



**EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN
BAKIM VERENLERİNE VERİLEN EĞİTİMİN ÖZ-
YETERLİK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK
DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**2024
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI**

Fikriye ACAR

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK**

**EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN BAKIM VERENLERİNE
VERİLEN EĞİTİMİN ÖZ-YETERLİK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK
DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Fikriye ACAR

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK**

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında
Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**KARABÜK
Temmuz 2024**

Fikriye ACAR tarafından hazırlanan “EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN BAKIM VERENLERİNE VERİLEN EĞİTİMİN ÖZ-YETERLİK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK

.....

Tez Danışmanı, Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 04/07/2024

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Nevin ONAN (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KARAKAŞ (BAİBÜ)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Doç. Dr. Zeynep ÖZCAN

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü



“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Fikriye ACAR

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN BAKIM VERENLERİNE VERİLEN EĞİTİMİN ÖZ-YETERLİK VE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Fikriye ACAR

**Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı**

Tez Danışmanı:

**Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK
Temmuz 2024, 98 sayfa**

Bu araştırma evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz-yeterlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Ön test - son test randomize kontrol gruplu deneysel tasarımda gerçekleştirilen araştırmanın evrenini, Amasra İlçe Devlet Hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı hastalara bakım verenler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise Amasra İlçe Devlet Hastanesi evde sağlık biriminde Aralık 2022- Şubat 2023 tarihleri arasında hizmet alıp çalışmaya katılmayı kabul eden 42 hasta yakını ile yürütülmüştür. Veriler; Katılımcı Bilgi Formu, Genel Öz-Yeterlik Ölçeği, Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Deney grubuna (n=21) araştırmacı tarafından haftada 1 gün yaklaşık 45 dk olmak üzere 6 haftalık eğitim verilmiştir. Kontrol grubuna (n=21), ön test uygulandıktan sonra herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Eğitim sonrası son testler, her iki gruba da uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS versiyon 27 kullanılmıştır. Verilerin analizinde

tanımlayıcı özelliklerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Veriler normal dağılıma uygun bulunmuştur. Bakım verenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi; grup içi karşılaştırılmasında bağımlı örneklem t testi kullanılmıştır ve veriler $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde test edilmiştir. Verilen eğitim sonrasında deney grubundaki katılımcıların kontrol grubundaki katılımcılara göre öz-yeterlilik ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin arttığı bulunmuştur. Sonuç olarak evde sağlık hizmetinde sadece hastaların değil bakım verenlerin de psikososyal açıdan düzenli olarak değerlendirilmesi yapıp bakım verenlere eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler : Evde sağlık hizmeti, bakım veren, öz-yeterlik, psikolojik sağlamlık, hemşirelik

Bilim Kodu : 1032.07

ABSTRACT

Master Thesis

THE EFFECT OF THE EDUCATION GIVEN TO THE CAREGIVERS OF THE PATIENTS RECEIVING HOME HEALTH SERVICE ON THE LEVELS OF SELF-EFFICACY AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE

FİKRİYE ACAR

Karabük University

Institute of Graduate Programs

Department of Nursing

Thesis Advisor:

Assist. Prof. Dr. Sakine FIRINCIK

July 2024, 98 pages

The aim of this study is to investigate the effect of the training given to home health care workers self-efficacy and psychological resilience levels. The scope of the study, which was carried out in a pre-test post-test experimental design with a randomized control group, consisted of patients registered to Amasra District State Hospital, home health unit and their caregivers. The study was conducted with 42 patient relatives who received service at the Amasra District State Hospital home health unit between December 2022 and February 2023 and agreed to participate in the study. Personel Information Form, General Self-Efficacy Scale, and Adult Psychological Resilience Scale were used to collect the data. The researcher gave training to the Experimental group (n=21) for 6 weeks, once a week for approximately 45 minutes. No intervention was made to the control group (n=21) after the pre-test was applied. Post-tests were applied to both groups after training. SPSS version 27 was used to evaluate the data.

In data analysis, chi-square test was used to compare descriptive characteristics between groups. The data were found to be suitable for normal distribution. Independent samples t test was used for comparison of caregivers between groups. Also, dependent sample t test was used for intra-group comparison and the data was tested at the $p < 0,05$ significance level. It was observed that experimental group's self-efficacy and psychological resilience scores were meaningly higher than the control group's scores. As a result, it may be recommended that caregivers in home health care services be regularly evaluated from a psychosocial perspective and that caregivers be trained.

Key Word : Home health service, caregivers, self-efficacy, psychological resilience, nursing

Science Code : 1032.07

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, bana her zaman yol gösteren, anlayışlı, sevecen ve sabırlı yaklaşımı ile rehberlik eden değerli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK'a

Veri toplama sürecinde araştırmaya katılmaya gönüllü olan evde sağlık hizmeti alan hastaların yakınlarına,

Hayatımın her döneminde desteklerini hep hissettiğim canım aileme,

En içten duygularımla fedakarlıkları için tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xiv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ VE AMAÇ	1
BÖLÜM 2	5
GENEL BİLGİLER	5
2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	5
2.1.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	8
2.1.2. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri	12
2.1.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanması.....	14
2.1.4. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Özellikleri.....	16
2.2. BAKIM VERME VE BAKIM HİZMETLERİ	17
2.2.1. Bakıma Muhtaç Bireyler.....	21
2.2.2. Bakım Yüğü.....	23
2.2.3. Bakım Veren Birey	24
2.2.4. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri.....	27
2.3. ÖZ YETERLİK	28
2.4. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK.....	30
2.4.1. Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Psikolojik Sağlamlık Düzeyi	32
2.4.2. Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Fakörler	34

2.5. EVDE SAĞLIK HİZMETİ VE HEMŞİRELİK.....	34
BÖLÜM 3	36
GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	36
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	36
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ÖZELLİKLERİ.....	36
3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	36
3.4.1. Dâhil Edilme Kriterleri	37
3.4.2. Consort Akış Diyagramı	37
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	38
3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu	38
3.5.2. Genel Öz-yeterlik Ölçeği (GÖYÖ).....	39
3.5.3. Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ).....	39
3.5.4 Eğitim Programı.....	40
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	42
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	43
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	44
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	45
BÖLÜM 4	46
BULGULAR.....	46
4.1. BAKIM VERENLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	46
4.2. BAKIM VERENLERİN ÖZ YETERLİK PUAN DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	47
4.3. BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PUAN DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	49
BÖLÜM 5	51
TARTIŞMA	51

5.1. BAKIM VERENLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	51
5.2. BAKIM VERENLERİN GENEL ÖZ-YETERLİK PUAN DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	54
5.3. BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PUAN DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	54
 BÖLÜM 6	 56
SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1. SONUÇLAR	56
6.2. ÖNERİLER	57
KAYNAKÇA.....	58
 EK AÇIKLAMALAR A.	 67
KATILIMCI BİLGİ FORMU	67
EK AÇIKLAMALAR B.	69
GENEL ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ	69
EK AÇIKLAMALAR C.	71
YETİŞKİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ	71
EK AÇIKLAMALAR D.	73
EĞİTİM PROGRAMI.....	73
EK AÇIKLAMALAR E.	84
ETİK KURUL ONAYI.....	84
EK AÇIKLAMALAR F.....	86
ARAŞTIRMA İZNİ	86
EK AÇIKLAMALAR G.	88
ARAŞTIRMA İZNİ CEVAP YAZISI	88
EK AÇIKLAMALAR H.	90
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	90
EK AÇIKLAMALAR I.	94
GENEL ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ	94
EK AÇIKLAMALAR İ.	96

YETİŞKİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ 96

ÖZGEÇMİŞ 98



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 3.1. Consort Akış Diyagramı	38
---	----



ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 3.1. $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) için minimum değerler	41
Çizelge 3.2. Eğitim programı ana bölüm ve alt konu başlıkları.....	42
Çizelge 4. 1. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı	46
Çizelge 4.2. Bakım verenlerin Genel Öz-yeterlik Ölçeği alt boyut puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	47
Çizelge 4.3. Bakım verenlerin Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması	49

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

SİMGELER

%	: Yüzde İşareti
<	: Küçüktür İşareti
>	: Büyüktür İşareti
=	: Eşittir İşareti
*	: Ki-kare Testi
**	: Son Test Bulguları
Vd	: Ve Diğerleri
Dk	: Dakika
N	: Olgu Sayısı
P	: Anlamlılık Düzeyi
Ort	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
EB	: Etki Büyüklüğü
t^1	: Bağımsız Örneklem T Testi
t^2	: Bağımlı Örneklem T Testi
r	: Pearson Korelasyon Analizi

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇT	: Aldı Çıkardı Takibi
AİDH	: Amasra İlçe Devlet Hastanesi
A.Ş.	: Anonim Şirketi
ESH	: Evde Sağlık Hizmetleri
GÖÖ	: Genel Öz-Yeterlik Ölçeği
IBM	: International Business Machines (Uluslararası İş Makineleri)
İTF	: İstanbul Tıp Fakültesi
KBÜ	: Karabük Üniversitesi
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranları
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
WHO	: World Health Organization
YPSÖ	: Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetleri alanında yaşanan değişim ve dönüşüm, evde sağlık hizmetlerinin önemini ve gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır. Özellikle, nüfus yapısındaki değişimler, teknolojiye ilerlemeler, ekonomik yönü, kaliteli, mobil ve hızlı bakım olanakları sağlaması, evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasına ve hastaların ev ortamlarında da kaliteli sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaktadır (Evde Sağlık Hizmetleri Raporu, 2021). Sadece bakım hizmetlerini değil, aynı zamanda tıbbi hizmetleri de kapsayan evde sağlık hizmetleri, gelişmiş tıbbi ekipman ve tedavi yöntemleri ile hastaların hastaneye gitmek zorunda kalmadan, ailelerinin yanında onların desteği ile kendilerini daha rahat hissettikleri evlerinde tedavi almalarını ve kullanımını sağlamaktadır. (Doğan Merih vd., 2021).

Günümüzde artan yaşam süresi ve yaşlı nüfusundaki artış, kronik hastalıkların ve yaşa bağlı sağlık sorunlarının daha sık görülmesine neden olmuştur. Nüfus istatistiklerinin ortaya koyduğu verilere göre, 2023 yılında gelişmiş ülkelerdeki yaşlı bireylerin nüfusa oranı %20 iken, 2050 yılında %28'e yükselmesi beklenmektedir (World Population Ageing, 2023). Bu durum, geleneksel sağlık hizmeti modellerinin yanı sıra evde sağlık hizmetlerine olan talebi de artırmaktadır. Yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve yaşam kalitelerini artırmak için evde sağlık hizmetleri önemli bir alternatif olarak ön plana çıkmaktadır (Kuzu ve Güler, 2024).

Evde sağlık hizmetleri, birey ve aileye psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetlerini kapsamaktadır (Doğan Merih vd., 2021). Enjeksiyon, trakeostomi bakımı, yara bakımı, hasta beslenmesi gibi konuları içeren hekim ve hemşirelik hizmetleri, tıbbi malzeme ve cihazlara ilişkin medikal hizmetler, fizyoterapi, psikoterapi ve rehabilitasyon gibi hizmetleri içermektedir (Bayrak, 2019). Evde sağlık hizmetleri genellikle kurum dışında, kişinin kendi evinde veya yaşadığı çevrede uzmanlaşmış

multidisipliner bir ekip tarafından sunulmaktadır ve bu ekip doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık profesyonellerini içerebilmektedir. Hedef kitlesi engelliler, 60 yaş ve üstü bireyler, kronik hastalığı olanlar veya iyileşmeye ve gözetime ihtiyaç duyan kişilerdir. Evde sağlık hizmetleri, bu kişilere sağlık, bakım, rehabilitasyon ve destek hizmetleri sunarak sağlıklarının korunması, iyileştirilmesi veya yaşam kalitelerinin artırılmasını amaçlamaktadır. Ayrıca, evde sağlık hizmetleri sayesinde aile üyelerinin veya bakım verenlerin sorumluluklarının bir kısmı hafifletilebilmektedir (Can ve Ünal, 2008).

Bakım veren, formal sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olmalı ve bakım sürecine aktif olarak katılmalıdır. Bakım verenin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve sağlık ekibinden rehberlik alması, bakım verenin ve alanın yaşadığı sıkıntıları azaltabilir. Literatüre göre, bakım verenlerin, bakımın farklı boyutları hakkında bilgi edinmeye ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (Diker, 2000). Kronik hastalığı olan bireylere evde bakım veren aile üyelerinin gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda, aile üyelerinin çoğunun ev içi rollerinde değişiklik meydana geldiği, bakım verenlerde yemek yeme sorunları, vücut ağrıları, sürekli yorgunluk ve uykusuzluk gibi şikayetlerin sıkça görüldüğü ve sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir. Bakım verenlerin çoğunun eğitim veya bilgilendirme almadıkları ve bakımın sonucunda kendilerine zaman ayıramadıkları, aile, iş ve sosyal yaşantılarının olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Bayramova, 2008; Kayahan ve Sertbaş, 2007). Bu nedenlerle bakım verenlerin bakım sorumluluğuna yönelik profesyonel destek almaları ve hastaneler/toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin bakım vericilere yönelik evde bakımı destekleyecek eğitim yapmaları gerektiği ifade edilmektedir (Özkan vd., 2022). Eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin bakım verenlerin bakım verici yükünü azalttığı, evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım vericilerinde bu hizmeti almayanlara göre, kendilerini daha yeterli hissettikleri ve bakım yüklerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Kuzu ve Güler, 2024; Özkan vd., 2022).

Literatürde bakım vericilerin bakım sürecinde bakım vermeye ilişkin bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve psikolojik yönden desteklenmelerine ilişkin sağlık ekibinden profesyonel destek alınmasının öneminden bahsedilmekte, bu eğitimlerin

bakım vericilerin psikolojik sağamlık, öz yeterlik ve öz yönetimlerinin güçlendirilmesi amacıyla ev ortamında verilmesinin daha etkili olduğu ortaya koyulmuştur (Baykal, 2018; Ilgaz, 2020; Nainggolan vd., 2022).

Öz yeterlik, Albert Bandura (1977) tarafından duygusal ve motivasyonel durumların ve davranışsal değişimin birincil belirleyicisi olarak belirtilmekte, bir bireyin belirli bir ortamda performans gösterme veya istenen sonuçlara ulaşma kabiliyetine ilişkin öznel algısı olarak tanımlanmaktadır (APA, 2022). Öz yeterlik düzeyleri yüksek olan bakım verenler, bakım verme sürecini daha iyi yönetebilirler. Öz yeterliği yüksek olan bireylerin bakım vermenin bireyde meydana getirdiği olumsuz duygu durumlarını daha iyi yönetebildiği ve zorluklar karşısında daha sağlam durabildikleri görölmüştür. Bu durumda bakım verenlerin duygusal ve psikolojik refahlarını artırabilir ve bakım verme sürecinde daha etkin bir rol üstlenebilirler (Akgöl, 2008). Wang vd. (2024) çalışmasında bakım verenlerde öz yeterliğin psikolojik sağamlıkla ilişkili olduğu ve birbirlerini pozitif yönde etkiledikleri bulunmuştur.

Psikolojik sağamlık, zorluk yaşamaya rağmen, olumlu adaptasyon ya da ruh sağlığını sürdürme veya yeniden kazanma yeteneğini ifade eder (Herrman vd., 2011). Şenligil ve Akpınar (2023)'ın çalışmasında bakım verenlerin yoğun ve uzun süreli kriz anlarında çoğu zaman yetersiz kaldıkları ve psikolojik sağamlıklarının bozulduğu bulunmuştur.

Tüm bu çerçevede düşünöldüğünde evde sağlık hizmeti alan hastaların ihtiyaçları ve bu süreçte bakım verenlerin yaşadıkları psikososyal sorunlara ilişkin hazırlanan eğitim programının, evde sağlık hizmetinde ön planda yer alan hemşireler tarafından uygulanması hem hastaların kaliteli bir bakıma ulaşmalarını hemde bakım verenlerin kendilerini daha yeterli ve psikolojik olarak iyi hissetmelerini sağlaması beklenmektedir. Bu araştırma, evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz yeterlik ve psikolojik sağamlık düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri:

H0: Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verinlerine verilen eğitim, bakım verenlerin öz-yeterlik ve psikolojik sağamlık düzeyi üzerinde etkili değildir.

H1: Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitim, bakım verenlerin öz-yeterlik düzeyini artırır.

H2: Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitim, bakım verenlerin psikolojik sağamlık düzeyini artırır.



BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Evde sağlık hizmetleri, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık, bakım, rehabilitasyon ve destek hizmetlerinin genellikle kurum dışında, kişinin kendi evinde veya yaşadığı çevrede sunulduğu bir hizmet türüdür. Bu hizmetler; doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık profesyonellerini de içeren multidisipliner bir ekip tarafından verilmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin hedef kitlesi; engelliler, 60 yaş ve üstü kişiler, kronik hastalığı olan bireyler veya iyileşmeye ve gözetime ihtiyacı olan kişilerdir (Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik, 2 Haziran 2023, Resmi Gazete). Evde sağlık hizmetleri ile bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi veya yaşam kalitelerinin artırılması hedeflenmektedir. Aynı zamanda, bu hizmetlerin sağlanmasıyla, aile üyelerinin veya bakım verenlerin sorumluluklarının bir kısmı hafifletilebilmektedir (Anker-Hansen vd., 2018).

Evde sağlık hizmetlerinin sunucuları, çeşitli kurumlar ve kuruluşları içermektedir. Kurumların başında, sağlık personelinin eğitimi ve yetiştirilmesinde önemli bir rol oynayan eğitim kurumları gelmektedir. Hemşirelik fakültesi, sağlık bilimleri fakültesi, tıp fakültesi ve sağlık meslek liseleri gibi kurumlar, evde sağlık hizmetlerine yönelik eğitimler sunmaktadır. Sağlık bakanlığı başta olmak üzere bahsi geçen kurum ve kuruluşlar sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve denetlenmesi konusunda sorumludurlar. Sağlık bakanlıkları veya ilgili sağlık departmanları, evde sağlık hizmetlerinin standartlarını belirleyebilir ve uygulamalarını denetleyebilirler. Bu bağlamda önemli yer tutan hastaneler, hasta taburcu olduktan sonra sağlık hizmetlerini evde sürdürmek üzere programlar geliştirebilmektedirler. Bu hizmetler genellikle hasta taburcu olduktan sonra iyileşme sürecini desteklemek amacıyla sunulur. Bazı belediyeler ise evde sağlık hizmetlerini sunmak veya koordine etmek için programlar

geliştirebilirler. Özellikle bakıma muhtaç yaşlıların ve engellilerin bakımı konusunda belediyeler önemli bir rol oynayabilirler (Aslan vd., 2018).

Evde sağlık hizmetlerinin sunucuları arasında meslek kuruluşları önemli yer tutmaktadır. Meslek kuruluşları, evde sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin haklarını korumak, standartları belirlemek ve mesleki gelişimi desteklemek amacıyla faaliyet göstermektedirler. Gönüllü kuruluşlar, bazı sivil toplum kuruluşları, ihtiyaç sahibi bireylere evde sağlık hizmetleri sunmak üzere gönüllü personel veya kaynaklar sağlanmasına yardımcı olmaktadır. Sigorta şirketleri, bazı sağlık sigortası şirketleri, müşterilerine evde sağlık hizmetlerini kapsayan poliçeler sunabilirler veya evde sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarıyla anlaşmalar yapmaktadırlar. Özel bakım kuruluşları, evde sağlık hizmetlerine odaklanmış özel kuruluşlar, hasta ve ailelerine çeşitli sağlık hizmetleri sunmaktadırlar. Evde sağlık hizmetlerini sunan hemşirelik birimi, hasta bakımı, rehabilitasyon, ilaç yönetimi gibi hizmetler sunarak hastaların evde bakımını sağlamaktadır (Aslan vd., 2018).

Evde bakım veya evde sağlık hizmetleri terimleri, ülkeler arasında kavramsal olarak farklılık göstermektedir. Kaynak incelemelerinde bu terimlerin daimi bakım, toplum düzeyinde uzun süreli bakım veya evde uzun süreli bakım gibi farklı anlamlar taşıdığı görülmektedir (Krick vd., 2019; WHO, 2004). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenen ve "Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu" tarafından hazırlanan "Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu"nda; evde uzun süreli bakım terimi, mevcut sağlık ve sosyal hizmet yapılarına ek olarak sunulan bir hizmet olarak kabul edilir. Bu hizmet, bakıma ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylere, yaşam alanlarından uzaklaştırılmadan ev atmosferinde sağlanmalıdır. Geleneksel olarak aile, akraba, arkadaş ve komşulardan oluşan kişiler veya resmi olarak bu hizmeti veren alanında uzmanlaşmış ekipler tarafından sağlanabilir. Evde uzun süreli bakımın esas amacı, bireylerin sağlık ve bakım ihtiyaçlarını karşılamak ve onlara alışık oldukları çevrede destek sağlamaktır. Bu şekilde, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve topluma entegrasyonunun desteklenmesi amaçlanmaktadır (Krick vd., 2019; WHO, 2004).

Evde sağlık hizmetlerinin artan tercih edilme nedeni toplumsal, ekonomik ve sağlıkla ilgili yönleri içermektedir. Bunlar;

1. Ekonomik Yöner: Evde sağlık hizmetleri, hastane veya bakım evlerine kıyasla genellikle daha ekonomik bir seçenek sunmaktadır. Bu hizmetler, hastaneye yatırma maliyetlerini ve bakım evlerinin aylık ücretlerini azaltabilecek faydalar sağlayabilmektedir. Aynı zamanda, evde sağlık hizmetleri sayesinde kişilerin aktif çalışma hayatlarına devam etmeleri sağlanabilmektedir.
2. Toplumsal Değerler ve Bağımsızlık: Evde sağlık hizmetleri, bireylerin toplumsal bağlarını korumalarına ve kendi evlerinde yaşamaya devam etmelerine olanak tanır. Bu, bireylerin toplum içindeki değerlerini korumalarına ve bağımsızlıklarını sürdürmelerine yardımcı olur. Huzurevlerine veya bakım evlerine yerleşmek zorunda kalmadan özgürce yaşayabilmelerini sağlamaktadır.
3. Kaliteli ve Hızlı Bakım: Evde sağlık hizmetleri, hastaların daha yakın, bireysel ve kişiselleştirilmiş bir bakım almasını sağlamaktadır. Hastanın kendi evinde veya çevresinde sağlanan bu hizmetler, hastanın rahatlığı ve huzuru için daha uygun bir ortam sunmaktadır. Ayrıca, evde sağlık hizmetleri sayesinde hastaların sorunlarının daha hızlı tespit edilmesi ve müdahalelerin daha hızlı yapılması mümkün olmaktadır, bu da iyileşme sürecini hızlandırmaktadır.
4. Mobil ve Esnek Bakım: Evde sağlık hizmetleri, hastaların evlerine göre düzenlenmiş bir şekilde sağlık hizmetlerine erişmelerini sağlamaktadır. Bu, hastaların tedavi ve bakım planlarını kendi günlük yaşamlarına daha iyi uyum sağlayacak şekilde ayarlamalarına olanak tanımaktadır. Ayrıca, bu hizmetler, hastaların aileleri ve çevreleriyle daha yakın bir ilişki içinde olmalarına yardımcı olmaktadır.

Bu faktörlerin bir araya gelmesiyle, evde sağlık hizmetleri günümüzde giderek daha popüler hale gelmektedir. Bu hizmetler, hem hastaların hem de ailelerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde tasarlanmış ve sunulmuştur (Chen vd., 2017; Takahash vd., 2016; WHO 2004).

2.1.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Evde sağlık hizmetlerinin tarihi oldukça eski zamanlara dayanmaktadır. İnsanlık tarihi boyunca, hastalık, yaralanma veya yaşlılık gibi durumlarla karşılaşan bireyler genellikle aile fertleri, komşular veya kabile üyeleri tarafından bakım görmüşlerdir. Toplumsal yapıların henüz oluşmadığı dönemlerde, insanlar genellikle aile veya kabile içinde dayanışma içerisinde yaşamışlar ve birbirlerine destek olmuşlardır. Evde sağlık hizmetlerinin tarihi, insanlığın ilk dönemlerinden itibaren var olan bir olgudur. Bu hizmetler, tıbbi bilgi ve teknolojinin gelişmesine paralel olarak zamanla evrim geçirmiş ve bugünkü modern sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmuştur. Bugün bile, bazı toplumlarda veya kırsal bölgelerde, modern sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşayan insanlar, evde sağlık hizmetlerine daha fazla bağımlı olabilirler. Bu nedenle, evde sağlık hizmetlerinin tarihsel kökenleri insanlık tarihine uzanır ve insanların bakım ihtiyaçlarına cevap verme şekilleri zaman içinde değişmiştir (Dieckmann, 2015).

İnsanlık tarihinin eski devirlerinden itibaren doktorların hastanın evine veya olayın gerçekleştiği yere giderek ilk müdahaleyi burada yapmaları, yaygın bir uygulamaydı. Ancak teknolojinin gelişmesiyle birlikte, tıbbi cihazların kullanımı ve tıbbi teknolojilerin ilerlemesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük değişikliklere neden oldu. Tıbbi cihazlar ve teknolojilerin kullanımının artması, tanı ve tedavinin daha doğru ve hızlı yapılmasını sağladı. Bu da hastaların sağlık hizmetlerine daha erken ve etkili bir şekilde erişimini sağladı. Ancak, bu süreçte hastaneler gibi büyük sağlık kuruluşlarının ortaya çıkmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin odak noktası da hastanelere kaydı. Hastaneler, daha gelişmiş tıbbi cihazlara, uzman personellere ve daha kapsamlı sağlık hizmetlerine erişim sağlamak açısından büyük avantajlar sunar. Ancak, hastanelerin dezavantajları da vardır; kalabalık olmaları, hastane enfeksiyonları gibi risklerin artması ve bazı durumlarda hasta için stresli bir ortam olmaları gibi. Bu nedenlerle, bazı durumlarda evde sağlık hizmetleri tekrar popüler hale gelmiştir. Özellikle ekonomik nedenlerle veya bulaşıcı hastalıkların yayılma riskinin artması gibi durumlarda, evde sağlık hizmetleri daha çekici hale gelmiştir. Evde sağlık hizmetleri, hastanın daha rahat ve steril bir ortamda tedavi görmesini sağlayarak bazı avantajlar sunar. Ayrıca, evde sağlık hizmetleri, bazı durumlarda

hastanın sürekli bakım ihtiyacı olan durumlarında da daha uygun bir seçenek olabilir. Bu nedenle, günümüzde evde sağlık hizmetleri tekrar önem kazanmaktadır ve sağlık sistemlerinde birçok ülkede bu alana daha fazla yatırım yapılmaktadır (Dieckman, 2015).

Boston Dispanseri'nin 1796'da ABD'de kurulmasıyla birlikte evde sağlık ve bakım hizmetlerinin organize bir şekilde sunulmaya başlaması önemli bir kilometre taşıdır. Bu tür kuruluşlar, özellikle Sanayi Devrimi sonrası dönemde tıbbi bilgi ve teknolojinin hızla gelişmesiyle birlikte daha da yaygınlaşmıştır. 19. yüzyılın ilerleyen dönemlerinde hastaneler, gelişmiş tıbbi ekipmanlar ve uzman personel ile donatılmış daha kaliteli sağlık hizmeti sunma kapasitesine ulaşmıştır. Bu durum, özellikle evde bakım hizmetlerinin kalitesini artırmış ve ihtiyaç sahibi insanlara daha etkin sağlık hizmeti sunulmasını sağlamıştır. Ayrıca, bu dönemde evde sağlık bakımı sunan personeller, bakıma muhtaç bireylerin ailelerine ve yakın çevrelerine evde sağlık bakımı konusunda eğitimler vermeye başlamışlardır. Bu eğitimler, bakımı sağlayan kişilerin daha bilinçli ve yetkin olmalarını sağlamış, böylece hastaların daha iyi bir bakım alması ve daha rahat bir yaşam sürmeleri desteklenmiştir. Bu gelişmeler, evde sağlık hizmetlerinin daha yaygın ve etkili hale gelmesine katkı sağlamıştır. Hastaların evde bakım alma olasılığı artarken, aynı zamanda bakımı sağlayan kişilerin de bu konuda daha donanımlı hale gelmesi sağlanmıştır. Bu sayede, evde sağlık hizmetlerinin verimliliği ve kalitesi artmış, hastaların hastanede kalma ihtiyacı azalmış ve yaşam kaliteleri artmıştır (Sezer vd., 2015).

Yaşlı ve engelliler gibi bakıma muhtaç bireylerin nüfusundaki artış, sürekli ve daimi sağlık sorunlarının da artmasına neden olmuştur. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir gereksinim doğurmuştur. 1965 yılında ABD'de Medicare ve Medicaid sağlık programlarının devreye girmesi, bu kesime sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay sağlanmasına büyük katkıda bulunmuştur. Medicaid programı, ekonomik olarak muhtaç olan bireylerin sağlık harcamalarını karşılamayı amaçlayan bir sistemdir ve tüm yaş kategorilerini kapsar. Medicare programı ise genellikle yaşlı ve engelli bireyleri hedefler. Bu sağlık programlarının devreye girmesiyle birlikte evde sağlık hizmeti veren kuruluşların sayısında büyük bir artış yaşanmıştır. Özellikle 1965 ile 1993 yılları arasında, evde sağlık hizmeti sunan kuruluşların sayısı önemli ölçüde

artmıştır. Bu dönemdeki artış, %31,4'lük bir orana denk gelmektedir. Bu artış, Medicare ve Medicaid gibi sağlık programlarının sağladığı finansal desteklerin etkisiyle gerçekleşmiştir. Bu gelişme, bakıma muhtaç bireylerin evde sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlamış ve bu kesimin sağlık ihtiyaçlarının daha etkin bir şekilde karşılanmasına katkı sağlamıştır. Ayrıca, bu süreçte evde sağlık hizmeti veren kuruluşların sayısındaki artış, bu alandaki talebin arttığını ve bu hizmetlere olan gereksinimin giderek daha fazla fark edildiğini göstermektedir (Harrington ve Kitchener, 2010).

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin birinci dünya ülkelerinde tercih edilmesinin artmasıyla birlikte, bu alanın global bir etkiye sahip olması ve diğer ülkelerde de rağbet görmeye başlaması doğru bir tespittir. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde bu trendin benzer şekilde geliştiği söylenemez. Gelişmekte olan ülkelerde, ekonomik sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerine yeterli yatırım yapılamaması ve sağlık altyapısının eksikliği, evde sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir. Bu ülkelerde, hastaneler genellikle yetersiz ekipman ve personel ile donatılmıştır ve evde sağlık hizmetleri de benzer şekilde düşük kalitede olabilmektedir. Ayrıca, uzman personel eksikliği nedeniyle evde sağlık hizmetleri genellikle aile bireyleri tarafından verilmektedir. Bu durum, gelişmekte olan ülkelerin ekonomik yapılarından kaynaklanmaktadır. Sağlık sektörüne yeterli yatırım yapılamaması ve sağlık altyapısının eksikliği, evde sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyebilir. Ancak, bu durumun değişkenlik gösterebileceği ve ekonomik gelişmelerle birlikte evde sağlık hizmetlerinin kalitesinin artabileceği veya sağlık altyapısının güçlendirilebileceği de unutulmamalıdır. Uzun vadede, ekonomik büyüme ve sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların artmasıyla birlikte, evde sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği de artabilir (Harrington ve Kitchener 2010).

Kronik rahatsızlıkların artışı, özellikle yaşlı ve engelli bireyler için evde sağlık hizmetlerinin önemini artırmıştır. Benjamin'in belirttiği gibi, yaşlılar özellikle evde sağlık hizmetlerini tercih etmelerinde birkaç temel sebep bulunmaktadır. İlk olarak, kronik rahatsızlıklar yaşlı bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir ve bu rahatsızlıkların belirtileri genellikle yaşlı bireylerde daha belirgin ve sancılı olabilir. Bu nedenle, yaşlılar evde sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyabilirler çünkü bu hizmetler,

rahatsızlıklarının yönetimi ve tedavisi için gereken sürekli bakımı sağlayabilir. İkinci olarak, bazı yaşlı bireyler, hastanede gerekli tedavileri aldıktan sonra bile bakıma ve gözetime ihtiyaç duyabilirler. Özellikle 65 yaş üstü bireylerde, hastanede alınan tedavilerin ardından da evde bakıma ve gözetime ihtiyaç duyulabilir. Bu durumda, evde sağlık hizmetleri, yaşlı bireylerin günlük yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olabilir ve gereksinim duydukları bakımı sağlayabilir. Bu noktalar göz önüne alındığında, yaşlılar için evde sağlık hizmetlerinin önemi giderek artmaktadır. Kronik rahatsızlıkların yaygınlığı ve yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, evde sağlık hizmetlerinin sağladığı bakım ve destek, yaşlı bireylerin daha iyi yaşam kalitesi ve sağlık sonuçları elde etmelerine yardımcı olabilir. Bu nedenle, bu tür hizmetlere olan talep ve önem giderek artmaktadır (Benjamin, 1992).

Avrupa ülkeleri, özellikle İngiltere, İsveç, Hollanda, Danimarka ve İskoçya gibi bir bölümü, evde sağlık hizmetleri alanında sistematik ve kapsamlı programlar geliştirmişlerdir. Bu ülkeler, merkezi yönetimlerin desteklediği faaliyetlerle evde sağlık hizmetlerini geliştirmiş ve bu alanda nitelikli ve gelişmiş hizmetler sunmuşlardır. Hollanda, bu alanda verilebilecek önemli bir örnektir. Hollanda'nın sağlık politikaları ve evde sağlık hizmeti programları, özellikle yaşlı bireylerin zihinsel, nörolojik ve psikolojik kaynaklı bedensel rahatsızlıklarına müdahale etmeyi amaçlamaktadır. Bu çerçevede, tıp alanında uzmanlaşmış hemşirelerden oluşan yaklaşık 300 evde sağlık hizmeti kuruluşu oluşturulmuştur. Hollanda'nın bu yaklaşımı, evde sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı ve uzmanlaşmış bir şekilde sunulmasını sağlamıştır. Hemşirelerin uzmanlığı sayesinde, yaşlı bireylerin karmaşık sağlık ihtiyaçlarına uygun bir şekilde bakım sağlanabilmekte ve gerekli tıbbi müdahaleler yapılabilmektedir. Bu sistem, merkezi yönetimlerin sağlık politikalarını desteklemesi ve evde sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların artırılmasıyla başarıyla uygulanmıştır. Bu sayede, yaşlı ve kronik hasta popülasyonunun bakımı ve tedavisi daha etkin bir şekilde gerçekleştirilmiş ve sağlık sonuçları iyileştirilmiştir. Hollanda'nın bu modeli, diğer Avrupa ülkelerine de örnek olmuş ve evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ilham vermiştir (Genet vd., 2011).

Evde sağlık hizmetleri, günümüzde sadece Avrupa Birliği ülkeleriyle sınırlı kalmayıp dünya genelinde birçok ülkede de faaliyet göstermektedir. Türkiye, Japonya,

Endenozya ve İngiltere bu bağlamda örnek olarak gösterilebilir. Bu hizmetler, temel sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak kişisel yükümlülükler ve sosyal eşitlik ilkelerine dayanmaktadır. Temel sağlık hizmetleri ilkeleri, bireylerin sağlık durumlarına ilişkin farkındalıklarını artırmayı ve kendi sağlıklarını yönetme becerilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda, evde sağlık hizmetlerine katılmaları için bireyler ve aileler bilinçlendirilmekte ve yönlendirilmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin kamusal etkinliğini artırmak için, bireylerin ve toplumun bu hizmetlere olan erişimini ve bilinç düzeyini artırmak önemlidir. Bu kapsamda, sağlık kuruluşları, kamu kurumları ve sivil toplum örgütleri tarafından çeşitli bilgilendirme kampanyaları düzenlenmekte ve evde sağlık hizmetlerinin avantajları hakkında bilgi verilmektedir. Ayrıca, evde sağlık hizmetlerinin sunumunda, bireylerin ve ailelerin tercihlerine ve ihtiyaçlarına odaklanmak da önemlidir. Böylece, evde sağlık hizmetlerinin etkinliği ve verimliliği artırılarak toplumun sağlık hizmetlerine olan erişimi ve kalitesi iyileştirilmektedir. Bu çabalar, evde sağlık hizmetlerinin daha geniş kitlelere ulaşmasını sağlamak ve toplumun sağlık bilincini artırmak için önemlidir. Bu şekilde, evde sağlık hizmetleri hem bireylerin hem de toplumun sağlık ve refahını destekleyen önemli bir sağlık hizmeti olmaya devam edecektir (European Social Policy Network, 2018).

2.1.2. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de, 1980 yılına kadar devlet tarafından yürütülen ve genellikle koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanan evde sağlık hizmeti uygulamaları, 1980 sonrasında yeni bir boyut kazanmış ve özel sağlık kuruluşları veya bireyler aracılığıyla hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra tedavi ve bakımlarının sağlanması alanında hizmet sunmaya başlamıştır (Çoban ve Esatoğlu, 2004).

1993 yılında, Çocuk Esirgeme Kurumu ve Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü tarafından Adana, Ankara, İstanbul ve İzmir’de Türkiye’nin ilk evde bakım projesi başlatılmıştır. Ancak, bu çalışma beklenen anlamlı sonuçları vermemiş ve proje sonlandırılmıştır. 1994 yılında, Ankara Büyükşehir Belediyesi’nde faaliyet gösteren Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı İstanbul Sağlık A.Ş., yaşlı hastalara yönelik evde sağlık destek hizmetleri sunmaya başlamıştır. Aynı dönemde, Ankara ve İstanbul Belediyeleri yanı sıra bazı özel kurumlar da belirli bir

cret karşılığında tıbbi bakım ve refakat hizmetleri sunmuştur. Ancak, bu tür hizmetlerin yaygınlaşması ve standartlaşması için henüz belirli bir düzenleme yapılmamıştır. Dolayısıyla, 1994 yılına kadar, evde sağlık hizmetlerinin sunumu genellikle bireysel veya yerel yönetim girişimleriyle sınırlı kalmıştır. Diğer taraftan, özel sektörün bu alana yönelik ilgisinin artmasıyla birlikte, özellikle büyük şehirlerde evde sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda çeşitli girişimler gözlemlenmiştir (Altuntaş, vd., 2010).

Türkiye'de, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 2003 yılında başlamasıyla birlikte, aile hekimleri mobil sağlık hizmetleri kapsamında ev ziyaretlerine dahil edilmiştir (elik Güzel ve Toprak, 2018). Bu adım, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir hale getirilmesi ve vatandaşların ihtiyaçlarının daha etkin bir şekilde karşılanması amacıyla atılmıştır. 10 Mart 2005 tarihinde yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik", zel sağlık kuruluşları tarafından evde bakım hizmetlerinin sunumunu düzenlemiş ve kolaylaştırmıştır. Bu yönetmelikle birlikte, profesyonelce verilen evde sağlık hizmetleri için önemli bir düzenleme yapılmış, evde bakım hizmeti daha da önem kazanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Evde Bakım Hizmeti; sosyal hizmet kuruluşları ve belediyelerce verilen evde bakım hizmeti ve Sağlık Bakanlığı tarafından verilen evde sağlık hizmeti olarak sunulma kararı alınmıştır (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik RG 2005, Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usl ve Esasları Hakkında Yönerge, 2011). Evde sağlık hizmetlerinin Türkiye'deki tarihsel gelişimine bakıldığında, Evde Bakım Derneği'nin 18 Ağustos 2005'te kurulduğu görülmektedir. Ayrıca, lkemizde bu alandaki ilk kongre olan 1. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi'nin 2006 yılında düzenlendiği bilinmektedir. Bu girişimler, evde sağlık hizmetlerinin öneminin arttığını ve bu alanda çalışmaların yapıldığını göstermektedir. Devlet eliyle sunulan ilk evde bakım hizmetinin ise 2006'da Denizli'de kurulan "Evde Bakım Hizmetleri Birimi" aracılığıyla başlatıldığı belirtilmektedir. Bu birim, vatandaşlara evlerinde sağlık hizmeti sunarak, hastaların hastaneye gitmeden rahatça tedavi ve bakım alabilmelerini sağlamıştır. "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge", 1 şubat 2010 tarihinde yayımlanarak evde sağlık hizmetlerinin daha sistematik bir şekilde yürütülmesini sağlamıştır. Bu yönerge, evde sağlık hizmetlerinin standartlarını belirleyerek, kaliteli

ve etkin hizmet sunumunu desteklemiştir (Cayır, 2020).1 Şubat 2010 tarihli Yönergeye göre, evde sağlık hizmetinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleriyle birlikte genel veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin çatısı altında kurulan evde sağlık hizmeti birimleri aracılığıyla sunulması öngörülmüştür. Ayrıca, bu hizmetlerin toplum ve aile sağlığı merkezleri ile aile hekimleri aracılığıyla da gerçekleştirilmesi planlanmıştır (Işık, vd. 2016). Yönergede belirtilen diğer önemli bir nokta ise evde sağlık hizmetleri yönetiminin, birimler arasındaki iletişimin ve koordinasyonun, il sağlık müdürlüğünce kurulan koordinasyon merkezi aracılığıyla sağlanacağıdır. Bu sayede, evde sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yönetilmesi ve koordinasyonun sağlanması hedeflenmektedir (Işık, Kandemir, Erişen ve Fidan, 2016). Evde sağlık hizmetleri birimlerinin kurulmasıyla birlikte, bu alandaki hizmetlerde belirgin bir artış ve gelişme yaşandığı gözlemlenmiştir (Cayır, 2020). Bu birimler sayesinde, hastaların evlerinde ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine daha kolay ve etkili bir şekilde erişebilmesi sağlanmıştır. Bu da evde sağlık hizmetlerinin öneminin ve yaygınlığının artmasına katkı sağlamıştır.

Yönergelerdeki detaylar, evde sağlık hizmetlerinin kurumsal bir çerçevede organize edilmesini ve yönetilmesini belirli esaslara bağlamıştır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunumu, koordinasyonu ve verimliliğin artırılması açısından önemli bir rehberlik sunmaktadır. Bu düzenlemelerin, evde sağlık hizmetlerinin daha etkin ve erişilebilir olmasını sağladığı görülmektedir. Sonuç olarak Türkiye’de evde bakım hizmetleri, zamanın ihtiyaçları ve imkanları doğrultusunda revize edilerek hizmet kalitesinin artırıldığı görülmektedir.

2.1.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanması

Günümüzde sağlık hizmetlerinin evlere taşınması, hastaların konforunu ve bakım erişimini artıran önemli bir gelişme olarak kabul edilmektedir. Ancak, bu hizmetlerin avantajları ve sınırlılıkları dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu başlık altında, evde sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan avantajlar ve sınırlılıklar incelenecektir.

Avantajları:

1. Hastaların Konforu ve Rahatlığı: Evde sağlık hizmetleri, hastaların kendi ev ortamlarında tedavi ve bakım almalarını sağlar. Tanıdık bir çevrede olmak, tedavi sürecini olumlu yönde etkileyebilir ve hastaların psikolojik iyilik hali üzerinde olumlu etkilere sahip olabilir.
2. Erişilebilirlik ve Kolaylık: Evde sağlık hizmetleri, hastaların tedavi ve bakım hizmetlerine daha kolay erişmelerini sağlar. Özellikle uzun süreli bakım gerektiren hastalar için, sürekli hastaneye gitmek yerine evlerinde bakım almak daha pratik ve konforlu olabilir.
3. Aile İle Yakın İletişim: Evde sağlık hizmetleri, hastaların aileleriyle daha yakın bir ilişki içinde olmalarını sağlar. Bu, aile üyelerinin hastanın tedavi sürecine aktif bir şekilde katılmasını ve destek olmasını sağlayabilir.
4. Hastanın İtibar ve Özgürlüğünü Koruma: Evde sağlık hizmetleri, hastaların kendi yaşam tarzlarına ve günlük rutinlerine uyum sağlamalarını kolaylaştırır. Bu da hastaların onur ve özgürlüklerini korumalarına yardımcı olabilir.
5. Hastanın Hastane Ortamlarından Korunması: Zayıf bağışıklık sistemine sahip veya bulaşıcı hastalıklara duyarlı hastalar için, evde sağlık hizmetleri hastane ortamlarından kaçınarak enfeksiyon riskini azaltabilir. (Taşkın Koç, 2023)

Sınırlılıkları:

1. Ekipman ve Kaynak Sınırlamaları: Evde sağlık hizmetlerinin etkinliği, hastanın evinde gerekli tıbbi ekipman ve kaynakların bulunabilirliğine bağlıdır. Eksik ekipman veya kaynaklar, tedavi seçeneklerini sınırlayabilir.
2. Profesyonel Bakımın Sınırlı Olması: Evde sağlık hizmetlerinde, hastanın sürekli bir sağlık uzmanı gözetiminde olması mümkün olmayabilir. Bu

durumda, tedavi süreci ve sağlık durumu hakkında eksik veya yanlış bilgi alınabilir.

3. Acil Durumlarda Tepki Verme Zorluğu: Evde sağlık hizmetleri, acil durumlar için hızlı bir müdahaleyi zorlaştırabilir. Beklenmeyen tıbbi acil durumlarla başa çıkmak, sağlık personeli için zorlu olabilir.
4. Sosyal ve Psikolojik Destek Eksikliği: Evde sağlık hizmetleri alan hastalar, hastane ortamlarında sunulan sosyal ve psikolojik desteğin eksikliğini hissedebilirler. Bu da psikolojik iyilik hali ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir.
5. Hastanın Aile Üyelerinin Yükü: Evde sağlık hizmetleri, hastanın bakımını üstlenen aile üyeleri üzerinde ek bir yük oluşturabilir. Bu durum, aile içi ilişkileri ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir (Engür, 2023).

Sonuç olarak, evde sağlık hizmetlerinin avantajları ve sınırlılıkları, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve hastaların bakımında dikkate alınması gereken önemli faktörlerdir. Her durumda, hastanın ihtiyaçlarına ve sağlık durumuna en uygun bakım şeklinin belirlenmesi önemlidir.

2.1.4. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Özellikleri

Evde sağlık hizmetleri, çeşitli sağlık sorunlarına sahip olan ve hastanede yatmak zorunda olmayan bireyler için büyük bir kolaylık sağlar. Ancak, evde sağlık hizmetlerinden kimlerin faydalanabileceği konusu, belirli gruplar ve ihtiyaçlar göz önüne alınarak dikkatle ele alınmalıdır. Evde sağlık hizmetlerine başvurup bu hizmetlerden faydalanabilecek grupları incelediğimizde, öncelikle bakım ihtiyacı olan gruplar dikkat çeker. Yaşlılar, engelliler ve yatağa bağımlı veya yarı bağımlı bireyler, bu kapsamda değerlendirilir. Bu bireylerin günlük bakım ve tıbbi ihtiyaçlarının evlerinde karşılanması, onların yaşam kalitesini artırır ve ailelerine destek olur (Hafalır, 2023).

Laboratuvar tetkiki gereken hastalar da evde sağlık hizmetlerinden faydalanabilirler. Hastanede yatış gerektirmeyen ancak düzenli tetkikler gerektiren durumlar, evde sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilir ve bu hizmetler hastanın evine kadar götürölerek sağlanır. Hastaneden taburcu edildikten sonra takip ve tedavi gereken hastalar da evde sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler. Özellikle cerrahi müdahale sonrası iyileşme sürecinde olan hastaların evde düzenli olarak takip edilmesi, komplikasyon riskini azaltır ve iyileşme sürecini hızlandırır. Son dönem kanser hastaları ve palyatif bakım ihtiyacı olanlar da evde sağlık hizmetlerinden önemli bir şekilde faydalanır. Evde sunulan bakım ve destek, hastanın rahatlamasına ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlar. (Hafalır, 2023).

Nörolojik hastalıklara sahip bireyler, özellikle serebrovasküler hastalık, kas hastalığı ve Alzheimer hastalığı gibi durumlar evde sağlık hizmetlerinden yararlanabilirler. Bu hastaların evde düzenli olarak takip edilmesi ve gerekli bakımın sağlanması, hastalığın seyrini kontrol altında tutmada önemli bir rol oynar. Evde sağlık hizmetlerinden faydalanabilecek diğer gruplar arasında hemşirelik hizmeti ihtiyacı olanlar, kronik hastalıklara sahip olanlar (kalp ve damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, KOAH vb.), yatak yarası gibi yara bakımı gerektirenler, intramusküler/subkutan enjeksiyon tedavisi alanlar, Foley sonda tedavisi alanlar ve ağız ve diş sağlığı tedavisi ihtiyacı olanlar da bulunur. Bu gruplar, evde sağlık hizmetlerinden faydalanarak hastanede yatmak zorunda kalmadan sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilirler. Bu da hem sağlık sisteminin yükünü hafifletir hem de hastaların yaşam kalitesini artırır. Ancak, evde sağlık hizmetlerinin verilmesi sürecinde hastanın gereksinimlerinin doğru bir şekilde belirlenmesi ve profesyonel sağlık ekibi tarafından uygun bir şekilde yönetilmesi önemlidir. Bu sayede hastaların ihtiyaçlarına uygun ve etkili bir şekilde hizmet sunulabilir (Hafalır, 2023).

2.2. BAKIM VERME VE BAKIM HİZMETLERİ

Bakım kavramı, bir şeyin sürdürölülebilir gelişimi ve iyi durumda kalması için sarfedilen emeği ifade eder. İnsan ihtiyaçlarından biri olan bakım, karşılıklı ilişki ve güvene dayanan, duygusal ve ahlaki boyutları olan, bilimsel bilgi ve özelleşmiş psikomotor beceriler gerektiren derin bir süreçtir (Dinç, 2010). Bakım verme, sadece yardım

etmekle kalmaz, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve maddi destek de sağlar. Bu bakım, formal veya informal olarak sunulabilir. Formal bakım, belirli bir ücret karşılığında veya gönüllü olarak huzurevleri, yardım kuruluşları, dernekler, özel hastaneler gibi kuruluşlar aracılığıyla sağlanırken, informal bakım ise, genellikle maddi karşılık beklenmeksizin aile bireyleri veya yakınlar tarafından sunulur. Bakım hizmetleri ise, bakıma muhtaç bireylere evde veya kurumsal ortamda sunulan profesyonel destek hizmetlerini ifade eder. Bu hizmetler, bireyin yaşam kalitesini sürdürmek veya iyileştirmek amacıyla mesleki eğitim almış bakım elemanları veya geleneksel bakıcılar tarafından sunulur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bakımı kişisel bakımını sağlayamayan bireylerin desteklenmesi olarak tanımlamaktadır. Bu destek, aile, akraba veya uzmanların yardımına gereksinim duyulan aktiviteleri içermektedir (Oğlak, 2007). Bakım hizmetleri, amaçları, süreleri, sunuldukları yerler ve sunanların durumlarına göre farklılık gösterebilir. Temel amacı, bireyin bağımsız yaşamını sürdürebilmesini sağlamaktır. Bu hizmetler, barınma, beslenme, kişisel hijyen, tedavi desteği gibi fizyolojik ihtiyaçları içerir. Bakıma muhtaç bireylerin ihtiyaçlarını karşılayamama durumu, sosyal bir risk olarak değerlendirilir. Yaşlılık, kronik hastalık ve özürlülük gibi faktörler, bakıma muhtaçlık riskini artırır (Karataş, 2011).

Dünya genelinde nüfusun yaşlanmasıyla birlikte, bakıma muhtaçlık riskiyle başa çıkmak için yeni hizmet modelleri geliştirilmektedir. Bakım güvencesi, bireylere ekonomik, sosyal, tıbbi ve psikolojik destek sağlayarak bu ihtiyaçları karşılamayı amaçlar. Son yıllarda, yaşlı nüfusun, kronik hastalıkların ve engellilik oranlarının artmasıyla birlikte, sağlık bakımına olan ihtiyaçlar da artmıştır. Bu durum, evde bakımın önemini daha da vurgulamıştır. Evde bakım, hastane ortamından uzaklaşarak aileleriyle birlikte daha rahat bir ortamda olmalarını sağlar ve anksiyeteden uzaklaşmalarına yardımcı olur. Bakım vericilerin kimlikleri, yaşadıkları çevre, kültürel arka plan ve maddi durum gibi faktörler, bakım verme sürecini derinden etkiler (Atagün vd, 2011). Evde bakım vericilerinin nitelikleri, sağladıkları hizmetlerin kalitesini ve etkinliğini belirler. Bu nedenle, bakım vericilerin eğitimi, yetkinlikleri ve deneyimleri büyük önem taşır. Bakım vericilerin ihtiyaç duyduğu desteği sağlamak ve bakım sürecini iyileştirmek için, onların gereksinimleri ve kapasiteleri de dikkate alınmalıdır.

Bakım verme, bireyi bütünsel ve çok yönlü bir perspektifle değerlendirerek ihtiyaçlarına uygun bakım sürecini planlamayı, yürütmeyi ve hastanın duygusal, fiziksel, sosyal ve maddi gereksinimlerini karşılamayı içerir. Özellikle primer bakım verenleri etkileyen bu süreç, hem fiziksel hem de duygusal yönden bakım verenleri etkileyebilir (Aşiret Duru 2011). "Bakım verici yükü" terimi, bakım verenin bedensel, duygusal, sağlık, ekonomik ve sosyal açıdan karşılaştığı zorlukları ve aile ilişkilerinin etkilenmesini tanımlar (Koçak, 2011). Bu yük, genellikle bedensel ve duygusal boyutta ortaya çıkar ve profesyonel destek için önemli bir rehberlik sağlar. Bakım verici yükü, genellikle iki ana başlık altında incelenir ve farklı yük türleri, bakım verenin ihtiyaçlarına ve bakım sürecinin yönetimine ilişkin farklı stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olabilir. Bakım verici yüküne ilişkin farkındalık, hem bakım verenlerin hem de bakıma ihtiyacı olan bireylerin yaşam kalitesini artırabilir ve daha etkili bakım süreçleri oluşturabilir (Yüksek Kalav, 2011).

Bu kapsamda bakım verme eylemi hem objektif hem de subjektif sonuçları olan karmaşık bir süreç olarak ifade edilebilmektedir. Objektif sonuçlar bağlamında, bakım verenin yaşamında meydana gelen değişimleri ve bakım sırasında yaşadığı zorlukları içerirken, subjektif sonuçlar daha çok psikolojik alandaki etkileri tanımlamaktadır. Günümüzde ailenin yapısal değişimleri, özellikle kadınların hem iş yaşamında hem de evde roller üstlenmelerini gerektiren birçok sorumluluğu aynı anda yönetmelerine neden olmaktadır. Bu durum, bakım verenlerin yaşadığı yükü artırabilir ve fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorluklara sebep olabilir. Bu zorluklar, kişisel isteklerin ihmal edilmesine, bireysel ihtiyaçların karşılanamamasına ve genel yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir. Bakım verici stresi, genellikle birincil ve ikincil stres olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır. Birincil stres, doğrudan hastaya bakım verme sürecinde yaşanan stresken, ikincil stres daha dolaylı etkileri kapsar ve genellikle primer bakım verenin yaşamında çeşitli zorluklara neden olabilir. Bakım verici stresini artıran faktörler arasında gençlik, kadınlık, düşük gelir düzeyi, yetersiz sosyal ve psikolojik destek ve tek başına bakım verme gibi durumlar bulunmaktadır. Bu durum, bakım verenlerin çoğunun kadın, orta yaşlı ve genellikle daha önce çalışma hayatında yer almış olmaları gibi belirgin özelliklerle ilişkilidir. Bakım verme süreci, yatağa bağımlı hastaların ihtiyaçlarının karşılanması için önemlidir. Ancak, bu süreç hem bakım alan hastalar hem de bakım verenler için zorlayıcı olabilir. Bu nedenle,

sağlık sistemlerinin ve toplumun, bakım verenlere destek sağlamak ve bu zorlu süreci yönetmelerine yardımcı olmak için etkili politikalar geliştirmesi önemlidir (Sıkılmaz, 2018).

Bakım verme sürecinde, yardımcı olan kişiler genellikle hastanın ailesi veya yakınları arasından seçilmesiyle beraber bazı durumlarda bu hizmet karşılığında ücret alınabilir (Sıkılmaz, 2018). Bakım verenin kim olduğu değil, bakım işine gönüllü olması ve uygun destek alanlarını bilmesi, bakım verme sürecini kolaylaştıran önemli unsurlardır. Bakım veren, formal sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olmalı ve bakım sürecine aktif olarak katılmalıdır. Bakım verenin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve sağlık ekibinden rehberlik alması, bireylerin yaşadığı sıkıntıları azaltabilir. Literatüre göre, bakım verenlerin, bakımın farklı boyutları hakkında bilgi edinmeye ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (Diker, 2000).

Kronik hastalığı olan bireylere evde bakım veren aile üyelerinin gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, aile üyelerinin çoğunun ev içi rollerinde değişiklik yaşadığı, yorgunluk hissi yaşadığı ve sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendiği gözlemlenmiştir. Bakım verenlerin çoğunun eğitim veya bilgilendirme almadıkları ve bakımın sonucunda kendi zamanlarına ayıramadıkları, aile, iş ve sosyal yaşantılarının olumsuz etkilendiği görülmektedir. (Bayramova, 2008). Profesyonel anlamda yardım için başvuru alan en yaygın kişilerden biri hemşirelerdir. Hemşireler, hastaların ve bakım verenlerin ihtiyaçlarını belirlemeye yardımcı olabilir ve bakım planlarını oluşturabilirler (Gölbaşı, 2003). Hemşirelik, insan ihtiyaçlarına odaklanan ve sürekli gelişen bir meslektir ve çağdaş hemşirelik anlayışında birçok role sahiptir. Bakım hastalarıyla ilgili hemşirelik alanında birçok yayın bulunmasına rağmen, hekimlik alanında daha az yayın bulunmaktadır. Ancak, bakım hastalarının popülasyonu giderek artmakta ve bakım kalitesinin iyileştirilmesi için bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Aslan ve Gökçe, 1999).

Evde bakım hizmetleri, özürlü, yaşlı ve mevcut süreçte çeşitli rahatsızlıkları olan ve hastalık sonrası iyileşme sürecinde olan bireylere, bulundukları ortamda destek sağlayarak sosyal yaşama uyum sağlamalarını, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir şekilde sürdürmelerini ve topluma entegre olmalarını amaçlayan bir hizmet modelidir.

Bu hizmetler, bakıma ihtiyaç duyan bireylerin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadınların üzerindeki yükü hafifletmeyi de içerir. Evde bakım hizmetleri, birey ve aileye psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetlerini kapsamaktadır. Ayrıca, sosyal hizmetler de bu modelin önemli bir parçasıdır. Bu hizmetler, bireylerin ve ailelerin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklarla baş etmelerine yardımcı olmayı hedefler. Böylece, bakıma ihtiyaç duyan bireylerin bakım süreçleri daha etkili ve insancıl bir şekilde yönetilebilir. Bu model, bireyin ihtiyaçlarına ve ailenin dinamiklerine özel olarak şekillendirilir. Her bireyin ve her ailenin ihtiyaçları farklı olduğundan, Evde bakım hizmetleri kişiselleştirilmiş bir yaklaşım gerektirir. Bu yaklaşım, bireyin ve ailenin özgünlüğünü ve değerlerini dikkate alırken, onlara uygun destek ve bakımı sunmayı amaçlar (Danış, 2006).

2.2.1. Bakıma Muhtaç Bireyler

İnsan yaşamının ilk aşamalarından itibaren, ihtiyaçlarının karşılaması ve karşılaması için çaba göstermektedir. Ancak, bazı bireyler zihinsel, fiziksel veya ruhsal engellerle karşı karşıya kalarak bu ihtiyaçları karşılamakta güçlük çekmektedirler. Bakıma muhtaç bireyler, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getiremeyen ve başkalarının yardımına gereksinim duyan kişilerdir. Bu muhtaçlık derecesi, bireyin yaşadığı kısıtlılığın derinliğiyle doğru orantılıdır. Doğuştan veya sonradan ortaya çıkan bedensel veya zihinsel engeller, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirmeyi zorlaştırır. Bakıma muhtaç bireyler, yaşamın temel gereksinimlerini yerine getirmekte yardıma ihtiyaç duyarlar. Bu durum, özgüvenlerini ve özerkliklerini olumsuz yönde etkileyebilir ve kısa veya uzun vadede bakım hizmetlerinin önemini ortaya çıkarmaktadır. Bakıma muhtaçlık kavramı genel bir ifade ile çeşitli sosyal riskler veya sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşayan ve başkalarının desteğine gereksinim duyan bireyleri ifade etmektedir. Bu durum, bireylerin psikolojik ve sosyal yaşamlarını etkileyebilir ve bakım hizmetlerinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bakıma muhtaçlık derecesi, bireyin özür düzeyine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak değişir. Bazı bireyler, yaşamın temel aktivitelerini yerine getirebilmek için sürekli bir yardıma ihtiyaç duyarken, diğerleri daha az destekle yaşamlarını sürdürebilirler. Bu nedenle, bakıma muhtaçlık derecesi kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir. Ülkemizde, bakıma muhtaç bireylerin tespiti

ve derecelendirilmesi belirli kurullar tarafından yapılmaktadır. Bu değerlendirmeler, bireyin yaşadığı ömrün türüne, derecesine ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme kabiliyetine bağlı olarak yapılır. Bakıma muhtaç bireylerin belirlenmesi, onlara gereken destek ve hizmetlerin sağlanması açısından önemlidir (Oğlak, 2007).

Kronik hastalık çerçevesinde gelişen bakıma muhtaçlık durumu, bireyin hayatında derin etkilere yol açan, fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda sorunlar yaratan bir durumdur. Hastalık, sadece bireyin bedenini etkilemekle kalmaz, aynı zamanda ruh halini, sosyal ilişkilerini ve genel yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Öncelikle, kronik hastalığın bireyin yaşamını nasıl etkilediğine değinmek önemlidir. Kronik hastalıkların yaygınlığına bakıldığında, ülkemizde bu tür hastalıklara sahip olanların oranının %9,70 olduğu görülmektedir. Özellikle yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan sağlık sorunları, kronik hastalıklara yakalanma riskini artırır. Fiziksel kısıtlamalar, ağrılar, bilişsel bozukluklar ve diğer sağlık sorunları, yaşlıların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkiler. Kronik hastalığa sahip bireylerin bakımı, genellikle aileler tarafından üstlenilir. Ancak, bu durum aile üyeleri üzerinde ciddi bir stres yaratır. Özellikle ruhsal hastalıkları olan bireylerin bakımı, aile üyeleri için daha zorlayıcı olabilir (Kayahan ve Sertbaş, 2007). Aileler, hastanın tedavisi ve bakımı konusunda çeşitli zorluklarla karşılaşabilir ve bu durum aile içi ilişkileri de olumsuz etkileyebilir. Kronik hastalıkların tedavisi, sadece tıbbi müdahaleleri içermez. Aynı zamanda hastanın ve ailesinin sosyal, psikolojik ve ekonomik ihtiyaçlarını da karşılamayı gerektirir. Bu nedenle, kronik hastalıklarla mücadelede multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi önemlidir. Kronik hastalıkların yönetiminde sistem modeli yaklaşımların benimsenmesi gerekmektedir. Bu yaklaşımlar, toplum kaynaklarıyla bağlantılı olmalı, tıbbi bakımın organizasyonunu ve bireysel yönetim desteğini içermelidir. Ayrıca, karar desteklenmeli ve klinik bilgilendirme sistemleriyle desteklenmelidir (Karataş, 2011).

Yaşlılık ise, insan yaşamının kaçınılmaz bir evresidir ve beraberinde bir dizi bakım ihtiyacını getirmektedir. Günümüzde, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, yaşlı bakımı ve rehabilitasyonu alanında yeni yaklaşımlar ve hizmet modelleri geliştirilmektedir. Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan hastalıkların artması, günlük aktivitelerde destek ihtiyacını arttırmaktadır. Yaşlılık kavramı, genellikle 65 yaş ve üzeri için kullanılsa

da, 60 yaş sonrası yaşlanma süreci başlamaktadır. Özellikle Avrupa'da yaşlı nüfusun oranı giderek artmakta ve bu durum, yaşlı bakımıyla ilgili yeni stratejilerin oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır. Türkiye'de de yaşlı nüfusun oranı artmaktadır ve bu, yaşlı bakımı konusunda yeni yaklaşımların geliştirilmesini gerektirmektedir. Yaşlılık döneminde, sosyal çevre koşulları ve fizyolojik yeteneklerin sağlanması daha da önem kazanmaktadır (Özer ve Fadiloğlu, 2006). Bu nedenle, yaşlılara sunulan sağlık ve sosyal hizmetlerin bütüncül bir yaklaşımla sunulması gerekmektedir. Yaşlıların sağlığının korunması ve yaşam kalitelerinin artırılması için erken tanı ve müdahale önemlidir (Kayahan ve Sertbaş, 2007). Yaşlılık dönemi, birçok fizyolojik ve psikolojik değişikliği beraberinde getirir. Bu dönemde yaşlı bireylerin, sosyal izolasyon, depresyon ve anksiyete gibi sorunlarla başa çıkmaları gerekebilir. Bu nedenle, yaşlılara sunulan hizmetlerin, bireyin ihtiyaçlarına ve kabiliyetlerine uygun olarak tasarlanması önemlidir. Yaşlı bakımı genellikle aile içinde gerçekleştirilmektedir. Türk aile yapısında, yaşlı bakımı genellikle aile fertlerinin sorumluluğu olarak görülmektedir. Ancak, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, profesyonel yaşlı bakım hizmetlerine olan ihtiyaç da artmaktadır. Bu noktada, yaşlıların bakımı için etkili ve düşük maliyetli hizmet modellerinin geliştirilmesi önem taşımaktadır. bu bağlamda, yaşlılık dönemi, toplumun sağlık ve sosyal hizmet politikalarında özel bir öneme sahiptir. Yaşlılara sunulan hizmetlerin, bireyin ihtiyaçlarına ve yaşam kalitesine odaklanması, yaşlıların yaşamını bağımsız ve huzurlu bir şekilde sürdürebilmelerini sağlayacaktır (Karataş, 2011).

2.2.2. Bakım Yüğü

Bakım yüğü, bakım verenlerin karşılaştığı zorlukları ifade etmektedir. Bu yük, hem nesnel hem de öznel boyutlarda ele alınır. Nesnel yük, bakım verenin yaşadığı olumsuz deneyimleri içerirken, öznel yük ise bakım verenin duygu ve algılarıyla ilgilidir. Bakım verme süresi, bakım verenin cinsiyeti, eğitim düzeyi, ekonomik durumu ve bakım alan kişinin sağlık durumu gibi faktörler, bakım yükünü etkileyen önemli unsurlardır.

Bakım yüğü, hem hastane hem de ev ortamında hastaya bakım veren kişiler için oldukça zorlayıcı bir süreçtir. Bu süreç, bakım verenlerin fiziksel, duygusal ve sosyal

açından çeşitli zorluklarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Bakım verenlerde yemek yeme sorunları, vücut ağrıları, sürekli yorgunluk ve uykusuzluk gibi şikayetler sıkça görülmektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007). Bu sorunlar, objektif ve subjektif yük olmak üzere iki ana kategoride incelenmektedir. Diğer bir deyişle objektif yük, somut olarak gözlemlenebilen yüküdür. Hastalığın neden olduğu maddi kayıplar, bakım vericinin sosyal hayatında kısıtlılıklar, ev içinde yaşanan sorunlar gibi net olarak görülebilen yükler objektif yük olarak tanımlanır. Subjektif yük ise, bakım vericinin duygusal durumunu ifade eder. Bakım vericinin bakım sırasında hissettiği stres, kaygı, üzüntü gibi duygusal durumlar subjektif yük olarak adlandırılır. Bu yük, bakım vericinin kişisel algısını içerdiği için gözlemlemesi daha zordur (Ural ve Ayyıldız, 2021).

Fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yük olmak üzere dört ana başlık altında incelenen bakım yükü, bakım vericinin yaşamını derinden etkilemektedir. Fiziksel yük, baş ağrısı, kronik yorgunluk gibi somatik şikayetleri içerirken, psikolojik yük stres, anksiyete, tükenmişlik gibi duygusal durumları kapsar. Sosyal yük, bakım vericinin sosyal yaşamında meydana gelen kısıtlılıkları ifade ederken, ekonomik yük ise bakımın getirdiği ekonomik sorunları içerir. Bakım yükünü etkileyen faktörler arasında bakım vericinin kişisel özellikleri, hastayla aynı evi paylaşma durumu, bakım süresi, karmaşık duygular yaşaması, hastalığa sahip olması gibi faktörler önemlidir. Bu faktörler, bakım vericinin yaşam kalitesini etkiler ve bakım sürecini daha da zorlaştırabilir. Bu nedenle, bakım sürecinde bakım verenlerin ihtiyaçları da göz önünde bulundurulmalı ve gerekli destek sağlanmalıdır. Bakım verenlerin yaşadığı zorlukları anlamak ve onlara destek olmak, daha sağlıklı ve sürdürülebilir bir bakım süreci için önemlidir. Bu bağlamda, bakım verenlere yönelik yapılan araştırmalar ve destek programları, bu alanda atılacak adımların belirlenmesinde önemli bir role sahiptir (Cohen vd., 2021).

2.2.3. Bakım Veren Birey

Evde bakım hizmeti sunan bakıcılar genellikle aile içinde kadınlar tarafından üstlenilmektedir. Bu durum, kadınların ev işleri, çocuk bakımı gibi ek sorumluluklarıyla birlikte fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarla karşılaşmalarına

neden olabilmektedir. Evde sunulan bakım hizmetinin kalitesi ve etkinliği, bakıcıların anlayışı ve becerisine bağlıdır. Aile bireyi bakıcılar genellikle özürlü bakımı konusunda profesyonel eğitim almamış kişilerdir. Türkiye'de, evde bakım yardımı hizmeti yalnız yetişkinler için değil çocukları da kapsamakta ve bakıcılardan belirli eğitim veya sertifika talep edilmemektedir. Bu durumda, sunulan bakım hizmetlerinin niteliği, bakıcının sosyo-ekonomik durumu, kültürel anlayışı, ruh sağlığı ve aile yaşantısı gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir (Işık, 2013).

Bakıcı aile bireyi, bakım sunma faaliyetlerini ve sorumluluklarını üstlenmiş kişidir. Ev işlerini düzenleme, kişisel bakım, tıbbi destek, finansal yönetim gibi görevler bakım hizmetinin bir parçasıdır. Ancak, başkasının bakım sorumluluğunu üstlenmek ve bunu sürekli olarak yapmak, uzun vadede tükenmişlik durumuna yol açabilir. Aile bireyi bakıcılar, genellikle bakım rolünü tek başlarına üstlenmek durumunda kaldıkları için bakım yükü altında ezilebilirler. Bu durum, sosyal ilişkilerden ve kişisel faaliyetlerden feragat etmelerine neden olarak stres, anksiyete ve depresyon gibi durumlarla sonuçlanabilir. Aile bireyi bakıcılar, uzun vadeli bir süreç olan evde bakım sorumluluğunun kendilerine yüklediği rolleri yerine getirmek için çaba sarf etmektedirler. Evde bakım hizmeti sunan aile bireyi bakıcılar, aşığıdaki sorumlulukları üstlenmek durumundadırlar (Ural ve Ayyıldız, 2021),

1. Bakıma muhtaç kişiyi bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmek ve sosyal ilişkilerinin devam etmesini sağlamak.
2. Kişinin bireysel ihtiyaçlarına göre bakım planı hazırlamak ve kişisel tercihleri önemsemek.
3. Kişinin bağımsızlığını destekleyen bir yaklaşım sergilemek.
4. İnsan sevgisi ve hoşgörüsü ile donanmış olmak.
5. Sabırlı, özverili ve psikolojik açıdan dayanıklı olmak.

Bakıma muhtaç bireylere kendi yakınları tarafından bakım verilmesi, onların psikolojik ve fizyolojik açıdan daha iyi hissetmelerini sağlayabilir. Ancak, ileri yaş, iş durumu ve sosyal destek eksikliği gibi riskler, bakım verenlerin yaşadığı zorlukları artırabilir. Bu nedenle, bakım verenlerin desteklenmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması önemlidir (Özer ve Fadiloğlu, 2006).

Bakım, sadece ihtiyaç sahiplerine sunulan bir hizmetten ibaret olmayıp aksine, bakım verenlerin kendi ihtiyaçlarını da içermektedir. Bakım verenler, kendi ihtiyaçlarını göz ardı etmemeli ve bu ihtiyaçları önemsiz veya engelleyici olarak görmemelidir. Kendi ihtiyaçlarını karşılamamanın, tutarlı ve dengeli bir yaşamın temelini oluşturduğu ve bakım verilen kişilere karşı olası negatif duyguların önlenmesine yardımcı olduğu unutulmamalıdır. Bir bireyin kendi saygısı, kendini değerli hissetmesi, kişisel gelişimi ve tatmin sağlaması, başkaları için fedakarlık yapma konusundaki motivasyonunu artırabilir. Bireyin psikolojik ve sosyal yaşantısının uyum içinde olması son derece önemlidir. Bu dengeyi sağlamak, bakım veren kişinin çabalarının kendisi için olumlu sonuçlar doğurmasını sağlar. Başkalarının mutluluğu, kişinin kendi mutluluğunu artıracak önemli bir faktördür (Karataş, 2011). Başka birinin mutluluğu, kişinin kendi yaşamına anlam katar ve onu motive eder. Kendi ihtiyaçlarına öncelik vermek, bakım verenin daha sağlıklı ve dengeli bir şekilde bakım vermesini sağlar. Bu bakımdan, bakım verenin kendi ihtiyaçlarını karşılama ve kişisel gelişime odaklanma hakkı ve gerekliliği vardır. Bakım verenin kendi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurması ve bunlara zaman ayırması, hem kendisi için hem de bakım verdiği kişi için daha sağlıklı bir ilişki ve bakım süreci sağlar. Bu dengeyi korumak, bakım verenin fiziksel ve duygusal sağlığını korumasına yardımcı olur ve daha etkili bir bakım sağlama yeteneğini artırır (Işık, 2013).

Modernizm ve neoliberal düşünce yapısının hüküm sürdüğü toplumlarda, medyanın etkisiyle sağlıklı, genç, güzel ve başarılı olmanın öne çıkarıldığı bir ortam oluşmuştur. Bu durum, belirli özellikleri taşımayan bireyleri gizli bir şekilde dışlayabilir (Cohen ve Diğ, 2021). Modern yaşam tarzı, "ne kadar üretip tüketiyorsan o kadar değerlisin" anlayışını benimsemiş durumdadır ve gençlik ile sağlığın ön planda olduğu bir algı oluşturmuştur. Bu algı, özürlü, yaşlı veya hasta bireylerin toplumda dışlanma riskiyle karşı karşıya kalmasına neden olabilir. Ömür boyu bir özürlü veya kronik bir hastalığı

olan bireyler için, modern yaşam hem kolaylık sağlayabilir hem de bazen acı verici olabilir. Sosyal yaşamda gerekli düzenlemelerin yapılamaması ve tedbirlerin alınamaması, özürlü bireyleri dışlanmış hissettirebilir ve toplumdan izole olmalarına neden olabilir. Sanayi devrimi sonrasında, toprağa dayalı üretim azalmış ve kırsal alanlardan kentlere büyük bir nüfus akışı başlamıştır. Bu durum, aile yapılarında da değişime neden olmuştur (Karataş, 2011). Sanayi toplumunun koşulları, geleneksel değerlerin zayıflamasına ve çekirdek aile yapılarına dönüş yaşanmasına yol açmıştır. Aile içi rollerin değişmesi ve ailelerin küçülmesi, bakıma muhtaç bireyler için aile dışından destek almayı kaçınılmaz hale getirmiştir. Aile içindeki dönüşüm nedeniyle, modern kent yaşamında bakıma muhtaç bireylerle başa çıkmak pek çok sorunun üstesinden gelmeyi gerektirir (Cohen ve Diğ, 2021).

2.2.4. Bakım Veren Bireylerin Gereksinimleri

Evde bakım hizmeti sunan aile bireylerinin yaşadığı sorunlar, psikolojik, sosyal, ekonomik ve fiziksel olmak üzere dört ana başlık altında incelenebilir. Bu bağlamda, bakım verenlerin yaşadığı zorluklar, hem bireylerin kendi sağlıkları hem de bakım alıcılarıyla ilişkileri açısından önemli bir konudur (Ural ve Ayyıldız, 2021). Fizyolojik psikolojik ve sosyal ihtiyaçlar, bakım veren bireylerin sağlık ve refahlarını korumak için önemli bir role sahiptir. Ayrıca ekonomik imkanlar da bu bağlamda önemli bir kistas oluşturmaktadır. Bakım verenlerin fizyolojik ihtiyaçları, genellikle bakım sürecinin yoğunluğu ve stresi altında dikkate alınmalıdır. Özellikle uzun süreli bakım süreçlerinde, bakım verenlerin düzenli ve dengeli beslenmeye, yeterli uyku almaya, düzenli egzersiz yapmaya ve kişisel bakımlarına önem vermeleri önemlidir. Psikolojik ihtiyaçlar, bakım verenlerin duygusal sağlığını ve zihinsel refahını kapsar. Bakım verenler, sıklıkla stres, endişe, yorgunluk ve hatta depresyon gibi duygusal zorluklarla karşılaşabilirler. Bu nedenle, duygusal destek, anlayış ve kabul önemlidir (Ural ve Ayyıldız, 2021). Bakım verenlerin duygusal ihtiyaçlarının karşılanması için destek gruplarına katılma, danışmanlık hizmetleri almak veya sosyal destek ağlarından faydalanma gibi kaynaklara erişim sağlanmalıdır. Ayrıca, bakım verenlerin zamanlarını dinlenmeye ayırmaları ve kendi zevk aldıkları aktivitelere zaman ayırmaları da psikolojik iyilik hali için önemlidir. Sosyal ihtiyaçlar, bakım verenlerin sosyal etkileşimde bulunma, destek alma ve topluma dahil olma gereksinimlerini

içerir. Bakım verenler, zamanlarının büyük bir kısmını bakım vermekle geçirebilirler ve bu durum sosyal izolasyona yol açabilir. Bu nedenle, bakım verenlerin sosyal ilişkilerini sürdürmeleri teşvik edilmelidir. Aile üyeleri, arkadaşlar veya profesyonel destek grupları, bakım verenlere sosyal destek sağlayabilir ve onların sosyal bağlarını korumalarına yardımcı olabilir. Bakım verenlerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması, hem kendi sağlıkları hem de bakım verdikleri kişilerin refahı açısından önemlidir. Bu nedenle, bakım verenlere destek sağlayan kurumlar ve toplum, bu ihtiyaçları göz ardı etmeden sağlıklı bir bakım süreci için gerekli önlemleri almalıdır. Ayrıca, bakım verenlerin sıklıkla karşılaştığı zorluklarla baş etme becerilerini güçlendirmek için eğitim ve kaynaklara erişim de sağlanmalıdır (Işık, 2013). Özellikle bakım verenlerin, bakım verdikleri kişinin özel sağlık durumu veya ihtiyaçlarına uygun bilgi ve becerilere sahip olmaları önemlidir. Eğitim programları ve danışmanlık hizmetleri, bakım verenlere bu konuda yardımcı olabilir ve onların daha etkili bir şekilde başa çıkmalarını sağlayabilir.

Bakım verenlerin ihtiyaçlarını anlamak ve karşılamak, genel toplum sağlığı ve refahı için de kritik öneme sahiptir. Bu bireylerin sağlığına dikkat edilmesi, toplumun genel sağlığını olumlu yönde etkileyebilir. Bu bağlamda, kamu politikalarının, sağlık sistemlerinin ve sosyal hizmet kurumlarının, bakım verenlere destek ve kaynak sağlama konusunda etkili stratejiler geliştirmesi önemlidir. Bu bağlamda, bakım verenlerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması, sadece bireyin kendi sağlığı için değil, aynı zamanda verdikleri bakımın kalitesi ve sürekliliği açısından da kritiktir. Toplumun, bu önemli bireyleri destekleme ve onların ihtiyaçlarına duyarlılık gösterme sorumluluğu vardır (Karataş, 2011).

2.3. ÖZ YETERLİK

Öz yeterlik, bireyin belirli bir görevi veya durumu başarma konusundaki inancını ifade eder. Bakım veren bireylerin öz yeterliği, sağladıkları bakımın kalitesini, sürekliliğini ve etkinliğini doğrudan etkileyebilir. Bakım verenlerin öz yeterlik düzeyi, sağladıkları bakımın niteliği üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yüksek öz yeterlik düzeyine sahip olan bakım verenler, karşılaştıkları zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkabilirler. Öz yeterlikleri arttıkça, bakım verenlerin motivasyonu ve işlevselliği de artabilir. Öz

yeterlik, bakım veren bireylerin stresle başa çıkma becerilerini de etkiler. Zorlu bakım süreçleriyle karşılaştıklarında, yüksek öz yeterlik düzeyine sahip olan bireyler, daha olumlu bir tutum sergileyebilirler. Bu da bakım verenlerin duygusal ve psikolojik refahlarını artırabilir. Ayrıca, bakım verenlerin öz yeterlik algısı, kendilerine olan güvenlerini artırabilir. Kendine güvenen bakım verenler, bakım sürecinde daha etkin bir rol üstlenebilirler. Bu da hem bakım verenin hem de bakım alan kişinin yaşam kalitesini artırabilir (Akgül, 2008).

Bakım verenlerin öz yeterlik düzeylerini artırmak için çeşitli destek ve kaynaklar sağlanabilir. Eğitim programları, destek grupları ve danışmanlık hizmetleri, bakım verenlere gerekli bilgi ve becerileri kazandırabilir ve öz yeterlik düzeylerini artırabilir. Evde sağlık hizmetleri ve bakım veren bireylerin gereksinimleri göz önüne alındığında, öz yeterliğin önemi oldukça büyüktür. Bakım verenlerin öz yeterlik algısının güçlendirilmesi, sağladıkları bakımın kalitesini artırabilir ve bakım sürecinde daha olumlu sonuçlar elde edilmesine yardımcı olabilir. Bakım veren bireylerin öz yeterliklerini artırmak için çeşitli stratejiler ve yaklaşımlar kullanılabilir (Gözüm, 1999). Bunlar arasında eğitim ve bilgilendirme programları önemli bir yer tutar. Bakım verenlere, hastalık yönetimi, ilaç kullanımı, temel sağlık hizmetleri konularında eğitimler verilerek bilgi düzeyleri artırılabilir. Ayrıca, destek gruplarının oluşturulması da bakım verenlerin öz yeterliklerini artırabilir. Destek grupları, benzer deneyimlere sahip bakım verenlerin bir araya gelerek deneyim paylaşımı yapmalarını sağlar ve duygusal destek sunar (Sergek ve Sertbaş, 2006). Bu gruplar, bakım verenler arasında dayanışma ve anlayışın artmasına yardımcı olabilir. Bakım verenlerin psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak da öz yeterliklerini artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Psikolojik destek hizmetleri, bakım verenlerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirmelerine ve duygusal refahlarını artırmalarına yardımcı olabilir (Bilgili, 2000).

Sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi de bakım verenlerin öz yeterliklerini artırabilir. Aile, arkadaşlar, komşular ve toplumun diğer üyelerinden gelen destek ve anlayış, bakım verenlerin kendilerini daha güvende hissetmelerine ve bakım sürecini daha etkin bir şekilde yönetmelerine yardımcı olabilir (Akgül, 2008). Bu bağlamda, bakım veren bireylerin öz yeterliklerinin güçlendirilmesi, hem kendileri hem de bakım aldıkları kişiler için olumlu sonuçlar doğurabilir. Bakım veren bireylerin öz

yeterliklerini artırmak için sağlanacak desteklerin multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması da önemlidir. Bu durum sağlık profesyonelleri ve diğer ilgili uzmanların işbirliği içinde çalışmalarını gerektirir. Birbirini tamamlayıcı roller üstlenerek, bakım verenlere kapsamlı destek sunabilirler (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Öz yeterlikleri artırmanın bir diğer yolu, bireylerin sosyal hayatlarına ve kişisel ilgi alanlarına zaman ayırmalarını teşvik etmektir. Bu, bakım verenlerin kendi ihtiyaçlarını gözetmelerini, hobilerine vakit ayırmalarını ve sosyal ilişkilerini sürdürmelerini sağlayarak ruh sağlıklarını destekler. Ayrıca, bakım verenlerin kendilerine duydukları güveni artırmak için pozitif geri bildirimlerin önemi büyüktür. Bakım verenlerin başarılarını kutlamak ve takdir etmek, onların motivasyonunu artırır ve öz yeterliklerini güçlendirir. Bunların yanı sıra, bakım verenlerin stresle başa çıkma becerilerini geliştirmelerine yardımcı olacak teknikler öğrenmeleri önemlidir (Akgül, 2008). Meditasyon, derin nefes alma egzersizleri, gevşeme teknikleri gibi uygulamalar, bakım verenlerin stres seviyelerini azaltabilir ve duygusal dengeyi sağlamalarına yardımcı olabilir. Bakım verenlerin ihtiyaçlarının sürekli olarak değerlendirilmesi ve desteklerin buna göre revize edilmesi gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bu anlamda, bakım verenlerin öz yeterliklerinin artırılması, hem kendileri hem de bakım verdikleri kişiler için daha olumlu bir deneyim sağlamaktadır. Bu nedenle, bakım verenlerin ihtiyaçlarının anlaşılması, desteklenmesi ve güçlendirilmesi, bakımın kalitesini artırmak için önemli bir adımdır.

2.4. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

Evde bakım hizmeti verenler için psikolojik sağlamlık kavramı, işin doğası gereği büyük önem taşımaktadır. Bu kavram, gerek hasta yakınları gerekse sağlıkçılar için güçlü ve esnek olmalarını sağlayarak, karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelmelerine yardımcı olmaktadır. "Resiliens" kelimesinden türeyen psikolojik sağlamlık terimi, bir maddenin elastik bir yapıya sahip olması ve kolayca eski formuna dönebilmesi fikrini içermektedir (Greene, 2002). Günümüzde, ruh sağlığının bireyin kendiyile barışık olduğu, sosyal olarak etkin olduğu ve temel ihtiyaçlarının yanı sıra daha yüksek düzeyde işlev görebilme gereksinimlerini de karşılayabildiği bir denge durumu olduğu öne sürülebilir. Bu pozitif etkilerin göz önünde bulundurulmasıyla, ruh

sağlığını tehdit eden faktörlerin incelenmesi önemli bir araştırma alanı haline gelmiştir. Bir araştırmada ortaya koyulan bulgular, stresin ruh sağlığını tehdit eden önemli bir faktör olduğunu göstermektedir (Kogler vd., 2015). Bununla beraber Psikolojik sağlamlık, zorluklar karşısında esneklik gösterme ve olumlu başarılar elde etme yeteneğini ifade eden bir kavramdır. Bu yetenek, insanın yaşamındaki travmatik olaylardan sonra bile normal işlevselliğine geri dönme ve hatta gelişme potansiyeline sahip olmasını içerir.

Psikolojik sağlamlık, kişinin stresli durumlarla başa çıkma, adaptasyon ve iyileşme süreçlerini kapsamaktadır. Psikolojik sağlamlık kavramı, aslında maddenin elastik yapısına benzetilir. Elastik bir madde, baskıya veya esnemeye maruz kaldıktan sonra orijinal şekline geri dönebilme yeteneğine sahiptir. Benzer şekilde, psikolojik sağlamlık da insanın travmatik olaylar veya stresli durumlarla karşılaştıktan sonra eski işlevselliğine geri dönebilme yeteneğini temsil eder. Psikolojik sağlamlık, beklenmedik ve olumsuz koşullar altında bile başarı elde etme ve olağandışı durumlara uyum sağlama kabiliyetidir. Bu, kişinin dayanıklılığını, esnekliğini ve içsel gücünü ifade etmektedir. Psikolojik sağlamlık, aynı zamanda bireyin stresli durumlara hızlı bir şekilde uyum sağlama yeteneğine de vurgu yapmaktadır. Bu, kişinin stresli bir olayla karşılaştığında nasıl tepki vereceğini ve nasıl başa çıkacağını belirler. İyi bir psikolojik sağlamlığa sahip olan biri, stresli durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkabilir ve hayatına devam edebilir. Genel olarak, psikolojik sağlamlık, insanın travmatik olaylar veya stresli durumlarla karşılaştığında nasıl tepki vereceğini ve bu durumlarla nasıl başa çıkacağını belirleyen önemli bir kavramdır. Bu yetenek, insanın güçlü yanlarını ve içsel kaynaklarını ortaya çıkarırken, onu olumsuz koşullara karşı daha dirençli hale getirmektedir (Herrman vd., 2011; Kararımak, 2006).

Bakım verenler genellikle önemli derecede stresle karşı karşıya kalabilirler, özellikle de uzun süreli ve yoğun bakım gerektiren durumlar söz konusu olduğunda bu durum, bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyebilir. Bu nedenle, bakım verenlerin ihtiyaçlarına ve psikolojik sağlamlıklarına yönelik destek sağlaması önemlidir. Ayrıca, bakım yükünün hafifletilmesi ve bakım verenlerin psikolojik sağlamlığının desteklenmesi, hem bakım verenlerin hem de bakıma muhtaç bireylerin yaşam kalitesini artırabilir. Bu bağlamda, bakım verenlerin ihtiyaçlarının ve psikolojik

sağlımlıklarının değeriendirilmesi ve desteklenmesi, ruh sağlığının korunması açısından önemlidir. Örneğin, bir bakım veren kişi, hasta veya yaşlı bir yakınının sağlık durumuyla ilgilenirken, aynı zamanda kendi kişisel yaşamında da zorluklarla karşılaşabilir. Bu durumda, bakım veren bireyin psikolojik sağlımlığı, stresle başa çıkma yeteneğiyle doğrudan ilişkilidir. Psikolojik sağlımlık, bir bakım verenin stresli durumlarla nasıl başa çıktığını, olumsuz koşullara rağmen nasıl ayakta kaldığını ve kendini nasıl toparladığını ifade eder. Bakım verenler, güçlü olabilmek ve kendilerini koruyabilmek için psikolojik sağlımlık geliştirmelidirler. Risk faktörleri, bakım verenlerin psikolojik sağlımlığını etkileyebilir (Kararımak, 2006). Örneğin, bakım verenlerin kendi sağlık sorunları, maddi zorluklar, sosyal izolasyon veya sürekli stres altında olmaları, psikolojik sağlımlıklarını zorlayabilir. Ancak, bu risk faktörleriyle başa çıkma becerisi geliştirmek, bakım verenlerin psikolojik sağlımlığını artırabilir. Bakım verenler için psikolojik sağlımlık, hem kendi sağlıkları hem de bakım verdikleri kişilerin refahı için önemlidir (Akgöl, 2008).

2.4.1. Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Psikolojik Sağlımlık Düzeyi

Evde bakım hizmetleri, bakım veren bireyin değeriendirilmesi, bakım yükünün ve psikolojik sağlımlık düzeylerinin belirlenmesi hem bakım alan birey hemde bakım veren için önemlidir. Bakım verenler genellikle yoğun stres altında olabilirler ve bu durum, ruh sağlıklarını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, bakım verenlerin psikolojik sağlımlıklarını korumak ve desteklemek önemlidir. Aynı zamanda, evde bakım hizmetleri alan kişilerin de psikolojik sağlımlık düzeyleri dikkate alınmalıdır, çünkü sağlık sorunları ve yaşam değışiklikleri onların ruh sağlığını etkileyebilir. Psikolojik sağlımlığı etkileyen faktörler arasında savunma mekanizmalarının da önemli bir yeri vardır (Kogler vd., 2015). Savunma mekanizmaları, bireyin stresle başa çıkma şeklini belirleyebilir ve bu da psikolojik sağlımlık düzeyini etkileyebilir. Özellikle bakım verenlerin, stresle başa çıkmak için sağlıklı savunma mekanizmalarını kullanmaları önemlidir. Yetersiz veya abartılı savunma mekanizmaları kullanımı, ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir (Hill, 2002).

Psikolojik sağlımlık üzerine yapılan araştırmalar, bireylerin psikolojik sağlımlık düzeyini etkileyen ailesel, bireysel ve toplumsal faktörlerin yanı sıra bazı risk

unsurlarının da varlığını ortaya koymaktadır. Bu faktörler arasında, engellilik durumu önemli bir ailesel risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Engelli bireylerin psikolojik sağlamlığı üzerinde olduğu kadar, onlara bakım veren bireylerin ruh sağlığı üzerinde de etkili olabilir. Engellilik durumunun yanı sıra, engelli yakınlarının bakımıyla ilgili zorlayıcı koşullar, ekonomik sıkıntılar, sağlık sorunları ve ailevi ilişki problemleri gibi faktörler, risk durumunu güçlendirebilir. Araştırmalar, özellikle bakım veren kadınların yaşadığı stres, öfke, yalnızlık ve depresyon gibi ruhsal sorunların bakıma muhtaç engelli bireylerin ailelerinde sıkça görüldüğünü göstermektedir (Uğuz vd., 2004). Bakım veren kişilerin genellikle kendi ailelerinden birine bakım hizmeti vermesi, duygusal yükünü artırabilir ve depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açabilir. Bu durum, hem bakım verenin yaşam kalitesini hemde hastanın bakımını olumsuz etkileyebilir.

Bakım veren kişiler, maruz kaldıkları risk faktörleriyle başa çıkmak için uygun olmayan savunma mekanizmalarına başvurabilirler (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Bu mekanizmalar, bireyin stresle başa çıkma yöntemlerini belirleyebilir ve psikolojik sağlamlık düzeyini etkileyebilir. Bu nedenle, bakım verenlerin sağlıklı savunma mekanizmalarını kullanmaları ve stresle başa çıkmaları önemlidir. Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan bireylerin, yeni durumlara uyum sağlama ve stresle başa çıkma konusunda daha başarılı olabilecekleri düşünülmektedir (Soyer vd., 2013). Bu konuda evde bakım hizmetlerinden yararlanan engelli yakınlarının psikolojik sağlamlık seviyeleri ve kullandıkları savunma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda, evde bakım hizmetlerinden yararlananların yakınlarının cinsiyet, medeni durum, yaş, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi gibi değişkenlere bağlı olarak psikolojik sağlamlık düzeylerinin incelenmesi önemlidir. Ayrıca, bu kişilerin kullandıkları savunma mekanizmalarının psikolojik sağlamlık düzeylerini nasıl etkilediğini anlamak da önemlidir. Bu tür araştırmalar, evde bakım hizmetlerinin verimliliğini artırmak ve bakım verenlerin ruh sağlığını desteklemek için önemli bir temel oluşturabilir (Hill, 2002).

2.4.2. Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler, risklerin olumsuz etkilerine karşı tampon görevi üstlenen değişkenler olarak tanımlanmaktadır (Durlak, 1998). Rutter (1990) tarafından, bir durumun veya özelliğin koruyucu faktör olarak değerlendirilebilmesi için risklerle ilişkilendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Literatür incelendiğinde, koruyucu faktörlerin tanımlanmasında genellikle iki yönteme başvurulduğu görülmektedir. Bunlar, değişken temelli istatistiksel yöntem ve birey temelli yöntemdir. Değişken temelli yaklaşımda, düzenleyici (moderatör) modeller, aracı (mediatör) ve regresyon analizleri kullanılarak koruyucu faktörler belirlenmektedir. Birey temelli yaklaşımda ise, benzer risk faktörleri altında bulunan bireylerin özellikleri karşılaştırılmaktadır. Aynı risk altındaki bireyler arasında farklılık gösteren özellikler, koruyucu faktör olarak değerlendirilmektedir (Luthar, 2006).

Psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilen koruyucu faktörler genellikle içsel ve dışsal faktörler olarak ikiye ayrılır. İçsel faktörler arasında pozitif benlik algısı, umut, mizah yeteneği, benlik saygısı, öz yeterlilik, etkili iletişim becerileri, zekâ, sağlıklı nörobiyolojik yapı ve olumlu ilişkiler yer alırken; dışsal faktörler arasında ise olumlu sosyal destek, akran ve akademik destek, finansal kaynaklar, saygı, güvenli ilişkiler ve pozitif ebeveynlik öne çıkar (Friborg vd. 2003). Yapılan bir araştırma, psikolojik sağlamlıkla kişilik özellikleri arasında pozitif ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Sorumluluk, duygusal istikrar, yumuşak başlılık ve dışa dönüklük gibi özelliklerin psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirildiği bulunmuştur. Ayrıca, zekânın da psikolojik sağlamlıkla ilişkili olduğu ancak bazı boyutlarda negatif ilişkilerin de olduğu belirtilmiştir (Friborg vd. 2003). Kısacası, koruyucu faktörlerin geniş bir yelpazede ortaya çıkabileceği ve psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilebileceği görülmektedir. Psikolojik sağlamlıkla ilişkili bu faktörlerin çeşitliliği, bireylerin farklı yaşam koşullarında ve durumlarında sağlamlıklarını sürdürmelerine katkı sağlar. Bu noktada, bireysel farklılıkların ve koşulların dikkate alınması önemlidir.

2.5. EVDE SAĞLIK HİZMETİ VE HEMŞİRELİK

Hastaların, evde sağlık hizmeti alırken sadece fiziksel sağlıklarının değil, aynı zamanda duygusal, zihinsel ve ruhsal ihtiyaçlarının da karşılanması gerekmektedir. Bu

noktada, hemşireler, multidisipliner bir yaklaşımla hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını belirleme ve uygun bakımı sağlama konusunda kritik bir rol oynamaktadır (Ardahan ve Arabacı, 2017).

Evde sağlık hemşireleri akut, kronik ve terminal dönemdeki bireylere gerekli hizmeti planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık profesyonelleridir. Aynı zamanda evde sağlık hemşireleri etkili iletişim kurabilen, doğru karar verme becerisine sahip birer vaka yöneticileridir. Evde sağlık hemşireleri, bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal durumuna uygun hizmetleri sunmak ile görevlidir. Hemşireler sağlık hizmeti sunarken hızlı ve doğru karar verebilmeli, problemlere etkili czmler getirebilmelidir. Acil durumlarda sakin kalabilmeli ve hemşirelik teorilerine ilişkin geniş bilgi birikimiyle müdahalelerde bulunmalıdır. Evde sağlık hizmetinde hemşireler, bireye ve bakım verenlerine gerekli eğitim ve danışmanlığı vermelidir (Kısa ve Girgin, 2022).

Bakım verenler, bakım verdikleri süre boyunca diğer aile üyelerinden veya cvrelerinde bulunan kişilerden destek grseler bile yaşadıkları problemlerin czm için profesyonel desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Kkė vd., 2017). Hemşireler hasta bireylere olduğu kadar onların bakım verenlerine karşı da duyarlı davranmalıdır. Bakım verenlerin yaşadıkları sorunların farkında olmalı ve onları destekleyecek bir tutum içerisinde olmalı, bakım verenlerin hem hastalık hem de bakım verme sürecinde oluşabilecek değişikliklere uyumunu kolaylaştırmalıdır. Bu sayede sunulan bakımın kalitesi artacak, hastanın, bakım verenlerin ve diğer aile bireylerinin de sağlığının iyileşmesi ve yaşam kalitelerinin artması sağlanacaktır (Gel ve Kesgin, 2017).

Sağlık profesyonelleri arasında kilit bir konumda olan ve esas görevi bakım vermek olan hemşireler sahip olduğu eğitici, danışmanlık, tedavi edici, araştırıcı ve savunucu rolleri ile hastalara hizmet sunarken onların bakım verenlerini de içerecek şekilde durum tespiti yapmalı, bu tespitler doğrultusunda kaliteli ve sürekli bir bakım sunmak için yapıcı müdahaleler oluşturmalıdır (Akyar ve Akdemir, 2009).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz-yeterlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla ön test-son test randomize kontrol gruplu deneysel tasarımda yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Aralık 2022-Şubat 2023 tarihleri arasında Bartın İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Amasra İlçe Devlet Hastanesi (AİDH) Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı hastaların evinde yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ÖZELLİKLERİ

Araştırmanın yapıldığı Amasra İlçe Devlet Hastanesi (AİDH) Evde Sağlık birimi hafta içi her gün 08:30-16:30 saatleri arasında hizmet vermektedir. Evde sağlık biriminde 1 hekim, 1 sağlık memuru, 1 ebe, 2 hemşire ve 2 şoför görev yapmaktadır. Hasta ve bakım verenlerine evde sağlık hizmetleri sunularak, hastaların daha konforlu bir ortamda bakım almaları sağlanmaktadır. Evde sağlık birimi 2013 yılında hizmet vermeye başlamış olup halen hizmet vermeye devam etmektedir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

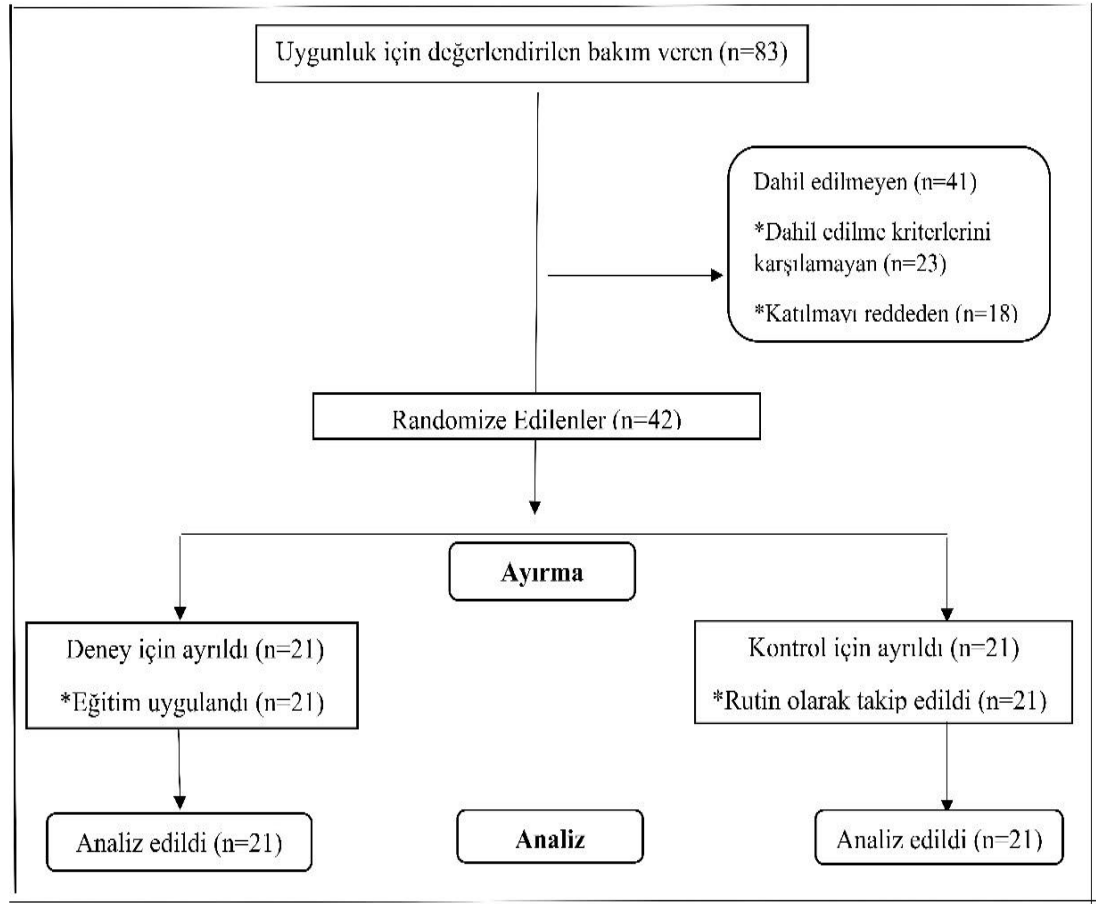
Araştırmanın evrenini Bartın iline bağlı Amasra İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimine kayıtlı hastaların (n=90) bakım verenleri oluşturmaktadır. Örneklemine ise araştırmanın dâhil edilme kriterlerini karşılayan evde sağlık hizmeti alan hastaların

bakım verenleri oluşturmuştur. 90 bakım verene ulaşılmış 7'si ön uygulamaya dahil edildiği için örnekleme alınmamış, 41'i araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyum göstermediği için çalışmaya dâhil edilmemiştir (3 bakım veren okur-yazar olmadığı, 2 hasta ve bakım verenin farklı ile taşınması, 6 bakım verenin formal bakım verici olması, 12 hastanın vefat etmesi, 11 bakım verenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, 7 bakım verenin çalışmayı bırakması). Yapılan Post hoc güç analizinde ise grup içi karşılaştırmalar kullanılmıştır. Buna göre 42 bakım veren (21 müdahale, 21 kontrol) için 0,825 ile 3,850 etki büyüklüğü aralığında, %5 hata payı ile %97 ile %99 güç aralığına ulaşılmıştır. 42 bakım veren bilgisayar üzerinden R programı kullanılarak random şekilde basit rastgele örnekleme yöntemi ile 21 kişi deney grubuna, 21 kişi kontrol grubuna olacak şekilde gruplara atanmıştır. Deney ve Kontrol grubunda yapılan uygulamalar eş zamanlı olarak yürütülmüştür. Tanımlayıcı özellikler açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.1).

3.4.1. Dâhil Edilme Kriterleri

1. Gönüllü olmak,
2. Hastaya en az iki ay süre ile bakım veriyor olmak,
3. 18 yaş üzerinde olmak,
4. Okur-yazar olmak,
5. İletişim engeli bulunmamak,
6. Aktif olarak evde bakım biriminden hasta için hizmet alıyor olmak,
7. Tanısı konulmuş herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmamak,
8. Hastaya formal bakım veren (bakıcı, hemşire vb.) dışında birinin bakım vermesi

3.4.2. Consort Akış Diyagramı



Şekil 3.1. Consort Akış Diyagramı

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılan veriler aşağıdaki araçlar aracılığıyla elde edilmiştir;

1. Katılımcı Bilgi Formu (EK-A)
2. Genel Öz Yeterlik Ölçeği (GÖYÖ) (EK-B)
3. Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği (YPSÖ) (EK-C)

3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan form, hastaların bakım verenlerinin sosyodemografik özelliklerini; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, ekonomik durum ve bakım verdikleri hastalar ile ilgili bilgileri içeren; hastaya yakınlık derecesi, daha önce başka bir yakınına bakım verdi mi, başka bir hastaya bu

şekilde bakım vermek isteyip istemeyeceği bilgilerin sorgulandığı 9 sorudan oluşmaktadır (Doğan, 2021).

3.5.2. Genel Öz-yeterlik Ölçeği (GÖYÖ)

İlk olarak 1979 yılında, Jerusalem ve Schwarzer tarafından Almanya’da geliştirilmiştir. İlk geliştirildiğinde 20 maddeden oluşan ölçek, 1981’de aynı araştırmacılar tarafından revize edilmiş ve madde sayısı 10’a indirilmiştir. GÖYÖ geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak Aypay tarafından 2005-2006 yıllarında Türkçe’ye uyarlanmış ve 10 maddeden oluşan ölçeğin alfa iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Ölçek 4’lü likert tipi bir ölçektir. Her bir madde “Tamamen yanlış=1, Tamamen doğru=4” şeklinde puanlanmaktadır. GÖYÖ’deki tüm maddeler olumlu yönde puanlanmakta ve 10 ile 40 arasında puan alınmaktadır. Puan arttıkça öz yeterliğin de arttığı anlamına gelmektedir. (Aypay, 2010; Göktaş, 2021).

Çalışmamızda GÖYÖ cronbach’s alpha değeri 0,937 olup göyö alt boyutları yetenek ve güven cronbach’s alpha değeri 0,851, Çaba ve direnç cronbach’s alpha değeri 0,898 katsayısı ile “güvenilir” bir ölçek olduğu tespit edilmiştir.

3.5.3. Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (YPSÖ)

Ungar ve Liebenberg (2011) tarafından geliştirilerek, çocuk ve genç psikolojik sağlamlık ölçeği temel alınarak yetişkin formu oluşturulmuştur. Arslan (2015) tarafından ölçek Türkçeye 21 maddeden oluşan beşli likert yapıda olan ölçme aracı “Beni tamamen tanımlıyor (5)” ile “Hiç tanımlamıyor (1)” arasında derecelendirilmektedir. Puan aralığı ise minimum 21 puan ile maksimum 105 puan arasında değişmektedir. Puanın artması, psikolojik sağlamlık düzeyinin yükselmesi anlamına gelmektedir (Arslan, 2015; Özkan, 2021).

Çalışmamızda YPSÖ cronbach’s alpha değeri 0,916 olup YPSÖ ilişkisel kaynaklar alt boyutu cronbach’s alpha değeri 0,775, bireysel kaynaklar cronbach’s alpha değeri 0,813, kültürel ve bağlamsal kaynaklar cronbach’s alpha değeri 0,731, ailesel kaynaklar cronbach’s alpha değeri 0,928 olduğu tespit edilmiştir.

3.5.4 Eğitim Programı

Araştırma kapsamında, evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sorunlarına yönelik, literatür (Akdemir vd. 2011, Cingil 2013, Ögür vd. 2019, Cingil ve Gözüm 2016, Bayrak 2019, Çayır vd. 2013, Aşiret Duru ve Çetinkaya 2016) doğrultusunda araştırmacı tarafından eğitim programı hazırlanmıştır. Eğitim programı; bakım vericilerin evde hastasına bakım vermeye bağlı yaşadığı güçlükler ve bu güçlüklerle bağlı yaşadığı psikososyal sorunlara yönelik olarak düzenlenmiştir. Eğitim programının oluşturulmasında, evde sağlık hizmeti verilirken bakım verenlerle yapılan gözlem ve görüşmeler, bakım vericilerin ve hastaların yaşadığı güçlükler saptanarak hangi konuların yer alacağı belirlenmiştir.

İlgili literatür doğrultusunda hazırlanan eğitim programının kapsam geçerliliği yapılmıştır. Kapsam geçerliliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması için ise Waltz ve Bausel (1981) tarafından geliştirilmiş Content Validity Index (CVI) kullanılmıştır. Uzmanlar bu aracı kullanarak her maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak; 1=Uygun değil, 2=Uygun şekle getirilmesi gerek, 3=Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor, 4=Çok uygun; değerlendirmesini yapmak için bunlardan birisini işaretlemelidir. Daha sonra maddelere sadece 3 ve 4 puan veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her maddenin kapsam geçerlilik indeksi belirlenir (Polit ve diğerleri, 2007).

Eğitim programının kapsam geçerliliği hemşirelik bölümünden 5 öğretim üyesinin uzman görüşüne başvurularak gerçekleştirilmiştir. Uzmanlara araçla birlikte aracın bütün maddelerini içeren bir puanlama formu verilmiştir. Uzmanlar tarafından 1 veya 2 puan verilen maddelere ilişkin düzenlemeler yapılmış ve tekrar uzman görüşüne gönderilmiştir. Sonuçta bütün uzmanlar her maddeye 3 veya 4 puan vermişlerdir. Buna göre kapsam geçerlilik indeksi 1 olarak bulunmuştur.

Kapsam Geçerlik İndeksi kullanılarak yapılan kapsam geçerliği analizine göre maddelerin anlaşılabilirlik düzeyi belirlenmiştir. Veneziano ve Hooper (1997) tarafından oluşturulan, $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde kapsam geçerlik oranları için minimum değerler tablosundan bakılarak minimum değer 0,99 olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.1.) Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda aracın kapsam geçerlik

inceksi 1 olup, belirlenen maksimum değerin üzerinde bulunmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemeler sonucunda eğitim programına son şekli verilmiştir.

Çizelge 3.1. $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) için minimum değerler

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0,99	13	0,54
6	0,99	14	0,51
7	0,99	15	0,49
8	0,78	20	0,42
9	0,75	25	0,37
10	0,62	30	0,33
11	0,59	35	0,31
12	0,56	40 ve üzeri	0,29

(Veneziano ve Hooper, 1997).

Bakım verenlere verilen eğitim hastaların evinde, sözel ve yalın bir dil kullanılarak, uygulamalı olarak bakım verdikleri hastalar üzerinde gösterilerek (hastaya yatak içinde pozisyon verme, hastanın mobilizasyonu sağlama, bakım alanın üriner kataterinin kullanımı ve değişimini sağlama vb.) verilmiştir. Programın içeriği, 4 ana bölüm (evde sağlık hizmeti ve evde sağlık hizmetinin kapsamında yer alanlar, bakım vericilerin evde sağlık hizmeti alan hastalarında dikkat etmesi gereken sorunlar, evde sağlık hizmeti sürecinde bakım vericilerde gelişebilecek sorunlar, bakım verenlerde bakım vermeye ilişkin gelişebilecek sorunlar) ve 11 alt başlıktan oluşturulmuştur (Çizelge 3.2.).

Çizelge 3.2. Eğitim programı ana bölüm ve alt konu başlıkları

Ana Bölüm	Alt Konu Başlıkları
1. Evde Sağlık Hizmetine İlişkin Bilgiler	2. Evde Sağlık Hizmeti Nedir? 3. Evde Sağlık Hizmetinin Kapsamında Neler Bulunur?
4. Bakım Vericilerin Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalarında Dikkat Etmesi Gereken Alanlar	5. Enfeksiyon Kontrolü 6. Beslenme ve Mobilizasyon 7. Yatak Yarası 8. Üriner Katater Kullanımı ve Değişimi
9. Hastanın Evde Sağlık Hizmeti Aldığı Sürecinde Bakım Vericilerde Gelişebilecek Sorunlar	10. Bakım vericilerin fiziksel sorunları 11. Bakım vericilerin psikolojik sorunları 12. Bakım vericilerin sosyal sorunları
13. Bakım verenlerde Öz-Yeterlik ve Psikolojik Sağlamlığı Geliştirme	14. Öz-Yeterlik Nedir ve Nasıl Geliştirilir? 15. Psikolojik Sağlamlık Nedir ve Nasıl Geliştirilir?

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Bu araştırma 4 basamakta yürütülmüştür. Aşağıda bu basamaklar sırasıyla açıklanmaktadır.

1. Ön uygulama: Aralık 2022’de Amasra İlçe Devlet Hastanesi (AİDH) Evde Sağlık birimine kayıtlı 7 hastanın bakım verenleri üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında katılımcı bilgi formunda gerekli değişiklikler yapılmış, ön uygulamaya dâhil edilen hastalar örnekleme alınmamıştır.
2. Ön test verilerinin toplanması: Ön uygulama sonrasında evde sağlık hizmeti alan hastaların evine gidilerek ziyaretleri yapılmış, araştırmaya katılmayı kabul eden, evde sağlık hizmeti alan 42 hastanın bakım verenlerine (21 bakım veren deney grubu, 21 bakım veren kontrol grubu) araştırmanın amacı, nasıl yapılacağına ilişkin bilgi verilerek yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerle “Katılımcı Bilgi Formu, Genel Öz-Yeterlik Ölçeği Formu ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Formu” yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur.
3. Eğitim programının uygulanması: Ön test uygulamasını takip eden haftada, deney grubundaki bakım verenlere evde sağlık hizmeti ziyaretlerinin dışında bir gün araştırmacı tarafından gidilerek eğitim verilmiştir. Bakım verenlere haftada 1 kez 45 dakika olmak üzere 6 haftalık eğitim verilmiştir. Eğitim evde

sağlık hizmeti alan hastanın evinde bakım verene; sözel, uygulamalı olarak hasta üzerinde gösterilerek (hastaya yatak içinde pozisyon verme, hastanın mobilizasyonu sağlama, bakım alanın üriner kataterinin kullanımı ve değişimini sağlama vb.) birebir yüzyüze yapılmıştır. Deney grubuna alınan bakım verenlere verilen eğitimler şu şekildedir (EK-D);

- 1. Hafta: Evde Sağlık Hizmeti Nedir? Evde Sağlık Hizmetinin Kapsamında Neler Bulunur?
- 2. Hafta: Enfeksiyon Kontrolü Eğitimi, Beslenme ve Mobilizasyon Eğitimi
- 3. Hafta: Yatak Yarası Eğitimi, Üriner Katater Kullanımı ve Değişimi Eğitimi
- 4. Hafta: Bakım vericilerin fiziksel sorunları, psikolojik ve sosyal sorunları
- 5. Hafta: Öz-Yeterlik Nedir ve Nasıl Geliştirilir?
- 6. Hafta: Psikolojik Sağlamlık Nedir ve Nasıl Geliştirilir?

Kontrol grubundaki hasta yakınlarına eğitim verilmemiş ancak rutin olarak takip edilerek hasta ile ilgili evde bakım kapsamına giren tüm gereksinimleri (ilaç raporu, doktor muayeneleri, tedavi başlama ve düzenlenme vb.) yapılmıştır.

4. Son test verilerinin toplanması: Eğitim tamamlandıktan 1 hafta sonra deney ve kontrol grubundaki bakım verenlere “Katılımcı Bilgi Formu, Genel Öz-Yeterlik Ölçeği Formu ve Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Formu” tekrardan uygulanmıştır.

Toplam olarak bakım verenlere katılımcı bilgi formu bir kez, ölçekler ise 2 kez uygulanmıştır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler 2022 Aralık-2023 Şubat tarihleri arasında araştırmacı tarafından evde sağlık hizmetinden yararlanan hastaların bakım verenleriyle hafta içi 08:30-16:30 saatleri arasında hasta evlerinde yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin toplanması sırasında ankete geçmeden önce katılımcılara bilgi verilerek onamları alınmış ve

araştırmaya katılmayı kabul eden 42 bakım verene (21 bakım veren deney grubu, 21 bakım veren kontrol grubu) ulaşılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 27 (IBM) paket istatistik programı kullanılmıştır. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkilerin bulguların frekans ve yüzde dağılımları sunuldu. Tanımlayıcı özelliklerin gruplar arası karşılaştırmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalar yapılmadan önce nicel verilerin normallik varsayımı çarpıklık ve basıklık değerleri ile test edilmiştir. Verilerin +1,5 ile -1,5 değerleri arasında olduğu ve normal dağılıma uygun olduğu görüldü. Bakım verenlerin gruplar arası puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, grup içi karşılaştırmasında ise bağımlı örneklem t testi kullanılmıştır. Ortalamaların karşılaştırıldığında etki büyüklüğünün hesaplanmasında “Cohen’s d” katsayısı kullanılmıştır. Veriler $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde test edilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın etik açıdan uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul’una yazılı izin başvurusu yapılmış 11.04.2022 tarihli ve 2022/1140 sayılı karar ile yazılı izin alınmıştır (EK-E).

Araştırmanın Bartın İlinde yapılması için Karabük Üniversitesi Rektörlüğü aracılığıyla Bartın İl Sağlık Müdürlüğü’ne 23.11.2022 tarihinde yazılı izin başvurusu yapılmış (EK-F), Bartın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü tarafındanda 30.11.2022 tarihinde araştırma için yazılı izin alınmıştır (EK-G).

Çalışmaya başlamadan önce evde sağlık hizmetlerinden yararlanan ve çalışmaya katılacak hastaların yakınlarına araştırmanın amacı, elde edilen verilerin nerede ve niçin kullanılacağı araştırmacı tarafından açıklanarak hastalardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır (EK-H).

Araştırmada kullanılan leklerin Türkçe’ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmış olan yazarlarla ölçeğin kullanılması için gerekli izin ve iş birliği sağlanmıştır (EK-I, EK-İ).

3.9. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

1. Araştırma, Amasra İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi’ne kayıtlı hastaların bakım verenleriyle sınırlıdır.
2. Araştırmacının evde sağlık biriminde çalışmasına ilişkin görevlendirilme süresinin kısıtlı olması ve hizmet verilen evler arasındaki mesafelerin uzaklığı nedeniyle izlem testi yapılamamış olup verilen eğitimin etkinliğinin devam edip etmediği lelememiştir.
3. Araştırmacının evde bakım biriminde çalışıyor olması eğitimin uygulanmasını ve verilerin toplanmasını kolaylaştırmıştır. Bu da araştırmanın güçlü yönünü oluşturmuştur.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz-yeterlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmış olan çalışmamızdan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında verilmiştir.

4.1. BAKIM VERENLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 4. 1. Bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		p*
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	13	61,9	17	81,0	0,172
	Erkek	8	38,1	4	19,0	
Yaş	18-39	4	19,0	1	4,8	0,439
	40-49	4	19,0	6	28,6	
	50 ve üzeri	13	61,9	14	66,7	
Öğrenim durumu	İlköğretim	15	71,4	14	66,7	0,379
	Lise	4	19,0	2	9,5	
	Üniversite	2	9,5	2	9,5	
	Okuryazar	0	0,0	3	14,3	
Çalışma durumu	Çalışıyor	3	14,3	2	9,5	0,668
	Emekli-Çalışmıyor	7	33,3	5	23,8	
	Ev Hanımı	11	52,4	14	66,7	
Medeni durum	Evli	15	71,4	19	90,5	0,238
	Bekar	6	28,6	2	9,5	
Ekonomik durum	İyi	14	66,7	14	66,7	1,000
	Kötü	7	33,3	7	33,3	
Yakınlık derecesi	Eşi	3	14,3	5	23,8	0,109
	Çocuğu	11	52,4	4	19,0	
	Diğer Yakınları (akraba, komşular...)	7	33,3	12	57,1	

Daha önce bir yakınına bakım verme	Evet	3	14,3	1	4,8	0,606
	Hayır	18	85,7	20	95,2	
Başka hastaya da bakım vermek isteme	Evet	12	57,1	11	52,4	1,000
	Hayır	9	42,9	10	47,6	
**Daha önce bir yakınına bakım verme	Evet	3	14,3	1	4,8	0,606
	Hayır	18	85,7	20	95,2	
**Başka hastaya da bakım vermek isteme	Evet	12	57,1	7	33,3	0,121
	Hayır	9	42,9	14	66,7	

* Chi-Square, **Son test bulguları

Bakım verenlerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde müdahale grubunun %61,9'u kadın, %61,9'u 50 ve üzeri yaşa sahip, %71,4'ü ilköğretim mezunu, %52,4'ü ev hanımı, %71,4'ünün evli olduğu tespit edildi. Çalışmaya katılan bakım verenlerin %66,7'si ekonomik durumunun iyi olduğu, %52,4'ü bakım verilen hastanın çocuğu olduğu, 85,7'si daha önce bir yakınına bakım vermediği, %57,1'i başka hastaya da bakım vermek istediği belirlendi. Müdahale grubuna ait bu değişkenlerin kontrol grubu ile benzerlik gösterdiği ve arada anlamlı bir farkın olmadığı görüldü ($p>0,05$).

4.2. BAKIM VERENLERİN ÖZ YETERLİK PUAN DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 4.2. Bakım verenlerin Genel Öz-yeterlik Ölçeği alt boyut puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

			Müdahale Grubu	Kontrol Grubu			
			Ort.±SS	Ort.±SS	t1	p	EB
Genel Ölçeği	Öz-yeterlik	Ön test	25,33±2,74	27,19±4,77	-1,546	0,130	0,477
		Son test	34,1±2,98	27,14±4,68	5,739	<0,001	1,771
		t2	-16,405	0,224			
		p	<0,001	0,825			
		EB	3,850	0,049			
			Ort.±SS	Ort.±SS	t1	p	EB
Yetenek ve güven		Ön test	10,57±1,25	11,76±1,79	-1,584	0,160	0,773
		Son test	14,05±1,28	11,76±1,84	4,667	<0,001	1,440

	t2	-14,181	0,000			
	p	<0,001	1,000			
	EB	3,094	0,000			
		Ort.±SS	Ort.±SS	t1	p	EB
Çaba ve direnç	Ön test	14,76±1,89	15,43±3,12	-0,836	0,408	0,258
	Son test	20,05±1,88	15,38±2,97	6,074	<0,001	1,875
	t2	-13,109	0,326			
	p	<0,001	0,748			
	EB	2,861	0,071			

t¹: Independent Sample t Test, t²: Paired Sample t Test, EB: Etki Büyüklüğü

Bakım verenlerin Genel Öz-yeterlik Ölçeği alt boyut puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Çizelge 4.2.'de sunuldu. Buna göre grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde Müdahale Grubu son test Genel Öz-yeterlik Ölçeği toplam puan ortalaması ile Yetenek ve güven ve Çaba ve direnç alt boyut puan ortalamalarının ön test puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Kontrol Grubu ön test Genel Öz-yeterlik Ölçeği toplam puan ortalaması, Yetenek ve güven, Çaba ve direnç alt boyut puan ortalamaları ile son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerin Genel Öz-yeterlik Ölçeği gruplar arası karşılaştırmaları incelendiğinde son test Müdahale Grubunun Genel Öz-yeterlik Ölçeği toplam puan ortalaması, Yetenek ve güven, Çaba ve direnç alt boyut puan ortalamaları son test Kontrol Grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$). Gruplar arası ön test karşılaştırmalarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

4.3. BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PUAN DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Çizelge 4.3. Bakım verenlerin Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puan ortalamasının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması

			Müdahale Grubu	Kontrol Grubu			
			Ort.±SS	Ort.±SS	t1	p	EB
Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	Ön test		80,71±8,97	83,05±9,02	-0,840	0,406	0,259
	Son test		87,19±9,8	81,86±9,89	2,040	0,048	0,629
	t2		-7,339	1,898			
	p		<0,001	0,072			
	EB		1,601	0,419			
			Ort.±SS	Ort.±SS	t1	p	EB
İlişkisel kaynaklar	Ön test		21,67±2,24	22,14±2,31	-0,678	0,502	0,209
	Son test		23,29±2,92	21,52±2,56	2,079	0,044	0,642
	t2		-3,782	2,28			
	p		0,001	0,034			
	EB		0,825	0,498			
			Ort.±SS	Ort.±SS	t1	p	EB
Bireysel kaynaklar	Ön test		19,67±2,35	19,52±2,42	0,194	0,847	0,060
	Son test		21,9±1,81	19,24±2,74	3,722	0,001	1,149
	t2		-6,033	1,671			
	p		<0,001	0,110			
	EB		1,700	0,365			
			Ort.±SS	Ort.±SS	t1	p	EB
Kültürel ve bağlamsal kaynaklar	Ön test		19,62±2,65	20,48±2,98	-0,985	0,331	0,304
	Son test		20,48±2,82	20±3,13	0,518	0,607	0,160
	t2		-2,905	2,351			
	p		0,009	0,029			
	EB		1,352	0,513			

		Ort.±SS	Ort.±SS	t1	p	EB
Ailesel kaynaklar	Ön test	19,76±3,55	20,9±3,42	-1,063	0,294	0,328
	Son test	21,52±4,26	21,1±3,69	0,349	0,729	0,108
	t2	-6,210	-0,940			
	p	<0,001	0,358			
	EB	1,300	0,205			

t¹: Independent Sample t Test, t²: Paired Sample t Test, EB: Etki Büyüklüğü

Çalışmaya katılan bakım verenlerin Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puan ortalamasının grup içi (ön test – son test) ve gruplar arası (müdahale – kontrol) karşılaştırılması Çizelge 4.3.'de sunuldu. Buna göre Müdahale Grubunun son test Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve tüm alt boyut puan ortalamaları ön test puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Kontrol grubundaki grup içi karşılaştırmalar incelendiğinde İlişkisel kaynaklar ve Kültürel ve bağlamsal kaynaklar alt boyut puan ortalamaları son test puan ortalaması anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Bakım verenlerin gruplar arası karşılaştırmaları incelendiğinde Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ön testte anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$). Müdahale Grubu- Kontrol Grubu son test karşılaştırmaları incelendiğinde ise Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puan ortalaması ile İlişkisel kaynaklar ve Bireysel kaynaklar alt boyutu Müdahale Grubunda yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$).

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz yeterlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ışığında ve araştırma sonuçlarını doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. BAKIM VERENLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Evde sağlık hizmeti alan hastaların, 50 yaş ve üzeri bakım verenlerinin yaş ortalama oranları müdahale grubu % 61,9 ve kontrol gurubu % 66,7 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Sezek (2021)'in çalışmasında da evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin 50 yaş ve üzerinde oldukları bulunmuştur. Türkiye’de her geçen gün yaşlı nüfusu giderek artmaktadır (Öğür vd., 2019). Ayrıca çalışmamız deniz kenarında ve turistik bir ilçede yapılmış olması nedeniyle yaz döneminde turizm nedeniyle genç nüfus artış göstermektedir ancak güz ve kış döneminde yaşlı nüfus ağırlıklı olarak ikamet etmektedir. Bu nedenle evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin yaş ortalamasının yüksek olduğu düşünülebilir.

Bakım veren bireylerin cinsiyet durumlarına bakıldığında müdahale grubunun %61,9’u kadın, kontrol grubunun da %81 nin kadın olduğu görülmüştür. Dağdeviren vd. (2019), Aşiret Duru ve Çetinkaya (2015)’nın araştırmalarında da bakım veren bireylerin çoğunun kadın olduğu bulunmuştur. Bu durum, Bakım vermenin genelde kadınların işi olarak düşünüldüğü, hemşirelerin de büyük çoğunluğunun kadın olduğu bilinmektedir. Kadınların daha duyarlı ve şefkatli olmaları da bakım vermede erkeklere göre daha fazla rol almalarına neden olabilir.

Bakım verenlerin hastasına yakınlık derecesine bakıldığında müdahale grubunda bu oranın %52,4 ile hastanın çocuğu ya da çocukları olduğu görülmektedir. Selçuk ve Avcı (2016) tarafından yapılan araştırmada %59,4 ve Doğan (2021) tarafından yapılan araştırmada da bu oran %59 ile hastaların çocukları olduğu bulunmuştur. Türk toplumunda yaşlıların bakımı geleneksel değerlere dayanmakta olup, sıklıkla bu bakımda tercih edilen bakım vericiler eş veya çocuk gibi birinci derece akrabalar olmaktadır (Cingil 2013, Kalıncara ve Kalaycı 2017). Literatürdeki çalışmalara paralel olarak bu araştırmada da hasta ile akrabalık derecesi arasında ilişkinin olduğu, yaşlının birinci derece akrabası olan çocuklarının hastanın bakımına aktif olarak katıldığı görülmektedir. Bu durumun nedeni kültürümüzde yaşlıların bakımının aile üyeleri tarafından karşılanması doğal bir bakım şekli olarak kabul edilmesi, yaşlıya bakım vermenin takdir edilen bir davranış olması, bakım verenin yaşlı bakımını bir görev gibi algılaması sonucunu doğurmaktadır. Karahan'ın (2013) çalışmasında da benzer bulgular bulunmuş ve yatağa bağımlı hastaya çocuklarının bakım verme nedenleri; duygusal yakınlık, bağlılık, yaşlı bireyden geçmişte aldığı destek ve yardımın geri ödenmesi ya da minnettarlık duygusu, bakım alanın hasta rolünde olması nedeniyle gereksinimlerini karşılayamaması, aile dayanışması ve evlat olma sorumluluğu gibi toplumsal değerlerin olduğu belirtilmiştir.

Bakım verenlerin çalışma durumu ve medeni durumu incelendiğinde; müdahale grubundaki bakım verenlerin %52,4'ü ev hanımı ve %71,4'ü evlidir. Kontrol grubunda ise %66,7'si ev hanımı ve %90,5'i evlidir. Dağdeviren (2017)'in çalışmasında da bakım verenlerin %73,8'inin evli ve %67,5'inin ev hanımı olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında da bakım verenlerin daha çok evli kadınlar olduğu görülmektedir (Zaybak vd 2012, Öner 2012, Cingil 2013) Yine toplumumuzda bakım verme rolünün daha çok ev hanımlarının üzerinde olması da ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların ev hanımlarının doğal işi olarak görülmesi, çalışma hayatına erkeklerden daha az girmiş olmaları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip olmaları ve erkeklere kıyasla bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi mücadele edebileceklerinden kaynaklı olduğu düşündürmektedir.

Bakım verenlerin çalışma durumlarına bakıldığında; müdahale grubundaki bakım verenlerin başka bir işte çalışma oranı %14,3, kontrol grubundaki bakım verenlerin

başka bir işte çalışma oranı %9,5 olarak bulunmuştur. Literatür taramaları incelendiğinde de Erkan ve Altuntaş'ın (2019) çalışmasında %8,7 bulunurken, Bodur ve Cingil (2006)'in çalışmasında bakım verenlerin tamamının çalışmadığı saptanmıştır. Bu sonuca göre çalışmayan bakım verenlerin hastanın sorumluluğunu üstlenmek durumunda kaldığı ya da bakım verdiği için aktif çalışma yaşamına katılamadığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda bakım verenlerin daha önce bir yakınına bakım verme oranlarına bakıldığında müdahale grubundaki bakım verenlerin %85,7'si kontrol grubundaki bakım verenlerin de %95,2'sinin bir yakınına bakım vermediği görülmüştür. Doğan'ın (2021) çalışmasında da hasta yakınlarının %73'ünün daha önce bir yakınına bakım vermediği sonucuna ulaşılmıştır. Bakım verenlerin çalışma durumları ile daha önce bir yakınına bakım verme durumları birlikte değerlendirildiğinde çalışma hayatında aktif olanların hasta bakımında etkin rol alamadığı ve daha önce bir yakınına bakım vermediği sonucuna ulaşılmaktadır.

Müdahale ve kontrol grubundaki bakım verenlerin başka hastaya da bakım verme durumları incelendiğinde müdahale grubundaki bakım verenlerin başka hastaya bakım vermeyi isteme oranı %57,1 olup değişmezken kontrol grubundaki bakım verenlerin başka hastaya bakım vermeyi isteme oranı %52,4'ten %33,3 olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında Karakaş'ın (2017) çalışmasında bakım verenlerin %86,3'ünün hastalık ve hastalığın seyri ile ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu ve bu konuda %86,7'si sağlık personelinin bilgi almak istediği, Ural ve Ayyıldız (2019)'ın çalışmasında da % 67,6 'sının hastaya bakım verirken eğitim almadığı, % 61,3'ünün taburculuk eğitimi almadığı ve % 60,4'ünün hastanın tedavisi hakkında kısmen bilgi sahibi olduğu bulunmuştur. Dağdeviren (2017)'in çalışmasında da bakım verenlerin (%56,3) bakımla ilgili eğitim-danışmanlık gereksinimi duyduğu bildirilmiştir. Buna göre; hasta yakını eğitiminin hasta bakımı üzerinde önemli bir faktör olduğu anlaşılmaktadır. Literatürde Cingil vd. (2015)'nin çalışmasında da bakım vericilerde bireysel eğitiminin bakım yeterliliğini artırmada etkili olduğu bulunmuştur.

5.2. BAKIM VERENLERİN GENEL ÖZ-YETERLİK PUAN DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmada bakım verenlerin öz yeterlik düzeylerinin gruplar arası karşılaştırmalarında müdahale grubuna verilen eğitim sonrası öz yeterliliğin anlamlı derecede yükseldiği bulunmuştur ($p<0,001$). O zaman evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin bakım verenlerin öz-yeterlik düzeylerinde artışa neden olduğu söylenebilir. Araştırmanın bu bulgusu H1 hipotezini desteklemektedir. Yapılan araştırmada, literatürde evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz-yeterlik üzerindeki etkisine yönelik yapılmış çalışma bulunamamıştır. Bizim çalışmamız bu anlamda literatüre önemli katkı sağlayacaktır. Ancak farklı gruplarda, verilen eğitimin sonucunda öz yeterlik düzeyindeki değişime ilişkin literatürden kaynaklara yer verilmiştir. Örneğin; Alus Tokat ve Okumuş (2013)'un çalışmasında annelere verilen eğitim sonrasında öz yeterliklerinin yükseldiği bulunmuştur. Mızrak (2013)'ın 90 gebe ile yürüttüğü deneysel çalışmada da çalışma grubunda bulunan 45 gebenin postnatal dönem puan ortalamaları antenatal döneme göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Samsun'da 2019 yılında Ural tarafından yapılan bir çalışmada; evde sağlık hizmeti alanlardan, hastasının hastalığı hakkında bilgi sahibi olanların kısmen bilgi sahibi olan ve bilgi sahibi olmayanlara kıyasla bakım yeterlilikleri anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. Ergin (2019)'ın randomize kontrollü deneysel çalışmasında da KOAH tanısı almış hastalara verilen inhaler ilaç kullanma eğitiminin, eğitim almayan hastalara oranla öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür.

5.3. BAKIM VERENLERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK PUAN DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda müdahale grubundaki bakım verenlere verilen eğitim sonrası, bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin eğitim öncesine göre yükseldiği bulunmuştur ($p<0,05$). O zaman evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinde artışa neden olduğu söylenebilir. Araştırmanın bu bulgusu H2 hipotezini desteklemektedir. Yapılan araştırmada, literatürde evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen

eğitimin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkisine yönelik yapılmış çalışma bulunamamıştır. Bizim çalışmamız bu anlamda literatüre önemli katkı sağlayacaktır. Ancak farklı gruplarda, verilen eğitimin sonucunda psikolojik sağlamlık düzeyindeki değişime ilişkin literatürden kaynaklara yer verilmiştir. Örneğin; Balcı (2018)'nın çocukluk çağı travması yaşamış öğretmen adayları ile yaptığı deneysel araştırmada deney grubuna uygulanan psiko-eğitim programı sonrası psikolojik sağlamlık puanlarında anlamlı bir artışın olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında özel gereksinimi olan çocuğa sahip aileler ile yapılan bir çalışmada psikolojik sağlamlık düzeylerinin, özel gereksinimi olmayan çocuğa sahip ailelerden daha düşük olduğu, özel gereksinimi olan çocuklarda görülen duygusal ve davranışsal sorunların ailelerin psikolojik sağlamlıklarını olumsuz etkilediği saptanmıştır (Akoğlu, 2022). Yapılan çalışmaların sonucunda verilen eğitimin bakım verenlerin psikolojik sağlamlığı üzerine olumlu yönde etki ettiği düşünülebilir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz-yeterlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda sunulmuştur.

6.1. SONUÇLAR

1. Evde sağlık hizmeti alan hastalara bakım verenler; çoğunluğu 50 yaş ve üzerinde, evli, ev hanımı ve ağırlıklı olarak hastaların çocuklarından oluşmuştur.
2. Bakım verenlerin herhangi bir işte çalışmadığı, daha önce başka bir yakınına bakım vermediği ve verilen eğitimin ilerde başka bir hastaya bakım verme isteğini artırıp azaltmadığı yani etkilemediği bulunmuştur.
3. Araştırmamızda bakım verenlere verilen eğitim sonrasında öz yeterliğin eğitim öncesine göre yükseldiği bulunmuştur.
4. Araştırmamızda bakım verenlere verilen eğitim sonrası, bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin eğitim öncesine göre yükseldiği bulunmuştur.

6.2. ÖNERİLER

1. Bakım Verenler için Eğitim Programları: Bakım verenlere verilecek olan eğitimler evde sağlık hizmeti kapsamına alınıp, yasalaştırılabilir. Böylece bakım verenlere düzenli aralıklarla eğitim programının uygulanması sağlanabilir.
2. Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları: Bakım verenlerin ihtiyaçlarını belirlemek ve daha etkili destek programları geliştirmek için izlemin de yer aldığı daha fazla araştırma yapılmalıdır. Bu çalışmalar, bakım verenlerin yaşadığı zorlukları anlamak ve çözüm önerileri sunmak için önemli bir kaynak olabilir.
3. Bakım Verenlerin Haklarının Korunması: Bakım verenlerin hakları ve ihtiyaçları yasal olarak korunmalıdır. Bakım verenlere yönelik ayrımcılık ve istismarın önlenmesi için gerekli yasal düzenlemeler yapılmalı ve uygulanmalıdır.

Bu önerilerin uygulanması, evde sağlık hizmeti veren bakım verenlerde bakım sürecinin daha etkili ve sürdürülebilir olmasına katkıda bulunabilir.

KAYNAKÇA

1. Akdemir N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S. & Canlı Özer, Z. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57- 65, (2011).
2. Akgül N., "Sivas İl Merkezi birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-etkililik-yeterlilik düzeyinin belirlenmesi", *Yüksek Lisans Tezi*, Cumhuriyet Üniversitesi, (2008).
3. Akoğlu B. "Özel gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde psikolojik sağlamlık üzerine sistematik bir derleme". *Mutluluk ve İyi Oluş Dergisi*, 7(13), 47-56 (2022).
4. Akyar İ., Akdemir N., "Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-49, (2009).
5. Altuntaş M, Yılmaz TT, Güclü YA, Öngel K., "Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri", *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 20(3): 153-158, (2010).
6. Anker-Hansen C, et all., "The third person in the room: The needs of care partners of older people in home care services-A systematic review from a person-centred perspective", *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), (2018).
7. Ardahan M., & Arabacı, Z. Evde Bakımda Sosyal Politikalar ve Evde Bakım Hemşireliği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 26(1), 38-43, (2017).
8. Arslan G. "Ergenlerde Psikolojik Sağlamlık: Bireysel Koruyucu Faktörlerin Rolü", *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5 (44), 73-82 (2015).
9. Arslan, G. (YPSÖ) psikometrik özellikleri: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*, 16 (2), 344-352, (2015).
10. Arslan, Ş., Gökçe Kutsal, Y., "Yaşlılarda özürüllüğün değerlendirimine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma", *Geratri*, 2(3), 1-14, (1999).
11. Aşiret Duru G., "İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü", *Yüksek Lisans Tezi*, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, (2011).
12. Aşiret Duru G., Çetinkaya F., "Bakım verenlerin evde bakım hizmetlerinden beklentileri", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 120-125, (2016).

13. Aslan Ş, Uyar S, Güzel Ş., "Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye", *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1: 45-56, (2018).
14. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A., "Kronik hastalıklarda bakım veren yükü", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552, (2011).
15. Aypay, A, Genel Öz Yeterlik Ölçeği'nin (GÖYÖ) Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 11 (2), 113-132, (2010).
16. Balcı İ. "Çocukluk Çağı Travmaları ile Baş Etme Yönelimli Psiko-Eğitim Programının Psikolojik Sağlık Üzerindeki Etkisi". *Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, Doktora Tezi, Trabzon (Haziran 2018).
17. Bandura, A., "Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change", *Psychological Review*, 84 (2): 191-215 (1977).
18. Baykal D., "İnmeli hasta ve yakınlarına verilen eğitimin günlük yaşama adaptasyon, özyeterlilik, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü üzerine etkisi. *İstanbul: İstanbul Üniversitesi*, (2018).
19. Bayrak, B. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Evde Bakım Vericilerine Verilen Eğitimin Bakım Yüküne ve Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, (2019).
20. Bayramova, N. "Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi", Yüksek Lisans Tezi, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, (2008).
21. Benjamin AE., "An overview of in-home health and supportive services for older persons", *In-Home Care for Older People: Health and Supportive Services*, (9-52), (1992).
22. Bilgili N., "Yaşlı bireylere bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi", *Doktora Tezi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (2000).
23. Bodur S, Cingil D. "Aile içi bakım vericileri eğitmenin bağımlı yaşlıların evde bakım kalitesine etkisi", *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(4):149-57 (2006).
24. Can ÖS, Ünal N., "Evde bakım ve tedavi", *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(4): 6-13, (2008).
25. Çayır Y, Avşar ÜZ, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. "Evde sağlık hizmeti alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri" *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(3):9-12, (2013).
26. Cayır Y., "Evde sağlık hizmetleri", *Türk Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Dergisi*, 14(1): 147-152, (2020).

27. Çelik Güzel E, Toprak D., "Türkiye’de evde sağlık hizmetleri", **Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi**, 10(5): 15-19, (2018).
28. Chen MC, et al., "Effects of home-based long-term care services on caregiver health according to age", **Health and Quality of Life Outcomes**, 15(1), 1-10, (2017).
29. Cingil D, Gözüm S. “Hastasına evde bakım veren aile bakım vericilerinin güçlendirilmesi: Sistematik derleme”. Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Özel Dergisi (E-Dergi), Sağlık ve Sosyal Boyutlarıyla Evde Bakım Özel Sayısı, 2016;2(3):60-72.
30. Cingil D. "Bağımlı yaşlısına bakım veren aile üyelerine sunuş yolu ile verilen eğitimin bakım verme yeterliliği ve yaşlı bakımı bilgi düzeyine etkisi", Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum; 44-45, (2013).
31. Cingil, D., Gözüm, S., Bodur, S. Bağımlı yaşlısına bakım veren aile üyelerine sunuş yolu ile verilen eğitimin bakım verme yeterliliği ve yaşlı bakımı bilgi düzeyine etkisi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 18:4 (2015)
32. Çoban M, Esatoğlu A., "Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış", **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi**, 12: 110-120, (2004).
33. Çoban Sıkılmaz, D. Evde Yatağa Tam Bağımlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul (2018).
34. Cohen SA, Kunicki ZJ, Drohan MM, Greaney ML., "Exploring changes in caregiver burden and caregiving intensity due to COVID-19", **Gerontology & Geriatric Medicine**, 7: 1-9, (2021).
35. Dağdeviren T., Demir N., Adahan D., Dağdeviren M., & Tekin O., “Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinde bakım yükü”, **Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care**, 14(2), (2020).
36. Dağdeviren T S. “Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım veren yakınlarında bakım yükünün değerlendirilmesi”, Aile Hekimliği Uzmanlığı Tezi, **Sağlık Bilimleri Üniversitesi**, Ankara (2017).
37. Dağdeviren, T. S. Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım veren yakınlarında bakım yükünün değerlendirilmesi (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, Türkiye (2017).
38. Danış MZ, “Toplum temelli bakım anlayışı” **Özveri Dergisi**, (2006).
39. Dieckmann JL., "Home health care: a historical", **Handbook of Home Health Care Administration**, Chapter 2: 9-23, (2015).

40. Diker, J., “Körfez 6 Nolu sağlık ocağı ile yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 Yaş Üzerindeki Kişilerde Kronik Hastalıklar ve İlaç Kullanımı”, **Geratri**, 3 (3), s, 91-97, (2000).
41. Dinç L., “Bakım kavramı ve ahlaki boyutu”, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi**, 74-82, (2010).
42. Doğan Merih Y, Ertürk N, Yemenici M, Satman İ., "Evde sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı", **Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi**, 4(3): 76-89, (2021).
43. Doğan R, Onan N., “Evde bakım biriminden hizmet alan hastaların yakınlarında ruhsal sağlık durumunun ve bakım yükünün incelenmesi “, **Kafkas J Med Sci**, 11(1):31-39, (2021).
44. Durlak JA., "Common risk and protective factors in successful prevention programs", **American Journal of Orthopsychiatry**, 68(4), 512-520, (1998).
45. Engür A. T., “Evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat 2023.
46. Ergin Ç. “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısı almış bireylere verilen inhaler ilaç eğitiminin öz-bakım gücü ve öz-yeterlilik düzeyine etkisi”. **Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir (Nisan 2019).
47. Erkan H, Altuntaş M. “Evde sağlık hizmeti alan hastalarda bakım yükünün değerlendirilmesi”, **Ankara Med J**, 19;(3):591-601 (2019).
48. European Social Policy Network., "Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies 2018", **Brussels: European Commission**, (2018).
49. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik, TC Resmi Gazete, 32209, 2 Haziran 2023.
50. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. TC Resmi Gazete, 25751, 10 Mart 2005.
51. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge J, Martinussen M., "New rating scale for adult resilience: What are the central protective resources", (2003).
52. Gel T.K., & Kesgin T. M., “İnformel bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri”, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 20(4):266- 277, (2017).
53. Genet N. Wienke GW Boerma, Dionne S Kringos, Ans Bouman, Anneke L Francke, Cecilia Fagerström, Maria Gabriella Melchiorre, Cosetta Greco &

Walter Devillé. "Home care in Europe: A systematic literature review", *BMC Health Services Research*, 11: 207, (2011).

54. Göktaş A., "Roy uyum temeline modellendirilmiş depresyonda psikiyatrik bakım uygulamasının tedavi uyumu, genel öz yeterlik, benlik saygısı ve depresyon düzeyine etkisi". Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Doktora Tezi*, (2021).
55. Gölbaşı, Z., "Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2), 15-22, (2003).
56. Gözümlü S., "Öz-etkililik-yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun yapı geçerliliği: Öz-etkililik-yeterlik ile stresle başa çıkma algısı arasındaki ilişki", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 37, (1999).
57. Greene R., "Human behavior theory: A resilience orientation", R. Greene (Ed.), *Resiliency: An integrated approach to practice, policy, and research*, Washington, DC: NASW Press, (2002).
58. Hafalır E.K., "Ankara Şehir Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden 2021 yılı içinde hizmet alan diyabet tanılı hastaların incelenmesi", *Uzmanlık Tezi*, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, (2023).
59. Harrington T, Kitchener M., "Medicare and Medicaid in long-term care", *Health Affairs*, 29(1): 22-28, (2010).
60. Herrman H., Stewart D.E., Diaz-Granados N., Berger E.L., Jackson B., & Yuen T., "What is resilience?", *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265, (2011).
61. Hill, F., "Subjective perceptions of stress and coping by mothers of children with an intellectual disability: A needs assessment", Master's thesis, *Stellenbosch University*, (2002).
62. Ilgaz A., "Süreç Hastalığı Olan Aile Üyesine Bakım Veren Bireylere Yönelik Psikoeğitsel Destek Programlarının Meta Analizi", *Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, (2020).
63. Işık K., "Yaşlı hastaya evde bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler", *Yüksek Lisans Tezi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (2013).
64. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C., "Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2): 171-186, (2016).
65. İnternet: American Psychological Association, "APA Dictionary of Psychology", <https://dictionary.apa.org/self-efficacy> (2022).

66. Kalinkara, V., Kalaycı, İ. (2017). “Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yüğü ve Tükenmişlik”, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39, (2017).
67. Karahan YA., İslam S. Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yüğü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3:1(2013).
68. Kararımak Ö., "Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler", *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 26(3), 129-142, (2006).
69. Karakaş N. “Malatya’da evde bakım verenlerin bakım yüğü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin incelenmesi”, Doktora Tezi, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Malatya (2017).
70. Karataş Z., "Bakım hizmeti sunumunda moral ve manevi değerlerin etkisi", *Yüksek Lisans Tezi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (2011).
71. Kayahan, M., & Sertbaş, G., “Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 113-120, (2007).
72. Kısaç N., & Girgin B., “Evde Sağlık Hizmetlerinin Dünyü, Bugünü ve Hemşirelerin Rolü”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 26(3), 119-123, (2022).
73. Koçak G., “İnmeli hastalara bakım vericilerin yüğü”, Yüksek Lisans Tezi”, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, (2011).
74. Kogler L, Müller VI, Chang A, Eickhoff SB, Fox PT, Gur RC, Derntl B., "Psychosocial versus physiological stress—meta-analyses on deactivations", *Neuro image*, (119), 235-251, (2015).
75. Krick, J. A., Feltman, Dalia M., “Neonatologists’ preferences regarding guidelines for periviable deliveries: do we really know what we want?”, *Journal of Perinatology*, C. 39, 445–452 (2019).
76. Kuzu, F., & Güler, N., “Yapılan Ev Ziyaretlerinin Yaşlı Bireylerin Bakım Vericilerinin Depresyon, Stresle Baş Etme, Yaşam Kalitesi ve Bakım Yüğüne Etkisi: Yarı Deneysel Çalışma”, *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 16(1), (2024).
77. Küçükğüçlü Ö., Şentürk Gönen S., Akpınar Söylemez B., “Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri”, *Dokuz Eylül Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10 (2), 68-78, (2017).
78. Luthar S., "Resilience in development: A synthesis of research across five decades", D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation*, New York-Wiley, 739-79, 5 (2006).

79. Mızrak B., “Eskişehir’deki bir grup aile sağlığı merkezine kayıtlı primiparlara verilen antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına etkisi”, **Yüksek Lisans Tezi**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir (Temmuz 2013).
80. Nainggolan A.I., Sari T.R., & Hartanti, H., “Effectiveness of Resilience Training to Reduce Caregiver Burden in Family Caregivers of Children with Cancer”. **Psikostudia: Jurnal Psikologi**, 11(2), 209-218, (2022).
81. Oğlak, S. **Evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası**, İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları, İskenderun, (2007).
82. Öğür Z, Gözümlü S, Taş E, Yalçındağ N, Alpak M, Hayran O., “Evde Sağlık Hizmeti Alan Bağımlı Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerine Verilen Eğitimin Hastalara ve Bakım Verenlere Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma”, **TJFMPC**, 13(3):318-34, (2019).
83. Öner İÖ. “Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destegın İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, 2012.
84. Özer S, Fadıloğlu Ç., "65 yaş ve üzeri bir grup yaşlının aile sağlıklarının, sosyal ağlarının ve algıladıkları aile destek sistemlerinin değeriendirilmesi", **Türk Geriatri Dergisi**, 9(3), 158-164, (2006).
85. Özkan MS., “Psikolojik sağlamlık odaklı psiko-eğitim programının bir grup yetişkinin psikolojik sağlamlık, duygusal zekâ ve toplumsal ilgi düzeylerine etkisinin incelenmesi,” Uludağ Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, **Doktora Tezi**, (2021).
86. Özkan, Ç. G., Bayrak, B., & Demirbağ, B. C., “Ev Ortamında Yatağa Bağımlı Hastanın Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Kaygı Düzeyine Yönelik Hemşirelik Girişimleri”, **Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi**, 4(1), 89-101, (2022).
87. Öztürk MO, Uluşahin A., "Ruh sağlığı ve bozuklukları II", Ankara, Tuna Matbaacılık, (2011).
88. Öztürk MO, Uluşahin A., **Ruh sağlığı ve bozuklukları**, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, (2008).
89. Polit, D. F., Beck, C. T. and Owen, S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in Nursing and Health**, 30, 459-467, (2007).
90. Rutter M., "Psychosocial resilience and protective mechanisms", J. Rolfe, D. Masten, D. Cicchetti, K. Neuchterlein, & S. Weintraub (Eds.), **Risk and protective factors in the development of psychopathology**, New York: Cambridge University Press, (316-(331), (1990).

91. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 8751, 24 Şubat 2011.
92. Selçuk K.T, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler, *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 1-9, (2016).
93. Sergek E, Sertbaş G., "SSK hastanesinde çalışan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve öz-etkililik-yeterlilik düzeyleri", *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 41-48, (2006).
94. Sezek İ., "Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ve Yaşam Doyumu", Tıpta Uzmanlık Tezi, *T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*, (2021).
95. Sezer A, Demirbaş H, Kadioğlu H., "Evde bakım hemşireliği: mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları", *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2): 160-165, (2015).
96. Soyer F, Gülle M, Mızrak O, Zengin S, Kaya E., "Analysis of resiliency levels of disabled individuals doing sports according to some variables", *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(2), 126-136, (2013).
97. Şenligil S, Akpınar B N., Özel eğitim gereksinimi olan çocukların annelerinde psikolojik iyi oluş, psikolojik sağlamlık ve bilinçli farkındalık ile ilişkisi, *Social Sciences Studies Journal*, 2023
98. Takahashi PY, et al., "Short-term and long-term effectiveness of a post-hospital care transitions program in an older, medically complex population", *Healthcare* (Amsterdam, Netherlands), 4(1), 30–35, (2016).
99. Taşkın Koç S., "Ankara il merkezinde evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi: kalitatif bir çalışma" Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara (2023).
100. Tokat MA., & Okumuş H., "Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi." *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(1), 21-29, (2013).
101. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. Evde sağlık hizmetleri raporu, İstanbul, Türkiye (2021).
102. Uğuz Ş, Toros F, İnanç BY, Çolakkadioğlu O., "Zihinsel ve/veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin belirlenmesi", *Klinik Psikiyatri*, 7(1), 42-47, (2004).

103. Ural Z, “Evde bakım vericilerin bakım vermedeki yeterlilik düzeyleri ile bakım yüklerinin karşılaştırılması”, *On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, Samsun (2019).
104. Ural Z, Ayyıldız M., "Evde bakım vericilerin bakım vermedeki yeterlilik düzeyleri ile bakım yüklerinin karşılaştırılması", *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 163-172, (2021).
105. Veneziano, L. and Hooper, J. A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70, (1997).
106. Wang S., Lu Q., Zhang D., Wang L., Jin H., Zhou Y., & Ma R., “Mediation effect of self-efficacy on the relationship between perceived social support and resilience in caregivers of patients with first-stroke in China: a cross-sectional survey”, *Topics in Stroke Rehabilitation*, 1-9, (2024).
107. World Health Organization, "A glossary of terms for community health care and services for older persons", *WHO Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report*, 5: 7-38, (2004).
108. World Population Ageing 2023, <https://desapublications.un.org/file/20355/download> (erişim tarihi 24 Mayıs 2024).
109. Yüksek Kalav, S., “İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki”, Yüksek Lisans Tezi, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, (2011).
110. Zaybak A, Güneş ÜY, İsmailoğlu EG, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 15(1): 48-54, (2012).



EK AÇIKLAMALAR A.

KATILIMCI BİLGİ FORMU

KATILIMCI BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı,

Bu çalışma evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine yönelik verilen eğitimin öz yeterlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma süresince kimliğinizle ilgili kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır ve isminizi yazmanız gerekmemektedir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Verilen yanıtlar yalnızca araştırmacı tarafından okunup değerlendirilecektir. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Cevaplarınız araştırmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir. Bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica ederiz.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Cinsiyetiniz:

- a) Kadın b) Erkek

2. Yaşınız:

- a) 18-39 b) 40-49 c) 50 ve üzeri

3. Öğrenim Durumunuz:

- a) İlköğretim b) Lise c) Üniversite d) Okuryazar e) Okuryazar değil

4. Çalışma Durumunuz:

- a) Çalışıyor b) Emekli-Çalışmıyor c) Ev Hanımı

5. Medeni Durumunuz:

- a) Evli b) Bekar c) Boşanmış

6. Ekonomik Durumunuz:

- a) İyi b) Kötü

7. Hastaya Yakınlık Dereceniz:

- a) Eşi b) Çocuğu c) Diğer

8. Daha Önce Bir Yakınına Bakım Verdiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

9. Başka Bir Hastaya da Bu Şekilde Bakım Vermek İstermiydiniz?

- a) Evet b) Hayır



EK AÇIKLAMALAR B.

GENEL ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ

GENEL ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ

GENEL ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, bireylerin stresli yaşantılarla başa çıkabilme ve bunlara uyum sağlayabilme becerilerine yönelik algılarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda bazı düşünceleri içeren ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere katılma derecenizi "Tamamen yanlış", "Biraz doğru", "Orta düzeyde doğru", "Tamamen doğru" seçeneklerinden size en uygun olanı işaretleyerek göstermeniz beklenmektedir. Lütfen her bir ifadeye belirtilen düşüncenin size ne kadar uyduğunu düşününüz. Her bir ifadeye katılma derecenizi kendinize en uygun gelen seçeneğin altındaki kutucuğu işaretleyerek gösteriniz. Lütfen hiçbir maddeyi yanıtsız bırakmayınız. Değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

	Tamamen yanlış	Biraz doğru	Orta düzeyde doğru	Tamamen doğru
1) Yeterince çaba harcarsam, zor sorunları çözmenin bir yolunu daima bulabilirim.....	☐	☐	☐	☐
2) Bana karşı çıkıldığında, istediğimi elde etmemi sağlayacak bir yol ve yöntem bulabilirim.....	☐	☐	☐	☐
3) Amaçlarıma bağlı kalmak ve bunları gerçekleştirmek benim için kolaydır.....	☐	☐	☐	☐
4) Beklenmedik olaylarla etkili bir biçimde başa çıkabileceğime inanıyorum.....	☐	☐	☐	☐
5) Yeteneklerim sayesinde beklenmedik durumlarla nasıl başedebileceğimi biliyorum.....	☐	☐	☐	☐
6) Gerekli çabayı gösterirsem, birçok sorunu çözebilirim.....	☐	☐	☐	☐
7) Baş etme gücüme güvendiğim için zorluklarla karşılaştığımda soğukkanlılığımı koruyabilirim....	☐	☐	☐	☐
8) Bir sorunla karşılaştığımda, genellikle birkaç çözüm yolu bulabilirim.....	☐	☐	☐	☐
9) Başım deritte olduğunda, genellikle bir çözüm düşünebilirim.....	☐	☐	☐	☐
10) Önüme çıkan zorluk ne olursa olsun, üstesinden gelebilirim.....	☐	☐	☐	☐

Ölçek Puanlaması

Ölçekte ters puanlanan madde yoktur. Cevap seçeneklerinin puanlanması aşağıdaki gibidir. Yüksek puan genel öz-yeterliğin yüksek olduğuna; düşük puan düşük olduğuna işaret etmektedir. Ölçek analizlere toplam puan üzerinden katılmaktadır.

Tamamen yanlış = 1
Biraz doğru = 2
Orta düzeyde doğru = 3
Tamamen doğru = 4



EK AÇIKLAMALAR C.

YETİŞKİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

YETİŞKİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

YPSÖ

- 1: Beni hiç tanımlamıyor
2: Çok az tanımlıyor
3: Biraz tanımlıyor
4: Oldukça tanımlıyor
5: Beni tamamen tanımlıyor

1.	Çevremdeki insanlar ile işbirliği içerisindeyimdir.	1	2	3	4	5
2.	Nitelik veya becerilere sahip olmak ve onları geliştirmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
3.	Farklı sosyal ortamlarda nasıl davranacağımı bilirim (örneğin, iş, ev veya diğer sosyal ortamlar).	1	2	3	4	5
4.	Ailem hayatım boyunca genellikle beni desteklemiştir.	1	2	3	4	5
5.	Ailem benim hakkımda birçok şeyi bilir (örneğin, arkadaşlarımla kim olduğumu, nelerden hoşlandığımı) .	1	2	3	4	5
6.	Başladığım faaliyetleri bitirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
7.	Dini inançlar benim için bir güç kaynağıdır.	1	2	3	4	5
8.	Sahip olduğum etnik yapıdan gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5
9.	Nasıl hissettiğimi konusunda ailem/çim ile konuşurum (örneğin üzgün veya endişeli olduğumda).	1	2	3	4	5
10.	Bir şeyler istediğim şekilde gitmediğinde, diğer insanlara ve kendime zarar vermeden bu durumu çözebilirim (örneğin, şiddete başvurmadan veya madde kullanmadan)	1	2	3	4	5
11.	Arkadaşlarımla tarafından desteklendiğimi düşünüyorum/hissediyorum.	1	2	3	4	5
12.	Kendimi yaşadığım topluma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
13.	Ailem zor zamanlarımda yanımdadır (örneğin hasta olduğumda veya başım sıkıştığında).	1	2	3	4	5
14.	Arkadaşlarımla zor zamanlarımda yanımdadır.	1	2	3	4	5
15.	Çevremde yetişkin olduğumu ve sorumluluk alabileceğimi diğer insanlara gösterebileceğim fırsatlara sahibim.	1	2	3	4	5
16.	Güçlü yönlerimin farkındayım.	1	2	3	4	5
17.	Dini aktivitelere katılıyorum (ibadethaneye –camiye- gitmek gibi).	1	2	3	4	5
18.	Ailemle olduğumda kendimi güvende hissediyorum.	1	2	3	4	5
19.	Hayatımda gelecekte kullanacağım yeteneklerimi geliştireceğim fırsatlara sahibim (mesleki beceriler gibi)	1	2	3	4	5
20.	Yaşadığım toplumun kültürünü ve geleneklerini seviyorum.	1	2	3	4	5
21.	Bu ülkenin vatandaşı olduğum için gurur duyuyorum.	1	2	3	4	5

Factor 2: 1,2,3,6,16 –bireysel kaynaklar

Factor3 :7, 8, 17, 20, 21-kültürel ve bağlamsal (contextual) kaynaklar

Factor4: 4,5,9, 13, 18 –ailesel kaynaklar



EK AÇIKLAMALAR D.

EĞİTİM PROGRAMI

EĞİTİM PROGRAMI

1. HAFTA EĞİTİM İÇERİĞİ
EVDE SAĞLIK HİZMETİNE İLİŞKİN BİLGİLER
İÇERİK VE HEDEFLER
1.İçerik: Evde Sağlık Hizmeti Nedir?
Evde Sağlık Hizmeti Nasıl Çalışır?
Evde Sağlıkta Kimler Görev Yapar?
Hedef 1: Evde sağlık hizmetini tanımlar.
Evde sağlık hizmetinin çalışma saatleri ve koşullarını söyler.
Evde sağlıkta görev alan doktor, hemşire vb kişilerin görev tanımını anlatır.
2. İçerik: Evde Sağlık Hizmeti Kapsamında Neler Bulunur?
Evde sağlık hizmeti kapsamında kimlere hizmet verilir?
Evde sağlık hizmeti alan hastaların özellikleri nelerdir?
Hedef 2: Evde sağlık hizmetinin amacını anlatır.
Evde sağlığın kimlere hizmet verdiğini ifade eder.
Evde sağlık hizmeti kapsamındaki hastaların genel özelliklerini açıklar.
YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Özetleme
SÜREÇ VE İÇERİK
• Eğitimci kendini tanıtır.
• Bakım veren kendini tanıtır.
• Eğitimci, bakım verenin evde sağlık hizmeti ve içeriği hakkındaki bilgilerini paylaşmasını ister.
• Eğitimci evde sağlık hizmetinin ne olduğunu, amacını anlatır.
• Evde sağlık hizmetinin çalışma saatleri ve koşulları hakkında bilgi verir
• Bu hizmette görev yapan çalışanları tanıtarak görev tanımlarını açıklar
• Evde sağlık hizmeti kapsamında kimlere hizmet verildiğini anlatır.
• Hizmet alan hastaların genel özelliklerini anlatır.

- Eğitimci anlattığı konularla ilgili gelen soruları cevaplar. 2. hafta eğitim için randevulaşılır.
--

2. HAFTA EĞİTİM İÇERİĞİ
BAKIM VERİCİLERİN EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARINDA DİKKAT ETMESİ GEREKEN SORUNLAR
A- ENFEKSİYON KONTROLÜ
İÇERİK VE HEDEFLER
1.İçerik: Enfeksiyon nedir?
Enfeksiyon belirtileri nelerdir?
Enfeksiyona sebep olabilecek durumlar nelerdir?
Enfeksiyondan korunma nasıl olur?
Enfeksiyondan korunmak için dikkat edilmesi gereken noktalar nelerdir?
Hedefler: Enfeksiyonu tanımlar.
Enfeksiyon belirtilerini sıralar.
Enfeksiyona sebep olabilecek durumları bilir.
Enfeksiyondan korunmanın nasıl olacağını bilir.
Enfeksiyondan korunmak için dikkat etmesi gereken durumları bilir ve uygular.
B- BESLENME VE MOBİLİZASYON
İÇERİK VE HEDEFLER
2.İçerik: Yeterli, dengeli, düzenli ve doğru beslenme nedir?
Yanlış beslenmeye bağlı gelişebilecek sorunlar nelerdir?
Evde sağlık hizmeti alan tam bağımlı hastanın beslenmesi nasıl olmalı?
Evde sağlık hizmeti alan yarı bağımlı hastanın beslenmesi nasıl olmalı?
Oral beslenemeyen hastanın PEG bakımı ve beslenmesi nasıl olmalı?
Mobilizasyon nedir ve hasta için neden önemlidir?
Mobilizasyonun faydaları nelerdir?
İnmobilizasyon nedir ve inmobilizasyona bağlı gelişebilecek sorunlar nelerdir?
Bakım alan tam bağımlı hastanın mobilizasyonu nasıl olmalı ve dikkat edilmesi gereken noktalar nelerdir?
Bakım alan yarı bağımlı hastanın mobilizasyonu nasıl olmalı ve dikkat edilmesi gereken noktalar nelerdir?

İdrar takibi ve çıkışının (AÇT) hasta için önemi nedir?
Hedefler: Bakım veren yeterli, dengeli, düzenli ve doğru beslenmeyi öğrenir.
Bakım veren yanlış beslenmeye bağlı gelişebilecek sorunları sıralar.
Evde sağlık hizmeti alan tam ve yarı bağımlı hastanın beslenmesinin nasıl olacağını öğrenir.
Oral beslenememe ve PEG nedir bakımı nasıl olur gibi bilgileri öğrenir.
Mobilizasyonu ve mobilizasyonun hasta için önemini bilir.
Mobilizasyonun faydalarını sıralar.
İnmobilizasyonun ne olduğunu ve buna bağlı gelişebilecek sorunları bilir.
Bakım verici tam bağımlı hastanın mobilizasyonunda dikkat etmesi gereken noktaları bilir.
Bakım verici yarı bağımlı hastanın mobilizasyonunda dikkat etmesi gereken noktaları bilir.
İdrar çıkışının hasta için önemini bilir ve takibini yapar.
YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Özetleme
4. Uygulama
SÜREÇ VE İÇERİK:
• Eğitimci tarafından bakım verene enfeksiyon denilince aklına nelerin geldiği sorulur.
• Bakım verenin daha önce herhangi bir enfeksiyona yakalanıp yakalanmadığı sorulur.
• Eğitimci tarafından bakım verene enfeksiyon, belirtileri, korunma yolları hakkında bilgi verilir.
• Bakım veren ile el yıkamanın önemi konuşulur.
• Eğitimci bakım verene beslenme bilgisi üzerine sohbet eder.
• Eğitimci bakım verene hastasını nasıl beslediği, ne sıklıkta beslediği gibi sorular sorar.
• Eğitimci bakım verene oral beslenemeyen hasta, PEG vb kavramların ne olduğunu açıklar.
• Eğitimci tarafından, beslenmenin özellikle evde sağlık hizmeti alan hasta insan için önemi anlatılır.
• Bakım verene hastasını ne sıklıkta hareket ettirdiği sorulur ve nasıl hareket ettirdiği göstermesi istenir.
• Hareketsizliğe bağlı gelişebilecek sorunlar hakkında bakım verene konuşulur.
• Eğitimci tarafından bakım verene hastaya yatak içinde pozisyon verme, hareket ettirme vb durumların faydaları anlatılır.

• Eğitimci tarafından bakım verene hastaya yatak içinde nasıl pozisyon vereceği uygulamalı olarak gösterilir.
• Bakım verenin hastaya pozisyon vermeye aktif olarak katılımı sağlanır.
• Eğitimci tarafından bakım verenin uygulamaları gözlemlenir.
• Bakım veren hastanın idrar takibini neden ve niçin yapması gerektiğini anlar ve yapar.
• Eğitimci ve bakım verenin yanlış yaptığı uygulamaları düzeltir.
• Eğitimci bakım verene beslenme bilgisi üzerine sohbet eder.
3. HAFTA EĞİTİM İÇERİĞİ
BAKIM VERİCİLERİN EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARINDA DİKKAT ETMESİ GEREKEN SORUNLAR
C- YATAK YARASI
İÇERİK VE HEDEFLER
3.İçerik: Yatak yarası nedir?
Yatak yarası nasıl oluşur?
Yatak yarası belirtileri nelerdir?
Yatak yarası oluşmadan alınabilecek önlemler nelerdir?
Mevcut yatak yarasının tedavisinde yapılması gerekenler nelerdir?
Hedefler: Yatak yarasının ne olduğunu bilir.
Yatak yarasının nasıl oluştuğunu bilir.
Yatak yarası belirtilerini sıralar.
Yatak yarası oluşmadan alınabilecek önlemler hakkında bilgi sahibidir.
Mevcut yatak yarasının tedavisinde yapılmasını gerekenleri bilir ve uygular.
D- ÜRİNER KATATER KULLANIMI VE DEĞİŞİMİ
İÇERİK VE HEDEFLER
4.İçerik: Üriner sistem nedir?
Kadın üriner sistemi nasıl olur?
Erkek üriner sistemi nasıl olur?
Üriner katater (sonda) kimlere uygulanır?
Sonda kullanımında dikkat edilmesi gerekenler nelerdir?

İdrar çıkışının hasta ve sağlıklı bireyler için önemi nedir?
Üriner katater kullanımına bağlı gelişebilecek sorunlar nelerdir?
Üriner katater değişimi ne sıklıkta olmalıdır?
Hedefler: Üriner sistemi bilir.
Kadın üriner sistemini bilir.
Erkek üriner sistemini bilir.
Üriner kataterin (sonda) kimlere uygulanacağını ve uygulanması gerektiğini öğrenmiştir.
Sonda kullanımında dikkat edilmesi gereken noktaları bilir ve sıralar.
İdrar çıkışının hasta için öneminin farkındadır.

Üriner katater kullanımına bağlı gelişebilecek sorunları bilir.
Üriner katater değişiminin değişim sıklığını bilir ve değişim süresini takip eder.
YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Özetleme
4. Uygulama
SÜREÇ VE İÇERİK:
• Bakım verenle yatak yarası hakkında konuşularak bilgi düzeyi öğrenilir.
• Bakım verene hastasında daha önce hiç yatak yarası olup olmadığı sorulur
• Hastada yatak yarası oluşmuşsa bakım verenin ne yaptığı öğrenilir.
• Bakım verenle havalı yatağın hasta ve yatak yarası için önemi konuşulur.
• Yatak yarasında mobilizasyonun ve yatak içi pozisyonun önemi konuşulur.
• Bakım verene yatak yarası belirtileri, yatak yarasını nasıl oluştuğu, yatak yarasında neler yapılması gerektiği vb. bilgiler anlatılır.
• Bakım verene uygulamalı yatak yarası bakımı gösterilir.
• Bakım verenin yatak yarası bakımına aktif olarak katılımı sağlanır.
• Bakım verenin yatak yarası bakımı gözlemlenir ve yapılan eksik ve yanlış uygulamaların düzeltilmesi sağlanır.
• Bakım verenle üriner sistem hakkında konuşularak bilgi düzeyi öğrenilir.
• Kadın ve erkek üriner sistem farklılıkları üzerine konuşulur.

• Eğitimci tarafından kadın üriner sisteminin erkek üriner sistemine göre enfeksiyonlara neden daha yatkın olduğu anlatılır.
• Eğitimci üriner kataterin kimlere uygulanması gerektiğini anlatır.
• Bakım verenle üriner katater kullanımına bağlı gelişebilecek sorunlar üzerine konuşulur.
• Bakım veren sonda kullanımında dikkat edilmesi gereken noktaları bilir ve uygular.
• Eğitimci tarafından hastanın sonda değişimi yapılır ve hasta yakınına gösterilerek öğretilir.
• Bakım verenin sonda değişimine aktif olarak katılımı sağlanır.
• Bakım veren sonda değişiminin steril olması gerektiğini bilir ve uygulamaya katılır.
• Bakım veren sonda değişimini bilir ve değişim süresinin takibini yapar.
• Dolu idrar torbasının nasıl boşaltılacağı eğitimci tarafından hasta yakınına gösterilir.
• İdrar torbasının hastanın pozisyonuna göre yönünün değiştirileceği ve yatak içinde tutulmayıp yatak kenarına asılması gerektiği söylenir.
• Hasta yakını üriner katater kullanımına bağlı enfeksiyon belirtilerini bilir ve takibini yapar.
4. HAFTA EĞİTİM İÇERİĞİ
HASTANIN EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALDIĞI SÜRESİNCE BAKIM VERİCİLERDE GELİŞEBİLECEK SORUNLAR
A-BAKIM VERİCİLERİN FİZİKSEL SORUNLARI
İÇERİK VE HEDEFLER
1.İçerik: Normal duruş şekli nasıl olmalı?
Doğru ve uygun kaldırma, taşıma tekniği nasıldır?
Yanlış hareket ve postüre bağlı oluşabilecek fiziksel sorunlar nelerdir?
Hedefler: Bakım veren normal duruşu tarifler.
Bakım veren doğru ve uygun taşıma, ağırlık kaldırma gibi hareketleri gösterir.
Bakım veren ani ve yanlış harekete bağlı oluşabilecek fiziksel sorunları bilir.
B-BAKIM VERİCİLERİN PSİKOLOJİK SORUNLARI
İÇERİK VE HEDEFLER
2.İçerik: Psikolojik sağlığı bozan etmenler nelerdir?
Oluşabilecek psikolojik problemler nelerdir?
Psikolojik sağlığı koruyucu etmenler nelerdir?
Hedefler: Bakım veren psikolojik sağlık ne demek tarifler.

Bakım veren oluşabilecek psikolojik problemleri sıralar.
Bakım veren psikolojik sağlığı koruyucu etmenleri bilir.
C-BAKIM VERİCİLERİN SOSYAL SORUNLARI
İÇERİK VE HEDEFLER
3.İçerik: Sosyal sorun nedir?
Sağlıklı bir bireyin ailesi ve çevresiyle sosyal ilişkisi nasıl olmalı?
Sosyal soruna yol açan etmenler nelerdir?
Sosyal destek nedir?
Sosyal sorunlarda koruyucu önlemler nelerdir?
Hedefler: Bakım veren sosyal sorunu tanımlar.
Sağlıklı bir bireyin ailesiyle ilişkisinin nasıl olması gerektiğini söyler.
Sosyal soruna yol açan etmenleri sıralar.
Sosyal desteğin kendisi için ne ifade ettiğini açıklar.
Sosyal destekte koruyucu önlemlerin neler olması gerektiğini ifade eder.
YÖNTEM
1. Anlatım
2. Soru-cevap
3. Özetleme
4. Tartışma
SÜREÇ VE İÇERİK:
• Bakım veren ve eğitimci normal duruş (postür) nasıl olur konuşur.
• Eğitimci doğru ve uygun ağırlık kaldırmayı bakım verene gösterir.
• Eğitimci uzun süreli, yanlış ve ani harekete bağlı gelişebilecek fiziksel sorunları bakım verene anlatır.
• Eğitimci ve bakım veren arasında sporun ve fizik tedavinin insan sağlığı üzerindeki olumlu etkileri üzerine konuşulur.
• Eğitimci ve bakım veren psikolojik sağlık ne demek, neyi ifade ediyor? soruları üzerine konuşur.
• Bakım verenlerde oluşabilecek psikolojik sorunlar üzerine konuşulur.
• Bakım verene psikolojik sağlığı koruyucu etmenler anlatılır ve bakım veren eğitimci tarafından bu konuda desteklenir.

[illegible]

5.HAFTA EĞİTİM İÇERİĞİ

BAKIM VERENLERDE BAKIM VERMEYE İLİŞKİN GELİŞEBİLECEK SORUNLAR

İÇERİK VE HEDEFLER:

1.İçerik: Öz yeterlik nedir?

Öz yeterlik nasıl geliştirilir?

Hedef 1: Bakım veren öz yeterliği tanımlar.

Bakım veren öz yeterliğin nasıl geliştirileceğini bilir.

YÖNTEM:

- | |
|---------------|
| 1. Anlatım |
| 2. Soru-cevap |
| 3. Tartışma |

[illegible]

6.HAFTA EĞİTİM İÇERİĞİ
BAKIM VERENLERDE BAKIM VERMEYE İLİŞKİN GELİŞEBİLECEK SORUNLAR
İÇERİK VE HEDEFLER:
1.İçerik: Psikolojik sağlık nedir?
Psikolojik sağlık nasıl geliştirilir?
Hedef 1: Bakım veren psikolojik sağlamlığı tanımlar.
Bakım veren psikolojik sağlamlığın nasıl geliştirileceğini bilir.
YÖNTEM:
1. Anlatım



EK AÇIKLAMALAR E.

ETİK KURUL ONAYI

ETİK KURUL ONAYI



**T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**

4/11/2022

Karar No: 2022/1140

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Verenlerine Verilen Eğitimin Öz-Yeterlik Ve Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri Üzerine Etkisi." başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiştir. Etik açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı



EK AÇIKLAMALAR F.

ARAŞTIRMA İZNİ

ARAŞTIRMA İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 23.11.2022 - E.190470



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-27105693-604.02.03-190470
Konu : Araştırma İzni (Fikriye ACAR)

23.11.2022

BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 23.11.2022 tarihli ve E-99905805-010.99-190311 sayılı yazı.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik ABD öğrencisi Fikriye ACAR'ın "Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz yeterlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerine etkisi" başlıklı Yüksek Lisans tezi kapsamında İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Amasra İlçe Devlet Hastanesinin Evde Sağlık Biriminde araştırmalarda bulunmak üzere gerekli izinlerin verilmesi hususunda;

Bilgilerini ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Mücahit COŞKUN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSEL9ZNPLT

Belge Doğrulama Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4043&eD=BSLL9Z8BH7&eS=190470>

Adres: Demir Çelik Kampüsü Yükseskokullar Binası Merkez/Karabük

Telefon: (370) 418-9393 Belge Geçer: (370) 418-7241

e-Posta: iletisim@karabuk.edu.tr İnternet Adresi: <http://www.karabuk.edu.tr>

Kep Adresi: karabukuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Fatma SAĞLAM AĞCA

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni





EK AÇIKLAMALAR G.

ARAŞTIRMA İZNİ CEVAP YAZISI

ARAşTIRMA İZNİ CEVAP YAZISI

Karabük Üniversitesi Evrak Tarih ve Sayısı: 30.11.2022-192850



T.C.
BARTIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-26080346-799
Konu : Araştırma İzni (Fikriye ACAR)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 23/11/2022 tarihli ve 66604974-190470 sayılı yazı.

Karabük Üniversitesi Rektörlüğü'nün ilgi yazısı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik ABD öğrencisi Fikriye ACAR'ın Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK'ın danışmanlığını yaptığı "Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz yeterlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerine etkisi" başlıklı Yüksek Lisans tezini Aralık 2022 - Şubat 2023 tarihleri arasında Müdürlüğünüze bağlı Amasra İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde yürütülebilmesi için gerekli iznin verilmesi talebi müdürlüğümüzce incelenmiş olup;

Planlanan çalışmalarda kişisel veri ya da başka bir deyişle kişilik mahremiyet hakkını ihlal edecek hiçbir bilginin kullanılmaması kaydıyla çalışmanın yapılması Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüştür. Ayrıca, bilimsel araştırma projesinin hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva edip etmediğinin tetkiki, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı ve süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılacak çalışmanın sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi hususunda;

Gereğini arz ve rica ederim.

Dr. Selma KAYNAK
Müdür a.
Başkan

Ek:

- 1- Araştırma ETİK KURUL ONAYI
- 2- Araştırma İzni BAşVURU FORMU
- 3- Araştırma İzni TAAHÜTNAME
- 4- Araştırma ÖN İZİN FORMU
- 5- Anket FORMU

Dağıtım:

Bartın Amasra İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği
Karabük Üniversitesi Rektörlüğü

Bartın İl Sağlık Müdürlüğü

Telefon: Faks No:

e-Posta: erol.yarbasi@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <https://bartinism.saglik.gov.tr/>

Bilgi için: Erol YARBAőI

SAĞLIK MEMURU

Telefon No: (0 378) 228 36 55



EK AÇIKLAMALAR H.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK tarafından yürütülen *“Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Verenlerine Verilen Eğitimin Öz-Yeterlik Ve Psikolojik Sağlık Düzeyleri Üzerine Etkisi”* başlıklı anket ve araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz-yeterlik ve psikolojik sağlık düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacı ile aşağıda yer alan sorulara yanıt vermeniz ve yapılacak eğitim programına katılmanız beklenmektedir. Program kapsamında siz bakım verenlere 4 hafta sürecek, haftalık 15-20 dakikalık evde sağlık hasta bakımı eğitimi verilecektir. Eğitim kapsamında sizlere “evde sağlık hasta bakımı nedir? Bu hastaların ihtiyaçları nelerdir? Bu hastalara verilmesi gereken bakım nasıl olmalıdır? Bu eğitimle beraber siz bakım verenlere hastalarınıza yönelik ağız bakımı ve beslenme, mesane –sonda bakımı, enfeksiyon bulguları ve yatak yarası bakımı, yatakta pozisyon verme ve fiziksel egzersiz konuları üzerine eğitim verilerek sizlere bu konuda bilgi ve tutum kazandırmak hedeflenmiştir. Anket formunda 40 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz ortalama 45 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma, evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerine verilen eğitimin öz yeterlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Süresi: Aralık 2022- Şubat 2023

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Amasra İlçe Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimine Kayıtlı Hastalara Hizmet Ve Eğitimin Verileceği Hizmet Alanı.

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Dr. Öğr. Üyesi Sakine FIRINCIK, Yüksek Lisans Öğrencisi Fikriye ACAR

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

EK AÇIKLAMALAR I.

GENEL ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

GENEL ÖZ-YETERLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Genel Öz-Yeterlik Ölçeği



Gamze Acar

Alici: aypaya

5 Haz 2022 Paz 18:50



Hocam merhaba. Ben Fikriye Acar. Karabük Üniversitesi psikiyatri hemşireliği anabilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz "Genel Öz Yeterlik Ölçeğini" ve ölçeğin değerlendirme puanlarını uygun görürseniz tezimde kullanabilmem için bana gönderebilir misiniz? Teşekkür ederim.

Saygılarımla.



Ayşe Aypay

Alici: ben

8 Haz 2022 Çar 16:29



Merhaba Gamze,

Ölçek formu ektedir.

Prof. Dr. Ayşe AYPAY

Eskisehir Osmangazi Üniversitesi

Eğitim Fakültesi

Meşelik Kampüsü 20080 11111

Eskisehir, Türkiye/ULB +381 312 222 222

EK AÇIKLAMALAR İ.

YETİŞKİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

YETİŞKİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Gelen Kutusu x



Gamze Acar

Alıcı: gkmnarslan ▼

3 Haz 2022 01:04



Hocam merhaba. Ben Fikriye Acar. Karabük Üniversitesi psikiyatri hemşireliği anabilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğunuz " Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği" ve ölçeğin değerlendirme puanlarını uygun görürseniz tezimde kullanabilmem için bana gönderebilir misiniz? Teşekkür ederim.
Saygılarımla



Gökmen Arslan

Alıcı: ben ▼

3 Haz 2022 07:42



Merhaba

Ölçeklere kişisel web adresimden erişebilirsiniz

Selamlar

ÖZGEÇMİŞ

Fıkriye ACAR ilk ve ortaokulu Amasya ilinin Merzifon ilçesinde tamamladı. Merzifon Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2008 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümüne girdi; 2012 yılında lisans eğitimini tamamladı. Aynı yıl özel sektörde hemşire olarak göreve başladı. 2021 yılında Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans programına başladı. Şu an Amasra İlçe Devlet Hastanesi'nde hemşire olarak görev yapmaktadır.