

Evde Yaşlı ve Hasta Bakım Hizmetlerinin Toplumsal Etkinliği Üzerine Bir İnceleme*

A Study on the Social Efficacy of Elderly and Patient Home Health Care Services

*Gülşen Çetin Aydın** , Serpil Aytac****

Öz

Ülkemizde 2006 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı bünyesinde Evde Sağlık Hizmeti (ESH) verilmeye başlanmıştır. Önceleri hastaneden yürütülen bu hizmetler, 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Resmî Gazete 'de yayımlanan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" ile Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı hastanelerle birlikte, Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde hizmet veren Toplum Sağlığı Merkezleri'ne bağlı Evde Sağlık Hizmetleri (ESH) birimlerinin kurulmasının yolunu açmıştır. Ülke geneline yaygınlaştırma çalışmaları halen sürmektedir. Sağlık Bakanlığı, hizmet sunumunda T tipi olarak adlandırılan toplum sağlığı merkezlerini, evde sağlık hizmetleri birimlerini birincil hizmet sunucusu yapma eğilimindedir. Hastanelere bağlı H tipi ESHB faaliyetleri de devam etmektedir.

Bu çalışma, evde yaşlı ve hasta bakım hizmetlerinin toplumsal etkinliğine odaklanmaktadır. Çalışma kapsamında, bir ilimizde aktif olarak hizmet veren T tipi ESH biriminden hizmet alan hasta/yakını/bakıcının, bu hizmetlerden memnuniyeti ve sorunları var ise bunların neler

.....

- * Bu çalışma, 7 Mart 2019 tarihinde düzenlenen 5. Toplumsal Cinsiyet Adaleti Kongresi'nde sunulmuş bir bildirinin genişletilmiş halidir.
- ** Dr. Öğr. Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, SBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, e-mail gulsenaydin@kmu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-8371-2251.
- *** Prof. Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi, İİBF, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, e-mail saytac@uludag.edu.tr, orcid.org/0000-0001-6659-4639.

■ **Başvuru:** 23 Ağustos 2019

■ **Kabul:** 11 Kasım 2019

■ **DOI:** 10.21798/kadem.2020258050

This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Cite this article as: Çetin Aydın, G. ve Aytac, S. (2019). Evde Yaşlı ve Hasta Bakım Hizmetlerinin Toplumsal Etkinliği Üzerine Bir İnceleme. *Kadem Kadın Araştırmaları Dergisi*, Vol. 5, No. 2: 263-289.

olduğunun ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Tasarlanan nitel araştırma kapsamında, hizmet alan kişiler bir ilçe ile sınırlandırılarak, rastlantısal örnekleme yöntemi ile ulaşılan toplam 24 kişi ile bir görüşme protokolüne bağlı kalarak yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerden elde edilen veriler “Betimsel yorumlayıcı analiz tekniği” ile analiz edilmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda sunulan hizmetin, hizmeti alanlarda memnuniyet oluşturduğu, toplumsal bir ihtiyaca cevap verdiği görülmektedir. Ayrıca, hizmet sonrasında herhangi bir ödeme alınmıyor olması, bakım hizmeti alan bireyleri ekonomik açıdan da destekleyen bir süreçtir. Ancak çalışmada yaşlı ve hasta bakımını üstlenen kadınların stres düzeylerinin yüksek olduğunu beyan etmeleri dikkat çekmiştir.

Abstract

The Ministry of Health has been providing Home Health Care Services (HHCS) since 2006. Previously, these services were carried out by hospitals. Then, as declared by the new regulation published in the Official Gazette (numbered 29280 and dated 27.02.2015), called “Home Health Care Services Provided by the Ministry of Health and its Affiliates”, these services were transferred to hospitals affiliated with the Public Hospitals Union and to the Home Health Care Services (HHCS) Units, which were newly established as part of Public Health Centers. Dissemination efforts are still ongoing throughout the country. The Ministry of Health tends to make home health services units the primary service provider of community health centers, which are classified as type T in service provision. Type-H HHCS activities affiliated with hospitals continue.

This study focuses on the social effectiveness of Home Health Care Services. It aims to reveal the satisfaction levels and problems, if any, of the patient / relative / caregiver who receives service from a particular T-type Home Health Care Service unit (HHCS) active in a province. Within the scope of the qualitative research, semi-structured interviews were conducted with a total of 24 people who were reached through a random sampling method by limiting the service users to a single district. The data obtained from these interviews were analyzed using the descriptive interpretive analysis technique. In light of the interviews, the study concludes that the Home Health Care service provided creates satisfaction and responds to a social need. Furthermore, the fact that there is no payment required from the recipients of the service is a positive factor for the individuals who receive care. However, in the study, it was noteworthy that women who undertake the care of the sick and the elderly had high levels of stress.

Extended Abstract

Care involves many tasks and activities pertaining to the provision of personal health and well-being to persons who are unable to attain these on their own. The concept of care is one of the issues that social policy addresses as part of service delivery and financing. We see that in recent years, the responsibility for the provision of care services has changed in accordance with the development of the concept of social state. Since 2006, Home Health Care Services (HHCS) began to be provided by the Ministry of Health. Previously, these services were carried out by hospitals. Then, as declared by the new regulation published in the Official Gazette (numbered 29280 and dated 27.02.2015), called “Home Health Care Services Provided by the Ministry of Health and its Affiliates“, these services were transferred to hospitals affiliated with the Public Hospitals Union and to the Home Health Care Services (HHCS) Units, which were newly established as part of Public Health Centers. Dissemination activities are still ongoing throughout the country. The Ministry of Health tends to make home health services units the primary service provider of community health centers, which are classified as type T in service provision. Type-H HHCS activities affiliated with hospitals continue.

The protection of human health, as well as the treatment and rehabilitation of individuals can be managed through an outpatient and inpatient treatment process. However, the provision of healthcare services by health institutions and organizations to individuals who have limited or no physical ability naturally brings some difficulties. Transportation is the most important obstacle in patients’ services. Meeting certain needs of bedridden patients at home eliminates the necessity of inpatient treatment at the hospital. There are quite a number of bedridden patients who are in a position to receive home healthcare. This group of patients is in a more advantageous position in terms of morale, motivation, and life satisfaction compared to the hospital environment. The comfort of the home and the proximity to their relatives and loved ones is preferred by both patients and their family members. The home healthcare service includes examination, treatment, medical care, follow-up and rehabilitation services, including social and psychological counseling services to individuals in need of home health care services due to various diseases in their home and family environment. Home health care increases the efficiency of health care and also prevents extra costs for social security institutions. Care is usually provided by women. This situation causes some changes in the developmental, social, physical and emotional states of women. Most women who provide care for a family member start to suffer physically from chronic illnesses. As the daily activities of their patients decrease and

their dependence increases, the female care providers' life satisfaction decreases and their levels of burnout increases. When care is provided wholly by family members, it often has such negative results as their alienation from social life and separation from society at large.

This study was carried out using qualitative interview methods in order to understand the social effects of the Home Health Care Services. A total of 24 patients, caregivers, and family members were interviewed, who were all receiving care from the T-type HHCS unit serving in the Osmangazi province of Bursa. As a result of the interviews, it is seen that the Home Health Care service provided creates satisfaction and responds to a social need. Furthermore, the fact that there is no payment required from the recipients of the service is a positive factor for the individuals who receive care. However, in the study, it was noteworthy that women who undertake the care of the sick and the elderly had high levels of burnout and decreased life satisfaction.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım Hizmeti, Sağlık, Hemşirelik, Memnuniyet, YaŐlılık.

Keywords: Home Health Care Service, Health, Nursing, Satisfaction, Elderly.

GiriŐ

Bakım, oldukça meŐakkatlı bir süreçtir. Dolayısıyla hasta /yaŐlının yanı sıra bakımı üstlenen kişinin de fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal açıdan sorunlar yaŐamasına sebep olan sıkıntılı bir konudur. Bakımın genellikle kadınlar tarafından verilmesi ise, onların stres düzeylerini arttıran ve tükenmiŐlięe iten bir neden olarak ortaya çıkmaktadır (Kalınkara ve Kalaycı, 2017:21; Karataş, 2011: 47-52).

Bakım hizmetleri objektif değerlendirme kriterlerinin karŐılanmasının yanında duygusal tarafı olan hizmetlerdendir. Bakıma ihtiyaı olan kişi ile karŐılıklı sevgi duyulması ve iliŐkilerin boyutu bağlamında da değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle *bakım* kavramını yalnızca hizmet, iŐ olarak değerlendirmek yeterli olmayacaktır. Kısacası, duygusal boyutunun olması nedeniyle bakımı emek piyasasında yer alan diğer hizmetler gibi değerlendirmek mümkün değildir. Bu nedendir ki, bakım emeği ve duygusal emek i ie girmiŐtir ve piyasada bir karŐılıklı bulamayacağı için görünmez olmaya devam etmektedir (zkaplan, 2009:16-17).

Bakım hizmetleri ile bireylere birçok alanda destek verilmektedir. Evde bulunan çocuklar, yaşlılar, kronik rahatsızlığı bulunan tüm bireyler dahil olmak üzere herkese verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin içeriğine bakıldığında kronik rahatsızlığı olan bireylerin takibi ve tedavisi, fizik tedavi, konuşma tedavisi, solunum tedavisi, ilaç tedavileri, parental beslenme gibi sağlık problemleri yer almaktadır. Bu hizmetlerin amacı, bakıma ihtiyaç duyan bireylerdeki hastalık ya da engellilik durumunun yarattığı etkileri en aza indirerek yaşam şartlarını yükseltmektir. Dolayısıyla hasta ve hasta yakınlarının, ailelerinin ihtiyaçlarına cevap vermek üzere bakım hizmetleri planlanmaktadır (Özer ve Şantaş, 2012: 97; Çoban ve Esatoğlu, 2004:110). Bununla birlikte bakım hizmetleri genellikle bakım sorumluluğunu üstlenen kadınlar açısından değerlendirildiğinde kadınların işlerini kolaylaştırıcı etki göstermektedir.

Evde Bakım ve Sağlık Hizmeti

Bakım kavramı, bireysel ihtiyaçlarını kendisi gideremeyecek olan çocuk, yaşlı, engelli ve stabil bir rahatsızlığı olan kişilere yönelik verilen hizmet ve bu kişilere yapılan aynî ve nakdî yardımları içermektedir. Bakım, sosyal politikanın üzerinde durduğu önemli alanlardan biridir (Gökbayrak, 2009:59). Evde bakım ise, sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylerin sağlıklarının iyileştirilmesi adına sağlık desteğinin evde sağlanması şeklinde ifade edilmektedir. Evde bakım hizmetinin amacı, bireyi aile ortamından uzaklaştırmadan tedavi ve bakım hizmetinin sürdürülmesidir (Hisar ve Erdoğan, 2014:138). Evde bakım, hastanın evinde öz bakımı, gıda ve beslenme ihtiyacının karşılanması, yaşam ortamının temizliği ve güvenliğinin sağlanması, sosyal destek ve danışmanlık ihtiyaçlarını da kapsayan bunların yanında hastaya evde sağlık hizmetlerinde olduğu gibi tıbbi sağlık hizmetleri de verilen bir hizmet sunum şeklidir. Evde Sağlık Hizmeti ise, tıbbi sağlık hizmetleri üzerinde durmaktadır (Çoban ve Esatoğlu, 2004). 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelikte “*Evde sağlık hizmeti; Çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında*

sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerini ifade eder” şeklinde tanımlanmıştır. Evde sağlık hizmeti, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim, yaşlı bakım teknikeri veya evde hasta bakım teknikeri ile yardımcı sağlık personelinin oluştuğu üç kişilik ekip tarafından verilmektedir. Evde sağlık hizmeti, sağlık hizmetinin verimliliğini arttırmakta ve aynı zamanda sosyal güvenlik kurumları için oluşabilecek ekstra maliyetleri de engellemektedir.

Evde sağlık hizmetlerini, hizmet kapsamındaki hastalıklar ve yararlanan hastalardan yola çıkarak son dönem geçici bakım hastaları, kronikleşmiş hastalıklar ve kazalar sonucu yatağa tam bağımlı olmuş bireyler, cerrahi müdahaleler sonrası tedavi süresince yatağa geçici süreli tam bağımlı hale gelmiş kişiler, hastanede yatarak gördüğü tedavisi taburcu olduktan sonra ev ortamında devam edilmesi gereken hastalar gibi her ne sebep ile olursa olsun yatağa tam bağımlı hale gelmiş veya sağlık kuruluşlarına gidebilecek kadar hareket kabiliyeti kalmamış bireylere ikametgahında ve aile ortamında sosyal ve psikolojik rehberlik hizmetleri dahil muayene, tetkik, tahlil, reçetelenmiş tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin bu konu da yetkin personel tarafından verilmesini kapsamaktadır (Subaşı ve Öztekin, 2006:20-21).

Evde Sağlık Hizmeti (ESH) ile ilgili ilk yasal düzenlemeler 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunu ve bu kanuna yönelik 154 sayılı Yönerge, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunum Yönetmeliği’dir. Bu kanun ve yönergeler özel sektöre düzenleme getirmiştir (Karabağ, 2007:37-38). Sağlık Bakanlığı’nın dışında diğer düzenlemeler Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından yapılmıştır. Bakıma muhtaç özürülere yönelik kurumda ya da evde bakım hizmeti sunulması mümkün hale getirilmiştir. Bununla birlikte ekonomik ve sosyal açıdan yetersizliği tespit edilen ve bakıma muhtaç özürülü yakınımın evde bakımını üstlenen aile bireylerine evde bakım aylığı ödemesi de yapılmaktadır (Onarcan, 2011).

10 Mart 2005'te Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri'nin Sunum Yönetmeliği yayımlanmıştır. Özel kurumlara yönelik yönetmelik ve Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun 1 Temmuz 2005 yılında Bakıma Muhtaç Özürlülere yönelik yasal düzenlemeleri ile devletin sorumluluğu ortaya çıkmıştır. Bu sayede hastaların ücretsiz bir şekilde hizmet alması sağlanmıştır. Bu hizmet kamu veya özel sektör aracılığı ile sağlanabilir. Ülkemizde kamu sektörü yasalarda değinilmiş olmasına rağmen fiili anlamda hizmet sunmaya özel sektörden sonra başlamıştır. 2010 yılında kamunun evde sağlık hizmetleri alanında aktif rol almaya başladığı görülmektedir.

01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı Sağlık Bakanlığı'nca sunulan "Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge" ile birlikte ülke geneline evde sağlık hizmetleri yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın kamu hastaneleri aracılığı ile hizmete başlaması, aile hekimleri ile sistemi desteklemesi ve il sağlık müdürlüklerinde Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezleri'nin kurulması ile hizmet daha kapsamlı bir şekilde uygulama alanı bulmuştur. Ancak, hizmet ağı yaygınlaşmasına rağmen uygulamada birliktelik sağlanamamıştır. Çünkü, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında her il kendi örgüt kültürüne göre çalışmalarını sürdürmüştür. Yerel yönetimler "Evde Sağlık Hizmeti"ni Evde Bakım Hizmetleri adı altında vermektedir. Belediyeler hastalara sağlık hizmeti ile birlikte sosyal yardım, öz bakım desteği gibi daha kapsamlı alanlarda destek vermektedir. Yerel yönetimler hizmetin verilmesinde ilgili personeli bünyelerinde çalıştırma veya hizmet satın alma yöntemleri kullanmaktadır. Öte yandan Aile Hekimliği sisteminin tüm ülkede devreye girmesi hastaların sisteme kolayca ulaşılabilmesine katkı sağlamıştır. Hasta bireyler aile hekimleri vasıtası ile de sisteme kayıt olabilmektedir. Dolayısıyla hizmetin tanıtılmasında aile hekimleri önemli rol almaktadır.

Halen yapılan uygulamaların dayanağı 27.02.2015 tarih ve 29280 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik'tir. Bu yönetmelik ile birlikte evde sağlık hizmeti

sunumunun sınırları belirlenmektedir. İlgili yönetmelikte, hizmetin teşkilatlanması, sevk ve idaresi, iş akış prosedürü, evde sağlık birimleri açılması ve kapanması, birim tipleri, asgari araç-gereç, tıbbi cihaz ve ilaç standardı, ulaşım araçlarının tahsisi, personel görevlendirilmesi ve personelin sorumlulukları, evde sağlık hizmeti sunumuna ilişkin, başvurunun nasıl yapılacağı, çalışma usul ve esasları, hizmetin kapsamı, konsültasyon, sağlık kuruluşuna sevk, kayıtların tutulması, evde sağlık hizmeti sunumunda uyulacak esaslar, evde sağlık hizmetinin sonlandırılması, denetim ve sorumlulukları son hüküm olarak da uygulamaya geçişi ayrıntılı bir şekilde açıklamaktadır. Ülkemizde yasal düzenleme bu şekilde gelişme göstermektedir.

29280 sayılı Yönetmelik, Kamu Hastaneler Birliği yanında Halk Sağlığı Müdürlükleri'ne bağlı Toplum Sağlığı Merkezleri Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri (ESHB) yapılanmasının önünü açmıştır. T tipi olarak adlandırılan *Toplum Sağlığı Merkezi Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri* hızlı bir şekilde kurulmaya başlamıştır. 2016 yılından bu yana her TSM'nde T tipi ESHB yapılanması devam etmektedir. Hastanelere bağlı H tipi ESHB faaliyetleri de devam etmektedir. Bu tip ESHB'de hastalar daha ağır ve özellikli vakalardır. Hasta nakil ve konsültasyon hizmetleri H tiplerince yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığının planlaması T tiplerinin 1. Basamak ESH gibi faaliyet göstererek hasta kabul ve sınıflandırma yapması yönündedir. Bu doğrultuda hastalara ilk değerlendirme T tipleri tarafından yapılarak hastalıklar sınıflandırılacak, hastalığın durumuna göre gerekli görülen hastalar H tiplerine devredilecektir. T tipi ve H tipi kıyaslamasında H tiplerinin deneyim, donanım ve lojistik üstünlüğü belirgin özelliكتedir. 2016 yılında Evde Sağlık Hizmetleri Eğitim Modülü'nün yazılmasıyla birlikte çalışan personelin ilgili eğitimi alması için hazırlıklar başlatılmıştır. Evde sağlık hizmeti alanında son dönemlerde özel hastanelerin de hizmet sunumuna başladığı görülmektedir.

Amaç ve Yöntem

Amaç

Bu çalışmada amaç, evde sağlık hizmetleri birimlerinden hizmet alan hasta, yaşlı ve yakınların /bakıcıların, verilen hizmet sonucunda hizmet hakkında oluşan fikirleri, eğilimleri ve kazanımlarını öğrenerek evde sağlık hizmetlerinin toplumsal etkinliğini anlayabilmektir. Ayrıca yatağa bağımlı yaşlı, sakat ve hastaların bakımını üstlenen aile ferdi kadınların karşılaştığı sorunlar hakkında da bilgi sahibi olabilmektir. Bu nedenle bu çalışmada, nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Bilindiği gibi, nitel araştırma, objektif, tek, maddi ve dışsal bir gerçekliğin var olduğu ontolojik sayılımasına dayanan pozitivist epistemolojiden farklı olarak, “neden?” ve “nasıl?” sorularına cevap aramaktadır. Dolayısıyla evrensel yasalar bulmak yerine, bir konuya belirli koşullar altında açıklık getirmeye ve anlamaya çalışmaktadır (Kuş, 2003: 5; Yıldırım ve Şimşek, 2016: 31). Nitel araştırma yöntem olarak araştırma probleminin yorumlayıcı bir yaklaşımla incelemesini içermekte ve araştırmaya “duygu” ve “doku” eklemektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 39-48). Bu tür çalışmalarda belli bir konuya ilişkin bireysel alguların veya perspektiflerin ortaya çıkarılması ve yorumlanması amaçlanır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu bağlamda bu çalışmada nitel yöntemlerden biri olan mülakat tekniği kullanılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığı ile çalışma yürütülmüştür. Bu yöntemle katılımcıların araştırma konusu ile ilgili durumları ya da olayları nasıl algıladığını ya da değerlendirdiğini ortaya çıkartmak amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırma kapsamında veri toplama yöntemi olarak yarı yapılandırılmış görüşme tekniği tercih edilmiştir. 15 Aralık 2017 ve 15 Ocak 2018 tarihleri arasında, evde bakım hizmeti alan 24 kişinin bakımını üstlenen kadınlarla yüz yüze görüşülerek bu araştırma gerçekleştirilmiştir. Bilindiği gibi görüşme tekniği, bireylerin deneyimlerine, tutumlarına, görüşlerine ve duygularına ilişkin anlamlandırma sürecinde etkili bir teknik olarak kabul edilmektedir.

Böylece, görüşmecilerin bakış açılarını öğrenmek amacıyla görüşme akışının esnekliğinin sağlanması söz konusu olurken (Rubin & Rubin, 1995) görüşme sorularının belirgin, açık ve kolay anlaşılabilir olmasına özen gösterilmiştir. Bu amaçla çalışmada, araştırmacılar tarafından önceden hazırlanan açık uçlu sorulardan oluşan ve görüşmeyi yönlendiren bir kılavuz olarak tanımlanan görüşme formu (Yin,1984) üzerinden bakımı üstlenen kişilerin Toplum Sağlığı Merkezleri'nce sağlanan Evde Bakım Hizmeti ile ilgili görüş ve düşüncelerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Mümkün olduğunca “evet-hayır” cevaplı sorular yerine açık uçlu sorular tercih edilmiştir. Sorularda görüşmecileri yönlendirebilecek herhangi bir durumdan özellikle kaçınılmıştır.

Çalışmada yöntem olarak Toplum Sağlığı Merkezi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından kişilere sağlanan hizmet esnasında, sağlık ekibiyle birlikte ev ziyareti gerçekleştirilerek yüz yüze görüşülerek soru formları araştırmacılar tarafından doldurulmuştur. Hasta, yakını/bakıcısına araştırma yapılma nedeni anlatılmış ve sözlü onamları alınmıştır. Görüşme, sunulan hizmet akabinde yapılmış ve yaklaşık 35-55 dakika sürmüştür. Çalışmada yüz yüze görüşme metodunun seçilme nedeni, kişilerin hizmet karşısında oluşan düşüncelerinin yanında duygularını da anlamaktır.

Örneklem

Bu çalışmada, Bursa ili Osmangazi ilçesindeki Toplum Sağlığı Merkezi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nin hizmet verdiği tüm kişiler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Aynı dönemde ilçedeki Toplum Sağlığı Merkezi tarafından Evde Bakım ve Sağlık Hizmeti verilen toplam 48 kişi bulunmaktadır. Çalışmanın örneklemini ana kütlenin yarısı olarak belirlenmiş ve araştırmacılar tarafından rastlantısal olarak seçilen 24 bakım hizmeti alan yaşlı, hasta ya da engelli bireylerin bakıcıları ile görüşmek üzere hizmet ekibiyle birlikte 15 Aralık 2017 ile 15 Ocak 2018 tarihleri arasında ev ziyaretleri yapılmıştır. 24 hasta/yaşlı/engelli bakımını üstlenen kişi ile yapılan görüşmeler sonucu bilgi ve belgelerden elde edilen ham veriler “Betimsel yorumlayıcı analiz tekniği” kullanılarak analiz edilip

yorumlanmıştır. Betimsel yorumlayıcı analiz, uzun olarak alınan konuşma ve anlatımları, davranış ve söylemleri araştırmacının yorumlayarak sunması, elde edilen tüm verilerin değil, veriler arasından seçtiği bazı olguları yorumlayarak aktarılmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada araştırmacılar; “Devletin sunduğu Evde Bakım Hizmetinin yeterli ve etkin olup olmadığı?” temel sorusundan yola çıkarak, araştırmanın amacı ile uyumlu olarak hazırlanan görüşme formunda, “Evde sağlık ve bakım hizmetlerin sizlere sağladığı faydalar neler?”, “Bakım hizmeti sunumunda karşılaştığınız zorluklar neler?”, “Ne tür bakım hizmetlerine daha ihtiyacınız olduğunu düşünüyorsunuz?”, “Evde yatalak birine bakmak sizi nasıl etkilemektedir?” gibi sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış sorulardan oluşmaktadır. İlgili açık uçlu sorular, bakımı üstlenen kişilere yöneltilmiş, ayrıca araştırmacının gözlemleri de görüşme formlarına eklenmiştir. Bakımı üstlenen kişinin hasta/yatalaklık durumu gibi demografik bilgiler dışında, bakımı gerçekleştiren kişiye, tek sorudan oluşan ve bu hizmeti sunarken kendini ne kadar stresli hissettiğine yönelik bir soru ile evde bakım gerçekleştiren kişinin stres düzeyi algısı da tespit edilmeye çalışılmıştır.

Tablo 1: Görüşmeci Profili

Görüşmeci	Yaşı	Eğitim Düzeyi	Görüşmeci	Yaşı	Eğitim Düzeyi
G1	32	Ortaokul	G 13	48	Lise
G2	29	Lise	G14	49	Ortaokul
G3	33	Lise	G15	52	Okuryazar
G4	37	Ortaokul	G16	51	Ortaokul
G5	40	Ortaokul	G17	36	Lise
G6	48	Ortaokul	G18	51	Okuryazar
G7	42	Lise	G19	43	Ortaokul
G8	55	Ortaöğrenim	G20	55	Üniversite
G9	38	Lise	G21	38	İlkokul
G10	32	Ortaokul	G22	46	Ortaokul
G11	45	İlkokul	G23	57	Okuryazar
G12	39	Ortaokul	G24	45	Ortaokul

Görüşmeciler 17'si kadın, 7'si erkek olmak üzere toplam 24 kişiden oluşmaktadır. Görüşme yapılan kişilerin yaş aralığı 29-57 olup, yaş ortalaması 43'tür.

Araştırma kapsamında her bir görüşmeciye G1, G2, G3 vb. şeklinde numara verilmiştir. Görüşmecilerin ifadeleri benzerlik kriteri esas alınarak makalenin yazarlarınca neden-sonuç ilişkileri çerçevesinde analiz edilmeye ve yorumlanmaya çalışılmış, betimsel analiz yöntemi çerçevesinde görüşmecilerin ifadelerini yansıtmak amacıyla doğrudan alıntılara yer verilmiştir (Yıldırım & Şimşek, 2016: 224). Kişilerin yorumlarına geçmeden önce bakımını üstlendikleri kişilerin genel özelliklerinden bahsedilmiştir.

BULGULAR

Tablo 2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Yaş Grupları	Kadın	Erkek	Toplam (24)	Yüzde (%)
0 -18		1	1	4,2
19-64		1	1	4,2
65-74	2	2	4	16,6
75+	15	3	18	75
Öğrenim Durumu				
Okuryazar Değil	15	1	16	67
Okuryazar		1	1	4
İlkokul	1	2	3	12
Ortaokul		1	1	4
Lise		2	2	9
Yüksek ok. /lisans /Lisansüstü	1		1	4
Sosyal Güvence Durumu				
SGK	15	5	20	83,3
GSS	2	1	3	12,5
Sosyal güvencesi yok		1	1	4,2
Toplam	17	7	24	100

Tablo-2 incelendiğinde, evde sağlık hizmeti alan yatağa bağımlı hastaların yaş aralığı 18 ile 95 yaş arasında değişmektedir. 65 yaş ve üzeri yaşlı hasta 22 kişidir (%91,6). 24 hastadan 17'si kadın olup tamamı 65 yaş ve üzerindedir. Toplam hasta içerisinde (n =7)

erkek hasta %21,1'dir. Bu hastalardan (n=2) kişi 65 yaş altı hasta ve cerrahi (ortopedik) operasyon sonucu geçici olarak yataktır.

Eğitim durumuna bakıldığında, ülkenin geçmişte içinde bulunduğu imkânsızlıkları gözler önüne sermektedir. Okuryazar olmayanlar (n=16) %67'lik kesimi oluşturmaktadır. Bu oranda (n=22) 65 yaş üzeri yaş grubunun etkisi yadsınamaz. Sosyal güvence durumunda ise, kendi emekli olma, eş veya çocuğunun sosyal güvencesinden yararlanma gibi seçenekler ile (n=20) %83,3'tür. Genel Sağlık Sigortası olan hastalarla sosyal güvence kapsamında olanların oranı (n=23) %95,8'dir.

Hastaların yataklık olma durumuna bakıldığında yalnızca 1 kişi bağımsız hasta olup (%4), 8 kişi geçici yataklık konumdadır (%33). Kişilerin büyük çoğunluğunu oluşturan 15 kişi ise kalıcı olarak yataklık hastadır (%63). Geçici yataklık hastaların, tedavi süreci sonunda bağımsız konuma dönmeleri beklenmektedir.

Tablo 3. *Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Başkasına Bağımlılık Durumu Dağılımı*

Temel Yaşam Faaliyetleri	Bağımsız		Yarı Bağımlı		Bağımlı	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Beslenme	9	38	3	12	12	50
Tuvalete gitmek /gelmek	3	12	4	17	17	71
Banyo yapmak	1	4	3	12	20	84
Giyinmek/soyunmak	7	29	2	8	15	63
Yatakta pozisyon değiştirmek	7	29	3	12	14	59
Konuşmak (kendini ifade yeteneği)	11	46	2	8	11	46
Yardımcı Yaşam Faaliyetleri						
Ev temizliği	1	4	0		23	96
Alışveriş yapma	1	4	0		23	96
Ulaşım	1	4	0		23	96
Gıda hazırlama	1	4	0		23	96

Tablo-3 incelendiğinde, hastalardan sadece 1 tanesi temel yaşam faaliyetleri ve yardımcı yaşam faaliyetlerinde bağımsız durumdadır. Bu hasta, terminal dönem kanser hastası olup evinde

serum tedavisi görmektedir. Hastalar geçici yatalak olanlar da dahil hayatlarını sürdürmek için mutlaka başkalarının yardımına muhtaçtır. Basınç yarası olan hastalardan, tuvalet ihtiyacı hasta alt bezi ile karşılanan kişilerin yara tedavi süreçleri çok daha uzun sürmektedir. Yaraları neme maruz kalmakta ve hatta yaralarına dışkı ve idrar bulaşması görülmektedir. Bağımlı hastalarda yatakta pozisyon değiştirirken dışkı ve idrar bulaşması nedeniyle olumsuz durumlar ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla temel yaşam faaliyetlerini karşılamada yetersiz bireyler için kısır bir döngü başlamaktadır. Öte yandan konuşamayan hasta ihtiyaçlarını dile getirememektedir. Bunun yanında beslenme yetersizliği, iyileşme sürecini geciktirmekte ve rehabilitasyon süresi uzatmaktadır. Kendi kendine yatakta pozisyon değiştiremeyen hastalarda lumbal, sakral, glütal bölgelerde, ayak tabanlarında basınç yaraları görülmektedir. Hatta kulak kepçelerinde dahi basınç yarasına rastlanmaktadır. Giyinme/soyunma faaliyetlerini yapamayan hastalarda aşırı terleme sonucu pişikler ve mantar enfeksiyonları önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bağımlı hastaların banyo ihtiyacı ise, ancak silme şeklinde yerine getirilmektedir. Hasta veya bakım verenlerden sıklıkla banyo yaptırma konusunda talep gelmektedir. Evde sağlık hizmetleri kişisel bakım içermediği için ilgili kişiler Büyükşehir Belediyesi bünyesinde hizmet veren evde bakım hizmetlerine yönlendirilmektedir.

İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Büyükşehir Belediyesi ve İl Aile ve Sosyal Politikalar Müdürlüğü arasında mevcut olan protokol bu soruna çözüm oluşturmaktadır. Evde sağlık hizmeti birimince tespit edilen ihtiyaç veya talep, Evde Sağlık Hizmetleri İl Koordinasyon Merkezi aracılığıyla ilgili mercilere iletilebilmektedir. Böylelikle aslında organizasyon yapılanmasında var olması gereken kurumlar arası bir koordine biriminin kısmi işlevi gerçekleştirilmektedir.

Tablo-3'te görüldüğü gibi hastalar alışveriş yapma, ev temizliği, ulaşım ve gıda hazırlama gibi günlük yardımcı yaşam aktivitelerinde %95,8 oranında bir başka kişiye bağımlıdır. Bağımlılık oranındaki bu yükseklik bakım verenlere büyük sorumluluk yüklemektedir. Bakım veren kişilerin aile ferdi olması durumunda kişiler için bu durum sosyo-kültürel, psiko-sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır.

Tablo 4. *Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Hizmeti Alma Nedenleri Dağılımı*

ESH Alma Nedenleri	Sayı	Yüzde (%)
Cerrahi operasyonlar	7	29
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	4	17
Nörolojik Hastalıkları	9	38
Endokrin Sistemi Hastalıkları	1	4
Solunum Sistemi Hastalıkları	1	4
Kanserler	2	8
Toplam	24	100

Tablo-4'te evde sağlık hizmeti alan bireylerin bu hizmeti alma nedenleri belirtilmiştir. Bireylerin evde sağlık hizmeti alma nedenlerinde nörolojik rahatsızlıklar ve nörolojik hastalıklar sonucu felç geçirmeye bağlı yatalak olma durumu ilk sırada yer almaktadır. Kaza sonucu ortopedi operasyonları ve yaşlı hastalarda düşme sonrası kırıklar, bu kırıkların tedavisi için cerrahi müdahale sonrası yatalak olma durumu evde sağlık hizmeti alma nedenidir. Günümüzde terminal dönem kanser hastalarının tedavilerinin yatalak olup olmadığına bakılmaksızın ev ortamında sürdürülmesi tercih edilmektedir. Kanser hastalarına hastane ortamı olmadan ve diğer hastaların stresini yaşamadan ailesi yanında tedavi görmenin moral ve motivasyon yönünden katkısı yüksektir. Hastalar, çoğunlukla aldıkları tedavinin ağırlığını ve hastalıklarını bilmeden yaşamaktadır. Ancak bu hasta/yaşlı için son derece olumlu bir durum olarak değerlendirilirken, hasta/yaşlı bakımından sorumlu kişi için olumsuz bir durumu beraberinde getirmektedir. Bakım hizmetini üstlenen birey kendini sosyal alandan dışlanmış ve değersiz hissecektir. Ayrıca bireyin sürekli aynı ortamda bulunması fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklara da yol açacaktır.

Tablo 5. Evde Sağlık Hizmeti Alanların Yararlandıkları Sağlık Hizmetleri Dağılımı (*)

ESH ile verilen hizmetler	Sayı
Basınç yarası pansumanı	16
Cerrahi operasyon sonrası yara pansumanı	7
Serum tedavisi	8
Enjeksiyon tedavisi (İM, SC enjeksiyon)	5
Mesane sonda uygulaması	5
Tetkikler için kan numunesi alınması	2
Hasta /yakını/bakıcı eğitimi (yara pansumanı, beslenme, hasta yatağı yapma hastaya pozisyon verme, tıbbi cihaz kullanımı vb. konularda)	24
Nakil	7
Psikolojik destek	1
Muayene	1

* Dağılım hizmet bazında yapılmıştır. Bazı hastalar çoğul hizmet almaktadır.

Tablo-5'te evde sağlık hizmeti alan bireylerin yararlandıkları sağlık hizmetlerinin dağılımı verilmiştir. Evde sağlık hizmetleri alanların yararlandıkları sağlık hizmetlerinden en önemlisi pansumandır. Basınç yarası için veya cerrahi müdahale sonrası yara tedavisinde pansuman hasta/yaşlı ve yakınları için sorundur. Dolayısıyla yara bakımının sağlık profesyonellerince yapılması iyileşme sürecini hızlandırmaktadır. Hasta nakli, psikolojik destek, raporlu ilaç ve tıbbi malzemelerin reçetelenmesi, belirli fizyoterapinin evde yapılması hasta ve yakını için büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Özellikle yatağa bağımlı hastanın hastaneye nakli aileler için kişisel olarak karşılanamayacak bir hizmet sunumudur. Şahısların araçlarının olması, hasta naklinde fazla bir şey ifade etmemektedir. Hastanın sedye, tekerlekli sandalye veya portatif hasta taşıyıcı vb. donanım olmadan taşınması hastaya zarar verebilmekte, yaralanmalara sebep olabilmekte, hatta hastanın stabilitesini bozabilmektedir. Her kesimden insanın yararlandığı bu hizmetin devlet tarafından verilmesi bireylerin memnuniyetini arttırmaktadır. Rutin kan tahlilleri için hastayı taşımaya ihtiyaç olmadan kan numunesi alınması, hasta ve bakıcıları olan aile fertlerini nakil sırası bekleme vb. dertlerden kurtarmaktadır. Evde sağlık hizmeti ekipleri hastalara

ne sebep ile olursa olsun hizmet vermeye gittiklerinde hasta /yakını /bakıcıya yara pansumanı, beslenme, hasta yatağı yapma, hastaya pozisyon verme, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımı konusunda eğitim vermektedir. Eğitim için bakımı üstlenen bireylerden herhangi bir talep olması gerekmemektedir. Ekiplerin anlattığı bilgiler uygulama hatalarını azaltmaktadır.

Her ne kadar parenteral uygulamalar (serum tedavisi, İV-İM-SC enjeksiyon) ve bazı kan alma, iğne yapma gibi invaziv işlemler sahada yapılıyor olsa da tıbbi yetersizlikler ve enfeksiyon riski düşünülerek bu uygulamaların sağlık kuruluşları dışında yapılmaması yerinde olacaktır. Özellikle serum tedavilerinde hasta tercihinin ağır bastığı tıbbi gerekliliklerin göz ardı edildiği dikkat çekmektedir. Bunu düşündüren sebep, tedavinin reçetede belirtilen formatta uygulattırılmak istenmemesi, beslenemeyen hasta için ailelerin özellikle serum istemesi gibi çoğaltılabilir. Serum tedavisinde damar yolu açılmakta, serum takılmakta ve hasta kendi haline bırakılmaktadır. Serum veriminde oluşabilecek değişiklikleri takip etmek, damarın patlaması, serum askısının yıkılması gibi durumlar ve diğer oluşacak tıbbi komplikasyonlar karşısında hasta /yakını /bakıcı risk altındadır.

Tablo 6. Bakım Verenlerin Hastaya Yakınlığı

Bakım Veren Kişiler	Sayı (24)	Yüzde (%)
Eşi	5	21
Annesi	1	4
Kızı	6	25
Gelini	7	29
Kız Kardeşi	3	13
Komşusu	2	8

Tablo-6'da hasta/yaşlıya bakım verenlerin hasta/yaşlıya yakınlık düzeyleri ele alınmıştır. Bakım verenlerin büyük çoğunluğu (n=23) aile fertlerinden oluşmaktadır. Bu kişilerin hepsi ailenin kadın üyeleridir. Kadınların hasta bakımını üstlenmelerine toplumsal cinsiyet rolleri gereği kadının ailedeki yeri, toplum kültürü, ev işlerine yatkınlıkları ve ekonomik nedenler yol açmaktadır. Kimi aile fertleri hastaya bakabilmek için çalışma hayatını bırakmıştır.

Yanında kimsesi olmayan veya düzenli geliri olan ailelerin, kendilerine yardımcı olmak üzere ek bakıcı tuttıkları görülmektedir.

Hastaya bakım verenlerin hasta bakımı ile ilgili eğitim sertifika veya deneyim durumu incelendiğinde, 1 kişi dışında hiçbirinin eğitim/ sertifika sahibi olmadığı dikkati çekmektedir. Ancak evde sağlık hizmeti konusunda hasta yakınlarının çoğunluğunun (10 kişi-%42) hastane çıkışı hekimler tarafından, 8 kişinin (%33) aile hekimleri tarafından kısa süreli eğitildikleri anlaşılmaktadır. Kendi kendine diğer yollardan öğrenen ise 6 kişidir.

Bu konu yukarıda belirtildiği gibi evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde bazı kriterlerin tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya çıkarmaktadır. ESH ekip görevlileri eğitim konusunda yoğun gayret göstermektedir. Fakat aile fertlerine insan sağlığı gibi hassas bir konuda sorumluluk vermek, telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilir. Belirtelim ki, hastaya yakınlarının zarar vermeyeceği öngörülmektedir. Ancak, Halk Eğitim Merkezleri vb. kurumlar farklı sertifika programları/kursları açmaktadır. Dolayısıyla bakımı üstlenen bireylerin belirli disiplin içerisinde eğitim alması ile birlikte bu kişilere yetkinlik kazandırabilir.

Görüşme yaptığımız hasta/yakını/bakıcılardan aslında evde sağlık hizmetleri hakkında halkın henüz yeterince bilgi sahibi olmadığını, temasın sağlık personeli tarafından sağlandığı anlaşılmaktadır. Hastane sonrası tedavi yapan hekimin ve sağlık merkezine ilaç yazdırmaya gittiklerinde aile hekiminin bilgilendirme ve yönlendirme yaptığını ifade etmektedirler. Bu nedenle vatandaşlara bu hizmetin tanıtılması ile ilgili çalışmaların yapılması gerekmektedir. Birçok hasta aylar, hatta yıllardır ihtiyaçları olan hizmetin yakınlarında olduğunu fark edememiştir.

Tablo 7. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Kullandığı Yardımcı Tıbbi Araç Gereç (**)

Hastaların Kullandığı Tıbbi Araç ve Gereçler	Sayı
Havalı yatak	7
Baston /Walker	4
Tekerlekli sandalye	2
Mesane idrar sondası	9
Wc yükseltici	1
Hasta alt bezi	15
Sürgü /Ördek	2
Hasta karyolası	3

** Dağılım hizmet bazında yapılmıştır. Bazı hastalar çoğul hizmet almaktadır.

Tablo-7’de evde sağlık hizmeti alan hastaların kullandığı yardımcı araç gereçlere ilişkin bir değerlendirme yapılmıştır. Evde sağlık hizmeti çalışanları, hastalara havalı yatak ve hasta karyolası kullanmaları konusunda bilgilendirme yapmaktadır. Havalı yatakların basınç yarası oluşumunun engellenmesinde faydalı olduğu görülmektedir. Hastaların kanepeye yatırılması hem hasta hem de bakım veren için kısıtlayıcı niteliktedir. Birçok hastada normal baza veya karyola yoktur. Kimi ev şartları buna imkân vermemektedir. Bunun altında yatan esas neden ekonomik durumdur.

Hastaların evde sağlık hizmeti aldıkları hizmet sunucusu incelendiğinde büyük çoğunluğunun (19 kişi) Sağlık Bakanlığı ESHB tarafından, 4 kişinin Büyükşehir Belediyesi ESHB tarafından, 1 kişinin ise özel bir kuruluş tarafından hizmet aldıkları görülmektedir. Hastalardan 4’ü ise Sağlık Bakanlığı ESHB ve Büyükşehir Belediye EBHB’nden hizmet almaktadır.

Hizmet alımında Büyükşehir Belediyesi EBHB’ni tercih edenler öz bakım konusunda yardım almaktadır. Belediye sosyal yardımlar yapabilmektedir. Belediyelerin ekip ve çalışan sayısı daha fazladır. Ayrıca, malzeme ve donanım avantajı vardır. Hizmete ulaşmada belediye prosedürleri daha kısadır. Hastalar ilgili hastane ekiplerinden hizmet alabilmektedir. 2015 yılından itibaren T tipi ESH birimleri hızlı bir şekilde görev sahasında yer almaya başlamıştır.

Görüşme Analizleri

Araştırma tasarımı bölümünde belirtildiği üzere bu çalışmada temel olarak Devletin sunduğu Evde Bakım Hizmetleri'nin yeterliliği ve bakım hizmeti verenlerin memnuniyeti ortaya konmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte, evde bakım hizmetlerinin aile üzerindeki etki ve sonuçlarını anlamaya dönük sorgulamalar yapılmıştır. Görüşülen 24 kişiden elde edilen bilgilerden bazılarına yer verilmiş, benzer cevaplar ya da duygular nedeniyle aşağıda bir anlam bütünlüğü sağlanmaya çalışılarak, bu durumları örnekleyen alıntılara yer verilmiştir.

Araştırma için yapılan yüz yüze görüşmelerde hasta/ yakınlarının hislerini ifade eden olaylar ile karşılaşmıştır.

Devletin sunduğu Evde Bakım Hizmeti'nin yeterli ve etkin olup olmadığı, zorluklarının neler olduğu konusu ile ilgili olarak tüm görüşmecilerle ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir.

G1: 75 yaş üstü erkek hasta Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım Hizmetleri'nden bakım hizmeti almaya başlamış. Hasta yakınları, hastane aracılığı ile evde sağlık hizmetlerini öğrenmiş. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi'ne telefon ile ulaşmışlar. SGK'lı olan hastaya özürlü maaşı ve bakım parası henüz bağlanmamış. Hasta yakınlarının yararlanabileceği bazı imkânlardan haberi yok. Hasta alt bezinin raporu yok. Hastanın sürekli kullandığı ilaçları var. İdrar sondası takılı. Hizmete basınç yaralarının pansumanı için ihtiyaç duymuşlar. Hasta ajite olduğu için sabitlenmeye ihtiyaç duyulmuş. Yatalak olan hasta sorulan sorulara cevap verebiliyor. Hareket kabiliyeti var ama bilinçli değil. Yürüyemeyen hasta sürünerek hareket etmeye çalışırken kendine zarar vermiş. Vücudunda sürtünmeye bağlı tahribat oluşmuş. Hasta kişisel bakım ve beslenme de tam bağımlı. Bakım işlemi gelini üstlenmiş. Hastanın tüm ihtiyaçlarını gelini karşılamakta, pansumanlarını da kendisi yapmaktadır. Bu katılımcının konuyla ilgili görüşleri şu şekildedir:

Daha önce çalışıyordum ancak, kayınpederime olan manevi bağlılığım nedeniyle bakımı üstlendim. 4 yıl önce işten ayrıldım. Daha önce özel bir hastanede temizlik görevlisi olarak çalıştığım için bu

iş bana hiç zor gelmiyor. Başka kimse yok ki kendisine bakacak. O iyileşmeden yeniden çalışmam mümkün değil. Pansumanı yapmak hiç zor değil hatta alt bezini değiştirirken bile pansumanı yapabiliyorum. Ancak tıbbi malzemeyi her zaman temin edemiyorum imkânsızlıklar nedeni ile. Alt bezleri çok pahalı. Sizlerin burada olması beni rahatlatıyor. Sizler istediğiniz zaman gelin, hatta hiçbir işlem yapmasanız da gelin, sizin gelmeniz benim moralimi yükseltiyor. Tabii ki stresim oluyor. Hem kayınpederime bakmak, hem ev işleri, çocukların bakımı, sorunları derken yıpranıyorum.

G6. Yaklaşık 10 yıldır şeker hastası olan kadın hastanın 3 yıl önce diyabet nedeniyle el parmakları kesilmiş. Rahatsızlığının devam etmesi nedeniyle vücudunun bazı bölgelerinde de diyabete bağlı olarak ortaya çıkan yaralarına kendi imkânlarıyla pansuman yapmaya çalışmış. Ancak doğru teknikleri kullanamama ve bazı bölgele- re ulaşamaması sebebiyle bu yaralar büyümüş. Canının acımasının yanı sıra yaraların kişide yarattığı psikolojik travma ve üstüne üst- lük çocukları tarafından terk edilen hasta evde bakım hizmeti alma- ya karar vermiştir. Kişiyi bu hizmete almaya iten en önemli sebep bakacak kimsesinin olmaması, sağlık merkezine kendi imkânları ile gidemeyecek durumda olması ve en önemlisi gerekli pansumanı ken- di çabalarıyla yapamıyor olmasıdır. Kişiye komşusu bakmaktadır.

... komşuyla yıllardır birlikteyiz. Aynı mahallenin çocuklarıyız. Hiç kimsesi yok. Çocukları hiç arayıp sormuyorlar. İki çocuğu var güya ama hiç gelmiyor. O nedenle ben fırsat buldukça her sabah akşam gelip yardımcı oluyorum. Tabii bazen tam katkı sağlayamı- yorum çünkü benim de bir ailem, çocuklarım var. Ekonomik olarak ücretli bir bakıcı da tutamıyor. Ben zaman zaman kontrol ediyο- rum. Yemeğini yapıyorum, ama ne bileyim elimden geldiği kadar. Aslında bu hizmeti devletin vermesi çok iyi ama yine de her şeye yetişemiyorlar. Banyo hizmetini de sağlayabilseler keşke.

G11. Kalça kırığı nedeniyle 87 yaşında yatağa bağımlı erkek hastanın oğlu tarafından bu iş için ücretli tutulan kadın bakıcı.

...henüz 2,5 aydır buradayım. İşimi ücret karşılığı yapmaya çalışı- yorum. Daha önce evlerde çocuk baktığım için benzer işi yaptığımı düşünüyorum. Ancak alt değiştirirken ve pansuman yaparken çok zorlanıyorum. Tek başına yapamadığım görülünce oğlu galiba Sağ- lık Müdürlüğü'nü aramış ve yardım istemiş. Ben bugüne kadar bu

hizmeti hiç bilmiyordum. İyi ki varsınız, Allah sizlerden razı olsun. Yoksa bu işi tek başına yapmak çok zor. Özellikle yatakta oturup kaldırmakta çok zorlanıyorum. Bazen yatakta döndürürken oğlunu çağırıyorum. Ama onlar da çalışıyor her zaman evde değiller ki. Neyse ki üst katta oturuyorlar. Her zaman olmasa da yine de bir destek. Tabii ki stres var. Acaba hata yapar mıyım korkusu da var. Aynı zamanda yaşlı ve hasta ile de uğraşmak stresli. Ama ekmek parası. Başka ne iş yapabilirim ki. %100 stres altında olduğumu söyleyebilirim.

G5. Komşusunun baktığı tek başına yaşayan 75 yaş üstü kadın hasta, kalça kırığına bağlı operasyon sonrası pansuman hizmeti almaktadır.

Yıllardır kapı komşum. Hiç kimsesi yok. Acıdığım için yardımcı olmaya çalışıyorum. Ancak 24 saat yanında kalamıyorum. Kendi evim, ailem var, beni bekleyen işlerim var. Zaman zaman kendi evime giderek nefes alabiliyorum. Hasta bakmak hele yatalak birine bakmak çok zor. İnsanlık adına bu işi yapıyorum. Bu iş beni çok zorluyor. Ne zamana kadar bakarım bilmiyorum ki! Kendi ev hizmetlerime yeterince zaman ayıramadığım için kocamdan da azar işitiyorum. Aile yaşamım da bu durumdan olumsuz etkileniyor. Keşke bu hizmetler daha da geniş kapsamlı olsa, yemeği yapılırsa, evi temizlense. Benimde sağlık sorunlarım var. Stres mi? Olmaması mümkün mü? Uykusuzluk çekiyorum. O da bende baş ağrısı nöbetlerine yol açıyor. Düzenli pansumanı yapılması lazım. Ama benim de bir hayatım var.

G14. 18 yaşındaki engelli (Serebral Palsi'li) oğlunun bakımını üstlenen anne. 2 çocuğundan küçük olanı engelli doğmuş. Eşinden ayrılmış. Diğer oğlu asgari ücretli çalışıyor ve evi geçindiriyor. Engelli aylığı da almaktalar. Enjeksiyon hizmeti için Evde Sağlık Bakım Hizmeti'nden yararlanıyor. Hasta, tekerlekli sandalyeye bağımlı.

Allah razı olsun bu hizmetten. En azından kendimi yalnız hissetmiyorum. Hastaneye götürüp getirmek çok zor. Zaman zaman iğne vurulması lazım. Eve geliyor olmaları bir nimet. Stres olmaz olur mu? Kendimi çok gergin hissediyorum. Zaman zaman ağlıyorum oğluma göstermeden. Benim ki hayat mı? Ama mecburum onun için yaşamaya. Bana bir şey olsa kim bakacak? Abisi bakamaz ki. Eşim kaldırmadı oğlumuzun hastalığını, kabullenemedi ve bırakıp gitti.

Evde Sağlık Hizmeti alan hasta/yakını/bakıcıların tamamı, bu hizmeti alıyor olmaktan, devletin katkısının bu süreçte son derece faydalı olduğundan bahsederek, hizmetten memnuniyetlerini dile getirmişlerdir. “Evde sağlık hizmetinde neleri görmek istersiniz? diye talepleri sorulduğunda farklı talep ve beklentileri tespit edilmiştir. Bu beklentiler aşağıdaki gibidir:

- Hastaların iller arası ve/veya şehir içi adres değişikliğinde de nakil hizmeti sunulması (G23)
- Hasta öz bakımı yapılması (banyo yaptırılması gibi) (G2-G6-G13-G14-G17-G20)
- Hastaya özel bakıcı temini (G3-G22)
- Ailenin kendi yapabilecekleri pansuman ve diğer tıbbi müdahaleler için gereken tıbbi sarf malzemelerin ücretsiz temini (malzemelerin hizmet sunan birim tarafından sağlanması arzu edilmektedir), (G4-G5-G7-G15-G21-G24)
- Çoklu doz tedavilerin uygulanabilmesi için hizmet süresinin mesai ile sınırlandırılmaması (7/24 evde sağlık hizmeti sunumunun sağlanması),(G8-G10-G23)
- Ev temizliği için temizlikçi sağlanması (G5- G11-G15- G19)
- ESH hastalarına hazır yemek sağlanması (G2-G16-G18-G20)
- Muayene ve reçetelendirme işlemleri için hekim/uzman hekimin hasta evine getirilmesi (G9-G12-G13-G14-G19-G21-G24)
- Uzman hekim konsültasyonlarında hastanelerden randevu alınması (Mevcut işleyişte, gerekli durumlarda konsültasyon ayarlanmaktadır.), (G4-G19-G21)
- İlaç ve tıbbi malzeme raporlarının evde verilmesinin sağlanması (G1-G3-G7-G10-G15)
- Özürlü maaşı bağlanması/özürlü raporu çıkarılması işlemleri için ESH ekiplerinin danışmanlık yapması (G1-G7-G12-G18-G20-G22)
- Bakım veren hasta yakını/bakıcıya yönelik psikolojik destek programları uygulanması (G1*G4-G12-G13-G15-G18-G19-G21-G23-G24)

- Hasta yakını /bakıcılara yara bakımı konusunda eğitim verilmesi (G5-G7-G14-G15)
- ESH hastaları laboratuvar tahlillerinin evde yapılması (hekim istemine göre kan ve idrar numuneleri hastadan alınmaktadır.), (G4-G6-G7-G9-G11-G13-G18-G19-G21-G22-G24)
- Hasta yakınları, terminal dönemdeki hastalarının tedavilerinin hastanede yapılmasını talep etmektedirler (G3-G5-G6-G8-G10-G11-G12-G15-G17-G19-G23).

Görüşme yapılan kişilerin özellikle hastanede yapılması gereken tahlil, tedavi, rapor ve benzeri işlemlere yönelik talepleri fazladır. Bunun nedeni, hastanın ağırlı döneminin evde sağlık hizmeti ekiplerinin hizmet sunum saatleri ile örtüşmediği, anlık ağırlı dönemde müdahale edilememesi ve evde sağlık hizmetinin mesai zaman diliminde sınırlı kalması bu talebi doğurmaktadır. Diğer faktör hastanın tedavi gereksinimini karşılamaya ev ortamının yetersiz kalmasıdır.

Tartışma ve Sonuç

Evde Sağlık Hizmetleri'nin etkinliğini incelemek amacıyla bu çalışmada yapılan görüşmeler sonucunda bakım rolünü üstlenen bireylerin tümü ESH'nden memnun olduklarını ve yararlı bulduklarını bildirmişlerdir. Ancak bu iş nedeniyle yıprandıkları ve her bakımdan yüksek derecede şikâyetçi olduğu bilgisi elde edilmiştir. Yatağa bağımlı tüm yaşlı ve hastaların bakımını üstlenen kişilerin yatalak hastanın birinci derece yakını (eşi, kızı, gelini, kız kardeşi) olduğu görülmüştür. Sağlık konusunda yeterli donanıma sahip olmayan bu kadınların, kapalı ortamda sağlıksız insanlarla 24 saat boyunca bir arada olmaları, onların duygu durumunu etkilemekte, hasta/yaşlı bakımından sorumlu kadınları bir nevi toplumsal hayattan uzaklaştırmaktadır. Dolayısıyla hasta bakımında tıbbi birtakım gereksinimlerin evde sağlık hizmeti aracılığı ile sağlanması, bu bireyler için yönlendirici ve hasta/yaşlı bakımını kolaylaştırıcıdır. Görüşme yapılan tüm bireylerin Evde Sağlık Hizmetleri'nin toplumsal

etkinliğinin olduğunu, bu hizmeti son derece yararlı buldukları ve memnun olduklarını beyan etmeleri memnuniyet vericidir. Disiplin içerisinde sunulan hizmete ulaşmak, kişilerde memnuniyeti pekiştirmektedir. Hasta ve yakınları ihtiyaç duydukları ve profesyonellerce verilmesi gereken sağlık hizmetine ev ortamında ulaşmaktadır. Evde sağlık hizmeti için hiçbir ücret ödenmemektedir. Hizmet sunulurken, sağlık alanında ve hasta bakımı konusunda eğitim almamış kişilerin bilgilendirilmesi sağlanmaktadır. Hasta yakını/bakıcının hastaları ile bilinçli şekilde ilgilenmeleri onların ve hastalarının hayatında kolaylaştırıcı rol oynamaktadır. Aile üyelerinin yaşadıkları bir kısım endişeler sorun olmaktan çıkmaktadır. Geçici yatalak hastalar hastane vb. sağlık kuruluşunda kalmak zorunda olmadan tedavi alabilmektedir. Kişiler özel hayatlarından daha az fedakârlık yapmaktadır. Aile bireylerinin iş gücü kayıplarının önüne geçilmektedir.

Terminal dönem hastalarının tedavileri iyileşme ile sonuçlanmasa da son dönemlerini konforlu bir şekilde yaşamaları sağlanmaktadır. Ev ortamında ve ailenin yanında olmanın verdiği rahatlık hastaya moral vermektedir. Hastalar, sevdikleri ile sıkıntılarını paylaşmaktadır. Tüm aile fertleri tedavi sürecine katkı vermektedir. Hastaya bakım yükü tek kişiye kalmamaktadır. Hasta adına hastane odasında yalnızlık hissi yaşamadan sevdikleri ile zaman geçirme imkânı oluşmaktadır. Hastane psikolojisinin verdiği olumsuzlukların önüne geçilmektedir.

Bu kapsamda hizmetin kalitesinin geliştirilmesi için Evde Sağlık Hizmetleri'nin devamlılığı ve kapsamının arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Evde Bakım ve Evde Sağlık Hizmetleri'nin tek elden koordinasyonu sağlanmalıdır. Hasta kadar hasta yakını ve bakıcılarının da hizmet kapsamına alınması ve onlara da psiko-sosyal destek verilmesi gerekmektedir. Hizmet yapılanmasında bu konunun kapsama alınması oldukça önemlidir. Evde sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarının hizmet verirken karşılaşacakları birçok farklı duruma karşı yaptıkları işte doğru karar vermeleri ve yerinde müdahale edebilmeleri açısından branşlaşmaları daha uygun olacaktır. Hastalara ve bakmakla yükümlü olan bireylere bakım

hizmeti olarak sunulan bu hizmet, aynı zamanda toplumsal cinsiyet göstergesi olarak kadınlara yüklenen bakım yükünün azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca bu hizmeti veren kadınların yaşam kalitelerini arttırma amaçlı moral eğitimleri verilmesi, sosyal etkinliklere katılımları konusunda desteklenmesi, bu süreler zarfında bakımın geçici kişilerce sağlanması, ayrıca sertifikalı bakım eğitimleri, stres yönetimi ve stresle başa çıkma eğitimleri verilmesi, bakım hizmetinin kalitesini ve bakan kişilerin mutluluk ve psikolojik sağlıklarını da yükseltecektir.

Kaynakça

- Çoban M., Esatoğlu A. (2004). Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku*, 12: 109-120.
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, *Resmî Gazete*, 10 Mart 2005, Sayı: 25751.
- Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ, *Resmî Gazete*, 13.09.2005, Sayı: 25935.
- Gökbayrak Ş. (2009). Refah Devletinin Dönüşümü ve Bakım Hizmetlerinin Görünmez Emekçileri Göçmen Kadınlar, *Çalışma ve Toplum*, Sayı: 2, 55-82.
- Hisar K. M.& Erdoğdu H. (2014). Evde Sağlık Hizmeti Alanlarda Yaşam Kalitesi Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Genel Tıp Dergisi*, Sayı: 24, 138-142.
- Kalınkara V.& Kalaycı I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doymu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik, *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, Cilt: 10, Sayı: 2, 19-39.
- Karabağ H. (2007). *Evde Sağlık Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Destekli Evde Bakım Hizmetleri Önerisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Karataş Z. (2011). *Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başa Çıkmadaki Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Rize, 48-61.
- Kuş, E. (2003). *Nicel- Nitel Araştırma Teknikleri*, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Onarcan M. (2011). *Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri ve Ülke Modeli İçin Öneriler*, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu (02.08.2011), <http://www.sdplatform.com/Dergi/519/Turkiyede-evde-bakim-hizmetleri-ve-ulke-modeli-icin-oneriler.aspx>

- Özer Ö. & Şantaş F. (2012). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt: 3, Sayı: 2, 96-103.
- Özkaplan N. (2009). Duygusal Emek ve Kadın İşi/Erkek İşi, *Çalışma ve Toplum*, Sayı: 2, 15-24.
- Rubin, H. J. & Rubin, I. S. (1995). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. 2nd Edition, London: Sage Publications.
- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, Tarih: 01.02.2010, Sayı: 3895.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmeti Sunulmasına Dair Yönetmelik, *Resmî Gazete*, 27.02.2015, Sayı: 29280.
- Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2011/8 no.lu Evde Sağlık Hizmeti Standart Dosya Formları 18.02.2011 tarihli Genelgesi.
- Subaşı N. & Öztekin Z. (2006). Türkiye'de Karşılanmayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmetleri, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(1):19-31.
- Yıldırım A.& Şimşek H. (2016). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Seçkin Yayıncılık, 10. Baskı.
- Yin, R.K (1984). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications, Beverly Hills, California.