



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**HASTANELERİN EVDE BAKIM – EVDE SAĞLIK
HİZMETLERİNDEN YARARLANAN BİREYLERİN
SOSYAL HİZMET İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ**

Semih SÜTÇÜ

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Veli DUYAN**

2015- ANKARA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANELERİN EVDE BAKIM – EVDE SAĞLIK
HİZMETLERİNDEN YARARLANAN BİREYLERİN
SOSYAL HİZMET İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ**

Semih SÜTÇÜ

**SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Veli DUYAN**

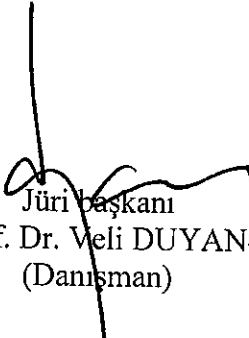
2015-ANKARA

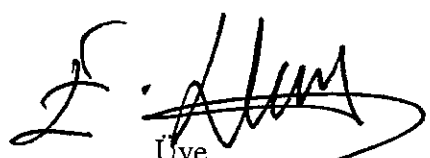
Kabul ve Onay


Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi: 19.06.2015


Jüri başkanı
Prof. Dr. Veli DUYAN
(Danışman)


Üye
Prof. Dr. Emine ÖZMETE


Üye
Doç Dr. İshak AYDEMİR

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	v
Simgeler ve Kısaltmalar	vi
Çizelgeler	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Kuramsal Çerçeve	2
1.1.1. Bakım Hizmetleri	2
1.1.2. Bakım Hizmetlerinin Tanımı ve İçeriği	4
1.1.3. Bakıma Muhtaç Bireyler	6
1.1.3.1. Engellilik Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık	7
1.1.3.2. Kronik Hastalık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık	10
1.1.3.3. Yaşlılık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık	13
1.1.4. Evde Bakım	17
1.1.4.1. Evde Bakım Hizmetleri Tanımı Ve İçeriği	17
1.1.4.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Amaç ve Hedefleri	19
1.1.4.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı ve Hizmet Türleri	19
1.1.4.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu ve Olumsuz Yönleri	21
1.1.4.4.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu Yönleri	21
1.1.4.4.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumsuz Yönleri	23
1.1.4.5. Evde Bakım Hizmeti Verenlerin Özellikleri ve Evde Bakım Ekibi	23
1.1.4.6. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri	26
1.1.5. Evde Sağlık Hizmetleri	27
1.1.5.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	27
1.1.5.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihiçesi	28
1.1.5.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	29
1.1.5.4. Hastane Evde Sağlık Birimleri Çalışma Sistemleri	29
1.1.6. Evde Bakım, Evde Sağlık ve Sosyal Hizmet	31
1.1.6.1. Sosyal Hizmet Tanımı ve Kapsamı	31
1.1.6.2. Sosyal Hizmet ve Evde Bakım Arasındaki İlişki	31
1.1.6.3. Sosyal Hizmet Uzmanının Evde Bakım Hizmetlerinde İşlev ve Roller	33
1.2. Araştırmanın Problemi	35

1.3.	Araştırmanın Amacı	36
1.4.	Araştırmanın Önemi	37
1.5.	Tanımlar	38
2.	GEREÇ VE YÖNTEM	39
2.1.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	39
2.2.	Veri Toplama Araçları	39
2.2.1.	Görüşme Formu	40
2.3.	Veri Toplama Süreci	41
2.4.	Verilerin Analizi	42
2.5.	Araştırmanın Sayıtları	42
2.6.	Araştırmanın Sınırlılıkları	42
2.7.	Süre ve Olanaklar	43
3.	BULGULAR	44
3.1.	Evde Bakım – Evde Sağlık Hizmetinden Yararlanan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	44
3.2.	Sosyal Hizmet Mesleği ve Sosyal Hizmet Uzmanının Hizmet Alanlar Tarafından Tanınırlığına İlişkin Bulgular	52
3.3.	Evde Bakım – Evde Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini Çerçevesinde Bireylerin Sosyal Hizmet İhtiyaçlarını Açıklayıcı Bulgular	54
4.	TARTIŞMA	63
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER	71
	ÖZET	77
	SUMMARY	78
	KAYNAKLAR	79
	EKLER	84
	EK-1: Görüşme Formu	84
	EK-2: Kurum İzin Yazısı	89
	EK-3: Etik Kurul Kararı	90
	ÖZGEÇMİŞ	91

ÖNSÖZ

Bu araştırma, hastanelerin evde bakım – evde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu çerçevede sosyal hizmet müdahalelerinin planlanması için yapılmıştır.

Araştırma sürecine katılarak görüşme formunda yer alan sorulara içtenlikle cevap veren evde sağlık hizmetinden yararlana birey ve ailelerine sonsuz teşekkürü borç bilirim.

Tez hazırlama sürecinde, tezin her türlü aşamasında desteklerini esirgemeyen, en büyük destek ve katkıları sunan değerli danışman hocam Prof. Dr. Veli Duyan' a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez çalışması sürecinde beni destekleyen sayın hocalarım; Prof. Dr. Emine Özmete, Doç. Dr. Elif Gökçearslan Çifci, Doç. Dr. Ayşe Sezen Serpen, Doç. Dr. Eda Purutçuoğlu, Yrd. Doç. Dr. Filiz Yıldırım ve Yrd. Doç. Dr. Melahat Demirbilek' e teşekkür ediyorum.

Tezimin geliştirilmesinde önemli katkılarından dolayı kıymetli hocam Doç. Dr. İshak Aydemir' e çok teşekkür ederim.

Araştırma sürecinde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, eşime ve oğluma teşekkürlerimi sunuyorum.

Araştırma sürecinde desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sayın hocalarıma ve araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma sürecinde araştırmama destek olan, beni hiçbir zaman geri çevirmeyen evde sağlık birimleri ekiplerine teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
ICIDH	International Classify of Impairments Disabilities and Handicaps
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Görüşme Yapılan Kişi – Yakınlık Derecesine Göre Dağılım	44
Çizelge 3.2. Cinsiyete Göre Dağılım	45
Çizelge 3.3. Yaşa Göre Dağılım	45
Çizelge 3.4. Medeni Duruma Göre Dağılım	46
Çizelge 3.5. Ailedeki Birey Sayısına Göre Dağılım	47
Çizelge 3.6. Eğitim Durumuna Göre Dağılım	48
Çizelge 3.7. Sosyal Güvence Türüne Göre Dağılım	48
Çizelge 3.8. Aylık Gelire Göre Dağılım	49
Çizelge 3.9. Evde Bakım – Evde Sağlık Hizmetinden Yararlanma Sürelerine Göre Dağılım	49
Çizelge 3.10. Evde Bakım Ücretinden Yararlanma Durumuna Göre Dağılım	50
Çizelge 3.11. Evde Bakım Ücreti vb. Konularda Bilgi Kaynağına Göre Dağılım	50
Çizelge 3.12. Düzenli Gelire Sahip Olma Durumuna Göre Dağılım	51
Çizelge 3.13. Toplam Gelirin Geçim İçin Yeterli Olma Durumuna Göre Dağılım	51
Çizelge 3.14. Evde Bakım Hizmeti Veren Kişinin Kendini Yeterli Bulma Durumuna Göre Dağılım	52

Çizelge 3.15. Sosyal Hizmet Mesleği ve Sosyal Hizmet Uzmanları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılım	53
Çizelge 3.16. Evde Bakım – Evde Sağlık Personeli İçinde Sosyal Hizmet Uzmanı Olmasını İsteme Durumuna Göre Dağılım	53
Çizelge 3.17. İçinde Bulunulan Zor Durum ve Zamanlarda Bir Meslek Elemanı Tarafından Yardım Edilmesini İsteme Durumuna Göre Dağılım	54
Çizelge 3.18. Depresyon ve Endişe Düzeyleri Konularında Çalışma Yapılmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım	55
Çizelge 3.19. Bireyler İçin Baş etme Mekanizmaları Geliştirilmesini İsteme Durumlarına Göre Dağılım	55
Çizelge 3.20. Evde Bakım Sürecinde Meslek Elemanları İle Görüşmeler Yapılmasını İsteme Durumuna Göre Dağılım	56
Çizelge 3.21. Psikolojik ve Sosyal Yönlerden İhtiyaçların Belirlenmesini İsteme Durumlarına Göre Dağılım	56
Çizelge 3.22. Depresyon Düzeyi vb. Konularda Testler Uygulanması ve Testlerin Yorumlanmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım	57
Çizelge 3.23. Geleceğe Yönelik Kısa ve Uzun Süreli Planlar Yapılmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım	57
Çizelge 3.24. Toplum Hizmetlerinden Yararlanabilmeleri İçin Çalışmalar Yapılmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım	58
Çizelge 3.25. Meslek Elemanlarından Psiko-Sosyal Destek Almayı İsteme Durumlarına Göre Dağılım	58

Çizelge 3.26. İçinde Bulunulan ya da Karşılaşılan Yeni Durumlara Uyum Sağlama Konusunda Yardım Almayı İsteme Durumlarına Göre Dağılım	59
Çizelge 3.27. Meslek Elemanlarının Hizmet Alan Bireyler İçin Çalışmalar Yapmasını İsteme Durumuna Göre Dağılım	59
Çizelge 3.28. Meslek Elemanlarının Hizmet Alan Bireyler İçin Kaynaklarla Bağlantı Kurmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım	60
Çizelge 3.29. Olumsuz Durumlardan Korunmada Meslek Elemanlarının Yardımcı Olmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım	60
Çizelge 3.30. Psiko-Sosyal ve Ekonomik Sorunları Çözmek İçin İlgili Kuruluşlara Yönlendirilmek ve Sürecin Meslek Elemanları Tarafından Takip Edilmesini İsteme Durumlarına Göre Dağılım	61
Çizelge 3.31. Maddi Yardım Kaynakları ve Programları Konularında Bilgilendirilmeyi İsteme Durumlarına Göre Dağılım	61
Çizelge 3.32. Maddi Yardım Kaynakları ve Programları Konusunda Yol Gösterici Bir Meslek Elemanı Olmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım	62
Çizelge 3.33. Tüm İhtiyaç Duyulan Hizmetlerin Bir Meslek Elemanı Tarafından Belirlenmesi ve Organize Edilmesini İsteme Durumlarına Göre Dağılım	62

1. GİRİŞ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde evde bakım önemli bir yere sahiptir. Gelişmiş ülkelerde evde bakım, evde sağlık, evde sosyal bakım gibi sınıflamalara gidilmiş ancak gelişmekte olan ülkemizde genel olarak evde bakım olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak son dönemlerde evde bakım ve evde sağlık terimleri birbirinden ayrılmaya başlamıştır. Bu bağlamda “evde bakım”; birçok profesyonel meslek elemanının birlikte çalışmasını gerektiren ve müracaatçıların kaliteli ve güvenli bakım hizmeti almasına dayanan bir bakım sürecidir. Evde bakım bireylere tüm yaşam evrelerinde, kendi yerleşim alanlarında sağlık hizmeti sağlayan, sağlık bakım sunum sisteminin geniş ve bütüncül bir parçasıdır (Fadıloğlu, 2013). “Evde sağlık” ise genel olarak bireyin sağlığını korumak, bireyi iyileştirmek ve eski sağlığına kavuşturmak amacıyla, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin profesyonel meslek elemanları tarafından organize bir şekilde, bireyin kendi evinde verilmesi ve kontrollerinin yapılmasıdır.

Ülkemizde uygulanan evde sağlık hizmetlerinin amacı; ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak verilebilmesi, tanı koymaktan ziyade tanı konmuş hastaların tedavisinin takibi, uygulanması ve eğitim sağlanmasıdır (Başgöl ve ark., 2012).

Evde sağlık hizmetlerinin amaçlarından olan tıbbi bakım ve tedavi hastanelerin evde sağlık birimleri tarafından uygulanmakta ancak amaçların sosyal ve psikolojik yönleri profesyonel meslek elemanlarının yetersiz olması gibi durumlardan eksik kalmaktadır. Sosyal hizmet, birey ve ailelerin psiko-sosyal desteklenmesinin yanında ihtiyaç duyulan her alanda yardımcı sağlayan bir meslektir. Sosyal hizmet mesleği, psiko-sosyal destek, maddi yardım danışmanlığı ve vaka yönetimi gibi birçok rolleri gereği evde sağlık hizmetlerinin eksik kalan yönlerini tamamlayabilecek bir meslektir. Bu sebeplerden dolayı evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi ve gerekli sosyal hizmet müdahalelerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

1.1. Kuramsal Çerçeve

Araştırmanın kuramsal çerçevesi kapsamında; bakım hizmetleri, evde bakım, evde sağlık, evde sağlık ve sosyal hizmet, evde sağlık hizmetlerinde sosyal hizmetin yeri, rolleri ve önemi gibi konulara değinilecek ve bu konular incelenecektir.

1.1.1. Bakım Hizmetleri

İnsan, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kültürel bir yapıya sahip olan varlıktır. İnsanlar birey olarak tek başına birçok şeyi yapamazlar, yaptıkları şeylerde başkalarının yardımına ihtiyaç duyarlar. İnsanın nefes alma, yeme, içme gibi fizyolojik ihtiyaçları olabileceği gibi, ait olma, sevgi, saygı ve güven gibi psiko-sosyal ihtiyaçları da vardır. Canlılar içinde insan dışındaki birçok canlı dünyaya adım attığı andan itibaren hayata tutunmasını bilir. Sadece insanoğlu, hayatın devamı ve ayakta durabilmek için başkalarının yardımına gereksinim duyar. İnsan ilk dünyaya geldiğinde başkalarına ihtiyaç duyar, gelişim süreci ilerledikçe bu ihtiyaç azalır ve zamanla kendi kendine yetebilen ve kendi ayakları üzerinde durabilen bir varlık haline gelir. Fakat, doğumdan gelen veya sonradan olabilen çeşitli engeller bireyleri ömürlerinin sonuna kadar başka kişilere muhtaç hale getirebilmektedir. Dünya nüfusunun geneline bakıldığında, dünya nüfusunun %15' inin engelli olduğu görülebilir (WHO, 2011).

Bakım hizmetlerinin ilk insan türünün ortaya çıkışı, ilk insanın yaratılışı ile ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. İlk insan türü, bireysel ihtiyaçlarını gidermek için çaba göstermiştir. İnsanın ilk yaratılışından bu yana insanoğlu, birçok zorlukla karşı karşıya kalmıştır. Zorlukları aşma konusunda insanlar tek başlarına yetersiz kalmışlardır. Yaşanılan kazalar, geçirdikleri hastalıklar, depresyon, sel gibi doğal afetler ve savaşlar sonucunda, bireyler yaşamı idame ettirmekle ilgili sorunlar yaşamışlardır, hatta bu sebepler neticesinde, başkalarına muhtaç hale gelmişlerdir. Teknolojinin zaman içerisinde gelişmesi ile ileri tıbbi müdahale yöntemleri bulunmuş, insanlık tarihinde kabilelerin, toplulukların hatta milletlerin ortadan kalkmasına sebep olan bulaşıcı hastalıklara tedaviler bulunmuş, fakat engellilik ve engelliliğe bağlı oluşan bakıma muhtaçlığa kesin bir çare bulunamamıştır. Zaman içerisinde bakıma muhtaç

bireyler için farklı yöntemler uygulanmış; bazı zamanlarda terk edilmişler, bazı zamanlarda evlere kapatılmışlardır. Zamanla yapılan bu uygulamaların yanlış olduğu anlaşılmış ve engellilerin de toplumun bireyleri olduğu kabul edilmiştir. Bu kabul edilme sonrasında engelliler için yasal düzenlemeler yapılmış, sosyal ve yapısal boyutta düzenlemeler ile onları dışlamak yerine onların yaşamlarını daha kolay idame ettirmeleri sağlanmıştır.

Tüm Dünya'nın gelecekte karşılaşacağı en önemli sosyal sorunlardan birisi de yaşlılık olgusudur. Nüfus artış hızının azalması ve ortalama ömür süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı nüfusun sağlık ve bakım sorunları, ülkelerin şimdiden önlem almasını gerektirmektedir. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte sağlık ve bakım maliyetlerinin de ekonomiye yük getirmesi, sosyal güvenlik sistemlerinde yeni yapılanmaların gündeme gelmesine neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığın başlangıcı olarak 65 yaş kabul etmektedir. 64 yaş ve üzerinde bulunan kişilerin toplam nüfusa oranı % 4 ile %7 arasında olan ülkelerin genç bir nüfusa sahip oldukları belirtilmektedir (Durgun ve Tümerdem, 1999, s.116).

Amerika'da her sekiz kişiden biri, Avrupa Birliği(AB) ülkelerinde ise ortalama her altı kişiden biri, Japonya'da ise her yedi kişiden biri 65 yaş üzeri nüfus kapsamındadır. Yapılan demografik tahminlere göre 2050 yılında dünyada her bir çocuğa karşılık iki yaşlının bulunacağı tahmin edilmektedir (Danış, 2009, s.69).

Ülkemizde 2000 yılında yapılan nüfus sayımında yaşlı nüfusun oranı %5,7 çıkmıştır. 2014 yılında yaşlı nüfus oranı artış göstermiş ve %8 olmuştur (TÜİK, 2014). 2050 yılında ise yaşlı nüfus oranının % 21'e çıkacağı tahmin edilmektedir (Aksoydan, 2009, s.104). Yaşlanan nüfusun bakım hizmetlerine olan ihtiyacı göz önüne alındığında Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin bugünden ciddi önlemler alması gerekmektedir. Normal şartlar altında bireyin kendine ait bakım hizmetlerini bağımsız bir şekilde yerine getirmesi beklenir. Ancak bu, her zaman mümkün olmamaktadır.

Engelli, yaşlı ya da hasta olması nedeniyle yetersizlik yaşayan birey, başkasının desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bu desteğin gerekli olması, bakım hizmetlerinin devreye girmesi sürecini doğurmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri artık sosyal hizmetlere verilen önemle ölçülmektedir. Özellikle risk grubunda yer alan insanların

yaşam kalitesinin iyileştirilmesi sosyal refahın arttığına en önemli göstergelerinden sayılmaktadır. Sosyal devlet anlayışı kapsamının genişletilmesi sayesinde, insan sağlığına verilen önemin artması, bakım hizmetlerinin de kalitesini arttırmaktadır.

1.1.2. Bakım Hizmetlerinin Tanımı ve İçeriği

En geniş anlamıyla bakım hizmetleri; bakıma muhtaç bireye evde veya kurumda sunulan profesyonel destek hizmetleridir (III. Özürlüler Şurası, 2007, s.39). Bakıma muhtaç bireylerin yaşamlarını mümkün olduğu sürece, içinde yaşadıkları sosyal çevrede sürdürmesi ve sağlıklarının iyileştirilmesi veya korunabilmesi amacıyla bu işin mesleki eğitim görmüş kişiler veya aile, akraba, arkadaş ve komşular gibi geleneksel bakıcılar tarafından belli bir sosyal program dâhilinde verilmesi gerekmektedir (Seyyar, 2007, s.44). Resmi veya resmi olmayan bakıcılar tarafından bakıma muhtaç bireye sunulan beden ve çevre temizliği, kişisel bakım, beslenmesine destek olma, tehlikelerden koruma, sosyal yaşama uyum sağlamada yardım ve manevi destek gibi hizmetlerin bütünü bakım hizmetleri olarak tanımlanmaktadır.

DSÖ bakımı; kendi kişisel bakımını sağlama, yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan bireylerin, kişisel tercihlerini kullanmada ve yaşamın devamının sağlanmasında aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyulan etkinlikler olarak tanımlanmaktadır (Oğlak, 2007a, s.3). Bakım meslekleri için Alman Meslek Odası bakımı şu şekilde tanımlamaktadır: “Bakım, hayat yardımıdır ve toplum için zorunlu bir sosyal hizmettir. İster sağlıklı, isterse hasta olsun bütün yaş gruplarıyla ilgilidir. Bakım hayati önem arz eden fiziki, psikolojik ve sosyal aktivitelerin ve fonksiyonların sağlanmasında, yeniden yerine getirilmesinde ve uyumunda yardımcı olmaktır.”(Seyyar, 2004, s.5).

Bakım hizmetlerinin hedefi bakıma muhtaç bireyin başkasına bağımlı olmaksızın yaşamını sürdürmesini sağlamaktır. Kaza, hastalık ve doğum sonrası bireyde oluşan geçici yeti kaybı dolayısıyla kısa süreli bakım ihtiyacı ortaya çıkabileceği gibi bireyin tıbbi tedaviyle düzelemeyecek fiziksel, zihinsel ya da ruhsal bir engelle sahip olması da uzun süreli bakım hizmetinden yararlanmasını gerektirmektedir. Bu durumda bakım hizmetinin ev ortamında mı, kurumsal düzeyde mi sunulması

gerektiği konusunda bireyin durumuna göre karar verilmesi gerekmektedir. Ülkemiz açısından bakıldığında; sosyal çevresinde kişiye destek olacak bir yakınının bulunması, istekli ve yeterli düzeyde olması halinde bakım hizmetinin evde sunulması mümkündür. Bakım hizmetinin kesintisiz uygulanmasının gerektiği durumlarda profesyonel müdahale zorunlu olmaktadır.

Bakım hizmetleri başkasının yardımı olmaksızın günlük yaşamını sürdüremeyen bakıma muhtaç bireye kendi evinde ya da bir kurum bünyesinde sunulan fizyolojik, psikolojik, manevi ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetler bütünüdür. Türü ve kapsamı bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçları doğrultusunda değişmektedir. Bakım hizmetlerinin kapsamı değişse bile değişmeyen iki boyutu bulunmaktadır: Bir tarafta hizmet sunumu ve hizmet sunan bakıcı vardır, diğer tarafta hizmetten yararlanan ve bakıma muhtaç birey bulunmaktadır. Bakım hizmeti fizyolojik ihtiyaçlar olarak nitelendirdiğimiz uygun koşullarda barınma, beslenme, giyinme, beden ve çevre temizliği, tedaviye yardımcı olma ve ev idaresi gibi hizmetleri kapsamaktadır.

Bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçlarını bağımsız olarak sürdürme imkânı bulunmaması nedeniyle sosyal risk kapsamında değerlendirilmektedir. Yaşlılık, kronik hastalık ve engellilik bakım riskini arttıran önemli etmenlerdir. Saydığımız bu faktörler nedeniyle başkalarının sürekli desteğine ihtiyaç duyma bakıma muhtaçlık riskini ortaya çıkarmaktadır.

Dünya nüfusunun aşamalı bir şekilde yaşlanması nedeniyle gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeler bakıma muhtaçlık riski karşısında sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik sistemi içinde bakım güvencesi sağlayan yeni hizmet modelleri geliştirmek zorunda kalmıştır. Sosyal politikaların bir uzantısı olan bakım güvencesinin sunulmasında ülkeler arasında farklı yöntemler kullanılmaktadır. Genel anlamda ise bakım güvencesi bakıma muhtaç bireye yönelik ekonomik, sosyal, tıbbi ve psikolojik destek sağlayacak hizmetleri kapsamaktadır. 1995 yılında Almanya'da kabul edilen Bakım Sigortası Yasası ile bakım hizmetlerinin sosyal güvence kapsamına alınması bu alandaki ilk uygulama olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde ise Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında henüz bakım sigortası uygulaması bulunmamaktadır (Dilic, 1999, ss.4-17). Evde bakım yardımının hibe şeklinde değil de, hak temelinde

sunulması için bakım sigortası başlatılması ülkemiz açısından gündeme alınması gereken en önemli sosyal politikalardan birisidir.

1.1.3. Bakıma Muhtaç Bireyler

İnsan iki yaşından itibaren inisiyatifi ele alarak kendi ihtiyaçlarını başkasının yardımı olmaksızın gidermeye çaba göstermektedir. İnsandan beklenen, yaşı ilerledikçe bağımsız olarak kendi ayakları üzerinde durabilmesidir (Yavuzer, 2007, s.50). Ancak zihinsel, fiziksel ve ruhsal engeli nedeniyle bazı bireyler normal insandan beklenen davranışları gerçekleştiremezler. İhtiyaçlarını karşılamak için yeterli beceriye ve imkâna sahip olamayan bireyler, başkasının yardımına muhtaç bireylerdir. Bireyde bulunan yetersizliğin engele dönüşmesi nispetinde bakıma muhtaçlık derecesi de değişmektedir.

Doğuştan ya da sonradan bedensel veya zihinsel fonksiyonlarında eksiklik olması nedeniyle, günlük yaşamın tekrar eden davranışlarını başkasının yardımı olmaksızın yerine getiremeyen bireyler bakıma muhtaç engelli olarak tanımlanmaktadır. Bakıma muhtaçlık; bireyin kendi yaşamında yapması gereken ancak engel gibi çeşitli sebeplerden dolayı yapamadığı her şeyde başka bireylerin bakım ve desteklerine ihtiyaç duyma durumudur (Seyyar, 2004, ss. 8-9).

Genel olarak bakıma muhtaçlık kavramı; “geçici veya uzun süreli hastalık, kaza ve benzeri sosyal riskler nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma ve başkalarının geçici ya da sürekli bakımına ve gözetimine gereksinim duyma durumu” olarak tanımlanmaktadır (Oğlak, 2007a, s.5).

Bireyin günlük yaşamda zorunlu kişisel bakımını sağlamada başkasının bakım ve desteğine bağımlı olması, her şeyden önce özgüveni ve özerkliği üzerinde de önemli bir baskı oluşturarak bireyi psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilemekte, dolayısıyla kısa veya uzun süreli bakım hizmetlerinin gerekliliği ve önemi ortaya çıkmaktadır (Oğlak, 2007a, s. 6).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti Ve Bakım Hizmeti Esaslarının

Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik'in 4. maddesinde bakıma muhtaç özürli; "özürlülük sınıflandırmasına göre ağır özürli olduğu belgelendirilenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişi" olarak tanımlanmaktadır (ASPB, 2006). Ülkemizde bakıma muhtaç bireylerin tespiti Sağlık Bakanlığı'na ya da üniversitelere bağlı tam teşekküllü hastanelerin sağlık kurulları tarafından yapılmaktadır. Sağlık kurulları her daldan uzman doktorların katılımı ile gerçekleşmektedir. Engelli, hasta ya da yaşlı birey ağır düzeyde bakıma muhtaç engelli raporu almak için hastaneye başvurduğunda fiziksel, zihinsel, ruhsal yetersizliğe göre uzman doktorlar tarafından değerlendirilmekte, engel türü ve engellilik oranı belirlenmektedir. Engellilik oranı belirlenirken bireyin yerine getirmesi gereken günlük rutin işlerinde başkasının desteğine ne oranda ihtiyaç duyduğu da ayrıca değerlendirilerek ağır düzeyde bakıma muhtaç engelli olup olmadığına karar verilmektedir. Ağır düzeyde engelli olduğu belgelendirilen birey için aile bireyi bakıcı (informal bakım elemanı), evde bakım yardımı talebiyle ASPB il ve ilçe müdürlüklerine başvuruda bulunabilmektedir

Bakıma muhtaçlık derecesi bireyin engel düzeyine göre değişkenlik göstermektedir. Bakıma muhtaçlar arasında yatağa bağımlı olması nedeniyle beslenme, giyinme, kişisel bakım gibi günlük yaşam aktivitelerinin tamamını başkasının yardımı olmaksızın yerine getiremeyen engelliler olduğu gibi, basit desteklerle hayatını kısmen bağımlı sürdürebilen engelli kişiler de bulunmaktadır. Bakım sigortası uygulaması bulunan ülkelerde, bakıma muhtaçlık derecesi için bireyin başkasının yardımına ne sıklıkta ve hangi yoğunlukta gereksinim duyduğuna bakılarak karar verilmektedir (Oğlak, 2007b, s. 103).

1.1.3.1. Engellilik Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2002 yılında Türkiye İstatistik Kurumu'na yaptırılan Türkiye Engelliler Araştırması'na göre; Türkiye'de engelli nüfusun toplam nüfus içindeki oranı % 12,29'dur. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engellilerin oranı % 2,58 iken kronik hastalığı olanların oranı ise % 9,70'dir. Ülkemiz açısından bakıldığında yaklaşık 8,5 milyon bireyi ve

bir o kadar da sosyal çevresinde bulunan kişileri ilgilendiren önemli bir sosyal olgu ile karşı karşıya kaldığımız görülmektedir (www.eyh.gov.tr).

Engelli birey, doğuştan ya da sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, normal yaşamın gereklerine uymayan kişiler olarak tanımlanmaktadır (www.eyh.gov.tr).

Engel türleri ise vücutta meydana gelen fonksiyon kaybına göre farklı şekilde kavramlaştırılmaktadır. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün tanımladığı şekilde engel türleri kısaca şu şekilde ifade edilebilir:

“Ortopedik Engelli: Kas ve iskelet sisteminde yetersizlik, eksiklik ve fonksiyon kaybı olan bireydir. El, kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında kısıklık, eksiklik, fazlalık, yokluk, hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serebral palsi, spastikler ve spina bifida olanlar bu gruba girmektedirler.

Görme Engelli: Tek ya da iki gözünde tam veya kısmi görme kaybı veya bozukluğu olan bireydir. Görme kaybıyla birlikte göz protezi kullananlar, renk körlüğü, gece körlüğü (tavukkarası) olanlar bu gruba girer.

İşitme Engelli: Tek veya iki kulağında tam veya kısmi işitme kaybı olan bireydir. İşitme cihazı kullananlar da bu gruba girmektedir.

Dil ve Konuşma Engelli: Herhangi bir nedenle konuşamayan veya konuşmanın hızında, akıcılığında, ifadesinde bozukluk olan ve ses bozukluğu olan bireydir. İşittiği halde konuşamayan, gırtlığı alınanlar, konuşmak için alet kullananlar, kekemeler, afazi, dil-dudak-damak-çene yapısında bozukluk olanlar bu gruba girmektedir.

Zihinsel Engelli: Çeşitli derecelerde zihinsel yetersizliği olan bireydir. Zeka geriliği olanlar (mental retardasyon), down sendromu, fenilketonüri (zeka geriliğine yol açmışsa) bu gruba girmektedir” (www.eyh.gov.tr).

Engel, bakıma muhtaçlık riskini arttıran temel etmenlerden biri olmakla birlikte, her engelli olanın bakıma ihtiyacı vardır gibi bir anlayışı taşımak da yanlış olacaktır. Örneğin % 100 görme ya da işitme engelli bir birey yaşamını başkalarının desteğine ihtiyaç duymadan bağımsız bir şekilde sürdürüyorsa bakım hizmeti almaya ihtiyaç duymamaktadır. Ancak bedensel açıdan hiçbir engeli bulunmayan ruhsal ya da zihinsel engelli bir birey yaşamını sürdürmek için profesyonel desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Bakıma muhtaçlık olgusunda; engelden daha çok günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken bağımsız hareket edebilme durumu etken olmaktadır.

Engellilerin erken dönemlerden itibaren yeterince sağlık, eğitim ve rehabilitasyon hizmeti alamamaları nedeniyle ömür boyu başkalarına bağımlı yaşamak zorunda

kaldıkları görülmektedir. Zihinsel, bedensel ve ruhsal yetersizliği nedeniyle bakıma ihtiyaç duyan engelliler için evde ve kurumda bakım şeklinde iki temel bakım modeli uygulanmaktadır. Yaşadığımız sosyal ve fiziksel çevre normal insanlar için tasarlanmış olduğundan, engelli bireyin yardım almadan hayatını sürdürmesi zordur. Engelliliğin tüm toplumu ilgilendiren bir insan hakları sorunu olarak ele alınması ile birlikte, “toplum temelli rehabilitasyon” kavramı kullanılmaya başlanmıştır (Danış, 2008, s.96).

DSÖ, hastalık ve engelliliğin kodlanmasında kullanılan International Classify of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) ölçütü yerine, 1999 yılından itibaren International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) kodlamasının kullanılmasını önermiştir. Yeni kodlama sistemi ICF'nin engelli tanımlamasında; tıbbi rehabilitasyona ihtiyacı olan engelli bireyin eksik yönlerini vurgulamak yerine, var olan güçlü yönlerin sosyal boyutunu ortaya çıkarmak hedeflenmiştir. ICF'nin kodlamasında beş temel özellik vurgulanmıştır:

- Beden yapısı ve bundan doğan engeller,
- Beden fonksiyonu ve bundan doğan rahatsızlıklar,
- Kişinin aktivite durumu ve bundan doğan rahatsızlıklar,
- Kişinin topluma katılım sorunu ve bundan doğan engeller,
- Etkili etmenlerden doğan kişisel, sosyal ve çevresel sorunlar.

Ülkemizde engelli bireylerin sosyal yaşamlarına ilişkin kapsamlı araştırma sayısı sınırlıdır. 2004-2006 yılları arasında gerçekleştirilen bir araştırmanın sonuçları sosyolojik açıdan konuyu ele alan önemli bir çalışmadır. Buna göre Türkiye’de engellilerin sosyolojik özellikleri şöyle sıralanabilir:

- Engelli bireylerde yığılma 19-44 yaşları arasındadır,
- Bekar ve evli olan engellilerin oranları arasında büyük bir fark yoktur,
- Engellilerin eğitim düzeyleri diğer bireylerden düşüktür,
- Şehirlerde yaşayan engellilerin sayısı taşrada yaşayan engellilerden fazladır,
- Engellilerin çoğu hayatlarına kendi aileleriyle birlikte devam etmektedirler,
- Engelli bireyler, engellilikleri için kimseyi suçlamamaktadırlar ve engelli bireyler arasında, anne-babalarını gerekli ihtimamı göstermemeleri, yakın

akrabalarını anne-babalarını yanlış yönlendirmeleri ve sağlık personelini yetersiz ve hatalı uygulamaları nedeniyle sorumlu tutanlar da bulunmaktadır,

- Engelli bireylerin büyük bir çoğunluğu engel durumlarını en aza indirmek için protez, baston gibi araçlar kullanmaktadırlar,
- Engellilerin büyük bir kesimi günlük faaliyetlerini kendileri yapabilmekte, bir kısmı ise yapamamaktadır,
- Engellilerin aile yapısı genelde anne baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile yapısındadır,
- Ortopedik engellilerin görme yetisi olanlara göre iş sahibi olma ve çalışma oranları yüksektir, çalışan erkekler de kadınlardan fazladır,
- Engelliler, zamanlarının çoğunu, evde işte vb. yerlerde geçirdikleri gibi boş zamanlarını da buralarda geçirmektedirler,
- Engelli bireylerin tamamına yakını teknolojik ürünleri kullanmakta ve kullanmak istemektedirler (Burcu, 2007).

Türkiye’de, engellilik konusunda yeterli altyapı ve kurumsallaşmanın sağlanamamış olması nedeniyle engelliler aleyhine ayrımcılık sürmektedir. Ayrımcılık ise engellilerin her alanda karşılaştığı sorunların genel çerçevesini ve temelini oluşturmaktadır (Kolat, 2010, s. 3).

1.1.3.2. Kronik Hastalık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık

Hastalık insanın normal yaşantısında aksaklıklara yol açan, ruhsal durumunu ve sosyal ilişkilerini etkileyen, fizyolojik yakınmalara neden olan bir var oluş krizidir. Hastalığın derecesine göre bireyde birçok etkinliklerinde, başkalarına bağımlı olma ya da bağımsızlığını tamamen kaybedeceği korkusu, ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, beden, organ ve bölümlerinin zedeleneceği korkusu, pişmanlık, suçluluk duygusu gibi değişik etkilenmeler olabilmektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007, s. 114).

Kronik (süreğen) hastalığa sahip bireyler tüm engelli grupları içinde, oran olarak çoğunluğu oluşturmaktadır. Ülkemizde kronik hastalığı olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı % 9,70’dir. Kronik hastalık nedeniyle engelli olma oranı yaş grubu

bazında incelendiğinde ileri yaşlarda arttığı görülmektedir (www.eyh.gov.tr). Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan sağlık sorunları süreğen hastalığa yakalanma riskini de beraberinde getirmektedir. Fiziksel yetersizlikler, ağrılar, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel sağlık sorunları olmasalar da, yaşlılıkta sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Teletar ve Özcebe, 2004, s. 163).

Sağlık, beslenme, barınma, sosyal ilişkiler ve sosyal güvence gibi sorunlarla başa çıkmak zorunda kalan kronik hastalığı olan bireyler başkasının desteğine ve yardımına muhtaç durumdadırlar. Tıbbi tedavi konusunda profesyonel sağlık hizmetlerini hastane ortamında alan hastanın, taburcu olması sonrasında hastalığın seyrine göre evde bakım hizmetine gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalığı olan bireyin altı aydan uzun süre bakım hizmetine ihtiyaç duyulması halinde, uzun süreli evde bakım hizmeti kapsamında değerlendirilmektedir. Tıbbi hatalar, eksik organize edilmiş ve sistematik olmayan yaklaşımlar, ideal yönetilemeyen tedavi, hastanın ve bakım veren ekibin etkin çalışmaması, öz bakım desteklerinin istenilen düzeyde olmaması kronik hastanın bakımını olumsuz etkilemektedir. Hastaların ancak % 27'sinin tedavi edilmekte olduğu, depresyonu olan hastaların ancak % 25'inin sorununun saptanabildiği, diyabetik hastaların % 71'inin lipit değerlerinin kontrol altına alınamadığı ve % 74'ünün kan basınçlarının kontrol altına alınamadığı, taburcu olan kronik kalp yetmezliği hastalarının % 50'sinin yeniden hastaneye başvurdukları tespit edilmiştir. Görüldüğü gibi günümüzde tıbbi bakım sistemi akut durumlara odaklıdır ve hastalığın yönetimi hastalık merkezli olarak yürütülmektedir (Fadıloğlu, 2004b, s. 24).

Kronik hastalık da kendi içinde farklı türlere ayrılmaktadır. Genel anlamda kronik hastalık, kişinin çalışma kapasitesi ve fonksiyonlarının engellenmesine neden olan uzun süreli bakım ve tedavi gerektiren, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla bulaşıcı olmayan türde hastalıklardır (Tabak ve Bidar, 2006, s.15).

Kronik böbrek yetmezliği, kanser, AIDS, hipertansiyon, koroner kalp yetmezliği, şeker hastalığı ve tüberküloz gibi tedavisi uzun süren hastalıklar bireyin yaşam aktivitelerini sınırlar ve tedaviye bağımlı hale getirir. Hastaların çoğunda gelecek kaygısı, ölüm korkusu, rol kaybı, çalışma yaşamı ve sosyal ilişkilerin bozulması

nedeniyle stres ve depresyon belirtileri görülmeye başlar. Fizyolojik değişiklikler ve buna bağlı kayıp nedeniyle ortaya çıkan yeni durum tehdit edici olarak algılanmakta ve strese neden olmaktadır (Kara ve Akbayrak, 2005, s. 13).

Ailede kronik hastalığa sahip bir bireyin bulunması ailenin diğer üyelerini ve aile yaşam döngüsünü etkilemektedir. Kronik hastanın tedavi ve bakım yükümlülüğü aile üyelerinde strese neden olmaktadır. Özellikle psikiyatrik hastalığı olan bireylerin, aile içinde bakılmaları aile bireyleri açısından ciddi risk oluşturmaktadır. Örneğin toplumda yaygın bir kronik ruh sağlığı bozukluğu olan şizofreni hastalarının hastaneden çıkış sonrası bir yıl içinde hastalığın yinelenme oranlarının % 30-40 olduğu, yineleyen yatış oranlarının % 45-58 arasında değiştiği belirtilmektedir. Şizofreni hastalarının % 50'sinin hastaneden çıkış sonrasında ilaç tedavisini sürdürmede uyumsuz oldukları saptanmıştır. Ruh sağlığı bozuk bireyin ona bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıyla çatışması, bakım hizmeti sunan aile bireylerinin şahsi güvenliğini tehlikeye sokmaktadır. Ruhsal özürlü olan bireyin mahkeme kararı olmadan ruh ve sinir hastalıkları hastanesine yerleştirilememesi de, ailelerin zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik topluma dayalı rehabilitasyon uygulamaları olmayıp, bazı kurumlarda ayaktan izleme bazen de ailelerin yer aldığı programlar uygulanmaktadır (Duman ve Diğerleri, 2007, ss. 92-93).

Ülkemizde psikotik hastaya bakan aile bireylerinin hastalığın ilk atağından sonra oluşan iyilik halini takiben, tedavi ve kontrollerin devamını sağlama konusunda titiz davranmadıkları gözlenmektedir. Bu konuda gerekli hassasiyetin gösterilmemesi hastaneye tekrar yatışları arttırmaktadır. Hastanın ve yakınlarının hastalık konusundaki ön yargıları, tedavi konusundaki isteksizlikleri, yanlış inanışları, sosyo-ekonomik yetersizlikler, bilgisizlik gibi pek çok faktör nedeniyle hastanın yataklı tedavi kurumuyla bağlantısı sağlanamamaktadır. Bu nedenle ülkemizde hastanelerle işbirliği içinde çalışacak multidisipliner mobil ekiplerin oluşturularak hastaların evde takip edilmesi gerekmektedir (Arslantaş, 2009, s. 92). Kronik ruh sağlığı bozukluğu olanların evde bakımının amaçları şu şekilde sıralanabilir:

1. Hastanın sosyal yaşama uyumunu kolaylaştırmak ve sürdürmek,
2. Hastanın toplumda bağımsız olarak fonksiyonelliğini arttırmak,
3. Hastanın kendi ev ortamında ve alıştığı sosyal çevrede kalmasını sağlamak,

4. Yaşam kalitesini yükseltmek,
5. Hastaneye yatışları önlemek veya azaltmak,
6. Hastanede yatış süresini kısaltmak,
7. Hastaya ve aileye, ortaya çıkabilecek ya da tekrarlayabilecek durumlarda erken müdahalenin önemini kavratmaktır.

Bu genel amaçların yanında hastayı “çevresi içinde birey” yaklaşımı çerçevesinde bütüncül olarak değerlendirmek ve tedaviye yardımcı olacak güçlü yönlerin ve kaynakların devreye girmesini sağlamak da önemlidir (Doğan, 2001, s. 42).

Yapılan araştırmalar kronik hastalığa sahip bir yakınına bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Özdemir ve arkadaşlarının (2009) kanserli çocuğu olan 82 anne üzerinde yaptığı araştırmaya göre; anneler için hasta çocuğa bakım verme, sosyal yaşamın ve günlük aktivitelerin kısıtlanması, aile içi ilişkilerde ve evlilik ilişkilerinde zorlanma, ekonomik güçlükler ve diğer aile üyelerine yeterince zaman ayıramama gibi boyutları nedeniyle strese neden olmaktadır. Yüzer ve arkadaşlarının (2006) Mersin ilindeki hastanelerin çocuk kliniklerinde akut, kronik ve onkolojik hastalık nedeniyle çocuğu yatan 167 anne ile yaptıkları çalışmada; annelerin % 39,5’inde orta, % 25,2’sinde ciddi düzeyde depresyon olduğu tespit edilmiştir. Depresyon düzeyi yüksek olan annelerin daha çok sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu görülmüştür.

1.1.3.3. Yaşlılık Nedeniyle Bakıma Muhtaçlık

İnsan yaşamındaki önemli evrelerden biri olan yaşlılık, geri dönülmez ve kaçınılmaz bir süreçtir. Beklenen ortalama ömür süresinin uzamasıyla birlikte yaşlanma olgusu ve beraberinde getirdiği sorunlar, yaşlı bakımı ve rehabilitasyonu alanında ülkeleri yeni bakım modelleri arayışına sevk etmiştir. Yaşlılıkta en önemli sorunlarından bir tanesi de hastalıkların artması ile birlikte ortaya çıkan bakım sorumluluğudur. Yaşlanma ile birlikte insan vücudunda meydana gelen deformasyon ve gerileme, günlük işlevlerin yerine getirilmesinde destek ihtiyacını arttırmaktadır (Karahan ve Güven, 2002, s. 156).

TÜİK tarafından Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre 2010 yılında 65 yaş ve üstü nüfusun oranı %7,2 iken, 2014 yılında ilan edilen rakamlar; Türkiye nüfusunun %8'inin 65 yaş ve üzerinde olduğunu göstermektedir (www.tuik.gov.tr). Bu durum genç bir nüfusa sahip Türkiye'nin giderek yaşlanmaya başladığını göstermektedir.

Bir taraftan nüfusun yaşlanması, diğer taraftan aile yapısında meydana gelen değişimler yaşlı nüfusun bakım ihtiyacının nasıl karşılanacağı konusunu gündeme getirmektedir. Yaşlılık döneminde, hem hastalıkların tedavisi hem de sağlığın sürdürülmesi için sosyal çevre koşulları ve fizyolojik yeterlilik düzeyi diğer yaş dönemlerine göre daha çok ön plana çıkmaktadır. Bunun için bu dönemde verilen sağlık hizmetlerinin sosyal hizmetlerle birlikte bütüncül bir yaklaşımla sunulması önem kazanmaktadır. Yaşlılık döneminde verilen sosyal hizmetlerin ve sağlık hizmetlerinin temel amacı, yeti yitimini önlemek olmalıdır. Erken tanı ve erken müdahale, yeti yitimini önlemede öncelikli bir öneme sahiptir. Sonrasında ise yetersizlikler nedeniyle oluşacak yeti yitiminin ilerlemesi önlenmeli ve günlük yaşamda yaşanan sorunların hafifletilmesi sağlanmalıdır (WHO, 1982).

Yaşlılık döneminde emeklilik, geniş aile tipinin çekirdek aileye dönüşmesi, yakınların kaybı, zihinsel ve fiziksel fonksiyonların azalması ve başkalarının desteğine ihtiyacın artması gibi değişiklikler psikolojik uyum sorunları yaşanmasına neden olmaktadır. Yaşlılıkla birlikte algılama ve üretkenlikte azalma, düşünme hızında yavaşlama görülmesi yaşlıda işe yaramazlık duygusu oluşturur. Tüm bu değişikliklere uyum sağlanamadığında ve oluşan güçlüklerle başa çıkılmadığında ise yaşlılarda birtakım psikiyatrik bozukluklar gelişir. Bu nedenle yaşlı bireyler arasında depresyon ve anksiyete yaygındır. Yaşlıların % 10-15'i nevroiktir veya kişilik bozuklukları bulunmaktadır. Yaşlı hastaların % 10-20'sinde, özellikle kadınlarda önemli ölçüde anksiyete bulunmaktadır (Bahar ve Diğerleri, 2005, s. 228). Kentleşme ve sanayileşme nedeniyle yeterince üretken olamayan yaşlı nüfusun yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşama riski daha da artmaktadır. Özellikle bakıma muhtaç yaşlıların insan onuruna uygun bir şekilde ihtiyaç duyduğu hizmeti alabilmesi sosyal devletin en temel hedeflerinden birisi olmalıdır. Yaşlılara sunulacak hizmetlerin genel amaçları şu şekilde sıralanabilir;

- Kendi ev ortamlarında mümkün olduğunca uzun bir sürede, mutlu huzurlu ve istedikleri gibi yaşamalarını sağlamak,
- Kronik hastalıklar, uygun olmayan konut koşulları, bakım gereksinimi gibi olgulara uyum gösterebilecekleri konaklama fırsatları vermek,
- Fizyolojik, psikolojik ya da zihinsel hastalık gibi süreçlerde kişiye uygun tıbbi kontrol şartları sağlamak.

Yaşlıların sağlık durumları, içinde buldukları toplumun genel sağlığı ile alakalıdır. Bu durumdan dolayı yaşlıların sağlık durumları, içinde yaşanılan toplumun sunduğu yaşam standartlarına ve çevreye bağlıdır. Yaşlıların psiko-sosyal ve mevcut kabiliyetlerindeki farklılaşmalar bireye özgü uygulamalar gerektirebilir. Bu durumda, yaşlılık sürecinde sağlığın iyi bir şekilde devam edebilmesi için üç hedef belirlenmiştir. Bu belirlenen hedefler; mevcut kabiliyetlerin devam ettirilmesi ve daha da artırılması, öz bakım becerilerinin devamının sağlanması ve daha da ileriye götürülmesi ve sosyal ilişki ağlarının gelişmesine yardımcı olunmasıdır.

Kentleşme sonucu giderek artan çekirdek aile sayısı ve kadının çalışma hayatına aktif katılımı ile birlikte sorun olmaya başlayan yaşlı bakımı, profesyonel kurum hizmetlerine olan ihtiyacı da arttırmaktadır. Son yıllarda ülkemizde huzurevleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin sayısı artmış, özellikle büyükşehirlerde kapasite üstü hizmet vermeye başlamışlardır. Huzurevlerinde sunulan yaşlı bakım hizmetinin; multidisipliner bir anlayışla ve yaşlının biyo-psiko-sosyal yönleri bir bütünlük içinde değerlendirilerek sunulması gerektiği üzerinde durulmaktadır (Soygür, 2000, s. 38). Huzurevlerinde genel olarak “medikal bakım” modeli ön planda tutulmakta, daha çok sağlık ve bakım ağırlıklı bir yaklaşım sergilenmektedir. Bu durum yaşlının daha çok bakım ve sağlık hizmeti sunan görevlilere bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır. Bağımsızlığını kaybetme duygusu yaşayan yaşlının umutsuzluk ve anksiyete düzeyi artmaktadır. Yapılan araştırmalar huzurevlerinde psikiyatrik hastalığı bulunan yaşlı oranının fazla olduğunu göstermektedir (Katz ve Smith, 1995, s. 2622). Soygür (2000)’ün yapmış olduğu “Bakımevlerinde Yaşlı Bakımı ve Psikolojik Değerlendirme” adlı çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların psikolojik sorunlarının ve buna bağlı olarak ilaç kullanma oranlarının yüksek olduğuna dikkat çekilmiştir.

“Son yıllarda yaşlı nüfusun tedavi ve bakım masraflarının sağlık ve sosyal hizmet harcamaları içerisindeki payının artması, gelişmiş ülkelerin kurumsal ve yatılı düzenlemelerden; hizmet alan memnuniyetine dayalı, süreli, etkili ve düşük maliyetli sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine yönelmelerine neden olmaktadır. Hizmet alan odaklı toplum temelli bakım olarak adlandırılan yaklaşım; bakıma gereksinim duyan bireye, bağımsızlığını koruması ve kendi ayakları üzerinde durabilmesi için gerekli bilgi ve sosyal yaşam becerileri kazandırma, yaşamını kendi evinde sürdürebilmesi için gereksinim duyduğu destek ve yardımları sunma ve sosyal işlevselliğini yerine getirebilmesi için çalışma, rekreasyon ve diğer olanaklardan yararlanmasını sağlama amacına yönelik olup, ekip çalışmasını gerektiren bir hizmet modelidir (Danış, 2008, s. 94).”

Ülkemizde yaşlı ve engelli bireyin bakımı genellikle aile üyeleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Türk aile yapısında, yaşlı ve engellilerin bakımının aile bireyleri tarafından yapılmasının bir zorunluluk olduğu düşünülmektedir. 2011 yılında yapılan Türk Aile Yapısı Araştırması’na göre, her on yaşlıdan altısının ya tek başına yaşadığı ya da sadece eşiyle birlikte yaşadığı görülmektedir (Türk Aile Yapısı Araştırması, 2014, s.101).

2009 yılında İzmir’de gerçekleştirilen Uluslararası Sosyal Bakım Sempozyumu’nun sonuç bildirisinde; yaşlının aile (toplum) içinde üretken ve bağımsız bir yaşam sürdürmesinin önemi vurgulanmış ve yaşlılara sunulacak en yaygın hizmet türünün dışarıdan profesyonellerle desteklenen sağlık, sosyal ve bakım hizmetleri olduğu gerçeğinin altı çizilmiştir (İzmir SYDV, 2009, s. 3).

Sosyal hizmet müdahalesinin temel ilkelerinden birisi olan bireyi çevresi içinde değerlendirme anlayışı da, yaşlıların buldukları sosyal çevrede ihtiyaçlarının karşılanmasını ve sorunlarının çözülmesini öngörmektedir. Aile içinde rol ve statüsünü koruyan yaşlı, kimlik duygusunu ve benlik saygısını kaybetmeden yaşamını sürdürmektedir. Yaşlı bireyin ailedeki varlığı aile fertlerini bir arada tutan önemli bir etken olmaktadır. Bir aile için yaşlının birlikte yaşanılan hanenin dışına itilmesi, bir devrin yaşanmış hikâyelerinin gelecek nesillere aktarılmasının kesintiye uğratılması anlamına gelmektedir.

1.1.4. Evde Bakım

1.1.4.1. Evde Bakım Hizmetleri Tanımı Ve İçeriği

Evde bakım, fiziksel, sosyal ve duygusal yönden gereksinimi olan birey ve ailelere, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sürekli ve etkili bir biçimde yaşadıkları ortamda sunulmasıdır (Varlık, 2008 s.43-49). Evde sağlık bakım hizmetleri yeni ve hızlı gelişen en etkili ve verimli sağlık hizmeti modelidir. Hastanın iyileşmesini hızlandırma, enfeksiyon riskini azaltma, gerilimi azaltma, aileyi bir arada tutma, bakımevlerine gereksinimi azaltma, profesyonel hizmet sunma, maliyeti azaltma gibi birçok yararları olan evde sağlık bakım hizmetleri sağlık alanında önemli bir yere sahiptir. Kişinin sağlık sorunu nedeniyle hastaneye gereksinimi olmadığına uygun koşullar sağlanarak sağlığı geliştirmek, korumak, sürdürmek, düzeltmek ya da sakatlık/hastalığın etkisini en aza indirerek, bağımsızlığını en yüksek düzeye çıkarmak amacıyla birey ve ailelere yaşadıkları ortamda evde bakım hizmeti sunulabilir (Boyoğlu ve Okyay, 2002).

Bakım vericiler/aile üyeleri, günün 24 saati hasta bireyin bakımını gerçekleştirmekten sorumlu olduklarını hissedebilirler. Hasta ve hasta yakınlarının evde bakım hizmet sunucularından beklentilerinin; kaliteli bir sağlık hizmeti, eğitilmiş ve deneyimli sağlık çalışanı, değişmeyen kadro ile hizmet sunumu, teknoloji destekli tıbbi kayıt ve bilgi sistemleri, primer hekime odaklı çalışma, hasta ve yakınlarının 24 saat ulaşabileceği nöbetçi hekim kadrosu, düzenli kontrol ve takip, kişiye özel hizmet anlayışı ve yaklaşımı, kapsamlı sağlık hizmeti, dünya standartlarında hizmet sunulabilmesi için tüm yeniliklerin takip edilmesi, bakım hastalarına yedi gün 24 saat değişmeyen kadro ile hizmet sunulması olduğu saptanmıştır (Dik, 2008 s.130).

Evde bakım hizmeti, yalnızca yaşlılara yönelik bir hizmet olmayıp; bedensel, sosyal ve duygusal yönden gereksinimi olan kişi ya da ailelere koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin sürekli olarak sunulmasını amaçlayan bir modeldir. Evde bakım hizmetleri, hastaların evde bakımı (çocuk, gebe, kronik hastalığı olanlar vb), özürülülerin evde bakımı, yaşlıların evde bakımı olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır. Evde bakım kapsamındaki hizmetler ise; profesyonel hizmetler,

destek hizmetleri ve araç-gereç hizmetleri olarak gruplandırılabilir (Varlık, 2008).

DSÖ evde bakımı “profesyonel ve profesyonel olmayan bakım verenler tarafından ev ortamında verilen bakım hizmeti” olarak tanımlamaktadır. Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu (WHO-Home-Based Long Term Care Study Group) raporuna göre evde bakım “var olan sağlık ve sosyal sistemlerin bir parçasıdır ve bakıma gereksinim duyan kişiye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar, gönüllüler ve asıl mesleği evde bakım olan kişilerle bakıma yardımcı kişiler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir” (Subaşı ve Öztekin, 2006).

Evde bakımın tercih edilme nedenleri ise; bakım gereksinimi olan bireylere kendi ortamında daha bağımsız yaşama olanağı sunması, birey/ hastanın kendini saygın hissettiği bir ortamda sevdiği ile yakın iletişim içinde olması, daha hızlı iyileşmesini ve bağımsızlığını kazanması, bakım sorumluluğunun aile üyelerinin üzerinden alınmasıyla iş ve sosyal yaşamlarının kısıtlanmaması, evde bakımın hastane ile kıyaslandığında maliyetin daha düşük olması, bakım verenlerin tükenmişlik yaşamalarını engellenmesi şeklinde sıralanmaktadır (Karahana ve Güven, 2002).

Evde bakımda verilen hizmetler; sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, rehabilitasyon hizmetleridir. Profesyonel ekip: hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, geriatrist, iş uğraşı terapisti, ev ekonomistinden oluşur. Evde bakım hemşiresi: olumlu iletişim kurabilen, kapsamlı sağlık değerlendirmesi yapabilen, bütüncü bakış açısı olan, kritik düşünebilen, baş etmeyi destekleyebilen, sağlık eğitimi yapabilen, bakımı planlayabilen-uygulayabilen ve değerlendirebilen nitelikte olmalıdır. Sonuç olarak, engelli bireylerin evde bakım ihtiyaçlarının olduğu, bu bakımın fiziksel, duygusal, sosyal desteği ve rehabilitasyon hizmetlerini içermesi gerektiği, aile üyelerinin kendi başlarına bu hizmeti sunmada güçlük yaşayabilecekleri, dahası onlar da sağlıklı çocuk kaybı nedeniyle değişik kayıplar ve buna bağlı keder süreci yaşadıklarından desteğe gereksinim duyacakları ve evde bakım hizmetleri ile tüm aile üyelerinin gereksinimlerinin karşılanabileceği söylenebilir.

1.1.4.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Amaç ve Hedefleri

Evde bakım hizmetlerinde hem toplum hem hizmet alan bireyler hem de sağlık sistemi hedeflerden fayda sağlamaktadır. Evde bakım hizmetlerinin temel hedefi evde bakım hizmetinden yararlananların bireylerin elde ettikleri fayda “hastaların bağımsızlığa ulaşmaları ve yaşam kalitelerini geliştirmeleri veya devam ettirmeleri amacıyla hizmeti alanlar için en iyi alternatif olduğu” görüşüne göre temellenmektedir. Evde bakım hizmetlerinin hedeflerinde; bireylerin yaşam kalitesini en üst düzeyde tutmak ve yükseltmek, hizmet alan bireylerin maksimum iyilik hallerini sağlamak ve devam ettirmek amaçları bulunmaktadır. Evde bakım hizmetleri, tıbbi bakım kurumları ile karşılaştırıldığında, en sağlıklı bakım olduğu anlaşılmakta olup, bireylerin kendi ev ortamlarında ve birçok hastalık etkeninden uzak olması olumlu bir durum olarak kabul edilebilir. Kronik hastalıklar gibi belirli bazı hastalıklar için evde bakım hizmetlerinin amacı genel olarak bilinmektedir. Bu gibi hastalıklarda temel amaç; hastaların hayatlarının son dönemlerini fiziksel ve ruhsal açıdan sakin bir ortamda geçirmesini sağlamaktır. Ayrıca hastaların yaklaşmakta olan ölümlerinin kendi ev ortamlarında olmasını sağlamaktır. Evde bakım hizmetlerinin farklı amaçlarından biri de hizmet alan bireyleri günlük aktivitelere ve yaşama dahil etmektir (Thome ve ark., 2003).

1.1.4.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı ve Hizmet Türleri

Dünyada ülkeler arasında ve Türkiye’ de evde bakım hizmetleri konusunda ortak anlaşmaya varılmış temel bir hizmet listesi yoktur. Hizmete duyulan gereksinim ve hizmetin sağlanabilmesi için gerekli koşullar, bu kapsamdaki hizmetleri artırabilir ya da azaltabilir. Evde bakım hizmetleri ve bu hizmetlerin içeriği konularında ele alınacak ve uygulanacak kararların büyük bir titizlikle ele alınması gerekmektedir. Alınan kararların toplum tarafından benimsenmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Toplumlar ihtiyaçların giderilmesinde, ekonomik durumun değerlendirilmesinin, hizmet alanların ve verenlerin birbirlerine ulaşılabilirliğinin dikkatlice incelenmesini isteyebilir (WHO, 2000).

Evde bakım hizmetleri, niteliği açısından üç farklı şekilde sınıflandırılabilir. İlk olarak; evde bakım, sadece tıbbi bakım ve tedaviyi kapsamamakta, bununla birlikte bireylerin ihtiyaç duyabileceği sosyal hizmetleri de kapsamaktadır. İkincisi; evde bakım hizmetleri, kısa-uzun vadede verilebilmekte ve verilen hizmetler farklılık gösterebilmektedir. Evde bakım hizmetlerinde kısa süreli bakım hizmetleri olarak bilinen hizmetler genellikle tıbbi bakım ve tedavi ağırlıklıdır ve bu süreç içinde verilir. Kısa süreli evde bakım hizmetleri otuz gün ve altı sürelerde verilmektedir. Evde bakım hizmetlerinde uzun süreli bakım hizmetleri tıbbi bakım ve tedaviyi içine almakta ancak sosyal bakım daha etkin verilmektedir. Bu bakım türünde genellikle altı ay ve üstünde hizmet verilir. Sonuncusu ise; çeşitli profesyonel ya da yarı profesyonel meslek elemanlarının verdikleri evde bakım ile ailede yaşayan diğer bireylerin verdiği bakımdır (Oğlak, 2007).

Evde bakımdaki hizmet çeşitleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Profesyonel Hizmetler: Bu grupta, hemşirelik, iş terapisi, fizyoterapi, sosyal hizmetler, laboratuvar hizmetleri gibi hizmetler yer almaktadır.
2. Destek Hizmetleri: Bu grupta, ev temizliği, alışveriş, yemek pişirme, çamaşır yıkama gibi hizmetler yer almaktadır.
3. Araç Gereç Hizmetleri: Bu grupta, yürüteç, tekerlekli sandalye, özel yatak, bakım malzemeleri gibi gereçler sayılabilir” (Varlık, 2008).

“Bireyin ihtiyacına göre, evde bakım hizmetlerinin öğeleri aşağıdaki gibidir

- Sağlığın geliştirilmesi ve korunması, hastalıkların önlenmesi,
- Öz bakımın sağlanması, kendine yardım, karşılıklı yardımlaşma,
- Tıbbi ve hemşirelik bakımı,
- Kişisel bakım hizmeti: giyinme, yıkanma, beslenme,
- Ev işleri hizmeti: temizlik, çamaşır yıkama, alışveriş,
- Engelli bireyin gereksinimini karşılamak üzere ev ortamında düzenlemeler yapılması,
- Sevk işlemi ve kamu olanaklarına ulaşma imkanının sağlanması,
- Rehabilitasyon hizmetleri,
- Temel ve özel ihtiyaçların karşılanması, destekleyici aletler, ekipman ve ilaçların sağlanması,
- Özelleşmiş destek hizmetleri,

- Rahatlatici bakım,
- Palyatif bakım,

Bireyin ailesi ve diğer ilişkili kişilere verilen bakım,

- Danışmanlık ve duygusal destek hizmeti,
- Sosyal etkileşimin artırılması,
- Fiziksel aktivite olanaklarının sağlanması,
- Hasta ve yakınlarının eğitimi (Koç, 2009, ss. 5-6).

Evde bakım hizmetlerine belirli sağlık sorunlarında ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sağlık sorunları genel olarak şu şekilde sıralanabilir;

- Yaşlı olmak,
- Kronik hastalığa sahip olmak,
- Ameliyatlardan sonraki iyileşme dönemleri,
- Fiziksel engellilik,
- Zihinsel engellik,
- Ortopedik engellilik,
- Doğum sonu ve sonrası dönem.

1.1.4.4. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Evde bakım hizmetlerinin birçok olumlu yönleri olduğu gibi olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Bunlar aşağıda listelenmektedir.

1.1.4.4.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumlu Yönleri

Evde bakım hizmetlerinin gerekliliğinin en güçlü açıklaması pek çok yararının olmasıdır. Bunlar;

- Aileyi parçalanmaktan korur,
- Eğer bakım ihtiyacı olan kişinin çocukları varsa kişi aile yaşamının bir parçası olmaya devam eder,

- Bireyin kendi alıştığı ve rahat olduğu ortamda yaşamını sürdürebilmesine olanak tanır,
- Evde bakım kişinin enerjisini; hobilerini, arkadaş ilişkilerini, iletişimini ve sportif aktivitelerini eskiden olduğu gibi sürdürebilmesine olanak verecek biçimde harcamasını sağlar,
- Bireyin toplumdaki izole hale gelmesini önler, böylece kişinin memnuniyetini artırır,
- Bireyin bağımsız yaşamasına olanak tanır,
- Bakım alan kişilerin ve yakınlarının yaşam kalitesini artırır. Yaşlı yakınlarına dinlenme olanağı sağlar,

Hastalık durumlarında ise;

- İyileşmeyi hızlandırır,
- Kişinin hastalığı üzerindeki kontrolünü artırır,
- Kurumlara geri dönüşleri azaltır,
- Hastane enfeksiyonlarından korur,
- Kişiye gereksinim duyduğu bakımı verir,
- Hastalarda stresin azalmasını sağlar,
- Maliyeti kısa dönemde daha düşüktür,
- Hastanelerde erken taburcu edilmeler nedeniyle sirkülasyon hızlanır, daha az yatak ve personel ile daha çok hastaya hizmet sunulur,
- Hastalar yataklı tedavi kurumlarına yatış için sıra beklemez veya daha az sıra beklerler,
- Bireye tanı konulmasından iyileşme gerçekleşinceye kadar kesintisiz bir sağlık hizmeti sunulması sağlanır (Öztop ve ark., 2008, s.43).

Görüldüğü gibi evde bakım hizmetleri birçok konuda fayda sağlamaktadır. Özellikle sağlık alanındaki yükün hafiflemesi, hizmet alan, müracaatçıların kesintisiz ve güvenli hizmet alması konularında önemli bir yere sahiptir.

1.1.4.4.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Olumsuz Yönleri

Evde bakım hizmetleri birey, aile ve toplum düzeyinde uygulama bakımından birçok fayda sağlamaktadır. Bunun yanında evde bakım hizmetlerinin uygulama ve sunumunda olumsuz birkaç yön de bulunmaktadır.

Bunlar;

- Bireyin özel yaşamına ve yaşamın gizliliği ilkesine uyulamaması,
- Bireyin özgür yaşamına müdahale edilmesi,
- Aile üzerinde psiko-sosyal baskı ve etkisi,
- Bireyin kendini daimi hasta zannetmesi ve buna bağlı yaşadığı psikolojik sorunlar,
- Ailede meydana gelen psikolojik baskı ve tükenmişlik,
- Aileye maddi ve manevi yük,
- Verilen hizmetin kötüye kullanımı veya sahtekarlık,
- Denetim sorunu,
- Evde bakım konusunda yetersiz eğitim,
- Acil durumlarda müdahale sınırlılığı gibi sorunlar evde bakımda olumsuz durumlar olarak değerlendirilebilir.

1.1.4.5. Evde Bakım Hizmeti Verenlerin Özellikleri ve Evde Bakım Ekibi

Sunulan hizmetler açısından evde bakım hizmetlerinde hizmete özel eğitime ve özenle seçilmiş, alanında uzman meslek elemanlarına gereksinim duyulmaktadır. Evde bakım hizmetleri kapsamında hizmet sunanlar iki temel grupta toplanabilir. Bunlar, profesyoneller ve profesyonel olmayanlardır. Profesyoneller, sağlık hizmetleri konusunda eğitim sürecinden geçmiş hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen gibi meslek gruplarından oluşurken, profesyonel olmayanlar ise evde bakım hizmetinden yararlanacak bireyin yakınları ve aile üyeleridir.

Evde bakım hizmetlerine ait sorunların ve çözümlerin ardışık olması ve sunulan hizmetin çeşitliliği çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir.

Evde bakımın en temel unsuru bakım verecek kişilerdir. Bakımın gerekli olduğu durumlarda eğer aile bireyleri, arkadaşlar, komşular gibi bakıcılar yoksa evde bakımın verilmesi mümkün değildir. Ekonomik yönden geri kalmış bölgelerde ve ülkelerde fonksiyonel olarak bir başkasına bağımlı kişiler için tek bakım kaynağı bu bakıcılardır. Gelişmiş ülkelerde de aileler ve/veya sağlık hizmeti sunanlar dışındaki bakıcılar olmadan evde bakımın sürdürülmesi olanaksızdır. Bakımın büyük kısmını üstlenmelerine karşılık bu kişilerin çoğunluğu sağlık bakımı ile ilgili herhangi bir eğitim almamışlardır. Ayrıca hasta bakımı konusunda üstlendikleri rolün bir sonucu olarak kişisel, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamaktadırlar. Asıl mesleği evde bakım olan kişiler gibi bu kişilerin de büyük kısmı kadındır; ayrıca bakım alanların büyük bir kısmını da kadınlar oluşturmaktadır (WHO, 2000).

Gelişmiş ülkeler; bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkılamayacak boyutlara ulaşacağını öngördüklerinden, sosyal politikaları içinde ailenin desteklenmesini hedef alan bakım sigortası kapsamında yasal düzenlemelere yer vermişlerdir (WHO, 2002).

HIV /AIDS nedeniyle neredeyse yetişkinlerin tümünün hasta olduğu ve bakım ihtiyacı duyduğu Afrika ülkelerinde, HIV/AIDS 'Nine Hastalığı' (Grandmother Illness) olarak isimlendirilmektedir. Çünkü bu ülkelerde hastalığa yakalanmayan sadece yaşlı kadınlardır ve hasta olan yetişkin aile üyelerine bu yaşlı kadınlar bakım vermektedirler (Caliandro ve Hughes, 1998).

Hedef kitleye evde bakım hizmeti verecek profesyonel ekip aşağıda sıralanan kişilerden oluşur:

- Hekim,
- Hemşire,
- Sosyal hizmet uzmanı,
- Psikolog,
- Diyetisyen,
- Fizyoterapist,
- İş uğraşı terapisi veren meslek elemanları,
- Ev ekonomisti.

Bu ekip, toplum kaynaklarının (belediyeler, bakım araç gereçleri üreten kuruluşlar, sigorta şirketleri, sivil toplum örgütleri, değişik bakanlıklar gibi) evde bakım hizmetlerine yönlendirilmesini sağlar. Bu nedenle, evde bakım hizmetinin multidisipliner ve multisektöryel bir hizmet olduğu söylenebilir (Varlık, 2008: s. 43-53). En temelde evde bakım hizmeti verecek bireylerden yapması beklenenler şu şekilde sıralanabilir:

- Hizmet alan bireyleri duygusal yönden desteklemek,
- Hastalık sürecini gözlemlemek,
- Hizmet alan bireyi fiziksel olarak desteklemek,
- Evde yapılması gereken işleri üstlenmek,
- Önceden hazırlanmış tedavi planında aktif rol almak,
- İhtiyaç halinde ilgili yerlerden yardım talep etmek.

Bu işlevleri gerçekleştirebilmeleri için evde bakım veren aile bireyleri evde bakım ekibinin üyeleri tarafından, verilecek bakım konusunda bilgilendirilir ve yerine getirmeleri beklenen aktiviteler doğrultusunda eğitilirler (WHO, 2000). Bu süreçte eğitim verilen aile üyesinin öğrenim durumu, kültürel özellikleri, dil özellikleri, emosyonel durumu ve anksiyete düzeyi etkili olmaktadır. Ayrıca bakım veren aile üyeleri, bakım sürecinde ortaya çıkabilecek tehlike belirtileri konusunda da farkındalık yaratılmak amacıyla eğitilirler. Bu süreç sonrasında da evde bakım ekibi, aile üyelerinin verdikleri bakımı değerlendirmekle yükümlüdür. Bu ölçekler bakımın olumlu ve olumsuz etkileri, bakım verenlerin özellikleri, bakım verenlere sağlanan sosyal destek gibi alt başlıklarda olabilmektedir. Örneğin, Yang ve arkadaşları tarafından geliştirilen Yetersiz Aile Bakım Kalitesi İndeksi'ne (Poor Family Care Quality Index) göre; hastanın yeterli miktarda ve zamanında beslenmesinin sağlanması, kişisel hijyenine (yıkama, giyinme, tarama) yeterli düzeyde yardımcı olunması, giysilerinin temiz ve düzenli olması, ilaçlarını almasının sağlanması, deri bütünlüğünün korunması aile bakımının değerlendirilmesinde kullanılacak temel kriterlerdir. Aile üyelerinin sağladığı bakımın değerlendirilmesi sonrasında ortaya çıkacak gereksinimlere uygun olarak eğitimler sürdürülmelidir (Shyu ve ark., 1999:646-654).

Aile bireyleri tarafından sağlanan bakımın boyutunun belirlenmesine yönelik olarak yapılan çalışmalar sonucunda Ebeveyn Destek Oranı (Parent Support Ratio) adı

verilen bir ölçüt geliştirilmiştir. Ebeveyn Destek Oranı bir toplumda bakım verme sorumluluğunun boyutunun gösterilmesi amacıyla kullanılacak bir ölçüttür. Bu oran seksen yaş ve üstünde yer alan nüfusun 50 - 64 yaş arasındaki nüfusa oranı olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002)

1.1.4.6. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ile ilgili kesinlik kazanmış bilgiler bulunmamaktadır. Bu sebepten ötürü sadece bazı yasalar sayesinde evde bakım hizmetlerinin geçmişi konusunda fikir sahibi olunabilmektedir. Örneğin evde bakım hizmetlerinden yasal olarak ilk kez “24.04.1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu” nda söz edildiği bilinmektedir. Yirminci yüzyılın ilk yarısında dünya ülkelerine paralel Türkiye’de de bulaşıcı hastalıklar çok sık görülmekte, anne bebek ölümlerine sık rastlanmaktaydı. Kanun bulaşıcı hastalıkların ev ortamında muayenesi ve tedavisi için, hastalıkların yayılmaması için çıkarılmıştır (Aydın, 2005: 17). Kanunda sözü edilen evde bakım hizmetlerinin, günümüzdeki anlamda evde bakım hizmetlerine oldukça uzak olduğu söylenebilmektedir. Öncelikle yasada evde bakım hizmetleri sadece evde sağlık bakımını kapsamaktadır. Evde sağlık bakımı hizmetlerinin düzenlenmesinin nedeni de, bir anlamda bulaşıcı hastalığı olan insanların evlerinde karantinaya alınarak bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemektir. Kanunun evde sağlık bakımı hizmetlerini düzenlemesinin bir diğer nedenini ise dönemin koşullarına uygun olarak koruyucu sağlık hizmetlerine duyulan yoğun ihtiyaç oluşturmuştur. Bu bağlamda evde sağlık hizmetleri ile halkın enfeksiyon hastalıklarına karşı korunması ve ana-çocuk sağlığına yönelik önlemler alınması amacı da yasada ağırlık kazanmaktadır. Umum-i Hıfzısıhha, genel sağlığı koruma anlamına gelmektedir.

“1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu”, mecburi hizmet yükümlülüğü olmayan hemşirelerin, istediklerinde mesleklerini serbestçe yapabilmelerine imkan tanımıştır. Bu yasaya istinaden Aydın (2005: 17, 18), geçmiş yıllarda hemşirelerin “sağlık kabini” adı verilen özel işyerleri açarak, evlerde hastaların tedavilerini gerçekleştirdiklerini, son yıllarda ise çok sayıda hemşirenin evde hasta bakımı kuruluşları açmaya başladıklarını belirtmektedir. “1961 tarihli 224

sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ve bu kanunun çizdiği yasal çerçevede evde bakım hizmetleri ile ilgili düzenlemeler dikkat çekmektedir. İlgili düzenlemelerdeki evde bakım hizmetleri de tamamen evde sağlık bakımı hizmetlerini kapsamakta, fakat Umum-i Hıfzısıhha Kanunu’na göre daha geniş bir çerçeve çizmektedir. Özellikle 2000 yılından sonra evde bakım hizmetleri ile çok fazla yasal düzenleme yapılmıştır. Ancak bu yasal düzenlemeler arasında bakım sigortası yasasının olmaması hizmetlerin kurumsallaşması anlamında sorunlara neden olmaktadır. Türkiye’de evde bakım hizmetlerini ASPB bünyesindeki Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, hastaneler, özel kuruluşlar, sivil toplum örgütleri ve yerel yönetimler yerine getirmektedirler. Hizmetler çok başlı ve dağınık bir görünüm arz etmektedir. Ayrıca son yıllarda ya temel ya da yan faaliyet alanı olarak evde bakım hizmeti veren çok sayıda özel şirket kurulmuş, evde bakım hizmetleri alanında özel sektörün payı hızla artmaya başlamıştır.

“Türkiye’de evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan birey ve aileler için ulusal boyutta evde bakım sisteminin, gereken standartlarda kurulması ve evde bakım alanının sağlık ve sosyal hizmetler sistemine entegre edilmesi için çalışmalar yapmak amacıyla, 18 Ağustos 2005 tarihinde Evde Bakım Derneği kurulmuştur” (www.evdebakim.org.tr).

1.1.5. Evde Sağlık Hizmetleri

1.1.5.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Evde sağlık hizmetleri, kişilerin sağlığını korumak, geliştirmek ve gerektiğinde yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla gereksinimi olan kişilerin evde sağlık hizmeti alabilmesini kapsamaktadır (Can ve ark. 2008).

Evde sağlık hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından, bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, sağlık ve sosyal hizmetleri içine alan geniş

bir yelpazede, bireyin gereksinimi doğrultusunda, yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını amaçlamaktadır. Bu anlamda evde sağlık hizmetleri genel olarak, kurum bakımının yerini alan, kurumlarda kalış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler olarak ifade edilebilir.

1.1.5.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Dünyada gelişmiş olsun, gelişmekte olsun bütün ülkelerde evde sağlık hizmeti verilmektedir. Dinamik bir sürece sahip olan evde sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi Ortaçağ Avrupa'sına dayanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa Birliği Ülkeleri, Çin ve diğer bazı ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli yeri bulunan evde sağlık hizmetleri, Türkiye'de de yerel yönetimler ve özel sağlık kurumları tarafından yürütülmeye başlanmıştır (Çoban ve ark. 2004).

Evde sağlık hizmetleri uygulamaları, Türkiye için yeni sayılabilecek bir alandır. Türkiye' de evde bakım hizmetleri, 10.03.2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile yasal düzenleme altına alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı' nın 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı yönergesiyle Türkiye' de Evde Sağlık Hizmetleri verilmeye başlanmıştır. 24.02.2011 tarih ve 8751 sayılı makam onayı ile yönerge yürürlüğe girmiştir. Yönergenin yürürlüğe girmesi ile hastanelerde evde sağlık birimleri oluşturulmaya başlanmıştır.

Daha sonra 2015 yılında yönetmelik yeniden düzenlenmiştir. Sağlık bakanlığı bünyesinde 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" çıkarılmıştır. Yönetmelik kamu eliyle verilecek evde sağlık hizmetlerini düzenlemeye yöneliktir(Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27 Şubat 2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazete, Madde 26).

Son dönemlerde evde sağlık hizmetleri sosyal ve sağlık politikalar içinde yerini almaya başlamış; Evde Sağlık Hizmetleri Derneği öncülüğünde evde sağlık alanında kongre ve sempozyumlar yapılmaya başlamıştır.

1.1.5.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Uluslararası düzeyde evde sağlık hizmetlerinde anlaşmaya varılmış temel bir hizmet listesi yoktur. Evde sağlık hizmetlerinden faydalanacak hedef kitle; kanser ve kalp damar hastalıkları olanlar, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları olan kişiler, engelli bireyler, duyuusal kısıtlılığı olanlar, mental hastalığı olanlar ve madde bağımlıdır. Ayrıca terminal dönemdeki kanserli yetişkin ve çocuk hastaların onur ve saygınlığını korumak, yaşamın son günlerini daha sevgi dolu ve şefkatle geçirilmesini sağlamak amacıyla bakım hizmetleri evde verilebilmektedir (Karahan 2002).

Evde sağlık hizmetleri bir sağlık hakkı olarak kabul edilerek, sağlık ve sosyal hizmetler birbirleri ile koordineli şekilde yürütülmelidir. Evde sağlık hizmetleri, birbirleri ile koordinasyon içinde sunulması gereken aşağıdaki hizmetleri kapsamalıdır. Bu hizmetler şu şekilde sıralanabilir:

1. Sağlık hizmetleri,
2. Sosyal bakım hizmetleri,
3. Sosyal destek hizmetleri,
4. Psikolojik ve danışmanlık hizmetleri,
5. Cihaz, ekipman hizmetleri,
6. Eğitim hizmetleri,
7. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri,
8. Beslenme takibi,
9. Ulaşım desteği hizmetleridir (Evde Bakım Derneği, 2010).

1.1.5.4. Hastane Evde Sağlık Birimleri Çalışma Sistemleri

Evde sağlık hizmetleri mesai saatlerinde ve randevu sistemi ile verilmektedir.

Evde sağlık hizmetine ihtiyaçı olanlar Türkiye' nin her yerinden 4443833 numaralı telefonu arayarak koordinasyon merkezine ulaşabilmektedirler. Toplum sağlığı merkezlerine, aile hekimlerine veya Sağlık Bakanlığı' na bağlı devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde kurulmuş olan evde sağlık hizmeti birimlerine telefonla, szli veya yazılı olarak müracaat edebilmektedirler. Yapılan müracaatlar incelendikten sonra karara varılmaktadır.

Hastane evde sağlık birimlerinin çalışma düzeni birim sorumlu tabibi tarafından hazırlanan ve ilgili kurum amirince onaylanan iş planına göre yürütülür. Evde sağlık hizmetlerinde, hizmet verilen kişinin durumu, yapılan tüm tıbbi müdahaleler ve ziyaretin seyri raporlanır. Evde sağlık hizmetleri biriminin görevi, konulmuş olan tanı ve planlanan tedavi çerçevesinde, kişinin bulunduğu ev ortamında;

- muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi,
- tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasına yardımcı olunması,
- hastanın ve ailesinin hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi,
- hastalığı ile alakalı evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar (Sağlık Bakanlığınınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2015).

Gerek duyulması halinde ilgili dal uzmanlarının da görüşü alınarak evde gerekli konsültasyon sağlanır.

Hizmetin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında devam edebileceği kanaati olduğuunda ise hastane birimi aracılığıyla tüm bilgi ve belgeler ile birlikte koordinasyon merkezine iletilir. Koordinasyon merkezi gerekli incelemeyi yaparak kayıt altına aldığı hasta için kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezi veya aile hekimine evde sağlık hizmetinin başlatılması için gerekli bildirimini yapar (Sağlık Bakanlığınınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2015).

1.1.6. Evde Bakım, Evde Sağlık ve Sosyal Hizmet

1.1.6.1. Sosyal Hizmet Tanımı ve Kapsamı

“Sosyal hizmet; insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan; sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik durumunun geliştirilmesi için insan ilişkilerinde sorun çözmeyi, güçlendirme ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve bunun için insan davranışı ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir” (IFSW, 2012).

Bir başka tanımla; sosyal hizmet mesleği bireylerin ihtiyaçlarına göre gerekli kurumların etkin bir şekilde faydalanmaları için sosyal hizmet uzmanları tarafından yürütülecek sosyal, ekonomik, psikolojik, eğitici, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin yanında bireyin ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin incelenmesi, bireysel ve aile sorunlarının ortadan kaldırılması gibi hizmetlerin bütünüdür.

1.1.6.2. Sosyal Hizmet ve Evde Bakım Arasındaki İlişki

Türkiye’ de evde bakım hizmetleri, Sağlık bakanlığı bünyesinde 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” e dayanılarak yürütülmektedir. Yönetmelik kamu eliyle verilecek evde sağlık hizmetlerini düzenlemeye yöneliktir(Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27 Şubat 2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazete, Madde 26). Evde bakım, hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ve yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil olmak üzere tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasını kapsamaktadır. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’nce kabul edilen, 07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı “Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik” in 16. maddesinin f bendine göre sosyal çalışmacının görev ve yetkileri “Evde bakım Hizmetinden yararlanan

yaşlıların en az haftada bir ziyaret edilmesi, yaşlı bakım elemanlarının takibi, yaşlının ihtiyaçlarının belirlenmesi ile gerektiğinde yeni bakım/hizmet planının düzenlenmesini sağlamak” olarak tanımlanmıştır(Gündüzlü bakım ve Evde bakım hakkında yönetmelik, 2005, 2008).

Fadıloğlu (2013)’e göre sosyal hizmet uzmanı evde bakım ekibi içinde yer alan bir meslek elemanıdır. Fadıloğlu(2013)’e göre evde bakım hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanının görevi şu şekilde tanımlanmıştır: “Sosyal hizmet uzmanları hastalığı olan bireyleri etkileyen sosyal ve emosyonel faktörleri değerlendirirler. Aynı zamanda da karmaşık gereksinimleri olan hastalar için bir vaka yöneticisi olarak hizmet veriler ve toplumsal kaynakları organize ederler.”

Sosyal hizmet uzmanları tanımlarda yer alan hizmetleri mikro (birey ve ailelerle sosyal hizmet) düzey uygulamalar, mezzo (grup ve örgütlerle sosyal hizmet) düzey uygulamalar ve makro (toplumla sosyal hizmet) düzey uygulamalar olarak hayata geçirirler. Evde bakım hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanları diğer meslek grupları ile birlikte disiplinler arası bir çalışma ekibinde hizmet verirler. Verilen hizmetler açısından uzmanlar daha çok mikro düzey olan birey ve aile ile ilgili çalışmalarda daha yoğun çalışırlar. Burada birey ile ilgili çalışmalarda hizmet alan bireyin psiko-sosyal ve ekonomik durum tespitinin yapılması ve bu konuda çözüm önerilerinin hazırlanmasında rol alırlar. Ayrıca hizmet alan müracaatçıların ihtiyaçlarının belirlenmesi için uzmanlar inceleme yapar ve bu doğrultuda rapor yazar. Yazılan raporlar doğrultusunda ihtiyaç duyulan hizmetler için girişimlerde bulunur.

Evde bakım hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanları mikro düzey uygulamalar kadar, mezzo düzey uygulamalarda da görev alır. Bu düzeyde özellikle evde bakım hizmetinden yararlanan bireylerin aileleri ile ilgili çalışmalar yapılır. Aile bireyleri ile görüşmeler yapılması, aile bireylerine psiko-sosyal ve ekonomik destek sağlanması için aracılık etme ve birebir destek mekanizması oluşturulması gibi çalışmalarda bulunur. Sosyal hizmet uzmanları aile ile ilgili çalışmaları genellikle ev ziyaretleri şeklinde yapar. Hemşire, ebe, aile hekimi ve sağlık personeli ile birlikte yapılan ev ziyaretlerinde sosyal hizmet uzmanı var olan ve olması muhtemel sorunları tespit eder. Yapılan ev ziyaretleri sosyal hizmetin koruyucu önleyici hizmetlerine örnek teşkil edebilir.

Evde bakım makro düzey uygulamalarda sosyal hizmet uzmanları, hizmet alanında hizmet kalitesinin artırılması ve alanda duyulan yasa uygulama eksikliklerinin giderilmesi için girişimlerde bulunur.

“Toplum çalışmasında sosyal hizmet uzmanının etkinlikleri bir veya daha fazla sorun için vatandaşların organizasyonunu teşvik etmek ve harekete geçirmek, sorunun doğasını tanımlamak, ilgili grupların çalışmalarını koordine etmek, gerçekleştirilebilir amaçlar formüle etmek, halkla ilişkiler ve toplum eğitimi çalışmalarının içinde olmak, araştırma yürütmek, planlama, mali kaynakları tanımlamak, bir amaca ulaşmak için stratejiler geliştirmek ve kaynak kişi olmaktır” (Duyan, 2010).

Evde bakım hizmetleri bireylere çok farklı şekillerde sunulabilmektedir. Bunlar; belediyelerin sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı bünyesinde oluşturulan hizmet birimleri, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Kurumu ve hastanelerinde oluşturulan evde bakım evde sağlık birimleri olarak sıralanabilir.

1.1.6.3. Sosyal Hizmet Uzmanının Evde Bakım Hizmetlerinde İşlev ve Roller

Evde bakım hizmetlerinde görev alan meslek elemanları doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, beslenme uzmanı veya diyetisyen yardımcı ve hizmetliler olarak sıralanabilir. Evde bakımın türü ve şekline göre meslek elemanları değişiklik gösterebilir.

Evde bakım hizmetlerinde görev alan profesyonel meslek elemanlarının evde bakım hizmetleri kapsamında belli rol ve görevleri vardır. Bu rol ve görevlerin bazı meslek elemanları için kesin çizgileri yoktur. Genel olarak tedavi ve tıbbi bakım gibi özel alan eğitimi gerektiren işlerin dışında, evde bakım hizmetlerinde meslek elemanları için rol ve görevler şu şekilde sıralanabilir:

- Eğitici rolü,
- Danışmanlık rolü,
- Bakım verici rolü,
- Sosyal destek rolü.

Yukarıda belirtilen roller genel olarak evde bakım hizmetinde görev alan meslek elemanlarının rolleridir. Meslek elemanları bu rolleri üstlenirken etkili iletişim, güçlü empati yeteneği, dinleyebilme ve sorun çözme becerilerine sahip olmalıdırlar.

Sosyal hizmet uzmanlarının birbirleriyle bağlantılı olarak on temel rolü bulunmaktadır:

- Bağlantı kurucu olarak sosyal hizmet uzmanı,
- Savunucu olarak sosyal hizmet uzmanı,
- Öğretici olarak sosyal hizmet uzmanı,
- Danışman/klinisyen olarak sosyal hizmet uzmanı,
- Vaka yöneticisi olarak sosyal hizmet uzmanı,
- İşyükü yöneticisi olarak sosyal hizmet uzmanı personel geliştirici olarak sosyal hizmet uzmanı,
- Sosyal değişme ajanı olarak sosyal hizmet uzmanı,
- Meslek elemanı olarak sosyal hizmet uzmanı(Duyan akt. Sheafor ve Horejsi 2003).

Bu roller çerçevesinde Bulut ve Tunç (2013)' e göre sosyal hizmet uzmanlarının evde bakım konusundaki işlevleri genel olarak şu şekilde sıralanabilir:

- Danışmanlık: Evde bakım hizmetinden yararlanan birey ve ailesinin depresyon ve endişe düzeyini azaltma ve bu konuda analiz yapma ve girişimlerde bulunma, kişilerin içinde bulunduğu zor durumlarda baş etme mekanizmaları geliştirmek ve bireylere yardımcı olmak.
- Psiko-sosyal değerlendirme: Evde bakım hizmetinden yararlanan birey ve aile üyeleri ile görüşmeler yapmak ve kişilerin hem psikolojik hem de sosyal yönden ihtiyaçlarını belirlemek.
- Planlama: Evde bakım hizmetinden yararlanan bireylerin imkan ve fırsatlarını göz önünde tutarak, birey ve ailesi için kısa ve uzun süreli, geleceğe yönelik planlar yapmak ve kişilerin toplum hizmetlerinden yararlanmalarını sağlamak.
- Psiko-sosyal müdahale: Evde bakım hizmetinden yararlanan birey ve ailesinin psiko-sosyal değerlendirmesine göre, ihtiyaç duyulan alanlarda

kişilere psiko-sosyal destek vermek, kişilerin yeni durumlarına uyumları için yardımcı olmak.

- Savunuculuk: Gerekli görüldüğü durumlarda hizmet alan birey veya ailesi için çalışmalar yapmak, kaynaklarla iletişim kurmak, kişileri olumsuz olabilecek durumlardan korumak ve gözetmek.
- Havale: Hizmet alan birey veya aile bireylerinin psiko-sosyal ve ekonomik sorunlar gibi farklı ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla gerekli kuruluşlara göndermek ve takibini yapmak.
- Maddi yardım danışmanlığı: Hizmet alan birey ve ailesini maddi yardım kaynakları ve programları konusunda bilgilendirmek ve yol gösterici olmak.
- Vaka yönetimi: Hizmet alan birey ve ailesini dikkate alarak ihtiyacı olan hizmetleri gerekli kuruluşlar, örgütler ve kaynaklar kullanarak organize etmek.

Daha önce de belirtildiği gibi sosyal hizmet uzmanları evde bakım hizmetlerinin sunumunda hizmet alan birey ve ailesi için önemli bir meslek elemanıdır.

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda sosyal hizmete duyulan ihtiyaç gün geçtikçe artmaktadır. Evde bakım hizmetlerinde de sosyal hizmet uzmanlarının gerekliliği yadrganamaz bir gerçektir. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları evde bakım hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahiptir.

1.2. Araştırmanın Problemi

Türkiye’de tam anlamıyla yerine oturmuş ve uygulanmaya hazır bir evde bakım hizmeti yoktur. Uzun süreli bakım ihtiyacı olan bireyler ve yakın çevreleri, tedavi öncesi ve sonrası dönemlerde; tıbbi bakım ve tedavi dışında kaldıkları zamanlarda sağlık sorunları ve psiko-sosyal sorunları ile baş başa kalmaktadırlar. Bu sorunların çözüm sürecinde de sorunlarla kendileri yalnız baş etmek durumunda kalmaktadırlar. Bu süreçte bireylerin yaşadıkları psiko-sosyal ve sağlık problemlerinin, aile yaşamı, iş yaşamı, ve normal günlük yaşamda olumsuz birçok sonuç ortaya çıkaracağı da beklenir.

Bu kapsamda araştırmanın temel problemi, hastanelerin evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin, temel bakım ve sağlık ihtiyaçlarının yanında sosyal hizmetin rolleri kapsamında olan psiko-sosyal müdahale ve değerlendirme, maddi yardım danışmanlığı gibi ihtiyaçların karşılanıp karşılanmadığını ortaya koymak ve bireylerin evde sağlık alanındaki sosyal hizmet ihtiyaçlarını belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, evde bakım-evde sağlık hizmeti verilen hastanelerin bu hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi ve belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda hizmet alan birey ve aileler için uygun sosyal hizmet yaklaşımlarının geliştirilmesidir. Bu bağlamda araştırmanın genel amaçları doğrultusunda alt amaçlar belirlenmiştir.

Araştırmanın alt amaçları şunlardır:

- 1- Aşağıdaki adı geçen tanımlayıcı ve sosyo-demografik özellikler evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarını nasıl etkiler?
 - Cinsiyet
 - Medeni durum
 - Eğitim durumu
 - Meslek
 - Sosyal güvence
 - Gelir
 - Yaş
 - Kronik hastalığa sahip olma durumu
 - Yatağa bağımlı olma durumu
- 2- Aşağıda adı geçen evde bakım hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanının rolleri evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanan birey ve ailelerin sosyal hizmet ihtiyaçlarını kapsamakta veya karşılamakta mıdır?
 - Danışmanlık
 - Psiko-sosyal değerlendirme

- Planlama
- Psiko-sosyal müdahale
- Savunuculuk
- Havale
- Maddi yardım danışmanlığı
- Vaka yönetimi

3- Evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanan birey ve ailelerin sosyal hizmet uzmanlarından beklentileri nelerdir ve ne tür bir sosyal hizmet ihtiyaçları vardır?

1.4. Araştırmanın Önemi

Evde bakımla ilgili literatür incelendiğinde evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın belirlenmesi, toplumun evde bakım ihtiyacının belirlenmesi, evde bakım verenlerin yüklerinin belirlenmesi gibi çalışmalar yapılmıştır. Bu alanda sosyal hizmet ile ilgili çalışmaların az olması ya da yetersiz olması bu çalışmaya duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Evde bakım ve sosyal hizmet ilişkilendirilmesinde çok az çalışmalara rastlanmaktadır. Bu araştırma, yapılan diğer araştırmalara ek olarak evde bakım-evde sağlık alanında, evde bakımdan yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi konusunda yapılacak öncü araştırmalardan biri olacaktır.

Bu araştırma, evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayarak, hizmet alan birey ve ailelerinin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi; bu alanda uygulanacak sosyal hizmet müdahalelerinin ve projelerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Ayrıca bu araştırma evde bakım – evde sağlık alanında ve sosyal hizmet alanında mesleki uygulama ve müdahaleler için teorik bir bilgi kaynağı olması açısından önem taşımaktadır.

1.5. Tanımlar

Evde Bakım: Kişilerin sağlığını korumak, kontrol altında tutmak ve yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla özel gereksinimi olan bireylerin evde bakım hizmetidir.

Evde Sağlık: Yatarak tedavi olması gereken, yürüyemeyen, kronik hastalığı olan, kişisel ihtiyaçlarını dahi gideremeyecek durumda olan hastalar ve çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik destek hizmetinin bir bütün olarak uzman kadro ile sunulmasıdır. Bu araştırma kapsamında hastanelerin evde sağlık birimleri tarafından sunulan, hastanın veya bakıma muhtaç bireyin kendi evinde tıbbi tedavisinin yapılması, sürekli kontrollerinin yapılmasıdır.

Evde Sosyal Bakım: Sosyal hizmet ve sağlık alanında bakıma muhtaç kişilerin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla bakım hizmetlerine yönelik teorik ve pratik çözüm stratejileri üreten çok disiplinli bir bilim dalıdır. Araştırmada hizmet alan bireylerin kendi evlerinde psiko-sosyal yönden desteklenmeleri ve bakımı sosyal bakımdır.

Sosyal Hizmet: Sosyal hizmet; insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan; sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik durumunun geliştirilmesi için insan ilişkilerinde sorun çözmeyi, güçlendirme ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve bunun için insan davranışı ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir.

Sosyal Hizmet İhtiyacı: Bu araştırma kapsamında hastanelerin evde bakım – evde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin, hizmet alma sürecinde ihtiyaç duydukları; planlama, yönetme, kaynak geliştirme ve kaynakla bağlantı kurma, eğitim, gibi ihtiyaçlardır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, hastanelerin evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarını belirlemek amacı ile planlanmıştır. Araştırma, nicel araştırma olarak düzenlenmiş olup tarama modellerinden biri olan genel tarama modelinde bir çalışmadır. “Genel tarama modelleri, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile, evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir” (Karasar, 2014:79). Bu çalışmada, hastanelerin evde bakım-evde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçları hakkında genel bir yargıya varmak için genel tarama modeli kullanılmıştır.

Bu bölümde araştırma modeli, evren ve örneklem, veri toplama aracı, verilerin toplama süreci, işlenmesi ve analizi ele alınacaktır.

2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Ankara Kamu Hastaneler Kurumu Başkanlığına bağlı hastanelerin evde sağlık birimlerinden yararlanan bireyler oluşturmaktadır. Araştırma çalışma evreni ise Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı üç hastane (Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ulus Devlet Hastanesi)’nin evde sağlık birimlerinden hizmet alan bireylerdir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada; Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nden izin alınarak, önceden belirlenmiş üç hastanenin evde sağlık birimlerinden yararlanan bireylerle çalışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi için verilerin elde edilmesinde görüşme formu tekniğinden yararlanılmıştır. Görüşme

formu soruların yöneltileceği bireyler tarafından anlaşılabilir şekilde düzenlenmiştir.

Bu araştırmada hastanelerin evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi, hizmet alan bireylerin sosyal hizmet konusundaki bilgilerinin saptanması ve sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla iki bölümden oluşan bir veri toplama aracı kullanılmıştır.

2.2.6. Görüşme Formu

Araştırma kapsamına giren bireylere yönelik hazırlanan görüşme formu 2 bölümden oluşmuştur. İlk bölüm sosyo-demografik özelliklerin ve sosyal hizmet tanınırlığının sorgulandığı 17 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise bölüm soruları olarak adlandırılmış ve sosyal hizmet ihtiyacının belirlenmesine yönelik 18 sorudan oluşmaktadır.

- Hastanelerin Evde Bakım – Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgiler:
Bu bölümde bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumu, evde sağlık ve evde bakım ücretinden faydalanma durumu, sosyal hizmet mesleğinin ve sosyal hizmet uzmanlarının tanınırlığı durumu hakkında sorular yer almaktadır.
- Hastanelerin Evde Bakım – Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Bireylerin Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Bilgiler:
Bu bölümde evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal hizmetin evde bakım alanındaki temel rollerinden olan; danışmanlık, psiko sosyal değerlendirme, planlama, psiko-sosyal müdahale, savunuculuk, havale, maddi yardım danışmanlığı ve vaka yönetimi gibi hizmetlere olan ihtiyaçlarının belirlenmesine yönelik sorular bulunmaktadır.

2.3. Veri Toplama Süreci

Bu araştırmada ilk olarak özgün bir konu belirlenmiş ve konu hakkında literatür taraması yapılmıştır. Yapılan incelemeler sonucu evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu konuda araştırmalar yapıldıktan sonra, araştırmanın adı ‘‘Hastanelerin Evde Bakım – Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Bireylerin Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Belirlenmesi’’ olarak belirlendi. Sonrasında Ankara Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı’ndan etik kurul kararı alındı. Etik kurul kararından sonra, Sağlık Bilimleri Fakültesi Enstitü Kurul kararı alındı.

Araştırma izni için Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği ve 2. Bölge Genel Sekreterliğine izin yazısı yazılmıştır. 1. Bölge Genel Sekreterliği araştırma yapılmasını uygun görmüş ve bünyesinde bulunan 5 hastaneye izin yazısı gönderilmiştir. Ancak 2. Bölge Genel Sekreterliği araştırma yapılmasını uygun görmemiş ve izin verilmemiştir. Daha sonra izin alınan 5 hastanedeki bütün evde sağlık birim sorumluları ve personeli ile görüşülmüş, araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Bu beş (5) hastaneden Zekai Tahir Burak Kadın Doğum Hastanesi ve Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi evde sağlık birimlerinde evde bakım – evde sağlık hizmetinin aktif olarak verilmediği, araştırma sürecinde gönüllü bulunamayacağı belirtilmiştir. Diğer üç (3) hastane olan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ulus Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimleri yetkilileri araştırma yapılmasının uygun olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırma sürecinde, izin alınan bu üç hastanenin evde sağlık birim sorumluları görüşme formunun uygulanmasında hastaların sağlık ve psikolojik durumlarını göz önünde bulundurarak araştırmacının ekibe dahil olup hastalarla yüz yüze görüşmesini uygun görmemişlerdir. Bunun üzerine üç hastanenin evde sağlık birimi personeline ayrı ayrı görüşme formunun içeriği ve uygulanması hakkında bilgilendirme ve eğitim verilmiştir. Yapılan eğitimden sonra Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi’ne başvuran 5 (beş) bireye görüşme formu uygulanmış ve daha sonra görüşme formundaki düzeltmeler yapılmıştır.

Hastanelerdeki evde sağlık birimleri bünyesinde verilen hizmetlerin şekli ve içeriği hakkında bilgi alınmıştır. Evde sağlık birim sorumlularından alınan bilgiye göre hastalar; 15 (onbeş) günlük, bir aylık ve üç aylık periyotlarla ziyaret edilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda 3 (üç) aylık süreçte birimden hizmet alan ve araştırmayı kabul eden 75 (yetmişbeş) bireye görüşme formu uygulanmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Görüşme formlarını numaralandırdıktan sonra görüşme formunda yer alan açık uçlu sorularla ilgili gerekli düzenlemeler ve gruplandırmalar yapılmıştır. Görüşme Formu ile elde edilen veriler SPSS 16 programı ile işlenerek veri tabanı hazırlanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS programı yardımı ile düz çizelgelerde sayı ve yüzdeler biçiminde ifade edilmiştir.

Veriler araştırmanın amacı çerçevesinde yorumlanmıştır. Ayrıca elde edilen bulgular, evde sağlık ile ilgili kavramsal bilgiler ve başka araştırmalar ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

2.5. Araştırmanın Sayılıları

Araştırmanın evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

Oluşturulan görüşme formunun evde bakım – evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarını belirlemede yeterli olduğu varsayılmaktadır.

Veri toplama aracı olan görüşme formundaki sorulara gönüllülerin içtenlikle, samimi ve doğru olarak cevap verdikleri varsayılmaktadır.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı beş hastanede yapılması planlanmış, ancak iki hastanenin evde sağlık birimlerinde aktif olarak hasta bakılmaması ve araştırmanın sınırlı olduğu üç aylık süreçte evde sağlık

birimine hasta kaydı yapılmaması sebebiyle üç hastanenin evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerle sınırlıdır.

Araştırma için veri toplama izin süresinin (Haziran-Temmuz-Ağustos 2014) üç ayı kapsamaması araştırmanın süre sınırlılığıdır.

Araştırma için planlanan gönüllü sayısının 250 kişi olarak belirlenmesi ancak veri toplama sürecinde ulaşılabilen 75 gönüllünün araştırmaya katılmayı kabul etmesi de bir başka sınırlılıktır.

2.7. Süre ve Olanaklar

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü' nün tez için belirlediği dönemler arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama süreci, "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği"nden alınan izin çerçevesinde (Haziran, Temmuz, Ağustos 2014) 3 aylık bir süreçte gerçekleştirilmiştir. Görüşme formunun hizmet alan bireylere uygulanmasında evde sağlık hizmetlerini sunan ve yöneten evde sağlık birimleri personelinde destek alınmıştır. Araştırmanın masrafları araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3. BULGULAR

Bu araştırmada elde edilen bulgular üç ana bölümde ele alınmaktadır. Bu bölümlerin ilkinde hastanelerin evde bakım – evde sağlık hizmetinden yararlanan bireyleri tanıtıcı özelliklere ve sosyo – demografik özelliklere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. İkinci bölümde, sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanının hizmet alanlar tarafından tanınırlığına ilişkin bulgular yer almıştır. Üçüncü bölümde ise evde bakım – evde sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanının rolleri çerçevesinde sosyal hizmet ihtiyaçlarını açıklayıcı bulgular yer almaktadır.

3.1. Evde Bakım – Evde Sağlık Hizmetinden Yararlanan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde hizmet alan bireylerin sosyo-demografik, ekonomik özellikleri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ailedeki birey sayısı, sosyal güvence, aylık gelir, evde bakım ücretinden faydalanma durumuna ilişkin bulgular ve evde bakım - evde sağlık konusuna ilişkin bazı özellikler; evde sağlık hizmetinden kaç yıldır faydalandığı, evde bakım ücretinden faydalanma durumu ve düzenli gelire sahip olma durumuna dair bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.1.' de evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylere yönelik görüşme formu için görüşülen kişi ve yakınlık derecelerine göre dağılıma yer verilmiştir.

Çizelge 3.1. Görüşme Yapılan Kişi – Yakınlık Derecesine Göre Dağılım

Görüşülen Kişi	Sayı	Yüzde(%)
Oğlu/Kızı	26	34,7
Eşi	25	33,3
Anne/Baba	10	13,3
Kendisi	6	8,0
Diğer* (Kardeş, gelin, damat)	8	10,7
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.1' de görüldüğü üzere, araştırmaya katılmaya gönüllü olup görüşmelerin yapıldığı gruplarda, görüşülen ve bilgi alınan kişi olarak oğlu/kızı(%34,7) ve eşi(%33,3) yarıdan fazlasını oluşturmaktadır. Görüşülen kişi olarak anne/baba %10' luk bir kesimi oluşturmaktadır. Kendisi ile görüşme yapılanlar %6'lık bir paya sahiptirler. Kendisi ile görüşme yapılan kişi sayısının bu kadar az olması evde sağlık hizmeti alan bireylerin tamamına yakınının kendisinin olur verememesinden kaynaklanmaktadır. Diğer seçeneğini gelin, damat ve kardeş oluşturmaktadır ve %8'lik bir kesimi oluşturmaktadırlar.

Çizelge 3.2.' de evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin cinsiyete göre dağılımlarına yer verilmiştir.

Çizelge 3.2. Cinsiyete Göre Dağılım

Cinsiyet	Sayı	Yüzde(%)
Kadın	44	58,7
Erkek	31	41,3
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.2.' de araştırmaya katılan bireylerin %58,7 oranla yarısından fazlasını kadınlar oluşturmaktadır, %41,3' ünü ise erkekler oluşturmaktadır.

Çizelge 3.3.' de evde sağlık hizmetinden yararlanan ve araştırmaya katılan bireylerin yaş durumuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.3. Yaşa Göre Dağılım

Yaş	Sayı	Yüzde(%)
15-40	10	13,3
41-50	4	5,3
51-60	6	8,0
Çizelgenin devamı diğer sayfadadır.		

61-70	6	8,0
71-80	23	30,7
81-85	11	14,7
86 +	15	20,0
Toplam	75	100,0

Ort = 68,76 ss = 20,77 En küçük = 15 En büyük = 92

Çizelge 3.3. incelendiğinde araştırma kapsamında görüşülen bireylerin en küçük 15 ve en büyük 92 yaşında oldukları saptanmıştır. Hizmet alan bireylerin yaş dağılımına bakıldığında en fazla yığılmanın %30,7 oran ile 71-80 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Bu grubu %20 oran ile 86 yaş ve üstü, %14,7 oran ile 81-85 yaş arası, %13,3 oran ile 15-40 yaş arası, %8' lik oranlar ile 51-60 ve 61-70 yaş aralıkları ve en düşük orana sahip olan %5,3 ile 41-50 yaş arası dağılım izlemektedir. Çizelge incelendiğinde araştırmaya katılanların yarısından fazlası 71 yaş ve üstünde dağılım göstermektedir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin medeni durumuna ilişkin bulgular Çizelge 3.4' de verilmiştir.

Çizelge 3.4. Medeni Duruma Göre Dağılım

Medeni Durum	Sayı	Yüzde(%)
Evli	46	61,3
Bekar	14	18,7
Dul	15	20,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.4 incelendiğinde, araştırma kapsamında görüşülen ve evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin %61,3 oranla yarısından fazlasının evli olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %18,7'sinin bekar, %20' sinin ise dul olduğu tespit edilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin ailedeki birey sayılarına ilişkin bulgulara izelge 3.5' de yer verilmiştir.

Çizelge 3.5. Ailedeki Birey Sayısına Göre Dağılım

Ailedeki Birey Sayısı	Sayı	Yüzde(%)
1	6	8,0
2	19	25,3
3	19	25,3
4	18	24,0
5	6	8,0
6	3	4,0
7	3	4,0
8	1	1,3
Toplam	75	100,0

$Ort = 3,34$ $ss = 1,55$ $En\ az = 1$ $En\ çok = 8$

Çizelge 3.5 incelendiğinde, araştırma kapsamında görüşülen bireylerin ailedeki birey sayılarının en az 1 ve en çok 8 kişi olduğu saptanmıştır. Ailedeki birey sayılarının dağılımına bakıldığında en fazla yığılmanın %25,3' lk oranlarla 2 ve 3 kişi olduğu tespit edilmiştir. Bu grubu, %24 oran ile 4 kişi, %8' lik oranlarla 1 ve 5 kişi takip etmektedir. Ailedeki birey sayısı 6 ve 7 kişi olan bireyler ise %4' er orana sahiptirler. Ailedeki birey sayısı 8 olan %1,3 oran sahiptir ve yalnızca bir kişidir. Çizelge incelendiğinde ailedeki birey sayısının 2,3 ve 4 sayılarında yığılmasını anne, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile yapısı ile ilişkilendirebiliriz.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin eğitim durumuna ilişkin bulgular izelge 3.6' da verilmiştir.

Çizelge 3.6. Eğitim Durumuna Göre Dağılım

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde(%)
Okur-yazar Değil	22	29,3
Okur-yazar	14	18,7
İlkokul	24	32,0
Ortaokul	5	6,7
Lise	7	9,3
Üniversite	3	4,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.6 incelendiğinde, araştırma kapsamında görüşülen bireylerin %32' sinin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin %29,3' ünü okur-yazar olmayanlar oluştururken, %18,7' sini ise herhangi bir okul eğitimi almamış ancak okuma-yazma bilenler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerden %4' ü üniversite mezunudur. Araştırmaya katılan bireylerin yarıya yakını herhangi bir eğitim kurumunda eğitim almamışlardır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sahip oldukları sosyal güvence türüne ilişkin bulgular Çizelge 3.7' de verilmiştir.

Çizelge 3.7. Sosyal Güvence Türüne Göre Dağılım

Sosyal Güvence	Sayı	Yüzde(%)
Bağ-Kur	11	14,7
Emekli Sandığı	22	29,3
SSK	34	45,3
Yeşil Kart/Genel Sağlık Sigortası	8	10,7
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.7 incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin %45,3 oranla yarıya yakınının sosyal güvencesi SSK' dır. Sosyal güvence bakımından "Emekli Sandığı"

na bağı olanların oranı %29,3 ve Bağ-Kur' lu olanların oranı ise %14,7' dir. Yeşil Kart/Genel Sağlık Sigortasından Faydalananların oranı ise %10,7' dir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin aylık gelirlerine ilişkin bulgular Çizelge 3.8' de verilmiştir.

Çizelge 3.8. Aylık Gelire Göre Dağılım

Aylık Gelir	Sayı	Yüzde(%)
0-1000TL	38	50,7
1001-1500TL	31	41,3
1500TL ve Üzeri	6	8,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.8 incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin %50,7'si 0-1000TL arası gelire sahiptirler. Araştırmaya katılanların %41,3' ünün aylık geliri 1001-1500TL aralığında ve çok az bir kesim olan %8' inin aylık geliri 1500TL' nin üstündedir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanma sürelerine ilişkin bulgular Çizelge 3.9' da verilmiştir.

Çizelge 3.9. Evde Bakım – Evde Sağlık Hizmetinden Yararlanma Sürelerine Göre Dağılım

Yararlanma Süresi(yıl)	Sayı	Yüzde(%)
1,00	32	42,7
2,00	20	26,7
3,00	14	18,7
4,00	7	9,3
5,00	2	2,7
Toplam	75	100,0

$Ort = 2,03$ $ss = 1,12$

$En\ az = 1$ $En\ çok = 5$

Çizelge 3.9 incelendiğinde evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanma sürelerinin en az 1 yıl en çok 5 yıl olduğu saptanmıştır. Evde bakım-evde sağlık hizmetinden yararlanma sürelerine bakıldığında en fazla yığılmanın %42,7' lik oranla 1 yıl olduğu tespit edilmiştir. Bu grubu, %26,7 oran ile 2 yıldır faydalananlar, %18,7 oran ile 3 yıldır faydalananlar, %9,3 oranla 4 yıldır faydalananlar ve %2,7 oranla 5 yıldır faydalananlar izlemektedir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin evde bakım ücretinden faydalanma durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.10' da verilmiştir.

Çizelge 3.10. Evde Bakım Ücretinden Yararlanma Durumuna Göre Dağılım

Evde Bakım Ücretinden Yararlanma	Sayı	Yüzde(%)
Yararlanıyor	48	64,0
Yararlanmıyor	27	36,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.10 incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin %64' ünün evde bakım ücretinden faydalandığı, %36' sının ise faydalanmadığı tespit edilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin evde bakım ücreti vb. konularda bilgi kaynaklarına ilişkin bulgular Çizelge 3.11' de verilmiştir.

Çizelge 3.11. Evde Bakım Ücreti vb. Konularda Bilgi Kaynağına Göre Dağılım

Bilgi Kaynağı	Sayı	Yüzde(%)
Komşu veya Akraba	23	47,9
Doktor	14	29,2
Hemşire	6	12,5
Sosyal Hizmet Uzmanı	3	6,3
Diğer *	2	4,2
Toplam	48	100

* Belediye, gazete, dergi, televizyon

Çizelge 3.11 incelendiğinde, araştırmaya katılan ve evde bakım ücretinden faydalanan bireylerin %47,9 oranla yarıya yakını evde bakım ücreti vb. konularda bilgi kaynağı olarak komşu veya akrabalarını belirtmişlerdir. Bunu %29,2 oranla doktor, %12,5 oranla hemşire, %6,3 oranla sosyal hizmet uzmanı izlemektedir. Ayrıca %4,2' sinin bilgi kaynağının belediye, gazete, dergi ve televizyon olduğu tespit edilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin düzenli gelire sahip olma durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.12' de verilmiştir.

Çizelge 3.12. Düzenli Gelire Sahip Olma Durumuna Göre Dağılım

Düzenli Gelire Sahip Olma	Sayı	Yüzde(%)
Düzenli Geliri Var	45	60,0
Düzenli Geliri Yok	30	40,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.12 incelendiğinde, araştırma kapsamında görüşülen bireylerin yarısından fazlasının %60' lık bir oranla düzenli gelire sahip olduğu; %40' lık bir kesimin de düzenli bir gelire sahip olmadığı saptanmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin toplam gelirlerinin geçimleri için yeterli olma durumuna ilişkin bulgular Çizelge 3.13' de verilmiştir.

Çizelge 3.13. Toplam Gelirin Geçim İçin Yeterli Olma Durumuna Göre Dağılım

Toplam Gelirin Yeterliliği	Sayı	Yüzde(%)
Toplam Gelir Geçimi İçin Yeterli	20	26,7
Toplam Gelir Geçimi İçin Yeterli Değil	55	73,3
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.13 incelendiğinde, araştırma kapsamında görüşülen bireylerin, %26,7' lik oranla yaklaşık dörtte biri gelirlerinin geçimleri için yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Ancak %73,3 oranla araştırmaya katılanların yaklaşık dörtte üçü gelirlerinin geçimleri için yeterli olmadığını belirtmişlerdir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylere evde bakım hizmeti veren kişinin kendini bakım konusunda yeterli bulmasına ilişkin bulgular izelge 3.14' de verilmiştir.

Çizelge 3.14. Evde Bakım Hizmeti Veren Kişinin Kendini Yeterli Bulma Durumuna Göre Dağılım

Bakım Hizmeti Veren Kişinin Yeterli Olması	Sayı	Yüzde(%)
Evde Bakım Veren Kendini Yeterli Buluyor	37	49,3
Evde Bakım Veren Kendini Yeterli Bulmuyor	38	50,7
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.14 incelendiğinde, evde sağlık hizmetinden yararlanan bireyler için evde bakım veren kişilerin %49,3' lk oranla hemen hemen yarısının kendilerini bakım konusunda yeterli bulduğu; %50,7' lik oranla yarısının ise kendisini yeterli bulmadığı tespit edilmiştir.

3.2. Sosyal Hizmet Mesleği ve Sosyal Hizmet Uzmanının Hizmet Alanlar Tarafından Tanınırılığına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanları hakkında bilgi sahibi olma durumlarına ilişkin bulgular ve evde bakım – evde sağlık personeli içinde sosyal hizmet uzmanlarının da yer almasını isteme durumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanları hakkında bilgi sahibi olma durumlarına ilişkin bulgular izelge 3.15' de verilmiştir.

Çizelge 3.15. Sosyal Hizmet Mesleği ve Sosyal Hizmet Uzmanları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılım

Sosyal Hizmet Hakkında Bilgi Sahibi Olma	Sayı	Yüzde(%)
Hiç Bilgim Yok	43	57,3
Kısmen Biliyorum	27	36,0
Bilgi Sahibiyim	5	6,7
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.15 incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %57,3' lük oranla yarısından fazlasının sosyal hizmet hakkında hiç bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır. %36' lık bir kesimin ise kısmen bildiği belirlenmiştir. Sosyal hizmet konusunda bilgi sahibi olanların %6,7' lik oranla çok az bir kesimi oluşturdukları saptanmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin evde bakım – evde sağlık personeli içinde sosyal hizmet uzmanlarının da olmasını isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.16' da verilmiştir.

Çizelge 3.16. Evde Bakım – Evde Sağlık Personeli İçinde Sosyal Hizmet Uzmanı Olmasını İsteme Durumuna Göre Dağılım

Sosyal Hizmet Uzmanı İsteği	Sayı	Yüzde(%)
Evet(İstiyor)	65	86,7
Hayır(İstemiyor)	10	13,3
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.16 incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin %86,7 oranla büyük bir çoğunluğunun evde sağlık personeli içinde sosyal hizmet uzmanlarının yer almasını istediği saptanmıştır. Buna karşın %13,3' lük bir kesim evde sağlık personeli içinde sosyal hizmet uzmanlarının yer almasını istememektedir.

3.3. Evde Bakım – Evde Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini Çerçevesinde Bireylerin Sosyal Hizmet İhtiyaçlarını Açıklayıcı Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde evde bakım – evde sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanının rolleri olan; danışmanlık, psiko-sosyal değerlendirme ve müdahale, planlama, savunuculuk, havale, maddi yardım danışmanlığı ve vaka yönetimi rolleri çerçevesinde bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarına yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin içinde buldukları zor durum ve zamanlarda bir meslek elemanından yardım isteme durumuna ilişkin bulgular Çizelge 3.17’ de verilmiştir.

Çizelge 3.17. İçinde Bulunulan Zor Durum ve Zamanlarda Bir Meslek Elemanı Tarafından Yardım Edilmesini İsteme Durumuna Göre Dağılım

Yardım Edilmesini İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	71	94,7
Hayır	4	5,3
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.17 incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %94,7 oranla tamamına yakınının içinde buldukları zor durumdan kurtulmak için bir meslek elemanından yardım isteyecekleri tespit edilmiştir. %5,3’ ünün ise yardım edilmesini istemediği saptanmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin depresyon ve endişe düzeyleri konularında çalışma yapılmasını isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.18’ de verilmiştir.

Çizelge 3.18. Depresyon ve Endişe Düzeyleri Konularında Çalışma Yapılmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Depresyon ve Endişe Düzeyleri İle İlgili Çalışma Yapılmasını İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	58	77,3
Hayır	17	22,7
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.18 incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %77,3 oranla yaklaşık dörtte üçünün depresyon ve endişe düzeyleri ile ilgili çalışma yapılmasını istediği bulgusuna ulaşılmıştır. Ancak araştırmaya katılanların %22,7' sinin depresyon ve endişe düzeyleri ile ilgili çalışma yapılmasını istemedikleri bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin kendileri için baş etme mekanizmaları geliştirilmesini isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.19' da verilmiştir.

Çizelge 3.19. Bireyler İçin Baş etme Mekanizmaları Geliştirilmesini İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Baş Etme Mekanizmaları Geliştirilmesini İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	65	86,7
Hayır	10	13,3
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.19 incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %86,7' sinin kendileri için baş etme mekanizmaları geliştirilmesini istedikleri bulgusuna ulaşılmış, %13,3' ünün ise istemedikleri bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin evde bakım sürecinde meslek elemanları ile görüşme yapmayı isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.20' de verilmiştir.

Çizelge 3.20. Evde Bakım Sürecinde Meslek Elemanları İle Görüşmeler Yapılmasını İsteme Durumuna Göre Dağılım

Meslek Elemanları İle Görüşme Yapılmasını İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	63	84,0
Hayır	12	16,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.20 incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %84' ünün evde bakım sürecinde meslek elemanları ile görüşme yapmayı istediği bulgusuna ulaşılmış ve %16' sının ise görüşme yapılmasını istemediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin psikolojik ve sosyal yönlerden ihtiyaçlarının belirlenmesini isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.21' de verilmiştir.

Çizelge 3.21. Psikolojik ve Sosyal Yönlerden İhtiyaçların Belirlenmesini İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Psikolojik ve Sosyal İhtiyaçların Belirlenmesini İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	66	88,0
Hayır	9	12,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.21 incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %88' inin psikolojik ve sosyal yönlerden ihtiyaçlarının belirlenmesini istedikleri, %12' sinin ise istemedikleri tespit edilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin kendi depresyon düzeyleri vb. konularda testler uygulanması ve bu testlerin yorumlanmasını isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.22' de verilmiştir.

Çizelge 3.22. Depresyon Düzeyi vb. Konularda Testler Uygulanması ve Testlerin Yorumlanmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Testler Uygulanması ve Yorumlanmasını İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	56	74,7
Hayır	19	25,3
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.22' de araştırmaya katılan bireylerin %74,7' sinin testler uygulanması ve bu testlerin yorumlanmasını istediği bulgusuna ulaşılmış ve %25,3' ünün de testleri istemediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireyler için geleceğe yönelik kısa ve uzun süreli planlar yapılmasını isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.23' de verilmiştir.

Çizelge 3.23. Geleceğe Yönelik Kısa ve Uzun Süreli Planlar Yapılmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Geleceğe Yönelik Planlar Yapılmasını İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	59	78,7
Hayır	16	21,3
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.23' de araştırmaya katılan bireylerin %78,7' sinin kendileri için geleceğe yönelik kısa ve uzun süreli planlar yapılmasını istediği bulgusuna ulaşılmış; %21,3' ünün ise istemediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin toplum hizmetlerinden yararlanabilmeleri için çalışmalar yapılmasını isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.24' de verilmiştir.

Çizelge 3.24. Toplum Hizmetlerinden Yararlanabilmeleri İçin Çalışmalar Yapılmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Toplum Hizmetlerinden Yararlanabilmek İçin Çalışmalar Yapılmasını İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	67	89,3
Hayır	8	10,7
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.24' de araştırmaya katılan bireylerin %89,3' ünün toplum hizmetlerinden yararlanabilmeleri için çalışmalar yapılmasını istedikleri, %10,7' sinin ise istemediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin meslek elemanlarından psiko-sosyal destek isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.25' de verilmiştir.

Çizelge 3.25. Meslek Elemanlarından Psiko-Sosyal Destek Almayı İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Psiko-Sosyal Destek Almayı İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	63	84,0
Hayır	12	16,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.25' de araştırmaya katılan bireylerin %84' ünün meslek elemanlarından psiko-sosyal destek almayı istedikleri, %16' sının ise istemedikleri bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin yeni durumlara uyum sağlama konusunda yardım almayı isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.26' da verilmiştir.

Çizelge 3.26. İçinde Bulunulan ya da Karşılaşılan Yeni Durumlara Uyum Sağlama Konusunda Yardım Almayı İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Durumlara Uyum Sağlamada Yardım İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	63	84,0
Hayır	12	16,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.26' da araştırmaya katılan bireylerin %84' ünün yeni durumlarda uyum sağlama konusunda yardım almayı istediği, %16' sının ise istemediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin kendileri için meslek elemanlarının çalışmalar yapmasını isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.27' de verilmiştir.

Çizelge 3.27. Meslek Elemanlarının Hizmet Alan Bireyler İçin Çalışmalar Yapmasını İsteme Durumuna Göre Dağılım

Meslek Elemanlarının Çalışmalar Yapmasını İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	65	86,7
Hayır	10	13,3
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.27' de araştırmaya katılan bireylerin %86,7' sinin kendileri için meslek elemanlarının çalışmalar yapmasını istediği, %13,3' ünün ise istemediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Meslek elemanlarının hizmet alan bireyler için kaynaklarla bağlantı kurmasını isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.28' de verilmiştir.

Çizelge 3.28. Meslek Elemanlarının Hizmet Alan Bireyler İçin Kaynaklarla Bağlantı Kurmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Kaynaklarla Bağlantı Kurulmasını İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	65	86,7
Hayır	10	13,3
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.28' de araştırmaya katılan bireylerin %86,7' sinin meslek elemanlarının kendileri için kaynaklarla bağlantı kurmasını istedikleri; %13,3' ünün ise istemediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin olumsuz durumlardan korunmada meslek elemanlarının yardımcı olmasını isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.29' da verilmiştir.

Çizelge 3.29. Olumsuz Durumlardan Korunmada Meslek Elemanlarının Yardımcı Olmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Olumsuz Durumlarda Meslek Elemanlarının Yardımcı Olmasını İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	63	84,0
Hayır	12	16,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.29' da araştırmaya katılan bireylerin %84' ünün olumsuz durumlarda meslek elemanlarının yardım etmesini istediği; %16' sının ise istemediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin psiko-sosyal ve ekonomik sorunlarını çözmek için ilgili kuruluşlara yönlendirilmesi ve sürecin meslek elemanları tarafından takip edilmesini isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.30' da verilmiştir.

Çizelge 3.30. Psiko-Sosyal ve Ekonomik Sorunları Çözmek İçin İlgili Kuruluşlara Yönlendirilmek ve Sürecin Meslek Elemanları Tarafından Takip Edilmesini İsteme Durumlarına Göre Dağılım

İlgili Kuruluşlara Yönlendirilme Ve Meslek Elemanlarının Takibini İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	60	80,0
Hayır	15	20,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.30' da araştırmaya katılan bireylerin %80' inin ilgili kuruluşlara yönlendirilme ve takibinin meslek elemanları tarafından yapılmasını istediği; %20' sinin ise istemediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin maddi yardım kaynakları ve programları konularında bilgilendirilmeyi isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.31' de verilmiştir.

Çizelge 3.31. Maddi Yardım Kaynakları ve Programları Konularında Bilgilendirilmeyi İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Maddi Yardım Konusunda Bilgilendirilmeyi İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	69	92,0
Hayır	6	8,0
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.31' de araştırmaya katılan bireylerin %92' sinin maddi yardım konularında bilgilendirilmeyi istedikleri; %8' inin ise istemedikleri bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin maddi yardım kaynakları ve programları konusunda yol gösterici bir meslek elemanı olmasını isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.32' de verilmiştir.

Çizelge 3.32. Maddi Yardım Kaynakları ve Programları Konusunda Yol Gösterici Bir Meslek Elemanı Olmasını İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Maddi Yardım Konusunda Yardımcı Meslek Elemanı İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	64	85,3
Hayır	11	14,7
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.32’ de araştırmaya katılan bireylerin %85,3’ ünün maddi yardım konusunda yardımcı ve yol gösterici bir meslek elemanı olmasını istedikleri; %14,7’ sinin ise istemedikleri bulgusuna ulaşılmıştır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin tüm ihtiyaç duyulan hizmetlerin bir meslek elemanı tarafından belirlenmesi ve organize edilmesini isteme durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.33’ de verilmiştir.

Çizelge 3.33. Tüm İhtiyaç Duyulan Hizmetlerin Bir Meslek Elemanı Tarafından Belirlenmesi ve Organize Edilmesini İsteme Durumlarına Göre Dağılım

Tüm Hizmetlerin Bir Meslek Elemanı Tarafından Belirlenmesi ve Organize Edilmesini İsteme	Sayı	Yüzde(%)
Evet	64	85,3
Hayır	11	14,7
Toplam	75	100,0

Çizelge 3.33’ de araştırmaya katılan bireylerin %85,3’ ünün tüm hizmetlerin bir meslek elemanı tarafından belirlenmesi ve organize edilmesini istedikleri; %14,7’ sinin ise istemedikleri bulgusuna ulaşılmıştır.

4. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmadan elde edilen bulgular literatürde yer alan konuyla ilgili kaynaklar çerçevesinde tartışılmıştır. Bu araştırma Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığı Ankara 1. Bölge Genel Sekreterliği' ne bağlı belirli hastanelerde yapılmıştır. Araştırma bulguları evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerle görüşme yolu ile elde edilmiştir.

Dünyada birçok ülkede evde sağlık hizmetleri çok ileri boyutlarda uygulanmakta iken Türkiye' de henüz yeni sayılabilecek bir uygulamadır. Türkiye' de evde sağlık hizmetlerinin geçmişinin çok eskiye dayanmaması, bu alanda çalışmalarında az olmasında bir etkidir. Türkiye' de evde sağlık hizmetleri hastanelerde evde bakım hizmetlerinin bir alt kolu gibi algılanmaktadır. Bundan dolayı evde sağlık konusunda tıp bilimleri alanında; evde sağlığın tıbbi yönleri, tıbbi müdahaleler, evde bakıma olan ihtiyaç gibi alanlarda çalışmalar bulunmakta ancak evde sağlık hizmetlerinin sosyal açıdan değerlendirilmesi, evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin ihtiyaçları konularında sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Sınırlı sayıda çalışma olması çalışmanın orijinalliğini göstermektedir. Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin psiko-sosyal, ekonomik vb. ihtiyaçlarına yönelik, çalışmaların ve bu konularda yardımcı olabilecek meslek elemanlarının oluşturulması gerekmektedir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin özelliklere bakıldığında, ilk olarak görüşme yapılan kişilerin çoğunun oğlu/kızı, eşi ve anne/baba gibi birinci dereceden aile yakınları olduğuna ulaşılmıştır. Genellikle birinci dereceden aile yakınlarının olması, evde bakım veren ve evde bakım ücreti alan kişilerin birinci derece akrabalar olması ile ilgili olabilmektedir. Araştırmada kendisi ile görüşme yapılanlar %6' lık çok az bir paya sahiptirler. Kendisi ile görüşme yapılan kişi sayısının bu kadar az olması evde sağlık hizmeti alan bireylerin tamamına yakınının kendisinin olur verememesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre dağılımlarında kadınların erkeklere oranla daha fazla olduğu söylenebilmekle birlikte, evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin cinsiyete göre bir farklılık göstermediği gözlenmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşa göre dağılımlarına bakıldığında, en küçük yaşın 15 yaş ve en büyük yaşın ise 92 olduğu görülmektedir. Yaş ortalamasının 68,76 olması ise evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin çoğunu yaşlı nüfusun oluşturduğu bilinmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %65,4' ü 70 yaş üstü bireylerdir. Coşkun (2014) yaptığı araştırmada evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin %62,3' ünün 61 yaş ve üstünde olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Evde sağlık hizmetlerinden yararlanmak için yaşlılığın büyük bir etken olduğu görülmektedir. Yaşlılığın başlangıcı olarak 65 yaş düşünüldüğünde evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin çoğunu yaşlılar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin ailedeki birey sayılarına ilişkin bulgulara bakıldığında ortalama 3-4 kişi arasında olduğu görülmektedir. Ayrıca ailedeki birey sayısında yığılma 2,3,4 kişi civarındadır. Ailedeki birey sayısı 2, 3, 4 olanlar yaklaşık olarak %75' lik kesimi oluşturmaktadır. Karataş (2011), yaptığı araştırmada hanede yaşayan kişi sayısında yığılmanın 3-5 kişi arasında olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmada da evde yaşayan kişi sayısı 3-5 kişi aralığında %77' lik kesimi oluşturmaktadır. Bulgular çerçevesinde evde yaşayan kişi sayısının 4 kişi ve daha az olmasının ve bu kesimin araştırmaya katılanların %75' den fazlasını oluşturmasının büyük şehirlerde çekirdek aile yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, %29,3' ünün okur-yazar olmadığı ve %18,7' sinin ise okur-yazar olduğu görülmektedir. Okur-yazar olmayanları ve okur-yazar olanları bir arada incelediğimizde, araştırmaya katılan bireylerin %48' lik bir oranla yarıya yakınının herhangi bir örgün eğitim kurumunda eğitim almadığı görülmektedir. Araştırmada eğitim durumunda en fazla yığılma ilkokul olarak saptanmıştır. Araştırmada yaşlı kesimin yoğunlukta olduğu göz önünde bulundurulduğunda en fazla yığılmanın ilkokul olmasının yaşla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin aylık gelir durumlarına ilişkin bulgularda araştırmaya katılanların %50,7 oranla yarısı 0-1000TL arasında bir gelire sahiptirler. 2015 yılının ilk altı ayında asgari ücret net 949 TL olarak belirlenmiştir. Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin yarısının asgari ücret ve altında bir gelirle geçimlerini sağladıkları görülmektedir. Karataş (2011), yaptığı araştırmada aylık toplam gelirle ilgili olarak 0-1000TL arasında gelire sahip olanların oranını %56,7 olarak tespit

etmiştir. Yapılan araştırmalarda da görüldüğü gibi evde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin ekonomik zorluklar içinde oldukları ve maddi yönden desteklenmeye ihtiyaç duydukları görülmektedir.

Araştırmada evde bakım – evde sağlık hizmetinden yararlanma sürelerine ilişkin bulgularda en fazla yığılma %42,7 ile 1 yılda olmuştur. En az yığılma %2,7 ile 5 yılda olmuştur. Bu bulgular çerçevesinde evde sağlık hizmetlerinin Türkiye’ de çok uzun bir geçmişinin olmadığı ve yeni olduğu düşünölmektedir. Sağlık Bakanlığının 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı yönergesiyle Türkiye’ de Evde Sağlık Hizmetleri vermeye başlanmıştır. Bu bilgiye göre evde sağlık hizmetleri Türkiye’ de resmi olarak 2010 yılından itibaren vermeye başlanmıştır. Bulgularda en fazla yararlanma süresinin 5 yıl olarak ortaya çıkmasının sebebi budur.

Evde bakım ücretinden yararlanma durumuna ilişkin bulgulara bakıldığında araştırmaya katılanların %64’ ünün evde bakım ücretinden faydalandığı ve %36’ sının faydalanmadığı görölmektedir. Araştırmaya katılanların yarısından fazlası evde bakım ücretinden faydalanırken; büyük bir kesim sayılabilecek %36’ lık kesim de faydalanmamaktadır.

Evde bakım ücretinden yararlanan bireylerin, evde bakım ücreti vb. konularda bilgi kaynağına ilişkin bulgulara bakıldığında, evde bakım ücreti alan bireylerin büyük bir çoğunluğunun bilgi kaynağının %47,9 oranla komşu veya akraba olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu çerçevesinde hizmet alanların yarıya yakınının evde bakım ile ilgili ilk bilgi kaynaklarının profesyonel meslek elemanları olmadığı düşünölmektedir. Bilgi kaynağı olarak sağlık alanında çalışan doktor ve hemşirelerin oranı %41,7 iken sosyal hizmet uzmanının oranı sadece %6,3’ dür. Sosyal hizmet uzmanlarının bilgi kaynağı olarak bu kadar az orana sahip olması, sosyal hizmet uzmanlarının evde sağlık alanında etkin bir şekilde çalışmadıklarını göstermektedir.

Düzenli gelire sahip olma durumlarına ilişkin bulgularda araştırmaya katılan bireylerin %60’ ının düzenli bir geliri varken, %40’ ının düzenli bir geliri yoktur. Araştırmaya katılan bireylerin %64’ ünün evde bakım ücretinden faydalandığı göz önünde bulundurulduğunda, düzenli gelire sahip olan %60’ lık oranın düzenli gelirinin evde bakım ücreti olduğu düşünölebilir.

Toplam gelirin geçim için yeterliğine ilişkin bulgulara bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık olarak dörtte üçü toplam gelirlerinin geçimleri için yeterli olmadığını düşünmektedirler. Araştırmaya katılan bireylerin çoğu ekonomik zorluklar yaşamakta ve ekonomik olarak kaygı duymaktadırlar.

Evde bakım veren kişinin kendini evde bakım konusunda yeterli bulma durumlarına ilişkin bulgularda araştırma kapsamında bakım verenler hemen hemen yarı yarıya yeterli olduklarını belirtmişlerdir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanları hakkında bilgi sahibi olma durumlarına ilişkin bulgulara bakıldığında, sosyal hizmet hakkında hiç bilgi sahibi olmadığını belirtenlerin oranı %57,3, sosyal hizmeti kısmen bildiğini belirtenlerin oranı %36 ve sosyal hizmeti hakkında bilgi sahibi olanların oranı ise %6,7' dir. Türkiye' de sosyal hizmet eğitimi 1950' lere dayanmaktadır. Yakın bir zamana kadar tek üniversite tarafından eğitim öğretim verilmekte iken, son zamanlarda birçok üniversite bünyesinde sosyal hizmet bölümleri açılmıştır. Ancak hala birçok alanda sosyal hizmet uzmanı eksikliği bulunmakta ve uzmanların alanlarda etkin bir şekilde çalışması yavaş bir süreç izlemektedir. Evde sağlık hizmetleri de sosyal hizmet uzmanı eksikliğinin yaşandığı bir alandır. Türkiye' de çoğu hastanenin evde sağlık birimlerinde sosyal hizmet uzmanları ile koordineli bir çalışma yoktur. Araştırma bulgularından da görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin yarısından fazlası sosyal hizmet mesleğini, sosyal hizmet uzmanının ne iş yaptığını bilmediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %36' sı sadece sosyal hizmeti duyduğunu, direkt olarak bir sosyal hizmet uzmanı ile karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan bireylerin sadece %6,7' si sosyal hizmet konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular ışığında evde sağlık alanında sosyal hizmetin geri kaldığı düşünülmektedir. Evde sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanlarının etkin bir şekilde çalışmamasında, hastanelerin evde sağlık birimlerine resmi olarak sosyal hizmet uzmanı atamalarının yapılmıyor olmasından kaynaklandığı da düşünülmektedir.

Evde bakım – evde sağlık personeli içinde sosyal hizmet uzmanlarının olmasını isteme durumlarına ilişkin bulgulara bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin %86,7' si sosyal hizmet uzmanlarını isterken, %13,3' ü istememektedir. Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin yaklaşık olarak %90' ının sosyal hizmet

konusunda tam bir bilgisi yokken, bu aynı kesimin evde sağlık personeli içinde sosyal hizmet uzmanlarının da olmasını istemeleri, evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin kendilerine yardım edebilecek ve faydalı olabilecek farklı meslek elemanlarına ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Evde bakım – evde sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanının rolleri çerçevesinde bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarını açıklayıcı bulgular bölümünde, sosyal hizmet uzmanının rolleri olan; danışmanlık, psiko-sosyal değerlendirme ve müdahale, planlama, savunuculuk, havale, maddi yardım danışmanlığı ve vaka yönetimi rolleri ile ilişkili oluşturulmuş soruların bulgularına yer verilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin içinde buldukları zor durum ve zamanlarda bir meslek elemanından yardım isteme durumlarına ilişkin bulgularda araştırmaya katılan bireylerin %94,7 oranla tamamına yakını yardım isteyeceğini belirtmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin profesyonel bir yardıma ihtiyaç duydukları düşünülmektedir. Depresyon ve endişe düzeyleri konularında çalışma yapılmasını isteme durumlarına ilişkin bulgularda araştırmaya katılan bireylerin %77,3' ü bu konularda çalışma yapılmasını istemektedir. Bireyler için baş etme mekanizmaları geliştirilmesini isteme durumlarına ilişkin bulgularda araştırmaya katılanların %86,7' si meslek elemanları tarafından baş etme mekanizmaları geliştirilmesini istedikleri görülmüştür.

Yukarıda ele alınmış olan üç farklı bulgu, sosyal hizmetin danışmanlık rolü çerçevesinde oluşturulmuş sorular sonucunda elde edilen bulgulardır. Bu bulgular doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğunun sosyal hizmetin danışmanlığına ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.

Evde bakım sürecinde meslek elemanları ile görüşmeler yapılmasını isteme durumlarına ilişkin bulgularda, araştırmaya katılan bireylerin %84' ü görüşme yapmayı istemektedir. Psikolojik ve sosyal yönlerden ihtiyaçlarının belirlenmesini isteme durumlarına ilişkin bulgularda, araştırmaya katılan bireylerin %88' i ihtiyaçlarının belirlenmesini istemektedirler. Bir diğer bulguda ise araştırmaya katılan bireylerin %74,7' si depresyon düzeylerinin belirlenmesi için testler uygulanmasını ve yorumlanmasını istediklerini belirtmişlerdir.

Yukarıda ele alınmış olan üç farklı bulgu, sosyal hizmetin psiko-sosyal değerlendirme rolü çerçevesinde oluşturulmuş sorular sonucunda elde edilen bulgulardır. Bu bulgular doğrultusunda, araştırmaya katılan bireylerin dörtte üçü ve daha fazlasının psiko-sosyal değerlendirmeye ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin geleceğe yönelik kısa ve uzun süreli planlar yapılmasını isteme durumlarına ilişkin bulgulara bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin %78,7' si kendileri için kısa ve uzun süreli planlar yapılmasını istemektedirler. Toplum hizmetlerinden yararlanmak için çalışmalar yapılmasını isteme durumlarına ilişkin bulgulara bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğu %89,3 oranla çalışmalar yapılmasını istemektedir.

Yukarıda ele alınmış olan iki farklı bulgu, sosyal hizmetin planlama rolü çerçevesinde oluşturulmuş sorular sonucunda elde edilen verilerdir. Bu bulgular doğrultusunda, araştırmaya katılan bireylerin dörtte üçü ve daha fazlasının kendi yaşamları için profesyonel bir planlamaya ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.

Meslek elemanlarından psiko-sosyal destek almayı isteme durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %84' ü destek almayı istemektedirler. İçinde buldukları ya da karşılaştıkları yeni durumlara uyum sağlama konusunda yardım isteme durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde de, araştırmaya katılan bireylerin %84' ünün bu konuda yardım isteyecekleri bulgusuna ulaşılmıştır.

Yukarıda ele alınmış olan iki farklı bulgu, sosyal hizmetin psiko-sosyal müdahale rolü çerçevesinde oluşturulmuş sorular sonucunda elde edilen verilerdir. Bu bulgular doğrultusunda, araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğunun kendi yaşam süreçleri için profesyonel bir meslek elemanından psiko-sosyal müdahaleye ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.

Meslek elemanlarının hizmet alan bireyler için çalışmalar yapmasını isteme durumlarına ilişkin bulgularda ve meslek elemanlarının hizmet alan bireyler için kaynaklarla bağlantı kurmasını isteme durumlarına ilişkin bulgularda araştırmaya katılan bireylerin %86,7' si kendileri için çalışma yapılmasını ve kaynaklarla bağlantı kurulmasını istemektedirler. Bir diğer bulguda ise araştırmaya katılan

bireylerin %84' ü olumsuz durumlardan korunmada meslek elemanlarının yardımcı olmasını istemektedirler.

Yukarıda ele alınmış olan üç farklı bulgu, sosyal hizmetin savunuculuk rolü çerçevesinde oluşturulmuş sorular sonucunda elde edilen verilerdir. Bu bulgular doğrultusunda, araştırmaya katılan bireylerin beşte dördünden fazlasının profesyonel meslek elemanlarının savunuculuğuna ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir.

Psiko-sosyal ve ekonomik sorunları çözmek için ilgili kuruluşlara yönlendirilmek ve sürecin meslek elemanları tarafından takip edilmesini isteme durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %80' i kuruluşlara yönlendirilmek ve takibinin yapılmasını istemektedirler.

Yukarıda ele alınmış olan bulgu, sosyal hizmetin havale rolü çerçevesinde oluşturulmuş bir sorudan elde edilen veridir. Bu bulgu doğrultusunda, araştırmaya katılan bireylerin beşte dördünün evde sağlık sürecinde kuruluşlarla irtibat kurma konusunda havale edilmeye ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.

Maddi yardım kaynakları ve programları konularında bilgilendirilmeyi isteme durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %92' lik bir oranla tamamına yakınının bilgilendirilmek istedikleri ortaya çıkmıştır. Maddi yardım kaynakları ve programları konusunda yol gösterici bir meslek elemanı olmasını isteme durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde de araştırmaya katılan bireylerin %85,3' ünün yol gösterici bir meslek elemanı istediği görülmüştür.

Yukarıda ele alınmış olan iki farklı bulgu, sosyal hizmetin maddi yardım danışmanlığı rolü çerçevesinde oluşturulmuş iki sorudan elde edilen verilerdir. Bu bulgular doğrultusunda, evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin büyük bir çoğunluğunun maddi yardım konularında büyük bir ihtiyaç duydukları görülmüştür. Araştırmaya katılan bireylerin tamamına yakınının sosyal hizmetin maddi yardım danışmanlığına ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.

İhtiyaç duyulan tüm hizmetlerin bir meslek elemanı tarafından belirlenmesi ve organize edilmesini isteme durumlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, araştırmaya katılan bireylerin %85,3' ünün bir meslek elemanı istediği görülmektedir.

Yukarıda ele alınmış olan bulgu, sosyal hizmetin vaka yöneticiliği rolü çerçevesinde oluşturulmuş bir sorudan elde edilmiş bir veridir. Bu bulgu doğrultusunda araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun, vaka yönetici profesyonel meslek elemanlarına ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin en fazla istedikleri, %94,7 oranla zor durumlarda kendilerine yardım edilmesi ve %92 oranla maddi yardım konusunda bilgilendirilmektir. Duman ve ark.(2012) yaptığı bir araştırmada araştırmaya katılan bireylerin %66.6' sının yardımcı personel sayısının artırılmasını istediklerini tespit etmiştir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçları ve sonuçlar çerçevesinde sunulacak öneriler üzerinde durulmaktadır. Bu çalışmada elde edilen sonuçların ve bu sonuçlar paralelinde sunulan önerilerin, yeni araştırmalara öncü olacağı veya çalışmalara yön vereceği düşünülmektedir.

Araştırmanın amacı genel olarak, hastanelerin evde sağlık birimlerinden hizmet alan, evde sağlık personeli tarafından düzenli bir şekilde ziyaret edilen ve tıbbi tedavi ihtiyacı bu personel tarafından karşılanan bireylerin sosyal yönden ihtiyaçlarını belirlemek, sosyal hizmet ihtiyaçlarını belirlemek ve gerekli sosyal hizmet müdahale planlarının geliştirilmesini sağlamaktır.

Hastanelerin evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin sonuçlarda, bireylerin ve ailelerinin sosyo-demografik ve ekonomik özelliklerine yer verilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin cinsiyete ilişkin bulgularda kadın oranının, erkeklerin oranından fazla olduğu görülmektedir. Bireylerin yaşa ilişkin bulgularında, ortalama yaşın 68 olduğu ve evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin yarısından fazlasının 70 yaş üstü olduğu görülmektedir. Medeni duruma ilişkin bulgularda araştırmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının evli olduğu, beşte birlik kısmının hiç evlenmediği ve beşte birlik kısmının da dul olduğu görülmektedir. Ailedeki birey sayılarına ilişkin bulguda en az bir kişi en çok ise 8 kişidir. Ortalama birey sayısı yaklaşık üç kişidir. Araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık %75'i iki, üç ve dört kişilik çekirdek aile yapısına uygun ailelerde yaşadıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumları incelendiğinde, yarıya yakınının örgün bir eğitim kurumunda eğitim almadıkları tespit edilmiştir. Araştırmada en az paya sahip grup ise üniversite düzeyinde eğitim alanlardır. Araştırmada sosyal güvence türüne ilişkin bulguda araştırmaya katılan bireylerin tamamına yakınının bir sosyal güvencesi olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların aylık gelirlerine bakıldığında, yarısının aylık gelirinin 1000TL ve altında olduğu görülmüştür. Evde sağlık hizmetinden yararlanma sürelerine bakıldığında, en az bir yıl en fazla 5 yıldır faydalananlar vardır. Evde

sağlık hizmetlerinin tarihi geçmişinin en fazla 5 yıl olduğu düşünüldüğünde bulgular desteklenmektedir. Ayrıca evde sağlık hizmetlerinin yeni bir uygulama olduğu ve zamanla insanlar tarafından tanındığı da bu bulguda görülmektedir. Evde sağlık ilk verilmeye başladığından bu yana sürekli olarak artış göstermiştir.

Bireylerin evde bakım ücretinden faydalanma durumlarına bakıldığında, araştırmaya katılanların %64' ünün ücret aldığı görülmektedir. Ailelerin yarısının aylık gelirlerinin 1000TL' nin altında olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu kesimi evde bakım ücretinden yararlananların oluşturduğu tahmin edilebilmektedir. Evde bakım ücreti vb. konularda bilgi kaynaklarına bakıldığında araştırmaya katılan bireylerin yarıya yakınının komşu ve akrabadan bilgi aldığı, sonrasındaki bilgi kaynaklarının doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, belediye, gazete, dergi ve televizyon olduğu görülmektedir. Evde bakım ücreti alanların yarıya yakınının bilgi kaynağının profesyonel meslek elemanlarından oluşmadığı tespit edilmiştir. Bilgi kaynağı olarak sosyal hizmetin oranı %6,3' dür. Sosyal hizmet uzmanlarının oranının bu kadar düşük olması sosyal hizmet uzmanlarının bu alanda etkin olarak çalışmadıklarını göstermektedir.

Araştırmaya katılanların düzenli gelire sahip olma durumlarına bakıldığında, %60' ının düzenli geliri olduğu, %40' ının ise düzenli bir geliri olmadığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %73,3' ü toplam gelirlerinin geçimleri için yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Evde bakım veren kişinin kendisini evde bakım konusunda yeterli bulmasına ilişkin bulguda oranlar birbirine çok yakındır.

Sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanının hizmet alanlar tarafından tanınırlığına ilişkin sonuçlarda, araştırmaya katılan bireylerin %57,3 oranla yarısından fazlasının sosyal hizmet mesleği ve sosyal hizmet uzmanları hakkında hiç bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir. Bilgi sahibi olanların oranı ise %6,7' dir. Evde sağlık ekibi içinde sosyal hizmet uzmanlarının yer almasını isteme durumlarına ilişkin sonuçlarda, bireylerin beşte dördünden fazlası sosyal hizmet uzmanlarını evde sağlık ekibi içinde görmek istemektedirler.

Evde bakım – evde sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanının rolleri çerçevesinde bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarına ilişkin sonuçlarda, araştırmaya katılan bireylerin %94,7 oranla tamamına yakınının zor durum ve zamanlarda bir

meslek elemanının yardımına ihtiyaç duydukları görülmektedir. Araştırmaya katılanların %77,3' ü depresyon ve endişe düzeyleri ile ilgili çalışma yapılmasını istemektedirler. Baş etme mekanizmaları geliştirilmesini isteyenlerin oranı %86,7' dir.

Yukarıda belirtilen üç sonuç sosyal hizmetin danışmanlık rolünü yansıtmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğu sosyal hizmet danışmanlığına ihtiyaç duymaktadırlar.

Evde bakım sürecinde meslek elemanları ile görüşmeler yapılmasını isteyenlerin oranları %84' dür. Psikolojik ve sosyal yönlerden ihtiyaçlarının belirlenmesini isteyenlerin oranı ise %88' dir.

Yukarıda ele alınmış olan iki sonuç, sosyal hizmetin psiko-sosyal değerlendirme rolünü yansıtmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin beşte dördünden fazlası sosyal hizmetin psiko-sosyal değerlendirmesine ihtiyaç duymaktadır.

Bireyler için geleceğe yönelik kısa ve uzun süreli planlar yapılmasını isteyenlerin oranı %78,7' dir. Toplum hizmetlerinden yararlanabilmek için meslek elemanlarının çalışma yapmasını isteyenlerin oranı %89,3' dür.

Yukarıda ele alınmış olan iki sonuç sosyal hizmetin planlama rolünü yansıtmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğu, yaşamları için planlamaya ihtiyaç duymaktadırlar.

Psiko-sosyal destek isteyenlerin ve uyum sağlamada meslek elemanlarının yardımını isteyenlerin oranı %84' dür. Bu iki sonuç sosyal hizmetin psiko-sosyal müdahale rolünü yansıtmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin beşte dördünden fazlasının psiko-sosyal müdahaleye ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir.

Meslek elemanlarının kendileri için çalışmalar yapmasını isteyen ve meslek elemanlarının hizmet alanlar için kaynaklarla bağlantı kurmasını isteyenlerin oranı %86,7' dir. Hayatlarında olumsuz durumlarda meslek elemanlarının yardımını isteyenlerin oranı ise %84' dür. Bu verilen üç sonuç sosyal hizmetin savunuculuğunu yansıtmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin çoğu sosyal hizmet savunuculuğuna ihtiyaç duymaktadır.

Psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümü için gerekli kuruluşlara yönlendirilmeyi isteyenlerin oranı %80' dir. Bu sonuç sosyal hizmetin havale rolünü yansıtmaktadır. Araştırmaya katılanların beşte dördü sosyal hizmet havalesine ihtiyaç duymaktadırlar.

Maddi yardım kaynakları konularında bilgilendirilmeyi isteyenlerin oranı %92, maddi yardım kaynakları konusunda yol gösterici bir meslek elemanı isteyenlerin oranı %85,3' dür. Bu iki sonuç sosyal hizmetin maddi yardım danışmanlığı rolünü yansıtmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğu sosyal hizmetin maddi yardım danışmanlığına ihtiyaç duymaktadırlar.

Tüm ihtiyacı olan hizmetlerin bir meslek elemanı tarafından belirlenmesi ve organize edilmesini isteyenlerin oranı %85,3' dür. Bu sonuç, sosyal hizmetin vaka yönetimi rolünü yansıtmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğu sosyal hizmetin vaka yönetimine ihtiyaç duymaktadırlar.

Sonuç olarak Türkiye' de evde sağlık hizmetleri son zamanlarda gelişen bir hizmettir. Gelişmeye ve uygulanmaya devam eden bu hizmetler evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyler için fayda sağlamaktadır. Ancak sağlanan fayda sadece tıbbi boyutta kalmakta öteye gidememektedir. Sağlanan faydanın en üst düzeye ulaşması için evde sağlık hizmetlerinin sunumunda farklı profesyonel meslek gruplarına da ihtiyaç vardır. Bu farklı meslek grupları tıbbi tedavi dışında kalan sosyal, psikolojik ve ekonomik birçok alanda bireylerin sorunlarını giderecek ve ihtiyaçlarını ortadan kaldıracak mesleklerdir. Bu mesleklerden en temelde yer alan bir tanesi de sosyal hizmettir. Sosyal hizmet bireylerin ve ailelerinin sorunlarını çözüme kavuşturacak ve bununla ilgili planlar yapacak bir meslektir. Araştırma sonuçları incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin tamamına yakını sosyal hizmet mesleğinin üstlendiği roller çerçevesindeki hizmetlere ihtiyaç duymaktadırlar.

Sosyal hizmet ve sosyal hizmet uzmanları hizmet alan bireyler için bir rehber bir yol gösterici olabilir. Araştırmaya katılan bireyler yardım temeline dayanan sosyal hizmet mesleğine ve sosyal hizmet uzmanlarına ihtiyaç duymaktadırlar.

Araştırma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, hastanelerde evde sağlık hizmetlerinin yeni bir uygulama olduğu görülmektedir.

Evde sağlık hizmetleri günümüzde bazı vakıflar ve yerel yönetimler aracılığı ile de verilmektedir. Hastanelerde evde sağlık hizmetleri yönergesi ışığında evde sağlık birimleri kuruldu ve hizmet vermeye başladı. Ancak hastanelerde evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sadece tıbbi kontrolleri takip edilmekte ve sosyal yönden ihtiyaçları göz ardı edilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyal psiko-sosyal yönden ihtiyaçlarının belirlenmesi ve üzüm nerileri geliştirilmesi gerekmektedir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin ekonomik zorluklar çektiği tespit edilmiştir. Ekonomik olarak evde bakım ücretinin yanında bireylerin refah düzeyini arttırıcı çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin tıbbi tedavi dışında kalan ihtiyaçlarının karşılanması için evde sağlık birimi personel sayısının artırılması ve farklı meslek gruplarının bu ekibe dahil olması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında, evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin eğitim konusunda sorun yaşadıkları görülmektedir. Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireyler için eğitim programları geliştirilmelidir.

Araştırma sonuçlarında sosyal hizmet uzmanlarının hizmet alan bireyler tarafından çok fazla bilinmediği tespit edilmiştir. Bu konuda hastanelerdeki sosyal hizmet birimleri ile evde sağlık birimlerinin koordineli çalışması gerekmektedir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin psiko-sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılanması için evde sağlık birimlerinde sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edilmesi veya sosyal hizmet uzmanlarının bu birimlerde çalışmalar yapması gerekmektedir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireyler için özel bir evde sağlık sigortası geliştirilebilir.

Evde bakım ücretinden yararlanan bireylerin bilgi kaynaklarının çoğunun profesyonel meslek elemanları olmadığı tespit edilmiştir. Hastanelerde evde sağlık birimleri ve hizmetlerini tanıtıcı çalışmaların yapılması, sosyal hizmet birimlerinin de bu konularda halkı aydınlatması gerekmektedir.

Evde bakım veren aile bireylerine evde bakım ve evde bakımın nasıl olması gerektiği konusunda eğitimler verilmelidir.

Sosyal hizmet uzmanlarının evde sağlık hizmetlerinde etkin bir şekilde rol alması için, evde sağlık hizmetleri yönergesinde değişiklik yapılarak, sosyal hizmet uzmanları ev ziyaretleri ekibinde yer almalıdır.

Evde sağlık hizmetinden yararlanan bireyler için psiko-sosyal destek ve müdahale birimleri oluşturulmalıdır.

Sosyal hizmet uzmanları evde sağlık ekibi ile ev ziyaretlerinde bulunmalı ve bireylerin tüm ihtiyaçlarına yönelik müdahale planları geliştirmelidir.

ÖZET

Hastanelerin Evde Bakım – Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Bireylerin Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Belirlenmesi

Bu araştırma, hastanelerin evde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Evde sağlık alanında yapılan araştırmaların özellikle sosyal hizmet alanında sınırlı sayıda olması, bu araştırmanın önemini ortaya koymaktadır.

Araştırma 2014 yılında, Haziran-Ağustos ayları arasında yapılmıştır. Araştırma grubunu Ankara’ da bulunan üç hastanenin evde sağlık biriminden hizmet alan 75 birey oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik ve ekonomik özelliklerini tanımlamak ve sosyal hizmet ihtiyaçlarını belirlemek için görüşme formu oluşturulmuştur. Görüşme formu ile elde edilen veriler uygun analizler gerçekleştirilerek SPSS paket programına aktarılmış ve yorumlanmıştır.

Analiz sonuçlarında evde sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sosyo-demografik ve ekonomik özellikleri, sosyal hizmet ihtiyacına yönelik bulgular sayı ve yüzde biçiminde ifade edilmiştir. Araştırmanın sonuçları konuyla ilgili çalışmalar ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Evde sağlık, Sosyal hizmet, Sosyal hizmet ihtiyacı

SUMMARY

Identify Social Work Needs of Individuals Who Make Use of Home Care-Home Health Care Services of Hospitals.

This research was done in order determine the needs of the individuals who benefit from hospitals' home care service. As the research on home health care, especially from the point of social service is very rare, this research is quite important.

The research was done between the months of June and August in 2014. The research group consists of 75 individuals who get service from home health care units of 3 hospitals in Ankara. Interview forms was created to identify the economic and socio-demographic conditions of the individuals and to determine the needs of them in terms of social service. The data obtained by interview forms was transferred to SPSS software package and interpreted by conducting proper analysis. Research was conducted between June and August in 2014.

On the result of the analysis, socio-demographic, economic characteristics and findings of social work needs expressed in the form of the number and percentage. Results of the study were discussed with studies on the subject.

Key Words: Home health care, Social Work, Social work needs

KAYNAKLAR

- AKSOYDAN, E. (2009). Are developing countries ready for ageing populations? an examination on the socio-demographic, economic and health status of elderly in Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics* **12**: 102-109.
- ARSLANTAŞ, H. ve ADANA, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, **3(2)**: 251-277.
- ASPB, (2014). Türkiye aile yapısı araştırması tespitler ve öneriler. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ed. Mustafa Turgut, Semiha Feyzioğlu.
- AYDIN, D. (2005). Evde Bakım Kavram ve Kapsamı, Evde Bakım Hizmetleri. 1. Baskı. Ankara. Sağlıklı Nesiller Derneği,;14-25.
- BAHAR, A., TUTKUN, H., SERTBAŞ, G. (2005). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **6**: 227-239.
- BAŞGÜL, Ç., KESKİN, İ., KARA, H., AKSOY, M. (2012). Sağlık alanında yeni bir hizmet: evde sağlık hizmetleri. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi.
- BULUT, I. ve TUNÇ, M. (2013). Evde bakımda bir disiplin olarak sosyal hizmetin rolü. *Evde Sağlık ve Bakım*. s.:341
- BURCU, E. (2007). *Türkiye’de Özürlü Birey Olma, Temel Sosyolojik Özellikleri ve Sorunları Üzerine Bir Araştırma*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi
- BOYOĞLU, R., OKYAY, S. (2002). Hastane destekli evde bakım hizmetleri ve sunumu. *Hemşirelik Dergisi*, **12(49)**: 99-117
- CALIANDRO, G., HUGHES, C., (1998). The experience of being a grandmother who is the primary caregiver for her HIV-positive grandchild. *Nurs Res.* **47(2)**: 107- 13.
- CAN, Ö.S., ÜNAL, N. (2008). Evde bakım ve tedavi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **6(4)**: 6-13.
- ÇOBAN, M., ESATOĞLU, A.E. (2004) Home Care: An Overview. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics Law and History*, **12(2)**:109-120.
- DANIŞ, M. Z. (2008). Community based care understanding and social services: a care model proposal from Turkey, *Turkish Journal of Geriatrics*, **11(2)**: 94-105.
- DANIŞ, M. Z. (2009). “Türkiye’de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **201**:67-84

- DİK, A. (2008). Evde Bakımda Kalite, Hasta Güvenliği Ve Etik. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, s:130
- DİLİK, S. (1999). *Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi*, Ankara: Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, Yayın No:0001.
- DOĞAN, O. (2001). Şizofreni hastalarının evde bakımı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1): 41-46.
- DUMAN, R., TOSUN, N., NACARKÜÇÜK, S. (2012). Bursa halk sağlığı müdürlüğü, evde sağlık hizmetleri hasta memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi.
- DUMAN, Z. Ç., AŞTI, N., ÜÇOK, A., KUŞÇU, M.K. (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı uygulaması izlenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 91-101.
- DURGUN, B., TÜMERDEM, Y. (1999). Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. *Geriatry*, 2(3): 115-120
- DUYAN, V. (2008). Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak Sosyal Hizmet Uzmanları ve Sosyal Hizmet Alanında Çalışanlar İçin Bir Rehber. s.151. Ankara.
- DUYAN, V. (2010). Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri, s.20.
- ENGELLİ ve YAŞLI HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2006). *Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti Ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik*, Resmi Gazete Tarihi: 30.07.2006 ve Sayısı: 26244.
- EVDE BAKIM DERNEĞİ, (2010). Ülkemiz İçin Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı: Çalıştay Sonuç Raporu, Ankara.
- FADİLOĞLU, Ç. (2004b). Kronik Hastalıklarda Evde Bakım, *I. Uluslar arası Katılımlı Evde Bakım Kongresi Kitabı*, ed. Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu, Yard. Doç. Dr. Gül Ertem, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- FADİLOĞLU, Ç. (2013). Evde bakım hizmetlerinin gelişimi ve önemi. *Evde Sağlık ve Bakım*. s.: 3-6.
- IFSW (International Federation of Social Workers). (2012). International definition of social work. Erişim: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/> Erişim Tarihi: 07.01.2014
- İZMİR SYDV. (2009). Uluslararası sosyal bakım sempozyumu sonuç bildirgesi, 16-17 Ekim, İzmir.
- KARA, B. ve AKBAYRAK, N. (2005). Hemodiyalizle yaşam: stres ve başetme, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 15(4): 12-17.
- KARAHAN, A. ve GÜVEN, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım, *Geriatry Dergisi*, 5(4): 155-159.

- KARASAR, N. (2014). Bilimsel Araştırma Yöntemi, "Kavramlar İnkeler Teknikler". Nobel Akademik Yayıncılık, 27. basım. s. 79.
- KARATAŞ, Z. (2011). Evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcıların moral ve manevi değerlerinin başa çıkmadaki etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Rize Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- KATZ, I. R. ve SMİTH, B. D. (1995). Psychiatric aspects of longterm care. comprehensive textbook of psychiatry, H. I. Kaplan, B. J. Sadock (Ed), Baltimore: Williams & Wilkins, 2(6): 2622-2627.
- KAYAHAN, M. ve SERTBAŞ, G. (2007). Dâhili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 113-120.
- KOÇ, F. (2009). Evde Bakım Hizmeti ve Gelişimi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. s.: 5-6.
- KOLAT, S. (2010). *Avrupa Birliği Sosyal Politikası Çerçevesinde Özürlülere Yönelik Ayrımcılıkla Mücadele ve Türkiye'deki Yansımaları*, Yayın No:40, Ankara: ÖZİDA.
- KORKUT, Y. ve BERK, Ö. S. (2009). Alzheimer hastalarına ve sağlıklı yaşlılara bakım veren kadın yakınlarda bakım verme tarzı, problem çözme stratejileri, öfke tarzları ve sağlık durumunun incelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 12(1): 1-12.
- METİNTAŞ, S. (2006). Topluma dayalı rehabilitasyon, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 15(2): 20-22.
- OĞLAK, S. (2007a). Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası, *Türk Geriatri Dergisi*, s.:3
- OĞLAK, S. (2004). Teorik ve pratik boyutlarıyla sosyal bakım TC Başbakanlık-SHÇEK Genel Müdürlüğü, s.:5
- OĞLAK, S. (2007). Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası, *Türk Geriatri Dergisi*;10(2): 100-108.
- ÖZDEMİR, F. K. ve Diğerleri (2009). Kanseri çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi, *Yeni Tıp Dergisi*, 26(23): 153-159.
- ÖZTOP H. ve ark. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*,1: 43.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27 Şubat 2015 tarih ve 29280 sayılı Resmi Gazete.
- SEYYAR, A. (2007). Sosyal Hizmetlerde Bakım Terimleri Ankara, Şefkatli Eller Yayınları, s. :39.

- SEYYAR, A. (2004). Teorik ve pratik boyutlarıyla sosyal bakım, Ankara: SHÇEK Yayınları
- SHYU, Y., LEE, H., CHEN, M. (1999). Development and testing of the family caregiving consequences inventory for home nursing assessment in Taiwan. *Journal Of Advanced Nursing*,30(3): 646- 654.
- SOYGÜR, H. (2000). Bakımevlerinde yaşlı bakımı ve psikolojik değerlendirme, *Demans Dizisi:1*, s. 32-40.
- SUBAŞI, N., ÖZTEK, Z. (2006). Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, s.: 19-31.
- TABAK, R. S. ve BİDAR, A. (2006). Uzun süren hastalıklarda hastaların öğrenilmiş çaresizlik algıları, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 16(2): 15-24.
- TELATAR, T. G. ve ÖZCEBE, H. (2004). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3): 162-165.
- THOME, B., AK, D., IR, H. (2003). Home care with regard to definiton, care recipients, content and outcome: systematic literature rewiew. *Journal of Clinical Nursing*. 12(6) :860-872.
- TÜİK Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2007-2014 Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620> [ErişimTarihi:28.05.2015].
- Türkiye Engelliler Araştırması Temel Göstergeleri Erişim: <http://www.eyh.gov.tr/tr/8245/Turkiye-Engelliler-Arastirmasi-Temel-Gostergeleri> (Erişim Tarihi: 25.02.2014).
- WHO, (1982). Services to Prevent Disability in the Elderly. *Euro Report and Studies No: 83*.Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization, (2011). Dünya engellilik raporu, s. 48.
- World Health Organization, (2002a). Brodsky J, Hirschfeld M. J, Habib J. Long-term care in developing countries: ten country case-studies. World Health Organization Collection on Long-term care.
- World Health Organization, (2002b). Current and future long-term care needs. www.who.int/ncd/Long-term-care
- World Health Organization, (2000). Technical Report Series 898. Geneva. Home based long-term care,s.: 1- 37.
- VARLIK, M.(2008). Evde Bakım Hizmetlerinin Sağlık ve Sosyal Sistemimize Entegrasyonu İçin Öneriler, 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, s.43-53.
- YAVUZER, H. (2007). Çocuğu Tanımak ve Anlamak. İstanbul, Remzi Kitabevi. s. 50.

YÜZER, S., YİĞİT, R., TAŞDELEN, B. (2006). Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4): 54-62.

III. Özürlüler Şurası, Bakım Hizmet Türleri Komisyon Raporu, 2007, s.39. İstanbul.

10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik.

07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım İle Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik.

27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik.

EKLER

EK-1: Görüşme Formu

I. BÖLÜM

1- Görüşülen Kişi – Yakınlık Derecesi

.....

Hizmet Alan Bireyin;

2- Adı?

.....

3- Yaşı?(Olduğu gibi yazınız)

.....

4- Cinsiyeti:

1. Kadın()

2. Erkek()

3. Diğer()

5- Medeni durumu?

1. Evli()

2. Bekar()

3.Boşanmış()

5. Diğer(yazınız)

6- Ailedeki birey sayısı(olduğu gibi yazınız)

.....

7- Eğitim Durumu?(en son bitirdiği okul)

1. Okur-yazar değil()

2. Okur-yazar()

3. İlkokul()

4. Ortaokul()

5. Lise()

6. Üniversite()

7. Diğer(yazınız)

8- Sosyal Güvencesi ?

1. Bağkur() 2. Emekli Sandığı() 3. SSK() 4. Yeşil Kart()
5. Özel Sigorta 6. Yok()

9- Kronik Hastalıkları(yazınız)

.....

10- Aylık Geliriniz?

1. 0 – 1000TL() 2. 1001 – 1500TL() 3. 1501 – 2000TL()
4. 2001 – 2500TL() 5. 2500TL üstü()

11- Evde bakım – evde sağlık hizmetinden kaç yıldır faydalanıyorsunuz?(yazınız)

.....

12- Evde bakım ücretinden faydalanma durumu?

1. Evet() 2. Hayır()

Cevabınız Evet ise 13. soruyu yanıtlayınız.

13- Evde bakım ücreti vb. konularda bilgiyi nereden aldınız?

1. Doktor() 2. Hemşire() 3. Sosyal Hizmet Uzmanı()
4. Komşu veya Akrafa() 5. Diğer(yazınız)

14- Evde bakım ücreti dışında düzenli bir gelire sahip misiniz?

1. Evet() 2. Hayır()

15- Sizce ailenin toplam geliri geçiminiz için yeterli mi?

1. Evet() 2. Hayır()

16- Evde bakım hizmetini veren kişi kendini evde bakım konusunda yeterli buluyor mu?

1. Evet() 2. Hayır()

17- Sosyal Hizmet ve Sosyal Hizmet Uzmanları hakkında ne kadar bilgi sahibisiniz?

(Cevabınız “1. Hiç bilgim yok” şeklinde ise II. Bölüme geçebilirsiniz.)

1. Hiç bilgim yok() 2. Kısmen biliyorum()
3. Bilgi sahibiyim()

18- Evde bakım – evde sağlık personeli içinde sosyal hizmet uzmanlarının da olmasını ister misiniz?

1. Evet() 2. Hayır()

II. BÖLÜM

SORULAR	EVET	HAYIR
1- İçinde bulunduğunuz zor durum ve zamanlarda bir meslek elemanı tarafından size yardım edilmesini ister misiniz?		
2- Depresyon ve endişe düzeylerinizin belirlenip bu konuda çalışmalar yapılmasını ister misiniz?		
3- İçinde bulunduğunuz zor durumlarda sizin için baş etme mekanizmaları geliştirilmesini ister misiniz?		
4- Evde bakım sürecinde belli aralıklarla meslek elemanları aracılığı ile görüşmeler yapmak ister misiniz?		
5- Görüşme yapan meslek elemanları tarafından hem psikolojik hem de sosyal yönden ihtiyaçlarınızın belirlenmesini ister misiniz?		

6- Sosyal hizmet uzmanları tarafından depresyon düzeyinizin vb. belirlenmesi için testler uygulanmasını ve yorumlanmasını ister misiniz?		
7- İlgili meslek elemanları tarafından sizler için geleceğe yönelik hem kısa hem de uzun süreli planlar yapılmasını ister misiniz?		
8- İlgili meslek elemanları tarafından toplum hizmetlerinden yararlanabilmeniz için çalışmalar yapılmasını ister misiniz?		
9- İhtiyaç duyulan zamanlarda ilgili meslek elemanlarından psiko-sosyal destek almak ister misiniz?		
10- İçinde bulunduğunuz durum ya da karşılaşılabileceğiniz yeni durumlara uyum sağlama konusunda ilgili meslek elemanlarından yardım almak ister misiniz?		
11- Gerekli görüldüğü durumlarda ilgili meslek elemanlarının sizler için çalışmalar yapmasını ister misiniz?		
12- İhtiyaç duyduğunuz zamanlarda ilgili meslek elemanlarının sizin için kaynaklarla iletişim kurmasını ister misiniz?		
13- Evde bakım sürecinde olumsuz olabilecek durumlardan kaçınmanızda ve korunmanızda ilgili meslek elemanlarının yardımcı olmasını ister misiniz?		
14- İlgili meslek elemanları tarafından psiko-sosyal ve ekonomik sorunlar gibi farklı ihtiyaçlarınızı karşılamak amacıyla gerekli kuruluşlara gönderilmenizi ve sürecin takibinin yine bu meslek elemanları tarafından yapılmasını ister misiniz?		

15- Maddi yardım kaynakları ve programları konusunda bilgilendirilmek ister misiniz?		
16- Maddi yardım kaynakları programları konusunda yol gösterici bir meslek elemanı olsun ister misiniz?		
17- Tüm ihtiyacımız olan hizmetlerin bir meslek elemanı tarafından belirlenmesi ve organize edilmesini ister misiniz?		

18- Size göre sosyal hizmet ihtiyaçlarınız nelerdir?(yazınız)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SORULARA İÇTENLİKLE CEVAP VERDİĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.

EK-2: Kurum İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 1 Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Yazı No : 85346189

Önemi : Araştırma-Semih SUTÇU

22.05.2014 • 19667

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENST.

18.04/2014 tarih ve 17499 sayılı dilekçe

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi ve Tezli Yüksek Lisans öğrencisi üyelerinden Prof. Dr. Veli DUYAN başkanlığında "Hastanelerin Evde Bakım - Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Hastaların Sosyal Hizmet İhtiyaçlarına Belirlenmesi" konulu çalışması evde sağlık hizmeti birimi bünyesinde sağlık hizmeti alan hastalara hastanenizde anket uygulanması, Genel Sekreterliğimize bağlı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara FTR Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ulus Hastaneler Hastanesi, Zekai Talu Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma yöntemi ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun kamu bilginiz dışında ilan edilmemesi ve bir örneğinin Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim

İşlt. Recep TURGAY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

BAŞKANLIK :
EĞİTİM :
Genel Sekreterlik
Ankara EAH
Dışkapı Yıl. Bey. EAH
Ankara FTR EAH
SDH
Kad. Sağ. EAH

Bilgi :
Ankara Üni./Sağlık Bilimleri Enst.
(Ek Konulmadı)

EK-3: Etik Kurul Kararı**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 03/04/2014


Toplantı Sayısı : 166

Karar Sayısı : 1135

1135-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencilerinden Semih Sütçü'nün "Hastanelerin Evde Bakım-Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Bireylerin Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Belirlenmesi" başlıklı tezi ile ilgili 11/03/2014 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca İncelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, Semih Sütçü'nün "Hastanelerin Evde Bakım-Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Bireylerin Sosyal Hizmet İhtiyaçlarının Belirlenmesi" başlıklı tezinin araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

**ASLININ AYNIDIR
03/04/2014**


Genel Sekreterlik
0310 342 0000

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Semih SÜTÇÜ

EĞİTİM	
Yüksek Lisans:	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2012- ...
Lisans:	Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, 2008 - 2012
Lise:	Develi Anadolu Lisesi, 2003 - 2007
İŞ DENEYİMİ	
2012 - 2013	(Araştırma Görevlisi) Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
2013 - ...	(Araştırma Görevlisi) Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce,	Orta derecede, Gazi YDYO Sertifikası, 2013 yılı
Almanca,	Başlangıç derecede
LİSANS BITİRME TEZİ	
Multiple Skleroz Hastalarının Sağlıkta Yaşam Kalitelerini Etkileyen Faktörler ve Sosyal Hizmet-2011	

SEMİNER
Evde Bakım Hizmeti ve Sosyal Hizmet-2014
ÇALIŞMA ALANLARI
Tıbbi Sosyal Hizmet, Yaşlı Refahı, Aile içi Şiddet