve tedavi sürecinde yaşadığı güçlükler belirlenmektedir (Hsieh vd., 2022).

Tedaviye uyum; hastalık içgörüsü, ilaçlara yönelik inançlar, aile desteği, bakımın sürekliliği ve sağlık profesyonelleriyle kurulan terapötik ilişkiden etkilenmektedir. Bu nedenle evde bakım ekiplerinin bireyin tedaviye ilişkin kaygılarını ve yanlış inanışlarını ele alması, güvene dayalı bir ilişki geliştirmesi ve aileyi tedavi sürecine uygun biçimde dâhil etmesi önem taşımaktadır (Lau vd., 2022).

3.3. Kriz Müdahalesi ve Güvenlik Yönetimi

Psikiyatrik krizler; bireyin duygu durumunda, düşünce süreçlerinde, davranışlarında veya işlevselliğinde ani ve ciddi bozulmaların ortaya çıktığı, acil değerlendirme ve müdahale gerektiren durumlar olarak tanımlanmaktadır. İntihar riski, kendine zarar verme davranışları, ağır ajitasyon, psikotik alevlenmeler, manik ataklar ve akut anksiyete tabloları evde bakım hizmetlerinde karşılaşılan başlıca kriz durumları arasında yer almaktadır (Drake ve Bond, 2021).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte psikiyatrik krizlerin mümkün olduğunca bireyin yaşadığı ortamda yönetilmesi önem kazanmıştır. Ev temelli kriz müdahalelerinin amacı bireyin güvenliğini sağlamak, akut belirtileri kontrol altına almak ve gereksiz hastane yatışlarını önlemektir. Bu yaklaşım bireyin sosyal işlevselliğini ve günlük yaşam düzenini korumaya da katkı sağlamaktadır (Drake ve Bond, 2021; Johnson vd., 2022).

Kriz müdahalesinin ilk aşaması kapsamlı risk değerlendirmesidir. Bu süreçte intihar riski, saldırganlık potansiyeli, madde kullanımı ve çevresel riskler değerlendirilmelidir. Ev ziyaretleri; aile içi çatışmalar, sosyal izolasyon, bakım

veren yükü ve ekonomik güçlükler gibi krizleri tetikleyebilecek etmenlerin belirlenmesine olanak sağlamaktadır (Drake ve Bond, 2021; Domínguez Vázquez vd., 2023).

Kriz yönetiminde terapötik iletişim ve güvenlik planlaması temel öneme sahiptir. Sağlık profesyonellerinin sakin ve destekleyici bir iletişim yaklaşımı benimsemesi, bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesini kolaylaştırarak kriz çözümüne katkı sağlamaktadır. Özellikle intihar riski bulunan bireylerde çevresel güvenlik önlemlerinin alınması ve aile üyelerinin sürece dâhil edilmesi gerekmektedir (Wahyuningsih vd., 2025).

3.4. Psikoeğitim, Aile Desteği ve Bakım Verenlerin Güçlendirilmesi

Psikoeğitim, psikiyatrik evde bakım hizmetlerinin temel bileşenlerinden biridir. Psikoeğitimin amacı bireyin hastalığını daha iyi anlaması, belirtilerini tanıması, tedaviye aktif katılım göstermesi ve nüksleri önlemeye yönelik beceriler geliştirmesidir. Bu kapsamda hastalığın özellikleri, ilaç tedavisinin önemi, yan etkilerin yönetimi, stresle baş etme yöntemleri ve erken uyarı belirtileri ele alınmaktadır. Araştırmalar, psikoeğitim uygulamalarının tedaviye uyumu artırdığını, yeniden hastaneye yatış oranlarını azalttığını ve yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir. Ev ortamında sunulan psikoeğitim, öğrenilen bilgilerin günlük yaşama aktarılmasını ve davranış değişikliğinin sürdürülmesini desteklemektedir (Solmi vd., 2022).

Psikiyatrik hastalıkların yönetiminde aileler önemli bir bakım kaynağıdır. Ancak uzun süreli bakım sorumluluğu, bakım verenlerde psikolojik, sosyal ve ekonomik yük oluşturabilmektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetleri yalnızca hastaya değil, aile üyelerine ve bakım verenlere odaklanmalıdır. Bakım verenlerin gereksinimlerinin değerlendirilmesi, duygusal destek sağlanması ve baş etme becerilerinin güçlendirilmesi bakımın sürdürülebilirliği açısından önem taşımaktadır (Del-Pino-Casado, Priego-Cubero, López-Martínez, ve Orgeta, 2021).

Aileye yönelik psikoeğitim uygulamaları, hastalığın daha doğru anlaşılmasına, damgalayıcı tutumların azalmasına ve aile içi iletişimin güçlenmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca aile üyelerinin erken nüks belirtilerini tanıması ve zamanında profesyonel destek araması tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilmektedir (Cham vd., 2022).

3.5. Psikososyal Rehabilitasyon ve Fiziksel Sağlığın Desteklenmesi

Psikososyal rehabilitasyon, ruhsal hastalığı olan bireylerin bağımsız yaşam becerilerini geliştirmeyi, toplumsal işlevselliklerini artırmayı ve toplumla bütünleşmelerini desteklemeyi amaçlayan temel bir bakım alanıdır. Evde bakım hizmetleri, rehabilitasyon girişimlerinin bireyin günlük yaşamı içerisinde uygulanmasına olanak tanıdığı için önemli avantajlar sunmaktadır (Solmi vd., 2022; Walburg vd., 2023).

Bu kapsamda öz bakım becerilerinin geliştirilmesi, günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, sosyal becerilerin güçlendirilmesi ve mesleki rehabilitasyon çalışmaları yürütülmektedir. Özellikle şizofreni ve diğer ağır ruhsal bozukluklarda görülen sosyal geri çekilme, iletişim güçlükleri ve işlev kayıplarının azaltılmasında toplum temelli rehabilitasyon uygulamalarının etkili olduğu bildirilmektedir (Solmi vd., 2022; Walburg vd., 2023).

Psikososyal rehabilitasyonun önemli amaçlarından biri, damgalanma ve sosyal dışlanmanın azaltılmasıdır. Bu doğrultuda evde bakım ekipleri, bireylerin sosyal destek ağlarını güçlendirmeye ve toplum kaynaklarından yararlanmalarını desteklemeye yönelik girişimlerde bulunmaktadır (Tjaden vd., 2021; Sharma ve Chaudhary, 2023).

Fiziksel sağlığın korunması ve geliştirilmesi psikiyatrik evde bakımın önemli bileşenlerinden biridir. Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde fiziksel hastalıkların daha sık görülmesi nedeniyle kilo kontrolü, beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivitenin desteklenmesi ve kronik hastalık risklerinin izlenmesi bakım sürecine dâhil edilmektedir (Walburg vd., 2023).

3.6. Dijital Ruh Sağlığı Uygulamaları

Dijital sağlık teknolojilerindeki gelişmeler, psikiyatrik evde bakım hizmetlerinin erişilebilirliğini ve sürekliliğini artırmıştır. Mobil sağlık teknolojileri, çevrim içi psikoeğitim programları ve dijital izlem sistemleri özellikle COVID-19 pandemisi sonrasında ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bileşenleri hâline gelmiştir (Kister, Laskowski, Dybała ve Makarewicz, 2023)

Dijital uygulamalar, özellikle sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşayan bireylerde semptom izlemi, tedaviye uyumun desteklenmesi ve erken nüks belirtirlerinin belirlenmesine katkı sağlamaktadır. Hemşireler dijital platformlar aracılığıyla eğitim, danışmanlık ve izlem hizmetleri sunarak bakımın sürekliliğini desteklemektedir. Bununla birlikte dijital ruh sağlığı uygulamalarında dijital okuryazarlık farklılıkları, teknolojiye erişim eşitsizlikleri, veri güvenliği ve mahremiyet gibi sorunlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle uygulamaların etik ilkeler ve veri güvenliği standartları doğrultusunda yapılandırılması önem taşımaktadır (Kayama vd.,2025; Löchner, Carlbring, Schuller, Torous ve Sander, 2025).

4. SPESİFİK PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIM VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

4.1. Şizofreni Spektrum Bozukluklarında Evde Bakım, Hemşirelik Yaklaşımları, Rol ve Sorumluluklar

Şizofreni spektrum bozuklukları; düşünce, algı, duygu, davranış ve bilişsel işlevlerde bozulmalarla seyreden, kronik ve yineleyici özellik gösteren ciddi ruhsal bozukluklardır. Hastalık yalnızca psikotik belirtilerle sınırlı kalmamak-

ta; özellikle negatif belirtiler ve bilişsel işlev bozuklukları nedeniyle bireyin öz bakım becerileri, kişilerarası ilişkileri, çalışma yaşamı ve toplumsal katılımı üzerinde önemli kayıplara yol açmaktadır. Bu nedenle günümüzde şizofreni bakımında yalnızca semptom kontrolüne odaklanan yaklaşımlar yeterli görülmemekte; bireyin toplum içerisinde bağımsız ve anlamlı bir yaşam sürdürbilmesini hedefleyen iyileşme odaklı bakım modelleri ön plana çıkmaktadır (Galderisi vd., 2021; Solmi vd., 2022).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte şizofrenide evde bakım uygulamaları ruh sağlığı hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri hâline gelmiştir. Evde bakım hizmetleri, bireyin kendi yaşam ortamında değerlendirilmesine olanak sağlayarak klinik görüşmeler sırasında fark edilmesi güç olan çevresel, sosyal ve işlevsel sorunların daha kapsamlı biçimde ele alınmasını mümkün kılmaktadır. Ev ziyaretleri sırasında bireyin yaşam koşulları, öz bakım düzeyi, sosyal ilişkileri, günlük yaşam aktiviteleri ve tedaviye uyumu bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmektedir. Böylece bakım planı yalnızca semptomlara değil, bireyin gerçek yaşam gereksinimlerine dayalı olarak oluşturulabilmektedir (Tholen vd., 2024).

Şizofrenide evde bakımın en önemli amaçlarından biri relapsların önlenmesidir. Hastalığın yineleyici doğası nedeniyle uyku düzeninde bozulma, sosyal geri çekilme, öz bakımda azalma, kuşkuculukta artış ve ilaç kullanımında düzensizlik gibi erken belirtilerin tanılanması büyük önem taşımaktadır. Halk sağlığı hemşireleri tarafından gerçekleştirilen düzenli ev ziyaretleri, bu belirtilerin erken dönemde tanılanmasına olanak sağlayarak gerekli müdahalelerin zamanında başlatılmasını mümkün kılmaktadır. Toplum temelli rehabilitasyon programlarının şizofreni tanılı bireylerde işlevselliği artırdığı ve yeniden hastaneye yatış oranlarını azalttığı bildirilmektedir (Černe Kolaric vd., 2024; Soares vd., 2025).

Tedaviye uyumun desteklenmesi şizofrenide evde bakımın temel bileşenlerinden bir diğeridir. Antipsikotik tedaviye uyumsuzluk, relapsların ve yeniden hastaneye yatışların en güçlü belirleyicileri arasında yer almaktadır. Bu nedenle hemşireler ilaç kullanımını düzenli olarak değerlendirmekte, tedaviye ilişkin yanlış inanışları ele almakta, ilaç yan etkilerini izlemekte ve bireyin farmakolojik tedaviye ilişkin farkındalığını artırmaya yönelik psikoeğitim uygulamaları yürütmektedir. Güvene dayalı terapötik ilişki ve psikoeğitim uygulamaları bireyin tedavi sürecine aktif katılımını desteklemekte; hemşirelerin semptom yönetiminin yanı sıra sosyal ve mesleki işlevselliğin geliştirilmesinde de önemli roller üstlendiği bildirilmektedir (Hsieh vd., 2022; Černe Kolaric vd., 2024).

Şizofrenide evde bakım hizmetleri yalnızca klinik belirtilerin izlenmesini değil, psikososyal rehabilitasyonun desteklenmesini de kapsamaktadır. Özellikle sosyal becerilerin geliştirilmesi, günlük yaşam aktivitelerinin sürdü-

rülmesi, öz bakım yeterliliğinin artırılması ve toplum kaynaklarına erişimin desteklenmesi rehabilitasyon sürecinin temel bileşenleri arasında yer almaktadır. Ev ortamında yürütülen rehabilitasyon çalışmaları, öğrenilen becerilerin günlük yaşama aktarılmasını kolaylaştırarak bireyin eğitim, istihdam ve sosyal yaşama katılımını desteklemektedir (Solmi vd., 2022).

Aile desteği şizofreni bakımında belirleyici bir role sahiptir. Kronik ruhsal hastalıklarda bakımın büyük bölümü aile üyeleri tarafından yürütülmekte ve bu durum bakım verenler üzerinde önemli psikolojik, sosyal ve ekonomik yükler oluşturabilmektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetleri kapsamında aile üyelerine yönelik psikoeğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Ailelerin hastalık belirtilerini, relaps işaretlerini ve kriz durumlarını tanıyabilmesi; tedavi sürecine etkin katılımı ve bakım veren yükünün azaltılması açısından önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar, ev ziyaretleri kapsamında sunulan aile psikoeğitiminin bakım veren yükünü azalttığını ve aile işlevselliğini geliştirdiğini göstermektedir (Solmi vd., 2022; Wahyuningsih vd., 2025).

Şizofreni tanılı bireylerde fiziksel sağlık sorunları genel nüfusa göre daha sık görülmektedir. Antipsikotik ilaçlara bağlı kilo artışı, metabolik sendrom, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar mortalite riskini artıran önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri yalnızca ruhsal belirtileri değil, fiziksel sağlık göstergelerini de düzenli olarak değerlendirmektedir. Beslenme alışkanlıklarının gözden geçirilmesi, fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi, kilo ve kan basıncı izlemleri ile sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi evde bakım uygulamalarının önemli bileşenleri arasında yer almaktadır (Soares vd., 2025; Walburg vd., 2023).

4.2. Bipolar Bozuklukta Evde Bakım, Hemşirelik Yaklaşımları, Rol ve Sorumluluklar

Bipolar bozukluk; manik, hipomanik ve depresif dönemlerle seyreden, bireyin psikososyal işlevselliğini önemli ölçüde etkileyen kronik bir duygudurum bozukluğudur. Hastalık aile yaşamı, çalışma hayatı ve toplumsal roller üzerinde belirgin kayıplara yol açabilmektedir. Bu nedenle bakım süreci yalnızca farmakolojik tedaviyi değil, toplum temelli ve iyileşme odaklı yaklaşımları da içermektedir (Nierenberg vd., 2023; Hegedüs vd., 2025).

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte bipolar bozuklukta evde bakım uygulamaları giderek daha fazla önem kazanmıştır. Evde bakım hizmetleri, bireyin günlük yaşam düzeni, aile ilişkileri, sosyal işlevselliği ve tedaviye uyumunun doğal yaşam ortamında değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Klinik ortamda kısa süreli görüşmeler sırasında fark edilmesi güç olan birçok davranışsal değişiklik, ev ziyaretleri aracılığıyla daha erken dönemde tanımlanabilmektedir. Özellikle bireyin günlük yaşam düzeni, uyku alışkanlıkları, sosyal ilişkileri, aile içi etkileşimleri ve tedaviye uyum düzeyi ev

ortamında daha gerçekçi biçimde değerlendirilebilmektedir (Wynn ve Bystad, 2022; Hegedüs vd., 2025).

Bipolar bozuklukta evde bakımın temel amaçlarından biri, yaklaşan atakların erken belirtilerinin tanınması ve relapsların önlenmesidir. Hastalığın yineleyici yapısı nedeniyle manik veya depresif dönemlerin prodromal belirtilerinin erken dönemde fark edilmesi büyük önem taşımaktadır. Uyku süresinde azalma, enerji düzeyinde artış, konuşkanlıkta belirgin yükselme, iritabilite, dürtüsel davranışlarda artış ve riskli karar verme eğilimleri yaklaşan bir manik dönemin habercisi olabilmektedir. Benzer şekilde sosyal geri çekilme, ilgi kaybı, enerji azalması, umutsuzluk düşünceleri ve günlük işlevsellikte gerileme ise depresif bir dönemin erken belirtileri arasında yer almaktadır. Düzenli ev ziyaretleri sayesinde bu belirtilerin erken dönemde fark edilmesi mümkün olmaktadır uyuşmaktadır ve gerekli klinik müdahaleler zamanında başlatılabilmektedir (Zeighami, Raeisollahi ve Ranjbaran, 2021; Vázquez, Tintó, Arjona, Martínez ve Díaz, 2023; Nierenberg vd., 2023).

Farmakolojik tedaviye uyumun sürdürülmesi bipolar bozuklukta evde bakımın en önemli bileşenlerinden biridir. Özellikle manik dönemlerde görülen içgörü kaybı, bireyin kendisini tamamen iyileşmiş hissetmesi veya ilaçların yan etkilerinden rahatsız olması tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilmektedir. Hemşireler ilaç kullanımını ve yan etkileri izlemekte, psikoeğitim yoluyla tedaviye uyumu desteklemektedir. Ayrıca bireyin ilaç tedavisine ilişkin kaygılarının ele alınması ve güvene dayalı terapötik ilişkinin geliştirilmesi, tedaviye bağlılığın güçlendirilmesine katkı sağlamaktadır (Hsieh vd., 2022; Lau vd., 2022).

Bipolar bozuklukta biyolojik ritimlerin korunması relapsların önlenmesinde temel belirleyicilerden biri olarak kabul edilmektedir. Araştırmalar, uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulmaların manik ve depresif atakları tetikleyebildiğini göstermektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetleri kapsamında bireyin günlük yaşam düzeninin değerlendirilmesi önemli bir yer tutmaktadır. Hemşireler uyku düzeni, beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimini değerlendirerek sağlıklı yaşam davranışlarını desteklemektedir. Düzenli uyku, dengeli beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimine yönelik danışmanlık hizmetleri, bakım sürecinin önemli bileşenleri arasında yer almaktadır (Walburg vd., 2023; Soares vd., 2025).

Bipolar bozuklukta psikososyal işlevselliğin korunması ve geliştirilmesi evde bakım uygulamalarının önemli amaçlarından biridir. Özellikle tekrarlayan ataklar sonrasında bireylerde mesleki işlevsellikte azalma, sosyal ilişkilerde bozulma ve öz güven kaybı görülebilmektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetleri yalnızca semptomların izlenmesine değil, bireyin toplumsal rollerinin sürdürülmesine de odaklanmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerinin planlanması, sosyal ilişkilerin desteklenmesi, problem çözme becerilerinin

geliştirilmesi ve bireyin üretken faaliyetlere katılımının teşvik edilmesi psikososyal rehabilitasyonun temel bileşenleri arasında yer almaktadır. İyileşme odaklı yaklaşım doğrultusunda bireyin güçlü yönlerinin desteklenmesi ve öz yeterlilik algısının artırılması hedeflenmektedir (Solmi vd., 2022; Wynn ve Bystad, 2022; Mousavizadeh ve Jandaghian Bidgoli, 2023).

Aile desteği bipolar bozukluk bakımında merkezi bir öneme sahiptir. Bununla birlikte uzun süreli bakım sorumluluğu aile üyelerinde tükenmişlik, kaygı, ekonomik zorlanma ve sosyal kısıtlanma gibi sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetleri kapsamında aileye yönelik psikoeğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Aile üyelerine hastalığın doğası, atak belirtileri, ilaç tedavisi, kriz yönetimi ve iletişim becerileri hakkında bilgi verilmesi hem tedaviye uyumu artırmakta hem de bakım veren yükünü azaltmaktadır. Araştırmalar, aile temelli psikoeğitim programlarının relaps oranlarını azalttığını ve bakım sonuçlarını iyileştirdiğini göstermektedir (Kızıllırmak, Ertem ve Kılıçaslan, 2023; Solmi vd., 2022; Wahyuningasih vd., 2025).

Bipolar bozuklukta kriz yönetimi de evde bakım hizmetlerinin önemli bileşenlerinden biridir. Ağır manik dönemlerde dürtüsel davranışlar, riskli kararlar ve psikotik belirtiler; depresif dönemlerde ise intihar düşünceleri ve kendine zarar verme davranışları görülebilmektedir. Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri düzenli değerlendirmeler aracılığıyla risk belirtilerini izlemekte, güvenlik planlaması yapmakta ve gerekli durumlarda bireyin uygun sağlık hizmetlerine yönlendirilmesini sağlamaktadır. Erken müdahale yaklaşımı, krizlerin ağırlaşmasını önleyerek hastane yatışlarının azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Drake ve Bond, 2021; Soares vd., 2025).

Toplum temelli bakım modellerinde halk sağlığı hemşireleri ve toplum ruh sağlığı hemşireleri yalnızca semptomları izleyen profesyoneller değil; aynı zamanda bakım koordinatörü, danışman, eğitici ve savunucu rollerini üstlenmektedir. Hemşireler psikiyatristler, aile hekimleri, sosyal hizmet uzmanları ve aile üyeleri arasında koordinasyon sağlayarak bakımın sürekliliğini desteklemektedir. Özellikle kronik seyirli bipolar bozuklukta bakımın kesintisiz sürdürülmesi, relapsların önlenmesinde ve bireyin toplum içindeki işlevselliğinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır (Mousavizadeh ve Jandaghian Bidgoli, 2023; Hegedüs vd., 2025).

4.3. Majör Depresif Bozuklukta Evde Bakım, Hemşirelik Yaklaşımları, Rol ve Sorumluluklar

Majör depresif bozukluk, çökkün duygu durum, ilgi ve istek kaybı, enerji azalması ve işlev kaybı ile karakterize yaygın bir ruhsal bozukluktur. Hastalığın özellikle orta ve ağır şiddetteki formlarında öz bakımın azalması, sosyal geri çekilme, üretkenlik kaybı ve intihar düşüncelerinde artış görülebilmektedir. Depresyonun kronikleşebilmesi ve yineleyici özellik gösterebilmesi nedeniyle bakım sürecinin yalnızca akut belirtilerin tedavisiyle sınırlı tutulmaması;

bireyin uzun dönem iyilik hâlini destekleyen, işlevselliğini artıran ve relapsları önlemeyi amaçlayan toplum temelli yaklaşımlarla sürdürülmesi gerekmektedir (Cuijpers, Stringaris ve Wolpert, 2020; Steinman vd., 2023).

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte majör depresif bozuklukta evde bakım uygulamaları giderek daha fazla önem kazanmıştır. Evde bakım hizmetleri, bireyin doğal yaşam ortamında değerlendirilmesine olanak sağlayarak depresif belirtilerin günlük yaşam üzerindeki etkilerinin daha kapsamlı biçimde anlaşılmasını mümkün kılmaktadır. Klinik ortamda gerçekleştirilen kısa süreli görüşmeler sırasında gözden kaçabilen sosyal izolasyon, öz bakım yetersizlikleri, aile içi sorunlar, ekonomik güçlükler ve çevresel stres etmenleri ev ziyaretleri sırasında daha ayrıntılı biçimde değerlendirilebilmektedir. Böylece bakım planı yalnızca semptomların azaltılmasına değil, bireyin yaşam koşullarının iyileştirilmesine ve işlevselliğinin artırılmasına da odaklanabilmektedir (Katsuki, Watanabe, Yamada, ve Hasegawa, 2022).

Majör depresif bozuklukta evde bakımın temel amaçlarından biri belirtilerin erken dönemde tanınması ve relapsların önlenmesidir. Depresyon çoğu zaman yavaş gelişen ve başlangıçta fark edilmesi güç belirtilerle ortaya çıkabilmektedir. Uyku düzenindeki değişiklikler, enerji azalması, ilgi kaybı, sosyal geri çekilme, günlük sorumlulukların ihmal edilmesi ve öz bakımda bozulma gibi belirtiler yaklaşan bir depresif dönemin erken işaretleri olabilmektedir. Düzenli ev ziyaretleri sayesinde bu belirtiler erken dönemde tanınabilmekte ve gerekli müdahaleler zamanında başlatılabilmektedir. Erken müdahalenin depresyonun kronikleşmesini önlediği, işlev kaybını azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmektedir (Katsuki vd., 2022; Johnson vd., 2022).

Majör depresif bozuklukta intihar riski, evde bakım hizmetlerinin en kritik klinik sorumluluk alanlarından birini oluşturmaktadır. Özellikle ağır depresif dönemlerde görülen yoğun umutsuzluk, değersizlik düşünceleri, çaresizlik hissi ve sosyal izolasyon bireyin intihar davranışı açısından riskini artırabilmektedir. Bu nedenle evde bakım sürecinde gerçekleştirilen değerlendirmelerde intihar düşünceleri, plan varlığı, önceki girişimler, sosyal destek düzeyi ve kriz belirtileri sistematik biçimde ele alınmalıdır. Ev ortamında yapılan değerlendirmeler, bireyin yaşam koşullarının ve risk oluşturan çevresel etmenlerin daha gerçekçi biçimde analiz edilmesine olanak sağlamaktadır. Halk sağlığı hemşireleri bu süreçte risk değerlendirmesi yapmakta, güvenlik planları oluşturmakta ve gerekli durumlarda bireyin uygun ruh sağlığı hizmetlerine yönlendirilmesini sağlamaktadır. Toplum temelli kriz müdahalelerinin intihar riskinin erken tanınması ve krizlerin yönetilmesinde önemli katkılar sağladığı bildirilmektedir (Johnson vd., 2022; Soares vd., 2025).

Depresyon bakımında tedaviye uyumun desteklenmesi evde bakım hizmetlerinin temel bileşenlerinden biridir. Antidepresan ilaçların etkilerinin genellikle birkaç hafta içerisinde ortaya çıkması, bazı bireylerde görülen yan

etkiler ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalanma algısı tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilmektedir (Cuijpers vd.,2020).

Majör depresif bozuklukta evde bakım uygulamalarının önemli bileşenlerinden biri de davranışsal aktivasyon girişimleridir. Depresyon nedeniyle bireylerde sıklıkla görülen enerji kaybı, motivasyon eksikliği ve sosyal geri çekilme davranışları zamanla işlevselliğin daha da azalmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle ev ziyaretleri sırasında bireyin günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmekte ve kademeli olarak aktivite düzeyinin artırılmasına yönelik planlamalar yapılmaktadır. Günlük rutinlerin yeniden yapılandırılması, bireyin hoşlandığı etkinliklere yönlendirilmesi, sosyal ilişkilerin desteklenmesi ve fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi davranışsal aktivasyonun temel unsurları arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalar, davranışsal aktivasyon temelli müdahalelerin depresif belirtilerin azaltılmasında etkili olduğunu göstermektedir. (Cuijpers vd.,2020; Almeida vd., 2022).

Depresyonun yönetiminde psikososyal destek ve sosyal işlevselliğin güçlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır. Depresif bireylerde sıklıkla görülen yalnızlık, sosyal geri çekilme ve toplumsal katılımın azalması, hastalığın sürmesine katkıda bulunabilmektedir. Evde bakım hizmetleri bireyin sosyal destek kaynaklarının belirlenmesine ve toplum kaynaklarına erişimin kolaylaştırılmasına olanak sağlamaktadır. Halk sağlığı hemşireleri bireyin aile üyeleri, arkadaşları ve sosyal çevresiyle olan ilişkilerini değerlendirmekte; gerektiğinde sosyal hizmetler ve toplum temelli destek programlarıyla bağlantı kurulmasına aracılık etmektedir (). Böylece bireyin yalnızca klinik iyileşmesi değil, toplumsal yaşama yeniden katılımı da desteklenmektedir (Steinman vd., 2023; Soares vd., 2025).

Depresyon bakımında aile desteği önemli bir yere sahiptir. Özellikle kronik veya yineleyici depresyon yaşayan bireylerin aile üyeleri de bakım sürecinden önemli ölçüde etkilenebilmektedir (Kızılırmak vd., 2023). Uzun süreli bakım sorumluluğu, bakım verenlerde tükenmişlik, kaygı ve geleceğe yönelik belirsizlik duygularına yol açabilmektedir Bu nedenle evde bakım hizmetleri kapsamında aile üyelerine yönelik psikoeğitim ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Ailelerin depresyon belirtilerini tanıyabilmesi, kriz durumlarında uygun destek sağlayabilmesi ve tedavi sürecine etkin katılım gösterebilmesi bakımın başarısını artırmaktadır. Psikoeğitim uygulamalarının hem bakım veren yükünü azalttığı hem de tedavi sonuçlarını iyileştirdiği bildirilmektedir (Kızılırmak vd., 2023; Solmi vd., 2022; Wahyuningsih vd., 2025).

Son yıllarda dijital ruh sağlığı uygulamaları da depresyon bakımının önemli bileşenlerinden biri hâline gelmiştir. Mobil uygulamalar, tele-sağlık görüşmeleri, çevrim içi psikoeğitim programları ve internet temelli psikolojik müdahaleler bakımın sürekliliğini desteklemektedir. Özellikle yüz yüze hizmetlere erişimin sınırlı olduğu durumlarda dijital uygulamalar bireylerin

profesyonel destek almasını kolaylaştırabilmektedir. Ayrıca uyku düzeni, fiziksel aktivite düzeyi ve duygu durum değişikliklerinin dijital araçlarla izlenmesi, relaps belirtilerinin erken dönemde fark edilmesine katkı sağlayabilmektedir. Rehberli internet temelli psikolojik müdahalelerin depresif belirtileri azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte dijital uygulamaların kullanımında veri güvenliği, mahremiyet ve erişilebilirlik konularının dikkate alınması gerekmektedir (Kister vd., 2023; Kayama vd., 2025; Löchner vd., 2025).

Toplum temelli bakım modellerinde halk sağlığı hemşireleri ve toplum ruh sağlığı hemşireleri yalnızca belirtileri izleyen sağlık profesyonelleri değil; aynı zamanda eğitici, danışman, savunucu ve bakım koordinatörü rollerini üstlenmektedir. Hemşireler psikiyatristler, aile hekimleri, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve aile üyeleri arasında koordinasyon sağlayarak bakımın sürekliliğini desteklemektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri ile toplum ruh sağlığı hizmetleri arasındaki iş birliği, depresyonun erken tanınması ve sürdürülebilir bakımın sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Toplum ruh sağlığı hemşireliği hizmetlerinin depresyon yönetiminde hastane yatışlarını azalttığı, bakım sürekliliğini güçlendirdiği ve yaşam kalitesini artırdığı bildirilmektedir (Kayama vd., 2025).

4.4. Anksiyete Bozuklukları, Komorbid Durumlar ve Kişilik Bozukluklarında Evde Bakım, Hemşirelik Yaklaşımları, Rol ve Sorumluluklar

Anksiyete bozuklukları, travma ile ilişkili bozukluklar ve kişilik bozuklukları; kronikleşme eğilimleri, yüksek işlev kaybına yol açmaları ve sıklıkla diğer ruhsal ya da fiziksel hastalıklarla birlikte görülmeleri nedeniyle toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin önemli hedef grupları arasında yer almaktadır. Özellikle uzun süreli kaygı belirtileri, kaçınma davranışları, kişilerarası ilişkilerde güçlükler ve duygusal düzenleme sorunları zaman içerisinde bireyin toplumsal yaşama katılımını sınırlandırabilmektedir. Bu nedenle çağdaş ruh sağlığı hizmetlerinde yalnızca semptomların azaltılmasına odaklanan yaklaşımlar yeterli görülmemekte; bireyin işlevselliğini, yaşam kalitesini ve toplumsal katılımını merkeze alan toplum temelli bakım modelleri ön plana çıkmaktadır (Sloover, van Est, Janssen, Hilbink, ve van Ee, 2022; Conroy, Maruca-Sullivan, Lane, ve Cook, 2022).

Evde bakım hizmetleri, bu hasta gruplarında bireyin belirtilerini doğal yaşam ortamında değerlendirme fırsatı sunması açısından önemli avantajlar sağlamaktadır. Ev ziyaretleri, özellikle panik bozukluk, agorafobi ve sosyal anksiyete bozukluğunda kaçınma davranışlarının, çevresel tetikleyicilerin ve işlevsellik üzerindeki etkilerinin doğal yaşam ortamında değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Böylece bakım planları yalnızca semptomların şiddetine göre değil, bireyin gerçek yaşam koşulları ve işlevsellik düzeyi dikkate alınarak oluşturulabilmektedir.

Anksiyete bozukluklarında evde bakımın temel amaçlarından biri, belirtilerin kronikleşmesini önlemek ve bireyin işlevselliğini sürdürmesini desteklemektir. Ev temelli bakım, baş etme becerilerinin ve maruziyet temelli yaklaşımların günlük yaşamda uygulanmasını destekleyerek işlevselliğin korunmasına katkı sağlamaktadır. Bu süreçte halk sağlığı hemşireleri, bireyin kaygı düzeyini izleyerek ilerlemeyi değerlendirmekte ve terapötik hedeflerin sürdürülmesine destek olmaktadır (Soares vd., 2025). Anksiyete bozukluklarında uyku düzeninde bozulma, kaçınma davranışlarında artış, panik atak sıklığında yükselme, obsesif düşüncelerin yoğunlaşması veya sosyal geri çekilmenin belirginleşmesi yaklaşan bir kötüleşmenin erken belirtileri olabilmektedir. Düzenli ev ziyaretleri sayesinde bu değişiklikler erken dönemde fark edilebilmekte ve gerekli müdahaleler zamanında planlanabilmektedir. Halk sağlığı hemşireleri bu süreçte sistematik ruhsal durum değerlendirmeleri yapmakta, belirtilerdeki değişimleri izlemekte ve bireyin tedavi planına uyumunu desteklemektedir). Sürekli ve güvene dayalı bir terapötik ilişkinin kurulması, bireyin yardım arama davranışını güçlendirmekte ve bakımın sürekliliğini desteklemektedir (Soares vd., 2025; Wynn ve Bystad, 2022; Hegedüs vd., 2025).

Travma sonrası stres bozukluğu ve diğer travma ile ilişkili bozukluklarda evde bakım hizmetleri, özellikle hizmete erişimde güçlük yaşayan bireyler açısından önemli fırsatlar sunmaktadır. Travmatik yaşantılar sonrasında gelişen kaçınma davranışları, hipervijilans, yoğun kaygı ve sosyal geri çekilme bireyin sağlık kuruluşlarına başvurmasını zorlaştırabilmektedir. Ev ortamında sunulan bakım, bireyin kendisini daha güvenli hissettiği bir ortamda destek almasına olanak sağlayarak tedaviye katılımı kolaylaştırabilmektedir. Dijital ruh sağlığı uygulamaları ve çevrim içi danışmanlık hizmetleri, özellikle hizmete erişimde güçlük yaşayan bireylerde bakımın sürekliliğini desteklemekte ve belirtilerin azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte dijital uygulamaların kullanımında mahremiyetin korunması, veri güvenliği ve erişilebilirlik konularının dikkatle ele alınması gerekmektedir (Sloover, van Est, Janssen, Hilbink, ve van Ee, 2022; Conroy, Maruca-Sullivan, Lane, ve Cook, 2022).

Kişilik bozukluklarında evde bakım hizmetleri ise daha çok bakımın sürekliliğini sağlama, krizleri önleme ve bireyin işlevselliğini destekleme amacı taşımaktadır. Özellikle sınırda kişilik bozukluğunda görülen duygusal düzensizlik, dürtüsellik, yoğun kişilerarası çatışmalar ve kendine zarar verme davranışları bakım sürecini karmaşık hâle getirebilmektedir. Bu nedenle evde bakım uygulamalarında kriz belirtilerinin erken tanınması, güvenlik planlarının oluşturulması ve bireyin sağlık sistemi ile bağlantısının sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır. Halk sağlığı hemşireleri, düzenli izlem ve terapötik iletişim aracılığıyla bireyin duygu düzenleme becerilerini desteklemekte, kriz durumlarında uygun yönlendirmeleri yapmakta ve bakımın sürekliliğini sağlamaktadır. Kişilik bozukluklarında temel tedavi yaklaşımı psikoterapi olmakla birlikte, evde bakım hizmetleri bireyin tedaviye bağlılığını sürdürme-

sinde ve işlevselliğini korumasında önemli bir destekleyici rol üstlenmektedir (Maconick et al., 2023; Soares vd., 2025).

Anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları sıklıkla depresyon, madde kullanım bozuklukları ve kronik fiziksel hastalıklarla birlikte görülmektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetlerinde yalnızca ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi yeterli değildir. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kronik ağrı sendromları ve diğer fiziksel sağlık sorunları da bakım planının bir parçası olarak ele alınmalıdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde çeşitli engellerle karşılaştıkları ve fiziksel sağlık gereksinimlerinin çoğu zaman yeterince karşılanamadığı bildirilmektedir. Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri, fiziksel sağlık izlemi, sağlık taramalarına yönlendirme ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişimin desteklenmesi konusunda önemli sorumluluklar üstlenmektedir (Rogers, Wieman, ve Baker, 2020; Hanna, Caspi, Houts, Moffitt, ve Torvik, 2024; Correia vd., 2025).

Aile ve sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi de bu hasta gruplarında evde bakımın temel bileşenlerinden biridir. Anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları yalnızca bireyi değil, aile sistemini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle psiko eğitim uygulamaları, aile danışmanlığı ve bakım veren desteği evde bakım programlarının ayrılmaz parçaları olarak değerlendirilmelidir. Halk sağlığı hemşireleri, aile üyelerinin hastalık hakkında bilgi edinmelerini sağlayarak destekleyici iletişim becerilerinin geliştirilmesine katkıda bulunmakta ve bakım yükünün azaltılmasını hedeflemektedir (Sun vd., 2022; Hanna, Caspi, Houts, Moffitt, ve Torvik, 2024; Soares vd., 2025).

Toplum ruh sağlığı hemşireliği uygulamalarının anksiyete bozuklukları, travma ile ilişkili bozukluklar ve kişilik bozukluklarında yalnızca semptom kontrolü ile sınırlı olmadığı; aynı zamanda bireyin psikolojik, sosyal, fiziksel ve manevi iyilik hâlini destekleyen bütüncül bir bakım yaklaşımı sunduğu bildirilmektedir. Bu kapsamda halk sağlığı hemşireleri yalnızca bakım sağlayıcı değil; aynı zamanda danışman, eğitici, savunucu ve bakım koordinatörü rollerini de üstlenmektedir. Toplum kaynaklarına yönlendirme, sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, damgalanma ile mücadele ve hizmetler arası koordinasyon bu rollerin önemli bileşenleri arasında yer almaktadır (Brimah et al., 2024; Hanna vd., 2024; Hegedüs, Hasler, ve Scheydt, 2025).

5. RUHSAĞLIĞI YÖNETİMİNDE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELERİNİN ROLLERİ VE SORUMLULUKLARI

5.1. Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri ve Görev Alanları

Psikiyatrik hastalıkların artan yaygınlığı, kronikleşme eğilimleri ve bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönemli etkileri, ruh sağlığı hizmetlerinde koruyucu ve toplum temelli yaklaşımların önemini artırmıştır. Bu dönüşüm sürecinde halk sağlığı hemşireleri (Public Health Nurses, PHN) ve

toplum ruh sağlığı hemşireleri (Community Mental Health Nurses, CMHN), ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde merkezi bir konuma sahip olmuştur (“Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist Interventions,” 2024). Kurum temelli bakım modellerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişle birlikte hemşirelerin rolü yalnızca klinik bakım uygulamalarıyla sınırlı kalmamış; ruh sağlığının geliştirilmesi, erken tanılama, bakım koordinasyonu, psikoeğitim, rehabilitasyon, savunuculuk ve toplum kaynaklarının harekete geçirilmesini kapsayan geniş bir sorumluluk alanına dönüşmüştür. Günümüzde halk sağlığı hemşireleri, bireylerin yalnızca mevcut ruhsal sorunlarını yönetmekle değil, aynı zamanda ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasını önlemeye ve toplumun genel ruh sağlığını güçlendirmeye yönelik faaliyetlerle de aktif biçimde ilgilenmektedir (Martins, Pinho, Vidal, ve Lopes, 2026).

Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, halk sağlığı yaklaşımının temel ilkeleri doğrultusunda birincil, ikincil ve üçüncül korunma düzeylerinde yürütülmektedir. Birincil korunma kapsamında halk sağlığı hemşireleri, ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasını önlemeye yönelik girişimlerde bulunmaktadır. Bu doğrultuda toplumun ruh sağlığı konusunda bilinçlendirilmesi, stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi, psikolojik dayanıklılığın desteklenmesi ve ruhsal hastalıklara yönelik damgalanmanın azaltılması temel çalışma alanları arasında yer almaktadır (“Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist Interventions,” 2024). Özellikle çocuklar, ergenler, yaşlılar, bakım verenler, kronik hastalığı olan bireyler ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplar gibi risk altındaki nüfuslara yönelik yürütülen eğitim ve farkındalık çalışmaları, ruhsal sorunların ortaya çıkma riskini azaltmada önemli katkılar sağlamaktadır. Ayrıca okul, aile sağlığı merkezi ve toplum merkezleri gibi farklı ortamlarda gerçekleştirilen psikoeğitim programları, bireylerin sağlıklı baş etme becerileri geliştirmelerine ve ruhsal iyilik hallerini güçlendirmelerine destek olmaktadır (van Ginneken vd., 2021).

İkincil korunma düzeyinde halk sağlığı hemşirelerinin temel amacı, ruhsal sorunların erken dönemde tanınmasını ve uygun müdahalelerin zamanında başlatılmasını sağlamaktır. Depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve diğer yaygın ruhsal hastalıkların erken belirtilerinin tanınması, hastalığın ilerlemesini önleyebilmek açısından büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda hemşireler, standartlaştırılmış tarama araçları ve yapılandırılmış değerlendirme yöntemlerinden yararlanarak bireylerin ruhsal durumlarını sistematik biçimde değerlendirmektedir (Soares vd., 2025; Silva, Silva, Martins, Cardoso, ve Jurema, 2025). Özellikle depresif belirtiler, anksiyete düzeyi, intihar düşünceleri ve işlevsellik kayıplarının erken dönemde belirlenmesi, uygun tedavi ve destek hizmetlerine yönlendirmeyi kolaylaştırmaktadır. Bunun yanında kriz durumlarının erken fark edilmesi, intihar riskinin değerlendirilmesi, güvenlik planlarının oluşturulması ve gerekli du-

rumlarda multidisipliner ekip üyeleriyle iş birliği içerisinde acil müdahalelerin planlanması da halk sağlığı hemşirelerinin önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır (van Ginneken vd., 2021; Soares vd., 2025).

Üçüncül korunma hizmetlerinde ise odak noktası, ruhsal hastalıkların yol açtığı işlev kayıplarını azaltmak ve bireyin toplum içindeki bağımsız yaşamını sürdürebilmesini desteklemektir. Şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk ve diğer kronik ruhsal hastalıklarda halk sağlığı hemşireleri; tedaviye uyumun sürdürülmesi, relapsların önlenmesi, psikososyal rehabilitasyonun desteklenmesi ve bireyin toplumsal entegrasyonunun güçlendirilmesi amacıyla kapsamlı bakım hizmetleri sunmaktadır. Düzenli ev ziyaretleri, semptom izlemeleri, ilaç yönetimi, aile danışmanlığı ve sosyal beceri geliştirme çalışmaları bu sürecin temel bileşenlerini oluşturmaktadır. Böylece bireyin yalnızca klinik iyilik hâli değil, yaşam kalitesi, sosyal katılımı ve bağımsız yaşam becerileri de desteklenmektedir (Yıldız, 2021; Hegedüs vd., 2025).

Toplum ruh sağlığı hemşirelerinin görev alanları günümüzde doğrudan bakım hizmetlerinin ötesine geçerek bakım koordinasyonu, sağlık geliştirme, eğitim, liderlik, yönetim ve araştırma faaliyetlerini de kapsamaktadır. Hegedüs vd., (2025) tarafından gerçekleştirilen bütünleştirici inceleme, toplum ruh sağlığı hemşireliğinin bu çok boyutlu yapısını ortaya koymakta ve hemşirelerin ruh sağlığı hizmetlerinin farklı düzeylerinde kritik roller üstlendiğini göstermektedir. Doğrudan bakım kapsamında hemşireler bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlık durumlarını değerlendirmekte, ev ziyaretleri gerçekleştirmekte, ilaç tedavilerini izlemekte ve psikososyal destek sağlamaktadır (Hegedüs vd., 2025). Bunun yanında bakım koordinasyonu işlevi aracılığıyla psikiyatristler, aile hekimleri, sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık profesyonelleri arasında iletişim ve iş birliğini sürdürerek hizmetlerin bütüncül biçimde yürütülmesine katkı sağlamaktadırlar. Özellikle çoklu kronik hastalığı bulunan bireylerde fiziksel ve ruhsal sağlık hizmetlerinin entegrasyonu, bakım sürekliliğinin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır (Yıldız, 2021; Hegedüs vd., 2025;).

Halk sağlığı hemşireleri aynı zamanda ruh sağlığının geliştirilmesine yönelik eğitim faaliyetlerinde de aktif rol üstlenmektedir. Bireylere, ailelere ve topluma yönelik yürütülen psikoeğitim programları aracılığıyla ruhsal hastalıkların belirtileri, tedavi süreçleri, baş etme becerileri ve destek kaynakları hakkında bilgi verilmekte; böylece bireylerin ruh sağlığı okuryazarlığının artırılması hedeflenmektedir. Bolton vd. (2023) tarafından geliştirilen C4 çerçevesi, toplum düzeyinde sunulan psikoeğitim, temel danışmanlık, tedaviye uyum desteği ve izlem hizmetlerinin önemli ölçüde hemşireler ve birinci basamak sağlık çalışanları tarafından yürütülebileceğini göstermektedir. Bu yaklaşım, ruh sağlığı hizmetlerinin yalnızca uzman merkezlerde değil, toplumun yaşadığı ortamlar içerisinde de etkili biçimde sunulabileceğini ortaya koymaktadır (Bolton, 2023; Bolton vd., 2023; “Review: Expanding mental health services,” 2023).

Son yıllarda toplum ruh sağlığı hemşirelerinin liderlik ve savunuculuk rolleri de giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Ruhsal hastalığı olan bireyler çoğu zaman damgalanma, ayrımcılık, sosyal dışlanma ve sağlık hizmetlerine erişimde güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri yalnızca bakım sunan profesyoneller değil; aynı zamanda bireylerin haklarını savunan, hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıran ve toplumda ruh sağlığı farkındalığını artırmaya yönelik çalışmalar yürüten savunucular olarak da görev yapmaktadır. Bunun yanında araştırma ve kalite geliştirme faaliyetlerine katılarak kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılmasına ve ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Bolton vd., 2023; “Review: Expanding mental health services,” 2023; Hegedüs vd., 2025; Yaday, 2025).

6. SONUÇ

Ruh sağlığı hizmetlerinde son yarım yüzyılda yaşanan dönüşüm, kurumsal bakım merkezli yaklaşımlardan toplum temelli bakım modellerine doğru önemli bir paradigma değişimini beraberinde getirmiştir. Deinstitutionelleşme süreci ile birlikte ruhsal hastalığı olan bireylerin mümkün olduğunca kendi yaşam ortamlarında desteklenmesi, bağımsız yaşam becerilerinin korunması ve toplumsal yaşama aktif katılımlarının sürdürülmesi çağdaş ruh sağlığı politikalarının temel hedeflerinden biri hâline gelmiştir. Bu dönüşüm, evde bakım hizmetlerini ve toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarını psikiyatrik bakımın vazgeçilmez bileşenleri arasına taşımıştır

Psikiyatrik hastalıklarda evde bakım hizmetleri; kapsamlı değerlendirme, tedaviye uyumun desteklenmesi, kriz müdahalesi, psikoeğitim, aile desteği, psikososyal rehabilitasyon, fiziksel sağlık izlemi ve dijital ruh sağlığı uygulamalarını içeren çok boyutlu bir bakım yaklaşımı sunmaktadır. Şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, travma ile ilişkili bozukluklar ve kişilik bozuklukları gibi farklı ruhsal hastalıklarda yürütülen toplum temelli bakım uygulamalarının; relaps oranlarının azaltılması, hastaneye yatışların önlenmesi, tedaviye uyumun artırılması, işlevselliğin korunması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından önemli katkılar sağladığı görülmektedir. Bununla birlikte evde bakım hizmetleri yalnızca bireyin klinik belirtilerine değil; sosyal ilişkilerine, aile sistemine, yaşam koşullarına ve fiziksel sağlık gereksinimlerine de odaklanarak bütüncül bir bakım anlayışını desteklemektedir

Bu süreçte halk sağlığı hemşireleri ve toplum ruh sağlığı hemşireleri, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temel aktörleri olarak öne çıkmaktadır. Hemşireler yalnızca doğrudan bakım sağlayan profesyoneller değil; aynı zamanda bakım koordinatörü, eğitimci, danışman, savunucu, rehabilitasyon destekleyicisi ve terapötik ilişkinin sürdürücüsü rollerini üstlenmektedir. Erken tanılama, risk değerlendirmesi, kriz yönetimi, ilaç uyumunun desteklenmesi, psikoeğitim uygulamaları, aile danışmanlığı ve toplum kaynakları-

na yönlendirme gibi çok boyutlu sorumlulukları sayesinde bireylerin toplum içinde bağımsız ve üretken yaşamlarını sürdürmelerine katkı sağlamaktadır. Özellikle kronik ruhsal hastalıklarda bakımın sürekliliğinin sağlanması ve relapsların önlenmesi açısından hemşirelik izlemlerinin kritik öneme sahip olduğu görülmektedir.

Gelecekte ruh sağlığı hizmetlerinin gelişiminde dijital sağlık teknolojilerinin giderek daha belirleyici bir rol üstlenmesi beklenmektedir. Telepsikiyatri uygulamaları, mobil ruh sağlığı platformları, dijital semptom izlem sistemleri, yapay zekâ destekli risk değerlendirme araçları ve uzaktan bakım modelleri, ruh sağlığı hizmetlerine erişimin artırılmasına önemli katkılar sağlayabilecek potansiyele sahiptir. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan bireyler, hareket kısıtlılığı bulunan hastalar ve düzenli izlem gereksinimi olan kronik ruhsal hastalık grupları için dijital uygulamalar bakım sürekliliğini güçlendirebilecektir. Bununla birlikte dijitalleşme sürecinin veri güvenliği, mahremiyet, etik ilkeler ve dijital eşitsizlikler açısından dikkatle yönetilmesi gerekmektedir. Bu nedenle geleceğin ruh sağlığı hizmetlerinde teknolojik yeniliklerin insan merkezli bakım anlayışıyla bütünleştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Önümüzdeki dönemde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin daha da güçlendirilmesi için disiplinler arası iş birliğinin artırılması, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, ruh sağlığı insan gücünün geliştirilmesi ve halk sağlığı hemşirelerinin ruh sağlığı alanındaki yetkinliklerinin desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetleri ile toplum ruh sağlığı hizmetleri arasındaki entegrasyonun güçlendirilmesi, erken müdahale programlarının yaygınlaştırılması ve bakım verenlere yönelik destek mekanizmalarının geliştirilmesi ruh sağlığı politikalarının öncelikli alanları arasında yer almalıdır.

Sonuç olarak psikiyatrik hastalıklarda evde bakım ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, yalnızca hastalık belirtilerinin yönetilmesini değil; bireyin iyileşme sürecinin desteklenmesini, toplumsal katılımının güçlendirilmesini ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri ve toplum ruh sağlığı hemşireleri ise bu yaklaşımın merkezinde yer alan profesyoneller olarak, ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilir, sürdürülebilir ve etkili biçimde sunulmasında kritik bir rol üstlenmektedir. Gelecekte toplum temelli bakım modellerinin ve dijital ruh sağlığı uygulamalarının gelişimiyle birlikte hemşirelerin ruh sağlığı alanındaki liderlik ve koordinasyon rollerinin daha da güçlenmesi beklenmektedir. Bu doğrultuda toplum merkezli, iyileşme odaklı ve insan hakları temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması, ruh sağlığının geliştirilmesi açısından temel bir öncelik olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Almeida, O. P., Patel, H., Velasquez, D., Kelly, R., Lai, R., Ford, A. H., . . . Lautenschlager, N. T. (2022). Behavioral activation in nursing homes to treat depression (BAN-Dep): Results from a clustered, randomized, single-blinded, controlled clinical trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(12), 1313-1323. doi:10.1016/j.jagp.2022.05.003
2. Besoain-Cornejo, A. M., Gil-Girbau, M., Alouali-Moussakhkhar, M., Baladón Higuera, L., Sáez, J., & Rubio-Valera, M. (2025). Exploring lived experiences in home-based psychiatric care: A qualitative study of service users, families, and professionals in Spain. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1670470. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1670470>
3. Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: Core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine*, 53(16), 7504-7511. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>
4. Bolton, P., West, J., Whitney, C., Jordans, M. J. D., Bass, J. K., Thornicroft, G., . . . Raviola, G. (2023). Expanding mental health services in low- and middle-income countries: A task-shifting framework for delivery of comprehensive, collaborative, and community-based care. *Global Mental Health*, 10. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.5>
5. Brimah, I. P., Mankata, D. O., Karikari, M., Baxey, E. S., Thomas, A. K. B., Asamoah, E., . . . Okafor, A. J. (2024). A qualitative study of the psychosocial, physical and spiritual benefits and challenges experienced by psychiatric patients engaging community mental health services. *Journal of Mental Health and Behavioral Sciences*, 15(2), 112-125. <https://doi.org/10.4314/jmhbs.v15i2.4>
6. Černe Kolarič, J., Plemenitaš Ilješ, A., Kraner, D., Gönc, V., Lorber, M., Mlinar Reljić, N., . . . Kmetec, S. (2024). Long-term impact of community psychiatric care on quality of life amongst people living with schizophrenia: A systematic review. *Healthcare*, 12(17), 1750. <https://doi.org/10.3390/healthcare12171750>
7. Cham, C. Q., Ibrahim, N., Siau, C. S., Kalamani, C. R., Ho, M. C., Yahya, A. N., . . . Lee, K. W. (2022). Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare*, 10(12), 2423. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122423>
8. Correia, R. H., Peterson, S., McCracken, R., Kaoser, R., Putman, A., Gallant, F., . . . Lavergne, M. R. (2025). Does mental illness history affect primary care chronic disease management in older adults? A population-based propensity score-matched study. *Age and Ageing*, 54(9). <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf246>
9. Fan, Y., Fan, A., Yang, Z., & et al. (2025). Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2021: Results from the Global Burden of Disease Study 2021. *BMC Psychiatry*, 25, 486. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06932-y>
10. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019:

- A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
11. Hanna, M. R., Caspi, A., Houts, R., Moffitt, T. E., & Torvik, F. A. (2024). Co-occurrence between mental disorders and physical diseases: a study of nationwide primary-care medical records. *Psychological Medicine*, 1–13. <https://doi.org/10.1017/s0033291724002575>
 12. Hanna, M. R., Caspi, A., Houts, R., Moffitt, T. E., & Torvik, F. A. (2024). Co-occurrence between mental disorders and physical diseases: A study of nationwide primary-care medical records. *Psychological Medicine*, 1–13. <https://doi.org/10.1017/s0033291724002575>
 13. Hegedüs, A., Hasler, M., & Scheydt, S. (2025). Tasks and Activities of Community Mental Health Nurses: Integrative Review and Thematic Analysis. https://doi.org/10.31234/osf.io/2ae4y_v1
 14. Hsieh, W. L., Yeh, S. T., Liu, W. I., Li, I. H., Lee, S. K., & Chien, W. T. (2022). Improving medication adherence in community-dwelling patients with schizophrenia through therapeutic alliance and medication attitude: A serial multiple mediation model. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1017–1026. <https://doi.org/10.2147/PPA.S351848>
 15. Katsuki, F., Watanabe, N., Yamada, A., & Hasegawa, T. (2022). Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 8(5), e148. doi:10.1192/bjo.2022.543
 16. Kayama, M., Kido, Y., Funakoshi, A., Mori, M., Miyamoto, Y., Matsui, M., . . . Setoya, N. (2025). Characteristics of home-visit nursing stations and psychiatric home-visit nursing service users requiring frequent visits and support coordination in Japan. *Global Health & Medicine*, 7(4), 279-285. <https://doi.org/10.35772/ghm.2025.01070>
 17. Keynejad, R. C., Spagnolo, J., & Thornicroft, G. (2022). Mental healthcare in primary and community-based settings: Evidence beyond the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide. *BMJ Mental Health*, 25(e1), e1-e7. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300401>
 18. Kızılırmak, B., Ertem, M., & Kılıçaslan, E. E. (2023). Kronik ruhsal hastalıkların yönetiminde bakım verici olmak: Fenomenolojik nitel bir araştırma. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 20(1), 16-25. <https://doi.org/10.14687/jhs.v20i1.6370>
 19. Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S. H., Brunoni, A. R., . . . Szatmari, P. (2024). Worldwide prevalence and disability from mental disorders across childhood and adolescence: Evidence from the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*, 81(4), 347-356. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5051>
 20. Kister, K., Laskowski, J., Dybała, E., & Makarewicz, A. (2023). Are we ready for telepsychiatry? Benefits and challenges of digital psychotherapy. *Current Problems of Psychiatry*, 24, 52-67. <https://doi.org/10.12923/2353-8627/2023-0005>
 21. Lau, C. L. L., Hor, C. Y., Ong, S. T., Roslan, M. F., Beh, X. Y., Permal, D., & Rama,

- S. (2022). Home medication management problems and associated factors among psychiatric patients using home care pharmacy services at government hospitals in western Malaysia. *BMC Health Services Research*, 22(1), 726. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08069-0>
22. Lohrasbi, F., Alavi, M., Akbari, M., & Maghsoudi, J. (2023). Promoting psychosocial health of family caregivers of patients with chronic mental disorders: A review of challenges and strategies. *Chonnam Medical Journal*, 59(1), 31-47. <https://doi.org/10.4068/cmj.2023.59.1.31>
23. Löchner, J., Carlbring, P., Schuller, B., Torous, J., & Sander, L. B. (2025). Digital interventions in mental health: An overview and future perspectives. *Internet Interventions*, 40, 100824. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100824>
24. Martins, V., Pinho, L., Vidal, C., & Lopes, M. (2026). HOME-ENGAGE-Exploring stakeholder perspectives in developing a model for psychiatric home hospitalisation: A study protocol. *International Journal of Integrated Care*, 26(S1), 1–8. <https://doi.org/10.5334/ijic.8542>
25. Mousavizadeh, S. N., & Jandaghian Bidgoli, M. A. (2023). Recovery-oriented practices in community-based mental health services: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 18(3), 332–351. <https://doi.org/10.18502/ijps.v18i3.13013>
26. Nierenberg, A. A., Agustini, B., Köhler-Forsberg, O., Cusin, C., Katz, D., Sylvia, L. G., . . . Berk, M. (2023). Diagnosis and treatment of bipolar disorder: A review. *JAMA*, 330(14), 1370–1380. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.18588>
27. Ravan, J. R., Pattnaik, J. I., Samal, B., & Das, S. (2023). Validity of biopsychosocial model of intervention in contemporary medical practice: Walking a few extra miles. *Journal of Integrative Medicine and Research*, 1(2), 74–79. https://doi.org/10.4103/jimr.jimr_1_23
28. Rogers, A. H., Wieman, S., & Baker, A. W. (2020). Anxiety Comorbidities: Mood Disorders, Substance Use Disorders, and Chronic Medical Illness. *Humana, Cham*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-30687-8_5
29. Rosen, A., Rosen, A., Rosen, A., Gill, N. S., Salvador-Carulla, L., & Salvador-Carulla, L. (2020). The future of community psychiatry and community mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 375–390. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000620>
30. Sharma, P., & Chaudhary, S. (2023). Community Psychiatry and Psychosocial Rehabilitation: Role of Nursing Personnel. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7886307>
31. Silva, E. J. R., Silva, L. R. de A., Martins, R. C., Cardoso, H., & Jurema. (2025). Papel da enfermagem no cuidado aos pacientes com depressão na atenção primária. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 11(9), 2289–2299. <https://doi.org/10.51891/rease.v11i9.21063>
32. Simona, D., & Marshall, B. (2017). *A Historical Perspective of Treatment and Discharge Planning for the Seriously, Chronically, Mentally Ill Patient: A Review of the Literature*. 2(1), 1–7. <https://doi.org/10.4172/2573-0347.1000129>

33. Sloover, M., van Est, L. A., Janssen, P. G., Hilbink, M., & van Ee, E. (2022). A meta-analysis of mentalizing in anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders, and trauma and stressor related disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 92, 102641. doi:10.1016/j.janxdis.2022.102641
34. Soares, M., Martins, V., Tomás, M., Sousa, L., Nascimento, T., Costa, P., . . . Lucas, P. (2025). Psychiatric home hospitalization: The role of mental health nurses—A scoping review. *Healthcare*, 13(3), 231. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030231>
35. Solmi, M., Croatto, G., Piva, G., Rosson, S., Fusar-Poli, P., Rubio, J. M., . . . Correll, C. U. (2023). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in schizophrenia: Systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *Molecular Psychiatry*, 28(1), 354-368. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01727-z>
36. Steinman, L., Xing, J., Court, B., Coe, N. B., Yip, A., Hill, C., . . . Snowden, M. (2023). Can a home-based collaborative care model reduce health services utilization for older Medicaid beneficiaries living with depression and co-occurring chronic conditions? A quasi-experimental study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 50(5), 712-724. <https://doi.org/10.1007/s10488-023-01271-0>
37. Şermet, R. E. (2025). Ruh sağlığında ilaçla tedavi, psikoterapi ve terapötik yaşam tarzı değişikliklerini kapsayacak bütüncül bir yaklaşım. *Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 69-78. <https://doi.org/10.71230/arsagbil.1506008>
38. Tholen, M. G., Martin, A., Stemeseder, T., Vikoler, T., Wageneder, B., Aichhorn, W., & Kaiser, A. K. (2024). Evaluation of a flexible assertive community treatment (FACT) program for patients with severe mental illness: An observational study in Salzburg, Austria. *International Journal of Mental Health Systems*, 18(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00628-8>
39. Thornicroft, G. (2022). Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: Paradigm shifts or power shifts?. *World Psychiatry*, 21(3), 334-335. <https://doi.org/10.1002/wps.21000>
40. Tjaden, C., Mulder, C. L., den Hollander, W., Castelein, S., Delespaul, P., Keet, R., . . . Kroon, H. (2021). Effectiveness of resource groups for improving empowerment, quality of life, and functioning of people with severe mental illness: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 78(12), 1309-1318. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2880>
41. van Ginneken, N., Chin, W. Y., Lim, Y. C., Ussif, A., Singh, R., Shahmalak, U., . . . Lewin, S. (2021). Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(8), CD009149. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009149.pub3>
42. Vázquez, I. D., Tintó, A. L., Arjona, C. H., Martínez, M. B., & Díaz, A. C. (2023). Accompanying mental health problems at home: Preliminary data from a crisis resolution and home treatment team in Catalonia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30, 974-982. <https://doi.org/10.1111/jpm.12918>

43. Walburg, F. S., van Meijel, B., Hoekstra, T., Kol, J., Pape, L. M., de Joode, J. W., . . . Adriaanse, M. (2023). Effectiveness of a lifestyle intervention for people with a severe mental illness in Dutch outpatient mental health care: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 80(9), 886-894. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1566>
44. World Health Organization. (2021). Mental health. Retrieved November 10, 2021, from https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
45. Wynn, R., & Bystad, M. (2022). The integration of home-based interventions for psychiatric care. *International Journal of Integrated Care*, 22(S2). <https://doi.org/10.5334/ijic.icic22441>
46. Yadav, N. (2025). Recent Trends and Challenges of Delivery of Inclusive Mental Healthcare. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17085127>



YAŞLILIKTA EVDE BAKIM

“ ”

Buşra ARIK ŞEN¹

Belkıs CAN²

1 Öğretim Görevlisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği PhD, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gediz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tele Sağlık Teknikerliği Programı, Kütahya, Türkiye, ORCID: 0000-0003-2131-2751

2 Öğretim Görevlisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği PhD, Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Anestezi Programı, Aydın, Türkiye, ORCID: 0000-0002-6587-3078

Giriş

Yaşlanma; kişilerin doğduğu andan başlayarak ölüm anına kadar durdurulamaz ve önlenemez bir biçimde sahip oldukları bedensel, ruhsal, sosyal ve psikolojik tüm yetilerin zaman içinde azaldığı ve kaybolduğu bir süreçtir (Kuzu ve ark., 2018). Yaşlanmanın çeşitli alt tipleri vardır. Bunlar;

✓ Kronolojik yaşlanma (doğum tarihi ile başlayan ve ölüme kadar geçen süre)

✓ Biyolojik yaşlanma (organizmada meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler),

✓ Ekonomik ve sosyal yaşlanma (yaşlı bireyin hayattaki rol ve işlevlerindeki değişimler)

✓ Psikolojik yaşlanma (özellikle emeklilik dönemi ile başlayan yaşlı bireyin yeni hayatına psikolojik olarak adapte olması) şeklinde sınıflandırılmaktadır (Cankurtaran, 2013; Datlı Yakaryılmaz, 2022).

Dünya Sağlık Örgütü ve bilim insanlarının kabul ettiği bilimsel anlamdaki takvimsel yaşlılık sınırı 64 yaşın bitimi ve 65 yaşın başlangıcı kabul edilmektedir. Yaşlılıkta üç evre olduğundan bahsedilmektedir. Bu evreler;

o 65-75 yaş arası: Erken Yaşlılık Evresi

o 75-85 yaş arası: Orta Yaşlılık Evresi

o 85 yaş ve üzeri: İleri Yaşlılık Evresi olarak sınıflandırılmaktadır (Tümerdem, 2006).

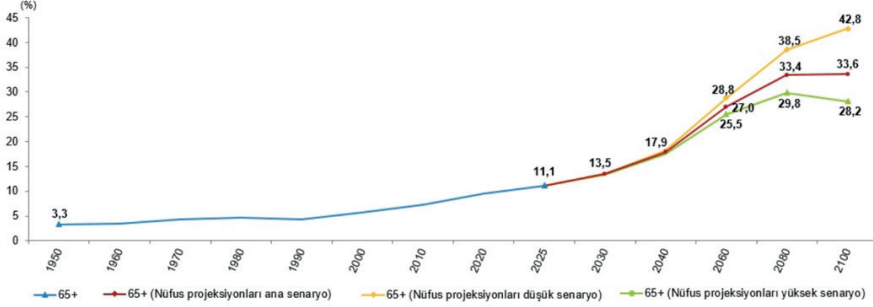
Yaşlı nüfusun oranı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gün geçtikçe artmakta ve tahmin edilen nüfus projeksiyonlarına bakıldığında da bu oranların gelecek yıllarda daha da artacağı düşünülmektedir. Bilim ve teknolojinin gelişmesi, teknolojinin her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kullanılmaya başlanması sonucu hastalıkların tedavi imkanlarının ve sağ kalım oranlarının artırılması, kentleşme, sanayileşme ve doğum oranlarının azalması beklenen yaşam süresini artırmış, insan ömrü uzamış dolayısıyla da yaşlı nüfus oranında artış görülmeye başlanmıştır (Gürer, Küdür Çırpan & Atalan Özlen, 2019; Arun, 2015).

TÜİK 2025 yılı verilerine göre; yaşlı nüfus olarak değerlendirilen 65 yaş üstü kişilerin nüfusu 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi iken son beş yılda artış göstererek 9 milyon 583 bin 59 kişiye yükseldiği tespit edilmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2020 yılında %9,5 iken 2025 yılında bu oran %11,1'e yükselmiştir. Bu zamana kadar olan yükselmeler dikkate alınarak mevcut yapının devam edeceğini öngören nüfus projeksiyonlarına göre 2030 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %13,5, 2040 yılında %17,9, 2060 yılında %27,0, 2080 yılında %33,4 ve 2100 yılına gelindiğinde

ise %33,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2025). Öngörülen nüfus projeksiyonlarının artış grafiği Şekil 1 de şematize edilmiştir.

Şekil 1. Yaşlı Nüfus Oranı 1950-2100

Yaşlı nüfus oranı, 1950-2100



(TÜİK, 2025)

Demografik dönüşümün etkisiyle yalnızca Türkiye’de değil, dünya genelinde de yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Dünya yaşlı nüfusunun 2050 yılı itibarıyla 1,97 milyar kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Avrupa Bölgesi, toplam nüfusunun yaklaşık %20’sinin yaşlı bireylerden oluşması nedeniyle dünyanın yaşlı nüfus oranı en yüksek bölgesi olarak kabul edilmektedir. Mevcut projeksiyonlar, önümüzdeki 20 yıl içerisinde bu oranın %29’a ulaşacağını göstermektedir (Gürer, Küdür Çırpan & Atalan Özlen, 2019). Yaşlı nüfusun ve beklenen yaşam süresinin artması; bağımlı nüfus oranının yükselmesine, bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının artmasına ve ileri yaşlarda ortaya çıkan sağlık sorunlarının tedavi maliyetlerinin yükselmesine neden olmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerini daha yoğun kullanan yaşlı nüfusun artışı, sağlık harcamalarının da önemli ölçüde yükselmesine yol açmaktadır (Sönmez & Çevik, 2021). Yaşanan ve öngörülen tüm bu demografik dönüşümlere bağlı olarak kronik hastalıkların oluşma prevalansının artması, önümüzdeki yıllarda sağlık ve bakım hizmetine olan talebin daha da artacağını, sağlık hizmeti sunulmasında yaşanabilecek personel ve materyal eksikliklerinin olabileceğini akıllara getirmektedir. Bu durum özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylere karşı koruyucu, bakım verici, önleyici, sürdürülebilir bakım yaklaşımlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ülkemize kıyasla daha yaşlı bir nüfus yapısına sahip olan ve benzer zorlukları daha önce yaşamış olan Avrupa Ülkeleri, artan bu sağlık ve sosyal gereksinimlerin karşılanabilmesi için sağlık ve sosyal hizmetlerin entegre hizmet sunumu modeli olan evde bakım hizmeti işleyen bir model haline getirmişler ve her geçen gün evde bakımın kalitesini, kapsamını artırmaya devam etmişlerdir (Meriç Çağdaş & Yabancı Ayhan, 2017; Aksoy, Kahveci, Şencan, Kasım & Özkara, 2015). Yaşlanma süreci geri dönüşü olmayan ve herkes için kaçınılmaz

bir süreçtir fakat bu sürecin sağlıklı, kaliteli bir şekilde karşılanması ve sürdürülmesi imkanlar dahilindedir (Sönmez & Çevik, 2021). Sağlıklı yaşlanma ve yaşlılık döneminde de kaliteli, eşit ve layık olduğu gibi bir sağlık hizmeti alabilmek için geliştirilen sağlık politikaları sayesinde yaşlı bireylere verilebilecek koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile yaşlıların bağımsız yaşayabilmeleri mümkün kılınabilmektedir. Yaşlılıkta uzun yaşamının yanında nitelikli yaşamak da son derece önemlidir ve bu kaliteli, sağlıklı, nitelikli yaşamayı belirleyen faktörler ve hizmetler önemli hale gelmektedir (Gürer, Küdür Çırpan & Atalan Özlen, 2019). Ülkemizde ve Dünya’da yaşlı nüfusun giderek artması, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ilkesinin önem kazanması ve sağlıklı yaşlanmanın desteklenmesi gerekliliği doğrultusunda, yaşlı bireylerin yaşamlarının son dönemlerini daha sağlıklı ve kaliteli geçirebilmelerini sağlamak amacıyla çeşitli strateji ve eylem planları hayata geçirilmiştir. Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Hedefleri kapsamında; yaşlı bireylerin sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanabilecek olası eşitsizliklerin önlenmesi ve sürdürülebilir kalkınmanın bir toplumun refahı üzerindeki önemi vurgulanmıştır. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları toplumu tüm kesimlerini kapsayan birey merkezli bir yaklaşım benimsemekte ve her türlü eşitsizlikle mücadele edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu noktada halihazırda dezavantajlı bir grupta yer alan yaşlıların sağlık ve refah düzeylerinin, esenliklerinin ve yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik birtakım hedefler belirlenmiştir (UNDP, 2017). Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’ nin 3. Maddesi olan “Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına almak” da yaşlı sağlığına odaklanması gerektiği vurgulanmaktadır (T.C. SKA, 2019). Ayrıca ülkemizde yürürlükte olan On İkinci Kalkınma Planı (2024-2028)’ nda sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, yaşlı nüfusa yönelik koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ile sağlıklı yaşlanmanın desteklenmesine yönelik politika ve stratejilere yer verilmektedir. Bu kapsamda plana dâhil edilen bazı maddeler şu şekilde sıralanabilir:

656. Aktif yaşlanma çerçevesinde yaşlı bireylerin, sağlıklı yaşam biçimlerinin desteklenmesi ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin geliştirilmesi yoluyla ruhsal ve fiziksel olarak hastalıklardan korunması, yaşam boyu öğrenme fırsatlarından faydalandırılması ve kuşaklar arası ilişkilerin güçlendirilmesiyle toplumsal, kültürel ve ekonomik hayata etkin katılımlarının sağlanması, fiziksel ve ekonomik bağımsızlıklarının korunması ile yaşam kalitelerinin yükseltilmesi hedeflenmektedir.

712.3. Yaşlı sağlığı (geriatri) ve palyatif bakım hizmetleri sunan merkezlerin sayısı artırılacak, evde sağlık ve bakım hizmetleriyle entegrasyonu sağlanacak ve yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırılacaktır.

805. Aktif ve sağlıklı yaşlanma için yaşlılara sunulan sağlık ve bakım hizmetlerinin etkinliğinin ve kalitesinin artırılması sağlanacaktır.

805.4. Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi artırılacaktır (T.C. On ikinci Kalkınma Hedefleri, 2023). Bu hedef ve stratejiler, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin artırılması, sağlıklı yaşlanmanın desteklenmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından önemli bir yol haritası oluşturmakta; bu doğrultuda evde bakım ve evde sağlık hizmetleri de yaşlı bireylerin sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında önemli bir uygulama alanı olarak öne çıkmaktadır. Yaşlılık dönemi pek çok zorluğun da başladığı ve baş gösterdiği dönemlerden biridir. Emekliliğin olması ile birlikte gelen ekonomik zorluklar, hastalıkların görülmeye başlanması ile oluşan fizyolojik zorlanmalar, toplumda kendini işe yaramaz ve fazlalık gibi hissetme düşüncelerinden dolayı yaşanan psikolojik tükenmişlikler gibi pek çok zorluk görülmeye başlanmaktadır. Tüm bu zorlukların artması ile birlikte yaşlılar kendi ihtiyaçlarını kendi karşılayamaz hale gelmektedir. Bu noktada yaşlıların bakımlarının üstlenmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması için iki alternatif hizmet devreye girmektedir. Bunlar;

1. Kurum Bakımı

2. Evde Bakım

Kurumsal bakım hizmetleri kapsamında huzurevleri, rehabilitasyon merkezleri ve bakım merkezleri yer almakta olup, bu kurumlarda yaşlı bireylere yatılı ya da geçici süreli bakım ve destek hizmetleri sunulmaktadır.

Evde bakım merkezlerinde ise; yaşlının bakım ihtiyaçları herhangi başka bir kurumda değil kendi yaşadığı evinde ya da bakım aldığı ev ortamında gerçekleştirilmektedir (Çakır & Yaman, 2022).

Evde Bakım

Evde bakım; yaşlı, engelli, kronik rahatsızlığı bulunan ya da iyileşme sürecinde olan kişilerin kendi başına ya da evde bakımlarına yardımcı olabilecek kişiler tarafından gerçekleştirilemediği durumlarda ihtiyaçların profesyonel sağlık ekibi tarafından gerçekleştirildiği ve bu hizmet sağlanırken kişinin sosyal çevresinden ayrılmadan yaşamını devam ettirdiği ve evde almış olduğu profesyonel destek sistemi olarak tanımlanabilmektedir (Genç & Alptekin, 2013). Evde bakım hizmetleri, farklı ülkelerde farklı kavramlarla tanımlanmaktadır. Örneğin, İsrail’de “ev hastanesi”, Amerika Birleşik Devletleri’nde “evde bakım” veya “ev hemşireliği”, Batı Avrupa ülkelerinde ise “evde sağlık bakımı” ve “ev ziyareti” kavramları kullanılmaktadır. Her ne kadar terminolojide farklılıklar bulunsa da evde bakım, ev hastanesi, ev hospitalizasyonu, tıbbi evde bakım ve duvarsız hastane gibi kavramların temel amacı aynıdır. Bu hizmet modeli, bireyin hastane ortamına taşınmaksızın kendi yaşam alanında sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamayı ve bakım sürecini kişinin alışık olduğu ev ortamında sürdürmeyi amaçlamaktadır (Çoban & Esatoğlu, 2004; Bentur, 2001). Evde bakım sürecinde; uzun

sürekli bakım gereksinimi bulunan bireylerin ve birlikte yaşadığı aile üyelerinin günlük yaşam düzenlerinin en az düzeyde etkilenebileceği en uygun tedavi ve sağlık hizmetinin sunulması, hastalıkların olumsuz etkilerinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır (Fadıloğlu, 2013). Evde bakım hizmeti sunulurken amaçlanan hedefler; kişinin bakım hizmetini dezavantajlarına rağmen alabilmesi ve sağlık eşitliğinin sağlanması, sosyal yaşama ayak uydurmasının sağlanması, mutlu ve sağlıklı bir yaşam sürdürülerek toplumsal entegrasyonlarının sağlanması ve aile bireyleri üzerine düşen yükün hafifletilerek aile bağlarının güçlendirilmesi yer almaktadır (Cindoruk & Şen, 2009). Evde bakım ile kurum bakımı arasındaki temel farklılıklardan biri, bakım hizmetinin sunulduğu ortamdır. Evde bakım hizmetlerinde birey, alışkın olduğu yaşam ortamında bakım alırken; kurum bakımında farklı bir çevreye uyum sağlamak zorunda kalmaktadır. Bu durum, özellikle yaşlı bireylerde adaptasyon sürecine bağlı olarak çeşitli psikolojik zorlanmaların ortaya çıkmasına neden olabilmekte ve bakım sürecini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Buna karşılık, bireyin kendi ev ortamında bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmesi hastanede kalış süresinin kısalmasına katkı sağlamakta, uzun süreli hastane yatışlarının birey ve sağlık sistemi üzerinde oluşturabileceği ekonomik yükün azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Hasgöl, 2016). Evde bakımın en önemli avantajlarından biri de kişinin kendi sosyal ortamından ayrılmadan bakım hizmeti alması sebebi ile aile bireylerini bir arada tutmak ve geleneksel şekilde yaşlıların aile bireyleri ile bir arada olmasını sağlaması, iyileşmeyi hızlandırması ve bunun sonucu olarak da özellikle yaşlı bireylerin hayatlarının geri kalanında yaşam kalitesinin artmasını sağlamasıdır (Cindoruk & Şen, 2009; Gey & Yazar, 2019).

Evde bakım hizmeti alabilmesi tüm bireylerin eşit sağlık hakları arasındadır ve evde bakım hizmeti sunulurken sağlık ve sosyal hizmetler bütünleşmiş hizmet vermektedir. Evde bakım hizmetleri;

1- Sağlık Hizmetleri
2- Sosyal bakım hizmetleri,
3- Sosyal destek hizmetleri,
4- Psikolojik danışmanlık hizmetleri,
5- Cihaz ekipman hizmetleri,
6- Eğitim hizmetleri,
7- Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri,
8- Beslenme takibi,
9- Ulaşım desteği hizmetleri

olarak sınıflandırılabilmekte ve bu sınıflandırmadaki her bir hizmet bir-biri ile koordineli bir sistem içinde çalışmaktadır (Evde Bakım Derneği, 2010). Evde bakım hizmetleri, bakım gereksinimi bulunan bireylerin sağlık durum-

ları ve ihtiyaçlarına göre; koruyucu-önleyici, destekleyici-teşvik edici, tedavi edici-iyileştirici, rehabilite edici, akut (kısa süreli), kronik (uzun süreli), pal-yatif (semptom hafifletici) ve terminal bakım olmak üzere farklı kapsam ve içeriklerde sunulabilmektedir (WHO, 2004). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında hazırlamış olduğu raporda belirttiği üzere evde bakım hizmetlerinin yaşam kalitesini artırmak amacı ile her yaş ve gruptan farklı bakım gereksinimi olan bireylere verilebileceği belirtilmiştir. Evde bakım hizmetlerine gereksinim duyan gruplar arasında ise yaşlı bireyler öncelikli hedef kitle olarak öne çıkmaktadır (WHO, 2000). Evde bakım hizmeti formal ve informal bakım veren kişiler olmak üzere bakım veren kişilere göre iki farklı sınıflamaya ayrılabilir.

A) Formal Bakım

Bakım ihtiyacı olan kişilere alanında uzman olan ve bu alanda eğitim görmüş olan bir ekip ile bakım hizmeti sunulmaktadır. Bu ekipte; Doktor, Hemşire, Diyetisyen, Fizyoterapist, Sosyal Hizmet Uzmanı vb. kişiler yer almaktadır.

B) İnfomal Bakım

Bu bakım türünde ise; bakım ihtiyacı olan kişiye alanında uzman olmayan ve bu alanda eğitim almamış kişiler olan ama bakıma ihtiyacı olan kişinin yakınları olan eş, kardeş, anne, baba, evlat, akraba gibi kişilerin bakımı üstlenmesidir. Bu bakım türünde bakım veren kişiler ücretli ya da ücretsiz şekilde bakım verebilmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2015).

Evde Bakım Hizmetinin Avantaj ve Dezavantajları

Evde Bakım Avantajları

Küreselleşen dünyada yaşam beklentisinin artması, doğurganlık oranlarının azalması ve teknolojik gelişmeler sayesinde hastalıkların tanı ve tedavi olanaklarının iyileşmesi, bireylerin daha uzun yaşamalarını sağlamaktadır. Bununla birlikte, kronik hastalıklarla geçirilen yaşam süresinin uzaması da beraberinde çeşitli sağlık sorunları ve ekonomik sorunlar getirmektedir. Kronik hastalıklarla uzun yıllar yaşamak; bireysel sağlık harcamalarının ve sağlık sistemine yönelik mali yükün artmasına, sağlık hizmeti kullanımının yoğunlaşmasına ve hastanede kalış sürelerinin uzamasına neden olabilmektedir. Bu durumda da evde bakım hizmetlerinin hastanede kalış süresine göre daha konforlu olması ve maliyet açısından daha avantajlı olması evde bakım hizmetlerini avantajlı kılmakta ve evde bakım hizmetlerine yapılacak yatırımları ve iyileştirmeleri de zorunlu kılmaktadır (Uzan, Uzan, Sarıkaya & Toprak, 2018; Maç, 2018; Coşkun, 2011). Türkiye'de evde bakım hizmetlerine ilişkin ilk yasal düzenleme, 2005 yılında yayımlanan Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları Tarafından Sunulan Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönet-

melik ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülen evde sağlık hizmetleri uygulaması ise 2010 yılında 3895 sayılı Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'nin yürürlüğe girmesiyle başlatılmıştır. Bu düzenlemeler, evde bakım ve evde sağlık hizmetlerinin kurumsal bir yapıya kavuşturulması ve hizmet sunumunun standartlaştırılması açısından önemli bir dönüm noktası olmuştur (Mevzuat, 2005).

Evde bakımın kurum bakımı ile kıyas edilirse birçok avantajı vardır. Bu avantajlar şu şekilde sıralanabilir;

- Evde bakım hizmeti alan bireyin hijyenik gereksinimleri kurum bakımı alan bireylere göre daha kolay karşılanabilmektedir çünkü kurum bakımında toplu bir alanda birlikte yaşamak zorunda olması enfeksiyon riskini artırmakta ve hijyen eksiklikleri yaşanmasına sebebiyet verebilmektedir.

- Evde bakım hizmeti alan birey uzun süredir yaşadığı ev ortamından alınmadığı için başka bir ortama adaptasyon süreci yaşamak zorunda değildir ve bu durum hastalığın iyileşme sürecini kısaltabilmektedir.

- Evde bakım alan kişilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri kurum bakımı alan kişilere oranla daha azdır.

- Özellikle terminal dönemde olan yaşlıların kurum bakımında değil de evde bakım hizmeti alması yaşam sonu dönemin daha konforlu ve huzur içinde geçirilmesini sağlarken aile bireylerinin de evde daha konforlu olmasını ve yaşadıkları durum ile daha kolay baş edebilmelerini sağlamaktadır.

- Evde bakım hizmeti alırken profesyonel ekiplerden destek alınması aile bireyleri üzerine düşen yükü azaltmakta ve bakıma destek olan kişilerin kendilerine de zaman ayırabilmelerine olanak tanıyabilmektedir.

- Evde bakım hizmetlerinin sunulması, hastanelerdeki sınırlı personel ve yatak kapasitesinin daha etkin kullanılmasına katkı sağlamakta, böylece kurum bakımına veya hastane yatışına gerçekten ihtiyaç duyan bireylerin bu hizmetlerden yararlanabilmesine olanak tanıyabilmektedir.

- Evde bakım hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleriyle entegre bir şekilde sunulması, kronik hastalıkların yönetimini destekleyerek bakım ve tedavi maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Pınar, 2010; Yılmaz ve ark., 2010).

Evde Bakım Dezavantajları

- Evde bakım hizmetinin avantajları olduğu kadar dezavantajları da bulunmaktadır. Evde bakım hizmeti sunulmasında sağlık personelinin hastanın her daim yanında olmaması evde bakım hizmetinin kısıtlılıkları arasında sayılabilmektedir. Evde girişimsel tedavi alan hastaların damar yollarında enfeksiyon gelişmesi, tromboz riskinin olması, evde aile bireylerinin hasta biri ile yaşamak istememesi bu duruma bağlı olarak aile ilişkilerinin

gerilmesi, hatalı bakım kaynaklı hastanın durumunda olumsuzluklar görülmesi evde bakımın dezavantajları arasında değerlendirilmektedir.

- Evde bakım her ne kadar alanında uzman kişiler ve profesyoneller tarafından verilecek olsa da aile bireyleri ya da bakım ihtiyacı olan birey ile sağlık personeli arasında iletişim eksiklerini beraberinde getirebilmektedir.

- Profesyonel olarak bunun eğitimini almamış aile bireyleri tarafından bireye evde bakım verilirken yemek yedirme, üstünü değiştirme, banyo yaptırma vb. kişinin temel ihtiyaçları karşılanırken bakım veren aile bireyleri yorulabilmekte ve bu durum aile fertlerinin baskı hissetmelerine sebep olabilmektedir (Karabağ, 2007; Karadağ, 2006).

Yaşlılıkta Evde Bakım Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşireliğinin Rolü

Bakım sağlayan sağlık profesyonellerinin en büyük grubunu temsil eden hemşireler, evde bakım ortamlarında çok önemli bir rol oynamaktadır (WHO, 2020). Özellikle, evde bakım alanında çalışan hemşireler kronik hastalıkları yönetmede, öz bakımı teşvik etmede, hastaneye kabulleri ve kurumsallaşma ihtiyacını azaltmada ve diğer meslekler arası iş birliğini geliştirmede stratejik bir rol üstlenirler (Lukewich, Edge, VanDenKerkhof, Williamson & Tranmer, 2018). Son zamanlarda toplum sağlığının korunmasında ve iyileştirilmesinde halk sağlığı hemşirelerinin üzerine düşen roller üzerine odaklanılmıştır. Bu değişim, yaşlanan popülasyonların ve kronik koşulların artan yaygınlığının yanı sıra akut bakım ortamlarına bir tamamlayıcı hizmet olarak ev tabanlı bakımın önemini vurgulayan COVID-19 pandemisi gibi belirli olaylardan kaynaklanmaktadır (Kang et.al., 2027). Sonuç olarak halk sağlığı hemşireleri, yaşlı bireylerin ev ortamında güvenli, bağımsız ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmeleri için koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin sunulmasında kilit role sahiptir. Yaşlanan nüfusun giderek arttığı günümüzde, evde bakım hizmetlerinin etkinliği ancak halk sağlığı hemşireliği yaklaşımının bakım süreçlerine holistik bir yaklaşımla entegre edilmesiyle mümkün olacaktır.

KAYNAKÇA

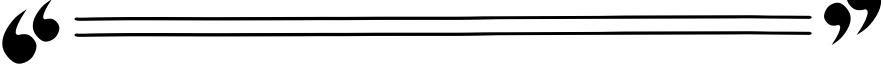
1. Arun, Ö. (2015). Eşitsizliklerin kavşağında: Çağdaş Türkiye’de Yaşlılık ve Sağlık. In D. Alptekin (Ed.), *Hasta Toplum* (pp. 125-144). Nobel yayınları.
2. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım İ, Özkara A (2015). Historical Progression And Implementation Of Home Care Services. *Turkish Medical Journal*: 7(1):118-123.
3. Bentur N. (2001). “Hospital At Home: What Is Its Place In The Health System”, *Health Policy*, 2001; 55:71-9.
4. Cankurtaran, M., (2013). Yaşlılık, Yaşlanma Mekanizmaları, Antiaging ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri. Erişim Adresi: [Http://www.Tihud.Org.Tr/Uploads/Content/Kongre/7/7.15.Pdf](http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/7/7.15.pdf) Erişim Tarihi: 22.06.2026.
5. Cindoruk, M., & Şen, İ., (2009). Yaşlının Evde Bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*: 29(Suppl): S110- S112.
6. Coşkun, N., (2011). Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti. T.C. Marmara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2011. İstanbul.
7. Çakır, G. & Yaman, Ö. M. (2022). Yaşlılara Evde Bakım Vermenin Bakım Veren Aileler Üzerindeki Etkilerinin Aile Kuramları Temelinde Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(2), 577-604. DOI:10.33417/ tsh.960879.
8. Çoban, M., & Esatoğlu, A., (2004). Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. *Journal of Medical Ethics* 12(2):109-120.
9. Datlı Yakaryılmaz, F., (2022). Yaşlanma Biyolojisi ve Fizyolojisi. İçinden Pratik Geriatri. 1-14 Galenos Yayınevi.
10. Evde Bakım Derneği. (Nisan 2010). Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı: Çalıştay Sonuç Raporu, Ankara.
11. Fadiloğlu Ç. (2013). (Ed; Fadiloğlu Ç, Ertem G, Aykar Ş F.) Evde Sağlık ve Bakım “Evde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Önemi”, Göktuğ Basın Yayın Dağıtım, Ss:3-13, Amasya.
12. Gürer, A., Küdür Çırpan, F., & Atalan Özlen, N. (2019). Yaşlı Bakım Hizmetleri. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 3(1), 1-6. <https://doi.org/10.35333/JOH-SE.2019.44>
13. Genç, Y., & Alptekin, K. (2013). “Korunmaya Muhtaç Yaşlılara Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Sunulması” Adlı Proje Üzerine Bir Araştırma. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(5). <https://doi.org/10.17828/yasbed.74526>
14. Gey, N., Yazar, O. 2019. “Kars İli Merkezde Evde Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı.” *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(3): 45–71.
15. Hasgöl, E. (2016). Evde Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanlarının İşlevleri ve Roller. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 7, 14-21.

16. Kang B, Oh EG, Kim S, Jang Y, Choi J, Konlan KD, et al. (2024). Roles And Experiences Of Nurses İn Primary Health Care During The COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *BMC Nursing*; 23(1):740. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02406-w>.
17. Karabağ H. (2007). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
18. Karadağ M. (2006). Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
19. Kuzu, A., Aydın, C., Yıldız, M., Erik, H. E., Keskinkılıç, H. G., Şengelen, M., & Aslan, D. (2019). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’nde Yaşlanma ve İlgili Ölçütlerin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(1), 17-25. <https://doi.org/10.17942/sted.378109>
20. Lukewich J, Edge DS, VanDenKerkhof E, Williamson T, Tranmer J. (2018). Team Composition And Chronic Disease Management Within Primary Healthcare Practices İn East- Ern Ontario: An Application Of The Measuring Organizational Attributes Of Primary Health Care Survey. *Primary Health Care Research & Development*. 19(6):622–628. <https://doi.org/10.1017/S1463423618000257>.
21. Maç, Ç E. 2018. “Erfelek İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.” *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* 10(5): 1–6.
22. Meriç Çağdaş S., & Yabancı Ayhan N., (2017). Yaşlılarda Evde Sağlık Hizmetleri ve Malnütrisyonun Önemi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*; 45(3):287-93.
23. Pınar, R., (2010). Türkiye’de Evde Bakımda Mevcut Durum. *Akademik Geriatri*; 153-156.
24. Sönmez, S., & Çevik, C. (2021). Yaşlılık ve Sağlıkta Eşitsizlikler. *Humanistic Perspective*, 3(2), 496-511. <https://doi.org/10.47793/hp.943515>
25. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar. Erişim Adresi: <https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/58231> Erişim Tarihi: 15.06.2026.
26. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S. (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*; 11(3): 125- 132.
27. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ve Göstergeleri (2019). Erişim Adresi: <http://www.surdurulebilirlikalkinma.gov.tr/amaclari/> Erişim Tarihi: 18.06.2026.
28. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Onikinci Kalkınma Hedefleri (2023). Erişim Adresi: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/12/On-Ikinci-Kalkinma-Plani_2024-2028_11122023.pdf Erişim Tarihi: 18.06.2026.
29. Türk Tabipleri Birliği, (2015). Evde Bakım Hizmetleri ile İlgili Sağlık Emek ve Meslek Örgütlerinin Görüş ve Yaklaşımları. Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/evdebakim.pdf> Erişim Tarihi: 15.06.2026.

30. Tümerdem, Y., (2006). Gerçek Yaş. Editöre Mektur. Turkish Journal of Geriatrics. 9 (3): 195-196 Erişim Adresi: https://geriatri.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TJG_310.pdf Erişim Tarihi: 18.06.2026.
31. T.C. Mevzuat Bilgi Sistemi. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 18.06.2026.
32. Uzan, M M., Uzan, G S., Sarıkaya, D., Toprak, D. (2018). “E2 Tipi İlçe Devlet Hastanesinde Evde Sağlık Hizmetleri.” Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 10(5): 11-14.
33. UNDP (2017). Ageing, older persons and the 2030 agenda for sustainable development. [Erişim tarihi: 14.12.2022] Erişim adresi: <https://www.undp.org/publications/ageing-older-persons-and-2030-agenda-sustainable-development> Erişim Tarihi:18.06.2026.
34. World Health Organization (2004). A Glossary Of Terms For Community Health Care And Services For Older Persons. WHO Centre For Health Development Ageing And Health Technical Report Vol. 5. P: 43-45. Erişim Adresi: <https://iris.who.int/Server/Api/Core/Bitstreams/8f9988e5-212a-4cda-B72e-763e23d75eae/Content> Erişim Tarihi: 18.06.2026.
35. World Health Organization (2000). Home-Based Long-Term Care. Erişim Adresi: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/14a017a1-5b77-48e7-b247-3d042e4f0f88/content> Erişim Tarihi: 18.06.2026.
36. World Health Organization (2020). State of the world's nursing investing in education, jobs and leadership. World Health Organization Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>. Erişim Tarihi: 18.06.2026.



EVDE PEDIATRİK PALYATİF BAKIM: GÜNCEL KANITLAR VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI



Pelin KARATAŞ¹

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD., Aydın, TÜRKİYE. karatas.pelin@hotmail.com ORCID: 0000-0001-9170-115X

Giriş

Çocukluk çağında yaşamı tehdit eden ya da yaşam süresini kısıtlayan hastalıklara sahip çocukların ve ailelerinin kendi yaşam ortamlarında aldıkları profesyonel destek hizmetleri, evde pediatrik palyatif bakımın temelini oluşturmaktadır (Hammer ve ark., 2023). Ev ortamında sunulan bakım, çocuğun günlük yaşam düzeninin korunmasına, aile üyeleriyle etkileşimin sürdürülmesine ve yaşam kalitesinin desteklenmesine katkı sağlamaktadır. Bu yaklaşım aynı zamanda çocuğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin aile merkezli bir anlayışla ele alınmasını mümkün kılmaktadır (van Teunenbroek et al., 2025).

Evde pediatrik palyatif bakım hizmetleri; çocuk hekimleri, pediatri hemşireleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları başta olmak üzere farklı disiplinlerden profesyonellerin iş birliğini gerektirmektedir. Bu süreçte pediatri hemşireleri semptom yönetimi, bakım koordinasyonu, aile eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinde önemli sorumluluklar üstlenmektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024). Günümüzde evde bakım uygulamalarının yaygınlaşması ve tele-sağlık gibi dijital olanaklarının gelişmesi, pediatrik palyatif bakım hizmetlerinin ev ortamında daha etkin biçimde sürdürülmesine katkı sağlamaktadır (van Teunenbroek et al., 2025; Cress, 2024).

Bu bölümde ev ortamında yürütülen pediatrik palyatif bakım süreçleri; klinik yönetim, kanıta dayalı pediatri hemşirelik girişimleri, aile merkezli bakım uygulamaları ve güncel bakım yaklaşımları çerçevesinde ele alınacaktır. Ayrıca evde bakım hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini destekleyen uygulamalara ilişkin güncel kanıtlar değerlendirilecektir.

1. Ev Ortamında Klinik Yönetimin Temelleri

Evde pediatrik palyatif bakım, yaşamı tehdit eden veya yaşamı sınırlandıran hastalıklara sahip çocukların bakım gereksinimlerinin kendi yaşam ortamlarında karşılanmasını amaçlayan bir hizmet modelidir (van Teunenbroek et al., 2025; Cress, 2024). Bu model, yalnızca semptom kontrolüne değil, aynı zamanda çocuğun günlük yaşamının sürdürülmesine ve ailenin bakım sürecine aktif katılımına odaklanır. Çocuğun alışık olduğu çevrede bulunması, aile üyeleriyle etkileşimini devam ettirmesi ve günlük rutinlerini koruyabilmesi, evde bakımın öne çıkan özellikleri arasında yer almaktadır (Wolff ve ark., 2010; Hammer ve ark., 2023).

Pediatrik palyatif bakım, yaşamın son dönemine özgü bir hizmet olarak değerlendirilmemelidir. Güncel yaklaşımlar, palyatif bakımın tanı anından itibaren hastalık sürecine entegre edilmesini önermektedir. Bu nedenle evde bakım hizmetleri, hastalığın farklı evrelerinde ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerin değerlendirilmesini ve bu gereksinimlere uygun girişimlerin planlanmasını kapsamaktadır (van Teunenbroek et al.,

2025; Cress, 2024). Pediatri hemşireleri, hekimler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık profesyonelleri bu süreçte ortak bir bakım planı doğrultusunda çalışmaktadır (Benini ve ark., 2022).

Ev ortamında klinik yönetimin merkezinde semptomların düzenli değerlendirilmesi yer almaktadır. Ağrı, dispne, yorgunluk, bulantı-kusma, beslenme sorunları, konstipasyon ve uyku bozuklukları pediatrik palyatif bakım alan çocuklarda sık görülen sorunlardır (Hammer ve ark., 2023). Bu semptomların erken fark edilmesi, şiddetinin izlenmesi ve uygun girişimlerin zamanında uygulanması bakımın temel amaçları arasındadır. Semptom değerlendirmesinde yaşa uygun ölçeklerin kullanılması ve bulguların düzenli olarak kayıt altına alınması önerilmektedir (van Teunenbroek et al., 2025; Cress, 2024).

Pediatri hemşireleri, evde yürütülen bakımın sürekliliğinde kilit bir konuma sahiptir. Düzenli değerlendirmeler yaparak çocuğun bakım gereksinimlerini belirler, bakım planını günceller ve aile ile sağlık ekibi arasındaki iletişimi sürdürürler. Ayrıca ağrı yönetimi, ilaç uygulamalarının izlenmesi, enteral beslenme desteği, trakeostomi bakımı, oksijen tedavisi ve cilt bütünlüğünün korunmasına yönelik girişimlerde aktif görev alırlar. Teknolojiye bağımlı çocukların bakımında hemşire danışmanlığı, olası komplikasyonların erken dönemde belirlenmesine yardımcı olmaktadır (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

Aile eğitimi evde bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Ebeveynlerin semptom değişikliklerini tanıyabilmesi, ilaçları doğru uygulayabilmesi ve acil durumlarda nasıl hareket edeceğini bilmesi bakımın güvenli biçimde sürdürülmesi açısından önem taşımaktadır (van Teunenbroek et al., 2025; Cress, 2024). Bu nedenle hemşireler tarafından verilen eğitimler yalnızca bilgi aktarımını değil, ailelerin bakım becerilerinin geliştirilmesini de hedeflemektedir. Eğitim gereksinimlerinin belirli aralıklarla yeniden değerlendirilmesi ve bakım planının buna göre güncellenmesi önerilmektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

Evde pediatrik palyatif bakımda psikososyal destek de klinik yönetimin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Uzun süreli bakım gereksinimi, ebeveynlerde bakım yükü, tükenmişlik ve kaygı gibi sorunlara yol açabilmektedir (Hammer ve ark., 2023). Bu nedenle ailelerin psikolojik gereksinimlerinin düzenli olarak değerlendirilmesi, gerektiğinde uygun destek hizmetlerine yönlendirilmesi ve kardeşlerin bakım sürecine ilişkin gereksinimlerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (van Teunenbroek et al., 2025; Cress, 2024).

2. Ev Ortamında Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Yönetimi

Pediatrik palyatif bakım alan çocuklarda hastalığın türüne, evresine ve eşlik eden klinik durumlara bağlı olarak çok sayıda fiziksel ve psikososyal semptom ortaya çıkabilmektedir. Semptom yükü özellikle hastalığın ilerleyen

dönemlerinde artmakta ve hem çocuğun yaşam kalitesini hem de ailenin bakım sürecini doğrudan etkilemektedir (Hammer ve ark., 2023). Bu nedenle ev ortamında bakımın temel hedeflerinden biri, semptomların erken dönemde tanınması, düzenli olarak değerlendirilmesi ve uygun girişimlerle kontrol altına alınmasıdır.

Evde takip edilen çocuklarda en sık bildirilen semptomlar arasında ağrı, yorgunluk, dispne, bulantı-kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, konstipasyon ve uyku sorunları yer almaktadır. Bu semptomlar sıklıkla bir arada görülmekte ve birbirlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Örneğin kontrol altına alınamayan ağrı uyku kalitesini bozarken, yetersiz beslenme yorgunluğu artırabilmektedir (Friedrichsdorf ve ark., 2015). Bu nedenle semptomların tek tek değerlendirilmesi yerine bütüncül bir yaklaşımla ele alınması önerilmektedir.

Hastalığın ileri evrelerinde bilinç düzeyinde değişiklikler, ajitasyon, deliryum, anksiyete, nöbetler ve boşaltım kontrolünde kayıp gibi belirtiler görülebilmektedir. Yaşamın son dönemlerinde periferik dolaşımın azalmasına bağlı olarak cilt rengine değişiklikler ortaya çıkabilmekte ve solunum paterninde belirgin farklılıklar gelişebilmektedir (Linebarger ve ark., 2022). Bu değişikliklerin aile tarafından beklenmedik ve kaygı verici olarak algılanabilmesi nedeniyle, hemşirelerin aileyi önceden bilgilendirmesi ve beklenen klinik değişiklikleri açıklaması önem taşımaktadır (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

Solunum semptomları evde pediatrik palyatif bakımda sık karşılaşılan sorunlar arasında yer almaktadır. Dispne, hızlı veya düzensiz solunum, apne dönemleri ve sekresyon birikimine bağlı gelişen solunum sesleri çocuklarda görülebilmektedir. Özellikle yaşamın son dönemlerinde yutkunma refleksinin zayıflaması üst hava yollarında sekresyon birikimine yol açabilmektedir (Friedrichsdorf ve ark., 2015; Linebarger ve ark., 2022). Bu durum çoğu zaman ailelerde ciddi kaygı yaratmakla birlikte, çocuk açısından her zaman rahatsızlık verici olmayabilir. Bu nedenle hemşirelerin hem semptom yönetimini sağlaması hem de aileyi semptomların klinik anlamı konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

Semptom yönetiminde hemşireler düzenli değerlendirme, bakım planlama, aile eğitimi ve girişimlerin uygulanması aşamalarında aktif sorumluluk üstlenmektedir. Yaşa uygun değerlendirme ölçeklerinin kullanılması, semptom şiddetindeki değişimlerin izlenmesi ve bakım planının bu doğrultuda güncellenmesi önerilmektedir. Ayrıca hemşireler, semptomların yalnızca fiziksel boyutlarını değil, çocuk ve aile üzerindeki psikolojik etkilerini de göz önünde bulundurarak bakım sürecini yürütmektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

2.1. Ev Ortamında Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Ağrı, pediatrik palyatif bakım alan çocuklarda en sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen semptomlardan biridir. Ağrı yönetiminde temel yaklaşım, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin birlikte kullanılmasıdır (van Teunenbroek ve ark., 2025). Ağrının düzenli olarak değerlendirilmesi, kullanılan tedavilerin etkinliğinin izlenmesi ve olası yan etkilerin belirlenmesi hemşirelik bakımının önemli bileşenleri arasında yer almaktadır (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

Farmakolojik tedavide opioidler, non-opioid analjezikler ve adjuvan ilaçlar çocuğun klinik özelliklerine göre kullanılabilir (Benini ve ark., 2022; Wolfe ve ark., 2015; van Teunenbroek ve ark., 2025).. Hemşireler ilaçların doğru uygulanmasını, yan etkilerin izlenmesini ve tedaviye verilen yanıtın değerlendirilmesini sağlamaktadır (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024)

Farmakolojik olmayan yöntemler de ağrı kontrolünün önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Masaj uygulamaları, gevşeme teknikleri ve dikkat dağıtma yöntemlerinin ağrı şiddetini azaltabildiği ve anksiyete düzeylerini düşürebildiği bildirilmektedir (Linebarger ve ark., 2022). Çocuğun yaşına ve gelişimsel özelliklerine uygun oyun etkinlikleri, hikâye anlatımı, resim yapma ve dijital uygulamalar dikkat dağıtma amacıyla kullanılabilir.

Ağrı yönetiminde fiziksel çevrenin düzenlenmesi de önemlidir. Uygun pozisyon verme, uyaranların azaltılması, yeterli dinlenmenin desteklenmesi ve ebeveynlerin bakım sürecine katılımının sağlanması çocuğun konforunu artırabilmektedir (Chang ve ark., 2013; Sousa ve ark., 2019; van Teunenbroek ve ark., 2025).

2.2. Solunum Distresi ve Sekresyon Yönetiminde Hemşirelik Girişimleri

Dispne, ilerleyici hastalıklarda sık görülen ve çocuk ile aile üzerinde önemli etkileri olan semptomlardan biridir. Solunum sıkıntısının değerlendirilmesi, nedenlerinin belirlenmesi ve uygun girişimlerin planlanması hemşirelik bakımının temel sorumlulukları arasındadır. Gerekğinde hekim istemi doğrultusunda farmakolojik tedaviler uygulanmakta, noninvaziv ventilasyon desteği kullanan çocuklarda cihaz kullanımına ilişkin eğitim ve izlem sürdürülmektedir (Linebarger ve ark., 2022; van Teunenbroek ve ark., 2025).

Sekresyon yönetiminde ilk basamak girişimler genellikle pozisyonlama ve sekresyon drenajını kolaylaştıran uygulamalardır. Baş ve gövdenin uygun şekilde desteklenmesi, sekresyonların hava yollarında birikmesini azaltabilmektedir. Bu girişimlerin yetersiz kaldığı durumlarda farmakolojik tedaviler değerlendirilebilmektedir (van Teunenbroek ve ark., 2025; Linebarger ve ark., 2022). Hemşireler aynı zamanda ailelerin sekresyonlara bağlı gelişen solunum seslerini anlamalarına yardımcı olmakta ve gereksiz kaygıyı azaltmaya yönelik eğitim vermektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

2.3. Gastrointestinal Semptomlar ve Hemşirelik Yönetimi

Gastrointestinal semptomlar, pediatrik palyatif bakım alan çocuklarda yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen sorunlar arasında yer almaktadır. Bulantı-kusma, konstipasyon, iştahsızlık ve kaşeksi hem hastalığın kendisine hem de uygulanan tedavilere bağlı olarak gelişebilmektedir. Bu semptomlar sıklıkla bir arada görülmekte, beslenme durumunu olumsuz etkilemekte ve çocuğun günlük aktivitelerini sınırlandırabilmektedir. Bu nedenle gastrointestinal semptomların düzenli olarak değerlendirilmesi ve erken dönemde yönetilmesi önerilmektedir (Hauch et al., 2021; van Teunenbroek ve ark., 2025).

Bulantı ve kusma, ilerleyici hastalıklarda en sık karşılaşılan semptomlardan biridir. Etiyolojide gastrointestinal irritasyon, konstipasyon, ilaçlar, metabolik bozukluklar, enfeksiyonlar veya santral sinir sistemi etkilenimi rol oynayabilmektedir (Hauch et al., 2021; van Teunenbroek ve ark., 2025). Hemşireler bulantı ve kusmanın sıklığını, şiddetini, tetikleyici faktörlerini ve beslenme üzerine etkilerini değerlendirmelidir. Farmakolojik tedavilerin yanı sıra küçük ve sık öğünler, yoğun kokulardan kaçınma ve yeterli sıvı desteği gibi girişimler semptom kontrolüne yardımcı olabilmektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

Konstipasyon özellikle opioid kullanan, fiziksel aktivitesi azalan veya sıvı alımı yetersiz olan çocuklarda sık görülmektedir. Kontrol altına alınmayan konstipasyon karın ağrısı, bulantı, iştahsızlık ve huzursuzluğa neden olabilmektedir (Hauch et al., 2021; van Teunenbroek ve ark., 2025). Hemşirelik bakımında bağırsak alışkanlıklarının düzenli izlenmesi, yeterli sıvı alımının desteklenmesi, tolere edilebildiği ölçüde hareketliliğin sürdürülmesi ve reçete edilen laksatif tedavilerin etkinliğinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Konstipasyon gelişmeden önce koruyucu yaklaşımların uygulanması önerilmektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

İştahsızlık ve kaşeksi, ilerleyici hastalıklarda sık görülen ve ailelerde önemli kaygılara neden olabilen semptomlardır. Ancak yaşamın ileri dönemlerinde besin alımındaki azalma çoğu zaman hastalığın doğal seyrinin bir parçasıdır (van Teunenbroek ve ark., 2025). Hemşireler bu süreçte çocuğun beslenme durumunu değerlendirmenin yanı sıra ailelerin beklentilerini anlamaya ve gerçekçi hedefler oluşturmaya yardımcı olmalıdır. Beslenmenin miktarından çok çocuğun konforuna ve tercih ettiği besinlerin sunulmasına odaklanan bir yaklaşım önerilmektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

2.4. Yorgunluk ve Uyku Problemleri

Yorgunluk, pediatrik palyatif bakım alan çocuklarda sık görülen ancak çoğu zaman yeterince değerlendirilmeyen semptomlardan biridir. Hastalığın ilerlemesi, ağrı, enfeksiyonlar, beslenme yetersizlikleri, ilaç kullanımı ve uyku bozuklukları yorgunluğun ortaya çıkmasına katkıda bulunabilmektedir. Yor-

gunluk; oyun oynama, öğrenme, sosyal etkileşim kurma ve günlük aktiviteleri sürdürme kapasitesini azaltarak çocuğun yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Friedrichsdorf et al., 2015; Ullrich ve ark., 2007).

Uyku sorunları son yıllarda pediatrik palyatif bakımın öncelikli araştırma alanlarından biri hâline gelmiştir. Uluslararası uzman konsensusuna göre uyku problemleri, pediatrik palyatif bakım alan çocuklarda yaygın görülmekte ve mevcut semptom yükünü artırabilmektedir (Mercante et al., 2024). Hemşireler uyku örüntüsünü düzenli olarak değerlendirmeli, uyku hijyenini destekleyen çevresel düzenlemeler yapmalı ve uyku kalitesini etkileyen semptomları belirlemelidir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024). Gece bakım uygulamalarının planlı yürütülmesi, ışık ve gürültünün azaltılması, ağrı kontrolünün sağlanması ve çocuğun alışıktığı olduğu uyku rutinlerinin korunması önerilmektedir. Uyku sorunlarının yönetiminde multidisipliner yaklaşımın benimsenmesi ve ailelerin bakım sürecine aktif katılımının sağlanması önem taşımaktadır (Mercante et al., 2024).

2.5. Psikolojik Semptomlar ve Hemşirelik Yaklaşımları

Pediatrik palyatif bakım alan çocuklar, hastalığın seyri boyunca yalnızca fiziksel semptomlarla değil, aynı zamanda çeşitli psikolojik ve duygusal güçlüklerle de karşı karşıya kalabilmektedir. Hastalığın neden olduğu işlev kayıpları, tekrarlayan tedavi süreçleri, belirsizlik duygusu, sosyal yaşamdan uzaklaşma ve ölümle ilişkili düşünceler çocuklarda anksiyete, korku, üzüntü, öfke ve yalnızlık gibi duygusal tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (van Teunenbroek et al., 2025). Psikolojik semptomlar yalnızca çocuğu değil, ebeveynleri ve kardeşleri de etkileyerek aile işlevselliğinde bozulmalara ve bakım yükünün artmasına yol açabilmektedir.

Ev ortamında sürdürülen pediatrik palyatif bakımda psikolojik semptomların erken dönemde fark edilmesi ve düzenli olarak değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Çocuğun yaşına, bilişsel gelişim düzeyine ve iletişim becerilerine uygun değerlendirme yöntemleri kullanılmalı; duygu durumundaki değişiklikler, içe çekilme davranışları, uyku sorunları, sosyal etkileşimde azalma ve bakım girişimlerine karşı gelişen tepkiler yakından izlenmelidir. Özellikle iletişim kurmakta güçlük yaşayan çocuklarda davranış değişiklikleri psikolojik sıkıntının önemli göstergeleri olabilmektedir (Pérez et al., 2026).

Oyun, resim yapma, hikâye anlatımı, müzik etkinlikleri ve yaratıcı sanat uygulamaları çocukların duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine yardımcı olabilen destekleyici yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Bu yöntemler aynı zamanda çocukların kontrol duygusunu güçlendirebilmekte ve hastalıkla ilişkili kaygı düzeylerinin azaltılmasına katkı sağlayabilmektedir (Pérez et al., 2026). Hemşireler, çocuğun ilgi alanlarına ve gelişimsel özelliklerine uygun etkinliklerin planlanmasında aileye rehberlik edebilir (Zhang ve ark., 2024).

Psikolojik bakım yalnızca çocukla sınırlı değildir. Ebeveynler yoğun bakım yükü, geleceğe ilişkin belirsizlikler, suçluluk duyguları ve yas tepkileri nedeniyle önemli düzeyde psikolojik zorlanma yaşayabilmektedir. Benzer şekilde kardeşler de aile içindeki değişen roller, ebeveyn ilgisinin azalması ve hastalığın olası sonuçlarına ilişkin kaygılar nedeniyle duygusal sorunlar yaşayabilmektedir (Cress, 2024). Bu nedenle hemşirelerin aile üyelerinin psikososyal gereksinimlerini düzenli olarak değerlendirmesi, gerektiğinde psikoloji veya psikiyatri hizmetlerine yönlendirmesi ve mevcut sosyal destek kaynaklarının kullanılmasını teşvik etmesi önerilmektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

3. Aile Merkezli Evde Pediatrik Palyatif Bakım

3.1. Aile Merkezli Bakımın Temel İlkeleri

Pediatrik palyatif bakımın temel özelliklerinden biri, bakımın yalnızca hasta çocuğa değil, çocuğun içinde bulunduğu aile sistemine yönelmesidir. Bu yaklaşımda aile, bakımın pasif bir alıcısı olarak değil, sağlık ekibinin aktif bir üyesi olarak kabul edilir (Zhang ve ark., 2024). Özellikle ev ortamında sürdürülen bakım süreçlerinde ebeveynler çocuğun günlük gereksinimlerini en yakından gözlemleyen ve semptomlardaki değişiklikleri ilk fark eden kişiler olduklarından, bakım planlamasında merkezi bir konuma sahiptirler. Bu nedenle aile merkezli bakım yaklaşımı; ebeveynlerin güçlendirilmesini, karar alma süreçlerine katılımlarının desteklenmesini ve bakım sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için gerekli bilgi ve becerilerle donatılmalarını amaçlamaktadır (van Teunenbroek ve ark., 2025).

Ev ortamında yürütülen pediatrik palyatif bakımın başarısı, çocuğun fiziksel gereksinimlerinin karşılanması yanı sıra aile işlevselliğinin korunmasına da bağlıdır. Bu kapsamda sağlık ekibi, ebeveynlerin bakım yükünü yönetebilmelerini desteklerken aile içi rollerin, günlük yaşam rutinlerinin ve sosyal ilişkilerin mümkün olduğunca sürdürülebilmesine katkı sağlamaktadır (van Teunenbroek ve ark., 2025). Aile merkezli yaklaşım aynı zamanda kardeşlerin ve diğer bakım verenlerin gereksinimlerinin değerlendirilmesini ve bakım sürecine uygun biçimde dahil edilmelerini de içermektedir (Benini ve ark., 2022; Zhang ve ark., 2024).

3.2. Ebeveyn Eğitimi ve Beklenti Rehberliği

Evde pediatrik palyatif bakımın temel bileşenlerinden biri ebeveyn eğitimidir. Ebeveynlerin semptom yönetimi, ilaç uygulamaları, temel bakım girişimleri ve olası komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmesi, bakımın güvenli ve sürdürülebilir şekilde yürütülmesini desteklemektedir (van Teunenbroek ve ark., 2025). Eğitim sürecinin yalnızca teknik becerilerin kazandırılmasıyla sınırlı kalmaması, aynı zamanda ailelerin hastalığın seyri boyunca karşılaşılabilecekleri fiziksel ve duygusal değişimlere hazırlanmasını da kapsaması gerekmektedir (Verberne ve ark., 2021; Hammer ve ark., 2023).

Bu kapsamda hemşirelerin önemli rollerinden biri beklenti rehberliği sağlamaktır. Beklenti rehberliği, ailelerin hastalığın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkabilecek klinik değişiklikler hakkında önceden bilgilendirilmesini ve olası bakım gereksinimlerine hazırlanmasını ifade etmektedir (Zhang ve ark., 2024). Yaşamın son dönemlerinde görülebilecek bilinç değişiklikleri, solunum paternindeki farklılıklar, iştah azalması veya fiziksel güçsüzlük gibi belirtilerin önceden açıklanması, ailelerin bu süreçleri daha iyi anlamalarına ve kriz durumlarında daha kontrollü hareket etmelerine yardımcı olmaktadır (Papadatos ve ark., 2021).

Ev ortamında semptomların değerlendirilmesi büyük ölçüde aile gözlemlerine dayandığından, ebeveynlerin gerçek ağrı ve distres belirtilerini yaşamın son döneminde görülebilen doğal fizyolojik değişikliklerden ayırt edebilmeleri önem taşımaktadır (Kutzsche ve ark., 2013). Bu doğrultuda hemşireler, ebeveynlere semptomların izlenmesi, kayıt altına alınması ve sağlık ekibiyle paylaşılması konusunda rehberlik ederek aile ile ekip arasında etkili bir semptom yönetimi iş birliği geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Zhang ve ark., 2024).

3.3. Evde Bakımın Koordinasyonu ve Geçiş Süreçleri

Evde pediatrik palyatif bakımın sürdürülebilmesi, etkili bir bakım koordinasyonunu gerektirmektedir (Hammer ve ark., 2023). Özellikle hastaneden eve geçiş süreci, aileler açısından önemli bir uyum dönemi olup ayrıntılı planlama gerektirmektedir (van Teunenbroek ve ark., 2025). Çocuğun gastrostomi, trakeostomi, ev tipi ventilatör veya diğer destekleyici tıbbi cihazlarla taburcu edilmesi durumunda ailelerin bu ekipmanların kullanımı konusunda yeterli eğitim alması büyük önem taşımaktadır (Jankovic ve ark., 2019; Hammer ve ark., 2023).

Hemşireler bu süreçte eğitim verici rollerinin yanı sıra bakım koordinatörü olarak da görev yapmaktadır. Çocuğun gereksinim duyduğu aspiratör, oksijen konsantratörü, tıbbi yatak, havalı yatak ve benzeri ekipmanların ev ortamında hazır bulundurulmasının planlanması, gerekli kurumlarla iletişim kurulması ve bakımın farklı disiplinler arasında eşgüdüm içerisinde yürütülmesi hemşirelik sorumlulukları arasında yer almaktadır (Hockenberry et al., 2024; Zhang ve ark., 2024).

Evde bakımın sürekliliği açısından ailelerin ihtiyaç duyduklarında ulaşabilecekleri profesyonel destek sistemlerinin bulunması da önemlidir. Telefon danışmanlığı, tele-sağlık uygulamaları, planlı ev ziyaretleri ve acil durumlarda erişilebilir uzman desteği, ailelerin bakım sürecinde kendilerini daha güvende hissetmelerine katkı sağlamaktadır (Benini ve ark., 2022).

3.4. Etik Kararlar ve Yaşam Sonu Dönem Desteği

Pediatrik palyatif bakım sürecinde zaman zaman yaşamı uzatıcı tedavilerin sürdürülmesi veya sınırlandırılmasına ilişkin etik kararlarla karşılaşıl-

bilmektedir. Özellikle mekanik ventilasyon, tüple beslenme veya diğer ileri yaşam destek uygulamalarının yarar ve yüklerinin yeniden değerlendirilmesi gerekebilmektedir (van Teunenbroek ve ark., 2025). Bu süreçlerde hemşireler, hekimler ve diğer ekip üyeleri ile birlikte ailelerin bilgilendirilmesini destekleyerek ortak karar alma sürecine katkıda bulunmaktadır (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024). Etik karar süreçlerinde çocuğun klinik durumu, öngörülen yarar-zarar dengesi, ailenin değerleri ve bakım hedefleri birlikte değerlendirilmelidir. Yaşamı uzatıcı girişimlerin sürdürülmesi ya da sonlandırılmasına ilişkin kararlar, aile ile sağlık ekibi arasında yürütülen yapılandırılmış görüşmeler sonucunda şekillenmektedir (Weise ve ark., 2017; Zhang ve ark., 2024).

Pediyatrik palyatif bakım desteği çocuğun ölümünden sonra da devam etmektedir. Yas sürecinde ailelerin psikososyal gereksinimlerinin değerlendirilmesi, gerekli durumlarda profesyonel destek hizmetlerine yönlendirilmeleri ve ev ortamında kullanılan tıbbi ekipmanların uygun şekilde kaldırılması veya ilgili kurumlara teslim edilmesinin organize edilmesi aileye sunulan destek hizmetlerinin bir parçasıdır (October ve ark., 2017). Bu yaklaşım, bakımın yalnızca yaşamın sonuna kadar değil, yas sürecini de kapsayan süreklilik gösteren bir hizmet olarak ele alınmasını sağlamaktadır.

4. Evde Yaşam Sonu Bakım ve Yas Süreci

4.1. Ailenin Yaşam Sonu Dönem Deneyimi

Evde pediyatrik palyatif bakım, çocuğun semptomlarının yönetilmesinin ötesinde tüm aile sistemini etkileyen kapsamlı bir süreçtir. Hastalığın ilerlemesiyle birlikte aileler yalnızca bakım sorumluluğunu üstlenmekle kalmaz, aynı zamanda psikolojik, sosyal, ekonomik ve manevi açıdan önemli değişimlerle karşı karşıya kalırlar. Bu nedenle yaşam sonu bakımın değerlendirilmesinde çocuğun yanı sıra ailenin deneyimlerinin de dikkate alınması gerekmektedir (Hammer ve ark., 2023).

Ev ortamında bakım veren ebeveynler, günlük yaşamlarının önemli bir bölümünü doğrudan bakım faaliyetlerine ayırmaktadır. İlaç uygulamaları, semptom izlemi, beslenme desteği, tıbbi cihazların kullanımı ve sağlık hizmetleriyle koordinasyon gibi sorumluluklar zaman içerisinde bakım yükünün artmasına neden olabilmektedir. Araştırmalar, uzun süreli bakım sorumluluğunun ebeveynlerde stres, tükenmişlik, anksiyete ve sosyal izolasyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Koch & Jones, 2018; Hammer ve ark., 2023). Bu nedenle hemşirelerin yalnızca çocuğun bakım gereksinimlerini değil, ebeveynlerin psikososyal durumlarını da düzenli olarak değerlendirmeleri önerilmektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024).

Yaşamı tehdit eden bir hastalık yalnızca ebeveynleri değil, kardeşleri de etkilemektedir. Ev ortamında ilginin büyük ölçüde hasta çocuğa yönelmesi,

kardeşlerde yalnızlık, kaygı, suçluluk veya dışlanmışlık duygularına neden olabilmektedir. Kardeşlerin yaşlarına uygun biçimde bilgilendirilmesi, bakım sürecine uygun düzeyde katılımlarının desteklenmesi ve duygularını ifade etmelerine fırsat verilmesi, uzun dönem psikolojik uyum açısından önem taşımaktadır (Barlow & Ellard, 2006; Zhang ve ark., 2024).

Bakım sürecinin ekonomik boyutu da göz ardı edilmemelidir. Ebeveynlerin iş yaşamından uzaklaşması, çalışma saatlerini azaltması veya bakım sorumlulukları nedeniyle istihdamdan ayrılması aile gelirinde kayıplara yol açabilmektedir. Buna ek olarak tıbbi malzeme, ulaşım ve bakım giderleri ailelerin finansal yükünü artırabilmektedir (Collins ve ark., 2016).

Yaşam sonu dönemde aileler sıklıkla varoluşsal ve manevi sorgulamalar da yaşamaktadır. Hastalığın anlamı, umut, kayıp, ölüm ve yaşamın amacı gibi konular hem ebeveynler hem de çocuk açısından önem kazanabilmektedir. Manevi gereksinimlerin değerlendirilmesi ve ailelerin kendi inanç sistemleri doğrultusunda desteklenmesi, bütüncül pediatrik palyatif bakımın önemli bileşenlerinden biridir (Johnson ve ark., 2014; Cress, 2024).

4.2. Yaşam Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımı

Yaşam sonu dönemde hemşirelerin temel sorumluluklarından biri, aileyi yaklaşan ölüm sürecine hazırlamaktır. Bu hazırlık yalnızca semptom kontrolünü değil, ailelerin karşılaşabilecekleri fiziksel değişiklikleri anlamalarını ve bakım sürecine ilişkin beklentilerini düzenlemelerini de kapsamaktadır. Beklenti rehberliği olarak tanımlanan bu yaklaşım, ailelerin ölüm sürecinde yaşanabilecek belirsizlikleri daha iyi yönetmelerine yardımcı olmaktadır (Benini ve ark., 2022). Hemşireler, bilinç düzeyindeki değişiklikler, solunum paternindeki farklılıklar, iştah azalması, periferik dolaşımın yavaşlaması ve fiziksel güçsüzlük gibi yaşam sonu dönemde sık görülen belirtiler hakkında aileleri bilgilendirmektedir. Bu bilgilendirme, semptomların yanlış yorumlanmasını önlemekte ve ailelerin çocuklarının bakımına daha güvenli şekilde katılabilmelerini desteklemektedir (Benini ve ark., 2022; Linebarger ve ark., 2022).

Yaşam sonu bakım sürecinde aile ile sağlık ekibi arasında açık iletişimin sürdürülmesi önemlidir. Özellikle ileri bakım planlaması, bakım hedeflerinin belirlenmesi ve yaşamı uzatıcı girişimlere ilişkin kararlar aile ile birlikte değerlendirilmelidir. Son yıllarda yayımlanan kılavuzlar, ortak karar verme yaklaşımının pediatrik palyatif bakımın temel unsurlarından biri olduğunu vurgulamaktadır (van Teunenbroek ve ark., 2025).

4.3. Ölüm Anı ve Ölüm Sonrası Bakım

Çocuğun ev ortamında ölmesi durumunda hemşire, ölüm sonrası bakımın organizasyonunda önemli sorumluluklar üstlenmektedir (Benini ve ark., 2022; Hockenberry ve ark., 2024). Ölümün doğrulanması, gerekli yasal işlem-

ler konusunda aileye rehberlik edilmesi ve ilgili kurumlarla iletişimin sağlanması bu sorumluluklar arasında yer almaktadır (Snaman ve ark., 2016).

Ölüm sonrasında ailenin çocukla vedalaşabilmesi için yeterli zaman ve mahremiyet sağlanması önerilmektedir. Ailenin kültürel ve dini değerleri doğrultusunda gerçekleştirilen ritüeller, yas sürecine uyumu kolaylaştırabilmektedir. El izi veya ayak izi alınması, fotoğraf saklanması ya da aile için anlam taşıyan kişisel eşyaların korunması gibi anı oluşturma uygulamaları bazı aileler için destekleyici olabilmektedir (Serwint ve ark., 2016; Benini ve ark., 2022).

Evde kullanılan tıbbi ekipmanların kaldırılması ve ilgili kurumlara teslim edilmesi de ölüm sonrası bakımın bir parçasıdır. Bu sürecin planlı biçimde yürütülmesi, aile üzerindeki lojistik yükün azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Benini ve ark., 2022).

4.4. Yas Sürecinde Hemşirenin Roller

Pediyatrik palyatif bakım hizmetleri, çocuğun ölümüyle sona ermemektedir. Güncel rehberler, yas desteğinin palyatif bakımın ayrılmaz bir bileşeni olduğunu vurgulamaktadır (van Teunenbroek ve ark., 2025). Bu nedenle hemşireler, ölüm sonrasında da ailelerin gereksinimlerini değerlendirmeye ve uygun destek hizmetlerine yönlendirmeye devam etmektedir (Benini ve ark., 2022).

Yas sürecinde gerçekleştirilen telefon görüşmeleri, ev ziyaretleri veya planlanmış takip görüşmeleri, ailelerin yaşadıkları deneyimleri paylaşmalarına ve yanıtı olmayan sorularını sağlık ekibiyle görüşmelerine olanak tanımaktadır (Linebarger ve ark., 2022). Ayrıca gerektiğinde aileler psikolojik danışmanlık hizmetlerine, yas destek programlarına veya akraba destek gruplarına yönlendirilebilmektedir (Benini ve ark., 2022).

Kardeşlerin yas süreci de özel bir değerlendirme gerektirmektedir. Yaşa uygun iletişim, duyguların ifade edilmesinin desteklenmesi ve okul ile sosyal çevreyle iş birliği yapılması kardeşlerin uyum sürecine katkı sağlayabilmektedir (Benini ve ark., 2022; Zhang ve ark., 2024).

5. Evde Bakım Kalitesini Artırmaya Yönelik Güncel Yaklaşımlar

Ev ortamında sunulan pediyatrik palyatif bakımın kalitesi, yalnızca semptom kontrolünün sağlanmasıyla değil, bakımın erken dönemde planlanması, disiplinler arası ekip çalışmasının sürdürülmesi, ailelerin karar alma süreçlerine katılımının desteklenmesi ve yenilikçi bakım modellerinin uygulanmasıyla ilişkilidir. Son yıllarda yayımlanan uluslararası rehberler, pediyatrik palyatif bakımın yaşamın son dönemiyle sınırlı bir hizmet olarak değil, yaşamı tehdit eden veya yaşamı kısıtlayan hastalığın tanı aldığı andan itibaren yürütülmesi gereken bütüncül bir yaklaşım olduğunu vurgulamaktadır (van Teunenbroek ve ark., 2025).

5.1. Erken Entegre Palyatif Bakım ve İleri Bakım Planlaması

Günümüzde pediatrik palyatif bakım alanında öne çıkan yaklaşımlardan biri, palyatif bakım hizmetlerinin hastalığın erken dönemlerinde başlatılmasıdır. Erken entegrasyon sayesinde semptom kontrolü, psikososyal destek, bakım koordinasyonu ve aile eğitimi süreçleri daha sistematik biçimde yürütülebilmektedir. Bu yaklaşım aynı zamanda gereksiz hastane yatışlarının azaltılmasına ve yaşam kalitesinin desteklenmesine katkı sağlamaktadır (Hammer ve ark., 2023).

Erken dönemde yürütülen ileri bakım planlaması (Advance Care Planning, ACP) uygulamaları, çocuğun ve ailenin değerlerinin, tercih ettikleri bakım hedeflerinin ve gelecekte karşılaşılabilecek klinik durumlara ilişkin kararların önceden ele alınmasını sağlamaktadır. ACP sürecinde resüsitasyon kararları, yaşamı sürdürücü tedavilere ilişkin tercihler, evde bakım olanakları ve yaşam sonu bakım hedefleri aile ile sağlık ekibi arasında ortak karar verme yaklaşımı doğrultusunda değerlendirilmektedir. Son yıllarda yayımlanan rehberler, ACP uygulamalarının aile memnuniyetini artırdığını ve karar verme sürecindeki belirsizlikleri azalttığını göstermektedir (van Teunenbroek ve ark., 2025).

5.2. Multidisipliner Bakım Modelleri ve Hemşire Koordinasyonu

Evde pediatrik palyatif bakımın sürdürülebilirliği, farklı disiplinlerin iş birliği içinde çalışmasına bağlıdır. Çocuk hekimleri, hemşireler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, çocuk gelişimciler ve manevi destek profesyonellerinden oluşan ekipler, çocuğun ve ailenin değişen gereksinimlerine bütüncül yanıt verebilmektedir (Benini ve ark., 2022).

Bu ekip içerisinde hemşireler bakım koordinasyonunun merkezinde yer almaktadır. Semptomların izlenmesi, aile eğitiminin yürütülmesi, ev ziyaretlerinin planlanması, gerekli ekipmanların temin edilmesinin koordine edilmesi ve sağlık hizmetleri arasındaki iletişimin sürdürülmesi hemşirenin temel sorumlulukları arasındadır (Benini ve ark., 2022). Ayrıca ailelerin gereksinim duyduklarında profesyonel desteğe ulaşabilmeleri için telefon danışmanlığı ve uzaktan destek sistemlerinin organize edilmesi de bakım sürekliliği açısından önem taşımaktadır (Hammer ve ark., 2023; Benini ve ark., 2022).

5.3. Kanıta Dayalı Tamamlayıcı Girişimler

Farmakolojik tedavilerin yanı sıra tamamlayıcı girişimler de evde bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlayabilmektedir. Özellikle ağrı, anksiyete ve prosedürel stresin yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır.

Masaj terapisi, gevşeme uygulamaları ve dikkat dağıtma tekniklerinin ağrı ve kaygı düzeylerini azaltabildiği bildirilmektedir (Sousa ve ark., 2019). Geli-

şimsel döneme uygun terapötik oyun uygulamaları ise çocuğun bakım süreçlerine uyumunu desteklemekte ve tıbbi işlemler sırasında yaşanan korku ile kaygının azaltılmasına yardımcı olabilmektedir (Pérez et al., 2026).

Müzik terapisi, sanat temelli etkinlikler ve yapılandırılmış fiziksel aktivite programları da yaşam kalitesini destekleyen uygulamalar arasında yer almaktadır. Özellikle kronik hastalık sürecinde görülen yorgunluk, anksiyete ve sosyal geri çekilme gibi sorunların azaltılmasında bu girişimlerin yararlı olabileceğine ilişkin bulgular bulunmaktadır (Hockenberry ve ark., 2024). Benzer şekilde hayvan destekli müdahalelerin çocukların stres düzeylerini azaltabileceği ve olumlu duygusal deneyimleri destekleyebileceği bildirilmektedir; ancak bu alandaki kanıtlar halen gelişmektedir (Hockenberry ve ark., 2024).

5.4. Dijital Sağlık Uygulamaları

Dijital sağlık teknolojileri son yıllarda evde pediatrik palyatif bakımın önemli bileşenlerinden biri hâline gelmiştir. Özellikle teletıp uygulamaları, sağlık profesyonellerinin çocukları ve aileleri uzaktan değerlendirebilmesine, semptom değişikliklerini izleyebilmesine ve gerektiğinde hızlı müdahale planları oluşturabilmesine olanak sağlamaktadır (Benini ve ark., 2022; van Teunenbroek ve ark., 2025).

Video görüşmeler aracılığıyla gerçekleştirilen sanal değerlendirmeler, aile toplantıları ve bakım planlamaları; ulaşım güçlüklerinin azaltılmasına ve bakım sürekliliğinin korunmasına katkı sağlamaktadır (van Teunenbroek ve ark., 2025). Ev ziyaretlerinde çocukların kendi bildirimlerine dayanan ölçüm araçlarının kullanılması da bakım kalitesini artıran uygulamalar arasında yer almaktadır. Özellikle PROMIS (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System) gibi standardize değerlendirme araçları, ağrı, yorgunluk, fiziksel işlevsellik ve psikososyal iyilik hâlinin sistematik biçimde izlenmesine olanak tanımaktadır (Reeve ve ark., 2020).

5.5. Anı Oluşturma Yaklaşımları

Anı oluşturma uygulamaları, yaşamı tehdit eden hastalıklarla yaşayan çocukların duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine, aileleriyle anlamlı deneyimler paylaşmalarına ve yaşam öykülerini kayıt altına almalarına olanak sağlayan psikososyal destek girişimleridir (Akard ve ark., 2015; Cress, 2024).

Bu amaçla fotoğraf albümleri, video kayıtları, dijital hikâye oluşturma uygulamaları, mektuplar, ses kayıtları ve kişisel anı projeleri kullanılabilir. Çocukların kendi ilgi alanlarını, yaşam deneyimlerini ve ailelerine iletmek istedikleri mesajları paylaşmalarına fırsat veren bu uygulamalar, hem çocuk hem de aile açısından anlamlı bir iletişim aracı oluşturabilmektedir (Akard ve ark., 2015; Cress, 2024).

Çocuğun ölümünden sonra ise bu materyaller aile üyeleri için önemli bir

hatırlama ve bağ sürdürme kaynağı hâline gelebilmektedir. El izi veya ayak izi alınması, özel eşyaların saklanması ve anı kutularının hazırlanması gibi uygulamalar da anı oluşturma sürecinin bir parçası olarak kullanılabilir (Meert ve ark., 2009).

5. Sonuç ve Öneriler

Evde pediatrik palyatif bakım, yaşamı tehdit eden veya yaşamı sınırlayan hastalıklara sahip çocukların ve ailelerinin gereksinimlerine bütüncül yanıt vermeyi amaçlayan önemli bir bakım modelidir. Bu yaklaşım, çocukların alışık oldukları yaşam ortamında bakım almalarını desteklerken, ailelerin bakım sürecine aktif katılımını ve ebeveynlik rollerini sürdürmelerini kolaylaştırmaktadır. Evde pediatrik palyatif bakım yalnızca yaşamın son dönemine odaklanan bir hizmet olmayıp; semptom yönetimi, aile eğitimi, psikososyal destek, manevi bakım, bakım koordinasyonu ve yaşam sonu bakım planlamasını kapsayan kapsamlı bir süreçtir.

Bu süreçte pediatri hemşireleri; semptomların değerlendirilmesi ve yönetilmesi, ailelerin eğitilmesi, bakım hizmetlerinin koordinasyonu, ileri bakım planlamasının desteklenmesi ve yaşam sonu dönemde aileye rehberlik edilmesi gibi çok yönlü sorumluluklar üstlenmektedir. Ev ortamında sunulan bakımın etkinliği; disiplinler arası ekip çalışmasının güçlendirilmesine, aile merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesine ve bakım sürekliliğini destekleyen sistemlerin geliştirilmesine bağlıdır.

Gelecekte evde pediatrik palyatif bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi amacıyla 7/24 danışmanlık hizmetlerinin ve mobil evde bakım ekiplerinin yaygınlaştırılması, ileri bakım planlaması uygulamalarının standartlaştırılması ve tele-sağlık sistemlerinin bakım süreçlerine entegrasyonunun artırılması önerilmektedir. Ayrıca semptom izlemine kolaylaştıran standardize değerlendirme araçlarının kullanımının yaygınlaştırılması, ailelere yönelik yapılandırılmış eğitim programlarının geliştirilmesi ve yas desteği hizmetlerinin bakımın rutin bir bileşeni hâline getirilmesi önem taşımaktadır. Bakım planları yalnızca hasta çocuğun gereksinimlerine değil, kardeşlerin psikososyal gereksinimlerine, ebeveynlerin bakım yüküne ve ölüm sonrası aile uyum sürecine de odaklanmalıdır. Bunun yanında evde pediatrik palyatif bakım konularının pediatri hemşireliği lisans ve lisansüstü eğitim programlarında daha kapsamlı biçimde ele alınması, bu alanda yetkin insan gücünün geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

1. Akard, T. F., Dietrich, M. S., Friedman, D. L., Hinds, P. S., Given, B., & Wray, S. (2015). Digital storytelling: An innovative legacy-making intervention for children with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*, 62(4), 658–665. <https://doi.org/10.1002/pbc.25380>
2. Barlow, J. H., & Ellard, D. R. (2006). The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 32(1), 19–31.
3. Benini, F., Papadatou, D., Bernad , M., Craig, F., De Zen, L., Downing, J., ... Chambers, L. (2022). International standards for pediatric palliative care: From IMPaC-CT to GO-PPaCS. *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(5), e529–e543.
4. Chang, C. W., Mu, P. F., Jou, S. T., Wong, T. T., & Chen, Y. C. (2013). Systematic review and meta-analysis of nonpharmacological interventions for fatigue in children and adolescents with cancer. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(4), 208–217.
5. Collins, A., Hennessy-Anderson, N., Hosking, S., Hynson, J., Remedios, C., & Thomas, K. (2016). Lived experience of parents caring for a child with a life-limiting condition in Australia: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 30(10), 950–959.
6. Cress, A. E. (2024). Psychiatry and interdisciplinary pediatric palliative care: A scoping review. *Annals of Palliative Medicine*, 13(2), 415–427. <https://doi.org/10.21037/apm-23-501>
7. Friedrichsdorf, S. J., Postier, A., Dreyfus, J., Osenga, K., Sencer, S., & Wolfe, J. (2015). Improved quality of life at end of life related to home-based palliative care in children with cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 18(2), 143–150.
8. Hammer, N. M., Bidstrup, P. E., Brok, J., Petersen, G. S., & Kreicbergs, U. (2023). Home-based specialized pediatric palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(4), e353–e368.
9. Hauch, H., Kriwy, P., Hahn, A., Zernikow, B., & Groh, G. (2021). Gastrointestinal symptoms in children with life-limiting conditions receiving palliative home care. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 654531. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.654531>
10. Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2024). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
11. Jankovic, M., De Zen, L., Pellegatta, F., Lazzarin, P., Bertolotti, M., Manfredini, L., ... Agostiniani, R. (2019). A consensus conference report on defining the eligibility criteria for pediatric palliative care in Italy. *Italian Journal of Pediatrics*, 45(1), 89.
12. Johnson, L. M., Snaman, J. M., Cupit, M. C., & Baker, J. N. (2014). End-of-life care for hospitalized children. *Pediatric Clinics of North America*, 61(4), 835–854.
- Koch, K. D., & Jones, B. L. (2018). Supporting parent caregivers of children with life-limiting illness. *Children*, 5(6), 85.

13. Kutzsche, S., Partridge, J. C., Leuthner, S. R., & Lantos, J. D. (2013). When life-sustaining treatment is withdrawn and the patient doesn't die. *Pediatrics*, 132(5), 893–897.
14. Linebarger, J. S., Johnson, V., & AAP Section on Hospice and Palliative Medicine. (2022). Guidance for pediatric end-of-life care. *Pediatrics*, 149(5), e2022057011.
15. Meert, K. L., Briller, S. H., Schim, S. M., Thurston, C., & Kabel, A. (2009). Examining the needs of bereaved parents in the pediatric intensive care unit: A qualitative study. *Death Studies*, 33(8), 712–740.
16. Mercante, A., Owens, J., Bruni, O., et al. (2024). International consensus on sleep problems in pediatric palliative care: Paving the way. *Sleep Medicine*, 119, 574–583.
17. October, T., Dryden-Palmer, K., Copnell, B., & Meert, K. L. (2018). Caring for parents after the death of a child. *Pediatric Critical Care Medicine*, 19(8 Suppl. 2), S61–S68.
18. Papadatou, D., Kalliani, V., Karakosta, E., Liakopoulou, P., & Bluebond-Langner, M. (2021). Home or hospital as the place of end-of-life care and death: A grounded theory study of parents' decision-making. *Palliative Medicine*, 35(1), 219–230.
19. Pérez, A.Y., Duarte-Díaz, A., Rivero-Santana, A., Abrante-Luis, A., Carreras, B., Infante-Ventura, D. & Perestelo-Pérez, L. (2026). Effectiveness of psychological interventions for children eligible for pediatric palliative care: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 26, 246
20. Reeve, B. B., McFatrigh, M., Mack, J. W., Pinheiro, L. C., Jacobs, S. S., Baker, J. N., et al. (2020). Expanding construct validity of established and new PROMIS Pediatric measures for children and adolescents receiving cancer treatment. *Pediatric Blood & Cancer*, 67(3), e28160.
21. Serwint, J. R., Bostwick, S., Burke, A. E., et al. (2016). The AAP resilience in the face of grief and loss curriculum. *Pediatrics*, 138(5), e20160791.
22. Snaman, J. M., Kaye, E. C., Torres, C., Gibson, D., & Baker, J. N. (2016). Parental grief following the death of a child from cancer: The ongoing odyssey. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(9), 1594–1602.
23. Ullrich, C. K., & Mayer, O. H. (2007). Assessment and management of fatigue and dyspnea in pediatric palliative care. *Pediatric Clinics of North America*, 54(5), 735–756.
24. van Teunenbroek, K. C., Mulder, R. L., Verhagen, A. A. E., et al. (2025). A Dutch clinical practice guideline for paediatric palliative care: A systematic review and recommendations on psychosocial care including preloss and bereavement care. *BMC Palliative Care*, 24, 147.
25. Verberne, L. M., Fahner, J. C., Sondaal, S. F. V., Schouten-van Meeteren, A. Y. N., de Kruiff, C. C., van Delden, J. J. M., & Kars, M. C. (2021). Anticipating the future of the child and family in pediatric palliative care: A qualitative study into the perspectives of parents and healthcare professionals. *European Journal of Pediatrics*, 180(3), 949–957.

26. Wolfe, J., Orellana, L., Ullrich, C., Cook, E. F., Kang, T. I., Rosenberg, A., ... Dussel, V. (2015). Symptoms and distress in children with advanced cancer: Prospective patient-reported outcomes from the PediQUEST study. *Journal of Clinical Oncology*, 33(17), 1928–1935.
27. Wolff, J., Robert, R., Sommerer, A., & Volz-Fleckenstein, M. (2010). Impact of a pediatric palliative care program. *Pediatric Blood & Cancer*, 54(2), 279–283.
28. Zhang, M., Li, H., Li, F., & Zhang, Y. (2024). Facilitators and barriers to parent-child communication in pediatric palliative care: An integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(4), 495–503.



EVDE BAKIM HİZMETLERİNDE
DEZAVANTAJLI GRUPLAR VE RUH
SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNİN YERİ

“ ”

Sema TOKER¹

¹ Öğr. Gör. Dr. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi, Pazarlar Meslek Yüksekokulu, Kütahya-Türkiye.
e-posta: sema.toker@dpu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-4873-871X.

Evde Bakım ve Hemşirelik

Evde bakım, bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşamını etkileyen hastalıkların olumsuz etkilerini en aza indirerek, en yüksek düzeyde fonksiyonel kapasiteye ve bağımsızlığa ulaşmasını, yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan; profesyonel ve multidisipliner bir ekip tarafından sunulan kapsamlı bir hizmet modelidir (Ekici ve Özdemir, 2003). Bu doğrultuda evde bakım hizmetleri, sağlık sorunları, ileri yaş, kronik hastalıklar, yaralanmalar ya da fonksiyon kayıpları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirmekte güçlük yaşayan bireylere, kendi yaşam ortamlarında profesyonel sağlık ekibi veya bakım verenler tarafından sunulan tıbbi, rehabilite edici, koruyucu ve destekleyici bakım hizmetlerini ifade etmektedir (WHO, 2015; Sarıoğlu ve Sezgin Emüler, 2025).

Evde bakım hizmetleri başlangıçta daha çok bireylerin fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanmış olsa da, zaman içerisinde bireyin biyopsikososyal bir bütün olduğu anlayışının benimsenmesiyle birlikte bu yaklaşımın tek başına yeterli olmadığı görülmüştür. Özellikle yeti yitimine neden olan ruhsal bozuklukların bakım ve tedavisinde ev ortamında psikososyal yaklaşımların uygulanmasının önemi giderek artmaktadır (Kaya ve Özkan, 2014). Özellikle yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıkların yaygınlaşması, yaşam süresinin uzaması ve bireylerin kendi yaşam ortamlarında bakım almayı tercih etmeleri, evde bakım hizmetlerinin sağlık sistemleri içerisindeki önemini giderek artırmaktadır.

Evde bakım hizmetlerinin kapsamının genişlemesi ve bakım gereksinimlerinin çeşitlenmesi, multidisipliner ekip üyelerinin iş birliği içerisinde çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bu ekip içerisinde hemşireler; bakımın planlanması, uygulanması, koordinasyonu ve değerlendirilmesinden sorumlu temel sağlık profesyonelleri arasında yer almaktadır. Bu kapsamda evde sağlık hemşireleri; yatağa bağımlı, kronik veya malign hastalığı bulunan, ameliyat sonrası bakım gereksinimi devam eden ya da sağlık kuruluşlarına erişimde güçlük yaşayan bireylerin sağlık durumunu değerlendirerek tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine katkı sağlamakta; bakım hizmetlerini bireyin yaşadığı ortamın fiziksel özellikleri ile hasta ve ailesinin fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerini dikkate alacak şekilde planlamakta ve yürütmektedir (Kısaç ve Girgin, 2022). Bu nedenle evde bakım hizmetinde görev alan hemşirelerin ruh sağlığını değerlendirme, psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi uygulamaları, semptom yönetimi, aile ve bakım veren eğitimi ile bakım yönetimi ve koordinasyonu gibi alanlarda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir (Molu ve Özkan, 2016). Psikoterapötik müdahaleler sayesinde hasta ve ailelerin hastalıkla baş etme becerileri güçlenmekte, böylece hastalık yönetimi daha etkili bir şekilde sürdürülebilmektedir (Küçük, 2016). Bunun yanı sıra 'bakım verenlerin gereksinimlerini belirlemek, bakım yükünü azaltmak, yaşam

kalitesini artırmak ve iyilik hâlinin sürdürülmesini desteklemek aile merkezli bakım yaklaşımı kapsamında hemşirelerin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu sorumluluklar hem hasta hem de bakım veren bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden desteklenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Doğan ve Onan, 2021).

Evde Bakım Hizmetlerinde Yaşanan Sorunlar ve Psikososyal Güçlükler

Evde bakım hizmetleri, bireyin kendi yaşam ortamında bakım almasına olanak sağlayan önemli bir sağlık hizmeti modeli olmakla birlikte, hizmet sunumu sürecinde birey, bakım veren, sağlık profesyonelleri ve sağlık sistemi kaynaklı çok sayıda güçlüğü de beraberinde getirebilmektedir.

Bu kapsamda evde bakım sürecinde karşılaşılan sorunlar; sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler, multidisipliner ekip koordinasyonundaki yetersizlikler, bakım veren yükü, ekonomik sorunlar, bakımın sürekliliğinin sağlanamaması, iletişim güçlükleri ve ev ortamının bakım uygulamalarına uygun olmaması gibi çok boyutlu etmenlerden kaynaklanabilmektedir (Lin ve Chu, 2025; Çakır ve Yaman, 2021). Bu sorunlar, bakımın kalitesini ve sürdürülebilirliğini olumsuz etkilerken, hasta ve bakım verenlerde psikolojik yükün artmasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve sağlık hizmetlerinden beklenen yararın sınırlandırılmasına neden olabilmektedir.

Hasta Kaynaklı Sorunlar

Kronik hastalıklar, evde bakım hizmeti alan bireylerin uyum süreçlerini etkileyen temel stres kaynakları arasında yer almaktadır. Hastalığın kendisinin yanı sıra uzun süreli tedavi gereksinimi, ilaç kullanımı, ağrı, beden imajındaki değişiklikler ve aile içi ilişkilerde yaşanan güçlükler gibi birçok etmen de birey için stres oluşturabilmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Bu süreçte hem hastalar hem de bakım verenler yaşam biçimlerinde önemli değişikliklerle karşılaşabilmekte; rol ve sorumlulukların yeniden düzenlenmesi, beden imajında bozulma ve günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Araştırmalar, diyabet, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, dermatolojik hastalıklar ve solunum sistemi hastalıkları başta olmak üzere pek çok kronik hastalıkta psikososyal sorunların yaygın olarak görüldüğünü göstermektedir. Özellikle nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar, kalp hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları ve kanser tanısı bulunan bireylerde psikososyal sorun gelişme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Mete, 2008). Bu bireylerde en sık karşılaşılan psikososyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, umutsuzluk, sürekli ağlama isteği, kaygı, sosyal geri çekilme, aile ve iş yaşamındaki rollerin kaybı, öz güvenin azalması, ölüm korkusu, başkalarına bağımlı kalma endişesi, depresif belirtiler ve sosyal izolasyon yer almaktadır (Akdemir ve diğerleri, 2011).

Kronik hastalık süreci, bireyin yalnızca fiziksel sağlığını değil, psikolojik ve sosyal yaşamını da önemli ölçüde etkilemektedir. Duyu kayıpları, mortalite riskindeki artış, önemli sosyal rollerin ve yakın ilişkilerin kaybı, cinsel işlevlerde azalma, geleceğe ilişkin belirsizlikler, yaşamın anlamını sorgulama, günlük aktiviteleri yerine getirememeye kaygısı ve ölüm korkusu kronik hastalığa eşlik edebilen başlıca psikolojik sorunlar arasında yer almaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013). Bunun yanı sıra bireylerin geleceğe yönelik planlarında, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde, günlük yaşam alışkanlıklarında, sağlıklarını sürdürme biçimlerinde, fiziksel aktivitelerinde, uyku düzenlerinde ve fiziksel görünümlelerinde değişiklikler meydana gelebilmekte; daha önce haz veren etkinliklerden uzaklaşmaları yaşam doyumunu olumsuz etkileyebilmektedir (Karadakovan ve Aslan, 2010).

Bakım Verenlere İlişkin Sorunlar

Uzun süreli evde bakım uygulamalarında bakımın önemli bir kısmı aile üyeleri tarafından üstlenilmektedir. Profesyonel bakım hizmetlerini destekleyen veya tamamlayan bu rol, bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının yanı sıra sosyal yaşamları ve ekonomik durumları üzerinde de olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Marinho ve ark., 2022). Yaşlı bireylere bakım verenlerle gerçekleştirilen bir çalışmada, bakım sürecinin bakım verenler üzerinde çok boyutlu bir yük oluşturduğu; psikolojik, fiziksel, ekonomik ve sosyal güçlüklerin yanı sıra uyku düzeninde bozulma, hijyenin sürdürülmesinde güçlük ve ev ortamına ilişkin mekânsal sorunların sık karşılaşılan problemler arasında yer aldığı belirlenmiştir (Çakır ve Yaman, 2021). Demanslı bireyle bakım verenlerle gerçekleştirilen bir çalışmada, demansa eşlik eden davranışsal ve psikolojik belirtilerin bakım veren yükünü artırdığı, artan bakım yükünün ise bakım verenlerde tükenmişlik gelişiminde önemli bir aracı rol oynadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada, sağlıklı aile işlevselliğinin tükenmişlik düzeyini azaltan koruyucu bir etmen olduğu da bildirilmiştir (Brites ve ark., 2025).

Psikososyal Güçlükler

Evde bakım süreci; hastalık, bakım sorumluluğu ve yaşam koşullarındaki değişiklikler nedeniyle birey ve bakım veren açısından çeşitli psikososyal güçlükleri beraberinde getirebilmektedir. Bu güçlüklerin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve yönetilmesi, bakımın kalitesini ve sürekliliğini artıran önemli unsurlardan biridir. Yaşlı bireylere bakım verenlerle gerçekleştirilen bir çalışmada, bakım verme sürecinin bakım verenler üzerinde önemli psikolojik etkiler oluşturduğu; tükenmişlik, çaresizlik, çözümsüzlük, üzüntü ve öfke gibi olumsuz duyguların bakım verenler tarafından sıklıkla deneyimlendiği bildirilmiştir (Çakır ve Yaman, 2021). Toplumda yaşayan kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerin aile bakım verenlerinde bakım yükünü etkileyen faktörleri inceleyen bir sistematik derlemede, bakım verme süresinin uzaması, bakım

sorumluluklarının artması ve ekonomik yükün bakım verenlerin psikolojik yükünü artırdığı bildirilmiştir (Choi ve ark., 2024). Bu bulgular, evde bakım hizmetlerinin yalnızca bakım gereksinimi olan bireyin değil, bakım veren aile üyelerinin de fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmesini gerektiren bütüncül bir bakım yaklaşımı ile yürütülmesi gerektiğini göstermektedir.

Dezavantajlı Gruplarda Evde Bakım Hizmetleri ve Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Katkısı

Evde bakım; bireyin sağlık gereksinimlerinin yaşadığı ortamda karşılanmasını amaçlayan, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici bakım hizmetlerini kapsayan multidisipliner bir bakım yaklaşımıdır (Aslan Uyar ve Güzel, 2018). Bu yaklaşım yalnızca bakım gereksinimi olan bireyin değil, bakım sürecine aktif olarak katılan aile üyelerinin gereksinimlerini de gözetmektedir. Bu doğrultuda evde bakım hizmetleri; bakım verenlerin bakım yükünün azaltılmasına katkı sağlayan, birey ve ailesine yönelik psikososyal, fizyolojik, tıbbi ve sosyal destek hizmetlerini bütüncül bir anlayışla sunan önemli bir sağlık hizmeti modelidir (Danış, 2006; Yılmaz ve ark., 2010). Evde bakım hizmetlerinden öncelikli olarak yararlanan gruplar arasında yaşlı bireyler, kronik hastalığı bulunan kişiler, ruhsal bozukluğu olan bireyler ve engelliler yer almaktadır. Engelli bireyler, fiziksel sınırlılıkları ve uzun süreli bakım gereksinimleri nedeniyle evde bakım hizmetlerinden en fazla yararlanan gruplardan biridir. Engelli bireylere yönelik evde bakım hizmetleri, yalnızca öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasını değil; aynı zamanda ekonomik, sosyal ve psikolojik gereksinimleri destekleyecek hizmetlere erişimin sağlanmasını da kapsayan bütüncül bir bakım yaklaşımıdır (Kök, 2023). Ayrıca evde bakım hizmetleri sadece kırılgan gruplarla sınırlı değildir, aynı zamanda fiziksel ve zihinsel engeli ya da akıl hastalığı olan bireyler gibi birden çok bakım sisteminde aynı anda hizmet alan diğer popülasyonlarla da ilişkilidir (Leutz, 2005). Bu doğrultuda evde bakım hizmetleri, farklı özelliklere sahip dezavantajlı grupların yalnızca fiziksel bakım gereksinimlerini karşılamayı değil, aynı zamanda psikososyal iyilik hâllerini desteklemeyi ve yaşam kalitelerini artırmayı hedefleyen bütüncül bir hizmet modeli olarak öne çıkmaktadır.

İncinebilir gruplar; fiziksel, psikolojik veya sosyal açıdan çeşitli risklere maruz kalan, sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşayan ve mevcut sağlık durumlarını koruyup geliştirebilmek için gerekli kaynaklara ulaşmada dezavantajlı konumda bulunan bireylerden oluşmaktadır. Bu gruplarda sağlık göstergelerinin olumsuz seyretmesi, yaşam kalitesinin düşük olması ve ihmal ya da istismara maruz kalma olasılığının toplumun diğer kesimlerine göre daha yüksek olması, kapsamlı ve bütüncül sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimi artırmaktadır (Nirgiz, 2025). Evde bakım hizmetleri söz konusu olduğunda bu gruplar; kronik hastalığı olan bireyler, yaşlılar, engelliler, ruhsal bozukluğu olan kişiler, düşük sosyoekonomik düzeye sahip aileler, göçmenler/mülteciler, yalnız yaşayan bireyler ve bakım veren aile üyelerini kapsamaktadır. Bu

bireyler, karmaşık sağlık sorunları, uzun süreli bakım gereksinimleri ve sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları güçlükler nedeniyle bütüncül ve multi-disipliner bakım yaklaşımlarına gereksinim duymaktadır. Özellikle şizofreni, bipolar bozukluk ve majör depresif bozukluk gibi işlevsellik kaybına neden olabilen kronik psikiyatrik hastalıklarda evde bakım hizmetleri, tedavi sürekliliğinin sağlanması, psikososyal işlevselliğin desteklenmesi ve yeniden hastaneye yatışların önlenmesi açısından önemli bir bakım yaklaşımıdır. Kronik psikiyatrik hastalıkların uzun dönem yönetiminde evde bakım hizmetlerinin etkin biçimde sunulabilmesi, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri anlayışının benimsenmesi ile mümkün olmaktadır.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri; ruhsal bozukluğu bulunan bireylerin aile ve sosyal çevrelerinden ayrılmadan kendi yaşam ortamlarında izlenmesini, tedavi ve bakım sürekliliğinin sağlanmasını, bağımsız yaşam becerilerinin desteklenmesini ve toplumsal işlevselliklerinin artırılmasını amaçlayan bütüncül bir hizmet modelidir (Yıldırım, 2019). Bu yaklaşım doğrultusunda evde bakım hizmetleri, psikiyatrik hastalıkların tedavi ve bakım süreçlerinde giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Özellikle kronik ruhsal bozukluğu bulunan bireylerin uzun dönem izleminde, bakımın yalnızca tıbbi gereksinimlerin karşılanmasıyla sınırlı kalmaması; psikososyal gereksinimlerin belirlenmesi, işlevselliğin desteklenmesi ve toplumla bütünleşmenin sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda psikiyatri hemşireleri, evde bakım hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinde önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Evde bakım hizmetinde görev alan hemşirelerin ruhsal durum değerlendirmesi, psiko eğitim, semptom yönetimi, aile ve bakım veren eğitimi, bakım koordinasyonu ile bilişsel davranışçı terapi gibi kanıta dayalı psikososyal girişimleri uygulayabilecek bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir (Molu ve Özkan, 2016). Bunun yanı sıra psikoterapötik müdahaleler, hasta ve ailelerin hastalıkla baş etme becerilerini güçlendirerek hastalık yönetiminin daha etkili yürütülmesine katkı sağlamaktadır (Küçük, 2016). Psikiyatri hemşirelerinin ayrıca hastaların psikolojik durumunu ve ruhsal iyilik hâlini düzenli olarak değerlendirmesi, terapötik iletişim becerilerini etkin biçimde kullanması ve güvene dayalı terapötik ilişki geliştirmesi beklenmektedir. Bunun yanında anksiyete, yas, kriz, intihar riski, şiddet ve ağrı gibi özel durumların yönetiminde multidisipliner ekibin diğer üyeleriyle iş birliği içerisinde çalışmaları, bakımın bütüncül ve etkili bir şekilde yürütülmesi açısından önem taşımaktadır (Young ve Unachukwu, 2012; Özdemir ve Taşçı, 2013).

Sonuç olarak, evde bakım hizmetleri; yaşlılar, engelliler, kronik hastalığı veya ruhsal bozukluğu bulunan bireyler başta olmak üzere dezavantajlı grupların sağlık gereksinimlerinin kendi yaşam ortamlarında bütüncül bir yaklaşımla karşılanmasını sağlayan önemli bir hizmet modelidir. Bu grupların fiziksel gereksinimlerinin yanı sıra psikolojik, sosyal ve çevresel gereksinimlerinin de kapsamlı biçimde değerlendirilmesi, bakımın etkinliği ve yaşam kalitesinin

artırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Bu süreçte psikiyatri hemşireleri, psikososyal bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesindeki rolleriyle birey ve ailesinin hastalıkla baş etme becerilerini güçlendirmekte, bakımın sürekliliğine katkı sağlamakta ve toplum temelli bakım anlayışının güçlenmesini desteklemektedir. Bu nedenle psikiyatri hemşirelerinin evde bakım ekiplerinde etkin biçimde yer alması, dezavantajlı gruplara sunulan bakımın bütüncül, kişi merkezli ve sürdürülebilir bir anlayışla yürütülmesi açısından temel bir gerekliliktir.

KAYNAKÇA

1. Ekici, B., Özdemir, S. (2003). Yaşlı bireylerin sağlık ve evde bakım durumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*, 6(4), 27-36.
2. World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Geneva, Switzerland: Author.
3. Sarıoğlu, Ç., & Sezgin Emüler, D. (2025). Türkiye’de evde sağlık hizmetleri sunumu: Orijinal araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 22(3), 163-185. <https://doi.org/10.70915/spkd.1758660>
4. Kaya, H., Özkan, B. (2014). Evde Bakımda Kanıta Dayalı Psikososyal Müdahaleler, *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(2), s1-8.
5. Kıskaç, N., & Girgin, B. (2022). Evde sağlık hizmetlerinin dünü, bugünü ve hemşirelerin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 26(3), 119-123.
6. Molu, N. G., Ozkan, B., & Icel, S. (2016). Quality of life for chronic psychiatric illnesses and home care. *Pakistan journal of medical sciences*, 32(2), 511-515. <https://doi.org/10.12669/pjms.322.8794>
7. Küçük, L. (2016). Psikiyatride evde bakım uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics*, 2(3), 53-59.
8. Doğan, R., & Onan, N. (2021). Evde bakım biriminden hizmet alan hastaların yakınlarında ruhsal sağlık durumunun ve bakım yükünün incelenmesi. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 11(1), 31-39. doi:10.5505/kjms.2021.07992
9. Lin, C. P., & Chu, W. M. (2025). Home-Based Palliative Care: Benefits, Challenges, Opportunities and Future Directions in a Super-Aged Society. *Journal of hospice and palliative care*, 28(3), 81-88. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2025.28.3.81>
10. Çakır, G., & Yaman, Ö. M. (2021). Yaşlılara evde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorluklar ve etkileyen unsurlar. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* (18), 104-124. <https://doi.org/10.46218/tshd.983990>
11. Özdemir, Ü., Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1, 1, s 57-72.
12. Mete, H. E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 11, s 3-18.
13. Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., & Özer, Z. C. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Medical Journal*, 38(1), 57-65. doi:10.5798/diclemedj.0921.2012.04.0184
14. Karadakovan, A., Eti A.F. (2011). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Adana, Nobel Tıp Kitapevleri, 99-111.
15. Marinho, J. D. S., Batista, I. B., Nobre, R. A. D. S., Guimarães, M. S. A., Dos Santos-Orlandi, A. A., Brito, T. R. P., Pagotto, V., Saidel, M. G. B., Fusco, S. F. B., Maia, F. O. M., Corona, L. P., & Nunes, D. P. (2022). Burden, satisfaction caregiving, and

- family relations in informal caregivers of older adults. *Frontiers in medicine*, 9, 1059467. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1059467>
16. Brites, R., Brandão, T., Nunes, O., Hipólito, J., & Pires, C. T. (2025). The impact of caregiving on informal caregivers of people with dementia: Family functioning, burden, and burnout. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 32(2), 325–335. <https://doi.org/10.1007/s10880-024-10052-2>
 17. Choi, J. Y., Lee, S. H., & Yu, S. (2024). Exploring factors influencing caregiver burden: A systematic review of family caregivers of older adults with chronic illness in local communities. *Healthcare*, 12(10), 1002. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101002>
 18. Aslan, Ş., Uyar, S., & Güzel, Ş. (2018). Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 45–56. doi:10.35375/sayod.520957
 19. Danış, M.Z. (2006). Toplum Temelli Bakım Anlayışı. *Özveri Dergisi*. <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3trbakim.htm> Erişim tarihi: 20.01.2022
 20. Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., ... Erdem, S. (2010). **Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı**. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3), 125–132.
 21. Kök, H. (2023). **Engelli evde bakım hizmetlerinde karşılaşılabilecek sorunlar üzerine bir değerlendirme**. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(58), 45–62. doi:10.21560/spcd.vi.1092868
 22. Leutz, W. N. (2005). Reflections on integrating medical and social care: Five laws revisited. *Journal of Integrated Care*, 13(5), 3–12. doi:10.1108/14769018200500034
 23. Nirgiz, C. (2025). İncinebilir gruplar ve halk sağlığı hemşiresinin rolü. *Toplum ve Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 140–148. <https://doi.org/10.70479/thdd.1645119>
 24. Yıldırım, A., Aşilar, R.H. (2019). Toplumda Ruhsal Bozuklukların Yönetimi ve Hemşirelik. Hacıhasanoğlu Aşilar R, Editör. Kronik Hastalıklarda Bakımın Yönetimi ve Hemşirelik. 1. Baskı, Ankara, *Türkiye Klinikleri*, s, 85-92.
 25. Young, E. E., & Unachukwu, C. N. (2012). Psychosocial aspects of diabetes mellitus. *African Journal of Diabetes Medicine*, 20(1), 5–7.