

DERLEME

**PSİKİYATRİK HASTALIKLARDA EVDE BAKIM VE HEMŞİRELİK
SÜRECİNİN UYGULANMASI***

Hülya ARSLANTAŞ**

Alınış Tarihi:21.07.2008

Kabul Tarihi:09.02.2009

ÖZET

Evde bakım kavramı, koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacıyla güden, bir sağlık bakım sistemini ifade eder. Evde bakım, kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, total parenteral beslenme ve daha birçok gerçek ya da potansiyel sağlık sorunlarına yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlamaktadır. Evde bakım hemşireleri; bakım ihtiyaçlarına temellenen bir ziyarette hasta ve ailesine evlerinde hemşirelik bakımı sağlarlar. Kurum bakımı yerine evde bakımın tercih edilmesinin nedeni, ailenin ve hastanın yardıma ihtiyaç duydukları anda profesyonel sağlık ekibinin hasta ve ailesinin yanında ve kendi ev ortamlarında olmalarındadır.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, psikiyatrik hastalıklar, hemşirelik süreci

ABSTRACT

Application of The Nursing Process and Home Care in Psychiatric Diseases

The home care concept means a health care system which aims to support and strength usual health systems which are defined on the basis of the necessity as effective protective and therapeutic health care to be provided. Home care aims to fulfill caring needs related to the follow up and therapies, terminal period problems, physical therapies, speech therapies, respiration therapies, some drug applications, total potential nutrition and some more actual or potential health problems. Home care nurses provide care to patients and their relatives at their homes at visits which are based on their care needs. The reason of home care instead of the institutional care is that professional health team to be by the patients and their families at their home environment when they need help.

Keywords: Home care, Psychiatric Diseases, Nursing Process

GİRİŞ

Psikiyatrik hastaların hastaneye tekrarlı yatışları en aza indirilmelidir. Böylece hastaların; aile, sağlık bakım ekibi ve ülke ekonomisine getireceği yükler engellenebilir. Bu sayede hastalıkların kronikleşmemesi, intiharların azalması, iyileşme sürecinin hızlanması ve hastalığa bağlı iş kayıplarının en aza indirilmesi de

sağlanabilir. Son yıllarda psikiyatrik hastaların hastaneye tekrarlı yatışlarının engellenmesinde “evde bakım hizmeti” gündemdedir (Dean and Gadd 1998, Grunfeld et al. 1997, Mcfarland and Thomas 1991, Muijen et al. 1992). “Evde bakım”; olağan sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacıyla güden bir sağlık bakım sistemidir.

*Bu derlemenin bir bölümü I. Ulusal Evde Bakım Hemşireliği Kongresinde sunulmuştur.

** Yrd. Doç. Dr. Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık YO Psikiyatri Hemş. AD.

e-mail-hulyaars@yahoo.com

Evde bakım hizmetlerinin amacı, kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, total parenteral beslenme ve daha birçok gerçek ya da potansiyel sağlık sorunlarına yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Bu bağlamda, evde bakım hizmetini sunan hemşireler, bakım ihtiyaçlarına temellenen bir ziyarette hasta ve ailesine kendi evlerinde hemşirelik bakımı sağlamaktadırlar (Biala 1996, Johnson 1997, McFarland and Thomas 1991).

Evde bakım hizmetlerinin tercih edilmesinin nedeni, gereksinim olduğu anda profesyonel sağlık ekibi üyelerinin hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sağlık hizmetini sunabilmesidir. Böylece hasta ve aile kendi ortamlarında takip edilecek ve ekip üyeleri onların gereksinimi olduğu sürece yanlarında olacaktır. Evde bakım hizmetlerine, psikiyatri hastası hastaneden taburcu olduktan sonraki bir ya da iki ay içerisinde başlanılmalı ve haftada bir ya da üç kez olmalıdır. Ev ziyareti sırasında ekibin içten olması, bununla beraber profesyonel sınırlılığı koruyabilmesi önemlidir. Ziyaretler sırasında hastanın ve ailenin;

Bu derlemede; psikiyatri hastalarına sunulan evde bakım hizmetlerinin ülkemizdeki ve dünyadaki tarihsel geçmişini incelemek, psikiyatrik hastalıklardaki evde bakım hizmetlerinin tanımlanmasını yapmak, hizmetlerin sunumu sırasındaki hemşirelik aktiviteleri ile hemşirelik sürecinin uygulanmasını ele almak amaçlanmıştır.

NANDA ve ANA'da psikiyatrik hastalıklarda evde bakım hemşireliği yerine "Psikososyal Ev Sağlığında Bakım Hemşireliği (=PESBH)" kullanılmaktadır. Bu nedenle psikiyatrik hastalıklarda evde bakım hemşireliği yerine bu uluslararası kuruluşların verdiği tanımlardaki PESBH kısaltması kullanılmıştır (Biala 1996, Johnson 1997, McFarland and Thomas 1991).

Dünya'da Psikiyatrik Hastalıklarda Evde Bakımın Tarihi

Kavramsal olarak evde sağlık bakımı kültürel, tarihi, profesyonel, ekonomik, politik, felsefi, sosyal, farmakolojik, teknolojik ve çevreyle ilgili faktörleri kapsar. Evde bakım ile ilgili yaklaşımlar Hollanda Amsterdam'da doğmuş daha sonra tüm uygulayıcı ülkelere model olmuştur. Evde bakım 1950'lerden beri ABD'de uygulanmaktadır. 1960'ların sonunda ve 1970'lerin başlarında toplum akıl sağlığı hareketlerinin yükselmesi esnasında akıl sağlığı bozuk olanların evde bakımını sağlamaya yönelik çabalar artmıştır (Johnson 1997, Özalım 1997).

Türkiye'de Psikiyatrik Hastalıklarda Evde Bakım

Ülkemizde 13.09.2005 tarih ve 25935 sayılı resmi gazetede yayımlanan "evde bakım hizmetlerinin sunumu hakkındaki tebliğ" daha çok yatağa bağımlı olan ve rehabilitasyon hizmeti alması gereken nörolojik ve diğer dahili hastalıkları kapsamaktadır. Ülkemizde modern, sürekli, sistemli ve yasalar tarafından da desteklenen bir evde bakım sistemi yoktur. Ancak özel sigorta şirketlerinin desteklediği kronik hastalığı olanların evde bakım almalarını amaçlayan evde bakım hizmeti veren servisler vardır. Oysa hastaneye temellenmiş evde bakım hizmetlerinin sunumu şizofreni gibi psikiyatrik hastalıklar için de önemlidir ve yasalarla da desteklenmesi gerekmektedir. Çünkü hastanelere tekrarlı yatışlar gerek hasta ve ailesi, gerekse tedavi ekibi ve tedavi kurumu için çeşitli güçlüklerle neden olmaktadır.

Çağcıl tıp anlayışı bütüncül yaklaşımı benimser. İnsanı bedensel, ruhsal ve toplumsal yönlerden bir bütün olarak görür. İnsanın ve sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak benimsenmesi ve uygulanması, psikiyatri alanında diğer sağlık alanlarına göre daha uygundur. Şizofreni hastalarının çoğu aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Bu

nedenle aile üyeleri hastanın durumuyla ilgili çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Aile üyelerinin etkilenmeleri ve yaşadıkları güçlükler hastanın toplumsal çekilmesiyle, düşünme ve davranış bozukluklarıyla, aile ilişkilerindeki bozuklukla ilgili olabileceği gibi; aile üyelerinin suçluluk ve utanma duygularıyla, aşırı duygu dışavurumuyla, sıkıntı ve depresif belirtilerle, ekonomik sorunlarla da kendini gösterebilir. Ülkemizde, psikotik hasta ve ailelerinin hastalığın ilk atağından sonra elde edilen iyilik halini takiben, tedavi ve kontrollerin devamını sağlama konusunda hassas davranmadıkları gözlenmektedir. Bu konuya gerekli önemin verilmemesi sonucu hastaneye tekrarlı yatışlar artmaktadır. Diğer yandan taburculuk sonrası hastaneye ya da hekime ulaşmadaki güçlükler, ekonomik sorunlar, bilgisizlik, hastalığın süregenliğinin yarattığı bıkkınlık ve inançsızlık hastaların hastane ile bağlantılarının kopmasına yol açmaktadır. Bu nedenlerle ülkemizde yataklı tedavi kurumları ile işbirliği halinde çalışacak multidisipliner ev ziyareti ekiplerinin oluşturulması gerekliliği kaçınılmaz görünmektedir. Hastaların evlerinde ziyaret edilmesi çok yönlü bir çalışmadır. Hekim, hemşire ve diğer sağlık görevlilerinin eşgüdümü olarak bu çalışmayı yürütmesi ve ziyaret edilen ailenin gereksinimine göre dönüşümlü olarak ekip üyelerinden birinin zaman zaman daha ön planda çalışması gerekmektedir (Doğan ve ark. 2002a, Doğan 2002, Doğan ve ark. 2002b).

Psikiyatrik Hastalıklarda Evde Bakımın Bütüncül Doğası

Psikiyatrik hastalıkların evde hemşirelik bakımında biyopsikosozyal yaklaşım modelini uygulamak, bakıma bütüncül yaklaşım açısından önemlidir. Biyopsikosozyal model; adaptasyon, bilişsel ve davranışçı terapi, toplum ruh sağlığı, iletişim, krize müdahale, aile terapisi, gelişimle ilgili perspektifler,

kendine bakım, kişiler arası ilişkiler, sosyal öğrenme ve hemşirelik modelleri ve diğer teorik modellerle ilişki halindedir. Bu ilişki, psikososyal evde bakım yaklaşımının bireye özgü olabilmesi için verimlilik sağlar. Genellikle psikososyal evde bakım hemşiresi, evde bakım hastasının bakım gereksinimlerini karşılamak için eklettik yaklaşım ya da karışımları kullanır. Bununla birlikte krize müdahale teorileri, Orem'in öz bakım teorisi ve davranış teorisi psikososyal evde bakıma yol gösterebilir (Johnson 1997).

Psikiyatrik hastalarda evde bakım programının amaçları;

- Aile ortamının değerlendirilmesi,
- Ailedeki destek güçlerinin ortaya çıkartılması,
- Hasta ve ailesinin, hastalığın belirtilerini erken tanımlarının sağlanması,
- Hastalığı arttırıcı etkilerin azaltılmasına yardım edilmesi,
- Hastanın aile ve topluma uyumunun sağlanması,
- Gevşeme tekniklerini kullanmayı öğrenmesi ve uygulaması,
- İlaçların yan etkilerini, kullanım özelliklerini, ilaçla ilgili dikkat edilecek noktaları bilmeleri,
- Hastanın intihar sözleşmesine uyması,
- Hasta ve ailenin hallüsinasyon ve illüzyonları tanımlayabilmeleri,
- Hastanın bağımsız olarak hareket edebilmesi yönünde geliştirilmesi,
- Aileye hastanın gereksinimlerine yönelik özellikli bakımın sağlanması,
- Hastaya ve aileye, ortaya çıkabilecek ya da tekrarlayabilecek durumlarda erken müdahalenin öneminin kavratılması,
- Ailedeki diğer bireylerin hastalanma riskinin değerlendirilmesi ve hastalık ortaya çıkmadan sorunların ele alınması,
- Hasta ve ailesinin karşılıklı ilişkilerinin yerinde değerlendirilmesi,

- İlaçların etki ve yan etkilerinin gözlenmesi,
- Hasta bireyin tekrarlı yatışını ve hastalığının kronikleşmesini önleyici rehabilitasyon çalışmalarının sağlanması,
- Hasta ve ailesinin bireysel gereksinimlerinin tanımlanması

Hasta ve ailesinin başından sonuna kadar bakım planındaki uygulamaya katılımının sağlanmasıdır (Fortinash and Holoday 1996, Johnson 1997, McFarland and Thomas 1991, Stuart and Laraia 2005, Varcarolis et al. 2006).

Bu amaçlara ulaşabilmek için evde bakım programında hedef kitle;

1. Tanımlanan tedavi planının hastanede uygulanmasına karşı gelenler,
2. İlaçla tedavisine evde devam etmek zorunda olanlar,
3. Günlük tedavi programı evinde uygulanmak zorunda olanlar,
4. Taburcu olduktan sonra terapisi devam edecek olanlar,
5. İntihar (suisid) için risk grubu olanlar,
6. Yaşlılar, demanslı hastalar ve terminal hastalığı olan hastalardır (Johnson 1997, McFarland and Thomas 1991).

Psikiyatrik hastaların evde bakımının temel prensipleri ve felsefesine bakıldığında, yetişkinlerin ekonomik, sosyal veya tıbbi nedenlerle kendi evlerinde ve toplum içinde kalmak istedikleri bilinmektedir. Uzun süreli bakım gerektiren durumlarda sıklıkla birçok sorun üst üste gelebilir. Bu nedenle hemşire birey ve ailesini bir bütün olarak ele alarak, bakımın bütünleştiriciliğini ve koordinasyonunu sağlamalıdır (Johnson 1997, McFarland and Thomas 1991).

Psikiyatrik Hastalarda Uygulanacak Evde Bakım Hizmetlerinin İçeriği

Evde bakım hizmeti sunan sağlık ekibi üyeleri hasta ve ailesiyle yapılan tedavi protokolünü okumuş ve imzalamış olmalıdırlar. Buna göre:

A- Psikiyatri ekibi tarafından evde bakımı planlanan hastanın değerlendirme ve tedavisi sağlanmalıdır.

B- Hemşire ev ziyaretlerinde, hasta ve ailesini değerlendirmeli, eğitmeli, destek ve danışmanlık yapmalıdır.

C- Akıl sağlığının korunmasında ve vaka yönetiminde, yalnız yaşayan hastalar hedef kitledir. Çünkü bu hastaların aile destek sistemleri zayıftır ve buna bağlı olarak hastalık belirtilerinin daha yoğun yaşandığı gözlenmektedir. Profesyonel ilişki ve etkin bireysel bakım hizmetinin sağlanması ile krize erken müdahale ve intihar önlenmelidir.

D- Hasta ve ailesinin sosyal sorunlarına yönelik olarak; sosyal ve mali problemler değerlendirilmeli, bakımın devamlılığı için uzun dönemli planlama yapılmalı, destekleyici ve yol gösterici danışmanlık sağlanmalıdır.

E- Uğraşı, konuşma ve fiziksel terapilerde, psikiyatrik ihtiyaçlar kadar fiziksel ihtiyaçlarda göz önünde bulundurulmalıdır.

F- Hasta ve ailesine laboratuvar, ilaç/eczane ve gerekli durumlarda hastaneye sevk işlemlerinde destek sağlanmalıdır (McFarland and Thomas 1991).

Psikiyatrik Hastaların Evde Bakımında Hemşirelik Aktiviteleri

Psikiyatrik hastaların evde bakımında sağlanacak hemşirelik aktiviteleri üç alana odaklanmaktadır. Bunlar:

A- Hasta ve aile değerlendirmesi:

* Hasta ve ailenin bakım planında ele alınmış olan hemşirelik tanılarını ve bunlara uygun olarak planlanan girişimleri başarmalarını sağlama,

* Hastanın bütüncül olarak fiziksel ve mental durumunu değerlendirme, tedaviye ve tıbbi tanımlamalara uyma,

* Ekip içindeki ve aile bireyleri arasındaki iletişimi sağlama,

B- Hasta ve aile eğitimi:

* Hastanın psikiyatrik hastalığı, hastalığa ilişkin belirtileri ile baş etme davranışları hastaya ve aileye öğretilir,

* Hasta ve aileye etkili iletişim teknikleri, problem çözme ve sorunların çözümü ile ilgili karar verilen süreçler öğretilir,

* Hasta ve aileye stres ve çatışmayla etkili baş etme stratejileri öğretilir.

C- Hasta ve aileye destek ve danışmanlık:

* Evde bakım için diğer tedavi programları veya hastanede hastalıkla ilgili olarak verilen eğitimin devamlılığını sağlamak için bakım planının yeniden gözden geçirilmesini ve incelenmesini sağlamak,

* Hasta ve ailenin hastalığın kabulü ile ilgili problemlerini problem odaklı çözüm yaklaşımı yoluyla yeniden çözümlenmelerine yardım etmek,

* Hasta ve ailesine hastalığın kabulü konusunda yardım sağlamak, onlara gerekli olan bilgileri vermek,

*Ailelerin kendilerini tanımaları ve duygularını paylaşmalarının diğer bir yolu da uygulayabilecekleri çözümleri ve seçenekleri göstermektir (McFarland and Thomas 1991, Stuart and Laraia 2005).

Psikiyatrik Hastalıklarda Hemşirelik Sürecinin Uygulanması

Evde bakım hemşiresi aile ve hasta ile kendi ortamlarında çalışan kişidir. Hemşire evde bakımın birçok farklı disiplin ve hizmetlerinin bir araya gelmeleri ile gerçekleştiğini unutmamalıdır. Evde bakım hizmetinin daha büyük toplum sistemini etkilediğini ve sosyal sistemin bir bölümü olduğunu hatırlamalıdır (Johnson 1997).

Hemşirelerin kültürel farklılıklarla ilgili tanımlamaları yapmadan önce toplanması gereken veriler; aile yapısı, ırk, ikamet ettiği kentler, beslenme alışkanlıkları ve farklılıkları, inançlar ve dinsel uygulamalar, iletişim yolları ve dili kullanma becerileri, hastanın evdeki zamanını değerlendirme durumu, giyim alışkanlıkları, hastalık ve akıl hastalığı ile ilgili davranışları, hastanın hastalık inanç ve modelleri, sağlık ve akıl sağlığı davranış inanç ve modelleri, iyileştirici

sağlık inançları ve uygulamaları, hastanın hastalığına başka inançların etkisidir (Johnson 1997).

Tanımlama:

Evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi aşağıdaki alanlarda olmalıdır;

1. Akıl sağlığı durumundaki değişiklikler
2. Sağlık durumundaki değişiklikler
3. Bedensel iyilikteki değişiklikler
4. Ev çevresindeki değişiklikler
5. Aile değişiklikleri
6. Sosyal destek sistemindeki değişiklikler
7. Psikososyal fonksiyondaki değişiklikler
8. Sağlık ya da tıbbi eğitim gereksinimi
9. İleride gereksinim duyabileceği konularda rehberlik
10. Psikiyatrik kriz ya da aciliyet
11. Motivasyondaki değişiklikler
12. Boş zaman değişiklikleri ya da oyun aktiviteleri (Johnson 1997, McFarland and Thomas 1991).

Evde sağlık hizmetinin sunumunda toplanacak veriler şu konulardadır:

1. Fiziksel, emosyonel, entellektüel, psikolojik, sosyal, kültürel, dini, toplumsal ve ruhsal olarak öykü, destek sistemleri, yaşam tarzı ve stresörler.
2. Hastanın ve ailenin büyüme ve gelişmesi, dinamikleri, algıları, yaralanma olasılıkları, risk faktörleri, geçmişteki ve şimdiki başa çıkma güçleri ve mekanizmaları.
3. Uyku, dinlenme ve aktivite durumu, iştah ve beslenme durumu, boşaltım alışkanlığı, diğer durumlar ve sağlığı etkileyen alışkanlıklar, bilgi ve motivasyon.
4. Kendi ve rol ilişki kabulleri ve modelleri, cinsellik durumunun özellikleri.
5. Akıl ve emosyonel durumu, düşünce sürecinin içeriği, kavramsal modeller ve bilişsel fonksiyonları.
6. Psikososyal evde bakım programından beklentileri, evde bakımı alma ve anlama kapasiteleri, değerlendirme kriterleri, kaynakları, sistematik kaynak hakkında

evde bakım için psikososyal hızlandırıcılar, psikososyal hemşirelik için objektif ve subjektif olarak toplanan veriler kısaca standardize edilir. Toplum sağlığı konularını içeren bu bilgilerin birçoğu kaynak olarak kullanılmaya uygundur (Fortinash and Holoday 1996, Johnson 1997, Stuart and Laraia 2005).

Veri toplama:

Hasta, aile üyeleri ya da diğer önemli insanlar (muhtarlar, komşular) veri toplamak için birinci derecede kaynaklardır. Fiziksel değerlendirme, ruhsal durum muayenesi ve psikolojik testler de tanı koymaya yardımcıdır. Hemşire bu verilerin değerlendirilmesinde objektif olmalıdır. PESBH hastanın evinde toplanan bilgilerin doğruluğunu onaylar. Evde sağlık bakımında veri toplama kullanmak için hemşirelik süreci notlarını ve değişik şekillerde kaydedilen bilgileri kullanır. Hemşire hemşirelik sürecinde hastayı ve aileyi ele alır, planlama, uygulama ve değerlendirmeyi bir arada yapar (Johnson 1997).

Hemşirelik Tanısı:

Psikososyokültürel değerlendirme sırasındaki veri toplama -subjektif sözel veri, objektif sözel olmayan veri, semptomlar, işaretler, etyoloji, risk faktörleri ve kritik durumlar- hemşirelik süreci tanılama aşamasının sonunda ve karar alınan sürecin başında formüle edilir. Bu aşama “ **hemşirelik tanısı** ” diye isimlendirilmiştir. Hemşire aynı zamanda fonksiyonel problemleri not alır ya da gündemde olan problemler varsa acil girişimde bulunur. Evde sağlık bakımının karmaşık oluşunun nedeni hastaların birden fazla hemşirelik tanısına sahip olabilmelerindedir (Johnson 1997).

Girişimler:

Hemşirelerin ev ziyareti ile ilgili özel amaçları ve sonuçları bireye evde bakım için yol gösterir. Hemşirelik sürecinin bu aşaması sırasında kişilerarası, entellektüel ve teknik beceriler kullanılmaktadır. *PESBH*

tarafından aşağıdaki girişimler direk olarak kullanılır.

1. Kapsamlı ve geniş bir şekilde hastanın ve ailenin değerlendirilmesi.
2. Krize müdahale.
3. Tıbbi tedavi yönetimi, düzenleme, sorunlar hakkında bilgi, bilgilendirme, karşılıklı hareket.
4. Bireysel, karşılıklı, aile ve grup danışmanlığı ve psikoterapisi.
5. Hasta ile sözlü ya da yazılı anlaşma.
6. Sağlık rehberliği ve danışmanlığı.
7. Hasta savunuculuğu.
8. Vaka yönetimi.
9. Sağlık bakımı ve ekip işbirliği.
10. Liyezon aktiviteleri
11. Ekip üyelerinin süpervizyonu.
12. Rol modeli ya da sosyal beceri eğitimi. (Johnson 1997).

Uygulanan Hemşirelik

Girişimlerinin Değerlendirilmesi

Değerlendirmede hemşire hastanın ve ailenin girişimlere cevabını ileri amaçlara ulaştırmak için değerlendirir ve bu amaçla temel veriyi, hemşirelik süreci ve bakım planlarını yeniden gözden geçirir. Başlangıç ziyaretleri sırasında aile ve hastaya evde bakım kursu yapılır. Bu kurs ile hedeflenen; amaçlara hastanın ve ailenin ulaşip ulaşmadığını ölçmektir. Hemşire, hasta ve aile toplanarak evde bakım amaçlarının gerçekleşip gerçekleşmediğine karar verir. Ev bakımında hastanın gereksinimleri ve durumu dinamik ve değişken olduğu için hemşirelik bakım planı ve temel veriler yeniden gözden geçirmelidir. Evde bakımda ele alınan kişi -aile, hasta, hemşire, diğer ev sağlık bakımı üyeleri, hekim ve diğerleri hastanın iyileşme sürecini ve amaçlarına ulaşılıp ulaşılmadığını değerlendirir. Çünkü hasta ve aile için yapılan girişimler yarar sağlarsa hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerinin aile ve hastaya ziyaretlerinin sıklığı ve yoğunluğu azalır (Johnson 1997).

SONUÇ

Ülkemizde son yıllarda tartışılmaya başlanılan evde bakım hizmetleri başta ABD ve Kanada olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde yasal düzenlemelerle sağlık sistemlerindeki yerini almıştır. Diğer tüm hastalıklarda olduğu gibi psikiyatrik hastalıklarda da evde bakım hizmetlerinin önemi ve etkinliği tartışılmaz. Ülkemiz kaynaklarının etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasında sağlık ekibinin sorumlulukları vardır. Bu nedenle

ülkemizde bireye uygun, kaliteli ve maliyeti düşük evde bakım hizmetinin sağlanmaya başlanması çok önemlidir. Evde bakım hizmetinin multidisipliner bir ekip işi olduğu unutulmamalı ve ekip üyeleri sistemli bir şekilde ev ziyaretlerini değerlendirmelidir. Ev ziyaretlerinden çıkan bütün veriler ekip tarafından değerlendirildikten sonra bu konuda uzmanlardan oluşan bir üst kurula sunulmalıdır. Veriler sağlık bakım hizmetlerini ve evde bakım hizmetlerini planlamada dayanak oluşturabilir.

KAYNAKLAR

Biala KY (1996). Psychiatric home health: the newest kids on the block. Home Care Provide 1:202-204.
Dean C, Gadd EM (1990). Home treatment for acute psychiatric illness. British Medical Journal 3 (301): 1021-1023.
Doğan O, Doğan S, Tel H ve ark. (2002a). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 3: 133-139.
Doğan O (2002b). Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 3: 240-248.
Doğan S, Doğan O, Tel H ve ark. (2002b) Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. Anadolu Psikiyatri Dergisi 3: 69-74.
Fortinash KM, Holoday-Worret PA (1996). Psychiatric Mental Health Nursing. Mosby Year Book, Missouri.
Grunfeld E, Glossop R, McDowell I et al. (1997). Caring for elderly people at home: the consequences to care givers. Canadian Medical Association Journal 157:1101-1105.

Johnson BS (1997). Adaptation and Growth Psychiatric Nursing. Fourth Edition, Lippincott Company, Philadelphia.
McFarland GK, Thomas MD (1991). Psychiatric Mental Health Nursing Application of The Nursing Process. Lippincott Company, Philadelphia.
Muijen M, Marks I, Connolly J et al. (1992). Home based care and standard hospital care for patient with severe mental illness: a randomised controlled trial. British Medical Journal 21(304): 749-754.
Özaltın G (1997). Psikiyatride disiplinlerarası yaklaşımlar ve ekip çalışması. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Editör: Nebahat Kum, 1.Baskı, Vehbi Koç Vakfı, İstanbul.
Stuart GW, Laraia MT (2005). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Eighth Edition, Mosby Inc, USA.
Varcarois EM, Carson VB, Shoemaker NC (2006). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, A Clinical Approach. Fifth Edition, Elsevier Inc, China.