

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EVDE SAĞLIK BAKIM
HİZMETLERİNİN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ
KONUSUNDAKİ ALGI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİNE
YÖNELİK BİR SAHA ÇALIŞMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arzu BÜLBÜL

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇAPRAZ**

İSTANBUL,2016

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EVDE SAĞLIK BAKIM
HİZMETLERİNİN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ
KONUSUNDAKİ ALGI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİNE
YÖNELİK BİR SAHA ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Arzu BÜLBÜL
122456789

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇAPRAZ

İSTANBUL,2016

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ




Y Ü K S E K L İ S A N S
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Arzu Bülbül Öğrenci No : 122009318
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 01.02.2017
Danışman : Yrd. Doç.Dr. Neşe Çapraz Tez Savunma Saati : 13.00

Tez Konusu : "Sağlık Çalışanlarının Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sürdürülebilirliği Konusundaki Algı Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Saha Çalışması "

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, soruların sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü 'ne OYBİRLİĞİ / ~~ÖYÇOKLUCUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Neşe Çapraz (İstanbul Bilim Ün.)	Kabul	
Prof. Dr. Birsen Yürügen	Kabul	
Prof. Dr. Dilek Öztürk	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal		

ÖZET

Günümüz 20 yy. toplumlarının sosyolojik, epidemiyolojik kültürel ve demografik yaklaşımları, geleneksel sürdürülen bakım süreçlerini de değişim ve gelişim sağlamaktadır. Hızla artış gösteren kronik hastalıklar, psikolojik rahatsızlıklar (Alzheimer, Demans) ve kazalar sonucu oluşan sakatlıklar sağlık bakım ihtiyaçlarının başında gelmektedir. İhtiyaçlar ile birlikte değişen sosyal yapı hasta odaklı yaklaşımları öngörmektedir. Bu yaklaşım gereği sağlık uygulamalarında, sosyal ve politik olarak farklı bir yol izlenmesi gerekmektedir. Gelecekte sağlık sistemlerinin giderek vazgeçilmezi ve temel unsuru olacak olan Evde Sağlık Bakım Hizmeti, çeşitli boyutlarına ilişkin (örgütsel-hizmet esasları-finansman-sürdürülebilirlik) algının artırılması, konuyla ilgili süreçlerin ve alınan kararların tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir. Sürdürülebilirlik kavramının, kurum kültürüne yerleştirilerek çalışanlar tarafından benimsenmesi ve sunulan hizmetin kaliteli, erişilebilir, hakkaniyetli ve inovatif bir bakış açısı ile ulaştırılması hedeflenmelidir.

Araştırmamız da Türkiye'deki sağlık sistemi ve sağlık sisteminin temel kavramlarının tanımı ve sınıflandırması yapılarak, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri açıklanmış ve uygulamalarına yer verilmiştir. Evde sağlık bakım hizmetleri kavramının tanıtılması, tarihçesi, kapsamı, avantaj ve dezavantajları ve finansman yapısı ile birlikte ABD ve Avrupa ülkelerinden olan İsviçre ve Hollanda Evde Sağlık Bakım hizmetleri uygulamaları yapılan bir faaliyet ile yerinde gözlemlenerek araştırmamızda yer verilmiştir.

Araştırmamız genel bir tarama modelinde olup 2015 yılında Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı 21 hastanenin Evde Sağlık Bakım birimlerinde hizmet veren sağlık personeli ve destek birimlerde çalışanların tamamını kapsamaktadır. Çalışmamız da Türkiye de verilen sağlık hizmetlerinin bir parçası olan Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin sürdürülebilirlik yaklaşımının kurum kültürüne yerleşmesi ve bu hizmeti veren sağlık çalışanlarının bu yaklaşım çerçevesinde entegrasyon ve koordinasyonun birlikte sağlanarak hedeflenen amaca ulaşmada ki etkisi ve katkısı araştırılarak elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Evde Sağlık Bakım Hizmeti, Sürdürülebilirlik.

ABSTRACT

DETERMINING THE LEVEL OF PERCEPTION OF THE SUSTAINABILITY APPROACH BY HEALTH WORKERS IN HOME HEALTH SERVICES

The demographic and epidemiologic structure and the social and cultural approaches of the 20th century societies change the traditional care processes. The rapidly growing chronic diseases, psychological disorders (Alzheimer's, dementia) and injuries caused by accidents are the leading health care needs. The alteration in need and the present social structure sets forth a patient-centered approach. This approach requires to take a different tack in the health sector and social structure and services. In the future, Home Health Care Services will gradually be indispensable and fundamental elements of health systems. So, it is needed to increase the debate and the actions on the subject and expand the perceptions over the various aspects of home health care services (like organizational-service principles-funding-sustainability). The concept of sustainability must be placed in the corporate culture and be adopted by employees. Also, the services must be delivered with a quality, accessible, equitable and innovative point of view.

In our research, the definition and classification of the basic concepts of the health system and the health system in Turkey are explained and the preventive and curative health services are explained and put into practice. In our research we have been involved in the field of health care services at home, with the introduction of the concept, history, scope, advantages and disadvantages and financing structure, as well as Swiss and Dutch home health care services applications in the US and European countries.

Our research is in a general screening model and covers the entire staff of health personnel and support units serving 21 health care units of the 21 hospitals under the General Secretariat of Samsun Public Hospitals Association in 2015. In our study, the data obtained by investigating the effect of the sustainability approach of the Home Health Care Services, which is a part of the health services in Turkey, and the contribution and contribution of the health workers who provide this service to the target by achieving the integration and coordination in this approach were evaluated statistically. **Keywords:** Home health care services, Sustainability.

ÖNSÖZ

Değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇAPRAZ 'a; Samsun Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine ve ankete katılan tüm sağlık profesyonellerine, çalışmanın yapılması sırasındaki destek ve katkılarından dolayı teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nın tüm hocalarına bize birer kimlik ve farklı bakış açıları kazandırmalarından dolayı teşekkür ederim.

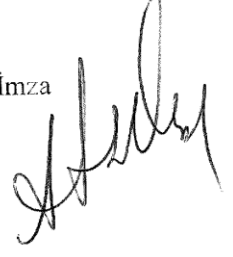
Bu çalışmanın Evde Sağlık Hizmetlerine katkı sağlamsını ümit ederek özveri ile hazırladığım bu amatör ruhlu çalışmanın aynı zamanda değerli meslektaşlarıma da faydalı olması şahsımı onurlandıracaktır.

Arzu BÜLBÜL

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

İmza



Adı Soyadı

Arzu BÜLBÜL



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ	vi
BEYAN	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
1.GİRİŞ	
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Sağlık Sistemi Ve Sağlık Sistemi Kavramları.....	2
2.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	2
2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	3
2.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	4
2.1.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri.....	5
2.1.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri.....	5
2.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	5
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sistemi	6
2.4. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	11
2.4.1. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tanımı	11
2.4.2. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sunum Amacı	12
2.4.3. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi	13
2.4.3.1. ABD’de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	14
2.4.4. Günümüzde Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kapsam Ve Uygulamaları.....	15
2.4.5. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Avrupa Uygulamaları.....	19
2.4.5.1. Hollanda Evde Sağlık Bakım Hizmetleri.....	22
2.4.5.2. İsviçre Evde Sağlık Bakım Hizmetleri	24
2.4.6. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kabul Kriterleri	26
2.4.7. Evde Sağlık Bakım Hizmetinin Finansmanı	28
2.4.8. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Avantaj Ve Dezavantajları.....	30
2.4.8.1. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Avantajları	30

2.4.8.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Dezavantajları	31
2.4.9. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sürdürülebilirlik Yönetimi.....	31
2.4.9.1. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Finansal Sürdürülebilirliği	34
2.4.9.2. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kurumsal Sürdürülebilirliği	36
2.4.9.3. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Politikalarının Sürdürülebilirliği	37
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1. Araştırmanın Amacı	40
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	40
3.3. Veri Toplama Araçları	40
3.4.Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi	41
4. BULGULAR.....	42
5.TARTIŞMA.....	65
SONUÇ VE ÖNERİLER	75
KAYNAKÇA.....	78
EKLER	88
EK 1: Anket uygulama izni.....	87
EK 2: Maria Hilf İle Konstanz Şehri Darülaceze Kurumuna Ziyaret	88
EK 3: Yaşlı Bakım Merkezi Dinlenme Salonu	88
EK 4:Yaşlı Bakım Merkezi Kişisel Bakım Alanı	89
EK 5: Sağlık ve Sosyal Meslek Yüksekokulu ve Uygulama Merkezi St.Gallene-İSVİÇRE	90
EK 6: Yaşlı bakım merkezi sosyal faaliyet anı.....	90
EK 7: Konstanz şehri yaşlı bakım merkezi sosyal faaliyet alanı.....	91
EK 8: Emekli biyolog hanım'a tahsis edilmiş çift katlı bakım merkezi	91
EK 9: Kalp –Damar hastalıkları yatılı yaşlı bakım merkezi	92
EK 10: Gündüzlü yaşlı bakım merkezi yaşlı nakil aracı.....	92

TABLolar LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Sağlık bakanlığı teşkilat şeması	10
Tablo 2. ABD’de evde bakım hizmetleri kronolojisi	14
Tablo 3. Finansal sürdürülebilirlik ve sağlık hizmetine ulaşım.....	34
Tablo 4. 2001-2013 yılları arası Kamu Sağlık Harcamaları (SB Bütçesi, Yatırım ve Personel Giderleri Hariç)	36

Tablo 5. Ölçeğin geçerlilik / güvenilirlik analizi.....	41
Tablo 6. Demografik değişkenlere ait frekans dağılımı	41
Tablo 7. Sürdürülebilirlik stratejisi ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler	43
Tablo 8. Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler	44
Tablo 9. Gelecek kuşakların kendi ihtiyaçlarını karşılama imkânlarına zarar vermeden günlük ihtiyaçların temin edilmesi olarak tanımlanan sürdürülebilir kalkınma ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler.....	46
Tablo 10. Sürdürülebilirlik kavramı ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler	48
Tablo 11. Sürdürülebilirlik stratejisi ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler	49
Tablo 12. Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler	51
Tablo 13. Gelecek kuşakların kendi ihtiyaçlarını karşılama imkânlarına zarar vermeden günlük ihtiyaçların temin edilmesi olarak tanımlanan sürdürülebilir kalkınma ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler.....	53
Tablo 14. Sürdürülebilirlik kavramı ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı İstatistikler.....	55
Tablo 15. Cinsiyete göre farklılık analizi.....	57
Tablo 16. Yaşa göre farklılık analizi	58
Tablo 17. Eğitim durumu değişkenine göre farklılık analizi	59
Tablo 18. Çalışma süresi değişkenine göre farklılık analizi.....	61
Tablo 19. Korelasyon analizi.....	63



ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 1. Evde sağlık hizmetlerinin paydaşları	33
Şekil 2. Kurumsal Sürdürülebilirliğin entegrasyonu	37

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirlik ve bu hizmetlerden eşit ve adil olarak faydalanmayı sağlayarak kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak, kişilerin yaşam kalitesini dünya standartlarına taşımaktır.(78). Sunulan sağlık hizmetleri, temel nitelikleri açısından kamu idaresinin planlama, uygulama, denetim ve kontrol alanı için de yer almaktadır. Çünkü hastalığın tedavi süreci, hastaya sadece bireysel yarar değil bunun yanı sıra toplumsal yararlar da sağlamaktadır. Planlama aşamasında sağlık uygulamaları, devlet tarafından kamusal ekonomi alanı içinde yer almaktadır. Bir sağlık sisteminin temel fonksiyonlarından biri, topluma uygun sağlık hizmetleri sunmaktır. Sağlık hizmetleri, var olan sağlık problemleri ile ihtiyaç ve beklentilerin ülkeler arası hatta bölgeler arası farklılık gösterebilmesi nedeniyle en zor planlanıp uygulanabilen hizmetler sıralamasında öncelikli gelmektedir(1).

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin finansman modelinin belirlenmesinde birbirini etkileyen dinamiklerin varlığından söz edilir. Bu dinamikler, ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, mali kapasite, uygulanabilirlik, verimlilik ve hakkaniyet başlıkları altında toplanabilir. Finansman ve sunum ve uygulama yöntemlerinden hangisi seçilirse seçilsin temel amaç, ülke de sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve erişim düzeyinde hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunum olmalıdır (2).

Dünyada ki nüfusun yaşlanma hızının giderek artması sonucu ülkeler ve yönetimler çözüm arayışlarını arttırmışlardır. Türkiye yüzde olarak yaşlı nüfusa sahip Avrupa ülkelerine göre genç bir nüfus yapısına sahip görünse de, yaşlı sayısı artışı fazladır. Nüfus istatistiklerine göre Türkiye'nin yaşlı (65 ve daha yukarı yaş) nüfus oranı 2014 % 8 iken nüfus sayımı tahminlerine göre 2023 yılında %10,2'ye yükseleceği ve "çok yaşlı" nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir (TUIK, 2014) (77). Ülkenin nüfus ve yaşlılık politikaların ve çözüm arayışı sürecinde devlet, üniversite, sivil toplum ve özel sektör kuruluşlarının birlikte çalışması gerekmektedir. Ö AB ülkeleri başta olmak üzere, dünyadaki yaşlanma ihtiyaçlarının karşılanmasında ülkemizin insan gücü ve bölgesel özellikleri de fırsatlar yaratmaktadır (3).

Yaşlanan nüfus ile birlikte özürlü ve kronik hastalıkların artışına paralel olarak evde sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın önemini arttırmıştır. Yaşlılık üzerine dünya ülkelerinin politika ve hedeflerinin oluşturulması amacıyla 1982 yılında Birleşmiş

Milletler (BM) tarafından ilk “Uluslararası Yaşlanma ile ilgili Hareket Planı” onaylanmış ve bu plan daha sonra “Viyana Planı” ya da “Uluslararası Plan” olarak bahsedilmiştir(4). Plan, araştırma, veri toplama ve toplanan veriler doğrultusunda eğitim ve öğretim konularından oluşan 62 yeni öneriden oluşmaktadır. Planın yürürlüğe girmesinden 9 yıl sonra 1992’de BM Yaşlı bireyler için “Birleşmiş Milletler Prensiplerini” oluşturmuştur. Bu prensipler bağımsızlık, katılımcılık, bakım, kendini gerçekleştirme ve itibar olmak üzere 5 temel başlık altında 18 maddeden oluşmaktadır. 1999 yılını ise “Dünya Yaşlılar Yılı” olarak kabul edilmesi ile bu prensiplerin uygulanması hedefinin bir parçası olmuştur (4).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Sistemi Ve Sağlık Sistemi Kavramları

Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık tanımı; *“yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik”* durumudur.

İleri teknoloji ve hastalıkların öğrenilmesi ile sadece tedavi edici değil hastalık kavramı oluşmadan eldeki teknoloji ve bilgi birikimi kullanılarak koruyucu ve önleyici tedbirler almak önem kazanmıştır. Sağlık hizmetlerinin bu bütüncül kavramını sınıflandıracak olursak;

- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri
- Tedavi edici sağlık hizmetleri
- Rehabilitasyon hizmetleri

2.1.1. Koruyucu ve Önleyici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ortaya çıkmadan çeşitli tedbir ve mücadeleyi içermektedir. Aile planlaması, Ana ve çocuk sağlığı, obezite ile mücadele, bağışıklama (hastalık riski taşıyanların aşılması), dengeli ve düzenli beslenme şartlarının oluşturulması, besin güvenliği denetimi ve kontrolü vb. uygulamalardan oluşmaktadır. Kişiyeye yönelik koruyucu hizmetler ve Çevreyeye yönelik koruyucu hizmetler olarak iki gruba ayrılır.

Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Bireyin etrafında olan ve sağlığa zararlı etkide bulunabilecek olan sosyal etkenler, fiziksel, biyolojik ve kimyasal zararlıları ortadan kaldırarak ya da bu gibi çevresel tehlikelerden bireylerin zarar görmelerini engelleyerek çevreyi zararsız ve sağlıklı seviyelere çıkartmak amaçlarının geneli olarak tanımlanır. Bu konumdaki sağlık hizmetlerinden bazıları ise;

- Yeterli ve temiz suyun sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların ortamdan uzaklaştırılması ve imhası
- Konut sağlığı,
- İş sağlığı ve güvenliği
- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele
- Hava kirliliği ile mücadele
- Gürültü ve Radyasyonla ile mücadele
- Gıda sanitasyonu

Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri; bireyleri, çevreyi ve toplumu hastalık etkenlerine karşı korumak, hastalık halinde ise, erken tanı- teşhis konularak, gerekli tedavi ile hastalık süresini sekelsiz veya en az sekel ile sağlığına kavuşmasını sağlayan tüm sağlık hizmetleri bu başlık altında toplanır. Bu başlık altında sayılabilecek başlıca hizmetler aşağıdaki gibi sıralanabilir (2).

- Erken tanı –teşhis ve uygun tedavi,
- Bebek ve çocuk aşılama,
- Akılcı ilaç kullanımı,
- Sağlık okuryazarlığı,
- Aile planlaması ve üreme sağlığı,

2.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri sunumundan daha fazla zaman, finansman ve disiplinler arası hizmetleri içeren bir hizmet türüdür. Nitelikli insan kaynağı ve fiziki koşullar ile idari ve mali çok önemli yönleri vardır(6).Hastalıkların tanı, teşhis ve tedavisi sonucu elde edilen verimlilik artışı ile sosyal fayda sağlanmaktadır. Birey de hastalık semptomları görülmeye başladıktan sonra, hastalığın tanı- teşhis ve tedavi edilmesi sürecinin tamamını içine alan hizmetler

bütünüdür. Tedavi edici sağlık hizmetleri, kişilerin uzun ömürlü olmasına katkı sağladığı gibi verimlilik ve kalite artışı ile milli gelire katkıda bulunur (3).

Tedavi edici sağlık hizmetleri kurumun verdiği hizmetin niteliğine göre 3 gruba ayrılır.

- Birinci basamak sağlık hizmetleri
- İkinci basamak sağlık hizmetleri
- Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

2.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

1961 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un yürürlüğe girmesi ile çeşitli sağlık faaliyetleri oluşmuştur. Oluşan sağlık faaliyetleri türlere ayrılmış ve ilk olan birinci basamak sağlık hizmetleri de kendi içerisinde ayrıca dört aşama olarak düzenlenmiştir. Bu aşamalara göre kırsal kesimlerde yer alan sağlık tesislerinin bulunduğu bölgelerdeki nüfus sayıları;

- 2000-2500 kişi (toplam 1 sağlık çalışanı)
- 5000-10000 kişi (toplam 8 sağlık çalışanı)
- 10000-30000 kişi (toplam 16 sağlık çalışanı)
- 30000’den fazla kişi (toplam 22 sağlık çalışanı)

Olmak üzere dört farklı aşama oluşturulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ebelerin olduğu, 2000-2500 civarı nüfusun yer aldığı; kırsal alanlarda bulunan kişilerin ilk olarak başvurmaları gereken birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk kademesidir. Nüfusun 10000 kişiye kadar olması durumunda bir sonraki kademe ise yalnız temel tip diploması olan 1 pratisyen doktor, 1 hemşire, 2 ebe ile diğer yardımcı personeller toplamında 8 kişi olan bir sağlık ocağı yer almaktadır (5).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, üçüncü aşamada toplam nüfusun 10.000 ile 30.000 arasında olduğu bölgelere hizmet veren ve en az 1 doktor, 1 diş hekimi 1 eczacı, 1 çevre sağlığı teknisyeni, birçok sağlık memuru, laboratuvar teknisyenleri, ebe ile hemşire olmak üzere toplamda 16 sağlık çalışanının yer aldığı sağlık ocakları yer almaktadır. Bu sağlık ocakları genellikle buldukları yerel konu ile etraf bölgelerin

sorumluluğunu da üstlenmektedirler. Bu özelliği ile bölge sağlık ocağı olarak da bilinirler. Dördüncü aşama ise 30.000'den fazla yerleşimcinin bulunduğu ve en az 22 çalışan ile 6 destek personel olmak üzere toplam 28 personelden oluşan il sağlık ocakları yer almaktadır (5).

Türkiye'de faaliyette olan sağlık ocaklarında en temel amaç ve görev vatandaşlara kapsayıcı biçimde koruyucu sağlık ve en az birinci basamak sağlık hizmet sağlamaktır. En temel amaç ile; topluma yayılma ve bulaşıcılık özelliği olan hastalıklar ile bu özellikleri barındırmayan diğer hastalıkların tedaviler ile engellenmesi, halk sağlığı eğitimleri, bakım hizmetleri, sağlık alanlarında istatistiki rakamların veri tabanlarına kayıt edilmesi, aile planlaması, aşılar ve anne-çocuk sağlığı konularında gerekli hizmetlerin sunulması diğer hizmetler arasındadır. Sağlık ocakları görevlerinin yanında üst düzey sağlık kuruluşlarına sevkler konusunda çeşitli hizmetlerde sunmaktadır (5).

2.1.2.2. İkinci basamak sağlık hizmetleri

Bu basamakta yer alan sağlık hizmetlerinde hasta, genel donanımlı sağlık kuruluşunda muayene-tedavi edilmesi karşılanmaktadır. Bu tip sağlık hizmeti sağlayan sağlık kuruluşları (genel hastaneler) ikinci basamak tedavi birimi/kuruluşu adı verilmektedir. Türkiye'de bu tip kurumlara örnek olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan il ve ilçe devlet hastaneleri ve kamu veya özel kurumlara bağlı olan genel amaçlı diğer sağlık kuruluşlarıdır (5).

2.1.2.3. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Özel ihtisas ve Eğitim ve Araştırma hastaneleri tarafından verilen sağlık hizmetidir. Türkiye de Üniversite hastaneleri, Onkoloji hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, Sanatoryumlar, Ruh ve Sinir hastalıkları hastaneleri bu tür hizmet veren hastanelerin başında gelmektedir(5).

2.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra birçok ülke düzensiz ve kötü sağlık şartlarına maruz kalmıştır. Sonraki yıllarda gelişen teknoloji ve bilim sağlık alanında da oldukça yarar sağlamıştır. Diğer taraftan sağlık hizmetinin kamunun sorumluluğunda olarak düşünülmesi, olması gerekenden fazla olan sağlık harcamaları, sağlık hizmetleri ile

ilgili talep artışları sonucunda sağlık alanındaki problemlerin tüm ülkeler tarafından anlaşılmiş ve sağlık alanlarına olan ilgiler, yatırım ve araştırmalar ülkeler tarafından da artmıştır. Sağlık ile ilgili problemleri belirleyip çözüme kavuşturmak isteyen ülkeler; dünya üzerindeki ortaya çıkan diğer sağlık problemlerini de dikkate almış ve tedavi-önlem-korunma konularında çeşitli çalışmalarda yapmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası ülkeler sağlık hizmetleri ve mekanizmalarının kendi örf, adet, tarihsel yaşam gibi kültürel özelliklerine göre planlandığını benimsemiştir. Ayrıca uluslararası ilişkiler ile finans değerleri ülkeler ile sağlık mekanizmalarını olumlu-olumsuz etkileyebilmektedir (6).

Günümüz sağlık hizmetleri ile ilgili ilk girişimler, İkinci Dünya Savaşı sonrasında görülmüştür. 1960-1980 yılları arasında teknolojik gelişmelerle birlikte, mesleki grupların artması ve örgütlenmesi maliyet kontrolü yönüyle birçok sorunla karşılaştığı gibi, denetim zorluklarını da beraberinde getirmiştir (7). Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak stratejik hedeflerin belirlenmesinin temelleri Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1977'de atılmıştır (8). Bu ilk girişim ile sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesin de ulusal hükümetlerin üstleneceği role ilk kez dikkat çekilmiştir (9).

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sistemi

Türkiye’de sağlık ile ilgili adımlardan biriside 1920 yılında Sağlık Bakanlığı’nın kurulmasıdır. Sonrasında 1923-1946 döneminde sağlık sistemleri yapılandırılarak ilk olarak faaliyete başlamıştır. Bu faaliyetlerden birisi olan koruyucu halk sağlığı uygulamalarında; sıtma, cüzzam, tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıklar kontrol edilmeye çalışılmış, tedavi-önlem politikaları geliştirilmiştir. Ayrıca ilçelerde teşhis ve tedavi merkezleri kurularak Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas illerinde tam donanımlı sağlık kuruluşları (dispanser, hastaneler, vb.) kurularak faaliyete başlatılmıştır. 1946 yılı sonrasında ise 1960 yılına kadar olan periyotta, Türkiye’de entegre sağlık hizmetlerinin insanlara yönelik olarak uygulanması amacıyla sağlık ocakları faaliyete geçirilmiş ve genel kapsamlı hastanelerden bu kurumlara sağlık konularında çeşitli devirler sağlanmıştır. Örneğin yerel halk ağır bir hastalık olmaması veya ciddi müdahale gerektirmeyen sağlık problemlerinde sağlık ocaklarına başvurabilmektedir. 1946 yılında atılan önemli adımlardan biride SSK’nın kurularak kamu dışında çalışan işçiler ile kamu sektörüne yönelik sağlık sigortası sağlanmıştır. Daha sonraki dönemlerde ise yasal düzenlemeler yapılarak 1961 yılında 224 Sayılı,

“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” uygulamaya konulmuştur. Tüm bu adımlar ile ileriki yıllarda oluşturulması planlanan Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi'nin ilk planlamaları yapılmıştır. Bununla birlikte 1963 yılında Türkiye’de ilk olarak yapılan 5 yıllık kalkınma planına sağlık konusu da eklenmiştir (10).

1963-1967 yıllarını kapsayan 5 yıllık kalkınma planındaki sağlık konularına yönelik planlamalar ise (11):

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması,
- Sağlık personelinin ülke çapında eşit ve adil dağıtılmasının sağlanması,
- Halk sağlığı hizmetlerinin geliştirilip sahaya yaygınlaştırılması,
- Ulusal ilaç endüstrisine teşviklerin arttırılması,
- Özel hastanelerin açılmasına destek verilmesi,
- Genel Sağlık Sigorta sisteminin oluşturulup uygulamaya konması,
- Devlet hastanelerinde “döner sermaye sisteminin” kurulması(10).

1963 yılı sonrasında 1987 yılında mevcut hükümet, sağlık düzenlemeleri ile ilgili olarak Sağlık Hizmetleri Temel Kanun’unu yürürlüğe koymuş ve vatandaşların Bağ -Kur üzerinden “Sağlık Sigortası Başlatma Yasası” nı kabul etmiştir. Ulusal Sağlık Politikası, 1990 yılında Devlet tarafından resmî olarak kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. 1992 yılında 3861 sayılı Kanunla “Yeşil Kart” projesi uygulanmaya başlamıştır. 2003-2013 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde bir reform programı olarak hedeflenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Paketinin hedefi; kalite, verimlilik, hasta ve çalışan memnuniyeti ile uzun vadede mali sürdürülebilirliği sağlayarak sağlık sistemi uygulamalarını daha etkili ve verimli sürdürmektir (10).

Türkiye 2005 yılında SSK ile ilgili bir düzenleme ile SSK hizmetinden yararlanan tüm bireylere devlet hastaneleri ile eczanelerden yararlanmalarını sağlamış ve kolay erişim imkânı tanımıştır. SSK ile ilgili bu düzenlemeden bir yıl sonra Yeşil Kart sahibi bireyler ve diğer hizmet alıcılara (Bağ-Kur, SSK, vb.) yönelik olarak ilaç bilgilerini içeren sistemi oluşturmuştur. İlaçlar ile ilgili düzenlemelerden sonra 2007 yılında yapılan düzenlemeler ile yasal tedbirler oluşturulmuş ve Türk vatandaşı bireylerin birinci basamak sağlık hizmeti almaları konularında hizmet sunmuş ve her hangi bir sosyal güvencesi (SSK, Bağ-Kur, vb.) olmayan bireyleri de buna dâhil

etmiştir. Tüm bu sistemin işleyişi açısından 2004 yılında Aile hekimliği uygulaması mecliste kabul edilerek pilot bölgelerde uygulanmış ve 2007 yılındaki Sağlık Uygulama Tebliği ile birlikte tüm sağlık sistemleri (SSK, Bağ - Kur, vb.) sağlık sigortası dâhilinde daha uyumlu hale getirilmiştir (10).

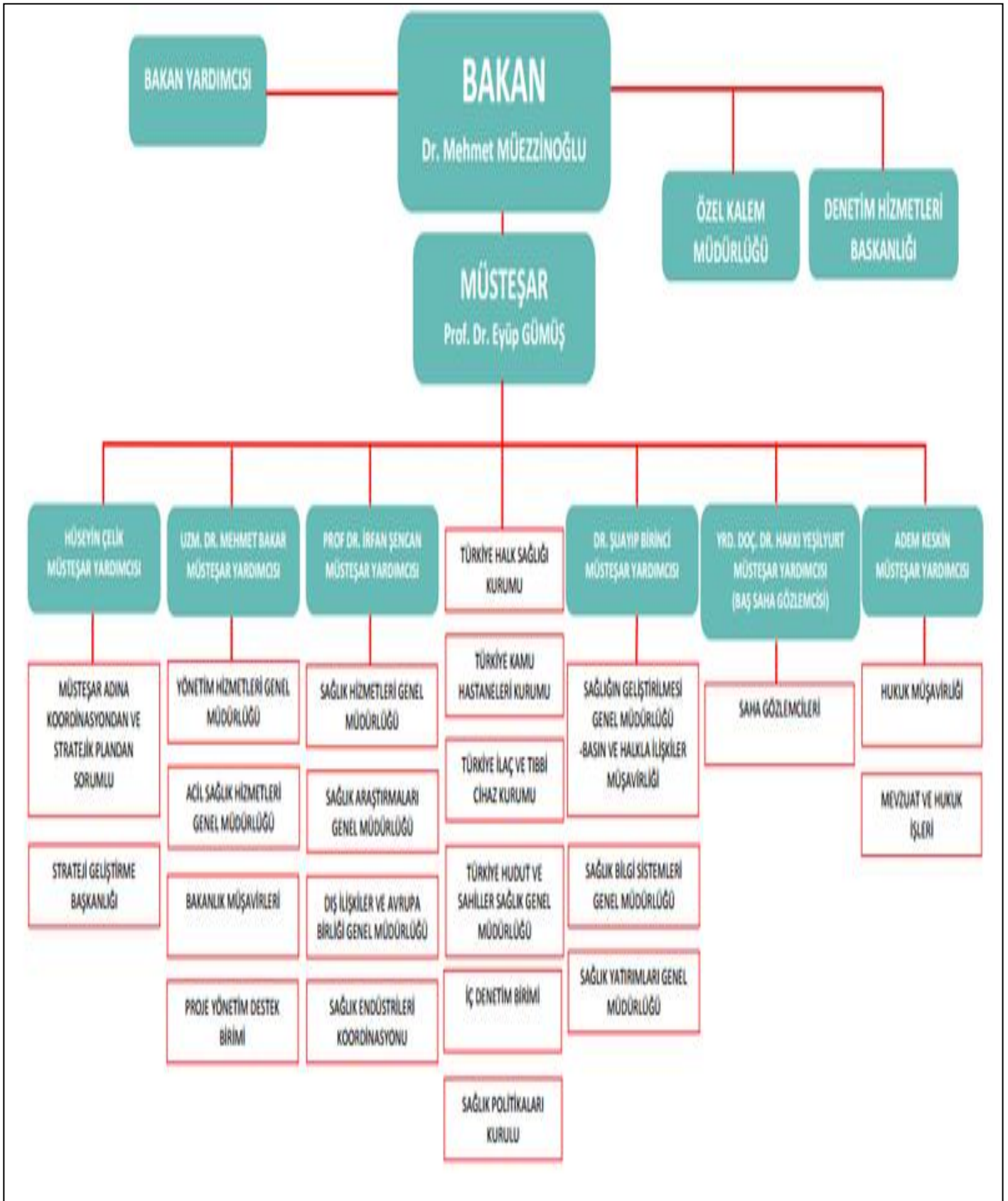
Türkiye de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık sisteminin reorganizasyonu için Kasım 2011’de “663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararname” ile Bakanlık teşkilat yapısı tekrar gözden geçirilerek revize edilmiştir. Yapılan revizyon ile nitelikli insan gücünde, finansal kaynaklarda tasarruf elde etmek, verimliliği artırmak nitelikli insan kaynağını ülke genelinde adil dağılımı ve tüm paydaşlar arasında entegrasyon sağlanarak eşit, kaliteli, yüksek verimlilikle hizmet sunumunu gerçekleştirerek planlanan hedefe varmak amaçlanmıştır. Üç ana kurumdan oluşan yapı (12);

- Temel sağlık hizmetleri - Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (Madde 26)
- Hastane hizmetlerini - Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, (Madde 29)
- İlaç ve tıbbî ürünler - Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu. (Madde 27)

Sağlık sektörü ile ilgili bir diğer düzenlemede Sağlık Bakanlığı’na hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Projesidir. Bu projede sağlık sektörü ile ilgili amaç ve prensipler belirlenerek ilgili birimlerin bu proje doğrultusunda faaliyet göstermesini belirlemiştir. Bu projeye göre (2,13)

- Türkiye’de mevcut olan Hasta Hakları Kanunu ile ilgili olarak 'uluslararası düzeyde uygunluk gösterecek düzenlemeler yapılması,
- Sağlık alanında kullanılan tüm bilgisayar üzerindeki verilerin bilgi işlem sistemleri doğrultusunda ulusal izleme sistemlerine dönüştürülmesi,
- Türkiye’de bulunan tüm bireylerin dâhil olacağı genel sağlık sigortası (gss) sisteminin hazırlanması,
- SSK, Bağ-Kur gibi tüm sosyal güvenlik sigorta birimlerinin istatistiki ve ekonomik (aktüeryal) çalışmalar ile mali konularda güçlenme sağlanması,
- Çeşitli destek ve teşvikler ile özel sağlık sigortaları ile hayat sigortası gibi firmaların sağlık hizmetlerine dâhil olmalarının sağlanması,

- Oluşturulacak sağlık sisteminin yöneticisi konumunda Sağlık Bakanlığı'nın bulunması ve tüm organizasyonu tekelinde yürütmesi, böylelikle kamu ve özel alanlardaki hizmet alımlarında sorun yaşanmaması,
- Hali hazırda olan sosyal güvencelerin her anlamda bir birinden ayrılması (örneğin SSK ile emekliliğin görev, içerik gibi etkenlerinin ayrıştırılması)
- Ayrıştırılan sosyal güvence sistemlerinde bireylere tek bir hizmet numarası temin edilerek her durumda bu numara üzerinden işlem yapılmasının sağlanması ve kişinin aldığı ve alabileceği tüm sağlık hizmetlerinin takibinin sağlanması dolayısıyla da bilgi işlem sistemine kayıtların daha sağlıklı yapılması, (günümüzde bu sistemlerinden somut bir örnek ise e-nabız sistemidir)
- Sağlık verilerinin bir doküman haline getirilebilmesi ve bu verilen değerlendirilebilmesi adına ilgili mekanizmaların oluşturulması, bu oluşum için ulusal kaliteye sahip akredite kuruluşların oluşturulması,
- Türkiye'de sağlık hizmetleri adına ilaçların her türlü işlemlerinin (araştırma, tedarik, pazarlama vb.) daha düzenli ve pratik biçimde gerçekleştirilebilmesi adına "Ulusal İlaç Kurumu" kuruluşlarının oluşturulması, ayrıca ilaçlar ile ilgili olarak "Ulusal Tıbbi Gereç Kurumu" oluşturularak bu kurumların bağımsızlığı sağlanmasıdır.



Tablo 1.Sağlık bakanlığı teşkilat şeması

Kaynak:36

2.4. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

2.4.1. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık Bakanlığı “Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” gereğince; “Evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının kendi evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve diğer aile fertlerine sosyal, ekonomik ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki koşullar ile araç, gereç, teknik donanım ve yetişmiş insan kaynağı standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, hizmete sunulacak olan randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı çerçevesinde etkin-etkili ve ulaşılabilir aynı zamanda sürdürülebilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır” (madde 1)(8).

Sosyal ve demografik değişimler bakıma ihtiyaç duyan yaşlı ve özürlü bireylerin sağlık ve sosyal bakım hizmetleri ihtiyaçlarını artırmıştır. Sağlık bakım hizmetleri ile bakım ihtiyacı olan bireyin yaşam kalite standartlarının devamlılığı ve yükseltilmesi hedeflenmektedir. Etkili, verimli ve sürekli bir bakım hizmeti ile bireyin başkalarına olan bağımlılığı azaltmak, kendine yetebilir hale gelmesini sağlamak, psiko-sosyal yalnızlığı azaltmak, toplumun bir parçası olarak yaşam kalitesini ve özgüveninin artırılması hedeflenmektedir. Sağlık bakım hizmeti sunumunda kalite ve etkinliğin artması ve sürekliliğinin sağlanması bu konuda eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından verilmesiyle gerçekleştirilecektir (36).

Bakım ihtiyacı olan yaşlı, özürlü ve kronik hastalığı olan bireyin tedavi ve bakım giderlerinin sağlık ve sosyal hizmet giderler arasındaki payının artması, gelişmiş ülkelerin kurumsal ve yataklı düzenlemeler yerine; hasta memnuniyetine dayalı, süreli, etkili ve düşük maliyetli sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin yaygın kullanımına neden olmaktadır (14).

Birey odaklı toplum temelli sağlık hizmeti olan evde sağlık hizmeti, sağlık ve sosyal hizmet odaklı olup, bakıma ihtiyaç duyan bireye, bağımsız, özgüveni tam kendine yetebilecek bilgi, donanım ve sosyal yaşam beceri ve hobileri kazandırma,

hayatını kendi evi ve çevresinde diğer aile bireyleri ile beraber sürdürebilmesi için ihtiyacı olan ekonomik ve psikolojik destek ve yardımları vermek ve sosyalleşmesi için gerekli çalışma olanaklarından yararlanmasını sağlama amacına yönelik olup profesyonel sağlık ekibi çalışmasını gerektiren bir sağlık hizmeti türüdür (24).

2.4.2. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sunum Amacı

T.C. Sağlık Bakanlığı 2005 yılı yayını yönetmeliğince, evde sağlık hizmetleri genel sigorta kapsamına dahil edilmiştir. Yönetmelikte; evde sağlık hizmeti, doktor tavsiyelerine uygun bireylere, diğer aile bireyleri ile birlikte yaşadıkları çevrede, sağlık profesyonelleri tarafından fizyoterapi, rehabilitasyon ve psikolojik destek tedavisi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak tüm sağlık bakımı, takip ve tedavi hizmetlerinin verilmesidir (28).

Evde Sağlık Bakım hizmeti; bireylerin sağlık, bakım ve sosyal gereksinimlerinin kendi evlerinde ailesiyle birlikte yerinde ve kaliteli sağlık ve sosyal hizmet vererek, formel ve enformel sağlık personeli aracılığıyla, gelişen teknolojilerden faydalanarak, eşit ve düşük maliyetli bir program çerçevesinde sunulmasıdır.

Türkiye’de yaşlılık rakamlarının artış göstermesiyle birlikte, maddi planlaması yapılmış ve gereksiz harcamaların önlendiği planlar ile hastane gibi sağlık kurumlarında yoğunlukların engellenmesi gibi birçok amaçlar doğrultusunda her geçen yıl Evde Sağlık Hizmetleri konularında duyarlılık artışı meydana gelmiştir. Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 yılı istatistiklerine bakıldığında ülkemizde yaşlı (65 ve daha yukarı yaş) “nüfus oranı % 7,7 olduğu ve 2023 yılında % 10,2, 2050 yılında % 20,8, 2075 yılına gelindiğinde % 27,7” ye yükseleceği tahmin edilmektedir(79). Dönüşüm Projesi’nin sonuçlarından biri olan Evde Bakım Hizmetleri’nin genel amacı; sağlıkta kaliteyi korumak ve yükseltmek, bakıma ihtiyaç düzeyinin artmasına engel olarak olabildiğince kendine yetebilecek şekilde yaşam olanaklarını kazandırmak ve sosyal eğitim, beceri ve hobiler kazandırmaktır. Nitelikli evde sunulan sağlık hizmeti onarıcı terapi, şefkatli etkileşim, kişiselleştirilmiş planlar, fiziksel ruhsal ve duygusal refaha katkıda bulunmaktadır (14).

Evde Bakım Hizmetleri ile ilgili amaçları genel olarak sıralayacak olursak (26);

- Evde sağlık hizmetlerinin sağlanmasında en verimli seviyelere ulaşmak,

- Sağlık hizmetlerinin organize biçimde işleyişini gerçekleştirmek,
- Sağlık verileri ile ilgili başarılı ve aktif bir bilgi-işlem sistemi kurarak verilerin kontrol ve yönetiminin sağlanması, teknolojik imkânlardan en başarılı biçimde yararlanarak kalite standartlarını yükseltmek,
- Nitelikli, tecrübe sahibi “evde sağlık personeli” yetiştirme,

olarak sıralanabilmektedir. Hizmet sunumunu mümkün olduğunca pozitif ve üretken hale getirmektir. Yenilikçi bakım ve programların amacı, profesyonel multidisipliner bakış açısı ile uzun vadeli bakım vermektir. Bütünsel ve kişi odaklı iyileşme ortamı sağlamaktır. Birleşmiş Milletler Yaşlı İlkeleri temel insan hakları çerçevesinde yaşlılara yönelik maddeler belirlenmiştir (19).

2.4.3. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi

Geçmişte görülen hastalıklar kolera, verem, cüzzam, sıtma ve çocuk felci gibi hastalıklar bulaşıcı hastalık olarak nitelendirilirdi. Bu hastalıkların başlangıcı genel salgın olarak ortaya çıkar ve tüm toplum için tehdit oluşturabilirlerdi. Günümüz gelişmiş ülkelerinde bu tip bulaşıcı hastalıklar görülme yüzdesi oldukça düşüktür. Günümüzde bu hastalıkların çoğu yeryüzünden silinmiştir. Gelişmiş ülkelerde görülen en sık ölüm nedeni kalp-damar hastalıkları, dolaşım bozuklukları, şeker ve kanser gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardır. Modernlik öncesi toplumlarda ölüm oranları bebek ve küçük çocuk ölümü olarak yüksek oranda gözlemlenirken, günümüzde ise yaşlılığa bağlı ölüm olarak artış göstermektedir. İnsan ömrü uzadıkça yaşadıkları ve genelde kronik degeneratif hastalıklara yakalandıkları için sağlık, bakım ve tedavi yöntemleri konusunda yeni arayışlara yönelmişlerdir. Değişen demografik istatistiklere bakılınca bazı geroontolog ve sosyologlar “nüfusun grileşme”sinden söz ediyorlar; “Grileşme” gelişen toplumlarındaki iki uzun evrenin eğiliminin sonucudur. Bireylerin daha az çocuk sahibi olma istekleri ile insanların daha uzun yaşama istekleri paralel seyir izler (28).

Ziyaretçi hemşire ile ilgili belirlenen görev, ev ziyaretleri, ziyaretçi öğretmen ve sosyal görevli konularında da görev tanımı yapılmıştır. 20 yüzyıl başlarında özellikle 1910’lu yıllarda hemşireler ile ilgili kuruluşlar oluşturularak bebek, anne ve öğrenciler ile tüberküloz olan hastalar adına önleyici-tedavi edici düzenlemeler yapılmış ve

ziyaretçi hemşirelerin görevlerine koruyucu bakım hizmetleri de eklenilmiştir. Halk sağlığı ile ziyaretçi hemşireleri koruyucu ve tedavi edici hizmetlerde görev tanımları konularında karışıklıklar halen devam etmekte olup hemşireler için evde bakım hizmetleri geçerli olmuştur. Dünya üzerinde süre gelen ekonomik krizler, çeşitli sosyal etkenler ile endüstrileşme etkenleri halk sağlığı hemşireleri ile evde bakım hizmetleri konularında gelişimi olumlu yönde etkileyen ve hızlanmasını sağlayan kavramlar arasında yer almaktadır (11).

2.4.3.1. ABD’de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetleri oluşum süreci dikkate alındığında ilk kapsamlı kayıtların ABD’de olduğu karşımıza çıkmaktadır. 19. yüzyılda yaşlı bireylere sunulan evinde ziyaretçi hemşirelik bakımı olarak verilen sağlık uygulamalarının devamı niteliğindedir. İlk olarak evde hemşirelik uygulaması 1883 yılında LillianWald tarafından New York’ta görülmüştür (25). 1909 yılında New York’taki “Metropolitan Sigorta Şirketi” evde sağlık bakımını diğer sağlık hizmetlerine dahil edilmiştir. Doktorların II. Dünya Savaşı sırasında ev ziyaretlerini bırakmalarıyla birlikte, “ziyaretçi hemşirelik hizmetleri” hız kazanmıştır. ABD’ de özellikle 1886 yılında Philadelphia ve Boston eyaletlerinde bölgesel olarak organize olarak evde sağlık bakım hizmeti vermişlerdir. (7).

Tablo 2. ABD’de evde bakım hizmetleri kronolojisi

“1813 South Carolina’da Benevolent Society adlı ilk kadın örgütü fakir hastalara sağlık bakımı için kurulur.

1832 Philadelphia Hemşirelik Örgütü fakir hastalara evde sağlık bakımı verir.

1877 New York Şehri Kilisesi eğitimli hemşireleri fakir hastaların evlerine gönderir.

1898 Belediye ilk kez evde sağlık bakım hemşiresi ile fakir hastalara bakım verir.

1901 Toplam 58 kuruluş 130 hemşireyle halk sağlığı hizmeti verir.

1909 Visiting Nurse Quarterly, ilk meslek dergisi aylık basılmaya başlanır.

1909 Metropolitan Life sigorta şirketi sigortalılarına ilk kez evde bakım hizmeti sunar.

1916 1922 halk sağlığı kurumu 5150 hemşire ile hizmet vermeye başlar.

1921 Evde prenatal ve yeni doğan bakımı devlet olarak kabul edilir.

1935 Devlet finansmanı ile sağlık müdürlüklerinin resmi evde sağlık hizmetleri başlar.

1947 İlk organize evde bakım programı Montefiore Hastanesi’nde başlar.(New York).

1950 Halk sağlığı hemşire sayısı 25100’e ulaşır.

1953 Yaşam sigortaları evde hemşire bakımını poliçelerinden çıkarır.

1960 Yaşlılar için devlet tarafından ücretsiz evde bakım onaylanır.

1966 Medicare ve Medicaid evde sağlık hizmetlerinin kabulü ile hizmete başlar.

1982 Ulusal evde bakım organizasyonu kurulur.

1983 Devlet hastanelerinde kalış süresini azaltan ödeme planını uygulamaya girer.

1993 Evde ve huzurevinde bakım dünya organizasyonu kurulur”.

Kaynak: 11

Sahada evde sağlık hizmetlerinin sunumu, mevzuat, eğitimli personel, araç gereç, lojistik hizmetler ve koordinasyon ile ilgili sorunlarımız mevcuttur. Türkiye’de evde bakım ve sağlık hizmetleri ile ilgili olarak genel yürütüm Sağlık Bakanlığı, sivil toplum kuruluşları, belediyeler, özel sektör ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak başlıca problemlerden birisi de bakım ve sağlık hizmetlerinin farklı kuruluşlarca temin edilmesi, farklı yasal

düzenlemelere tabi olunması, koordinasyon ve uyumun yeterli seviyelerde olmayışıdır. Bu sebeple yapılan düzenlemeler ile bu problemin ortadan kaldırılması adına kurumlar arasındaki koordinasyon ve uyumun daha başarılı seviyelere ulaşabilmesi adına adımlar atılmıştır. Bunun dışında evde sağlık ve bakım işlemleri için maddi kaynakların sürekli biçimde sağlanması, bakım sigortası benzeri modellerin faaliyete geçirilmesi de önemli adımlardan bazılarıdır (15).

2.4.4. Günümüzde Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kapsam Ve Uygulamaları

Evde sağlık hizmeti sağlık politikalarının dinamik bir bölümü olup devlet tarafından desteklenmektedir. Sistematik olarak;

- Tıbbi-sosyal hizmetler
- Kısa-uzun vadeli hizmetler
- Formal –informal bakım şeklinde sınıflandırılmıştır.

Tıbbi hizmetler Genel sağlık sisteminden farksız olarak koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici, hospis bakım(palyatif bakım esastır.)olarak sunulmaktadır.

Evde Sağlık ve Bakım hizmetleri ADLs (Activities of Daily Living) olarak bilinen uyku, yemek yeme, banyo, tuvalet, giyinme, soyunma, hareket etme gibi bireysel günlük bedensel faaliyetleri kapsamakla beraber, IADLs (Instrumental Activities of Daily Living) olarak adlandırılan yemek yapma, ev temizliği, alışverişe gitme, rehabilite edici beceri kazandırma vb. gibi yardımcı günlük yaşam aktiviteleri desteğini vermektedir (39).

Kısa vadeli evde bakım hizmeti, tıbbi bakım ağırlıklı olup taburculuk sonrası refakat dönemini içine alan ve maksimum 30 gün ile sınırlandırılmış süreyi kapsamaktadır. Hekim ve hemşire odaklı hizmetlerin yanı sıra solunum tedavisi, yara bakımı, fizik tedavi ve rehabilitasyon, konuşma ve dil eğitimi tedavisi, hasta ve sağlık ekibinin eğitimi, hasta nakli, beslenme ve enjeksiyon uygulamalarını içermektedir. Uzun vadeli evde sağlık hizmeti ise; tıbbi bakımın yanı sıra sosyal bakım uygulamalarını kapsar ve 6 ayı aşan uzun süren bakım gereksinimi durumunda sunulan hizmetleri içine almaktadır. 65 yaş üstü yaşlılar, kronik hastalığı olan ve engelliler bu hizmetten faydalanmaktadır.

HIV/AIDS, enfeksiyöz, bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonların tedavisi ile immün yetmezlik sendromları evde sağlık hizmeti verilen hastalık gruplarıdır. Nefrolojik hastalar, terminal dönem kronik böbrek yetmezliği, evde diyaliz ve periton diyalizine giren hastalarda aynı hizmetten faydalanmaktadır (48).

Nöroşirurjik ve nörolojik vakalarda ise; felç, demans, , devic hastalığı, multipl skleroz vb. demyelinizan hastalıklar, Alzheimer, psikosomatik hastalıklar, alkol ve madde bağımlılığı, anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları, psikoz vb. hastalıkları içine alan ve yaşlılıkla birlikte artış gösteren bu hastalıklar evde sağlık hizmeti kapsamında büyük ölçüde yer almaktadır. Bu hastalıkların yanı sıra amyotrofik lateral skleroz, Guillain-Barre, fizyoterapiler, konuşma bozukluğu, obstetrik hastalarda, fetal monitörizasyon, bebek bakımı, anneye emzirme eğitimi, post partum bakım, pediatrik vakalarda, apne monitörizasyonu, yine evde teknik ekipman kurularak, mekanik ventilasyon, total parenteral nütrisyon (TPN) ve enteral beslenme, akciğer hastalıklarında, uyku apnesi, CPAP (continuous positive airway pressure), astım, KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalığı), PEG ve PEJ uygulamaları gibi beslenme bozuklukları olan olgular da evde sağlık hizmeti sunumundan faydalanan hastalıklardan sayılmaktadırlar (35).

Evde sağlık hizmeti verilen hizmetin niteliği ve kapsamına göre tanımlayacak olursak birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında teşhis ve tedavinin uygulandığı, koruyucu sağlık hizmeti sunumudur (30).

- Loğusa ev ziyaretler
- Yeni doğanın evde ziyareti
- Taburculuk sonrası evde uygulanabilen basit pansuman ve enjeksiyonlar

İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında teşhis ve tedavinin multidisipliner profesyonel bir ekip tarafından hizmetin sunumudur (30):

- Engellilik düzeyi belirlenmiş bireyler
- Evde doğum uygulaması hizmeti
- Dönemsel sağlık problemleri nedeniyle süreli bakıma ihtiyaç duyan bireyler
- Post-operatif dönemi (nekahat evresi) bakımın evde sürdürülmesi

- Tıbbi rehabilitasyon hizmeti gereksinim duyan bireyler.

Üçüncü basamak sağlık hizmeti, bireyin birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında teşhis ve tedavisi uygulanan ancak yoğun bir bakım ve ileri teknoloji gerektiren hizmet sunumudur.

- Onkoloji hastaları
- Terminal dönem hastalar
- Kronikleşmiş sağlık problemleri nedeniyle bedensel veya mental engellerden dolayı kısa yada uzun vadeli bakım ihtiyacı olan hastalar
- Hospis hizmeti(palyatif bakım) (12).

Evde sağlık hizmeti kapsamında sosyal hizmet ile beraber yürütülen rehabilitasyon hizmeti; hastalık ve sonrası, bedensel ve mental özürlülük, sakatlık tedavisinde bireyin eski fonksiyonel konforuna ulaştırmak için yapılan tedavi ve bakımların tamamını kapsamaktadır. Yavaş ancak etkili bir hizmet sunumudur. Basınç bakımı, egzersiz ve eğitim, yürüme eğitimi, ağrı yönetimi ve masaj, duyuşal motor ve algı eğitimi, kısa süreli pot-op. Bakım (walker, koltuk değneği vb.)hizmetleri barındırmaktadır. Doktorlar bu sürecin doğal ekip liderleridir. Rehabilitasyon hizmeti veren sağlık profesyonelleri; hemşire, doktor, fizyoterapist, psikolog, ortez - protez uzmanı, uğraş terapisti, konuşma terapisti, , sosyal çalışmacı, beslenme uzmanı, mesleki danışman, rekreasyonel terapistten oluşan, büyük ve uzman bir ekip tarafından yürütölmektedir (44).

Evde tıbbi rehabilitasyon uygulaması: Bireyin bedensel engellerinin tıbbi müdahaleler ile düzeltilmesidir. Bu çerçeve de sunulabilecek hizmetler:

- Pediyatrik rehabilitasyon
- Ortopedik rehabilitasyon
- Pulmoner rehabilitasyon
- Nörolojik rehabilitasyon
- Psikoterapi ve aile danışmanlığı(41).

Geriyatrik Rehabilitasyon: Yaşlı bireyde fizyolojik ve psikolojik olan kaybın veya hastalığın sonucu olarak görölen fonksiyonel zayıflığın engellenmesi, geciktirilmesi, en aza indirilmesi veya geri çevrilmesi amacı ile sunulan hizmetler bütünüdür. Özellikle

evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin beden bütünlüğünü korumak ve daha mutlu ve sağlıklı yaşamak için sürekli ve düzenli olarak yapmanız gereken 4 çeşit egzersiz vardır. Bunlar; dayanıklılık, kuvvetlendirme, germe ve denge egzersizleridir (29).

Rehabilitasyon sürecinin hedefi hasta öz –bakım faaliyetlerinin ve bağımsızlığı maksimum düzeyde tutarak multidisipliner bir yaklaşım ile işbirliği sağlamaktır. Ekip üyelerinin hasta için hedefleri belirlerken fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel, eğitsel ve gelişimsel boyutları göz önünde bulundurulmalıdır. Ekip tarafından geliştirilen bakım planı her hasta için bireyselleştirilmiş bir program çerçevesinde yürütülerek hasta odaklı bakım sağlanmalıdır.

Evde rehabilitasyon hizmeti: Engelli bireylerin çalışabilecekleri düzeyde iş bulma, işi öğretim ve işe oryantasyonu süresince, birlikte bireyin gereksinim duyduğu sosyal faaliyetleri de uygulamasına yönelik hizmetler bütünüdür (41).

- Evde genel eğitim hizmeti
- Evde beceri-hobi hizmeti
- İşaret dili/Mors alfabesinin öğretimi vb.

Medikal malzeme desteği ile, ses kayıt cihazı, akülü araba, beyaz baston, koltuk değneği, tekerlekli sandalye, walker, ortez – protez, işitme cihazı, beslenme ürünleri ve hasta altı bezi gibi ihtiyaçlar bu yolla karşılanmaktadır (6).

2.4.5.Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Avrupa Uygulamaları

Evde Sağlık Bakım hizmetlerini Avrupa uygulamalarını yerinde gözlemlemek amacı ile Avrupa Birliği Bakanlığı Ulusal Ajans tarafından yürütölen AB Hayat boyu Öğrenme Hibe Programı çerçevesinde mesleki eğitime yönelik Leonardo Da Vinci-PLM (İşgücü piyasasındaki kişilerin mesleki gelişimine yönelik) projesi 2013 Teklif çağrısı kapsamında Havza Devlet Hastanesinde görev yapan hemşire Arzu BÜLBÜL tarafından hazırlanarak Avrupa Birliği Bakanlığı Ulusal Ajansına sunulmuştur. Proje değerlendirme sonucunda Haziran 2013 tarihinde kabul görmüş ve Eylül 2013 tarihinde sözleşme imzalanmaya hak kazanmıştır. Projemizin başlangıç hedefi olarak, ölkemizde yeni uygulamaya başlamış olan Evde Sağlık Bakım hizmetlerinin AB üye ölkelerinde

yapılan uygulamaları yerinde bire bir görmek sureti ile uygulanabilir ve yaygınlaştırılabilir uygulamaları ülkemize getirmek amaçlı hazırlanmıştır.

Dokuzuncu kalkınma planında belirtildiği üzere hükümetimizin yaşlılara yönelik olarak evde bakım hizmetlerini desteklemeyi planlamıştır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı stratejik planında bakanlığımızın stratejisi "evde bakım hizmetlerinde standartlar oluşturulacaktır" olarak belirlenmiştir. Projemizle, evde bakım hizmetlerine Avrupa Birliği ölçütlerinde standartlar kazandırılması hedeflendiğinden ve bu hizmetleri sunan personelin eğitilmesiyle Evde Bakım Hizmetleri desteklendiğinden projemiz, ulusal önceliklerle de paralellik taşımaktadır.

1. Katılımcılarımıza hedeflenen niteliklerin kazandırılmasıyla, yürüyemeyen ve yatağa tam bağımlı olan hastalara sunulan nitelikli bakım hizmetleri AB standartlarında uygulanarak devletimiz tarafından sağlanan sosyal hizmetlerin kalitesinin artmasını sağlamak.

2. Projemizden yararlanan personelimizin evde bakım hizmetleri eğitimlerine katılmaları ve Avrupa'da gelişmiş ülkelerin seçkin kurumlarının evde bakım hizmetleri uygulamalarını yerinde görmelerini sağlayarak var olan mesleki yeterliliklerini arttırmaları üzerinden şekillendirmek.

3. Evde bakım hizmeti sunan personele AB standartlarında eğitimler vererek Avrupa katma değerini bu alanda da ülkemize taşımak ve bakıma muhtaç vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerin kalitesinin artmasıyla refah seviyelerini yükseltmektir.

Projenin sözleşmesinin gerçekleştirilmesinden itibaren katılımcılara Ocak 2014 dil, pedagojik hazırlık ve kültürler arası iletişim sunumları gerçekleştirildi. Projenin hareketliliği 2 grupta planlanmıştır:

1. Grup 7 katılımcı 2-15 Mart 2014 Hollanda'nın Alkmaar şehrine,
2. Grup 8 katılımcı 16-29 Mart 2014 İsviçre St. Gallen şehrine gerçekleştirilmiştir.

Projemizde yerel ortaklarımız Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Kavak Devlet Hastanesi ve Fatih Aile Sağlığı Merkezi (Halk Sağlığı İl Müdürlüğü) arasında gerçekleştirilmiştir.

Projemiz yerleştirme faaliyetleri öncesinde, katılımcılarımızı hazırlama amaçlı hazırlık eğitimleri dil eğitimi, kültürlerarası iletişim sunumları ve pedagojik hazırlıklar olmak üzere 3 bölüme ayrılmıştır. Her bir katılımcımıza 60 saatlik yabancı dil kursu verilmiştir. Bu 60 saatlik programın 50 saati temel yabancı dil becerilerini geliştirmeye, 10 saati de mesleki terminoloji ve kavramların yabancı dilde kullanımına yönelik olarak yapılmıştır. Dil eğitimi sonunda katılımcılarımızın değerlendirme sınavıyla seviyeleri ölçülmüş ve A2 seviyesinde ulaştıkları dil kursu tarafından onaylı sertifikayla belgelendirilmiştir.

Katılımcılarımıza sağlanan kültürlerarası etkileşim sunumları, Avrupa hakkında tecrübeli ve daha önce bu ülkelerde bulunmuş kişiler tarafından verilmiştir. Böylece katılımcı personelimiz gidecekleri ülkelerin kültürü, örf ve adetleri, dini, günlük yaşayış tarzları ve sözlü kuralları gibi ülkeden ülkeye farklılık gösteren konular konusunda bilgilendirilmişlerdir.

Son olarak pedagojik hazırlıklar kapsamında ise, ev sahibi ortaklarımız tarafından derlenen bilgiler dokümanlar halinde katılımcılarımıza dağıtılmıştır. Hazırlanan dökümanlar Hollanda ve İsviçre’de Evde Bakım Hizmetleri’ne yönelik sağlık politikaları, hasta sayısı yüzdeleri, bazı uygulama bilgileri ve bu alanda çalışan ekipler hakkında bilgiler içermektedir.

Böylelikle katılımcılarımız hem ülkemizde ki kendi mesleki yeterlilikleri hakkında bilgi sahibi olmuş hem de gidecekleri ülkelerde eğitim esnasında nelere dikkat etmeleri hususunda bilgilendirilmişlerdir. Ayrıca katılımcılarımız proje kapsamında hareketlilik süresindeki görev, hak ve sorumlulukları ile ilgili bilgilendirilmiştir.

Katılımcılarımız 2 hafta boyunca ev sahibi kurumlar tarafından Evde Sağlık Bakım Hizmetleri alanında teorik ve uygulamalı eğitime tabi tutulmuşlardır. Ev sahibi kurumları tanıyan katılımcılarımız, gittikleri kurumun ve ülkenin mesleki eğitim sistemi ile ülkenin evde bakım hizmetleri sunumundaki durumu hakkında bilgiler almışlardır. Ayrıca bu hizmetlere yönelik sistem örnekleri de görmüş olan katılımcılarımız, kendi mesleki becerilerinin dünya bazında hangi konumda olduğunu idrak etmiştir. Tıbbi

cihaz kullanımlarında Avrupa da ki uygulamalar konusunda eğitimler alan katılımcılarımız sterilizasyon konusunda da mikroorganizmaların etkileri hakkında bilgi sahibi olmuşlardır. Ayrıca, birebir gerçek hastalara uygulanan yöntemleri gözlemleyen katılımcılarımız, ülkeler arasındaki uygulama farkını yaşayarak öğrenmişlerdir.

Yapılan hareketlilikte Hollanda ve İsviçre grupları katılmış oldukları evde bakım hizmetleri eğitimlerinde öğrenmiş oldukları farklı uygulamaları ülkemize getirecekler ve uygulama da öncü olacaklardır.

İlk grup 02-15 Mart2014 tarihleri arasında MedischCentrumAlkmaar, Amsterdam Academi Hastanesi (AMS) , Bergen Op Zoom Şehrinde Ruh Sağlığı Hastanesi, Bergen Op Zoom Şehrinde Yaşlı Bakım Merkezi ve Zaandam şehrindeki iki hastanede çalışmalarda bulunulmuştur. Ayrıca bir Evde bakım şirketinde (Sean Profesyonel Zhuiszorg) dokümantasyon, otomasyon, hasta yakınları ile paylaşım toplantısı ve evde bakım hastası ziyaretinde bulunulmuştur.

İkinci grup 16-29 Mart tarihleri arasında İsviçre'nin St. Gallen ve Rheineck şehrinde, Berufs-und Weiterbildungszentrum für Gesundheits-und Sozialberufe eğitim kurumunda çalışmalarda bulunulmuştur. Kurum sağlık alanında hizmet sunmak ve bu alanda mesleki eğitim vererek donanımlı personel yetiştirmektir. Kurum temel eğitim,ileri eğitim ve yüksek meslek eğitimi olmak üzere 3 farklı alanda eğitim vermektedir. Okul müfredatı içerisinde engelli bireylere yardım, yaşlı bakımı ve çocuk hizmetleri konularında uzmanlaşma eğitimi verilmektedir.

2.4.5.1 Hollanda Evde Sağlık Hizmetleri

İlk grup 02-15 Mart2014 tarihleri arasında ziyaret edilen Hollanda da sağlık sistemi ve evde sağlık bakım hizmetleri hakkında toplanan bilgi, doküman, broşür ve uygulamalar gözlemlenerek raporlanmıştır. Bu edinilen gözlem ve bilgiler ışığında genel olarak şu şekilde özetlenmektedir.

Hollanda sağlık sistemi, merkezi sağlık idaresi hizmetlerinin sunulmasından ve diğer tüm sağlık hizmetlerinin yönetimi ve denetimini “Sağlık, Refah ve Spor Bakanlığı (SRSB)” üstlenmektedir. Sağlık hizmetini pratisyen ve uzman doktorlar yürütmektedir. Pratisyen doktorlar, bireysel ve süreli sözleşmeli olarak ve yaklaşık %40'ı ekip halinde veya tek sağlık merkezlerinde hizmet verirler. Uzman hekimler ise bireysel

çalışabileceği gibi, özel klinikler de hizmet verirler. Hastanın bir uzman hekime gidebilmesi için bir pratisyen hekim tarafından sevk edilmesi gerekmektedir. Kısaca kurumlar ve hastaneler arası sevk zinciri uygulanmaktadır. Devlet (SRSB) ve sağlık uygulamaları arasında bulunan yarı resmi oluşumlar ise (36);

- Farmasötik Ürünleri Değerlendirme Konseyi
- Hollanda Sağlık Konseyi
- Sağlık Araştırmaları Danışma Konseyi
- Hollanda Sosyal Kalkınma Konseyi
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Konseyidir.

“Halk Sağlığı ve Ulusal Çevre Kuruluşu” nun parçası olan Yürütme ve Denetim bölümü, SRSB ile ortak çalışma yürütmektedir. Bu birim aşağıdaki alt birimlerin bir araya gelmesinden oluşmaktadır (23);

- Sağlık Koruma ve Veteriner Halk
- Sağlığı Denetim Birimi,
- Sağlık Hizmetleri Birimi,
- Gençliği Koruma Denetim Birimi

Denetim Biriminin öncelikli sorumlulukları arasında (15);

- Sağlık uygulamaları, ilaç ve tıbbi-sarf malzemelerindeki kalite standartlarına uyumu denetleme,
- Planlama, uygulama, kontrol etme ve denetim mekanizmalarını doğru çalıştırma,
- Denetim sonrasında elde edilen verileri raporlayarak istatistiksel tablolar oluşturabilme,
- Tüm Sağlık hizmetlerinde, danışmanlık yapma,
- Lisans vermek sayılabilir.

Hizmetlerin sunumun da, bölgedeki sağlık ekipleri tarafından sorumlu oldukları yörenin problemlerini çözmekle görevlidir. 1956 yılında kurulmuş olan İl Sağlık komisyonları, yerel resmi kuruluşlar ve gönüllü sivil toplu örgütlerinin aktivitelerini eş

güdümlenmekle sorumludur. İl Sağlık komisyonları bölge hastane planlaması kurullarında da danışmanlık yapmaktadırlar. Hollanda da evde sağlık bakım hizmetinin temelleri 18. yüzyılda atılmış olup, giderek büyük bir hızla gelişip kurumsallaşarak, günümüze kadar gelmiştir. “İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası’nın (Algemene WetBijzondere Ziektekosten) 1968 yılında yürürlüğe girmesiyle birlikte, evde sağlık bakım hizmetleri, Hollanda devletinin, bakıma gereksinim duyan vatandaşları için yerine getirmekle yükümlü olduğu bir sorumluluk olarak kabul edilmiştir (23).

Uygulama ilk olarak “İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası” çerçevesinde verilen sosyal yardım ve evde sağlık bakım hizmetleri radikal bir karar ile 2007’de yürürlüğe giren “Sosyal Destek Yasası (Wet Maatschappelijke Ondersteuning)” kapsamında olup yasa ile yerel yönetimler ve sosyal hizmetler alanında geniş yetkilere ulaşmışlardır. “Sosyal Destek Yasası” kapsamında sunulan hizmetler, yerel yönetimlerin kendi mali kaynaklarından ve vergilerden finansmanı sağlanmaktadır (23). Sağlık hizmeti planlaması ve uygulanması; hastanelerin ve yatak sayılarının belirlenmesi, sağlık hizmet verilecek bireylerin planlanması, finansal planlama, sağlık hizmeti eğitimi programlaması faaliyetlerini kapsamaktadır.

Çevre sağlığı hizmetleri yerel yönetim ve sağlık otoritelerinin uygulama alanına girmektedir. Su ve hava kirliliği denetim hizmetleri “Ulusal Sağlık Statüsü” tarafından kontrol edilmektedir. Şebeke suyu denetimi ise “Ulusal kirliliği kontrolü İçme Suyu Kontrol Enstitüsü tarafından belli periyodlar halinde denetimi yapılmaktadır. İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, Sosyal İşler Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Bu faaliyetler, özel sektör kuruluşları tarafından verilir. İşyeri hekimliği bu uygulamaya örnek verilebilir (49).

2.4.5.2 İsviçre Evde Sağlık Hizmetleri

İkinci grup 16-29 Mart tarihleri arasında ziyaret edilen İsviçre de sağlık sistemi ve evde sağlık bakım hizmetleri hakkında toplanan bilgi ve uygulamalar gözlemlenerek raporlanmıştır. Bu edinilen gözlem ve bilgiler ışığında genel olarak şu şekilde özetlenmektedir.

İsviçre, sağlık sistemi yapısı olarak karmaşık bir yapı sergiler. Politik sistemin yansımaları olarak sağlık yapılanmasını Federal hükümet -kantonlar ve belediyeler olmak üzere şekillenmiştir.

Federal hükümet;

- İnsanlarda ve hayvanlarda görülen bulaşıcı hastalıklarla mücadele
- Egzersiz ve spor faaliyetlerinin geliştirilmesi
- Sosyal sigorta sisteminin yürütülmesi
- Tıbbi muayeneler ve nitelikleri
- Bilim ve araştırma gibi konuların geliştirilmesi
- Genetik mühendisliği, üreme sağlığı organ nakli ve tıbbi araştırmalar
- İstatistiklerin tutulması
- İş yasaları
- Çevre korunması
- Uluslar arası ilişkiler

Kantonlar;

- Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve sunumu
- Hastalıkların önlenmesi ve sağlık eğitimi
- Kanunların uygulanması

Belediyeler;

- Evde bakım hizmetleri
- Huzurevleri
- Ruh sağlığı hizmetleri

İsviçre de halk özel sigorta şirketlerinden veya sağlık sigortası yapan kurumlardan ulusal sağlık sigortası yaptırma zorunluluğu vardır. Sistem yüksek maliyetli olmasına rağmen, sağlık hizmetleri açısından diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında İsviçre en iyiler arasında ilk sırada gelir. 2006 yılı verilerine göre İsviçre yaşam beklentisi kadınlar için 84, erkekler için ise 79 yıl olarak öngörülmektedir. Yaşam kalitesi bakımından dünya üzerindeki ülkelere bakıldığında İsviçre ilk sırada yer almaktadır(46).

Spitex (Spiteks): Yataklı tedavi ve acil ve poliklinik hizmetleri dışında İsviçre’de hastaneden taburcu olduktan sonra devam eden hasta bakımı olan “ Spiteks hizmeti” sunulur. Spiteks, bireylere evde sağlık bakım hizmeti ile birlikte sosyal destekte sağlamaktadır. Hastalık, kaza ve ameliyat gibi ağır tıbbi müdahalelerin sonrasında yani nekahat evresinde, gebeliklerde ve doğum sonrası ilk günlerde evde bakım amacıyla Spiteks hizmetleri verilmektedir. Spiteks hizmetleri, bakıma ihtiyaç duyan hastayla beraber hasta yakınları için de hizmet verebilmektedir. Spiteks ayrıca yemek servisi, araçla bireyleri taşıma hizmetleri, solunum gereçleri, koltuk değnekleri, , tekerlekli sandalyeler, walker vb. yardımcı araç ve gereçlerin kiralanmasında da destek verilir(39).

Spiteks hizmetlerinin kapsamı; Bakım (eğitim ve bilgilendirme, genel vücut bakımı ve günlük işlerde destek, ilaç verme, yara bakımı ve pansumanı vb.) ve ev işlerinde (alışveriş, genel ev temizliği, çamaşırları yıkama, yemek pişirme vb.). Genel hastalık sigortası Spiteks hizmet bedelini– doktor raporu ve onayı ile – karşılar. Genel olarak ev ve çevre işleriyle ilgili Spiteks ücretlendirmesi, bireyin gelir düzeyi veya sigortasının kapsamına göre belirlenmektedir. Kişiler genel hastalık sigortasının yanı sıra, bu kapsama ait ek sigortada da yaptırabilirler. Spiteks hizmetlerinin planlanması ve uygulanması ülkede bölgeler arası farklılık gösterir.

Projemizden elde edilen çıktılar, katılımcılarımızın AB standartlarında Evde Sağlık Bakım Hizmetleri eğitimi olarak ve bu hizmetlerin Avrupa ülkelerinde uygulamalarını yerinde gözlemleyerek edindikleri niteliklerle, hükümetimizin de Evde Sağlık Bakım Hizmetleri konusunda politikalarıyla hedeflediği Evde Sağlık Bakım Hizmetleri personelinin bilgi eksiğinin kapatılması hususunda ön ayak olmaktadır. Böylece yürüyemeyen ve yatağa tam bağımlı olan hastaların bakım hizmetlerinde kalitenin artması sağlanarak hastaların refah seviyelerinin yükselmesine katkıda bulunulmuştur. Ayrıca, projemizle birlikte Avrupa katma değerinin ülkemize taşınması da projemizle sağlanmıştır.

Projemizin değerlendirme faaliyetleri kapsamında elde edilen çıktılar, derlenerek e-broşürler haline getirilmiştir. Bu broşürler ülkemiz hastanelerinin ilgili birimlerinin e-posta adreslerine gönderilerek Evde Sağlık Bakım Hizmetleri sunan birimlerin projemiz ve sonuçlarından haberdar olmaları sağlanmıştır. Aynı broşürler, sağlık meslek odaları, sağlık sendikaları ve özel polikliniklerle de paylaşılmıştır.

İl Sağlık Müdürlüğümüzle iletişime geçilerek, internet sayfalarında projemiz ve çıktıklarına yer verilmesi sağlanmıştır. Kurumlarımızın internet sitelerinde de projemizin çıktıklarına yer verilmiş, projemiz kapsamında gerçekleştirilen faaliyetlerin detaylı bilgileri internet yoluyla aktarılmıştır. Facebook ve Twitter gibi sosyal iletişim organlarında projemiz adıyla sayfalar açılmış ve projemiz çıktıklarının buralarda da yer alarak daha geniş kitleye ulaşması sağlanmıştır.

Evde Sağlık Bakım derneğiyle irtibata geçilmiş, projemiz ve çıktıklarına internet sitelerinde yer vermeleri istenmiştir. Böylece, konuyla ilgili kişilerin de projemizden haberdar olmaları sağlanmıştır. Yerel ve ulusal basınla irtibata geçilip projemizden haberdar olmaları sağlanmış ve projemizin daha fazla insana ulaşması için röportajlar ayarlanmıştır.

2.4.6. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Kabul Kriterleri

Evde sağlık hizmeti planlaması yapılırken öncelikle hizmeti alacak bireyin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmede bireyin fiziksel, mental, emosyonel durumunun yanı sıra yaşadığı fiziksel çevre ve aile üyelerinin varlığı ve uygunluğu göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalarda evde bakım hizmetlerinden yararlanabilmeleri adına bir takım uygunluklar söz konusudur. Mevcut uygunluklar ise 10.03.2005 yılında “25751 sayılı Resmi Gazete” de yayımlanan “Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile belirlenmiştir. Bu uygunluklara göre (27);

- a) Sağlık kuruluşunda, hastanın veya hastanın tıbbi durumu onay vermeye elverişli değilse kanuni temsilcilerinin bilgilendirilmiş onay formu ile rızası alındıktan sonra işlem yapılmaktadır.
- b) Evde bakım hizmeti için kabul edilen hastalar, mevzuat tarafından belirlenen hakları korunacak şekilde, hasta hakları ve yükümlülükleri ve hizmet içeriği konusunda bilgilendirilmektedir. Hastanın kendisi veya kendisi karar verme yetisine sahip değilse kanuni temsilcisi, sunulacak hizmetin varsa riskleri konusunda her türlü bilgiyi almaya ve değerlendirme yaptıktan sonra hizmeti kabul etmeme hakkına sahiptir(27).

- c) Evde bakım hizmeti almak isteyen hasta, kendi hekimi tarafından takip altında olmalıdır. Kendisini takip eden bir hekimi olmayan hastalar, sağlık kuruluşunun evde bakım hizmeti sunan hekimleri tarafından ve gerekirse konsültan hekimler tarafından değerlendirilmekte ve bir hekim atanmaktadır.
- d) Evde bakım hizmeti için, hasta ve/veya hasta ailesi tarafından istek yapılabilir. Bu durumda evde bakıma uygunluğu ve tedavi sorumluluğu açısından hastanın durumu tanısını koyup ve tedavisini planlayan hekim veya evde bakım hekimi tarafından değerlendirilmektedir. Planlamada yapılacak değişiklikler ya da ileri düzey yeni hizmet seçenekleri için hekim onayı alınmaktadır.
- e) Hasta evindeki fiziksel ortam ve ekipman, güvenli ve etkin bakım vermeye uygun olmalıdır.
- f) Hastanın ırkı, rengi, inancı, cinsiyeti, doğum yeri, etnik kökeni, yaşı, zihinsel ya da bedensel engeli ve iletişim rahatsızlığı, kabul açısından hiçbir şekilde olumsuz etken olarak değerlendirilemez.
- g) Hasta bakımı açısından sağlık kuruluğu tarafından önerilen tedavi planının kabul edilmemesi durumunda, bu tedavi planının uygulanmamasının yol açabileceği riskler anlatılarak hizmetin kabul edilmediğine ilişkin yazılı beyan istenir(27).

2.4.7. Evde Sağlık Bakım Hizmetinin Finansmanı

Evde bakım hizmetlerinin finans kaynakları ile ilgili ülkelerce planlamalar (sağlık sektörü ile paralel olmak üzere) kendi ekonomi ve gelişim seviyelerine göre belirlenmektedir. Ekonomi ve gelişim seviyeleri düşük olan ülkelerde kamu ile ilgili finans planlamaları düzenli olarak yapılması, üst seviyelere çıkarılması genellikle mümkün olmamaktadır. Dolayısıyla evde bakım hizmetleri ile ilgili planlamaların yapılamaması ve üst seviyelere çıkarılamaması sebebiyle evde bakım hizmetlerinde daha tecrübesiz ve amatör bireylerin veya gönüllülerin görev alması kaçınılmaz olmaktadır (36).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaptığı çalışmalarda evde bakım hizmetleri ile ilgili olarak bir takım yaklaşım prensipleri belirlemiştir. Bu yaklaşım prensipleri (44);

- Genel vergiye tabi olunması,
- Sosyal sağlık sigortasının sağlanması,
- Değişim gösterebilen değerlerde yer alan hizmet içeriklerinin şahsi ya da hizmet değişim programı ile ödenmesi,
- Özel sigorta ile gerekli birimlerin sigortalanması,
- Gönüllü personel görevlendirilmesi ile ücret harcamalarının ortadan kaldırılması,

Belirlenen yaklaşım prensipleridir. Bu prensipler ile evde bakım hizmetlerinin belirli bir standartlara yükseltilerek daha sağlıklı biçimde yürütümünün sağlanması ön görülmektedir.

Evde bakım hizmetleri ile ilgili sosyal sigorta fonlarından yararlanabilmesi adına ülkelerin birçoğunda çeşitli hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Ülkeler hukuki düzenlemeler ile evde bakım hizmetlerine daha düzenli finans kaynağı sağlamayı amaçlamış ve genel vergilendirme sistemleri ile bu durumu sürekli hale getirmiştir. Genel vergilendirme sistemi ile sağlanan gelirler ortak bir fonda toplanmakta olup, ilgili sağlık kuruluşlarına ve hizmetlilerine aktarılmaktadır. Böylelikle fonun düzenliliğı sağlanmakta olup evde bakım hizmetleri ile ilgili sağlanması gerekli hizmet talepleri pratik olarak karşılanabilecektir (36). Fonlar ve uygulamalar ile ilgili örneklerden biri de Amerika'nın uygulamış olduğı sistemdir. Bu sisteme göre evde bakım hizmetlerinde finans kaynağı devlet tarafından yapılan ödemeler, cepten/şahsi ve özel sigorta ödemesi, personeller tarafından yapılan destekler ile diğer programlar tarafından sağlanmaktadır. Amerika ayrıca Medicare ve Medicaid gibi sistemler ile sigorta ödemelerini ayırarak farklı sigortalar (hastane, sağlık, ilaç, vb.) adına prim ödenmesini sağlamakta ve bu primler ile de destek fon sağlamaktadır (36).

Evde sağlık bakım hizmetlerinde fonlar ile ilgili düzenlemelerin yanı sıra İtalya, Kanada, Fransa ve İngiltere harcamalar ile ilgili geri ödeme sağlamakta, Danimarka ve Norveç evde yapılan sağlık hizmetlerinde yaptığı ödemelere refakatçilik ile ilgili hizmetleri de eklerken İrlanda hükümeti evde bakım hizmetlerinin tamamını ödemektedir. Fonlar ile yapılan ödemelere ek olarak Macaristan, İsveç ve İzlanda hükümetleri bölgesel veya yerel belediyeleri aracılığı ile evde sağlık hizmetlerine geri ödeme sağlarken sunulan sağlık hizmetlerinin tamamını ödemektedir. Ayrıca evde bakım hizmeti gerçekleştiren bireyler aile içinden olması durumunda ise Norveç,

İngiltere, Almanya, Hollanda ve İsveç devletleri bu kişileri de desteklemektedir (16,36). Avrupa ülkelerinde yapılan uygulamalar dikkate alındığında birçok ülkenin evde bakım hizmetleri oldukça önem verilen ve çoğunlukla tüm hizmetleri kapsar biçimde desteklendiği bir hizmet türü olduğu, tıp ile ilgili hizmetlerin yanında bakıcı-refakatçi konumundaki bireylerinde göz ardı edilmediği anlaşılmaktadır.

Evde sağlık bakım hizmetleri ile ilgili olarak Türkiye Sağlık Uygulama Tebliği'ni (SUT ilgili değişiklikler ile birlikte 2011 tarihinde yürürlüğe koymuştur. Bu tebliğ ile evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından gününbirlik tedavi ile birlikte ödenmektedir. Buna ek olarak bu hizmetten yararlanabilecek hastalar için kullanılacak tüm tıbbi malzemeler (pansuman, ilaç, serum, vb.) aynı yönetmelik kapsamında ödemeye dahil edilmiştir. Yönetmelik ile Evde Sağlık Hizmetleri Birimi ilgili hastanelerde faaliyete geçirilerek, bu hizmetler ile görevlendirilmiş ve müdahale, planlama ve takip faaliyetleri görev tanımları arasında yer almıştır. Hizmet alan personeller, bu hizmetleri aldıkları süre boyunca sağlık hizmeti ile ilgili tedavi, kullanılan tıbbi malzemeler ile muayene hizmetlerini bu birimlerden alması durumunda herhangi bir ücret ödememektedir (16,41,36). Avrupa ülkelerinde yapılan uygulamalar dikkate alındığında Türkiye'nin bu hizmetlere henüz yeterince destek vermediği fakat geçte olsa maddi konularda destek sağladığı görülmektedir.

2.4.8.Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Avantaj Ve Dezavantajları

Sağlık sisteminin genel çerçevesine bakıldığında verilen hizmetler içerisinde evde sağlık bakım hizmetlerinin hızlı bir şekilde uygulamaya konmasının en iyi açıklama yolu bu hizmetlerden elde edilecek birçok fayda ve avantajlar içermesidir. Dünya da kabul görmüş bir bakım olarak karşımıza çıkan evde sağlık bakım hizmetleri eğitim ve finansal kaynak gerektiriyor olsa da bu hizmetlerin verilmesi sonucunda aşağıdaki avantajların elde edilmesi öngörülmektedir.

2.4.8.1. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Avantajları

Evde sağlık hizmetinin yataklı kurumlara kıyasla üstünlüğü vardır. Bunlar (18);

- Evde sağlık hizmeti güvenle evde sunulabilir.
- Evde sağlık hizmeti bireyin aile ve çevresiyle iletişimin sürdürmesi bakımından uzun süreli bakımlarda psikolojik destek sağlar. Bu yüzden depresyon ve stres insidansı düşüktür.
- Bireyin evinde bakım alması ve kendinin ve ailesinin bakıma katılması kişiyi işe yarar bağımsız ve huzurlu hissetmesini sağlar.
- Evde sağlık hizmeti ile hasta yakınlarının üzerinden bakım zorunluluğu kalkacağı için, bakıma katılan diğer aile fertlerinin yaşayacağı tükenmişlik azalır ve kendi çalışmaları ve sosyal hayatlarını kolaylıkla sürdürebilirler.
- Evde sağlık ve bakım hastaların iyileşme süreci hızlıdır, nozokomiyal enfeksiyon vb. hastanedeki yatış sürecinden dolayı oluşabilecek komplikasyonların görülme oranı azalacaktır.
- Evde sağlık hastanede kalma sürecini azaltır.
- Evde sağlık ile hastaneye(acil ve yoğun bakım ünite vb.) geri dönüşler azalır.
- Evde sağlık ile koruyucu sağlık hizmetlerinin ortak verilmesi kronik hastalıklardan doğan bakım ve tedavi maliyetlerini azaltacaktır.
- Evde sağlık ve bakım hizmeti Türk aile yapısına uygundur.
- Evde sağlık bireyin yaşam süresini uzatır.

2.4.8.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Dezavantajları

- Birey özel hayat ve yaşam alanına karışılıyormuş hissine kapılabilir.
- Hasta ve diğer aile fertleri psikolojik, ekonomik yönlerden baskı altında algılayabilirler.
- Evde sağlık bakım hizmeti verilmesi sırasında kişi çok ağır hasta olduğunu hissedebilir.
- Birey hastalığının ağırlık derecesine ve ihtiyaçları çerçevesinde evde sağlık hizmetlerine ait etrafında çok sayıda insan, ekipman ve malzemeler içinde kaygıya kapılabilir (40).

2.4.9. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sürdürülebilirlik Yönetimi

Sürdürülebilirlik; Mevcut ihtiyaçların; politik, ekonomik ve sosyal önceliklerin engellenmesi ile gelecek nesillerin kendi gereksinimlerini karşılayabilme kabiliyetini güvence altına alarak karşılanması şeklinde tanımlanmaktadır (1)

Sağlık sektörü ve hizmetleri ile ilgili olarak her geçen yıl artmakta olan ulaşım, hizmet alım oranları, sektörde teknolojik ve emeğin maliyete olan arttırıcı etkisi, ülkelerdeki nüfusun yaşlanma oranı ile dejeneratif ve kronik hastalıklar tarafından sağlık mekanizmalarında meydana gelen artış ülkeler tarafından bir takım uygulamalara gitmelerine sebep olmuştur. Ayrıca yaşam biçimleri ile çevre etkenlerinin yapmış olduğu olumsuz etkileri de göz ardı edilmemektedir. Ülkeler bu sebeple sağlık sistemlerinin devamlı ve sağlıklı biçimde işleyişi adına sağlık hizmetlerinde değişiklikler yapılması ve yeni projelerin araştırılması zorunlu olmuştur. Bu araştırma ve değişikliklerin ortak amaçları ise adalet, hastanın güvenliği, kişilere önem verme, mali etkinlik olup süreklilik bakımından kalitenin de dikkate alındığı görülmektedir. Değişim ve araştırmaların tamamen bu amaçlar dikkate alınarak belirlenmesi ülkelerin sağlık konularındaki temel prensipleri olmuştur.

SDP (Sağlıkta Dönüşüm Programı) kapsamında evde sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğinin sağlanmasında kısaca; öncelikte ortak hizmet verdiğimiz Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile entegrasyonun sağlanarak parçalı halde verilen bakım hizmetinin kapsamının genişletilmesi ve daha etkin hale gelmesi sağlanmalıdır. Sistemi destekleyen bilgi ve teknoloji kullanımı yaygınlaştırılması hasta ve hasta yakınlarının farkındalık ve güvenilirliklerinin artması sistem yararına olacaktır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin sürdürülebilirlik yönetiminin finansal, kurumsal ve politik alanlarda sürdürülebilirliği konuları üzerinde durularak uygulamada yeni olduğumuz evde sağlık bakım hizmetlerine farklı bir bakış açısı getirilmesi amaçlanmıştır.

Sürdürülebilirlik stratejisinin temel esasları şeffaflık ve hesap verebilirlik yer almaktadır. Değişim ve iyileştirme yapılması gereken bölümleri tespit ederek, iyileştirme planları yapmadan, kaynağında yatan nedeni bulup sorgulanmalıdır. Globalleşen dünyada sürdürülebilir sağlık hizmeti, ne kadar yenilik üretildiği ile ilişkilendirilmektedir. Geliştirme ve iyileştirme planlarının uzun vadeli ve sürece katkı sağlaması için inovatif ve uygulanabilir geçerliliği olan fikirler olmasına dikkat edilmeli, hedef belirlemek ve hedeflere ulaşma yolunda sürekli iyileştirme ve yenilenme

çalışmaları yürütmenin bizi sürdürülebilirlik misyonumuza daha çok yaklaştıracığına inanılmalıdır (Evde Bakım Hizmetleri,2005).

Sürdürülebilirliği içselleştirme evresinde olduğumuzun bilinciyle, her bir çalışan arkadaşımızın sürdürülebilirlik konusunda bilinç seviyesini artırmayı hedeflemeliyiz ve birer sürdürülebilirlik savunucusu olmalarını desteklemeliyiz. Bu bakış açısıyla tüm sağlık çalışanlarına sürdürülebilirlik eğitimleri verilmelidir. Çalışanların sürdürülebilirlik konusundaki bilgi seviyelerini artırırken aynı zamanda bu eğitimler esnasında gönüllülüğü sisteme katacak çağrılar yapılmalıdır. Çalışanların sivil toplum içinde etkin rol almaları için onlar cesaretlendirilmelidir (28).

Uygulamalarımızdan direkt veya dolaylı olarak etkilenen ve süreçlerimizi etkileyen bireyler, örgütler ya da kurum-kuruluşlar paydaşlarımızdır. Hasta ve hasta yakınları, bu hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, özel sektör, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler, toplum ve medya kuruluşları paydaşlarımızdır. Sürdürülebilir gelecek planları için paydaşlarımızla entegrasyon sağlanarak birlikte etkin ve etkili iletişim kurmak önemsenmelidir. Sürdürülebilirlik entegrasyon ve koordinasyonun birlikte sağlanabildiğinde hedeflenen amaca ulaşabileceği unutulmamalıdır (28). Paydaşlarımızın beklentilerini anlamak adına, düzenli olarak memnuniyet anketleri yaparak konu takip edilmelidir. Bu kapsamda takip ettiğimiz Çalışan Memnuniyeti, Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyeti ve Algı Araştırması yapılmalıdır.

Şekil 1: Evde sağlık hizmetlerinin paydaşları



Kaynak:28

Toplumun her bireyinin kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşmasını sürdürülebilirlik stratejisinin temel taşı olarak kabul edilerek bu doğrultuda çalışmalar sürdürülmelidir. Strateji ve öncelikleri paydaşların beklentisi doğrultusunda geliştirebilmek için ‘Öncelik Çalışması’ yapılmalıdır. Bu nedenle bölgesel farklılıklar ve dolayısıyla değişen beklentiler ve koşullar göz önünde bulundurulmalıdır.

Dünyada sağlık sektöründeki en önemli sorunlardan biri hastaların mevcut sağlık hizmetlerine erişimi olarak kabul edilmektedir. Bu sorunun temel nedenleri arasında hastaların ve sağlık uzmanlarının eğitimi, teknolojik altyapı, ekonomik yetersizlikler, coğrafi farklılıklar sayılabilir.

Yenilikçi bir yaklaşım ilkesi sağlık sektörünün tüm alanlarında olduğu gibi evde sağlık hizmetlerinde de hasta ihtiyaçlarına yönelik bilgi ve teknoloji transferi temininde en uygun yöntem haline gelmiştir. Özellikle hasta bakımının öncelikleri arasında yer alan kişisel bakım araç-gereçlerinde teknolojik alandaki yeniliklerden faydalanılmaktadır.

Sürdürülebilirlik üç ana başlık altında gruplandırılabilir.

- Finansal sürdürülebilirlik
- Kurumsal sürdürülebilirlik
- Politikaların sürdürülebilirliği

2.4.9.1. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Ve Finansal Sürdürülebilirlik

Türkiye de geçmişten buyana GSMH içinde ortalama %3,5 paya sahip olan sağlık hizmeti sunum harcamaları, sağlık hizmetlerine ulaşım ve faydalanmayı engelleyen sorunların çözümü için izlenen doğru politikaların sonucu, 2006 yılına gelindiğinde kamu sağlık harcamaları %5,3'e çıkarılmıştır (31).

Genel Sağlık Sigortası reformu ve sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte sağlık hizmetleri kapsamı genişledi ve hizmetlere erişim kolaylaştı. Bu reformun en büyük amaçlarından biri elimizdeki kaynakları, hastaların tedaviye erişimini kısıtlamadan kaliteli ve kontrol edilebilir bir yapıda sürdürebilmektir. Birçok ülke gibi finansal sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla tedavide hizmet başı ve tanıya dayalı ödeme modelleri, ilaçta ise pozitif liste, global bütçe ödeme modelleri kullanmalıdır. Bu ödeme modellerinin yanı sıra alternatif ödeme modellerinin de bu süreçte değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tablo 3. Finansal sürdürülebilirlik ve sağlık hizmetine ulaşım

Herkesin Yeterli Ve Kaliteli Sağlık	Finansal Sürdürülebilirlik
Hizmetine Ulaşması	Etkinlik
+	
Vatandaş Katkısının Ödeme Gücünü Aşmaması	Verimlilik
+	Kamu ve Vatandaş çerçevesinde ve yerinde kullanımı
Toplumun Sağlık Göstergelerinin İyileşmesi	
+	
Vatandaşın Aldığı Hizmetten Memnun olması	

Kaynak:28

Sağlık hizmetin de etkin ve verimli finansal sürdürülebilirlik için;

- Sağlık hizmetlerine erişimin engellenmemesi,
- Kişilerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanabiliyor olması,
- Sağlık çıktılarında olumlu yönde gelişim sağlanması,
- Sağlık harcamalarının GSYİH oranının belirlenen limitler dahilinde tutulması,
- Ödeyebilme gücünün korunması,
- Finansal kaynakların artırılması,
- Paydaşlar için finansal açıdan sürdürülebilirlik gözetilmelidir.

Tablo 4. 2001-2013 yılları arası Kamu Sağlık Harcamaları (SB Bütçesi, Yatırım ve Personel Giderleri Hariç)

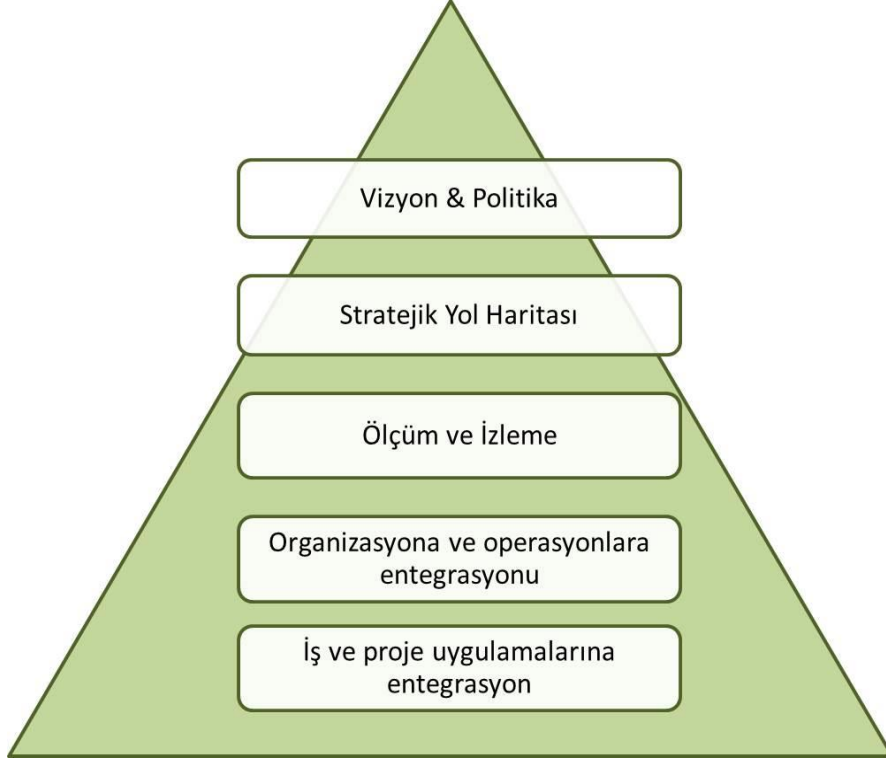
(Milyon TL)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 BÜTÇE
I. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	4.591	7.654	10.697	13.189	13.644	17.691	20.045	25.404	28.863	32.556	36.542	44.151	48.622
TEDAVİ HARCAMALARI	1.799	2.831	4.363	5.905	5.626	8.490	10.267	13.953	15.129	18.469	21.848	29.206	32.327
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	1.185	1.815	2.998	4.083	3.521	5.442	6.399	7.325	7.875	9.584	11.255	16.746	19.566
Üniversite Hastaneleri	330	620	827	1.079	1.083	1.325	1.523	2.247	2.572	3.558	4.100	5.152	5.365
Özel Hastaneler	284	396	538	743	1.021	1.723	2.345	4.381	4.682	5.327	6.493	7.308	7.397
İLAÇ HARCAMALARI	2.434	4.300	5.615	6.399	7.001	8.372	8.858	10.717	13.161	13.547	14.144	14.300	15.640
DİĞER HARCAMALAR	359	523	719	884	1.017	829	921	734	574	541	550	645	654
II. KAMU	6.210	10.268	14.114	17.636	18.120	23.424	27.181	32.862	38.717	39.710	45.122	48.260	52.971
(SGK+YEŞİLKART+MERKEZİ YÖNETİM+DİĞER)													
TEDAVİ HARCAMALARI	2.633	4.291	6.210	8.024	8.084	12.269	14.690	18.513	21.068	22.394	25.538	29.555	32.538
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	1.618	2.615	4.002	5.231	4.924	7.874	9.269	10.271	11.887	12.721	14.178	16.890	19.717
Üniversite Hastaneleri	624	1.095	1.433	1.777	1.856	2.309	2.650	3.301	3.663	4.141	4.784	5.288	5.395
Özel Hastaneler	390	581	775	1.016	1.304	2.087	2.771	4.942	5.518	5.532	6.576	7.377	7.427
İLAÇ HARCAMALARI	3.213	5.445	7.171	8.651	8.921	10.216	11.209	13.029	16.135	15.347	15.868	14.484	15.726
DİĞER HARCAMALAR	364	532	732	962	1.113	920	1.040	855	722	580	578	650	657
AİLE HEKİMLİĞİ	0	0	0	0	2	19	242	466	792	1.388	3.138	3.570	4.049

Kaynak:31

2.4.9.2.Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Ve Kurumsal Sürdürülebilirlik

Kurumsal sürdürülebilirlik; işletmelerin uzun vade de katma değerini arttırmak amacıyla, çevresel, sosyal ve mali faktörlerin kurumsal yönetim ilkeleri ile beraber, işletmelerin uygulamalarında ve karar mekanizmalarında ortak faaliyet alanları oluşturma ve bu konulardan doğabilecek risklerin analizlerinin doğru yapılarak yönetilmesidir.

Şekil 2: Kurumsal Sürdürülebilirliğin Entegrasyonu

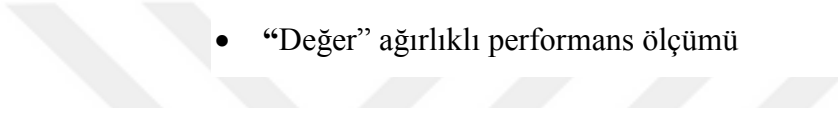


Kaynak:28

2.4.9.3. Evde Sağlık Bakım Hizmetleri Politikaları Açısından Sürdürülebilirlik

Politik sürdürülebilirlik konusunda Dünya’da ve Türkiye’de politik entegrasyona, toplumsal, sosyo-kültürel ve ekonomik, kimliğe göre değişen, birçok çalışmanın yapıldığı ve bu çalışmaların uygulamaya geçirilmekte olduğu belirlenmiştir. Devlet, üniversiteler, sektörel paydaşlar ve diğer sektörlerin işbirliği ile sürdürülebilirlik sürecine ait birçok yasa ve yönetmelikler yürürlüğe konmakta ve güncellenmektedir.

Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin hedef planlamalarında ülke ve uluslararası imzalanan sözleşmeler çerçevesinde politikalar belirlenirken aşağıdaki başlıklar dikkate alınmalıdır.

- Sağlık harcamalarında kısıtlama
 - Kronik hastalıklarda artma
 - Yaşlanan nüfus
 - Akut müdahale merkezleri
 - Yüksek-teknoloji kullanımı
 - Hasta-odaklı sağlık hizmeti sunumu
 - Hekim ve sağlık çalışanı ihtiyacında artma
 - “Değer” ağırlıklı performans ölçümü
- 

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Dünya da ve Türkiye de sunulan sağlık hizmetleri sadece hastane hizmetleri ile sınırlı kalmayarak hastanede uygulanan birçok tedavi yöntemi gelişen teknoloji ve nitelikli personel ile birlikte evde sunulur hale gelmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Türkiye de verilen sağlık hizmetlerinin bir parçası olan Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin sürdürülebilirlik yaklaşımının kurum kültürüne yerleşmesi ve bu hizmeti veren sağlık çalışanlarının bu yaklaşım çerçevesinde entegrasyon ve koordinasyonun birlikte sağlanarak hedeflenen amaca ulaşmada ki etkisi ve katkısı araştırılmaktadır.

Bu araştırmamız genel tarama modelinde olup (32), araştırmanın bağımsız ve bağımlı değişkenleri arasında karşılaştırmalı ilişkisel tarama yapılmıştır.

Araştırma sonuçlarından elde edilen verilerin (bulgu) genellemek istenilen bütününe evren adı verilmektedir (24). Araştırmanın evrenini 2015 yılında Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı 21 hastanenin Evde Sağlık Bakım birimlerinde hizmet veren sağlık personeli ve destek birimlerde çalışanların tamamı oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmalar genellikle örneklem üzerinde yapılmakta, elde edilen araştırma sonuçları birçok durumda ilgili evrene genellemektedir (24). Araştırmanın örnekleme basit tesadüfi örnekleme tekniği ile belirlenmiştir. Dolayısıyla “Sağlık Personelinin Sürdürülebilirlik Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin” araştırması için anket uygulamasında Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Evde Sağlık Bakım hizmet veren sağlık personelinden 100 personelin görüşleri değerlendirilmeye alınmıştır.

3.4. Veri Toplama araçları

Araştırmada, araştırmacı tarafından katılımcılara bir kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Bununla birlikte örneklem grubuna literatür taraması sonucunda konu ile ilgili çalışmalardan hareketle sürdürülebilirlik stratejisi ile ilgili 6 ifade 5'li likert (1: Kesinlikle Katılmıyorum, 5: Tamamen Katılıyorum), sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu ile ilgili 13 ifade 5'li likert (1: Son derece Önemsiz, 5: Çok Önemli), sürdürülebilir kalkınma ile ilgili 22 ifade 5'li likert (1: Son derece

Önemsiz, 5: Çok Önemli) ve sürdürülebilirlik kavramı ile ilgili 5 ifade 5'li likert (1:Kesinlikle Katılmıyorum, 5: Tamamen Katılıyorum) şeklinde toplam 46 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır.

3.5. Verilerin İstatiksel Değerlendirilmesi

Bu çalışmada katılımcılardan elde edilen nicel veriler SPSS 22 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Katılımcılardan toplanan demografik özelliklerin tespiti için tanımlayıcı istatistiklerden olan frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanarak yorumlanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirlikleri için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve yorumu yapılmıştır. İki grup karşılaştırmalarında T testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Tek Yönlü Varyans (ANOVA) testi kullanılmıştır. ANOVA sonucunda gruplar arasında anlamlılık görülmesi durumunda farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için, öncelikle varyansların homojenliğine bakılarak varyanslar homojen ise Tukey Testi, değilse Tamhane's T2 Testi uygulanmıştır. Ölçeklerin birbirleri ile ilişkilerini tespit etmek için değişkenlere korelasyon analizi uygulanmıştır. Tüm analizler 0.05 hata payı ve %95 güven düzeyinde test edilmiştir. (22).

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, örneklem grubuna ait demografik verilerin açıklanması ve elde edilen bu verilerin öngörülen istatistiksel yöntem ile analizi yapılarak ortaya çıkan bulgulara yer verilmiştir.

Bu aşamada çalışmanın araştırma bölümünde kullanılan ölçeğin güvenilirlik analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini ölçmek için Cronbach's Alpha test istatistiği kullanılmıştır.

Tablo 5. Ölçeğin geçerlilik / güvenilirlik analizi sonuçları

<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>Standartlaştırılmış Cronbach's Alpha</i>	<i>N</i>
0,901	0,940	46

Tablo 5’de görüldüğü gibi, sürdürülebilirlik kavramına ilişkin güvenilirliğinin $\alpha=0,940$ ve yüksek derecede güvenilir olduğu, dolayısıyla bu değerlerin araştırma için yeterli olduğu görülmektedir.

Araştırmanın, anket formunda yer alan I. Bölümdeki kişisel bilgilere ve ölçeğe ait olarak toplu frekans dağılım tabloları oluşturulup yorumlanacaktır.

Tablo 6. Demografik değişkenlere ait frekans dağılımı

		n	%
Cinsiyetiniz	Kadın	48	48,0%
	Erkek	52	52,0%
	Toplam	100	100,0%
Yaşınız	18-25 yaş	11	11,0%
	26-33 yaş	27	27,0%
	34-41 yaş	24	24,0%
	42-49 yaş	28	28,0%

	50 yaş ve üzeri	10	10,0%
	Toplam	100	100,0%
Eğitim Durumunuz	İlköğretim	11	11,0%
	Ortaöğretim	21	21,0%
	Yüksekokul	26	26,0%
	Fakülte (Lisans)	27	27,0%
	Yüksek lisans ve üstü	15	15,0%
	Toplam	100	100,0%
Mesleğiniz	Hekim	11	11,0%
	Psikolog	15	15,0%
	Sosyal Hizmet Uzmanı	18	18,0%
	Şoför	18	18,0%
	Hemşire	16	16,0%
	Diyetisyen	6	6,0%
	Fizyoterapist	11	11,0%
	Tıbbi Sekreter	5	5,0%
	Toplam	100	100,0%
Bu Kurumdaki Toplam Çalışma Süreniz	0-1 yıl	9	9,0%
	1-5 yıl	25	25,0%
	5-10 yıl	25	25,0%
	10-20 yıl	27	27,0%
	20 yıl ve üzeri	14	14,0%
	Toplam	100	100,0%

Tablo 6’de görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan sağlık personelinin 48’i (%48,0) kadın, 52’si (%52,0) erkek, 11’i (%11,0) 18-25 yaş, 27’si (%27,0) 26-33 yaş, 24’ü (%24,0) 34-41 yaş, 28’i (%28,0) 42-49 yaş ve 10’u (%10,0) 50 yaş ve üzeri, 11’i (%11,0) ilköğretim, 21’i (%21,0) ortaöğretim, 26’sı (%26,0) yüksekokul, 27’si (%27,0)

fakülte (lisans) ve 15'i (%15,0) yüksek lisans ve üstü mezunu, 11'i (%11,0) hekim, 15'i (%15,0) psikolog, 18'i (%18,0) sosyal hizmet uzmanı, 18'i (%18,0) şoför, 16'sı (%16,0) hemşire, 6'sı (%6,0) diyetisyen, 11'i (%11,0) fizyoterapistve 5'i (%5,0) tıbbi sekreter, 9'u (%9,0) 0-1 yıl, 25'i (%25,0) 1-5 yıl, 25'i (%25,0)5-10 yıl, 27'si (%27,0) 10-20 yıl ve 14'ü (%14,0) 20 yıl ve üzeri çalışma yılına sahip olmak üzere toplam 100 sağlık personeli araştırmaya dahile dılmıştır.

Tablo 7. Sürdürülebilirlik stratejisi ile ilgili ifadelere ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Kurumumuz tutarlı, kapsamlı ve yaşayan bir sürdürülebilirlik stratejisine sahiptir.	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile misyonu örtüşür.	100	1,00	5,00	3,4800	1,14133
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile vizyonu örtüşür.	100	1,00	5,00	3,6100	1,00398
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile genel stratejisi örtüşür.	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi tüm çalışanlarca anlaşılmıştır.	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Kurumumuzda çalışanların değerlendirmesinde performans sistemi içinde sürdürülebilirlik konusunda hedeflenen ve gerçekleşen rakamlar arasındaki farklar dikkate alınır.	100	1,00	5,00	3,1600	,96106

Tablo 7’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan personel “Kurumumuz tutarlı, kapsamlı ve yaşayan bir sürdürülebilirlik stratejisine sahiptir.” ifadesine orta (3,27±1,04) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile misyonu örtüşür.” ifadesine orta (3,48±1,14) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile vizyonu örtüşür.” ifadesine yüksek (3,61±1,00) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile genel stratejisi örtüşür.” ifadesine orta (3,38±1,16) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi tüm çalışanlarca anlaşmıştır.” ifadesine yüksek (3,93±0,91) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumumuzda çalışanların değerlendirmesinde performans sistemi içinde sürdürülebilirlik konusunda hedeflenen ve gerçekleşen rakamlar arasındaki farklar dikkate alınır.” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

Tablo 8. Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Çalışan sayısının artırılması	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Yıl boyunca verilen eğitim gün sayısı ve içeriğinin artırılması	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Sosyal hakların artırılması	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Gönüllülük esaslı projeler geliştirme	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Ek ödemelerin iyileştirilmesi	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Tıbbi cihaz ve ekipman sayısının artırılması	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Teknolojik gelişmelerin yakından takibi	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
İş kapsamının cazip hale getirilmesi	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Kariyer planlama ve mesleki eğitime destek	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
İş ve iş yeri güvenliğinin sağlanması	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
İş ve sosyal yaşam dengesinin korunması	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Yeni öneri ve fikirlere dinleme ve değer verme	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Ödüllendirme ve motivasyon odaklı girişimler	100	1,00	5,00	3,9300	,91293

Tablo 8’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan personel “Çalışan sayısının arttırılması” ifadesine orta ($3,27\pm 1,04$) düzeyde katılmaktadır.

“Yıl boyunca verilen eğitim gün sayısı ve içeriğinin arttırılması” ifadesine orta ($3,38\pm 1,16$) düzeyde katılmaktadır.

“Sosyal hakların arttırılması” ifadesine orta ($3,27\pm 1,04$) düzeyde katılmaktadır.

“Gönüllülük esaslı projeler geliştirme” ifadesine orta ($3,16\pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“Ek ödemelerin iyileştirilmesi” ifadesine yüksek ($3,93\pm 0,91$) düzeyde katılmaktadır.

“Tıbbi cihaz ve ekipman sayısının arttırılması” ifadesine orta ($3,38\pm 1,16$) düzeyde katılmaktadır.

“Teknolojik gelişmelerin yakından takibi” ifadesine orta ($3,16\pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“İş kapsamının cazip hale getirilmesi” ifadesine yüksek ($3,93\pm 0,91$) düzeyde katılmaktadır.

“Kariyer planlama ve mesleki eğitime destek” ifadesine orta ($3,38\pm 1,16$) düzeyde katılmaktadır.

“İş ve iş yeri güvenliğinin sağlanması” ifadesine orta ($3,27\pm 1,04$) düzeyde katılmaktadır.

“İş ve sosyal yaşam dengesinin korunması” ifadesine orta ($3,16\pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“Yeni öneri ve fikirlere dinleme ve değer verme” ifadesine orta ($3,27\pm 1,04$) düzeyde katılmaktadır.

“Ödüllendirme ve motivasyon odaklı girişimler” ifadesine yüksek ($3,93\pm 0,91$) düzeyde katılmaktadır.

Tablo 9. Gelecek kuşakların kendi ihtiyaçlarını karşılama olanaklarına zarar vermeden günlük ihtiyaçların temin edilmesi olarak tanımlanan sürdürülebilir kalkınma ile ilgili ifadelere ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Çalışanların eğitimi ve danışmanlık hizmeti	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Kariyer planlama ve mesleki eğitim	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
İş güvenliği ve sağlığı	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Çalışan hakları	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Mesleki tatminkârlık	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Hasta ve hasta yakını eğitimi ve danışmanlığı	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Hasta ve hasta yakını memnuniyeti	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Çalışan memnuniyeti	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Tıbbi cihaz ve ekipman temini	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Kolay ulaşılabilirlik	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Yasal düzenlemeler ve devlet politikaları	100	1,00	5,00	3,3800	1,18731
Hasta ve hasta yakınlarına devletin verdiği finansal destek	100	1,00	5,00	2,6000	,96400
Hasta hakları	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Belediyeler, sivil toplum örgütleri ve üniversiteler ile koordinasyon ve entegrasyon	100	1,00	5,00	2,6000	,96400
İş etiği	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Yenilikçi yaklaşım(inovasyon)	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Gönüllülük esasına dayalı projeler geliştirme	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Bakım modellerinin rasyonel planlanması(Bakım sigortası)	100	1,00	5,00	3,3600	1,15924

Dünya örneklerinin incelenmesi	100	1,00	5,00	3,3600	1,15924
Fiziksel çevre faktörünün göz önünde bulundurulması	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Hasta odaklı sağlık hizmeti sunumu	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Multidisipliner ekip anlayışını benimseme (doktor-hemşire-psikolog-sosyal hizmet uzmanı- fizyoterapist-diyetisyen-şoför-tıbbi sekreter)	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306

Tablo 9’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan personel “Çalışanların eğitimi ve danışmanlık hizmeti” ifadesine orta ($3,27 \pm 1,04$) düzeyde katılmaktadır.

“Kariyer planlama ve mesleki eğitim” ifadesine orta ($3,16 \pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“İş güvenliği ve sağlığı” ifadesine yüksek ($3,93 \pm 0,91$) düzeyde katılmaktadır.

“Çalışan hakları” ifadesine orta ($3,38 \pm 1,16$) düzeyde katılmaktadır.

“Mesleki tatminkarlık” ifadesine orta ($3,16 \pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“Hasta ve hasta yakını eğitimi ve danışmanlığı” ifadesine orta ($3,38 \pm 1,16$) düzeyde katılmaktadır.

“Hasta ve hasta yakını memnuniyeti” ifadesine orta ($3,16 \pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“Çalışan memnuniyeti” ifadesine orta ($3,16 \pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“Tıbbi cihaz ve ekipman temini” ifadesine orta ($3,38 \pm 1,16$) düzeyde katılmaktadır.

“Kolay ulaşılabilirlik” ifadesine orta ($3,16 \pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“Yasal düzenlemeler ve devlet politikaları” ifadesine orta ($3,38 \pm 1,16$) düzeyde katılmaktadır.

“Hasta ve hasta yakınlarına devletin verdiği finansal destek” ifadesine zayıf ($2,60 \pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“Hasta hakları” ifadesine orta ($3,16 \pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“Belediyeler, sivil toplum örgütleri ve üniversiteler ile koordinasyon ve entegrasyon” ifadesine zayıf ($2,60 \pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“İş etiği” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Yenilikçi yaklaşım (inovasyon)” ifadesine orta (3,38±1,16) düzeyde katılmaktadır.

“Gönüllülük esasına dayalı projeler geliştirme” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Bakım modellerinin rasyonel planlanması(Bakım sigortası)” ifadesine orta (3,36±1,15) düzeyde katılmaktadır.

“Dünya örneklerinin incelenmesi” ifadesine orta (3,36±1,15) düzeyde katılmaktadır.

“Fiziksel çevre faktörünün göz önünde bulundurulması” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Hasta odaklı sağlık hizmeti sunumu” ifadesine yüksek (3,93±0,91) düzeyde katılmaktadır.

“Multidisipliner ekip anlayışını benimseme(doktor-hemşire-psikolog-sosyal hizmet uzmanı-fizyoterapist-diyetisyen-şoför-tıbbi sekreter)” ifadesine yüksek (3,27±1,04) düzeyde katılmaktadır.

Tablo 10. Sürdürülebilirlik kavramı ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Kurumların toplumsal sorumlulukları vardır.	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Kurumların temel sorumluluğu paydaşlara(çalışanlar, hasta ve hasta yakınları, belediyeler ,sivil toplum örgütleri vb.) ortak amaç sağlamaktır.	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Sürdürülebilirlik konusunda kurumların süreç ve strateji bazlı çalışmalara zamanında ve etkin başlaması, yenilikçi tutum sergileyerek hızlı yol almasını sağlayacaktır.	100	1,00	5,00	3,1600	,96106

Sürdürülebilirlik kurumların ana faaliyetleri için giderek önemli hale gelmiştir	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Sürdürülebilirlik konusu kurumlar tarafından anlaşılması ve yönetilmesi Yenilikçi (İnovasyon) kavramının yerleşmesi konusunda itici güç haline gelmiştir.	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306

Tablo 10’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan personel “Kurumların toplumsal sorumlulukları vardır.” ifadesine yüksek (3,93±0,91) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumların temel sorumluluğu paydaşlara(çalışanlar, hasta ve hasta yakınları, belediyeler ,sivil toplum örgütleri vb.) ortak amaç sağlamaktır.” ifadesine orta (3,27±1,04) düzeyde katılmaktadır.

“Sürdürülebilirlik konusunda kurumların süreç ve strateji bazlı çalışmalara zamanında ve etkin başlaması, yenilikçi tutum sergileyerek hızlı yol almasını sağlayacaktır.” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Sürdürülebilirlik kurumların ana faaliyetleri için giderek önemli hale gelmiştir.” ifadesine yüksek (3,93±0,91) düzeyde katılmaktadır.

“Sürdürülebilirlik konusu kurumlar tarafından anlaşılması ve yönetilmesi Yenilikçi (İnovasyon) kavramının yerleşmesi konusunda itici güç haline gelmiştir.” ifadesine yüksek (3,27±1,04) düzeyde katılmaktadır.

Tablo 11. Sürdürülebilirlik stratejisi ile ilgili ifadelere ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Kurumumuz tutarlı, kapsamlı ve yaşayan bir sürdürülebilirlik stratejisine sahiptir.	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile misyonu örtüşür.	100	1,00	5,00	3,4800	1,14133
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile vizyonu örtüşür.	100	1,00	5,00	3,6100	1,00398
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile genel stratejisi örtüşür.	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150

Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi tüm çalışanlarca anlaşmıştır.	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Kurumumuzda çalışanların değerlendirmesinde performans sistemi içinde sürdürülebilirlik konusunda hedeflenen ve gerçekleşen rakamlar arasındaki farklar dikkate alınır.	100	1,00	5,00	3,1600	,96106

Tablo 11’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan personel “Kurumumuz tutarlı, kapsamlı ve yaşayan bir sürdürülebilirlik stratejisine sahiptir.” ifadesine orta ($3,27\pm 1,04$) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile misyonu örtüşür.” ifadesine orta ($3,48\pm 1,14$) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile vizyonu örtüşür.” ifadesine yüksek ($3,61\pm 1,00$) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile genel stratejisi örtüşür.” ifadesine orta ($3,38\pm 1,16$) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi tüm çalışanlarca anlaşmıştır.” ifadesine yüksek ($3,93\pm 0,91$) düzeyde katılmaktadır.

“Kurumumuzda çalışanların değerlendirmesinde performans sistemi içinde sürdürülebilirlik konusunda hedeflenen ve gerçekleşen rakamlar arasındaki farklar dikkate alınır.” ifadesine orta ($3,16\pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

Tablo 12. Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu ile ilgili ifadelerle ilgili tanımlayıcı istatistikler

	N	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Çalışan sayısının artırılması	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Yıl boyunca verilen eğitim gün sayısı ve içeriğinin artırılması	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Sosyal hakların artırılması	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Gönüllülük esaslı projeler geliştirme	100	1,00	5,00	3,1600	,96106

Ek ödemelerin iyileştirilmesi	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Tıbbi cihaz ve ekipman sayısının arttırılması	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Teknolojik gelişmelerin yakından takibi	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
İş kapsamının cazip hale getirilmesi	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Kariyer planlama ve mesleki eğitime destek	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
İş ve iş yeri güvenliğinin sağlanması	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
İş ve sosyal yaşam dengesinin korunması	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Yeni öneri ve fikirlere dinleme ve değer verme	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Ödüllendirme ve motivasyon odaklı girişimler	100	1,00	5,00	3,9300	,91293

Tablo 12’te görüldüğü gibi araştırmaya katılan personel “Çalışan sayısının arttırılması” ifadesine orta ($3,27 \pm 1,04$) düzeyde katılmaktadır.

“Yıl boyunca verilen eğitim gün sayısı ve içeriğinin arttırılması” ifadesine orta ($3,38 \pm 1,16$) düzeyde katılmaktadır.

“Sosyal hakların arttırılması” ifadesine orta ($3,27 \pm 1,04$) düzeyde katılmaktadır.

“Gönüllülük esaslı projeler geliştirme” ifadesine orta ($3,16 \pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“Ek ödemelerin iyileştirilmesi” ifadesine yüksek ($3,93 \pm 0,91$) düzeyde katılmaktadır.

“Tıbbi cihaz ve ekipman sayısının arttırılması” ifadesine orta ($3,38 \pm 1,16$) düzeyde katılmaktadır.

“Teknolojik gelişmelerin yakından takibi” ifadesine orta ($3,16 \pm 0,96$) düzeyde katılmaktadır.

“İş kapsamının cazip hale getirilmesi” ifadesine yüksek ($3,93 \pm 0,91$) düzeyde katılmaktadır.

“Kariyer planlama ve mesleki eğitime destek” ifadesine orta (3,38±1,16) düzeyde katılmaktadır.

“İş ve iş yeri güvenliğinin sağlanması” ifadesine orta (3,27±1,04) düzeyde katılmaktadır.

“İş ve sosyal yaşam dengesinin korunması” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Yeni öneri ve fikirlere dinleme ve değer verme” ifadesine orta (3,27±1,04) düzeyde katılmaktadır.

“Ödüllendirme ve motivasyon odaklı girişimler” ifadesine yüksek (3,93±0,91) düzeyde katılmaktadır.

Tablo 13. Gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını giderme olanaklarına zarar vermeden günlük ihtiyaçların temin edilmesi olarak tanımlanan sürdürülebilir kalkınma ile ilgili ifadelere ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Çalışanların eğitimi ve danışmanlık hizmeti	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Kariyer planlama ve mesleki eğitim	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
İş güvenliği ve sağlığı	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Çalışan hakları	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Mesleki tatminkarlık	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Hasta ve hasta yakını eğitimi ve danışmanlığı	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Hasta ve hasta yakını memnuniyeti	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Çalışan memnuniyeti	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Tıbbi cihaz ve ekipman temini	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Kolay ulaşılabilirlik	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Yasal düzenlemeler ve devlet politikaları	100	1,00	5,00	3,3800	1,18731
Hasta ve hasta yakınlarına devletin verdiği finansal destek	100	1,00	5,00	2,6000	,96400

Hasta hakları	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Belediyeler, sivil toplum örgütleri ve üniversiteler ile koordinasyon ve entegrasyon	100	1,00	5,00	2,6000	,96400
İş etiği	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Yenilikçi yaklaşım(inovasyon)	100	1,00	5,00	3,3800	1,16150
Gönüllülük esasına dayalı projeler geliştirme	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Bakım modellerinin rasyonel planlanması(Bakım sigortası)	100	1,00	5,00	3,3600	1,15924
Dünya örneklerinin incelenmesi	100	1,00	5,00	3,3600	1,15924
Fiziksel çevre faktörünün göz önünde bulundurulması	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Hasta odaklı sağlık hizmeti sunumu	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Multidisipliner ekip anlayışını benimseme(doktor-hemşire-psikolog-sosyal hizmet uzmanı- fizyoterapist-diyetisyen-şoför-tıbbi sekreter)	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306

Tablo 13’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan personel “Çalışanların eğitimi ve danışmanlık hizmeti” ifadesine orta (3,27±1,04) düzeyde katılmaktadır.

“Kariyer planlama ve mesleki eğitim” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“İş güvenliği ve sağlığı” ifadesine yüksek (3,93±0,91) düzeyde katılmaktadır.

“Çalışan hakları” ifadesine orta (3,38±1,16) düzeyde katılmaktadır.

“Mesleki tatminkarlık” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Hasta ve hasta yakını eğitimi ve danışmanlığı” ifadesine orta (3,38±1,16) düzeyde katılmaktadır.

“Hasta ve hasta yakını memnuniyeti” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Çalışan memnuniyeti” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Tıbbi cihaz ve ekipman temini” ifadesine orta (3,38±1,16) düzeyde katılmaktadır.

“Kolay ulaşılabilirlik” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Yasal düzenlemeler ve devlet politikaları” ifadesine orta (3,38±1,16) düzeyde katılmaktadır.

“Hasta ve hasta yakınlarına devletin verdiği finansal destek” ifadesine zayıf (2,60±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Hasta hakları” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Belediyeler, sivil toplum örgütleri ve üniversiteler ile koordinasyon ve entegrasyon” ifadesine zayıf (2,60±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“İş etiği” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Yenilikçi yaklaşım (inovasyon)” ifadesine orta (3,38±1,16) düzeyde katılmaktadır.

“Gönüllülük esasına dayalı projeler geliştirme” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Bakım modellerinin rasyonel planlanması(Bakım sigortası)” ifadesine orta (3,36±1,15) düzeyde katılmaktadır.

“Dünya örneklerinin incelenmesi” ifadesine orta (3,36±1,15) düzeyde katılmaktadır.

“Fiziksel çevre faktörünün göz önünde bulundurulması” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Hasta odaklı sağlık hizmeti sunumu” ifadesine yüksek (3,93±0,91) düzeyde katılmaktadır.

“Multidisipliner ekip anlayışını benimseme(doktor-hemşire-psikolog-sosyal hizmet uzmanı-fizyoterapist-diyetisyen-şoför-tıbbi sekreter)” ifadesine yüksek (3,27±1,04) düzeyde katılmaktadır.

Tablo 14. Sürdürülebilirlik kavramı ile ilgili ifadelerle ait tanımlayıcı istatistikler

	N	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Kurumların toplumsal sorumlulukları vardır.	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Kurumların temel sorumluluğu paydaşlara(çalışanlar, hasta ve hasta yakınları, belediyeler, sivil toplum örgütleri vb.) ortak amaç sağlamaktır.	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306
Sürdürülebilirlik konusunda kurumların süreç ve strateji bazlı çalışmaları zamanında ve etkin başlaması, yenilikçi tutum sergileyerek hızlı yol almasını sağlayacaktır.	100	1,00	5,00	3,1600	,96106
Sürdürülebilirlik kurumların ana faaliyetleri için giderek önemli hale gelmiştir	100	1,00	5,00	3,9300	,91293
Sürdürülebilirlik konusu kurumlar tarafından anlaşılması ve yönetilmesi Yenilikçi (İnovasyon) kavramının yerleşmesi konusunda itici güç haline gelmiştir.	100	1,00	5,00	3,2700	1,04306

Tablo 14’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan personel “Kurumların toplumsal sorumlulukları vardır.” ifadesine yüksek (3,93±0,91) düzeyde katılmaktadır. “Kurumların temel sorumluluğu paydaşlara(çalışanlar, hasta ve hasta yakınları, belediyeler, sivil toplum örgütleri vb.) ortak amaç sağlamaktır.” ifadesine orta (3,27±1,04) düzeyde katılmaktadır.

“Sürdürülebilirlik konusunda kurumların süreç ve strateji bazlı çalışmalara zamanında ve etkin başlaması, yenilikçi tutum sergileyerek hızlı yol almasını sağlayacaktır.” ifadesine orta (3,16±0,96) düzeyde katılmaktadır.

“Sürdürülebilirlik kurumların ana faaliyetleri için giderek önemli hale gelmiştir.” ifadesine yüksek (3,93±0,91) düzeyde katılmaktadır.

“Sürdürülebilirlik konusu kurumlar tarafından anlaşılması ve yönetilmesi Yenilikçi (İnovasyon) kavramının yerleşmesi konusunda itici güç haline gelmiştir.” ifadesine yüksek (3,27±1,04) düzeyde katılmaktadır.

Araştırmanın bu bölümünde ölçek değerlerinin demografik değişkenlere göre değişiklik gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla T Test ve testi uygulanmış ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) bulguları aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 15. Cinsiyete göre farklılık analizi

	Cinsiyetiniz	N	Ortalama	Std. Sapma	T	P
Sürdürülebilirlik Strateji	Kadın	48	3,4583	,62219	-0,208	0,835
	Erkek	52	3,4840	,60881		
Sosyal Boyut	Kadın	48	3,4279	,63212	0,083	0,934
	Erkek	52	3,4172	,66213		
Kalkınma	Kadın	48	3,2992	,54504	0,763	0,447
	Erkek	52	3,2185	,51308		
Sürdürülebilirlik Kavramı	Kadın	48	3,5000	,67540	-0,171	0,865
	Erkek	52	3,5231	,67580		

Tablo 15’de görüldüğü gibi sürdürülebilirlik stratejisi değerlerinin cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla kullanılan bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (t=-0,208; p=0,835 > 0,05).

Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak

amacıyla kullanılan bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t=0,083$; $p=0,934 > 0,05$).

Sürdürülebilir kalkınma puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t=0,763$; $p=0,447 > 0,05$).

Sürdürülebilirlik kavramı puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t=-0,171$; $p=0,805 > 0,05$).

Tablo 16. Yaşa göre farklılık analizi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Sürdürülebilirlik Strateji	18-25 Yaş	11	3,3333	,74162	0,238	0,916
	26-33 Yaş	27	3,4383	,68274		
	34-41 Yaş	24	3,4931	,52124		
	42-49 Yaş	28	3,5357	,58154		
	50 Yaş Ve Üzeri	10	3,4833	,64526		
	Toplam	100	3,4717	,61228		
Sosyal Boyut	18-25 Yaş	11	3,4056	,79799	0,502	0,734
	26-33 Yaş	27	3,2934	,75219		
	34-41 Yaş	24	3,4199	,41825		
	42-49 Yaş	28	3,5385	,61752		
	50 Yaş Ve Üzeri	10	3,4692	,73733		
	Toplam	100	3,4223	,64465		
Kalkınma	18-25 Yaş	11	3,2438	,64355	0,148	0,964
	26-33 Yaş	27	3,1936	,53658		
	34-41 Yaş	24	3,2898	,40341		
	42-49 Yaş	28	3,2906	,57567		

	50 Yaş Ve Üzeri	10	3,2727	,58328		
	Toplam	100	3,2573	,52753		
Sürdürülebilirlik Kavramı	18-25 Yaş	11	3,5818	,87843	0,446	0,775
	26-33 Yaş	27	3,3704	,76802		
	34-41 Yaş	24	3,5250	,54951		
	42-49 Yaş	28	3,6000	,59129		
	50 Yaş Ve Üzeri	10	3,5400	,70585		
	Toplam	100	3,5120	,67229		

Tabloda 16'de görüldüğü gibi sürdürülebilirlik stratejisi puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda yaş grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. ($F=0,238$; $p=0,916 > 0.05$).

Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda yaş grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. ($F=0,502$; $p=0,734 > 0.05$).

Sürdürülebilir kalkınma puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda yaş grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. ($F=0,148$; $p=0,964 > 0.05$).

Sürdürülebilirlik kavramı puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda yaş grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. ($F=0,446$; $p=0,775 > 0.05$).

Tablo 17. Eğitim durumu değişkenine göre farklılık analizi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Sürdürülebilirlik Strateji	İlköğretim	11	3,3333	,41500	0,648	0,630
	Ortaöğretim	21	3,4127	,67827		
	Yüksekokul	26	3,4615	,66551		
	Fakülte (Lisans)	27	3,6235	,55004		
	Yüksek Lisans Ve Üstü	15	3,4000	,66904		
	Toplam	100	3,4717	,61228		
Sosyal Boyut	İlköğretim	11	3,3706	,50538	0,808	0,523
	Ortaöğretim	21	3,3443	,63554		
	Yüksekokul	26	3,4260	,66251		
	Fakülte (Lisans)	27	3,5926	,62522		
	Yüksek Lisans Ve Üstü	15	3,2564	,75686		
	Toplam	100	3,4223	,64465		
Kalkınma	İlköğretim	11	3,2645	,30950	0,291	0,883
	Ortaöğretim	21	3,1472	,48081		
	Yüksekokul	26	3,2867	,59095		
	Fakülte (Lisans)	27	3,2997	,53490		
	Yüksek Lisans Ve Üstü	15	3,2788	,62487		
	Toplam	100	3,2573	,52753		
Sürdürülebilirlik Kavramı	İlköğretim	11	3,5273	,48392	0,941	0,444
	Ortaöğretim	21	3,4857	,63110		
	Yüksekokul	26	3,4923	,72273		
	Fakülte (Lisans)	27	3,6815	,63551		
	Yüksek Lisans Ve Üstü	15	3,2667	,80947		
	Toplam	100	3,5120	,67229		

Tabloda görüldüğü gibi sürdürülebilirlik stratejisi puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda eğitim durumu grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (F=0,648; p=0,630 > 0.05).

Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda eğitim durumu grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (F=0,808; p=0,523 > 0.05).

Sürdürülebilir kalkınma puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda eğitim durumu grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (F=0,291; p=0,883 > 0.05).

Sürdürülebilirlik kavramı puanlarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda eğitim durumu grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (F=0,941; p=0,444 > 0.05).

Tablo 18. Çalışma süresi değişkenine göre farklılık analizi

		N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Sürdürülebilirlik Strateji	0-1 yıl	9	3,5370	,61111	1,196	0,318
	1-5 yıl	25	3,3333	,59900		
	5-10 yıl	25	3,3667	,64010		
	10-20 yıl	27	3,5494	,63349		
	20 yıl ve üzeri	14	3,7143	,51652		
	Toplam	100	3,4717	,61228		
Sosyal Boyut	0-1 yıl	9	3,4444	,65019		

	1-5 yıl	25	3,3446	,70680		
	5-10 yıl	25	3,3723	,54740	0,454	0,769
	10-20 yıl	27	3,4302	,66215		
	20 yıl ve üzeri	14	3,6209	,70208		
	Toplam	100	3,4223	,64465		
Kalkınma	0-1 yıl	9	2,9899	,47280		
	1-5 yıl	25	3,1436	,57191	2,292	0,065
	5-10 yıl	25	3,1873	,44523		
	10-20 yıl	27	3,3855	,50997		
	20 yıl ve üzeri	14	3,5097	,55245		
	Toplam	100	3,2573	,52753		
Sürdürülebilirlik Kavramı	0-1 yıl	9	3,6444	,65405		
	1-5 yıl	25	3,4800	,69041	0,290	0,884
	5-10 yıl	25	3,4480	,65899		
	10-20 yıl	27	3,4889	,68012		
	20 yıl ve üzeri	14	3,6429	,72824		
	Toplam	100	3,5120	,67229		

Tabloda görüldüğü gibi sürdürülebilirlik stratejisi puanlarının çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda çalışma süresi grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. ($F=1,196$; $p=0,318 > 0.05$).

Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu puanlarının çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda çalışma süresi grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. ($F=0,454$; $p=0,769 > 0.05$).

Sürdürülebilir kalkınma puanlarının çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans

analizi (Anova) sonucunda çalışma süresi grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. ($F=2,292$; $p=0,065 > 0.05$).

Sürdürülebilirlik kavramı puanlarının çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda çalışma süresi grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. ($F=0,290$; $p=0,884 > 0.05$).

Araştırmanın bu bölümünde araştırmada kullanılan ölçeğin alt boyutlarının toplam puanları arasındaki ilişkiyi test edebilmek içinse korelasyon analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizi içinse Pearson Çarpım Moment Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 19. Korelasyon analizi

		Sürdürülebilirlik Strateji	Sosyal Boyut	Kalkınma
Sosyal Boyut	R	0,798		
	P	0,000		
	N	100		
Kalkınma	R	0,689	0,784	
	P	0,000	0,000	
	N	100	100	
Sürdürülebilirlik kavramı	R	0,741	0,831	0,668
	P	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100

Tabloda görüldüğü gibi sürdürülebilirlik stratejisi, sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu düzeyini pozitif yönde, yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığını göstermektedir ($R= 0,798$, $p=0,000 < 0,05$). Bu sonuca göre personelin sürdürülebilirlik stratejisine ilişkin düşüncelerinin olumlu olmasının sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal olmalarını arttırdığı görülmüştür.

Sürdürülebilirlik stratejisi, sürdürülebilir kalkınma düzeyini pozitif yönde, yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığını göstermektedir ($R= 0,689$, $p=0,000 < 0,05$). Bu sonuca göre personelin sürdürülebilirlik stratejisine ilişkin düşüncelerinin olumlu olmasının sürdürülebilir kalkınmayı arttırdığı görülmüştür.

Sürdürülebilirlik stratejisi, sürdürülebilirlik kavramı düzeyini pozitif yönde, yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığını göstermektedir ($R= 0,741$, $p=0,000 < 0,05$). Bu sonuca göre personelin sürdürülebilirlik stratejisine ilişkin düşüncelerinin olumlu olmasının sürdürülebilirlik kavramını açıkladığı görülmüştür.

Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu, sürdürülebilir kalkınma düzeyini pozitif yönde, yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığını göstermektedir ($R= 0,784$, $p=0,000 < 0,05$). Bu sonuca göre personelin sosyalliği arttıkça sürdürülebilirlik kavramının da arttığı görülmüştür.

Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu, sürdürülebilir kavramı düzeyini pozitif yönde, yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığını göstermektedir ($R= 0,831$, $p=0,000 < 0,05$). Bu sonuca göre personelin sosyalliği arttıkça sürdürülebilirlik kavramının daha çok benimsendiği görülmüştür.

Sürdürülebilir kalkınmanın, sürdürülebilirlik kavramı düzeyini pozitif yönde, yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığını göstermektedir ($R= 0,668$, $p=0,000 < 0,05$). Bu sonuca göre personelin sürdürülebilir kalkınması arttıkça sürdürülebilirlik kavramını daha çok benimsendiği görülmüştür.

5. TARTIŞMA

“Sürdürülebilirlik” ve “sürdürülebilir kalkınma” olgusu, 20. yüzyılın ortalarından bu yana, yaşamımızın her alanın da karşılaşmakta olduğumuz iki modern kavramdır. Sürdürülebilirlik kavramı; sürdürülebilir olma durumunu ifade etmekte ve sözlük anlamıyla sürdürülebilir kelimesi; devamlılık, süreklilik olarak tanımlanmaktadır. Sürdürülebilirlik ise; “bir kaynağın, tüketilmemek, bitirilmemek ve sonsuza kadar yok edilmemek üzere işlenme ve/veya kullanılma yöntemi” dir (75).

Kurumların kurumsal sürdürülebilirlik yaklaşımını benimsemesi kurum çalışanları dışındaki diğer paydaşlara karşı da sorumlulukları olduğunu kabul etmesi anlamına gelir. Böylelikle “hesap verilebilirlik” kavramının kapsamı genişlemiş hale gelmiştir.

Sürdürülebilirliği amaçları; finansal (gelişme ve değer katma), çevresel ve sosyal performansın (insan hakları, sağlık ve güvenliğin entegrasyonu) devamlı olarak iyileştirilmesini ve geliştirilmesini sağlamaktır (64). Sürdürülebilirlik kavramı ile ilgili literatür özellikle son 15 yılda gelişmiş olup konuyla ilgili verilere ulaşılmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verileri göre; “Türkiye’de 1960 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus % 3.5 olup, 2014 yılında toplam nüfus içerisinde 65 yaş ve üzeri nüfus % 8 seviyesine yükselmiştir” 2025 yılına ait tahminler ise 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının % 10’a, 2050 yılında ise bu oranın % 20.8’e ulaşacağı” beklenmektedir. Türkiye’de yerleşim bölgelerine göre 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus incelendiğinde, 2014 TÜİK verilerine göre “ il ve ilçe merkezlerinde 65 yaş ve üzeri nüfus 5 milyon 260 bin kişi olup (% 7.4), kırsal alanlarda (belde ve köylerde yaşayan) yaşlı nüfus, 933 bin kişidir (% 14.6)” (63).

TÜİK 2013 verilerine göre, toplam nüfus içerisinde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus il merkezlerinde % 8, ilçe merkezlerinde % 9, köylerde ise % 12’dir (62).

Genel olarak bakıldığında, nüfusun hızlı bir yaşlanma meylinde olduğunu görürken, özel olarak bu farklılık kırsal bölgelerde yaşayan gençlerin çeşitli nedenlerle büyük şehirlere göç ettiği ve böylelikle sayının düştüğü, nüfusun yaş ortalamasının

gittikçe artmaya başladığını ve kırsal bölgelerde yaşlı nüfus oranının yüksek olduğunu ve ilerleyen yıllarda daha fazla yükseleceği tahmin edilmektedir.

Gelişen ve değişen dünya da “yerinde yaşlılık” anlayışının yaygınlaşması beraberinde evde bakıma duyulan ihtiyacı giderek daha da arttıracaktır (61).

Bu araştırma, 2014 Haziran – 2015 Mayıs yılları arasında Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerdeki Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri birimlerinde bulunan sağlık personelinin verilen “Evde Sağlık Hizmetinin Sürdürülebilirliği” hakkında farkındalık düzeylerini ortaya koymak amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı ve uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan Hastaneler Birliği Genel Sekterliği’ ne bağlı hastanelerde çalışan personelin tanıtıcı özellikleri Tablo 2.6’da görülmektedir. Bakıldığında çalışanların ağırlıklı 52’si (%52,0) erkek, 27’si (%27,0) fakülte (lisans) mezunu ve 10-20 yıl çalışma süresine sahip deneyimli personel olduğu görülmektedir.

Kurumlarda sürdürülebilirlik stratejisi ayrı bir değerlendirme yapılabileceği gibi genel kurum stratejisi ile entegre olabilir. Önemli olan konu, sürdürülebilirlik stratejisi ile bağlantılı kurum içerisinde ve dışarısındaki temel gelişme ve beklentilerin, kurum stratejisini oluştururken önemli veri kaynakları olarak değerlendirilebilmesidir. Araştırmamızın bulgularına göre; kurum çalışanları kurum stratejisini içselleştirmiş, (yüksek 3,9 3±0,91), kurumun kimliğinin temelini, uyguladığı her alanda tutarlı, sabit ve yaşayan, kurum misyon ve vizyon ilkeleri ile örtüşen, genel strateji ile entegre olabilmiş, performans sistemi içerisinde hedeflenen rakam ile gerçekleşen rakam farkını irdeleyebilen bir çalışan portföyüne sahip olduğu görülmektedir.

Sürdürülebilirlik prensip ve ilkelerine dayanan bir vizyon, kurum için yeni amaç ve hedefleri ortaya koyar. Kurum için önemli olan vizyonun nasıl ifade edildiği değil, yarattığı tutku ve katılımcılıktır. Vizyon ve misyon belirlenirken kurum çalışanlarının katılımının sağlanması, vizyonun kurum içinde de benimseme içselleştirilmesini sağlar. Çalışanlar yaratılmasına veya yeniden şekillendirilmesine katkıda buldukları vizyona bağlılık gösterirler (60).

Araştırmamızda sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu ile ilgili ifadelerle bakıldığında özellikle “Ek ödemelerin iyileştirilmesi” ifadesine

yüksek (3,93±0,91), “İş kapsamının cazip hale getirilmesi” ifadesine yüksek (3,93±0,91),“Ödüllendirme ve motivasyon odaklı girişimler” ifadesine yüksek (3,93±0,91) düzeyde katılım olduğu görülmektedir.

Ramlall’a göre (2008:1585); “pozitif bir örgüt kültürünün varoluşunda sektördeki verimliliğin, motivasyonun ve memnuniyet artışının ve örgüt liderinin değeri ve önemi çok fazladır”.

Sürdürülebilirlik kültürü ile oluşturulmuş insan kaynakları politikaları hem çalışan bireylerin kuruma olan sadakatlerini hem de motivasyonlarını yükseltmiş olur. Bir kurumda ne kadar fazla vasıflı çalışan olursa olsun, çalışanların çalışma arzusu, yönetim tarafından motive edilmedikçe örgüte yeterli ya da gerekli faydayı sağlayamazlar. Çünkü işletmeye ait tüm varlıklar, sadece çalışanları aracılığıyla işletmenin hedeflerine hizmet edebilmektedir (65).

Kurumlarda kişilere verilen yetki ve sorumluluğun adil ve dengeli dağıtılarak doğru motivasyon araçları kullanılarak bir çalışma sistemi yürütülmelidir. Yetki verilmeden verilen sorumluluk motivasyon kaybına, çalışanın tükenmesine ve verimliliğin düşmesine; sorumluluğu olmayan bir yetki verilmesi de bireyin keyfi uygulamalarına neden olacaktır.

Yapılan diğer araştırmalar da yaşlılara yönelik “gönüllülük” esasına dayalı, davranış ve algıları ölçen ve yorumlayan birçok araştırma ve uygulamaya rastlanmaktadır. Ancak yaşlıları hedef alan uygulamalar için gönüllülük çerçevesinde doğrudan gençlere ve çalışma hayatındaki bireyleri hedef alan yapılmış çalışmaya ya da projeler az sayıda rastlanmaktadır. Çalışmamız da gönüllülük esaslı projeler geliştirme ifadesine orta (3,16 - 1,04) düzeyinde katılım gözlenmiştir. Barton (1999: 2) tarafından yaşlılığa yönelik davranışları ve algıları görmek amacıyla yürütülen çalışmada; 36 yaşlı ve psikolojik sorunu olan birey, yaşları 14- 17 yaş arasında olan 9 genç erkek araştırmaya dahil edilmiştir. 9 genç erkek iki ay boyunca kuşaklararası eğitim süreci kapsamında eğitim almışlardır. Yapılan eğitimler sonucunda gençlerin yaşlılara sergilediği davranışlar daha pozitif seyrettiği gözlemlenmiştir. Gençlerin durumdan keyif aldıkları ve böyle çalışmaların çok daha faydalı ve eğlenceli olabileceğini ifade etmişlerdir.

Türkiye de yapılan çalışmalar da özellikle evde yalnız yaşayan yaşlılara yönelik sosyal ve toplum temelli sağlık hizmetleri çerçevesinde üniversite gençliğinin ve iş hayatındaki kişilerin “gönüllü hedef kitle” olduğu araştırmalarda görülmektedir. Buna karşın gençler tarafından yaşlıları hedef alan uygulamalarına ait davranışları gözlemleyen birkaç çalışma bulunmaktadır. Salman (2001:303-304)’ın, gençler tarafından yaşlılık dönemini kapsayan davranışların gözlemlendiği araştırmasında; çoğunlukla erkek bireylerin yaşlıların ev, sosyal, sağlık ve psikolojik sorunlarına ilişkin düşüncelerinin kadın bireylere oranla daha olumsuz olduğu; ancak yaşlıların ekonomik şartları ve diğer bireysel alanlarda daha olumlu düşündükleri ortaya konmuştur.

Özellikle hekim ve hemşirelere yönelik istismar tehdit veya kendi çalışmalarıyla ilgili durumlarda fiziksel, cinsel, sözel, duygusal ya da psikolojik saldırganlık işyeri şiddeti olarak tanımlanmaktadır.

Çalışmamızda iş ve işyeri güvenliğinin sağlanması ifadesi orta (3,27 -1,04) düzeyde katılım gözlenmiştir. Dünyada eski ancak Türkiye de yeni uzmanlık alanı olarak yer alan bir konu olması nedeniyle kurum kültürüne yerleşmesi benimsenip bütçe ayrılması zaman alacaktır. Sağlık sistemindeki yapısal revizyonlarla birlikte ILO 1970’li yılların başlarında OSHA, NIOSH, Amerikan Hastane Birliği ve sağlık sendikaları “(Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu-International Occupational Health Commission)” ortak bir karar ile her çalışan kadar sağlık çalışanlarının da “sağlıklı olma hakkı” ve “sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma hakkı” olduğunu ve bunu sağlamanın da tüm hastanelerde ilgili bölüm ve sorumluların oluşturulması gerekliliği belirtilerek, bu görüşlerin devamında ILO 1985 yılında her ülkede tüm sağlık çalışanlarını kapsayan işçi sağlığı ve güvenliği hizmet birimlerinin kurulması ve aktif faaliyet göstermesi ile ilgili önemli kararlar alınmıştır (68).

Gelecekte sağlık çalışanlarının %50 fiziksel ve mesleki olarak kariyerleri sırasında saldırıya maruz kalacağı tahmin edilmektedir ve bu oranın hemşireler için üç kat daha fazla gerçekleşeceği öngörülmektedir. İşyerinde şiddet sonucu sağlık çalışanları duygusal sıkıntı ve fiziksel yaralanmalarla karşı karşıya kalırken daha ciddi durumlarda, kalıcı sakatlık veya ölümlerle sonuçlanmaktadır.

Hizmet veren içinde hizmet alan içinde hayati önem arz eden İş Sağlığı ve Güvenliği kurum ve kurum çalışanı tarafından dikkate alınması gereken bir haline

gelmiştir. Bizim çalışmamızda kurum içi iş sağlığı ve güvenliği bilinci yerleşmiş olup ifadeye yüksek (3,93 -0,91) düzeyde katılım gözlenmiştir. Bunu destekler nitelikte söylemlere rastlanmaktadır.

Kavuncubaşı ve Esatoğlu hemşirelerin sağlık bakım hizmetinin her kesiminde hasta güvenliğini ön sıralarda tutan bir tutum içerisinde olup; hasta güvenliğinin savunuculuğu, risklerin azaltılması, olumsuz vakaların rapor edilmesi hemşirenin görev ve yetkileri arasında olduğu üzerine vurgu yapmışlardır (70).

Kurum veya kuruluşlar da güvenlik kültürünün oluşturulup gelişebilmesi için kurum personellerinin tümünün güvenlik uygulamaları ile ilgili eğitim almış olması, tüm faaliyetlerde aktif olması ve ekip çalışmasının bilincinde olarak bu kültür pekiştirilmelidir (57-58).

Kurumun çalışan eğitimine verdiği değer doğrultusunda çalışmalarını planlaması ve uygulaması gerekmektedir. Çalışmamızda çalışanların eğitimi ve danışmanlık hizmeti ifadesi orta (3,27 -1,04) düzeyde katılım gözlenmiştir. Bunun nedeni eğitim-ücret-ve görevde yükselme dengesinin bazı özel-tüzel kurumlarda dengeli bir şekilde halen sağlanamaya çalışılıyor olmasından kaynaklanmaktadır.

Aytaç ve Taymaz “hizmet içi eğitimin kurumunun misyon ve vizyonuna uygun şekilde hizmetin sunumuna uygun davranış değişikliğini oluşturacak veya yeni davranış ve tutumlar kazandıracak içerikte hazırlanıp uygulanmasına, hayat boyu eğitim ve kendini geliştirerek kariyer planlama yapabilme yetilerinden bütünlük sağlanarak, kurum çalışanlarının sistemli ve periyodik aralıklarla hizmet içi eğitimlere dahil edilerek, hizmet içi eğitim-verimlilik-meslekte kariyer yapabilme olguları arasında ilişki kurulmasına, eğitimler sonucunda eğitim-ücret-terfi dengesini sağlayacak yasal ve politik düzenlemelerin yapılmasına ve eğitim almış bireylerin eğitim alarak uzmanlaştıkları alanlarda değerlendirilmesine, hizmet içi eğitim sürecinin değerlendirilip maliyet etkililiğinin sağlanmasına dikkat edilmelidir” (56) şeklinde tanımlanırken hizmet-içi eğitim bizim çalışmamızda bu bilginin doğruluğunu kanıtlarcasına yüksek düzeyde(3,27±1,04) katılım görülmüştür .

Multidisipliner ekip anlayışını benimseme,(doktor-hemşire-psikolog-sosyal hizmet uzmanı-fizyoterapist-diyetisyen-şoför-tıbbi sekreter) başta Avrupa Birliği ülkelerinde, geriatri ile ilgilenen “ EAMA (European Academy for Medicine of Aging, 1958),

UEMS-GMS (European Union of Medical Sciences Geriatric Medicine Section, 1997) ve EUGMS (European Union of Geriatric Medicine Society, 1999)" gibi kurumların öngördüğü politikalar doğrultusunda da mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerde temel olarak verilmesi öngörülen başlıklar; empati, kaliteli ve sağlıklı yaşlanma, multidisipliner ekip çalışması, etik ve geriatric sendromlara yaklaşımlarının içerisinde de yer verilmektedir (71).

Araştırmamızda "Hasta hakları" ifadesine orta ($3,16 \pm 0,96$) düzeyde katılım olurken başka bir çalışmada sağlık profesyonellerinin %73,6'sı hasta hakkından bahsedebilmek için insan olmasının yeterli olduğu düşünülmekte; %81,6'sı sağlık çalışanlarının varoluş nedenlerinin hastalar olduğunu söylemektedir. Sağlık çalışanlarının %76'sı hasta haklarının değer kazanan bir olgu olduğunu kabul etmekte ve %66,4'ü hasta haklarını sağlık çalışanlarının aleyhine olduğunu düşünmektedir. Ancak uygulamaya yönelik sahaya bakıldığında bu algının değiştiği görülmektedir (72).

Global bir olgu haline gelen ve modern dünyanın simgesi olarak görülen "sosyal güvenlik" kavramı, kişinin karşılaşacağı ve yaşamı için risk ve tehlike oluşturan olaylara karşı bir güvence arayışının sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Devletin, özellikle ilerleyen yaşlarda bakıma ihtiyaç duyma durumuna karşı bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere çalışma hayatında iken "bakım sigortası" adı altında sigorta yaptırmayı zorunlu hale getirilerek güvence altına alınmalıdır. Çalışmamızda bakım modellerinin rasyonel planlanması (Bakım Sigortası) ifadesi orta ($3,36 - 1,15$) olarak katılım gözlenmiştir. Bu oranın düşük olmasının sebebi henüz finansman kaynaklarının yeterli ve rasyonel olarak planlanıp ayrı bir bakım sigorta sistemi faaliyete geçirilememesidir.

Bakım Sigortası sistemi; bakıma ihtiyaç duyma riskinden doğan bedensel, psikolojik, maddî kayıpları karşılamak amacıyla genel sağlık sigorta sistemi içerisinde yer alan bir sigorta türüdür. Türkiye de ise henüz genel sağlık sigorta içerisinde yer verilmiş bir bakım sigorta sistemi yapılmamıştır. Ülkemizde Evde sağlık bakım hizmetleri sunumu; Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlükleri, üniversiteler, yerel yönetimler, özel sektör ve gönüllü kuruluşlar tarafından entegre olarak primsiz model kapsamında yürütülmektedir. 2007 yılında yapılan "Özürsüzler Şurası" nda bakım sigorta sisteminin oluşturulmasına dair bir karar alınmış ancak herhangi bir çalışma olmadığından uygulamaya geçirilememiştir. Uygulamanın tek bir elden yapılamayışı, belirli standartlara oturtulamayışı ve her bireye

ulaşamaması bakım sigorta sisteminin ivedilikle hazırlanıp hayata geçirilmesi gerektirmektedir (55).

Ekonomik açıdan zayıf ve güçsüz olan bakıma ihtiyaç duyan bireyleri kapsayan ve halen devam etmekte olan evde sağlık bakım sisteminde en büyük eksikliği olan bakım sigortasının oluşturulması ile düşük ve orta gelire sahip bakıma ihtiyaç duyan bireyler de evde sağlık hizmetlerine ulaşarak faydalanması mümkün olabilecektir. Bakım sigorta sistemi evde sağlık bakım hizmetlerinin tümünü kapsamalıdır. Çünkü bu hizmet kısa süreli değil hayat boyu devam edecek olan bir hizmet türüdür. Diğer şekilde, bakıma ihtiyacı olan bireyler kendi olanaklarıyla bakım bedelini karşılayamayacağı gibi profesyonel sağlık hizmetlerinden de faydalanamayacaktır.

Dünya ve Avrupa ülkelerine bakıldığında; Hollanda'da ağırlıklı olarak "İstisnai Tıbbi Harcamalar Yasası (AWBZ)" adı altında düzenlenen 194 dönemli sağlık ve sosyal uygulamalarının; sağlık bakımı hizmetleri kısmı " Sağlık Sigortası Yasası (ZVW)", sosyal hizmetler kısmı ise "Sosyal Destek Yasası (WMO)" adı altında iki ayrı yapı halinde hizmet vermektedir. Zamanla bu yapılanma evde sağlık hizmetlerinde bölünmeye, kendi kuralları ve uygulamaları olan bu farklı sistemler arasındaki koordinasyon ve iletişim bozukluğuna bağlı olarak gelişen karmaşık, düzensiz ve bütünlüşik yapıdan uzak bir hizmet yapısı haline gelmiştir. Bu karışık yapının doğal sonucu olarak Hollanda'da sağlık bakım hizmeti almak isteyen bireyin sunulan hizmete nasıl ulaşacağı sorununu çözmesi, daha sonra da hiyerarşik yapı içinde üç ayrı yere ayrı başvuru yapması gerekmektedir.

Almanya'da bakım sigortasının ilk başta hastalık sigortası çatısı altında örgütlendiği görülmektedir. Evde bakım hizmetlerinin, sağlık hizmetlerini aşar nitelikte sosyal bakım hizmetlerini de kapsamaması nedeniyle, ayrı bir sigorta kolu olarak kurulması daha çağdaş bir yaklaşımdır.

Dünyada bazı ülkeler evde bakım hizmetlerini genel olarak sosyal sigortalar sistemleri içerisinde ihdas ettikleri bakım sigortası çatısı altından, bazı ülkeler ise vergiler yoluyla finanse ederek karşılamaktadırlar. Özel şirketler ve gönüllü kuruluşlar da evde bakım hizmetlerinin sunulmasında sistem içerisinde yer almaktadırlar.

Türkiye'deki işletmelerin sosyal sorumluluklarına ait görüşleri Johannesburg kentinde 2002 yılında yapılan "Sürdürülebilir Kalkınma Dünya Zirvesi Türkiye Ulusal

Raporunda” açıklanmıştır. Açıklanan raporda işletmeler kurumsal olarak yürüttükleri sosyal sorumluluk girişimlerinin; kurum içi ve dışı tutum ve uygulamalar olarak ikiye bölüdüğü belirtilmektedir. Duruma ait temel konular aşağıda değinilmektedir (68);

- Kanunlara, çevresel ve sosyal değerlere duyarlı davranmak,
- Bilgi ve iletişime açık bir duruş sergilemek, üretim, pazarlama ve satış sonrası hizmet ve faaliyetlerde, çevresel ve sosyal değerlerin korunmasına dikkat etmek,
- Şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkelerini benimsemek ve buna uygun davranmak,
- Sosyal ve bölgesel sorunların çözüm sürecine katkıda bulunmak,
- Hizmet alımında ve personel istihdamında, kurum içi ve dışı ilişkilerin tamamında aynı davranış biçimini sergilemek.

Araştırmamızda Kurumların toplumsal sorumlulukları vardır ifadesine yüksek (3,93 -0,91)düzeyde katılım gözlenmiştir. Bu sonuç gösteriyor ki açıklanan rapor sonuçlarının kurum kültürüne yerleşmiş olduğunu ve çalışanlarının bunu benimsediğinin göstergesidir.

Toplumda kurumların çevrelerinde iletişimde oldukları, işletmelerin her türlü uygulamalarından etkilenen ve faaliyetleri ile işletmeyi etkileyen karşılıklı her iki taraf “paydaş” olarak isimlendirilmektedir (54).

Bizim çalışmamızda kurumların temel sorumluluğu paydaşlara yani çalışan personel, hasta-hasta yakını, anlaşmalı belediyeler, sivil toplum kuruluşları(STK), üniversitelerle ortak amaç sağlanmalıdır ifadesi orta (3,27 -1,04) düzeyde katılım gözlenmiştir. Paydaşlarla entegre olunması ve ortak amaç belirlenmesi bu sürecin doğru planlanıp uygulanması süreci tüm kurumlar için, zor ama kurum ve kuruluşların ayakta kalabilmesi için gereken bir süreçtir.

Paydaş kavramı, işletmelerin neden sürdürülebilir kalkınma halinde olmaları gerekliliği, iş yapmakta oldukları iş piyasasının iknasın da önemli katkıda bulunmaktadır (52).

Sunulan hizmet, hizmetin niteliği, tıbbı ekipman seğimi, inovasyon, performans, çevresel etkiler ve hizmetin devamlılığı gibi kalite algısını etkileyen kriterler hizmet sunucusunun eleştirel kararlarıdır. Bu durum sunucunun verdiği her kararın çevreyi, toplumu ve ekonomiyi etkileyeceği anlamına gelmektedir. Bu nedenle, hizmet sürecinin en başından belirli stratejiler kullanmak sürdürülebilir çözümlerin devamlılığını sağlamak için önemlidir. Yaptığımız çalışmada bu ifadelere orta (3,16 -0,96) düzeyde katılım gözlenmiştir.

Chung ve arkadaşlarının teorilerine göre (2011: 221); kurumların, sürdürülebilirlik kavramı ile ilgili olarak karşılaştıkları en büyük problemin yaşanan süreçte etkisiz ve niteliksiz insan gücü ve sınırlı kaynak yönetimi kökenli olduğu sonucuna varmışlardır.

Kurumların çevrelerinde iletişim halinde oldukları sivil toplum kuruluşları, devlet ve bu kurumlarla olan işbirliğinden oluşan sistem doğru uygulandığı zaman ve kaynak yönetimi doğru yapıldığında optimum yarar sağlanmış olacaktır. Kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve iletişim konusunda karşılaşılan problemlerin en önemli nedeni, Kuebler'in (2003:152) de belirttiği gibi, kurum ve kuruluşların yaşanan süreçte sürekli karşı karşıya kaldıkları revizyonlar, aşılması zor olan bürokratik karmaşa ve karşılıklı destek isteği olarak belirtilmiştir.

Araştırmamızda sürdürülebilirlik kurumların ana faaliyetleri için giderek önemli hale gelmiştir ifadesine yüksek düzeyde (3,93-0,91) katılım gözlenmektedir.

Sürdürülebilirlik, modern dünyada etik, sosyal ve teknolojik bazı problemleri kapsayan bir olgu olarak görülse de; sık olmamakla beraber kurumsal bir problem olarak değerlendirilmektedir (76). Birleşmiş Milletler tarafından 2009 yılında stratejik politika inisiyatifi olan “ Küresel İlkeler Sözleşmesi (UNGC)” ile 10 global ilkenin uygulanması hedeflenerek, 2010 yılında bu sisteme üye iş dünyasında aktif olan işletmelerden 766 şirket üst düzey yöneticisinin (CEO) görüşlerine dayanılarak yapılan çalışmada, şirketleri sürdürülebilirlik stratejilerine yön veren en etkili faktörlerin sırasıyla, marka değeri, itimat ve itibar oluşturulması, maliyet tasarrufu ile birlikte kârlılığın artması, nitelikli iş gücünden yararlanabilme ve çalışan motivasyonunun artırılması ve müşteri talepleri olarak belirlenmiştir. Tüm bu çalışmalardan da anlaşılıyor ki, kurumsal sürdürülebilirlik kavramı, bir ülke de varlığını aktif sürdüren

ekonomik ve sosyal bir ortak amaca sahip işletmelerin, süregelen büyüme ve gelişme tanımlarına farklı bir bakış açısı ile alternatif olarak sunulan maddi (tesis, hammadde, ekipman gibi) manevi (kültür, iletişim, bilgi-teknoloji) her türlü risk analizi yapılarak minimize edilmesi ve işletmeleri geleceğe taşımayı hedefleyen bir yönetim anlayışıdır.

Araştırmamızda “Sürdürülebilirlik konusu kurumlar tarafından anlaşılması ve yönetilmesi yenilikçi (inovasyon) kavramının yerleşmesinde itici güç haline gelmiştir” ifadesine yüksek (3,27-1,04) düzeyde katılım gözlenmektedir. Kurumsal sürdürülebilirliğin bir kültür olarak kurum tarafından iyi anlaşılması ve yönetimin her aşamasına yerleştirilmesi sayesinde inovatif faaliyetler de artış gözlenecektir. Bu sayede hızla değişen ve gelişen dünya sistemleri içerisinde doğru inovasyonlarla atağa geçmeleri global iş dünyasında kalkınma kültürü oluşturarak sürdürülebilir misyon ve vizyon sergilemeleri; kurum için maksimum başarıyı da beraberinde getirecektir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan personelin %52'si erkek, %28'i 42-49 yaş, %27'si Fakülte (lisans) mezunu, %18'i sosyal hizmet uzmanı ve şoför, %25'i 1-5 yıl ve 5-10 yıl bulunduğu kurumda çalışmakta olduğu görülmüştür.

➤ Sürdürülebilirlik stratejisi alt boyutunda

- Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi tüm çalışanlarca anlaşılmıştır.

İfadesi en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

➤ Sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu alt boyutuna ilişkin,

- Ek ödemelerin iyileştirilmesi

- Ödüllendirme ve motivasyon odaklı girişimler

•İş kapsamının cazip hale getirilmesi ifadeleri en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

➤ Sürdürülebilir kalkınma alt boyutuna ilişkin,

- İş güvenliği ve sağlığı

•Hasta odaklı sağlık hizmeti sunumu ifadeleri en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

➤ Sürdürülebilirlik kavramı alt boyutuna ilişkin,

- Kurumların toplumsal sorumlulukları vardır.

•Sürdürülebilirlik kurumların ana faaliyetleri için giderek önemli hale gelmiştir, İfadeleri en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

Personelin sürdürülebilirlik stratejisine ilişkin düşüncelerinin olumlu olmasının sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal olmalarını, sürdürülebilir kalkınmayı ve sürdürülebilirlik kavramının benimsenmesini arttırdığı görülmüştür.

Personelin sosyalliği arttıkça sürdürülebilirlik kalkınmanın arttığı ve sürdürülebilirlik kavramını daha çok benimsendiği görülmüştür.

Personelin sürdürülebilir kalkınması arttıkça sürdürülebilirlik kavramını daha çok benimsendiği görülmüştür.

Türkiye de verilen sağlık hizmetlerinin bir parçası olan Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin sürdürülebilirlik yaklaşımının kurum kültürüne yerleşmesi ve bu hizmeti veren sağlık çalışanlarının bu yaklaşım çerçevesinde entegrasyon ve koordinasyonun birlikte sağlanarak hedeflenen amaca ulaşmada ki etkisi ve katkısı araştırılmaktadır.

Dünya’da ve Türkiye’de Evde Sağlık Bakım hizmetlerinin hızlı gelişiminin yanı sıra gelecekte hem ulusal hem de uluslararası arena da etkili ve verimli varlığını sürdürebilmesi için doğru politikalar ve finansal kaynakların yerinde kullanımı önem kazanmaktadır.

Yapılan araştırmanın sonuçlarında görülüyor ki Evde Sağlık Bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğine ilişkin kurumsal, kavramsal, finansal boyutlarının sağlık çalışanları tarafından doğru algılanarak sunulan hizmete yansıtılmıştır.

Sağlık çalışanlarının sürdürülebilirlik stratejisine ilişkin düşüncelerinin olumlu olmasının sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal olmalarını, sürdürülebilir kalkınmayı ve sürdürülebilirlik kavramının benimsenmesini arttırdığı görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının sosyalliği arttıkça sürdürülebilirlik kalkınmanın arttığı ve sürdürülebilirlik kavramını daha çok benimsendiği görülmüştür. Sağlık çalışanlarının sürdürülebilir kalkınması arttıkça sürdürülebilirlik kavramını daha çok benimsendiği görülmüştür.

Evde Sağlık Bakım Hizmeti sunum açısından mevcut sistemin iyileştirilmesi açısından, bu hizmeti sunan T.C. Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özel sektör, Üniversiteler, Yerel Yönetimler ve Sivil toplum kuruluşlarının ortak dil ve tanım kullanarak hizmetin niteliğini uluslararası standartlar da sağlanması gerekmektedir. Evde sağlık bakım hizmeti bünyesinde hasta ve yakınlarının psikolojik, sosyal ve çevresel ihtiyaçlarının belirlenip bir plan çerçevesinde destek olunması, hastanın bireysel bakım ve tedavinin yanı sıra ev içi ve dışı çevre şartlarının da hastanın fonksiyonel kullanım düzeyine göre planlanıp uyumlarının sağlanması gerekmektedir.

Evde sağlık bakım hizmetlerinin, diğer birinci ve ikinci basamak tıbbi tedavi ve bakım hizmeti veren sağlık tesislerine entegrasyonunun sağlanması gerekmektedir. Taburculuk ve sonrası planlama hastanın hastaneye yatış anından itibaren yapılmalıdır. Gönüllük esasına dayanarak hasta merkezli yaklaşım benimsenmelidir.

Evde Sağlık Bakım hizmeti, yasal mevzuat ve eğitim konuları hakkında, sağlık çalışanlarının bilgi gereksinimleri çerçevesinde planlanarak hizmet içi eğitim ve sertifikasyon programları çerçevesinde de verilmelidir. Malpraktis doğru tanımlanarak yasal düzenlemeler yeniden yapılandırılmalıdır. Hizmet sunumu sırasında sağlık ekibinin iş sağlığı ve güvenliğini ele alan bir mevzuat ve saha çalışması yapılmalıdır.

Evde Sağlık Bakım Hizmetini finansal yn değerlendirildiğinde, Evde sağlık bakım aylığı alan hasta yakınlarına gerekli eğitim ve denetim yeterliliği sağlanmalıdır. Konuyla ilgili acil düzenlemeler yapılmalı ve sistem işleyişi geliştirilmelidir. Uzun vadeli bakım sürecinin finansmanı için bakım sigortası sistemi için gerekli yasal ve sosyal düzenlemeler yapılmalıdır. Hizmet sunumunu gerçekleştiren sağlık profesyonellerinin ücretlerinde iyileştirilmeler yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Birleşmiş Milletler Yaşlı İlkeleri, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi, (2015), <http://eyh.aile.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/birlesmis-milletler-yasli-ilkeleri> (Erişim: 13.08.2015)
2. Akdağ R., İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, Ağustos,2008.
3. Akdağ R.,Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı; Değerlendirme Raporu 2003-2011, Sağlık Bakanlığı, Aralık. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> (Erişim: 12.09.2015)(2012).
- 4.Genç, Y. ve Barış, İ., ‘ ‘ Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım: Kurumsal Bakım Yerine Evde Bakım Hizmetlerinin Güçlendirilmesi’’ Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 3, Sayı: 10, S. 36-57,2015.
- 5.Akdur R.,*Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*, (Üçüncü Baskı), Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara,2000.
- 6.Özer Ö.,Şantaş F., Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2),2012.
- 7.Karabağ H., *Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğineİliskin Hekimlerin GörüşleriVe Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi* (Tez), Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi,2007.
- 8.SUD , (Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ) , Resmi Gazete Tarihi: 01.03.2011, Resmi Gazete Sayısı: 27861, <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/03/20110301.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/03/20110301.htm> (Erişim: 19.08.2015)

- 9.Aktan CC., Işık AK., 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf> (Erişim: 10.08.2015)(2003).
- 10.Karasar N., *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, 19. Baskı, Ankara: Nobel Yayıncılık,2009.
- 11.İnanıcı F., Yaşlılık Döneminde Fiziksel Aktivite -Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam, Hacettepe Üniversitesi, Geriatrik Bilimler Araştırma Ve Uygulama Merkezi, Bölüm 19, http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf (Erişim: 19.08.2015)
- 12.Erdil F., Yaşlanan Toplum Ve Yaşlının Evde Bakımı, http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/23.pdf (Erişim: 13.07.2015),2007.
- 13.Giddens A., *Sosyoloji*, 1. Baskı, İstanbul: Ayraç Yayınları,2000.
- 14.Alemdar M. (2013), Sağlık Bülteni, Sağlık Bakanlığı, Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, Mart, http://sakaryasm.gov.tr/files/images/yay%C4%B1nlanan%20dergiler/say%C4%B1_1/sayi_1.pdf (Erişim: 12.08.2015)(2013).
- 15.Alkan H.Ö., Enç N., Kalp Yetersizliğinde Evde Bakım, *Türk KardiyolDernKardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6,2015.
- 16.Alnıgeniş E., Evde Bakım Hizmetlerine Bakış, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Mart-Nisan-Mayıs,2009.
- 17.Altay A., Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıstay Dergisi*,(10), <http://www.sayistay.gov.tr/dergi/icerik/der64m2.pdf> (Erişim: 02.08.2015)(2007)
- 18.Arslandaş D., *Halk Sağlığı Bakışıyla Evde Bakım Hizmetleri; Durum Tespiti, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği*, Yayın No: 1, Palmiye Yayıncılık,2012.
- 19.ASPE, (AssistantSecretaryfor Planning and Evaluation), HealthInsuranceCoverageandtheAffordableCareAct, Department of Healthand Human Services,

http://www.aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/83966/ib_uninsured_change.pdf (Erişim: 19.08.2015)

20.Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Ankara, 10.03.2005; Resmi Gazete: Sayı 25751.

21.Bilim İlaç, Kurumsal Sorumluluk Raporu, http://www.bilimilac.com.tr/tr/dosyalar/kurumsal-sorumluluk/kurumsal-sorumluluk-raporlari/1_55366647_bilim_ilac_ks_rapor_2012.pdf (Erişim: 15.09.2015),(2012).

22.Büyüköztürk Ş., *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, Ankara: Pegem Akademi,2010.

23.CMS, (CentersforMedicare&Medicaid Services), What'sMedicare, Department of Health& Human Services, June, Usa. <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11306.pdf> (Erişim: 15.08.2015).

24.Danış MZ., Toplum Temelli Bakım Anlayışı Ve Sosyal Hizmetler: Türkiye Örneğinde Bir Bakım Modeli Önerisi, *Türk Gediatri Dergisi*, 11,2008.

25.Ekiz D., *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Anı Yayıncılık,2009.

26.Eskiyurt N., Karan A., Geriatrik Rehabilitasyon ve Yaşlılarda Egzersiz, *Klinik Gelişim Dergisi*, 17(2)., 2004.

27.Evde Bakım Derneği, “Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetlerin Bütünleşmesi Sempozyumu” Raporu, 18-19 Eylül. 2013,<http://evdebakim.org.tr/gorseller/files/Evde%20Sa%C4%9Flık%C4%B1k%20ve%20Sosyal%20Hizmetlerin%20B%C3%BCt%3%BCnle%C5%9Fmesi%20Sempozyumu%20SON.pdf> (Erişim 12.08.2015)

28.Evde Bakım Hizmetleri, Sunumu Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 10 Mart 2005, Resmi Gazete Sayısı: 25751, <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310.htm> (Erişim: 19.08.2015).

- 29.Gümüşel B., Türkiye’de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi,2005, <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Gumusel%20sunum.01.pdf> (Erişim: 13.08.2015)
- 30.İbiş.S., Yaşlılar için eleleUluslararası 3.Yaş Baharı Turizmi ve Dinamikleri Kongresi 4-5 Kasım 2014- Ankara,2014.
- 31.İlter B., “Evde Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Politikaları, 3. Sağlık Yönetimi Kongresi”,Ankara, <http://www.saglikyonetimi2015.org/sunumlar/BAHATTIN-ILTER.pdf> (Erişim: 19.08.2015)
- 32.İnci F. H., Erdem M., Bakım Verme Yükü Ölçeği’ninTürkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4),2008.
- 33.Kalkınma Planı, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007 – 2013), 2006, <https://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar/kalkinma-plani-9-genel-kurul.pdf> (Erişim: 10.09.2015).
- 34.Marinker M., *Avrupa’da Sağlık Hedefleri, İdare, İlerleme ve Vaatler*, BmjBook Shop,2002.
- 35.Oecd, İbrd/Dünya Bankası, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye: Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış, Yayın No: 756,2008.
- 36.Oğlak S., Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri, *"İş, Güç" Endüstri İlişkileri Ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(4),2011.
- 37.Oğlak S., Türkiye’de Bakıma Muhtaç Bireylerin Bakım Hizmetlerinde Sosyal Bakım Elemanının Eğitimi ve İstihdam Açısından Önemi, *Özveri Dergisi*, 5 (1),2008, <http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/ozveri-dergisi/9sayi-2008-cilt-5-sayi1> (Erişim: 15.08.2015)

- 38.Oğlak S., Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri Ve Bakım Sigortası, *TurkishJournal of Geriatrics*, 10(2), 2007.
- 39.SB, Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/63df317e06a248d7bbd1a74fe876b332.pdf> (Erişim: 12.08.2015)
- 40.Sargutan A. E., Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,2005, 8(1), <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Makale/81/805.pdf> (Erişim: 03.08.2015)
- 41.Seyyar.A,Öz.CS, (<http://www.yerelsiyaset.com/v4/sayfalar.php?goster=ayrinti&id=1202>) Erişim tarihi:15.06.2015.
- 42.Seyyar A., *Sosyal Siyaset Açısından Özürlüler Politikası*, İstanbul: Türdav Yayınları,2001.
- 43.Subaşı N., *Ankara ili Çankaya ilçesinde evde bakım durumu araştırması* (Tez), Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi,2007.
- 44.Sur H., *Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Eylül-Ekim- Kasım: (24),2012.
- 45.Sülkü S. N., *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu*, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları, T.C. Maliye Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 2011/414, <http://www.sgb.gov.tr/Yaynlar/Kitap%20414.pdf> (Erişim: 10.09.2015)
- 46.WHO, Home-BasedLongTermCare, WHO Technical Report Series 898, Geneva:Report of a WHO StudyGroup,2000, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42343/1/WHO_TRS_898.pdf (Erişim: 19.08.2015)
- 47.Yağcı İ., Geriatrik Rehabilitasyon: *5n-1k, Türkiye Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Derneği, Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu*, Ankara,2010.

- 48.Yılmaz M.,Sametoğlu F., Akmeşe G., Tak A. Yağbasan B., Gökçay S., Sağlam M., Doğanyılmaz D. ve Erdem S., Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Őekli Olarak Evde Hasta Bakımı, *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3),2010.
- 49.Muglahsm.,www.muglahsm.gov.tr/websayfalar/ailehekimlig Erişim tarihi: 13.6.2015.
- 50.WHO , <http://www.who.int/countries> Erişim tarihi:28.06.2015.
- 50.Sağlık Bakanlığı, İsviçre Kızılhaç ve İsviçre Caritas-Maja Loncarevic, Iris Stucki, Rahel Stuker-Çeviri: Mustafa İdeli).
52. WILSON, M., “Corporate Sustainability: What is it and Where does it come from?”, *Ivy Business Journal*, March-April 2003.
53. Özkol, E., Çelik, M., Gönen, S., Kurumsal Sosyal Sorumluluk Kavramı ve Muhasebenin Sosyal Sorumluluğu. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*. Temmuz, 27: 146-157. 2005
54. Aktan, C.C. ve İstiklal, V., <http://www.canaktan.org/yonetim/kurumsal-sosyalsorum/kurumsalsosyal/girisimler.htm> (Erişim tarihi 13.09.2016), 2007.
55. Seyyar, A. ve Selek Öz, C. , “Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri: Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği” *Yerel Siyaset dergisi*, Sayı 42, <http://www.yerelsiyaset.com/v4/index.php>, 2010
56. Aytaç T. Hizmet İçi Eğitim Kavramı ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar. *Milli Eğitim Dergisi* sayı:147. 2000
57. Tütüncü O, Küçükusta D ve Yağcı K . Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği Kültürü ve Bir Ölçme Aracı. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9 (1).2007a
58. Tütüncü O, Yağcı K ve Küçükusta D. Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9 (2). 2007b.

59. Ramlall,Sunil J. “Enhancing Employee Performance Through Positive Organizational Behavior” Journal of Applied Social Psychology, 38,6, pp.1580-1600. 2008.
60. Borsa İstanbul (2014), Şirketler için Sürdürülebilirlik Rehberi, Ekim.
61. Sims-Gould, J, Martin-Matthews A.,“We Share The Care: Family Caregivers’ Experiences Of Their Older Relative Receiving Home Support Services”, Health And Social Care In The Community, 18(4):415–23 (PMID: 20298503).2010.
62. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı. TR82 Bölgesi Kırsal Yaşlılık Analizi. Ankara: Salmat Basım Yayıncılık, 2015.
63. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar 2014. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2015a
64. White Gwendolen (2005). “How to Report a Company’s Sustainability Activities”, Management Accounting Quarterly, Fall, 7, 1: 36-43.
65. Akçakaya, Murat. (2004). Personelin Verimliliğinde Motivasyonun Etkisi: Keçiören Belediyesi Örneği. Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi, C.6, S.2. :Ankara
66. BARTON, Heady (1999), “Effect of An Intergenerational Program on the Attitudes of Emotionally Disturbed Youth toward the Elderly”, Educational Gerontology, 25/ 7; 623-641.
67. SALMAN, Meryem (2001), “Gençlerin Yaşlı ve Yaşlılığa Yönelik Tutumları Üzerinde Bir Araştırma”, Yaşlı Sorunları Araştırma Derneği, Yenimahalle Belediyesi, I. Ulusal Yaşlılık Kongresi, 101-11 Ekim, Ankara.
68. ÖZKAN, Özlem ve EMİROĞLU, Oya Nuran (2006), Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Hizmetleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (3) 43
69. RNAO (2008) “Violence Against Nurses: ‘Zero Tolerance’ For Violence Against Nurses and Nursing Students”,

http://www.rnao.org/Storage/45/4013_Violence_in_the_Workplace_Against_Nurses_and_Nursing_Students.pdf

70. Kavuncubaşı Ş, Esatoğlu A (1998).Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Hemşirelik Hizmetleri Açısından Değerlendirilmesi ve Hemşirelik-Ebelik Eğitimi ve Uygulamalarında Toplam Kalite Yönetimi. Erciyes Üniversitesi Yayınları, 28 (5): 11-12.

71. Cankurtaran M. (2006), Türkiye’de geriatri. Geriatri ve Gerontoloji. (ed): Servet Arıoğlu MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı,69-73

72. BOSTAN, Sedat (2007), Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:1

73. Chung,F.Huang, Jieh,J.Wang. and Tai,J.Lin “Resource Sufficiency, Organizational Cohesion and Organizational Effectiveness of Emergency Response” Nat Hazards, 58, (2011), pp.221-234.

74. Kuebler,Caroline G. “Improving Organizational Relationship in Sustainable Development Projects: The AMISCOND Initiative as a Case Study” Journal Sustainable Forestry, Vol.16 (1/2), (2003), pp.143-160.

75. Williamson, T, Radford, A. ve Bennetts, H., (2003). Understanding Sustainable Architecture, Spon Press, Taylor & Francis Group, ABD.

76. Hoverstadt,Patrick and Bowling,Diane “Organizational Viability as a Factor in Sustainable Development of Technology”, International Journal of Technology Management and Sustainable Development, V.4, N.2, (2005), pp.131-146.

77. www.tuik.gov.tr TÜİK ,İstatistiklerle Yaşlılar,2014 syf:1 erişim tarihi:18.10.2015

78. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011 Ankara-TÜRKİYE DE ÖZELLİKLİ PLANLAMA GEREKTİREN SAĞLIK HİZMETLERİ 2011-2023 Baş editör Prof. Dr. Recep AKDAĞ – Önsöz

79.The Journal OF Academic Social Science Yıl:3,Sayı: 10,Mart 2015,s.36-57-39 Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Çağdaş Yaklaşım.

EK 1: Anket uygulaması izin yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 54103609/663.08
Konu : Anket Uygulama İzni

HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE/YÖNETİCİLİĞİNE

Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi yüksek lisans öğrencisi Sayın Arzu BÜLBÜL'ün "Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Çalışanları Tarafından Verilen Hizmetin Sürdürülebilirliği" konulu anket çalışmasını, sağlık tesisinizde Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde çalışan personele yapması uygun görülmüş olup, bahse konu olan anket çalışmasının yapılabilmesi için Ek'te sunulan ve Genel Sekreterliğimiz ile ilgili kişi arasında "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanmıştır. Bu konuda gerekli işlemlerin yapılması hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Yılmaz DÜNDAR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

- 1-Dilekçe
- 2-Başvuru Formu
- 3-Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü
- 4-Anket

Dağıtım:

Tüm Sağlık Tesisleri

Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) Merkezi
Adalet Mahallesi 100.Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN (0362) 311 2500 (1500) Fax : (0362) 311 25 28
İrtibat: Uzm.Kürşat YURDAKOŞ

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakan elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 55653563-0891-4575-b5b2-4f2809654fb5 kodu ile erişebilirsiniz.

EK 2: Proje katılımcıları ve Maria Hilf ile Konstanz şehri darülaceze kurumuna ziyaret.(Pflegeheim Maria Hilf , Allensbachtreffpunktmettnauschule)



EK 3: Yaşlı bakım merkezi dinlenme salonu



EK 4: Yaşlı bakım merkezi kişisel bakım alanı



**EK 5: Sağlık ve Sosyal Meslek Yüksekokulu ve Uygulama Merkezi St.Gallene–
İsviçre (berufs-undweiter bildungs zentrum für gesundheits-
undsozialberufe,st.gallen-isviçre)**



EK 6: Yaşı bakım merkezi sosyal faaliyet anı.



EK 7: Konstanz şehri yaşı bakım merkezi sosyal faaliyet alanı.



EK 8: Emekli biyolog Carline Kruger tahsis edilmiş çift katlı bakım merkezi.



EK 9: Kalp –Damar hastalıkları yatılı yaşlı bakım merkezi.



EK 10: Gündüzlü yaşlı bakım merkezi yaşlı nakil aracı.



ANKET SORULARI					
1-Son derece önemsiz...3-Kısmen önemli...5-Çok önemli	1	2	3	4	5
Çalışanların eğitimi ve danışmanlık hizmeti					
Kariyer planlama ve mesleki eğitim					
İş güvenliği ve sağlığı					
Çalışan hakları					
Mesleki tatminkarlık					
Hasta ve hasta yakını eğitimi ve danışmanlığı					
Hasta ve hasta yakını memnuniyeti					
Çalışan memnuniyeti					
Tıbbi cihaz ve ekipman temini					
Kolay ulaşılabilirlik					
Yasal düzenlemeler ve devlet politikaları					
Hasta ve hasta yakınlarına devletin verdiği finansal destek					
Hasta hakları					
Belediyeler, sivil toplum örgütleri ve üniversiteler ile koordinasyon ve entegrasyon					
İş etiği					
Yenilikçi yaklaşım (inovasyon)					
Gönüllülük esasına dayalı projeler geliştirme					
Bakım modellerinin rasyonel planlanması(Bakım sigortası)					
Fiziksel çevre faktörünün göz önünde bulundurulması					
Dünya örneklerinin incelenmesi					
Hasta odaklı sağlık hizmeti sunumu					
Multidisipliner ekip anlayışını benimseme(doktor-hemşire-psikolog-sosyal hizmet uzmanı-fizyoterapist-diyetisyen-şoför-tıbbi sekreter)					

Aşağıda yer alan sürdürülebilirlik kavramı ile ilgili ifadelere ne ölçüde katılıyorsunuz?					
1-Kesinlikle katılmıyorum...3-Kısmen katılıyorum...5-Tamamen katılıyorum	1	2	3	4	5
Kurumların toplumsal sorumlulukları vardır.					
Kurumların temel sorumluluğu paydaşlara(çalışanlar, hasta ve hasta yakınları, belediyeler , sivil toplum örgütleri vb.)ortak amaç sağlamaktır.					
Sürdürülebilirlik konusunda kurumların süreç ve strateji bazlı çalışmalara zamanında ve etkin başlaması, yenilikçi tutum sergileyerek hızlı yol almasını sağlayacaktır.					
Sürdürülebilirlik kurumların ana faaliyetleri için giderek önemli hale gelmiştir					
Sürdürülebilirlik konusu kurumlar tarafından anlaşılması ve yönetilmesi YENİLİKÇİ (İnovasyon) kavramının yerleşmesi konusunda itici güç haline gelmiştir.					

ANKET SORULARI					
Aşağıda yer alan kurumunuzun sürdürülebilirlik stratejisi ilgili ifadelere ne ölçüde katılıyorsunuz?					
1-Kesinlikle katılmıyorum...3-Kısmen katılıyorum...5-Tamamen katılıyorum.	1	2	3	4	5
Kurumumuz tutarlı, kapsamlı ve yaşayan bir sürdürülebilirlik stratejisine sahiptir.					
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile misyonu örtüşür.					
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile vizyonu örtüşür.					
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi ile genel stratejisi örtüşür.					
Kurumumuzun sürdürülebilirlik stratejisi tüm çalışanlarca anlaşılmıştır.					
Kurumumuzda çalışanların değerlendirmesinde performans sistemi içinde sürdürülebilirlik konusunda hedeflenen ve gerçekleşen rakamlar arasındaki farklar dikkate alınır.					

Aşağıda yer alan sürdürülebilirlik kavramının çalışanlar açısından sosyal boyutu ile ilgili konular, kurumunuz için ne ölçüde önem taşımaktadır?					
1-Son derece önemsiz...3-kısmen önemli...5 -Çok önemli	1	2	3	4	5
Çalışan sayısının artırılması					
Yıl boyunca verilen eğitim gün sayısı ve içeriğinin artırılması					
Sosyal hakların artırılması					
Gönüllülük esaslı projeler geliştirme					
Ek ödemelerin iyileştirilmesi					
Tıbbi cihaz ve ekipman sayısının artırılması					
Teknolojik gelişmelerin yakından takibi					
İş kapsamının cazip hale getirilmesi					
Kariyer planlama ve mesleki eğitime destek					
İş ve iş yeri güvenliğinin sağlanması					
İş ve sosyal yaşam dengesinin korunması					
Yeni öneri ve fikirlere dinleme ve değer verme					
Ödüllendirme ve motivasyon odaklı girişimler					